

Cancerrisk efter transplantation – kommentar till nyligen publicerad studie

Lennart Hansson

Nyligen publicerades en studie om den ökade risken för cancer i samband med immunsuppressiv behandling pga. transplantation. Överläkare Lennart Hansson, ansvarig för lungtransplantationsverksamheten och även sektionschef och ansvarig för den vuxna CF-verksamheten i Lund kommenterar studien.

Sambandet mellan immunsuppressiv behandling mot avstötning, herpesvirus och lymfkörtelcancer har undersökts hos 137 patienter som under åren 1970 – 2006 insjuknade i lymfkörtelcancer efter transplantation av njure, lunga, lever och bukspottkörteln. Studien leddes av dr Amelie Kinch, infektionsläkare vid Akademiska sjukhuset i Uppsala. Man angav att cancerrisken varierade från 1-3 procent vid njur- och levertransplantation och 3-9 procent vid lung- och hjärttransplantation. Man betonade även vikten av att följa det Epstein-Barr virus (EBV) som kan utlösa cancer.

EBV är ett herpesvirus som är allmänt förekommande i befolkningen. Vanligen smittas personer i ungdomen/tonåren och en del insjuknar med körtelfeber med förstörade lymfkörtlar och feber. Sjukdomen som smittas via saliv kallas ofta för "kissing disease" och är vanligen helt ofarlig. Nästan alla smittas men många får aldrig några symtom och man räknar med att 95 % av befolkningen är s.k. EBV-positiv, dvs har antikroppar mot EBV.

Då patienten genomgår lungtransplantation insätts livslång behandling med immunsuppressiv behandling som vanligen består av två olika läkemedel (Sandimmun eller Prograf i kombination med Azatioprin alternativt Cellcept) och dessutom kortison. Behandlingen syftar till att förhindra akut och kronisk avstötning och man måste alltid sträva efter en balans mellan risken för avstötning pga. för låg immunsuppression och risken för tumörer pga. för hög immunsuppression. Den immunsuppressiva dosen vid lung- och hjärttransplantation är högre än den man ger vid njurtransplantation vilket avspeglar sig i att man noterar mer cancer vid hjärt- och lungtransplantation. Vi kontrollerar koncentrationerna kontinuerligt på våra CF-center och strävar hela tiden att hålla optimal dos.

Vissa typer av cancer är vanligare och störst risk föreligger för hudcancer och lymfom (lymfkörtelcancer). Det är viktigt att upptäcka hudcancer tidigt och vi låter alla patienter genomgå årlig bedömning av hudläkare med start tre år efter transplantation. Det är även viktigt att man uppmanar patienten att uppmärksamma hudförändringar och får dessa bedömda tidigt. Vi uppmanar även patienter att inte kraftigt exponera sig för solljus (dvs. att man bör undvika att ligga och solbada), men att man



"Vi uppmanar patienter att inte kraftigt exponera sig för solljus, men att man kan vara utomhus sommartid", säger Lennart Hansson.

givetvis kan vara utomhus sommartid. Det finns ju en ökad risk för hudcancer vid kraftig solexponering även hos friska individer.

Man brukar använda termen PTLD (PostTransplant Lymphoproliferative Disorders) för att beskriva de lymfom (lymfkörtelcancer) som uppkommer efter transplantation och i internationell litteratur har man tidigare angivit att c:a 1% av transplanterade patienter får lymfom. Det finns en ökad risk om patienten inte haft EBV-infektion (negativ) och där donatorn haft sådan (EBV-positiv). I samband med utredning inför lungtransplantation testar man om patienten har haft EBV och i samband med transplantation så testar vi även om donatorn har haft EBV. Alla patienter som genomgår transplantation följs med kontroll av EBV-halter i blodet.

Om det föreligger en så kallad mismatch (dvs. positiv donator och negativ mottagare) så följer vi dessa patienter extra noga. Hos de patienter där vi finner förhöjda värden så följer vi dessa och om de kvarstår så bedömer vi patienten tillsammans med hematologer (läkare som är specialiserade på blod och lymfkörtelcancer). Hos patienter med lymfom finner man hos 50 % lymfkörtelförstoringar och dessa kan ses på CT (skivröntgen). Det är störst risk att utveckla lymfom under första året efter transplantation, då man har högst dos immunsuppression. För andra cancer ökar risken först efter 4-5 år. Om man utvecklar lymfom är första behandlingen att minska dosen immunsuppression och i många fall går lymfomet tillbaka. Om det kvarstår kan det bli aktuellt med cytostatikabehandling.

Sammantaget kan man konstatera att vi redan har genomfört de rutiner man rekommenderar som följd av den genomförda studien, dvs. att noggrant kontrollera och följer EBV-prover efter transplantation.



*Lennart Hansson
Överläkare, Med Dr
CF centret i Lund
Lungtransplantationsmottagningen*