



# «Les As de Cœur»

**Informations sur le don d'organe  
et la transplantation**

**Informationen über die Organspende  
und Transplantation**

Association Suisse des transplantés  
du cœur et du poumon  
Schweizerischer Verein der  
Herz- und Lungentransplantierten

Schweizerische Vereinigung  
der Knochenmarkstransplantierten

Association PHOENIX

Trans-Hepar

Transplantierten Sportverein Schweiz  
Association sportive Suisse de transplantés

Nr. 17, August 2003

# NEWS

## Nos buts sont:

- Faire connaître le succès de la transplantation et ainsi promouvoir le don d'organes
- Soutenir les patients en liste d'attente
- Renseigner toutes les personnes qui souhaitent obtenir des informations au sujet du don d'organe et de la transplantation
- Aider éventuellement certains transplantés à retrouver une vie normale en les accompagnant pour régler certains problèmes administratifs et financiers.

## Unsere Ziele sind:

- Die Erfolge durch die Transplantation der Öffentlichkeit bekannt zu machen und dadurch die Organspende fördern.
- Menschen auf der Warteliste für ein neues Organ betreuen.
- Personen auf der Suche nach Informationen zum Thema Organspende und Transplantation behilflich sein.
- Falls nötig, Transplantierte auf dem Weg zurück ins normale Leben administrativ und finanziell unterstützen (Sozialdienst).

**Les «As de Cœur» est un membre associé de Swisstransplant**

**Les As de Cœur ist ein assoziiertes Mitglied von Swisstransplant**

## IMPRESSUM

### Publié par/Herausgeber:

**«Les As de Cœur»** Association Suisse des transplantés du cœur et du poumon  
Schweizerischer Verein der Herz- und Lungentransplantierten

### Président/Präsident:

Fredy Klopfenstein, 41, rue de la Fenaison, 2800 Delémont, 032 423 38 33, E-Mail: f.klopfenstein@asdecoeur.ch

### Caissier /Kassier:

Heidi Mettler, Grafstrasse, 8892 Berschis, 081 733 47 54, E-Mail: h.mettler@asdecoeur.ch

### Secrétaire/Sekretär:

Marcel Steiner, Industrieweg 30, 3612 Steffisburg, 033 438 16 15, E-Mail: m.steiner@asdecoeur.ch

### CCP/Spendenkonto:

30-769932-7

### Adresse postale:

«Les As de Cœur», Association Suisse des transplantés du cœur et du poumon  
Case postale 285, 3612 Steffisburg

### Vereinsadresse:

«Les As de Cœur», Schweizerischer Verein der Herz- und Lungentransplantierten  
Postfach 285, 3612 Steffisburg

### E-Mail:

[info@asdecoeur.ch](mailto:info@asdecoeur.ch)

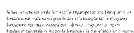
### Internet:

<http://www.asdecoeur.ch>

### Imprimerie/Druck:

Aeschbacher AG, 3076 Worb BE

## Nos partenaires / Unsere Partner:



Schweizerische  
nationale Stiftung  
für Organspende  
und Transplantation



Association PHOENIX  
case postale 212, Postfach 212,  
1225 Chêne-Bourg

TRANS-HEPAR  
TRANS-HEPAR  
TRANS-HEPAR

Schweizerische Vereinigung  
der Lebertransplantierten  
Nossikerstrasse 28, 8610 Uster



Schweizerische Herzstiftung  
Fondation Suisse de Cardiologie  
Fondazione Svizzera di Cardiologia



Schweizerische Vereinigung  
der Knochenmarkstransplantierten  
4803 Vordemwald/AG



TRANSPLANTIERTEN SPORTVEREIN SCHWEIZ  
ASSOCIATION SPORTIVE SUISSE DE TRANSPLANTES  
C/o Beat Gottschalk  
Steinweg 2, 8280 Kreuzlingen

# EDITORIAL

EDITORIAL



Depuis ma transplantation en 1996, grâce à un donneur inconnu, j'ai retrouvé une vie normale, d'autant plus belle que je jouis depuis d'une santé relativement stable.

Comme il y a sept ans, les débats font rage sur le faible taux de dons et les biopsies cardiaques. Le taux de dons d'organe a continué de baisser en 2002 en Suisse, ce qui nous place, en comparaison des autres pays européens, en avant-dernière position juste avant le Luxembourg. Une bonne nouvelle toutefois : selon un sondage représentatif réalisé par l'institut Link au printemps 2002, les opposants aux transplantations – 19% de la population – n'ont pas augmenté. Il n'en reste pas moins que c'est à cause d'eux que le Parlement ne s'est toujours pas penché sur la loi sur la transplantation, à laquelle pourtant le peuple et les cantons avaient donné leur accord le 7 février 1999 à une majorité de plus de 80%. A l'instar d'une entreprise qui chercherait de nouveaux débouchés et ne connaîtrait pas de tabou dans les discussions initiales, les débats sur la transplantation doivent progresser, courageusement, afin que s'élève le taux de transplantations. La proposition récente d'indemniser les donneurs, qui pourrait heurter de prime abord, la tenue d'une liste des personnes disposées au don, la réduction de six à deux centres de transplantation et la mise en contact des proches des donneurs avec les receveurs sont autant de sujets qui ne doivent plus être tabous à Berne. Du courage, il en faut aussi pour se soumettre à la biopsie. La grande majorité des transplantés subissent ce prélèvement de tissus sans broncher. La communication des résultats offre la possibilité de discuter en toute tranquillité de certains problèmes avec le médecin traitant. Il s'agit là d'un bilan, que j'apprécie énormément pour ma part. Or, une petite minorité se réfère à l'étranger pour remettre en cause cet examen, voire pour le faire supprimer. Cette décision est très personnelle et revient à chacun individuellement. Ce qui ne s'explique absolument pas est l'agressivité des objecteurs qui tentent d'influer sur nos manifestations. Je suis d'avis qu'en ce qui concerne les examens de suivi, comme pour la médication, chacun doit s'entendre avec son médecin pour trouver une voie qui lui convienne sans subir d'influences extérieures.

