Användning av nya cancerläkemedel 2025

Redovisning av ett urval av cancerläkemedel med registrerad insättning
1 januari–31 december 2025

2026-06-09 Version: 1.0

REGIONALA CANCERCENTRUM I SAMVERKAN

Versionshantering

Version	Datum	Förändring
1.0	2026-06-09	Fastställd av RCC i samverkan

Användning av nya cancerläkemedel – Redovisning gällande ett urval av cancerläkemedel med registrerad insättning 1 januari–31 december 2025.

Rapporten utgiven av Regionala cancercentrum i samverkan

Rapporten finns att ladda ner på www.cancercentrum.se

Juni 2026

Innehållsförteckning

Kapitel 1
Sammanfattning 4

Kapitel 2
Bakgrund 6

Kapitel 3
Metodbeskrivning 7

Kapitel 4
Resultat och kommentarer 8

Läkemedel utvalda för nationell rapportering 2025 8
Totalt antal inrapporterade insättningar av läkemedel 10
Inrapportering per region relaterat till invånarantal 10
Indikationer där PD-(L)1-hämmarna har använts 12
Användning av akalabrutinib, ibrutinib, zanubrutinib och venetoklax 15
Användning av trastuzumab deruxtekan 17
Behandlingsintention 20
Allmäntillstånd 21
Överlevnad vid metastaserat melanom efter behandling med immunterapi 22
Överlevnad vid metastaserad njurcancer efter behandling med immunterapi 26
Överlevnad vid metastaserad lungcancer efter behandling med immunterapi 28
Överlevnad vid metastaserad urotelialcancer efter behandling med immunterapi 29

Bilaga 1
Läkemedel och variabler som ingår i registrering 31

KAPITEL 1

Sammanfattning

En viktig uppgift för RCC är att följa införandet av nya cancerläkemedel och följa upp om användandet följer dels EMA:s godkända indikationer, dels NT-rådets rekommendationer och indikationer där TLV fattat beslut om subvention. Registret för cancerläkemedel (RCL) är ett försök att spegla praktisk användning och eventuella regionala skillnader i implementering av nya cancerläkemedel i det övergripande syftet att eftersträva en optimal och jämlik tillgång till cancerläkemedel över hela landet.

I denna rapport ges en kortfattad beskrivning av inrapporterade behandlingar påbörjade 1 januari–31 december 2025. Nästa rapport planeras våren 2027 med helårsdata för 2026.

Sedan 1 januari 2025 ingår 35 läkemedel i RCL. I denna version av rapporten ingår 8 246 rapporter om påbörjade behandlingar under 2025. Motsvarande siffra för helår 2024 i föregående rapport (publicerad i juni 2025) var 7 667 rapporter. Brytpunkt för inrapportering var 1 april 2026. Antalet rapporter för 2024 i denna rapport är 8 578.

Sedan 1 januari 2025 ingår tre nya läkemedel; tremelimumab, pemigatinib och tebentafusp med sammanlagt 43 registreringar. Med hänsyn taget till cirka 10 procent eftersläpning i registreringen är vår bedömning att antalet rapporter har ökat med cirka 5 procent. Inrapportering redovisas per region, vilket för små regioner innebär en viss risk för underrapportering eftersom viss behandling och inrapportering sker på universitetssjukhus.

Trots förbättrad inrapportering är skillnaderna fortfarande för stora för att medge regionala jämförelser. Därför är det viktigt att intensifiera arbetet med att öka täckningsgraden och rapporteringsgraden i de regioner där organisationen för registrering ännu inte fungerar optimalt.

I tabell 2 redovisas även dataursprung. Den stora majoriteten kommer fortfarande från manuell inmatning direkt i RCL eller överföring från IPÖ. Glädjande nog har överföringen från CytoBase ökat från 24.5 procent till 37.8 procent. Säkerligen tack vare ökad registreringsaktivitet i Västra Götaland. Uppsala har fortsatt en mycket begränsad överföring från Cytodos.

I denna rapport visar vi som tidigare överlevnadskurvor för patienter med metastaserat melanom samt njurcellscancer behandlade med immunterapi, men även överlevnadskurvor för lungcancer och urotelcellscancer.

Sammanfattningsvis visar denna rapport följande:

- Antalet registreringar i RCL har ökat med cirka 5 % från 2024 till 2025.
- Högst inrapportering ses i regionerna Västra Götaland, Västmanland och Jönköpings län. Störst ökning har skett i Västmanland (54 %), Västra Götaland (35.2 %) och Värmland (28.3 %). En påtaglig minskning har skett i Gävleborg (-57.8%), Stockholm (-48.2 %) och Södermanland (-48.2 %).
- 37.8 % av inrapporteringen sker via direktöverföring från CytoBase. Tyvärr ser vi ingen ökning från 2024 av automatisk överföring från Cytodos
- Inrapporteringen varierar fortfarande för mycket för att medge regionala jämförelser.
- Överlevanden vid melanom, njurcancer, lungcancer och urotelialcancer är i överensstämmelse med de ursprungliga registreringsgrundande studierna. Stor försiktighet dock vid tolkningen av kurvorna med tanke på patientselektion och behandlingslinje.

KAPITEL 2

Bakgrund

Från och med 2018-01-01 registrerar sjukvården användningen av vissa cancerläkemedel i Register för cancerläkemedel (RCL). RCC:s nationella arbetsgrupp för cancerläkemedel, NAC, har i uppdrag att arbeta fram årliga rapporter med nationell sammanställning över registreringarna. Ansvaret för inrapportering ligger på respektive RCC och regionerna.

De främsta syftena med RCL är att ge en bild av om användandet följer dels EMA:s godkända indikationer, dels NT-rådets rekommendationer. Detta med det övergripande syftet att eftersträva en optimal och jämlik tillgång till cancerläkemedel över hela landet. Utöver detta kan registerdata fungera som stöd för klinikernas egen interna uppföljning. Utöver ovanstående syften kan RCL även ge viss insikt i om behandlingsresultaten sjukvården uppnår med nya cancerläkemedel ligger i nivå med de resultat som beskrivs i företagens registreringsstudier.

Rapportens viktigaste aspekt är registrets täckningsgrad och dess utveckling över tid. Det framkommer en betydande variation mellan regionerna i antalet rapporterade behandlingar per 100 000 invånare. Det innebär att stor försiktighet måste iakttas när data tolkas.

KAPITEL 3

Metodbeskrivning

Rapporten redovisar behandlingar med start under perioden 2025-01-01 till 2025-12-31 om inte annat anges. RCL innehåller data från regionala och sjukvårdregionala register. Registrering har varit möjlig fram till 2026-03-31. För grupper med färre än 5 registreringar anges endast ” < 5” för att undvika röjanderisk. Data har matats in manuellt i registret alternativt automatiskt hämtats från ordinationssystemen CytoBase (Skåne och Västra Götaland), Cytodos (Uppsala) eller Individuell Patientöversikt (IPÖ).

I en del fall har det förekommit dubbletter, alltså att samma behandling registrerats två gånger, till exempel direkt till RCL och sedan också via IPÖ. Dubbletter definieras som minst två insättningar med samma personnummer, samma läkemedel och behandlingsstart inom samma 7-dagarsperiod. Dubbletter har rensats bort och bara registrerats en gång. Det har inte utförts någon validering av data mot andra kvalitetsregister eller journaldata.

