
Organtransplantasjon

REDAKSJONELT

GJERSVIK PJ

Transplantasjon av organer reiser mange viktige medisinske, helsepolitiske og etiske problemstillinger

Organtransplantasjon er i dag veletablert som behandling ved langt kommet organsvikt. Nyre er det organ som oftest transplanteres, men også stadig flere hjerte-, pancreas-, lunge- og levertransplantasjoner blir foretatt. Mednyretransplantasjon kan pasienter med nyresvikt slippe krevende - og for samfunnet dyr - dialysebehandling (1). Forandre kan organtransplantasjon være livreddende.

Forutsetningen for at organer kan transplanteres fra menneske til menneske og tolereres av mottakeren, er innsikt i kompliserte immunologiske forhold og utvikling av potente immunsuppressive medikamenter. Bedre immunsuppresjon og infeksjonskontroll, bedre immunologisk samsvar mellom giver og mottaker, forbedret kirurgisk teknikk og økt medisinskerfaring har de siste tiår ført til færre akutte reaksjoner av transplantat og lengre overlevelsestid for transplantat og mottaker.

Tidsskriftet starter i dag en artikkelserie om transplantasjoner som i særlig grad tar for seg organtransplantasjon. Forfatterne er ledende fagpersoner innen norske transplantasjonsmiljøer, først og fremst fra Rikshospitalet, men også fra andre region- og sentralsykehus. Vi tror en slik artikkelserie er av stor interesse for mange norske leger. De medisinske fremskritt innen transplantasjon skjer raskt og skaper en rekke medisinske, helsepolitiske og etiske problemstillinger som vi alle må være med på å ta stilling til. Med stadig flere organtransplanterte pasienter vil også utenfor universitetssykehusene og utenfor de mest aktuelle spesialiteter støte på kliniske problemstillinger knyttet til langvarig immunsuppressiv behandling.

Reisæter gir i sin artikkel en historisk oversikt over nyretransplantasjonsvirksomheten i Norge (2). Vårt land har faktisk vært på verdenstoppen i mange år når det gjelder antall nyretransplantasjoner i forhold til folketallet og når det gjelder andelen nyresviktpasienter som blir transplantert. Dette skyldes særlig at det utføres mange transplantasjoner fra levende giver (familiemedlemmer): Over 40% av alle nyretransplantasjoner i Norge utføres med nyrefra levende giver, mot bare 5-10% i Storbritannia og i en rekke andre vestlige land (3). Dette innebærer at venteliste og ventetid for nyretransplantasjon er kortere i Norge, og at presset på dialysevirksomheten er mindre. Resultater for nyretransplantasjon utført med nyre fra

levende giver er bedre enn for nyretransplantasjon fra avdød giver (4). Dialysebehandling og nyretransplantasjon sett med en pasients øyne er tema for en annen artikkel i dette nummer av Tidsskriftet (5).

At alle landets organtransplantasjoner utføres ved ett og samme sykehus, er også spesielt for Norge. Oppfølgingen av pasientene de første månedene foregår ved Rikshospitalet, mens videre kontroll som oftest skjer ved region- og sentralsykehus, i tett samarbeid med transplantasjonsmiljøet. Denne organiseringen, som det er bred enighet om, innebærer at det utvikles nødvendig spisskompetanse. Rikshospitalet er faktisk blant de ti størstnyretransplantasjonssentre i verden. Dette gjør sykehuset til en interessant samarbeidspartner i forskningsprosjekter innen dette feltet.

I en annen artikkel gir Vartdal & Thorsby en innføring i transplantasjonsimmunologi (6). Også her har Norge vært langt fremme, bl.a. gjennom forskning ved Vevstypelaboratoriet ved Rikshospitalet (senere Institutt for transplantasjonsimmunologi, nå del av Immunologisk institutt). Kommende artikler i serien vil bl.a. ta for seg immunsuppressive medikamenter og komplikasjoner knyttet til langtidsbruk av slike. Med enda bedre innsikt i de immunologiske forhold ser man for seg behandlingsmetoder som kan påskynde antigenspesifikk toleranse og dermed redusere behovet for immunsuppresjon (6). I tillegg til basalforskning må det utføres randomiserte studier for å dokumentere nyemedikamenters og behandlingsmetoders fortrinn. Skal norske pasienter kunne dra nytte av denne forskningen, må Norge bidra. Dette krever rekruttering av leger til forskning og bevilgning av penger til medisinsk forskning.