*Seit meiner Transplantation 1996 kann ich, dank dem Vermächtnis eines mir unbekanntem Spenders, mit meinem neuen Herzen ein nahezu normales Leben führen. Ein schönes Leben, umso mehr als dass ich seither über eine relativ stabile Gesundheit verfüge.*

*Genau wie vor sieben Jahren diskutieren wir auch heute über zu kleine Spenderaten und über Herzbiopsien. Die Organspenderate hat sich auch 2002 verringert und wurde europaweit nur gerade noch von Luxemburg unterboten. Glücklicherweise haben sich gemäss einer vom Institut Link im Frühjahr 2002 durchgeführten repräsentativen Umfrage die rund 19% der Transplantationsgegner nicht vermehrt. Diese Verweigerer aber helfen mit, dass das am 7. Februar 1999 von Volk und Ständen mit einem Ja-Stimmenanteil von über 80% in Auftrag gegebene Transplantationsgesetz vom Parlament weiterhin nicht behandelt wird. Gleich einer Unternehmung, die neue Absatzmärkte sucht und in der ersten Phase der Diskussion keine Tabus kennt, so müssen mit dem Transplantationswesen neue, mutige Schritte in Richtung höherer Transplantationsraten getan werden. Die kürzlich vorgeschlagene Entschädigung der Spender, welche auf den ersten Anhieb genau gleich befremden mag, wie das Führen einer Liste der spendewilligen Bevölkerung, die Reduktion von sechs auf zwei Transplantationszentren und das Bekanntmachen von Angehörigen der Spender mit den Organempfängern sollen auch in Bern keine Tabuthemen sein.*

*Mutige Schritte mögen für die einen oder anderen auch der Weg zur Biopsie sein. Die grosse Mehrheit lässt diese Gewebeentnahme klaglos über sich ergehen. Die Bekanntgabe des Resultats bietet die Möglichkeit, gewisse Probleme nochmals in aller Ruhe mit dem behandelnden Arzt durchzusprechen. Eine Standortbestimmung also, die ich persönlich sehr zu schätzen weiss. Eine kleine Minderheit vergleicht sich mit Transplantierten im Ausland und zweifelt am Sinn dieser Untersuchung, ja will auf diese verzichten. Dieser Entscheidung sei ihnen persönlich überlassen. Absolut unverstänglich ist aber eine aggressive Beeinflussung an unseren Veranstaltungen durch diese Zweifler. Ich persönlich bin der Ansicht, dass in Bezug auf Nachkontrollen, genau gleich wie bei der Medikation, ohne fremde Beeinflussung, jede und jeder mit seinem Arzt den richtigen Weg finden muss.*

Marcel Steiner

# BIOPSIE DU MUSCLE

## BIOPSIE DU MUSCLE CARDIAQUE

# CARDIAQUE

Le rejet est une réaction normale de l'organisme au contact d'un tissu reconnu comme étranger. Ainsi, un organe transplanté peut être reconnu comme autre et dès lors attaqué et rejeté par le système immunitaire du receveur. Il est possible de prévenir un tel rejet à l'aide de médicaments, administrés dès l'opération proprement dite de transplantation cardiaque et agissant de telle manière sur le système immunitaire du receveur que son organisme en arrive à tolérer l'organe étranger. Les principales préparations et substances utilisées dans cette thérapie sont Sandimmun (ou Prograf ou Rapamune), Imurek (ou Cellcept) et la cortisone. Toutefois, ces médicaments ne parviennent pas toujours à empêcher une réaction de rejet.

Soulignons qu'une réaction de rejet peut en principe se produire à tout moment après la transplantation. Les réactions de rejet aiguës se manifestent essentiellement dans les premiers temps après l'intervention. Ainsi, plus de 80 % d'entre elles surviennent au cours des six premiers mois suivant la transplantation. La plupart des receveurs connaissent au moins une fois une telle expérience pendant cette

période. C'est pourquoi les patients reçoivent la dose maximale de médicaments et subissent des biopsies plus fréquentes pendant les premiers mois, jusqu'à une par semaine.

Il est prioritaire ici de dépister et de traiter à temps les réactions de rejet, avant que le muscle cardiaque ne subisse de trop gros dommages. Les symptômes cliniques classiques des réactions de rejet aiguës sont la fièvre, une impression prononcée de malaise général, des troubles du rythme cardiaque et des signes de faiblesse du muscle cardiaque, telles des capacités physiques réduites ou une détresse respiratoire. Malheureusement, de tels diagnostics sont rarement posés et pas si classiques que l'on pense. De plus, ces symptômes sont absents chez nombre de patients souffrant d'un rejet aigu. En fait, les ECG, les tests sanguins et les radiographies ainsi que l'état général du patient ne révèlent pas avec clarté et précision un rejet de l'organe transplanté. Seule une biopsie du muscle cardiaque permet de détecter un rejet. C'est pourquoi il convient de procéder à un tel examen à intervalles réguliers.

La toute première biopsie du muscle cardiaque se fait impérativement une semaine après la transplantation. En conditions stériles et sous anesthésie locale, on ponctionne la veine jugulaire droite (Vena jugularis interna). Il faut veiller ici à éviter toute douleur au patient. Une fois la veine ouverte, on y introduit sous surveillance radiographique une pince à biopsie, jusque dans la veine-cave supérieure puis dans l'oreillette droite. On passe alors dans la valvule tricuspide (entre l'oreillette droite et le ventricule droit) pour prélever l'é-

quivalent de cinq têtes d'épingle de tissu de la paroi du ventricule droit. Ensuite, ces prélèvements de tissu sont examinés au microscope par le pathologiste. Chez nous, au Centre hospitalier universitaire de Zurich, cette tâche est confiée à l'équipe du Dr. Thomas Stallmach, privat-docent, qui du reste nous a fourni les illustrations 2 à 6. Comme vous le montre l'illustration 1, les évaluations des résultats s'alignent sur la classification de la International Society for Heart and Lung Transplantation (ISHLT).