KAPITEL 4

Resultat och kommentarer

Läkemedel utvalda för nationell rapportering 2025

I tabell 1 presenteras de läkemedel som är utvalda av RCC i Samverkan (efter förslag från NAC) för nationell rapportering 2025. Se bilaga 1 för information om vilka läkemedel som tillkommit respektive utgått sedan registreringen startades.

Tabell 1. Läkemedel

Läkemedel	2024	2025	Vanligaste diagnos
Neratinib	< 5	0	Bröstcancer
Pertuzumab	527	479	Bröstcancer
Sacituzumab govitekan	69	131	Bröstcancer
Talazoparib	23	18	Bröstcancer
Trastuzumab Deruxtekan	249	245	Bröstcancer
Trastuzumab Emtansin	211	167	Bröstcancer
Tukatinib	23	24	Bröstcancer
Atezolizumab	363	271	Lung- eller lungsäckscancer
Cemiplimab	433	279	Lung- eller lungsäckscancer
Durvalumab	119	124	Lung- eller lungsäckscancer
Pembrolizumab	1760	1841	Lung- eller lungsäckscancer
Binimetinib	91	66	Melanom
Dabrafenib	137	111	Melanom
Enkorafenib	137	119	Melanom
Ipilimumab	607	619	Melanom
Nivolumab	1728	1614	Melanom
Trametinib	149	115	Melanom
Akalabrutinib	47	27	Kronisk lymfatisk leukemi (KLL)
Obinutuzumab	183	146	Kronisk lymfatisk leukemi (KLL)
Venetoklax	333	278	Kronisk lymfatisk leukemi (KLL)
Zanubrutinib	79	88	Kronisk lymfatisk leukemi (KLL)
Ibrutinib	64	28	Lymfom
Polatuzumab Vedotin	36	31	Lymfom
Daratumumab	623	776	Myelom
Ixazomib	11	10	Myelom

Karfilzomib	111	89	Myelom
Avelumab	96	41	Urotelial cancer
Enfortumab Vedotin	109	191	Urotelial cancer
Niraparib	91	63	Äggstockscancer
Olaparib	119	84	Äggstockscancer
Rukaparib	0	9	Äggstockscancer
Tebentafusp*	0	26	Övrigt
Pemigatinib*	0	7	Lever- gallvägs- och gallblåsecancer
Tremelimumab*	0	10	Lever- gallvägs- och gallblåsecancer
Dostarlimab	49	119	Livmoderkroppscancer
Totalt	8578	8246	

*Läkemedel med startdatum 1 januari 2025.

Tabell 2. Dataursprung

År	CytoBase, n (%)	Cytodose, n (%)	IPÖ/manuell inmatning, n (%)
2023	1744 (20.3)	83 (1)	6765 (78.7)
2024	2102 (24.5)	67 (0.8)	6405 (74.7)
2025	3039 (37.8)	58 (0.7)	4945 (61.5)
2023-2025	6885 (27.3)	208 (0.8)	18115 (71.9)

Totalt antal inrapporterade insättningar av läkemedel

Sedan 1 januari 2025 ingår 35 läkemedel i RCL. I denna version av rapporten ingår 8 246 rapporter om påbörjade behandlingar under 2025. Motsvarande siffra för helår 2024 i föregående rapport (publicerad i juni 2025) var 7 667 rapporter. Brytpunkt för inrapportering var 1 april 2026. Antalet rapporter för 2024 i denna rapport är 8 578.

Sedan 1 januari 2025 ingår tre nya läkemedel; tremelimumab, pemigatinib och tebentafusp med sammanlagt 43 registreringar. Med hänsyn taget till cirka 10 procent eftersläpning i registreringen är vår bedömning att inrapporteringen har ökat med cirka 5%. Inrapportering redovisas per region, vilket för små regioner innebär en viss risk för underrapportering eftersom viss behandling och inrapportering sker på universitetssjukhus.

I tabell 2 redovisas även dataursprung. Den stora majoriteten kommer fortfarande från manuell inmatning direkt i RCL eller överföring från IPÖ. Glädjande nog har överföringen från CytoBase ökat från 24.5% till 37.8%. Säkerligen tack vare ökad registreringsaktivitet i Västra Götaland. Uppsala har fortsatt en mycket begränsad överföring från Cytodos.

Inrapportering per region relaterat till invånarantal

I tabell 3 visas inrapportering per region relaterat till invånarantal. Tabellen är sorterad i fallande ordning utifrån antal rapporter per invånare under 2025. Rapportering sker från samtliga regioner. Variationen är mycket stor i antalet rapporter per invånare, från 134.7 till <5 per 100 000 invånare. Det är rimligt att anta att organisatoriska skillnader påverkar skillnader i registreringseffektivitet. Skillnaden mellan regionerna visar på fortsatt stort behov av att sprida goda rutiner för inrapportering från regioner med hög rapporteringsgrad till de regioner som inte har kommit lika långt.

Inrapportering kan också skilja sig mellan olika terapiområden inom samma region. Detta har inte undersökts närmare. Fördelning mellan regionerna baseras på rapporterande klinik, inte patientens bostadsort, vilket gör att antalet rapporter per 100 000 invånare i vissa fall kan vara något missvisande genom att vissa regioner, som remitterar sina patienter till universitetssjukhusen, får falskt för lågt antal behandlingar i relation till sitt befolkningsunderlag.

Terapier som registreras här är ibland sådana som beslutas vid multidisciplinära terapikonferenser, så kallade MDK. Detta kan ibland innebära regionala konferenser över regiongränser och möjligen viss oklarhet om vem som sköter registreringen. Principen måste dock vara att det är behandlande läkare/region som ansvarar för registrering av användningen.

Andra faktorer som kan påverka den totala rapporteringen är demografiska skillnader mellan olika regioner men också att incidensen för vissa cancertyper varierar över landet. Detta har inte undersökts.

Högst inrapportering ses i regionerna Västra Götaland, Västmanland och Jönköpings län. Störst ökning har skett i Västmanland (54%), Västra Götaland (35.2%) och Värmland (28.3%). En påtaglig minskning har skett i Gävleborg (-57.8%), Stockholm (-48.2%) och Södermanland (-48.2%).

Tabell 3. Inrapporteringar per region

Region	Folkmängd 2025	2024	Antal per 100 000 inv 2024	2025	Antal per 100 000 inv 2025	Procentuell förändring (%)
Västra Götaland	1778209	1765	99.6	2395	134.7	35.2
Västmanland	280834	238	84.6	366	130.3	54
Jönköpings län	369942	395	106.8	451	121.9	14.1
Västerbotten	279422	290	103.2	336	120.2	16.5
Skåne	1433769	1597	111.8	1572	109.6	-2
Dalarna	286086	264	92.1	288	100.7	9.3
Östergötland	472851	478	101.2	467	98.8	-2.4

Värmland	283303	215	75.9	276	97.4	28.3
Örebro län	308482	287	93.1	275	89.1	-4.3
Kalmar län	245648	167	67.8	171	69.6	2.7
Blekinge	156714	114	72.5	102	65.1	-10.2
Jämtland/ Härjedalen	132631	128	96.4	81	61.1	-36.6
Västernorrland	240827	166	68.7	146	60.6	-11.8
Uppsala	410770	277	67.9	224	54.5	-19.7
Södermanland	300836	240	79.6	124	41.2	-48.2
Kronoberg	203377	82	40.3	74	36.4	-9.7
Gävleborg	283773	223	78.4	94	33.1	-57.8
Stockholm	2486729	1482	59.9	772	31	-48.2
Norrbotten	249011	110	44.2	24	9.6	-78.3
Halland	346114	57	16.5	7	2	-87.9
Gotland	60931	< 5	-	< 5	-	-
Riket	10610259	8578	81	8246	77.7	-4.1

Indikationer där PD-(L)1-hämmarna har använts

I tabell 4 framgår på vilka indikationer de olika PD-(L)1-hämmarna har använts. Fetmarkering indikerar användning enligt av EMA godkänd indikation vid 2025 års utgång.

