

HLA gunstig ved HIV

HLA-klasse I-molekyler presenterer antigener som allerede er omformet av bakterier eller virus for ulike typer T-celler. Molekylene er svært polymorfe. Noen grupper er sjeldne, mens andre forekommer i store andeler av befolkningen.

Kombinasjonen av sjeldne HLA-klasse I-molekyler, såkalte supergrupper, beskytter sannsynligvis mot sykdomsutvikling hos personer som er infisert med HIV (Nat Med 2003; 9: 928–35). I en stor populasjon HIV-infiserte menn var enkelte HLA-typer sterkt assosiert med langsom utvikling av sykdommen. Dette gjaldt for eksempel B27-gruppen, og B58, mens pasienter som hadde den vanligste gruppen, B7, oftere ble syke. Forskerne mener at viruset tilpasser seg de vanligste HLA-typene først.

Behandling av muskeldystrofi

Stamceller kan kanskje benyttes i behandlingen av en spesiell type muskeldystrofi. Hittil har cellulær behandling av tilstanden vært mislykket, blant annet fordi de ødelagte muskelcellene er vanskelige å nå.

Italienske forskere har utviklet en musemodell av skulder-hofte-muskeldystrofi (limb girdle muskeldystrofi) og injisert dyrene med mesodermale stamceller (Science 2003; 301: 487–92). Dette førte til markant bedring i muskelfunksjon. De injiserte stamcellene er beslektet med endotel i kar, og når muskelcellene via kapillærnettverket.

Soleksponering og multipel sklerose

Kan økt soleksponering i barne- og ungdomsalder beskytte mot multipel sklerose? I en pasient-kontroll-studie fra Tasmania, der prevalensen av sykdommen er høy, ble 136 pasienter og 272 friske kontrollpersoner intervjuet og testet dermatologisk (BMJ 2003; 327: 316–20).

Høyere grad av soleksponering i 6–15-årsalderen, særlig på vinterstid, var assosiert med en tredels reduksjon i sykdomsrisiko (justert oddsratio 0,31; 95% KI 0,16–0,59). Det ble også påvist en invers relasjon mellom aktinisk hudskade – et objektivt mål for tidligere soleksponering – og multipel sklerose.

Forfatterne mener at utilstrekkelig ultrafiolett stråling kan medvirke til sykdomsutviklingen og være en mulig forklaring på den høye sykdomsforekomsten i områder lokalisert til høye breddegrader, der det er generelt lavere nivåer av slik stråling.

Strålebehandling bra ved brystbevarende kirurgi

Ved duktalt carcinoma in situ reduserer strålebehandling risikoen for residiv etter brystbevarende kirurgi. Hormonbehandling synes derimot ikke å ha noen slik effekt.

Etter at man innførte rutinemessige mammografiundersøkelser, oppdages invasiv brystkreft oftere i tidlige stadium. I tillegg kan sykdommen oppdages for infiltrerende vekst har forekommet, slik som ved intraduktalt karsinom. En økende andel av disse pasientene blir behandlet med brystbevarende kirurgi. Nytt av tilleggshandling ved slike svulster undersøkes fremdeles i internasjonale studier.

En oppfølgingsundersøkelse av mer enn 1 700 pasienter har studert effekten av stråle- og hormonbehandling ved intraduktale svulster (1). Pasientene ble fulgt i omkring fem år. Radioterapi halverte insidensen av invasive svulster i samme bryst, og reduserte forekomsten av nye, intraduktale karsinomer med nesten 70%. Pasientene som fikk tamoxifen hadde noe lavere insidens av ikke-invasive svulster.

– Studien understøtter dagens praksis for behandling av duktalt carcinoma in situ i Norge, sier Bjørn Naume ved Radiumhos-



pitalet. – Vi anbefaler som regel strålebehandling etter at det er utført brystbevarende kirurgi. Tamoxifen benyttes vanligvis ikke.

Ragnhild Ørstavik

ragnhild.orstavik@ioks.uio.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Houghton J, George WD, Cuzick J, Duggan C, Fentiman IS, Spittle M et al. Radiotherapy and tamoxifen in women with completely excised ductal carcinoma in situ of the breast in the UK, Australia, and New Zealand: randomised controlled trial. Lancet 2003; 362: 95–102.

Pasienters død går inn på leger

Leger i sykehus blir ofte emosjonelt berørt og trenger iblant støtte når pasienter dør.

En tverrsnittsundersøkelse ved to universitetsklinikker i USA har sett på emosjonelle reaksjoner hos 188 leger som hadde behandlingsansvar for 68 pasienter før de døde (1).

De fleste leger (74%) hadde en tilfredsstillende opplevelse av å ha behandlingsansvar. Flertallet gav uttrykk for en moderat emosjonell belastning ved pasientens død, men 31% vurderte dødsfallet som en sterk belastning.

Kvinnelige leger og leger som brukte mest tid på pasientene hadde de sterkeste følelsesmessige reaksjonene. Legens erfaring og spesialiseringsgrad var ikke relatert til graden av emosjonell tilknytning, men til behovet for støtte: Uerfarne leger hadde mer behov for emosjonell støtte enn erfarne. Gjennomgående rapporterte legene at de opplevde uro ved tanken på pasienten og en følelse av maktesløshet etter dødsfallet. Deres viktigste mestringsstrategier var å få støtte hos andre og betrakte døden i et annet,

mer positivt lys. Selv om uerfarne leger oppgav at de drøftet dødsfall med erfarne kolleger, var det bare 24% som opplevde dette som den beste formen for støtte.

Overlege Bettina Husebø ved Bergen Røde Kors Sykehjem mener at studien tar opp et viktig, men forsømt tema i medisinen.

– Generelt får medisinstudenter og leger bare sporadisk trening og hjelp til å håndtere egne sorgreaksjoner. Forfatterne snakker om en konspiratorisk taushet i mange kliniske miljøer, dvs. at uventede eller tragiske dødsfall sjelden blir tatt opp og drøftet. Et sentralt spørsmål er hvem som betaler prisen for legens ubearbejdede følelsesmessige reaksjoner; med stor sannsynlighet er det legens egen familie, sier Husebø.

Tom Sundar

tom.sundar@legeforeningen.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Redinbaugh EM, Sullivan AM, Block SD, Gadmer NM, Lakoma M, Mitchell AM et al. Doctors' emotional reactions to recent death of a patient: cross sectional study of hospital doctors. BMJ 2003; 327: 185–9.