Un rejet léger (ISHLT 0 ou 1) ne constitue pas une indication de traitement, tandis que des rejets modéré (ISHLT 2) ou sévère (ISHLT 3) nécessitent l'augmentation de la dose de cortisone, augmentation qui dans plus de 90% des cas permet de traiter les réactions de rejet aiguës. Parfois cependant, il faut changer d'immunosuppresseurs ou passer à une thérapie plus lourde (perfusion d'ATG).

N'hésitez surtout pas à nous appeler pour toute question. Nous nous réjouissons de vos appels et vous rappelons que notre central téléphonique pour les transplantations répond 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 au 01-255-3918.

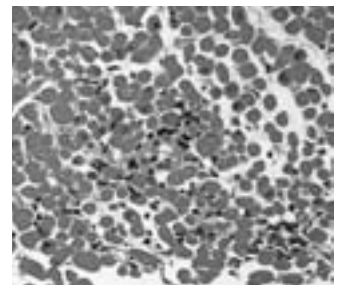
Frank Ruschitzka  
Thomas Stallmach  
Georg Noll

Prière d'adresser toute correspondance à:

Dr. Frank Ruschitzka, privat-docent  
Médecin-chef, Universitätsspital  
Rämistrasse 100, CH-8091 Zurich  
Frank.Ruschitzka@usz.ch  
Tél.: +41 1 255 39 18  
Fax: +41 1 255 45 97

### Classification des réactions de rejet du greffon cardiaque

Gradation ISHLT	Ancienne terminologie	Conséquences
0	Absence de rejet	Absence de rejet
1	A = infiltrations focales sans nécrose des myocytes (virulence nulle) B = infiltrations diffuses sans nécrose	Rejet minime (insignifiant)
2	Foyer virulent	Rejet focal modéré
3	A = plusieurs infiltrations virulentes B = inflammation diffuse virulente	Rejet modéré
4	Inflammation diffuse virulente, avec granulocytes, œdèmes et saignements	Etat proche du rejet sévère Rejet aigu sévère



résultat bénins  
Nicht aggressive Biopsieresultat



Die Kunst der Organtransplantation stellt hohe Ansprüche an Ärzte und Patienten. Mit unserer Forschung helfen wir mit, dass eine geglückte Transplantation ein Erfolg bleibt.



Roche Pharma (Schweiz) AG  
4153 Reinach

Transplantation, Tel. 061 715 41 11, Fax 061 715 41 12  
[www.roche-pharma.ch](http://www.roche-pharma.ch), [pharma.schweiz@roche.com](mailto:pharma.schweiz@roche.com)

# HERZMUSKELBIOPSIE

## HERZMUSKELBIOPSIE

Abstossung ist die natürliche Reaktion des Empfängers auf Gewebe, das als fremd erkannt wird. So kann ein transplantiertes Organ im Körper als fremd erkannt und über das eigene Abwehrsystem angegriffen und abgestossen werden. Um diese Abstossung zu verhindern, werden vom Zeitpunkt der Herztransplantationsoperation Medikamente notwendig, die die Immunabwehr so beeinflussen, dass der Empfänger das gespendete Organ toleriert. Die wichtigsten Eckpfeiler dieser Therapie sind Sandimmun (oder Prograf oder Rapamune), Imurek (oder Cellcept) und das Cortison. Nicht immer jedoch können die verabreichten Medikamente eine Abstossungsreaktion verhindern.

Zu einer Abstossungsreaktion kann es im Prinzip zu jedem Zeitpunkt nach der Transplantation kommen. Eine akute Abstossung kommt vor allem in der ersten Zeit nach der Transplantation vor. So treten mehr als 80% aller akuten Abstossungen innerhalb der ersten 6 Monate nach Transplantation auf. Die meisten Empfänger haben zumindest 1 solches Ereignis in diesem Zeitraum. Deshalb ist in dieser Zeit die Dosis der Medikamente am höchsten und die Abstände zwischen den Biopsien

notwendigerweise enghäufiger. So sind in den ersten Monaten sogar wöchentliche Biopsien notwendig.

Entscheidend ist es, Abstossungsreaktionen rechtzeitig zu erkennen und zu behandeln, bevor grössere Schäden am Herzmuskel aufgetreten sind. Klassische klinische Merkmale akuter Abstossungen sind Fieber, schweres generalisiertes Krankheitsgefühl, Herzrhythmusstörungen und Zeichen der Herzmuskelschwäche, wie zum Beispiel verminderte körperliche Belastbarkeit und Luftnot. Leider sind diese Befunde selten und gar nicht so «typisch» und bei vielen Patienten mit akuter Abstossung häufig nicht vorhanden. In der Tat können EKG-, Blut-, und Röntgenkontrollen sowie der Allgemeinzustand des Patienten nur unsichere, unspezifische Hinweise für eine Abstossung des Spenderorgans liefern. Eine Abstossung kann nur sicher durch eine Herzmuskelbiopsie erkannt werden. Deshalb muss diese in regelmässigen Abständen durchgeführt werden.

Die erste Herzmuskelbiopsie wird nach der ersten Woche nach Transplantation erstmals erforderlich. Dabei wird unter sterilen Bedingungen und örtlicher Betäubung die rechte Halsvene (Vena jugularis interna) punktiert. Hier wird grösste Sorgfalt darauf verwendet, dass die Punktion weitestgehend schmerzfrei verläuft. Nach der Punktion der Halsvene wird eine Schleuse platziert. Über diese Schleuse fährt man unter Röntgenkontrolle mit einer Biopsiezange die obere Hohlvene bis auf Höhe des rechten Vorhofs hinunter, passiert dann die sogenannte Trikuspidalklappe (zwischen rechtem Vorhof und rechter Kammer) und entnimmt 5 stecknadelkopfgrosse Gewebeproben aus der Wand der rechten

Herzkammer. Anschliessend werden diese Gewebeproben vom Pathologen mikroskopisch begutachtet. Dies geschieht bei uns im Universitätsspital Zürich durch das Team von Herrn PD Dr. med. Thomas Stallmach, der auch dankenswerter Weise die Abbildungen 2–6 zur Verfügung gestellt hat. Zur Beurteilung wird die Klassifikation der International Society for Heart and Lung Transplantation herangezogen (Abbildung 1).