Pembrolizumab är som tidigare den dominerande immunterapin vid lungcancer, bröstcancer, urotelial cancer och tjock- och ändtarmscancer. En påtaglig ökning ses vid urotelial cancer där antalet rapporter ökat från 138 till 208. Av 477 registreringar av pembrolizumab vid bröstcancer ges 93 procent

med kurativ intention vilket är identiskt med 2024. Av de kurativa har 320 registrerats som neoadjuvant och 113 som adjuvant behandling. Av de adjuvanta har 6 ingen tidigare neoadjuvant behandling registrerad. Målsättningen framöver är att tydliggöra för inrapportörerna att neoadjuvant och adjuvant skall registreras som separata behandlingar. Då kan vi följa hur stor andel där man avstår från den adjuvant behandlingen.

Nivolumab är helt dominerande vid melanom både som palliativ och adjuvant behandling. Nivolumab dominerar även vid njurcancer och matstrups- och magsäckscancer.

Avelumab har EMA-indikation och NT-rådsrekommendation vid Merkelcellscancer, som saknar egen ICD-kod, och därför saknas bland diagnoser i registreringen. 9 registreringar finns med diagnosen ”skivepitelcancer i huden” och 5 med melanom som diagnos. Avelumabs dominerade användning är som underhållsbehandling vid metastaserad urotelial cancer för patienter som inte har progress efter platinumbaserad kemoterapi i första linjen. Här ses en tydlig minskning från 78 till 26 registreringar, som sannolikt speglar den ökande användningen av pembrolizumab i kombination med enfortumab vedotin.

Atezolizumabs största användning är som tidigare lungcancer och levercancer.

Durvalumabs huvudsakliga användningen är adjuvant behandling vid icke-småcellig lungcancer stadium III för patienter som inte har progress efter radiokemoterapi. En ökad användning ses vid lever- och gallvägscancer från 11 till 38 registreringar.

Cemiplimab rekommenderas vid icke-småcellig lungcancer, skivepitelcancer i huden och livmoderhalscancer. Antalet registreringar vid lungcancer har minskat markant från 350 till 229 samtidigt som pembrolizumab ökat från 439 till 509. Detta är sannolikt en effekt av införandet av viktbaserad dosering för pembrolizumab.

Dostarlimab har sin dominerande användning vid avancerad livmoderkroppscancer där vi ser en ökning från 37 till 110 registreringar.

Anmärkningsvärt är att 100 registreringar för PD(L)-1-hämmare är med diagnosen ”övrigt”.

Tabell 4. Antal registrerade behandlingar med atezolizumab, avelumab, cemiplimab, dostarlimab, durvalumab, nivolumab samt pembrolizumab under 2025 per diagnosområde

Diagnos	Atezolizumab	Avelumab	Cemiplimab	Dostarlimab	Durvalumab	Nivolumab	Pembrolizumab	Total
Lung- eller lungsäckscancer	**223**	0	**229**	0	**85**	**118**	**506**	1161
Bröstcancer	**0**	0	0	0	0	< 5	**477**	478
Melanom palliativ	0	0	< 5	0	0	**354**	**6**	363
Njurcancer	0	**0**	0	0	0	**224**	**123**	347
Urotelial cancer	**< 5**	**26**	0	0	**0**	**79**	**208**	315
Melanom adjuvant	0	0	0	0	0	**195**	**6**	201
Tjock- och ändtarmscancer	0	0	0	< 5	0	**80**	**117**	199
Matstrup- och magsäckscancer	0	0	0	0	0	**124**	**67**	191
Lever- gallvägs- och gallblåsecancer	**41**	0	0	0	**38**	< 5	**80**	160
Livmoderkroppscancer	0	0	0	**110**	**0**	< 5	**28**	139
Huvud-halscancer	< 5	0	< 5	0	0	**18**	**82**	102
Lymfom	< 5	0	0	0	0	**58**	**8**	67
Skivepitelcancer i huden	0	9	**35**	0	0	5	< 5	50
Livmoderhals- och vaginalcancer	0	0	**< 5**	< 5	0	< 5	**43**	49
Okänd primärtumör	0	0	< 5	0	0	17	12	30
Sarkom	0	0	0	0	0	11	9	20
Peniscancer	0	0	0	0	0	0	10	10
Prostatacancer	< 5	< 5	0	0	0	< 5	6	9
Äggstockscancer	0	0	< 5	< 5	0	< 5	0	7
CNS	0	0	0	0	0	< 5	< 5	< 5
Bukspottkörtelcancer	0	0	0	0	0	0	< 5	< 5
Myelom	0	0	0	0	0	< 5	< 5	< 5
Neuroendokrina tumörer	0	0	0	0	0	< 5	< 5	< 5
Vulvacancer	0	0	0	0	0	< 5	< 5	< 5
Hypofystumörer	0	0	0	0	0	< 5	0	< 5

Sköldkörtelcancer	0	0	0	0	0	0	< 5	< 5
Övrigt	0	5	< 5	< 5	0	53	38	100

Kommentar; Godkända indikationer är markerade med fet stil

Användning av akalabrutinib, ibrutinib, zanubrutinib och venetoklax

Subventionerade indikationer för akalabrutinib, ibrutinib, zanubrutinib och venetoklax redovisas i tabell 5 och registrerad användning i tabell 6. Vid KLL har akalabrutinib och ibrutinib minskat medan zanubrutinib ökat. Vid lymfom har ibrutinib minskat medan zanubrutinib ökat.

Akalabrutinib har EMA-godkända indikationer:

- kronisk lymfatisk leukemi (KLL)
- mantelcellslymfom (MCL)

Ibrutinib har EMA-godkända indikationer:

- kronisk lymfatisk leukemi (KLL)
- mantelcellslymfom (MCL)
- Waldenströms makroglobulinemi

Zanubrutinib (ingår i RCL sedan 1 januari 2024) och har EMA-godkända indikationer:

- kronisk lymfatisk leukemi (KLL)
- marginalzonslymfom (MZL)
- Waldenströms makroglobulinemi
- Follikulärt lymfom (FL)

Tabell 5. Akalabrutinib, ibrutinib och zanubrutinibs subventionerade indikationer

	Akalabrutinib	Ibrutinib	Zanubrutinib
KLL, tidigare obehandlad i kombination med venetoklax	F	F	
KLL tidigare obehandlad med 17p-deletion/TP53-mutation	F	F	F
KLL tidigare obehandlad med omuterad IGHV	F	F	F
KLL tidigare obehandlad med 11q-deletion	F	F	
KLL tidigare behandlad	F	F	F
MCL som inte svarar på eller är olämpliga för immunokemoterapi		F	
MCL Recidiverande eller refraktärt som inte tidigare behandlats med BTK-hämmare	F		

Venetoklax är EMA-godkänt vid KLL och akut myeloisk leukemi (AML) och har numera generell subvention. Venetoklax används även till viss del mot MDS, som är en sjukdom som kan övergå i AML (MDS-AML). Användning är även rapporterad vid lymfom och myelom.

