
Langtidsoppfølging av nyretransplanterte pasienter

REDAKSJONELT

WESTLIE L

30 års erfaring fra et av verdens ledende transplantasjonssentre

Det er i år 30 år siden nyretransplantasjon ble rutinebehandling i Norge (1). I løpet av disse årene har Rikshospitalet markert seg som et av verdens fremste transplantasjonssentre. Dette skyldes både gode resultater, en unik organisasjon og miljøets modige og ukuelige innsats for bruk av levende donorer ved nyretransplantasjon. Audun Flatmark har stått sentralt i denne utviklingen og har en meget stor del av æren for den suksess som er oppnådd.

Etter de første 20 årene skrev Jarle Ofstad dette om nyretransplantasjon i en leder i Tidsskriftet (2): "Faglig foreligger det noe så sjeldent som en norsk profil. Denne gir seg til kjenne ved at en usedvanlig stor andel av pasientene får utført transplantasjon, ved at et rekordhøyt antall pasienter transplanteres med nyre fra levende giver- og ved den unike andel transplantasjoner uten forutgående dialyse." Denne profilen er ikke blitt mindre markert de siste ti årene.

En slik suksess forplikter, og i dag vil nok kvalitetskontroll være det skeptikerne etterlyser. Med en lengre artikkelserie har Tidsskriftet meget prisverdig forsøkt å belyse temaet transplantasjon, og langtidsoppfølging av nyretransplanterte pasienter har her fått en selvfølgelig plass. I fire artikler (3-6), hvorav tre i dette nummer av Tidsskriftet (4-6), er de somatiske komplikasjoner belyst med referanser til gode norske oppfølgingsstudier.

Som det fremgår av Midtvedts artikkel om infeksjoner (3) har Rikshospitalet en meget lav postoperativ infeksjonsinsidens etter nyretransplantasjon. Midtvedt og medarbeidere har tidligere vist at den rutinemessige profylaktiske antibiotikabehandling som benyttes i andre land, er unødvendig (7). En annen studie, av Aarhus og medarbeidere (8), viste at bare 6,8% av dødsfall blant nyretransplanterte innen fem år etter transplantasjonen var relatert til infeksjoner, også det et oppløftende resultat.

Det skandinaviske særproblem med iskemisk hjertesykdom som hovedårsak til død og tap av nyretransplantat blir belyst i artikkelen til Hjelmesæth og medarbeidere (4). Hyperlipidemi og kardiovaskulær morbiditet hos norskenyretransplanterte pasienter er tidligere kartlagt i norske multisenterstudier (9, 10). Disse problemene har vært kjentlenge, men hvordan de skal takles, er ikke avklart. Det "metabolske syndrom" hos transplanterte har vært lite påaktet, og behandlingen har i stor grad vært konsentrert om transplantatoverlevelse. Den pågående ALERT-studien (Assessment of Lescol in Renal Transplantation), som koordineres fra Norge, vil forhåpentligvis gi noen svar. I mellomtiden er det grunn til å følge anbefalingen fra Hjelmesæth og medarbeidere (4): "Indikasjonsterskelen for behandling med antihypertensiver og statiner bør ikke være høy."

Det mest konkrete resultatet av systematisk langtidsoppfølging av nyretransplanterte er knyttet til en studie av Midtvedt og medarbeidere (11). De fant ingen forskjell i behovet for antihypertensiver blant pasienter som fikk utført bilateral nefrektomi på transplantasjonstidspunktet sammenliknet med kontrollpasienter der bilateral nefrektomi ikke ble utført. Et slikt inngrep er et stort inngrep, og når den tilsiktede effekt på blodtrykket uteblir og behandlingsmetoden derfor skrinnlegges, er pasienten spart for mye.

Nyretransplanterte pasienter har økt risiko for å utvikle enkelte former for kreft, bl.a. hudkreft og lymfom, slik Pfeffer omtaler i sin artikkel (5). Risikoen for å utvikle hudkreft er spesielt stor, slik Gjersvik gjør rede for i sin artikkel om hudkomplikasjoner (6). Hudkreft er i de fleste tilfeller lett å oppdage og lett å behandle. Organtransplanterte pasienter bør oppfordres til å unngå soling og beskytte seg mot UV-stråling, som er en svært viktig etiologisk faktor for utvikling av hudkreft.

Det norske nyretransplantasjonsprogrammet er en suksess. Hva er årsaken til denne suksessen? Svaret er nok som Midtvedt (3) skriver: "Med alle transplantasjoner samlet ved ett senter og med et svært godt samarbeid med alle landets nefrologer sikres høy kompetanse til beste for nyretransplanterte pasienter i Norge."

Den kvalitetskontroll og langtidsoppfølging som er omtalt i de aktuelle artiklene, gir grunnlag for fortsatt optimisme. I 1990 skrev Ofstad (2): "20-årsregnskapet for transplantasjonsvirksomheten har også et klart politisk budskap. Den optimale kliniske modell, som også er den billigste, er fremkommet ved et rent faglig samarbeid utendirektiver og byråkratiske reguleringer." Langtidsoppfølgingen av pasienter etter nyretransplantasjon de siste ti årenegir holdepunkter for at Ofstads påstand fortsatt er riktig. Den har i tillegg vist at Rikshospitalet minst er på høyde med de beste transplantasjonssentre i verden. Det er ingen grunn til å frykte at det faglige samarbeidet mellom Rikshospitalet og landets øvrige sykehus vil endre seg, og vi får håpe at forholdene ved det nye Rikshospitalet på Gaustad vil gi grobunn for videre fremgang.

Lars Westlie

Lars Westlie (f. 1937) er spesialist i indremedisin og nyresykdommer og har innehatt en rekkeledende stillinger ved sitt sykehus. Han har lang erfaring med oppfølging av pasienter etter nyretransplantasjon.

LITTERATUR

1. Reissæther AV. Nyretransplantasjon i Noreg - eit historisk perspektiv. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3163-6.
2. Ofstad J. Nyretransplantasjon. Tidsskr Nor Lægeforen 1990; 110: 326.
3. Midtvedt K. Infeksjoner hos nyretransplanterte i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3621-3.
4. Hjelmesæth J, Midtvedt K, Aakhus S, Hartmann A. Kardiovaskulær sykdom etter nyretransplantasjon. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3784-8.
5. Pfeffer P. Kreft hos organtransplanterte pasienter. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3792-4.
6. Gjersvik PJ. Hudkomplikasjoner etter organtransplantasjon. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3789-92.
7. Midtvedt K, Hartmann A, Midtvedt T, Brekke IB. Routine perioperative antibiotic prophylaxis in renal transplantation. Nephrol Dial Transplant 1998; 13: 1637-41.
8. Aakhus S, Dahl K, Widerøe TE. Predictors for cardiovascular events late after transplantation. Results from a 5 year prospective follow-up study in 405 renal transplant patients. Nephrol Dial Transplant 1997; 12: 221.
9. Aakhus S, Dahl K, Widerøe T-E. Hyperlipidaemia in renal transplant patients. J Int Med 1996; 239: 407-15.
10. Aakhus S, Dahl K, Widerøe T-E. Cardiovascular morbidity and risk factors in renal transplant patients. Nephrol Dial Transplant 1999; 14: 648-54.
11. Midtvedt K, Hartmann A, Bentdal Ø, Brekke IB, Fauchald P. Bilateral nephrectomy simultaneously with renal allografting does not alleviate hypertension 3 months following living-donor transplantation. Nephrol Dial Transplant 1996; 11: 2045-9.

Publisert: 20. oktober 1999. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.