Während eine milde Abstossung (ISHT 0 oder 1) keine Behandlungsindikation darstellt, wird bei einer mässigen (ISHT 2) oder schweren Reaktion (ISHT 3) mit zusätzlichen Cortisondosen behandelt. In der Tat können weit über 90% aller akuten Abstossungen mit einem Erhöhen der Kortisondosis behandelt werden. In einigen Fällen kann eine Umstellung der Immunsuppressiva oder auch eine weitergreifendere Therapie (ATG-Infusion) notwendig werden.

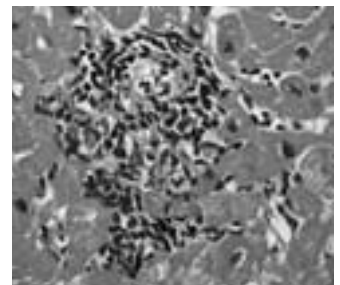
Sollten Sie noch Fragen haben, freuen wir uns auf Ihren Anruf. Wir wollen Sie gern nochmals darauf hinweisen, dass unser Transplantationstelefon unter der Telefonnummer 01-255-3918 rund um die Uhr, das heisst 24 Stunden an 365 Tagen im Jahr für Sie besetzt ist.

Frank Ruschitzka  
Thomas Stallmach  
Georg Noll

Korrespondenz  
PD Dr.med. Frank Ruschitzka  
Oberarzt  
Universitätsspital  
Rämistrasse 100  
CH-8091 Zürich  
Frank.Ruschitzka@usz.ch  
Phone: +41 1 255 39 18  
Fax: +41 1 255 45 97

### Einteilung der Abstossungsreaktionen des transplantierten Herzens

	ISHT Gradierung	Alter Ausdruck	Konsequenzen
0	Keine Abstossung	Keine Abstossung	
1	A = herdförmige Infiltrate ohne Myozytennekrose (keine Aggressivität) B = diffuse Infiltrate ohne Nekrose	Geringe (=irrelevante) Abstossung	Immunsuppression bleibt unverändert
2	Ein Herd mit Aggressivität	Herdförmige, mässiggradige Abstossung	Biopsie nach 7-10 Tagen.
3	A = mehrer aggressive Infiltrate B = diffuse Entzündung mit Aggressivität	Mässiggradige Abstossung Borderline zu schwerer Abstossung	Behandlung mit hochdosierter Steroidgabe Zusätzlich zu den Steroiden wird ein Anti-Lymphozyten-Serum verabreicht.
4	Diffuse aggressive Entzündung, zusätzlich Granulozyten, Ödem, Blutungen	Schwere akute Abstossung	



Aggressives Biopsieresultat  
résultat avec foyer virulent

# L'ACIDE MYCOPHÉNOLOGIQUE

## L'ACIDE MYCOPHÉNOLOGIQUE

Les réactions de rejet constituent encore et toujours l'un des problèmes majeurs après une transplantation d'organe. Ces réactions proviennent du système immunitaire, qui se rebelle contre l'organe «étranger», reconnu comme tel en raison des différences de caractéristiques se situant à la surface du greffon et des organes du receveur. Certains globules blancs, les lymphocytes, jouent ici un rôle essentiel. Ce sont eux qui attaquent le greffon, directement ou à l'aide de cellules présentant des antigènes, et qui provoquent une réaction inflammatoire aiguë. Cette réaction se manifeste sous forme de rejet aigu sur les plans clinique et histologique, c'est-à-dire dans les échantillons de tissus. La gravité du rejet dépend du nombre de lymphocytes qui s'accumulent dans les tissus, ce qui s'observe au microscope. La plupart du temps, ces réactions de rejet se traitent sans problème avec de la cortisone.

Par contre, le rejet chronique pose un gros problème, non résolu à ce jour. Une intensification de la thérapie immunosuppressive ne suffit généralement pas. C'est pourquoi il est indispensable de prévenir l'apparition d'une réaction de rejet chronique. Il est désormais établi que le nombre et la gravité des réactions de rejet aiguës comptent parmi les principaux facteurs de risque, fort nombreux, dans les premiers mois suivant une transplantation. Nous concentrons donc nos efforts sur la prévention de telles réactions. Souvent, il faut administrer une trithérapie, composée de cortisone, d'un inhibiteur de la calcineurine et d'un médicament inhibant la division cellulaire. Jusqu'il y a quelques années, on avait recours à de l'azathioprine.

L'acide mycophénologique est un nouveau produit qui a un effet semblable à celui de l'azathioprine. Il présente toutefois l'avantage de cibler l'inhibition des lymphocytes provoquant les réactions de rejet. En d'autres termes,

l'acide mycophénologique devrait permettre une meilleure prévention des réactions de rejet aiguës en entraînant moins d'effets indésirables pour les autres cellules de l'organisme. Cette action ayant été démontrée dans le cadre de trois études de grande envergure sur la transplantation rénale, la question se pose désormais de savoir si tel serait également le cas pour la transplantation cardiaque et la transplantation pulmonaire.

Une étude publiée en 1998 et menée sur plus de 600 personnes greffées du cœur montre qu'en comparaison de l'azathioprine l'acide mycophénologique réduit de manière significative la fréquence des réactions de rejet aiguës de 74% à 66%. En outre, la fréquence des réactions graves entraînant une réduction de la fonction cardiaque baisse de 17% à 11%. Mais le plus impressionnant est l'amélioration de la probabilité de survie après une année, qui est passée de 89% à 94%. Ces valeurs ont été confirmées par le registre américain, qui a enregistré une amélioration de la probabilité de survie après trois ans de 86% à 91%. Néanmoins, on ne sait pas si l'acide mycophénologique peut influencer sur la fréquence du rejet chronique du greffon cardiaque, ou maladie coronaire du greffon.