Tabell 6. Registrerade insättningar akalabrutinib, ibrutinib, zanubrutinib och venetoklax 2025

Diagnos	Akalabrutinib	Ibrutinib	Zanubrutinib	Venetoklax
Kronisk lymfatisk leukemi (KLL)	16	< 5	74	117
Akut myeloisk leukemi (AML)	0	0	0	118
Lymfom	11	26	14	13
Myelodysplastiskt syndrom (MDS)	0	0	0	21
Akut lymfatisk leukemi (ALL)	0	0	0	< 5
Kronisk myeloisk leukemi (KML)	0	0	0	< 5
Myelom	0	0	0	< 5
Övrigt	0	0	0	< 5

Användning av trastuzumab deruxtekan

I tabell 7 visas användningen av trastuzumab deruxtekan vid olika diagnoser. Läkemedlet har positiv NT-rådsrekommendation för bröstcancer sedan januari 2023 och sedan november 2025 även för lungcancer och magsäckscancer. Ur tabellen framgår tydligt att endast enstaka behandlingar rapporterats för andra diagnoser än bröstcancer.

Tabell 7. Användning av trastuzumab deruxtekan

diagnos	Antal
Bröstcancer	230
Lung- eller lungsäckscancer	<5
Matstrup- och magsäckscancer	5
Okänd primärtumör	<5
Tjock- och ändtarmscancer	<5
Urotelial cancer	<5
Äggstockscancer	<5
Övrigt	<5

Ipilimumab per diagnos 2025

Eftersom nivolumab i kombination med ipilimumab idag rekommenderas i flera vårdprogram (melanom, lungcancer, njurcancer, tjock- och ändtarmscancer och matstrupscancer) vill vi undersöka diagnosfördelningen för ipilimumab. Fördelningen visas i tabell 8 och som väntat dominerar melanom. En påtaglig ökning ses vid tjock- och ändtarmscancer från 18 till 66 registreringar. Som i föregående rapport har 23 patienter diagnosen ”övrigt”.

Tabell 8. Ipilimumab per diagnos 2025

Diagnos	Antal
Melanom	346
Lung- eller lungsäckscancer	79
Njurcancer	79
Tjock- och ändtarmscancer	66
Matstrup- och magsäckscancer	7
Okänd primärtumör	5
Sarkom	<5
Skivepitelcancer i huden	<5
Äggstockscancer	<5
Hypofystumörer	<5

Lever- gallvägs- och gallblåsecancer	<5
Livmoderhals- och vaginalcancer	<5
Livmoderkroppscancer	<5
Neuroendokrina tumörer	<5
Urotelial cancer	<5
Vulvacancer	<5

Hudmelanom. Immunterapi vs BRAF-MEK-hämmare 2025

I tabell 9 visar vi i vilken sekvens man använder immunterapi respektive BRAF-MEK-hämmare vid BRAF-muterat hudmelanom. Tabellen visar både palliativ och adjuvant behandling. Antalet registrering är ganska få men mönstret är att man ofta väljer att starta behandling med immunterapi.

Tabell 9. Hudmelanom patienter med både immunterapi (nivolumab eller pembrolizumab) och BRAF-MEK-hämmare (dabrafenib+trametinib eller enkorafenib+binimetinib)

	2024	2025
BRAF-MEK-hämmare följt av immunterapi	39	20
Immunterapi följt av BRAF-MEK-hämmare	58	38

Kurativ immunterapi vid lungcancer

Vid icke-småcellig lungcancer har flera PD(L)-1 hämmare kurativ indikation. Det kan vara enbart neoadjuvant eller adjuvant behandling eller både och (perioperativ). I vårdprogrammet rekommenderas adjuvant behandling med atezolizumab vid PD-L1-uttryck på ≥ 50% efter radikal kirurgi och durvalumab vid stadium III efter kemoradioterapi utan påvisad progress. Atezolizumab har 17 adjuvanta registreringar och durvalumab 68. Nivolumab har 18 neoadjuvant registreringar och pembrolizumab 20 varav 6 patienter troligen även fått adjuvant behandling (perioperativ).

Sammantaget är antalet patienter som får kurativ immunterapi liten, vilket är i enlighet med gällande vårdprogram.

Tabell 10. Kurativ immunterapi vid lungcancer 2025

Läkemedel	Adjuvant	Neoadjuvant
Atezolizumab	17	< 5
Cemiplimab	< 5	< 5
Durvalumab	68	< 5
Nivolumab	< 5	18
Pembrolizumab	6	20
Ipilimumab	0	< 5

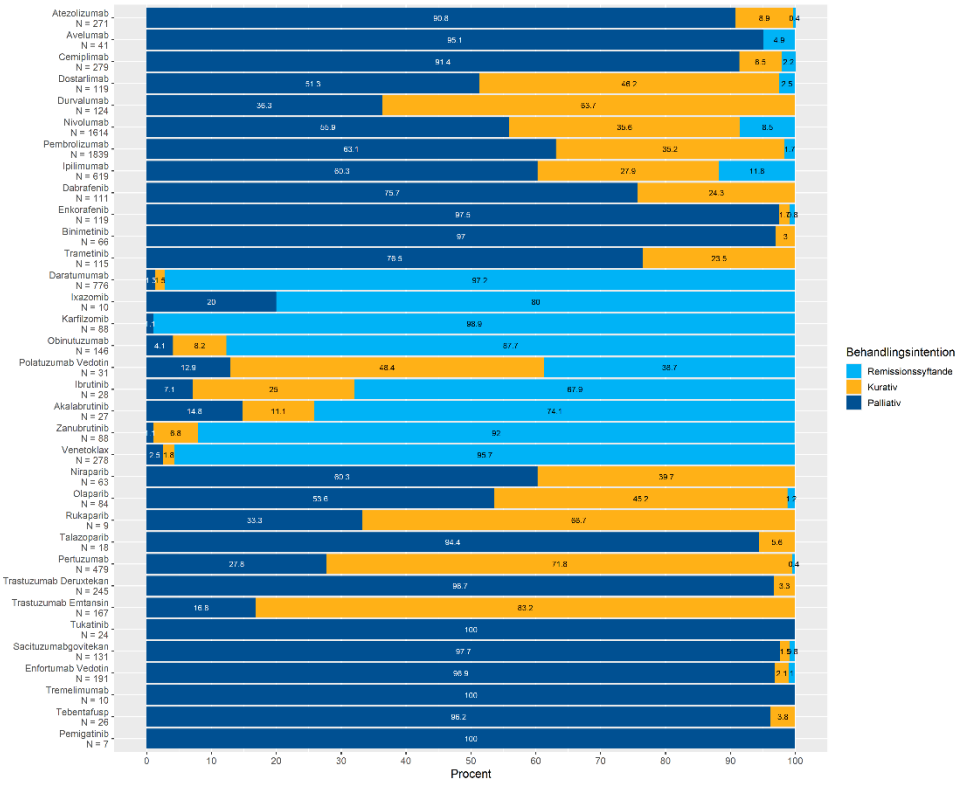
Behandlingsintention

Diagram 1 visar behandlingsintention för de 34 läkemedlen som har fler än 5 registrerade insättningar under 2025. Övervägande antal behandlingar ges med icke kurativ intention. De kurativt syftande behandlingarna är neoadjuvanta, adjuvanta eller ”remissionssyftande”. Främst inom hematologin används uttrycket ”remissionssyftande”. Nomenklaturen skiljer sig alltså mellan hematologi och onkologi. Uttrycket remissionssyftande innefattar även behandlingar med stor risk för återfall i sjukdomen då en komplett eller partiell remission kan kvarstå i längre eller kortare tid men sällan är permanent.

