

pasienter med familiegiver vil være å vente med stamcelletransplantasjon til residiv. Det er ikke sikkert at forholdene da ligger til rette for å gjennomføre slik transplantasjon.

En metaanalyse av studier med genetisk randomisering (donor versus ikke-donor) og analyse etter prinsippet om behandlingshensikt (intention to treat) viste en signifikant bedre overlevelse hos høyrisikopasienter som gjennomgikk stamcelletransplantasjon i første remisjon, enn hos pasienter som ble behandlet med kjemoterapi alene (2). Overlevelsen hos pasienter med intermedieær risiko var også bedre for dem som fikk foretatt transplantasjon, men denne overlevelsesgevinsten var ikke statistisk signifikant. Forfatterne mer enn antyder at dette også har gyldighet i det norske materialet.

For å kunne gjennomføre stamcelletransplantasjon i første remisjon er det viktig at HLA-typing av pasient og potensielle familiegivere gjøres tidlig. Gitt at en tredel av pasientene har en HLA-identisk familiegiver og at det er mulig å finne en HLA-identisk giver (beslektet eller ubeslektet) hos 80 % av etniske nordmenn, kunne eller burde i overkant av 70 pasienter gjennomgått stamcelletransplantasjon i første remisjon i studieperioden med de transplantasjonsanbefalinger som da forelå. Men bare 39 pasienter ble transplantert i første remisjon. Vi vet ikke i hvor stor grad og på hvilket tidspunkt HLA-typing ble utført hos norske pasienter under 60 år med akutt myelogen leukemi i den aktuelle tidsperioden. Vi vet heller ikke hvor stor andel av dem som hadde donor, som ble transplantert. Det er bra at slike data nå vil komme inn i leukemiregistrert slik forfatterne skriver i sin diskusjon.

Lorentz Brinch
Geir Tjønnfjord
Tobias Gedde-Dahl
Dag Heldal
Pål André Holme
Ingunn Dybedal
 Rikshospitalet

Litteratur

1. Tangen JM, Fløysand Y, Foss-Abrahamsen J et al. Overlevelse hos voksne med akutt myelogen leukemi. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128; 1164–7.
2. Yanada M, Matsuo K, Emi N et al. Efficacy of allogeneic hematopoietic stem cell transplantation depends on cytogenetic risk for acute myeloid leukemia in first disease remission. Cancer 2005; 103: 1652–8.

J.M. Tangen og medarbeidere svarer:

Vi takker Lorentz Brinch og medarbeidere for kommentarene og slutter oss til de fleste synspunktene som fremføres når det gjelder praktisk håndtering av pasienter som kan være kandidater for allogen stamcelletransplantasjon. Vi ønsker likevel å nyanse noe den omtale som gis av verdien av stamcelletransplantasjon generelt, og av den plass som denne behandlingen bør ha i det norske handlingsprogrammet spesielt.

Først vil vi presisere at vi i vår artikkel utelukkende har tatt sikte på å presentere de overlevelsesdata som er oppnådd i vårt materiale i de forskjellige risikogrupperne. Det har ikke vært vår intensjon å belyse verdien av allogen stamcelletransplantasjon generelt. Vi kommer imidlertid inn på dette spørsmålet i diskusjonen i vår artikkel, og nevner blant annet at de undersøkelsene som har vært gjort til dels har gitt motstridende resultater.

Liknende motsetninger kommer også frem i metaanalyser som er publisert. Brinch og medarbeidere nevner i sitt innlegg en metaanalyse som konkluderer med en fordel for allogen stamcelletransplantasjon hos pasienter med høyrisikosykdom og sykdom med standard risiko (1). I vår artikkel refererer vi til en annen metaanalyse (2) som også konkluderer med en fordel for allogen stamcelletransplantasjon fremfor kjemoterapi i disse grupperne, men fordelene var bare statistisk signifikant hos pasienter under 36 år. I artikkelen heter det videre: «the advantage of an available donor is at best modest in patients over 40 years».