Une étude a été achevée récemment sur plus de 300 personnes greffées du poumon mais les résultats n'ont pas encore été publiés. Nous souhaiterions ici relater nos propres expériences réalisées à l'Hôpital universitaire de Zurich. Nous avons participé de 1997 à 1999 à l'étude précitée et ne traitons depuis les patients qu'avec de l'acide mycophénologique. En comparaison de l'azathioprine, la fréquence moyenne de rejet a baissé de 1,4 à 0,7. Comme le montre le schéma 1, les patients sous acide mycophénologique étaient plus

nombreux à ne souffrir d'aucun rejet, tandis que sous azathioprine davantage de patients connaissaient deux réactions de rejet ou plus. Il convient de souligner les effets du médicament sur le développement du rejet chronique du greffon pulmonaire, la bronchiolite oblitérante, comme illustré par le schéma 2. Par rapport à la littérature internationale, qui rapportait une fréquence de 63-76% après cinq ans, nous n'affichions que 33% sous azathioprine. Désormais, après cinq ans sous acide mycophénologique, la fréquence a baissé de moitié pour atteindre 16%. Nous nous réjouissons d'autant plus que la probabilité de survie après cinq ans est passée de 52% sous azathioprine à 78% sous acide mycophénologique.

En conclusion, l'acide mycophénologique, par rapport à l'azathioprine, réduit de manière générale la fréquence des réactions de rejet après une transplantation cardiaque ou pulmonaire et augmente la probabilité de survie, et ce avec un profil d'effets indésirables comparable. L'acide mycophénologique constitue indéniablement une percée de la médecine de transplantation.

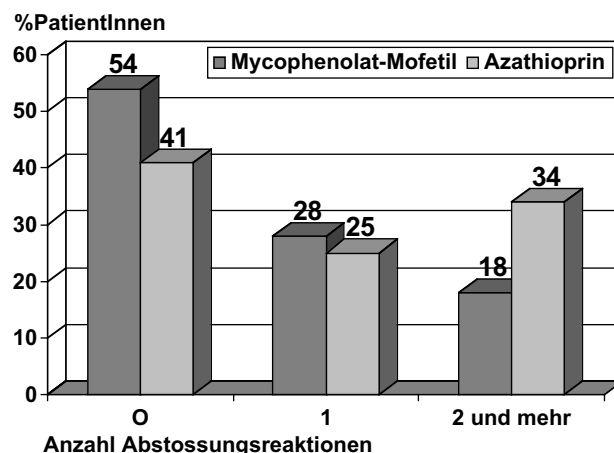
Prof. Dr. R. Speich, Pneumologie, Unispital ZH, Rämistrasse 100, 8091 Zürich

### Acide mycophénologique

Mycophénolare mofétil (CellCept®), inhibiteur de la division cellulaire distribué par Roche, était jusqu'alors le seul médicament autorisé contenant de l'acide mycophénologique comme principe actif. Depuis peu, il existe un médicament semblable sur le marché en Suisse, distribué par Novartis (mycophénolate sodique, Myfortic®).

### Inhibiteurs de la calcineurine

Nous disposons en Suisse de deux inhibiteurs de la calcineurine, à savoir Neoral® et Prograf®.



# MYCOPHENOLSÄURE

## MYCOPHENOLSÄURE

Abstossungsreaktionen stellen nach wie vor eines der bedeutendsten Probleme nach Organtransplantation dar. Aufgrund unterschiedlicher Oberflächenmerkmale zwischen Transplantat und Organempfänger kommt es zu einer Reaktion des Immunsystems gegen das als «fremd» erkannte Organ. Dabei spielen gewisse weisse Blutzellen, die Lymphozyten, eine wichtige Rolle. Sie greifen entweder direkt oder mit Hilfe von Antigen-präsentierenden Zellen das Transplantat an und führen zu einer akuten Entzündungsreaktion, die sich klinisch und histologisch, das heisst in der Gewebeprobe, als akute Abstossungsreaktion äussert. Dabei sieht man unter dem Mikroskop je nach Schweregrad der Abstossung eine mehr oder weniger grosse Anzahl solcher Lymphozyten, die sich im Gewebe angesammelt haben. Meistens gelingt es ohne Probleme, diese akute Abstossungsreaktion mittels Kortisonstössen in den Griff zu kriegen. Ganz im Gegensatz dazu stellt die chronische Abstossungsreaktion ein grosses, nach wie vor ungelöstes Problem dar. In der Regel hilft eine Intensivierung der das Immunsystem unterdrückenden Behandlung nur ungenügend. Es gilt deshalb, nach Möglichkeit die Entwicklung einer chronischen Abstossungsreaktion zu verhindern. Nun ist es erwiesen, dass die Anzahl und der Schweregrad der akuten Abstossungsreaktionen in den ersten Monaten nach Transplantation neben vielen anderen einer der wichtigsten Risikofaktoren darstellt. Deshalb zielen unsere Bestrebungen darauf, diese akuten Abstossungsreaktionen nach Möglichkeit zu verhindern. Meistens geschieht dies mit einer sogenannten Dreifachtherapie, die sich aus Kortison, einem sogenannten Kalzineurininhibitor und einem die Zellteilung hemmenden Medikament zusammensetzt. Letzteres war bis vor wenigen Jahren das Azathioprin.

Mycophenolsäure ist ein neues Medikament, das ähnlich wirkt wie das Azathioprin. Sein Vorteil aber ist, dass es gezielter die Abstossungsreaktion verursachenden Lymphozyten hemmt. Das heisst, es ist zu erwarten, dass Mycophenolsäure mit weniger Nebenwirkungen auf die übrigen Körperzellen eine bessere Prophylaxe der akuten Abstossungsreaktion bewirkt. Nachdem dies in drei grossen Studien für die Nierentransplantation gezeigt werden konnte, stellt sich die Frage, ob dasselbe auch für die Herz – beziehungsweise Lungentransplantation der Fall ist.