Samtidigt kan synen på vad som är palliativt respektive kurativt syftande skilja mellan rapportörer och även förändras över tid. Niraparib som har indikationen underhållsbehandling vid äggstockscancer efter respons på platinumbaserad cytostatikabehandling har 60% registrering som palliativ behandling och 40% som kurativ. Kompletta remissioner förekommer också vid läkemedelsbehandling av solida tumörer och kan stå sig över lång tid och ibland innebära bot.

Denna rapport är inte platsen att diskutera en förändring av terminologin. Vi har i stället valt att acceptera de termer som används kliniskt för att underlätta inrapporteringen.

Diagram 1. Behandlingsintention för läkemedel med > 5 registrerade insättningar 2025.

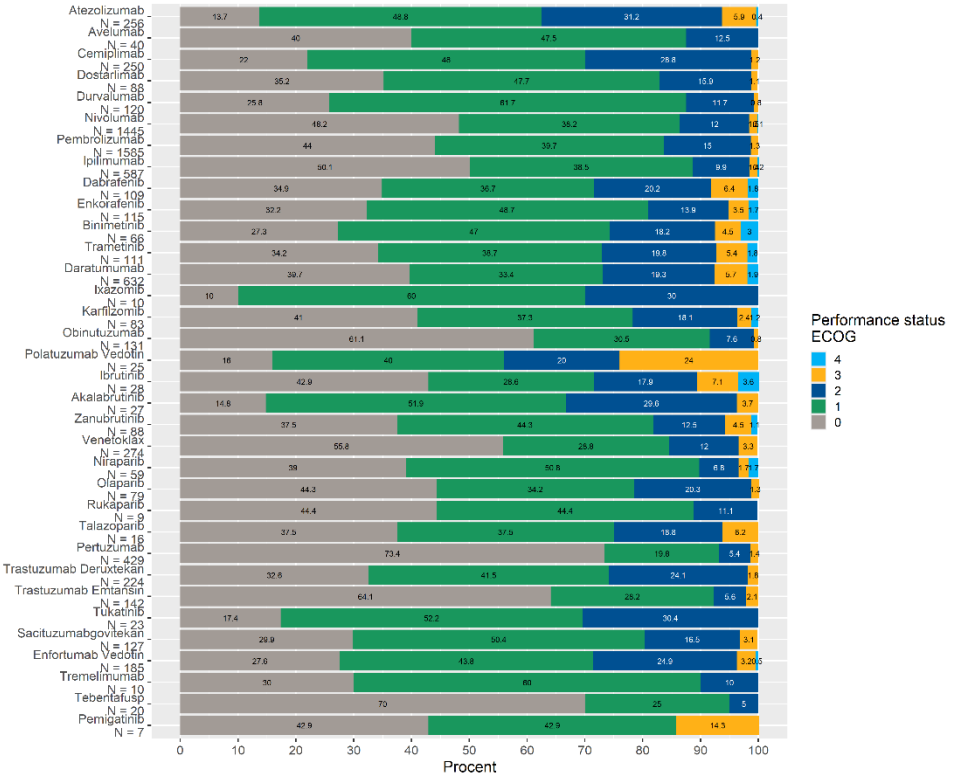


Allmäntillstånd

Diagram 2 visar patienter med gott allmäntillstånd (performance status 0-1) för de 34 läkemedlen som har fler än 5 registrerade insättningar 2025.

Kliniska studier av dessa läkemedel är huvudsakligen gjorda på patienter med PS 0-1. Utifrån de resultat som redovisas i diagram 2 förefaller verksamheterna likt tidigare i relativt hög grad begränsa användningen till patienter med gott allmäntillstånd (PS 0-1). Notabelt att för polatuzumab vedotin är 44% ECOG 2+3.

Diagram 2. Performance status (%) per cancerläkemedel med > 5 registrerade insättningar 2025.



Överlevnad vid metastaserat melanom efter behandling med immunterapi

Som i tidigare rapporter från RCL presenterar vi överlevnad vid metastaserat malignt melanom. I aktuell rapport presenterar vi överlevnad för monoterapi med nivolumab respektive pembrolizumab samt kombinationsbehandling med nivolumab + ipilimumab i separata diagram. Med ett ökat antal registreringar och allt längre uppföljning minskar osäkerheten vid tolkning av resultaten. I nuvarande rapport ingår 2620 registreringar för nivolumab, 397 för pembrolizumab och 670 för kombinationen nivolumab + ipilimumab. Se tabell 11.

Inklusionstiden för start av behandling är 2018-01-01 till 2025-12-31, med uppföljning på vitalstatus till 2026-04-01. Överlevnaden mäts från den första

registrerade insättningen av antingen pembrolizumab, nivolumab eller kombinationen nivolumab + ipilimumab fram till död eller uppföljningens slut. Relativ överlevnad innebär att man räknar bort andra faktorer som kan göra att man avlider, som inte har med cancersjukdomen att göra. Relativ överlevnad mäter alltså sannolikheten att överleva sin cancersjukdom.