Slik vi ser det, er det fortsatt ikke helt avklart hvilke pasientgrupper som bør få tilbud om allogen stamcelletransplantasjon. Denne usikkerheten bør også komme frem i pasientinformasjonen. Et av problemene med å vurdere de store, internasjonale studiene er at data fra en lang rekke sentre med forskjellige behandlingstradisjoner er slått sammen, slik at materialet blir svært heterogent. Det er derfor viktig at vi i vårt hjemlige miljø kan gjøre en selvstendig vurdering av verdien av allogen stamcelletransplantasjon. Som en konsekvens av dette ble databasen for Norsk register for akutte leukemier og lymfoblastiske lymfomer for noen år siden endret slik at det i fremtiden vil bli mulig å gjøre slike analyser.

Jon Magnus Tangen
 Ullevål universitetssykehus

Yngvar Fløysand
 Rikshospitalet

Jenny Foss-Abrahamsen
 Haukeland Universitetssykehus

Einar Haukås
 Stavanger universitetssjukehus

Inger Anne Næss
 St. Olavs Hospital

Tove Skjelbakken
 Universitetssykehuset Nord-Norge

Litteratur

1. Yanada M, Matsuo K, Emi N et al. Efficacy of allogeneic hematopoietic stem cell transplantation depends on cytogenetic risk for acute myeloid leukemia in first disease remission. Cancer 2005; 103: 1652–8.
2. Cornelissen JJ, van Patten WLJ, Verdonck LF. Results of a HOVON/SAKK donor versus no donor analysis of myeloablative HLA-identical sibling transplantation in first remission in young and middle aged adults. Benefits for whom? Blood 2007; 109: 3658–66.

Abortpiller og valgmuligheter

Johanne Sundby fremfører i en leder i Tidsskriftet nr. 7/2008 ikke bare faglige, men også en del politiske argumenter (1). Hun hevder at tilgang til abort er god kvinnehelsepolitikk, og at komplikasjonsraten er lav med få medisinske og sosiale senvirkninger.

Når abortmotstandere likevel ikke ønsker å bidra til økt tilgjengelighet av ulike abortmetoder, tar de konsekvensen av egne holdninger. Å legalisere illegale aborter på grunn av alvorlige komplikasjoner, er bare en tilsynelatende løsning på et vanskelig problem. Abortmotstandere mener at et sivilisert samfunn ikke kan være bekjent av et lovverk og et helsevesen hvor et svakt individ mister retten til å leve for å trygge det som defineres som en frihet for et annet. Som leger må vi ha en bevissthet også om fosterets autonomi og valgmuligheter, og ikke uten videre akseptere at god kvinnehelsepolitikk og adgang til å avbryte graviditeter henger sammen.

Uttrykket «gode og trygge aborter» er misvisende. Ingen aborter er gode eller trygge for fosteret som ikke overlever prosedyren. Noen land har lovverk som verner om svangerskapet, slik at mennesker som medvirker til abort kan gjøres strafferettslig ansvarlig. Vestlige krefter arbeider for å få slike land til å liberalisere reglene, og Sundby som selv er engasjert i internasjonale helsespørsmål, ser ut til å representere disse kreftene. At komplikasjonsraten ved legal abort er lav og medisinske og sosiale senvirkninger få, er en oppfatning som har vært debattert også her i Tidsskriftet. Siste ord er neppe sagt i den diskusjonen, og det må være riktig å nevne at et ukjent antall kvinner sliter psykisk på grunn av tidligere svangerskapsavbrudd.

Sundby skriver at abortspørsmålet er kontroversielt. Den hippokratiske grunn tanke om respekt for alt liv lever videre i legeetikken, samtidig som norske leger påtvinges medvirkning til handlinger som kolliderer med denne grunntanken. Legestanden fungerer som et verktøy i statens hender og håndhever et program for svangerskapsavbrytelser som vi ikke har medisinsk-etisk dekning for. Hvordan historien vil dømme oss i dette spørsmålet, gjenstår å se.

Ragnvald Bjørgås Petersen
 Mseleni Hospital
 Sør-Afrika

Litteratur

1. Sundby J. Abortpiller – en medisin for kvinners valg. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 808.