In einer 1998 veröffentlichten Studie von über 600 Herztransplantierten fand man, dass im Vergleich zu Azathioprin Mycophenolsäure die Häufigkeit der akuten Abstossungsreaktion signifikant von 74 % auf 66 % verringerte. Die schweren, mit einer Einschränkung der Herzfunktion einher gehenden Reaktionen wurden von 17 % auf 11 % verringert. Besonders beeindruckend jedoch war die Verbesserung der Überlebenschancen nach einem Jahr von 89 % auf 94 %. Dies konnte auch durch die Daten des Amerikanischen Registers mit einer Verbesserung der Überlebenschancen nach 3 Jahren von 86 % auf 91 % bestätigt werden. Ob Mycophenolsäure auch die Häufigkeit der chronischen Herztransplantats-Abstossungsreaktion, der sogenannten Koronaren Allograft Vasculopathie, bewirkt, ist noch nicht bewiesen.

Kürzlich wurde eine Studie an über 300 Lungentransplantierten abgeschlossen, die Daten sind jedoch noch nicht publiziert. Wir möchten deshalb über unsere eigenen Erfahrungen am Universitätsspital Zürich berichten. Wir haben von 1997–99 an der obenerwähnten Studie teilgenommen und seither alle PatientInnen nur noch mit Mycophenolsäure behandelt. Im Vergleich zu Azathioprin konnte die mittlere Abstossungshäufigkeit von 1.4 auf 0.7 gesenkt werden. Wie Abbildung 1

zeigt hatten mehr PatientInnen unter Mycophenolsäure gar keine Abstossung. Dafür hatten unter Azathioprin mehr PatientInnen zwei und mehr Abstossungsreaktionen. Bemerkenswert waren jedoch die Auswirkungen auf die Entwicklung der chronischen Lungentransplantat-Abstossungsreaktion, des Bronchiolitis Obliterans Syndroms, wie Abbildung 2 zeigt. Obwohl unsere Ergebnisse im Vergleich zur Weltliteratur, wo über eine Häufigkeit von 63–76 % nach 5 Jahren berichtet wird, mit 33 % bereits unter Azathioprin relativ günstig waren, konnte der Prozentsatz nach 5 Jahren unter Mycophenolsäure sogar auf 16 % halbiert werden. Und was uns natürlich noch mehr freut, hat die Überlebenschancen nach 5 Jahren unter Azathioprin auf 78 % unter Mycophenolsäure zugenommen.

Zusammenfassend können wir feststellen, dass nach Herz – beziehungsweise Lungentransplantation Mycophenolsäure im Vergleich zu Azathioprin insgesamt die Häufigkeit von Abstossungsreaktionen senkt und die Überlebenschancen verbessert, und dies bei einem vergleichbaren Nebenwirkungsprofil. Wir dürfen Mycophenolsäure somit als einen weiteren Meilenstein in der Transplantationsmedizin bezeichnen.

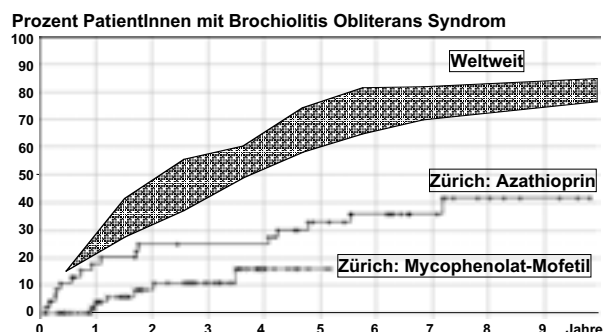
Prof. Dr. R. Speich, Pneumologie, Unispital ZH, Rämistrasse 100, 8091 Zürich

### Mycophenolsäure:

Das die Zellteilung hemmende Medikament Mycophenolat-Mofetil (CellCept®) von Roche war bis anhin das einzig zugelassene Medikament mit Mycophenolsäure als Wirksubstanz. Seit kurzem steht in der Schweiz ein ähnliches Medikament von Novartis zur Verfügung (Mycophenolat-Natrium, Myfortic®).

### Kalzineurin-Inhibitoren:

Als Kalzineurin-Inhibitoren stehen Neoral® und Prograf® zur Verfügung.





# PROGRÈS DANS LE TRAITEMENT PAR

## PROGRÈS DANS LE TRAITEMENT PAR L'ACIDE MYCOPHÉNOLIQUE – LE DÉVELOPPEMENT DU MYCOPHÉNOLOATE SODIQUE



PD Dr. med. Bruno Vogt  
Division de néphrologie et hypertension  
Hôpital de l'Île  
3010 Berne

### Introduction

L'un des principaux objectifs poursuivis par la médecine de transplantation au cours de ces dernières années est la recherche de traitements mieux tolérés et provoquant moins d'effets indésirables. Le potentiel d'amélioration de l'efficacité est en effet pratiquement épuisé, car les réactions de rejet aigu par exemple, sont nettement moins fréquentes avec les médicaments actuels qu'il y a 20 ans, et qu'il est difficile d'accomplir des progrès décisifs dans ce domaine.

Par conséquent, les traitements actuellement extrêmement efficaces devraient être peu à peu remplacés par des médicaments suscitant moins d'effets indésirables mais d'une efficacité égale, afin que les patients bénéficient d'une meilleure qualité de vie.

### Mode d'action de l'acide mycophénolique

Le système immunitaire humain réagit à la transplantation d'un organe greffé par l'activation et la multiplication de cellules du système immunitaire dirigées contre l'organe étranger. L'acide mycophénolique permet de supprimer cette prolifération cellulaire et prévient ainsi les attaques visant le rejet de l'organe greffé (figure 1).