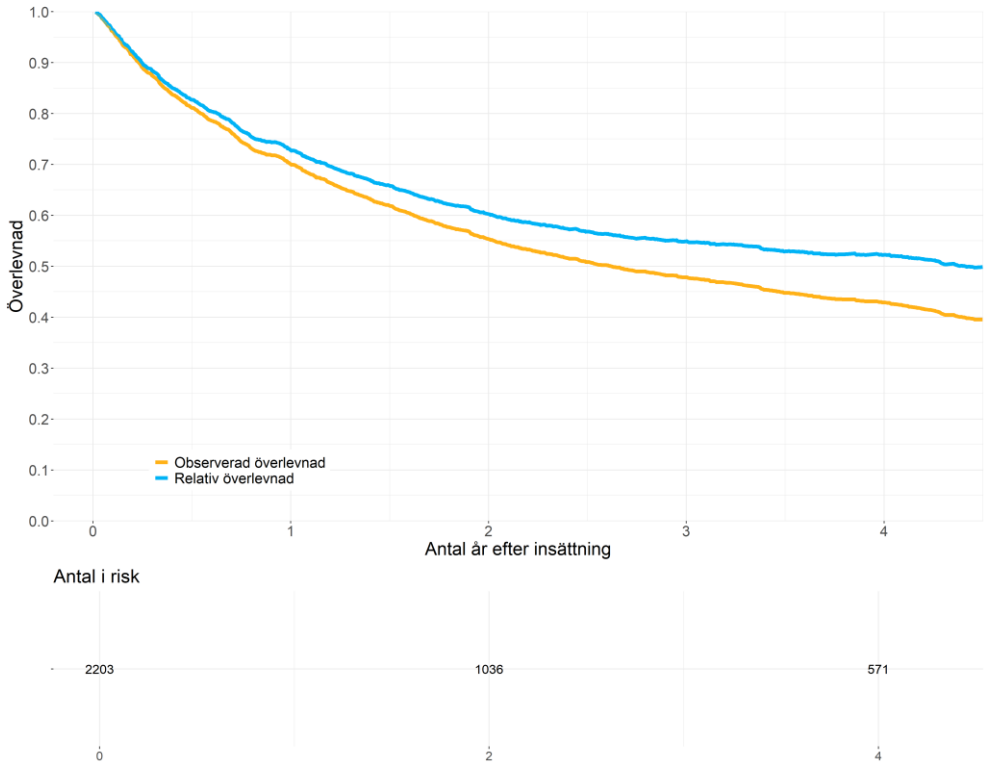
Det är uppmuntrande att notera att den observerade 3-årsöverlevnaden på cirka 50 procent för monoterapi med antingen nivolumab eller pembrolizumab är i överensstämmelse med långtidsdata från randomiserade studier. Osäkerheten för pembrolizumab är större på grund av betydligt färre patienter. För kombinationsbehandling med nivolumab + ipilimumab är 2-årsdata lite sämre än för monoterapi, men detta måste tolkas med stor försiktighet. Det är få patienter och det föreligger en selektion som gör att grupperna inte är jämförbara. Patienter med hjärnmetastaser som har sämre prognos behandlas oftare med kombinationsbehandling. Notera att patienter som fått kombinationsbehandling är nästan 10 år yngre än de som fått monoterapi. Praxis för val av patienter som blir aktuella för kombinationsbehandlingen har sannolikt ändrats över tid. Dessutom används två olika doseringar för nivolumab + ipilimumab som nedan är sammanslagna i samma kurva.

Tabell 11. Deskriptiv statistik av patientgruppen med melanom i överlevnadskurvorna

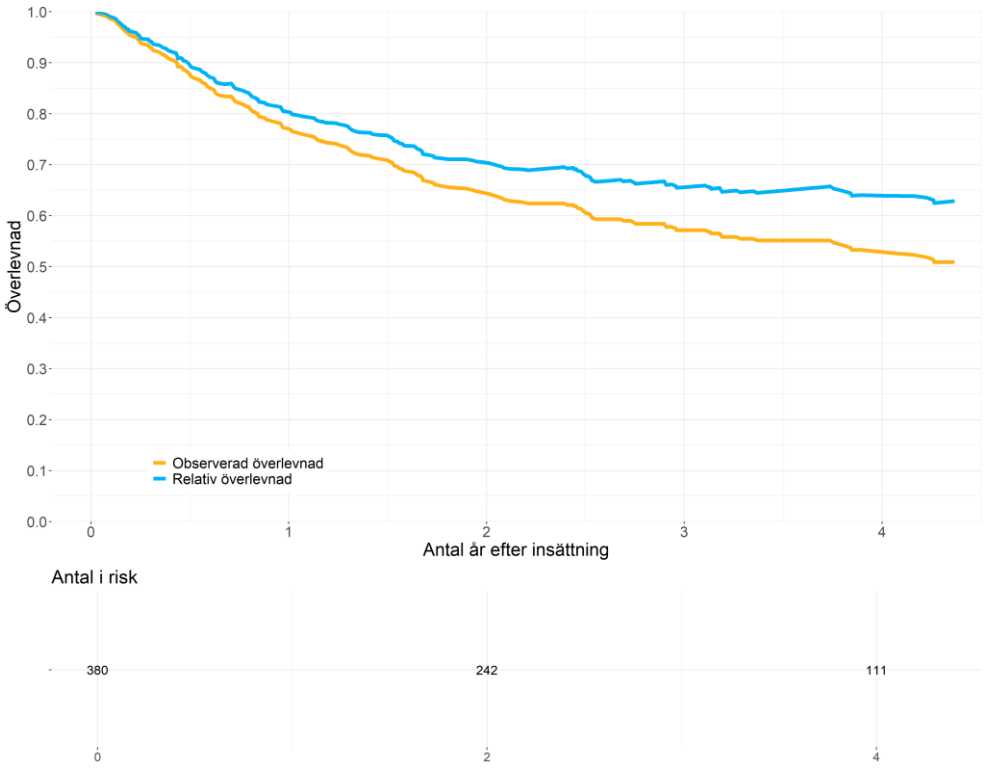
		Ipilimumab + Nivolumab		Nivolumab		Pembrolizumab	
Ålder	Median (25:e - 75:e percentilen)	62 (53-70)		71 (60-78)		71 (61-78)	
Kön	Kvinna	283	42.2	1038	39.6	158	39.8
	Man	387	57.8	1582	60.4	239	60.2
	Totalt	670		2620		397	

Diagram 3. Relativ och observerad överlevnad för palliativa melanompatienter behandlade med nivolumab (A), pembrolizumab (B) respektive nivolumab+ipilimumab (C)

