

Hjertetransplantasjon var i sin tid en medisinsk sensasjon, men er nå blitt klinisk rutine i behandlingen av pasienter med uttalt kronisk hjertesvikt

Norsk hjertetransplantasjon

Det er i år 40 år siden Christiaan Barnard foretok den første hjertetransplantasjon og 24 år siden den første hjertetransplantasjon i Norge. Siden 1983 har 522 norske pasienter fått et nytt hjerte på Rikshospitalet, og i dette nummer av Tidsskriftet gir Svein Simonsen og medarbeidere en oppdatert oversikt over virksomheten (1). Helse-Norge har all grunn til å gratulere både det medisinske og det kirurgiske transplantasjonsmiljøet med resultatene. Rikshospitalet har tatt på seg denne krevende landsfunksjonen og har gjennomført oppgaven med glans. Til å begynne med var det både aktiv og passiv motstand fra helsemyndigheter, helseadministratorer og andre forståelsepåere, men etter hvert er aktiviteten blitt allment akseptert som en viktig og naturlig del av det norske helsevesenet.

Resultatene ved hjertetransplantasjon er blitt stadig bedre som følge av stadige forbedringer i behandlingsopplegget. Økt bruk av statiner og perkutan koronar intervensjon (PCI) mot koronar aterosklerose er kanskje de viktigste og nyeste enkelttiltakene. En økende andel av transplantasjonene er akutte, der mekaniske pumper av forskjellige typer blir brukt som «bro». Men det er fortsatt en rekke medisinske «skjær i sjøen» som belyses godt i artikkelen (1). For mange pasienter er veien til hjertetransplantasjon en Via Dolorosa. Suksesshistoriene kommer i avisen, mens andre pasienter lider i stillhet.

Opphevelsen av 60-årsgrensen, som i sin tid medførte mye offentlig debatt, har ikke ført til noen særlig økning i andelen eldre pasienter. Kjønnfordelingen, med mer enn 4 : 1 i mennenes favør, er bemerkelsesverdig, og det kan være grunn til å studere denne fordelingen nærmere. Den geografiske fordelingen er beroligende jevn.

Hjertetransplantasjon er blant de få felter innen hjertemedisin der vi virkelig kan dokumentere resultatene. Noe av årsaken til dette er at alle hjertetransplantasjoner i Norge foregår ved ett sykehus, noe som innebærer at datainnsamlingen ikke støter mot regler for kobling av medisinske data. Kardiologer som behandler pasienter med hjerteinfarkt, klaffefeil og vanlige arytmier, ser frem til at ny registerlovgivning vil gi anledning til å følge disse pasientene like godt.

Donormangel er begrensende for hjertetransplantasjonsaktiviteten, og bare en brøkdel av pasientene som trenger et nytt hjerte, vil få det. Derfor er pasientseleksjonen vårt største kliniske og etiske dilemma. En paradoksal etikk tilsier at vi ikke kan velge det beste for den enkelte pasient, men må velge de beste pasientene for de donorhertene vi har til disposisjon (2).

Ifølge artikkelen til Simonsen og medarbeidere døde bare 8 % av pasientene på venteliste for transplantasjon (1). Dette tallet må ses i et større perspektiv. Veien til hjertetransplantasjon er ofte lang og innebærer en gradvis erkjennelse hos pasient og lege om at «nå har vi spilt ut alle andre kort», og av at «dette går ikke lenger», gjentatte diskusjoner med og informasjon til pasient og pårørende, en beslutning om å søke og deretter en lang utredning ved et søkersykehus. Deretter går søknaden til Rikshospitalet, pasienten tas eventuelt inn der og vurderes på nytt og settes først da på den offisielle ventelisten for transplantasjon. Pasienter dør i alle faser av denne seleksjonsprosessen. Dette burde vi vite mer om. Mange pasienter dør utvilsomt fordi transplantasjonsproblematikken ikke er tatt opp, eller fordi man har ventet for lenge. Ofte kan det være vanskelig

å avgjøre når det er riktig å starte utredningen, hjertesvikt er en lunefull tilstand med et høyst variabelt forløp. Det er grunn til å tro at donorpotensialet er større enn det som i dag utnyttes. Hovedproblemet for donorsykehusene er de etiske diskusjoner med pårørende. Mye taler for at økt bruk av donorkort igjen bør vurderes.

Den livlige prioriteringsdebatten som kom etter de første hjertetransplantasjonene, er stort sett forstummet. Det er nå klart for de fleste at hjertetransplantasjon ikke er vår mest kostbare behandlingsform, og at resultatene i forhold til kostnadene er gode. Hvis man ønsker å skaffe seg oversikt over utgiftene, må utgiftene ved søkersykehus, donorsykehus, ved langtidsoppfølging og behandling av komplikasjoner og medikamentutgifter tas med. Nytteeffekten kan dessuten være vanskelig å vurdere. Forutsetningen om at pasientene skal ha en forventet levetid på under ett år for at hjertetransplantasjon skal være aktuelt, bygger ikke på randomiserte studier og er umulig å kontrollere. Mange av oss har møtt pasienter som var transplantasjonskandidater i flere år og likevel har overlevd uten nytt hjerte. Hjertetransplantasjon kan ikke fredes for kostnadsnytte-analyser, men for mange av oss er det avgjørende at mange av pasientene lever meget gode liv etter en hjertetransplantasjon.

Mange har spådd at antall pasienter med kronisk hjertesvikt som trenger et transplantert hjerte, vil øke i årene fremover. Flere pasienter med medfødte hjertefeil vil overleve lenge nok til at hjertetransplantasjon kan bli aktuelt. Flere pasienter med hjerteinfarkt overlever akuttfasen, og flere arytmidødsfall forhindres. På den annen side har forbedringer av medisinsk behandling av hjertesvikt og resynkronisering med biventrikulær pacing medført at transplantasjonsdiskusjonen for enkelte pasienter kan utsettes i flere år. Lenger frem i tid ligger bruk av nye mekaniske pumper som kan støtte hjertet i en kortere eller lengre periode, i sin ultimate form som et totalt implanterbart kunstig hjerte uten ledninger og slanger – et slikt er allerede tilgjengelig. Slike pumper kan bli alternativer til transplantasjon, men vil også kunne øke behovet. Hvis xeno-transplantasjon, dvs. transplantasjon av organer fra dyr, skulle vise seg å være en farbar vei, vil etikk- og prioriteringsdebatten knyttet til denne pasientgruppen bli enda vanskeligere.

Hjertetransplantasjon har som metode vært en teknologisk og medisinsk triumf og har for mange medført et paradigmeskifte i synet på hva det er å være menneske. Men først og fremst har metoden gitt nytt liv og nytt håp til mange pasienter.

Knut Rasmussen

knut.rasmussen@unn.no

Knut Rasmussen (f. 1938) er professor og overlege i hjertemedisin ved Universitetssykehuset Nord-Norge og tidligere leder av Rådet for legeetikk og Fagrådet for høyspesialiserte medisinske tjenester. I 1980–81 var han gjesteprofessor ved Stanford University Medical Center, et pionersenter for hjertetransplantasjon.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Simonsen S, Andreassen AK, Gullestad L et al. Overlevelse etter hjertetransplantasjon i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 865–8.
2. Rasmussen K. Transplantasjoner, prioriteringer og etikk. Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 111: 295–6.