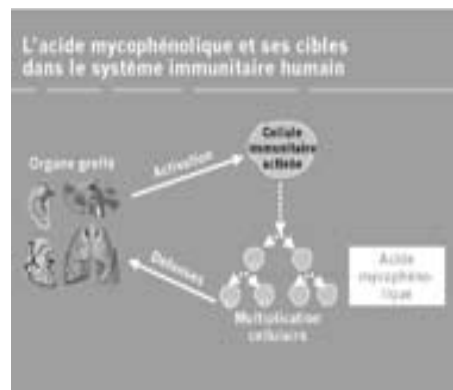


Figure 1:  
mécanisme d'action de l'acide mycophénolique

En l'absence d'acide mycophénolique ou de tout autre immunosuppresseur comme p. ex. la ciclosporine, ce sont d'abord les cellules périphériques de l'organe greffé qui sont attaquées et détruites, ce qui provoque une nouvelle activation de cellules immunitaires destructrices. Ce cycle se poursuit jusqu'à la destruction totale de l'organe greffé et de sa perte de fonction. L'acide mycophénolique que le patient reçoit dès le premier jour de la

greffe permet de supprimer la multiplication des cellules immunitaires de son organisme et empêche ainsi dès le début la mise en marche du cycle du rejet immunitaire. Il est par conséquent important que l'acide mycophénolique soit pris deux fois par jour pour supprimer de jour et de nuit la réaction du système immunitaire contre la greffe.

### Poursuite du développement du MMF

L'acide mycophénolique est le principe actif contenu dans la liaison chimique de l'immunosuppresseur mycophénolate-mofétil (MMF). Le MMF n'est qu'un précurseur de l'acide mycophénolique, et sa transformation chimique en acide mycophénolique actif a lieu lors de son passage dans l'estomac (figure 2). Avec le mycophénolate sodique\*, qui représente une avancée du développement du MMF, cette transformation chimique a déjà eu lieu et n'est par conséquent plus nécessaire. Le développement du mycophénolate sodique a visé les objectifs suivants :

Mycophénolate sodique	Mycophénolate mofétil
<ul style="list-style-type: none"><li>• Deux jarres/jars pour des comprimés ronds, 1440 mg</li><li>• 2 fois par jour 720 mg</li><li>• 12 comprimés de 360 mg</li><li>• Substance active: acide mycophénolique</li><li>• Comprimés gastro-résistants</li><li>• Libération directe de l'acide mycophénolique dans l'intestin grêle</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Deux jarres/jars pour des comprimés ronds, 2000 mg 2</li><li>• 2 fois par jour 1000 mg</li><li>• 12 comprimés de 500 mg</li><li>• Substance active: acide mycophénolique</li><li>• Comprimés gastro-résistants</li><li>• Libération de l'acide mycophénolique dans l'intestin grêle</li></ul>

Figure 2:  
Comparaison du mycophénolate sodique et du mycophénolate mofétil. (MMF)

- 1) La mise à disposition directe de la substance active, qui rend superflue l'activation gastrique du MMF.
- 2) Une amélioration de la galénique (= la nature et la composition des différentes substances présentes en plus du principe actif). Grâce à l'enrobage des comprimés d'une couche gastrorésistante, la fréquence des effets indésirables digestifs devrait diminuer, ainsi que les réductions de dosage qu'ils provoquent. Gastrorésistant signifie que le comprimé traverse l'œsophage et l'estomac sous forme inchangée, pour ne commencer à se dissoudre qu'une fois parvenu dans

l'intestin grêle. Les propriétés du comprimé gastrorésistant permettent une libération ciblée directe d'acide mycophénolique dans l'intestin grêle, d'où le médicament est distribué directement à tout l'organisme par la circulation sanguine.

3) De garantir au patient un traitement avec un taux sanguin efficace d'acide mycophénolique, grâce à une résorption régulière et bien contrôlée à partir de l'intestin grêle.

### Documentation de l'efficacité et de la tolérance dans les études cliniques

L'efficacité, la tolérance et la sécurité du mycophénolate sodique ont été documentées au cours de deux grandes études cliniques qui ont regroupé au total 748 patients<sup>1,2</sup>.

Comme on le supposait dès le début du développement du mycophénolate sodique, une tendance à la diminution des réductions de dosage, des interruptions ou des abandons de traitement a été observée avec le nouveau médicament comparé au MMF (15.0% contre 19.5%)<sup>3</sup>. Cette baisse s'explique principalement par une meilleure tolérance digestive.

De plus, on a observé une tendance à la diminution des épisodes sévères de rejet de greffe sous mycophénolate sodique par comparaison au MMF (1.9% contre 7.1%)<sup>1</sup>. Une observation importante qui contribue à la sécurité de la greffe est la constatation que tous les patients examinés traités par mycophénolate sodique ont atteint le taux sanguin thérapeutique visé (figure 3)<sup>1,4</sup>, alors que seuls une partie des patients traités par MMF ont réalisé cet objectif.



**Figure 3:**

Pourcentage de patients qui ont atteint le taux thérapeutique sanguin après 14, 90 ou 180 jours après la transplantation rénale

### Schéma posologique

Le traitement par mycophénolate sodique doit être instauré et suivi par des spécialistes de la transplantation. Le traitement par mycophénolate sodique doit débuter chez des nouveaux greffés au cours des premières 24 heures après la transplantation. La dose recommandée est de deux fois 720 mg par jour (dose journalière = 1440 mg) chez les greffés rénaux. Le mycophénolate sodique peut être pris indépendamment des repas.

Les patients sous traitement par MMF peuvent être passés au mycophénolate sodique, avec au moins la même efficacité et la même tolérance. 2000 mg de MMF correspondent à 1440 mg de mycophénolate sodique.

Des informations complémentaires peuvent être consultées sous [www.transplantation-suisse.ch](http://www.transplantation-suisse.ch).

\* Le mycophénolate sodique est admis par les caisses et commercialisé sous le nom de myfortic®.