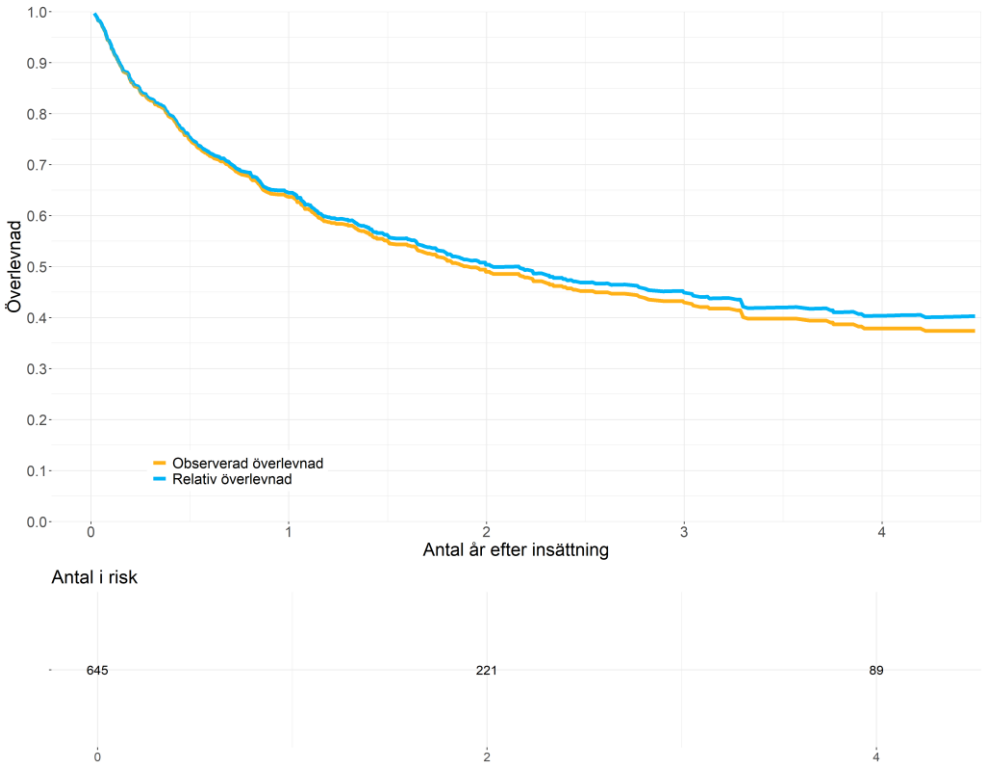
A – Nivolumab



B – Pembrolizumab



C – Nivolumab+ipilimumab



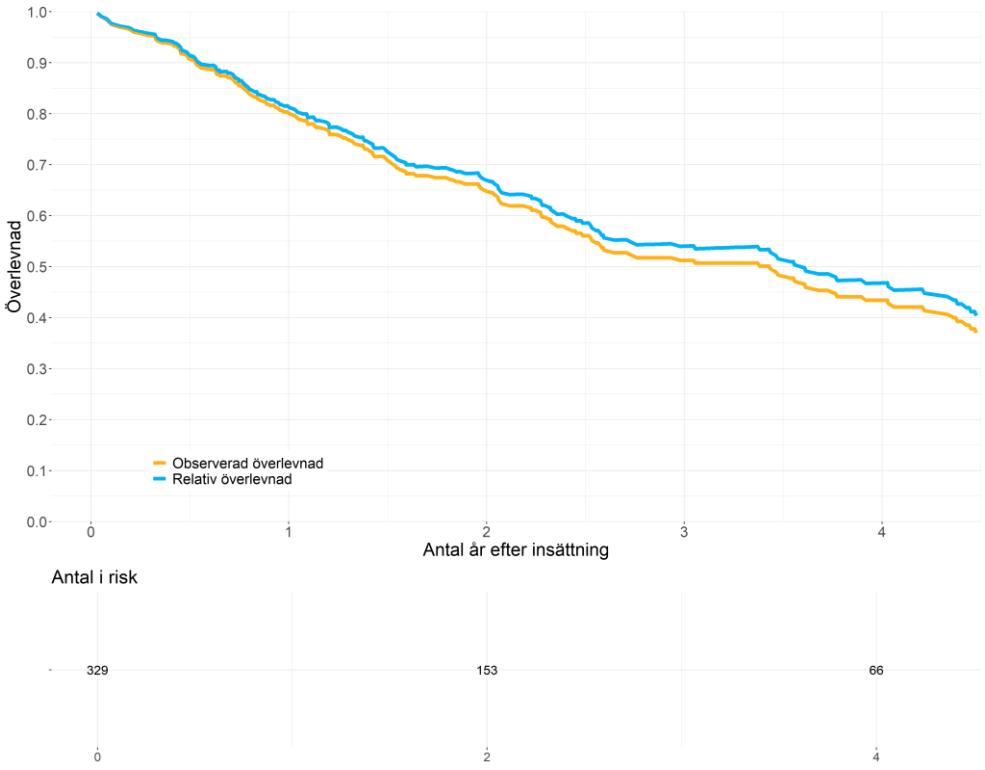
Överlevnad vid metastaserad njurcancer efter behandling med immunterapi

Som i rapporten för 2023 0ch 2024 presenterar vi även överlevnadsdata för metastaserad njurcancer. Datauttaget är detsamma som för melanom. Vi har valt att endast presentera data för kombinationsbehandling med nivolumab + ipilimumab där vi bedömer att all behandling ges i första linjen till patienter med intermediär och hög risk i enlighet med gällande vårdprogram. Det rör sig om 329 registreringar. Överlevnaden efter två år är cirka 65 procent. I registreringsstudien (CheckMate 214) var 2-årsöverlevnaden för patienter med intermediär och hög risk 66,4 procent.

Tabell 12. Deskriptiv statistik av patientgruppen med njurcancer i överlevnadskurvorna

		Ipilimumab + Nivolumab		Nivolumab		Pembrolizumab	
Ålder	Median (25:e - 75:e percentilen)	64 (57-71)		69 (61-75)		68 (60-74)	
Kön	Kvinna	98	29.8	407	28.8	80	32.0
	Man	231	70.2	1005	71.2	170	68.0
	Totalt	329		1412		250	

Diagram 4. Relativ och observerad överlevnad för palliativa njurcancerpatienter behandlade med nivolumab + ipilimumab



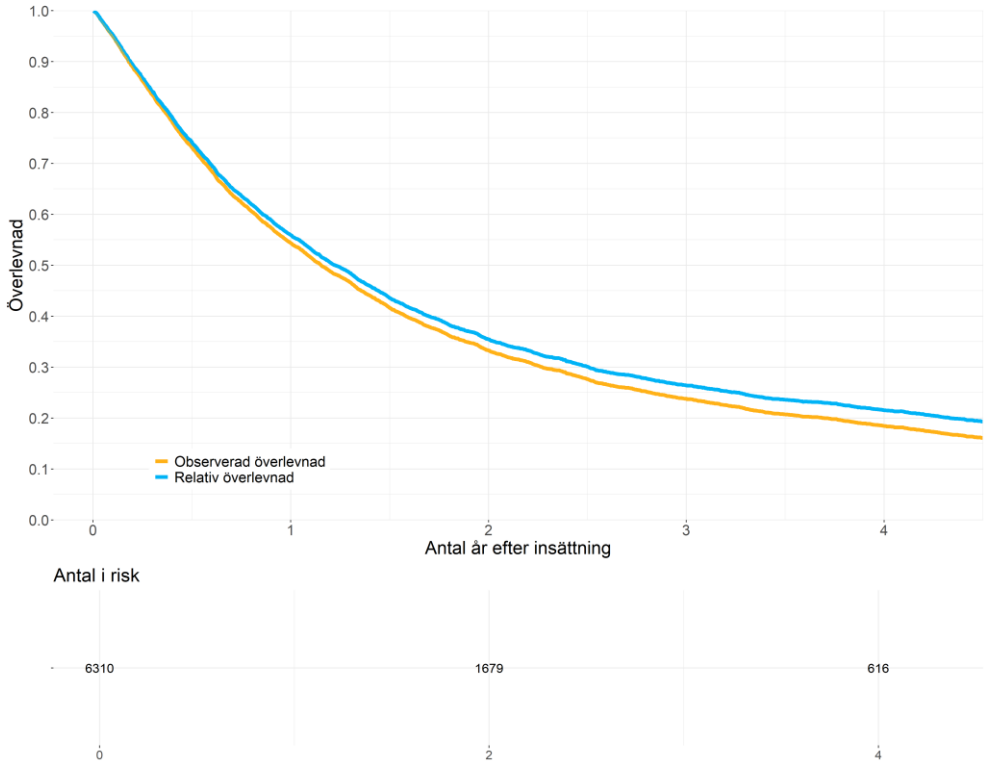
Överlevnad vid metastaserad lungcancer efter behandling med immunterapi

Immunterapi är en central del i behandlingen av avancerad/metastaserad lungcancer sedan flera år. Det här är den första rapporten där vi redovisar överlevanden vid behandling med immunterapi. Behandling med dubbelimmunterapi med ipilimumab och nivolumab har exkluderats. Behandling med pembrolizumab är helt dominerande. Totalt är det 6 501 registreringar. Vi har inga uppgifter om tidigare behandling eller behandlingslinje. 3-årsöverlevnaden är knappa 30% vilket överensstämmer med långtidsuppföljning i Keynote-407 studien (skivepitelcancer) och Keynote-189 (icke-skivepitel).

