

---

# Allogen stamcelletransplantasjon - risikabelt, men livreddende

---

REDAKSJONELT

HAMMERSTRØM J

---

*En drastisk sykdom må leges med et drastisk middel - eller forbli ulegelig.*

Shakespeare

*Hamlet*

Når den kvinnelige hjertekirurg i såpeserien *Chicago Hope* skal skremme vettet av en ubehagelig mann, sier hun til ham at han har akutt myelogen leukemi. Dette forteller oss at sykdommen i vår kultur er assosiert med dramatiske forestillinger om rask og nesten uavvendelig død.

Lorentz Brinch (1) viser i dette nummer av Tidsskriftet at det ikke lenger trenger å være tilfellet for de pasientersom egner seg for allogen stamcelletransplantasjon. Resultatene av denne behandlingen, som i Norge er sentralisert til Rikshospitalet, er gode og fullt på høyde med internasjonale erfaringer. Dette er ingen selvfølge. Norge er et liteland, og antall pasienter har i perioder vært nede mot den minimumsgrensen mange mener er nødvendig for dyktiggjøring (2). Virksomheten er kritisk avhengig av høy kvalitet i en rekke deltakende fagmiljøer, med vevstyping, cytogenetikk, infeksjonsmedisinsk diagnostikk og blodbanktjenester som de viktigste.

Allogen stamcelletransplantasjon er en krevende behandling, som medfører store bivirkninger for pasienten og høye utgifter for sykehuset. Den beinmargsutryddende og immunsuppressive initialbehandlingen med cytostatika og stråling har forandret seg lite over tid, og er toksisk med smal terapeutisk virkningsbredde.

Bedringen av resultatene i de senere år har komplekse årsaker. Ved siden av den læringskurve all komplisert behandling medfører, har nok fremskritt i støttebehandling og utvelgelsen av hvilke pasienter som vil ha størst nytte av behandlingen vært viktig. Omfattende og nøyaktig vevstyping på DNA-nivå er vist å være vesentlig for utvelgelse av ubeslektede stamcellegivere fra beinmargsregistrene (3), og miljøet ved Institutt for immunologi ved Rikshospitalet har gitt et avgjørende bidrag til dette. I de senere år er det blitt en

økende forståelse for at behandlingens suksess ved leukemi ikke primært skyldes den beinmargsutryddende og immunsuppressive forbehandling. Den påfølgende immunologiske utryddelsen av vertens resthematopoese, som utføres av giverens T-celler og naturlige drepeceller, fører samtidig til utryddelse av de gjenværende leukemicellene, som deler hematopoetiske differensieringsantigener med normale celler. Dette er kanskje årsaken til at allogene stamcelletransplantasjon ikke har fått noen plass i behandlingen av cytostatikafølsomme svulster som ikke bærer hematopoetiske differensieringsantigener (4). Kontroll av spesifisiteten og styrken av denne immunresponsen synes nødvendig for å komme videre i utviklingen, spesielt for å redusere toksisiteten, som medfører en betydelig mortalitet og store lidelser for enkelte pasienter.

Selv med optimistiske anslag bidrar transplantasjonsvirksomheten beskjedent til overlevelsen for pasientgruppen som helhet, og i et folkehelseperspektiv er den knapt synlig. Sykdommene er i seg selv sjeldne, og et flertall av pasienter med disse sykdommene er for gamle til at behandlingen kan gjennomføres med forventning om nytte. For den enkelte yngre pasient med sikker dødelig sykdom, for eksempel kronisk myelogen leukemi eller tilbakefall av akutt myelogen leukemi, er det imidlertid ingen annen behandling som kan "vriste en ut av dødens klør" på samme måte. Denne dobbeltheten preger virksomhetens sosiale, kulturelle og politiske symbolfunksjon. Akutt leukemi er toppscorer på rankinglisten over sykdommers medisinske prestisje (5).

Stamcelletransplantasjonene manifesterer samfunnets vilje til å satse store økonomiske og teknologiske ressurser på å redde enkeltmenneskers liv, og utgjør i verdimeessig forstand en motpol til kollektive tiltak på befolkningsnivå, som forbygging av tobakks- eller trafikkskader. I en tabloid tid hvor dramatisering, individualisering og høyteknologi kan utnyttes i mediene til egen økonomisk vinning, har miljøet ved Rikshospitalet under Stein Evensens ledelse på en prisverdig måte fremmet nøkternhet og åpen diskusjon omkring etiske prinsipper for ressursprioritering til virksomheten. Ressursbruken per vunnet leveår er i kostnad-effekt-analyser sammenliknbar med hypertensjonsbehandling (6).

I det norske miljøet har man foretatt strategiske valg underveis. Disse var kontroversielle da de ble gjort, men utviklingen har i økende grad gitt dem rett. Et eksempel er den konsekvente satsing på tidlig transplantasjon fremfor interferonbehandling ved kronisk myelogen leukemi.

Allogene stamcelletransplantasjon er en virksomhet som krysser grenser og skaper konflikter, både immunologisk, etisk, politisk og økonomisk. Gode kliniske resultater forutsetter fagmiljøer med sterk forskningskompetanse. Derfor er det viktig at rekrutteringsvanskelighetene i norsk medisinsk forskning (7) finner en løsning.

*Jens Hammerstrøm*

*Jens Hammerstrøm (f. 1947) er overlege og spesialist i hematologi. Han er professor ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.*

---

## LITTERATUR

1. Brinch L. Transplantasjon med allogene hematopoetiske stamceller hos voksne. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 4045-9.
  2. Horowitz MM, Przepiorka D, Champlin R, Gale RP, Gratwohl A, Herzig RH et al. Should HLA-identical sibling bone marrow transplants for leukemia be restricted to large centers? Blood 1992; 79: 2771-4.
  3. Petersdorf EW, Longton GM, Anasetti C, Martin PJ, Mickelson EM, Smith AG et al. The significance of HLA-DRB1 matching on clinical outcome after HLA-A, B, DR identical unrelated donor marrow transplantation. Blood 1995; 86: 1606-13.
  4. Nash RA, Storb R. Graft-versus-host effect after allogenic hematopoietic stem cell transplantation: GVHD and GVL. Curr Opin Immunol 1996; 8: 674.
  5. Album D. Sykdommers og medisinske spesialiteters prestisje. Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 111: 2127-33.
  6. Welch HG, Larson EB. Cost effectiveness of bone marrow transplantation in acute nonlymphocytic leukemia. N Engl J Med 1989; 321: 807-12.
  7. Brandtzæg P. Rekrutteringskrisen i akademisk medisin undergraver helsevesenet. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 3992-4.
- 

Publisert: 10. november 1999. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 4. juni 2026.