For pasienter og pårørende kan muligheten for å motta eller gi bort et organ være en vanskelig eksistensiell og etisk problemstilling. For den potensielle mottakeren kan organtransplantasjon være siste og eneste mulighet for å overleve. Aktuelle organgivere blant de pårørende kan føle seg utsatt for press. Det samme gjelder pårørende til pasienter som dør under forhold hvor organdonasjon er mulig. Leger og annet helsepersonell står i slike situasjoner overfor svært vanskelige faglige og etiske utfordringer, der empati og profesjonalitet er avgjørende. Som følge av begrenset organtilgang må det gjøres en streng prioritering av potensielle mottakere.

Organiseringen av organdonasjon er en viktig faktor for tilgangen på organer. I forhold til mange andre land ligger Norge ganske godt an, men i 1998 økte antall pasienter på venteliste for transplantasjon av nyre fra avdød giver (2). Vi kan ha mye å lære av bl.a. Spania, som for noen år siden foretok en vellykket omorganisering vedrørende organdonasjon fra avdød giver.

Mangelen på organer til transplantasjon har intensivert forskningen omkring transplantasjon av organ fra dyr til menneske - xenotransplantasjon. Denne muligheten, som ikke ligger så mange år frem i tid, stiller leger, forskere, politikere og samfunnet som helhet overfor vanskelige avveininger. Det kan reises legitime etiske og politiske motforestillinger mot xenotransplantasjon (7). Artikler som tar for seg disse spørsmålene, vil avslutte artikkelserien senere i høst.

Organtransplantasjon fascinerer. Reservedelsmennesket som begrep er etablert i den folkelige forestillingsverden. For pasienter med langt kommet organsvikt - som står på terskelen til døden, så å si - representerer et nytt, friskt organ til erstatning for det gamle, ubrukelige nærmest et mirakel. Immunologisk forskning har ikke bare banet veien for organtransplantasjon; den har også med organtransplantasjon fått unike muligheter

for ytterligere innsikt isentrale biologiske prosesser gjennom eksperimentelle og kliniske observasjoner. Organtransplantasjon er et godteksempel på nytten av gjensidig utveksling av kunnskap og erfaring mellom medisinske basalfag og kliniskvirksomhet.

Petter Jensen Gjersvik

Petter Jensen Gjersvik (f. 1952) er ansatt som medisinsk redaktør (vikar) i Tidsskriftet. Haner stipendiat ved Rikshospitalet og arbeider med en avhandling om dermatologiske komplikasjoner etterorgantransplantasjon.

LITTERATUR

1. Jakobsen A, Albrechtsen D, Sødal G, Flatmark A, Fauchald P, Vartdal F. Kostnader ved uremikeromsorg. Tidsskr Nor Lægeforen 1990; 110: 338-41.
2. Reisæter AV. Nyretransplantasjon i Noreg - eit historisk perspektiv. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3163-6.
3. Nicholson ML, Bradley JA. Renal transplantation from living donors. BMJ 1999; 318: 409-10.
4. Albrechtsen D, Leivestad T, Fauchald P, Flatmark A, Sødal G, Thorsby E. Results of the national kidney transplantation program in Norway. I: Terasaki PI, Cecka JM, red. Clinical transplant 1992. Los Angeles: UCLA Tissue Typing Laboratory, 1992: 207-13.
5. Schreuder FC. Livet som nyrepasient - i dialyse og etter transplantasjon. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3183-4.
6. Vartdal F, Thorsby E. Immunologiske reaksjoner ved transplantasjoner. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3167-70.
7. Høibråten D. Å overskride en utilbørlig grense. Kronikk. Dagbladet 21.6.1999.

Publisert: 10. september 1999. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 11. juli 2026.