Tabell 13. Deskriptiv statistik av patientgruppen med lungcancer i överlevnadskurvorna

	Nivolumab	%	Atezolizumab	%	Cemiplimab	%	Pembrolizumab	%
Ålder	73 (67-77.75)		73 (66-78)		74 (68-78.75)		72 (66-76)	
Kön	220	48	687	53.7	366	50.7	2194	54.3
	238	52	593	46.3	356	49.3	1847	45.7
	458		1280		722		4041	

Diagram 5. Relativ och observerad överlevnad för palliativa lungcancerpatienter behandlade med immunterapi



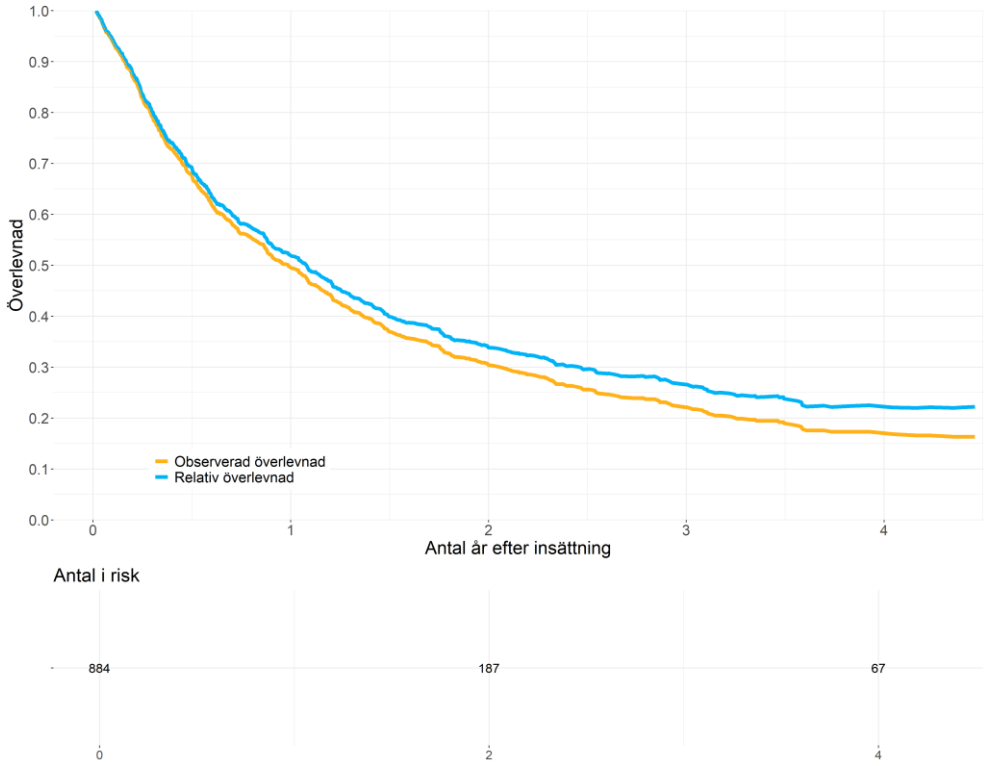
Överlevnad vid metastaserad urotelialcancer efter behandling med immunterapi

Pembrolizumab är den dominerande immunterapin vid urotelialcancer. Här redovisar vi för första gången överlevnaden för pembrolizumab. Som för övriga immunterapibehandlingar har vi inga uppgifter om tidigare behandling eller behandlingslinje så kurvorna måste tolkas med försiktighet. 2-årsöverlevnaden är 35%. I registreringsstudien Keynote-052 (första linjens behandling) var 2-årsöverlevnaden 31%.

Tabell 14. Deskriptiv statistik av patientgruppen med urotelial cancer i överlevnadskurvorna

Ålder	Median (25:e - 75:e percentilen)	74 (68-80)	
Kön	Kvinna	256	29.0
	Man	628	71.0
	Totalt	884	

Diagram 6. Relativ och observerad överlevnad för palliativ behandling med pembrolizumab vid urotelialcancer



BILAGA 1

Läkemedel och variabler som ingår i registrering

Läkemedel med start 1 januari 2018

- abirateron
- enzalutamid
- ipilimumab
- karfilzomib
- nivolumab
- olaparib
- palbociklib
- pembrolizumab
- pertuzumab
- trametinib

Läkemedel med start 1 maj 2018

- daratumumab

Läkemedel med start 1 april 2019

- abemaciklib
- atezolizumab
- avelumab
- dabrafenib
- durvalumab
- ibrutinib
- ixazomib
- niraparib
- ribociklib
- rukaparib
- trastuzumab-emtansin
- venetoklax

Läkemedel med start 1 juli 2019

- enkorafenib
- binimetinib

Läkemedel med start 1 januari 2021

- neratinib

Läkemedel med start 1 juli 2021

- obinutuzumab
- polatuzumab vedotin
- cemiplimab
- akalabrutinib

Läkemedel med start 1 januari 2022

- talazoparib
- trastuzumab deruxtekan

Läkemedel med start 1 januari 2023

- tucatinib
- sacituzumabgovitekan
- dostarlimab

Läkemedel med start 1 juli 2023

- enfortumab vedotin

Läkemedel med start 1 januari 2024

- zanubrutinib

Läkemedel med start 1 januari 2025

- tremelimumab
- pemigatinib
- tebentafusp

Läkemedel som utgår ur registreringen från 1 april 2019

Inrapporterade patienter följs till avslut av behandling.

- abirateron
- enzalutamid

Läkemedel som utgår ur registreringen från 1 januari 2024

Inrapporterade patienter följs till avslut av behandling.

- abemaciklib

- palbociklib
- ribociklib

Variabler med start 1 januari 2018

- Inrapporterande sjukhus och klinik – är kopplat till inrapportörens INCA-konto
- Personnummer – namn hämtas automatiskt
- Diagnos enligt lista
- Startdatum för behandling
- Performance status – ECOG-(WHO), 0-4
- ICD-10
- Behandlingsintention – Kurativ med undergrupper (neoadjuvant, konkomittant, adjuvant, remissionssyftande (hematologi), kurativt syftande endast medicinsk behandling (onkologi) alternativt palliativ
- Aktuellt läkemedel alternativt aktuell regim
- Stoppdatum av behandlingen
- Stopporsak – enligt plan, toxicitet, progress, patientens val, död av progress, död av toxicitet, död av annan orsak, transformation (hematologi) eller annan orsak

Variabler som ändrats 1 april 2019

- Behandlingen sker inom ramen för en klinisk studie – ny
- Orsak till avslut kompletteras med ”död av progress; död av toxicitet; död annan orsak”

Regionala cancercentrum – regionernas nationella samverkan inom cancervården.
Med patienter och närstående för hela människan, i dagens och framtidens cancervård.
www.cancercentrum.se