

Soling før transplantasjon?

Etter transplantasjon av hematopoetiske stamceller som er forurenset med T-celler, utvikler 30–50 % av mottakerne transplantat-mot-vert-reaksjon. T-cellene i transplantatet angriper celler i huden og leveren og epitel i mage-tarm-kanalen. Dette har begrenset omfanget av denne typen transplantasjoner.

I en studie fra USA ble mus først transplantert med hematopoetiske stamceller der alle T-celler var fjernet, deretter ble de behandlet med ultrafiolett lys for så å bli retransplantert med hematopoetiske stamceller forurenset med T-celler (Nat Med 2004; 10: 510–7).

Med denne behandlingen utviklet ikke musene transplantat-mot-vert-reaksjon i huden. Analyser av huden viste at vertens antigenpresenterende celler var erstattet med celler fra transplantatet.

Hudens antigenpresenterende celler fornyer seg lokalt og vil være til stede hos pasienter som skal transplanteres. Ved standardtransplantasjon fjernes disse cellene av T-celler i transplantatet, slik at antigenpresenterende celler fra donor kan etablere seg. Ofte utvikles transplantat-mot-vert-reaksjon før dette skjer, fordi donorcellene ikke rekker å proliferere og etablere seg raskt nok.

Ved den nye transplantasjonsstrategien kan de antigenpresenterende donorcellene proliferere til nødvendig antall i verten. Ultrafiolett lys brukes så til å drepe vertens antigenpresenterende celler. Ved retransplantasjon infiltrerer T-celler fra transplantatet huden og dreper de antigenpresenterende cellene som er igjen og gir dermed plass til kolonisering av antigenpresenterende celler fra donor. Hvorvidt metoden kan benyttes hos mennesker, er fortsatt ukjent.

Markør for avstøtningsreaksjon etter lungetransplantasjon

Avstøtningsreaksjoner forekommer hyppig etter lungetransplantasjoner. Så langt har det ikke eksistert gode markører som kan forutsi hvilke pasienter som er utsatt for denne komplikasjonen. En nylig gjennomført studie av hepatocyttevekstfaktor (HGF) gir lovende resultater (Lancet 2004; 363: 1503–8).

Vekstfaktoren kan dyrkes fra lungeceller, og bidrar blant annet til gjenoppbygging av skadet vev. En undersøkelse av 109 pasienter som gjennomgikk lungetransplantasjon, viste en signifikant stigning i HGF-nivået like før avstøtningsreaksjonen hos de 25 som opplevde en slik reaksjon. Det oppstod ingen økning i HGF-nivået i forbindelse med infeksjoner. Behandling med kortikosteroider førte til reduksjon i nivået. Disse forholdene styrker hypotesen om en direkte sammenheng mellom den immunologiske reaksjonen mot transplantatet og økningen i HGF-nivå.

Laparoskopisk kirurgi ved tykktarmskreft

Laparoskopi og åpen teknikk gir samme overlevelse og samme tilbakefallshyppighet.

I forhold til åpen kirurgi fører laparoskopiske inngrep til kortere sykehusopphold for mange pasienter. Siden innføringen i 1991 er laparoskopisk fjerning av kolorektalcancer blitt en mye anvendt metode ved mange sykehus i verden. Det har imidlertid vært uttrykt bekymring for risikoen for spredning av kreftceller til inngangsportene for laparoskopisk utstyr og radikaliteten ved inngrepet. I en ny studie fra Hongkong rapporteres det nå om langtidsoppfølging av pasienter med distal kolorektalcancer som var randomisert til enten laparoskopisk eller åpen fjerning av tumoren (1).

403 pasienter med cancer i rectum eller sigmoideum ble randomisert til enten laparoskopisk eller åpen kirurgi og fulgt i fem år (median). 47 pasienter (23 %) i laparoskopigruppen måtte konverteres til åpen tilgang. Femårsoverlevelsen var 76 % etter laparoskopi og 73 % etter åpen kirurgi ($p = 0,61$). 75 % av pasientene i laparoskopigruppen var residivfrie etter

fem år, mot 78 % i den andre gruppen ($p = 0,45$). Pasientene i laparoskopigruppen hadde signifikant mindre behov for smertestillende samt kortere sykehusopphold og rekonvalesens enn de andre.

– Dette er meget interessant også for norske forhold. Vi bør se over vår organisasjon og vurdere om flere pasienter med rectumcancer må opereres av dedikerte team for å få nødvendig trening i laparoskopisk teknikk. Utviklingen vil kreve mer operasjonsstuetid og oppgradert utstyr, men kanskje mindre sengerressurser, sier overlege Tom Glomsaker, kirurg og leder av Norsk gastroenterologisk forening.

– Pasientene vil sannsynligvis velge laparoskopisk kirurgi hvis de får et reelt valg. Dette forutsetter at vi organiserer oss slik at det blir reelle valg og at laparoskopisk kompetansen finnes, sier Glomsaker.

Michael Bretthauer

michael.bretthauer@rikshospitalet.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Leung KL, Kwok SP, Lam SC et al. Laparoscopic resection of rectosigmoid carcinoma: prospective randomised trial. Lancet 2004; 363: 1187–92.

Åpen kirurgi bedre enn laparoskopi ved lyskebrokk

Laparoskopisk teknikk ved operasjon av lyskebrokk gir oftere residiv og oftere komplikasjoner enn åpen teknikk.

Operasjon av lyskebrokk er en svært vanlig prosedyre, men det er usikkert hvilken operasjonsteknikk som er best. I en nylig publisert amerikansk multisenterstudie ble nesten 2 000 pasienter med lyskebrokk randomisert til enten laparoskopisk eller åpen operasjon (1). Innleggelse av nett ble brukt hos alle.

Residiv av herniet var hyppigere etter laparoskopi (10 %) enn etter åpen kirurgi (5 %). Det var flere peri- og postoperative komplikasjoner ved laparoskopi enn ved åpen kirurgi (39 % mot 33 %), men pasientene i laparoskopigruppen hadde noe mindre smerter i forbindelse med inngrepet enn de andre.

– Lyskebrokk er kanskje det hyppigst utførte generelle kirurgiske inngrep i den vestlige verden. Det er gjort ca. 6 000 inngrep hos personer over 14 år årlig i Norge de siste årene, sier Odd Mjåland ved Kirurgisk avdeling, Sykehuset i Vestfold.

– Åpne nettplastikker utføres oftest i lokalbedøvelse. Dette er den dominerende kirurgiske metoden i de fleste land. Imidlertid hevder mange at laparoskopiske operasjoner gir mindre langtidssmerte og av den grunn bør foretrekkes. Denne studien viser at læringskurven for laparoskopiske operasjoner er meget lang (ca. 250 inngrep) og at for selv erfarne laparoskopiske kirurger vil residivraten være nesten dobbelt så stor målt etter to år som ved de åpne operasjonene. Studien viser noe mindre umiddelbar postoperativ smerte og følgelig en noe raskere mobilisering ved laparoskopisk teknikk, men disse effektene er helt borte etter få uker. Det er derfor grunn til å fraråde bred anvendelse av kikkhullsteknikk ved kirurgisk behandling av lyskebrokk i Norge, sier Mjåland.

Michael Bretthauer

michael.bretthauer@rikshospitalet.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Neumayer L, Giobbie-Hurder A, Jonasson O et al. Open mesh versus laparoscopic repair of inguinal hernia. N Engl J Med 2004; 350: 1819–27.