### Références:

- 1 Granger DK et al., Enteric-Coated Mycophenolate Sodium: Results of Two Pivotal Global Multicenter Trials, *Transplant Proc* 33 (2001): 3241–3244
- 2 Salvadori M et al., Therapeutic Equivalence of Mycophenolate Sodium Versus Mycophenolate Mofetil in De Novo Renal Transplant Recipients, *Transplant Proc* 33 (2001): 3245–3247
- 3 Salvadori M et al., Therapeutic Equivalence of Enteric-Coated Mycophenolate Sodium (EC-MPS, Myfortic) Versus Mycophenolate Mofetil (MMF) at 12 Months in De Novo Renal Transplant Patients, *Abstract American Transplant Congress, 2002, Washington, USA*
- 4 Shaw LM et al., Current Issues in Therapeutic Drug Monitoring of Mycophenolic Acid: Report of a Roundtable Discussion, *Ther Drug Mon* 23 (2001): 305–315

# FORTSCHRITTE IN

## FORTSCHRITTE IN DER THERAPIE MIT DER MYCOPHENOLSÄURE – DIE ENTWICKLUNG VON NATRIUM-MYCOPHENOLAT



PD Dr. med. Bruno Vogt  
Abteilung für Nephrologie und Hypertonie  
Inselspital  
3010 Bern

### Einleitung

Ein wichtiges Ziel in der Transplantationsmedizin der letzten Jahre ist die Entwicklung von nebenwirkungsärmeren und besser verträglichen Therapien. Für die Verbesserung der Wirksamkeit ist das Optimierungspotential praktisch ausgeschöpft. Das hat damit zu tun, dass z. B. Abstossungsepisoden mit den heutigen Medikamenten viel seltener auftreten als noch vor 20 Jahren und es schwierig ist, in diesem Bereich noch weitere entscheidende Fortschritte zu erzielen.

Medizinisch hochwirksame Therapien sollen durch ebenso wirksame moderne Therapien ersetzt werden, die weniger Nebenwirkungen aufweisen und dem Patienten eine höhere Lebensqualität ermöglichen.

### Die Wirkungsweise der Mycophenolsäure

Das menschliche Immunsystem reagiert auf die Verpflanzung eines Spenderorgans mit der Aktivierung und Vermehrung von Abwehrzellen gegen die Zellen des Spenderorgans. Die Mycophenolsäure unterdrückt diese Zellvermehrung und kann dadurch einen Angriff auf das Spenderorgan verhindern (Abb. 1).

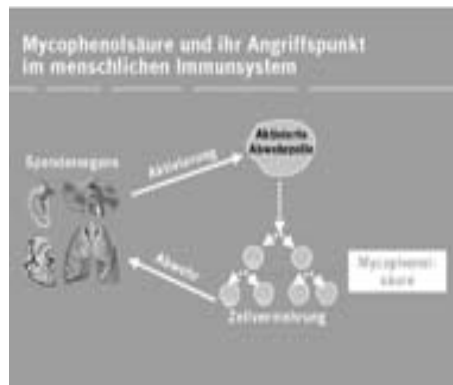


Abbildung 1: Wirkmechanismus der Mycophenolsäure

Ohne Mycophenolsäure und ohne die anderen immunsuppressiven Medikamente wie z. B. Ciclosporin würden zuerst die äussersten Spenderorganzellen angegriffen und zerstört, was wiederum zu einer Aktivierung weiterer Abwehrzellen führen würde. Dieser Zerstörungskreis würde dann immer weiter drehen bis das Spenderorgan zerstört und funktionsunfähig wäre. Indem ein Patient Mycophenolsäure bereits am Tag der Transplantation einnimmt, unterdrückt er die Vermehrung der körpereigenen Abwehrzellen und verhindert so den Zerstörungskreis des Immunsystems von

Anfang an. Es ist deshalb wichtig, jeden Tag zweimal Mycophenolsäure einzunehmen, damit die Reaktion des Immunsystems auf das Spenderorgan wirksam Tag und Nacht unterdrückt werden kann.

### Die Weiterentwicklung von MMF

Mycophenolsäure ist der aktive Wirkstoff des Immunsuppressivums mit der chemischen Verbindung Mycophenolat-Mofetil (MMF). Da MMF erst eine Vorstufe der Mycophenolsäure ist, muss im Magen zuerst die Umwandlung zur aktiven Mycophenolsäure geschehen (Abb. 2). Dieser chemische Vorgang ist bei Natrium-Mycophenolat\*, einer Weiterentwicklung von MMF, bereits geschehen und somit überflüssig. Ziele der Entwicklung von Natrium-Mycophenolat waren:

Natrium-Mycophenolat im Vergleich zu Mycophenolat-Mofetil	
	
<b>Natrium-Mycophenolat</b>	<b>Mycophenolat-Mofetil</b>
• Tagesdosisierung für Nierentransplantate: 1.840 mg • Inaktive Tablette: 720 mg (2 Tabletten zu 360 mg)	• Tagesdosisierung für Nierentransplantate: 2.000 mg • Inaktive Tablette: 1.000 mg (2 Tabletten zu 500 mg)
• Wirksubstanz: Mycophenolsäure	• Wirksubstanz: Mycophenolsäure
• Magensaftresistente Tablette	• Aktive Freisetzung im Magen
• Gezielte Freisetzung von Mycophenolsäure im Dünndarm	• Freisetzung von Mycophenolsäure im Magen

Abbildung 2:

Vergleich zwischen Natrium-Mycophenolat und Mycophenolat-Mofetil (MMF)

- 1) Die direkte Lieferung des aktiven Wirkstoffes, d. h. eine Umwandlung in den aktiven Wirkstoff im Magen wie bei MMF ist nicht mehr erforderlich.
- 2) Verbesserung der Galenik (= Art und Zusammensetzung der verschiedenen Inhaltsstoffe neben der Wirksubstanz). Mit einem magensaftresistenten Tablettenüberzug soll die Häufigkeit der unerwünschten Wirkungen auf den Magen-Darm-Trakt reduziert und damit verbundene Dosisreduktionen vermieden werden. Magensaftresistenz bedeutet, dass die Tablette die Passage durch die Speiseröhre und den Magen unbeschädigt übersteht und erst im nachfolgenden Dünndarm aufgelöst wird. Die magensaftresistente Tablette erlaubt dadurch die gezielte und direkte Freisetzung der Mycophenolsäure im Dünndarm.

darm, von wo aus das Medikament direkt über die Blutbahnen in den Körper übertritt.

- 3) Sicherstellung von therapeutisch wirksamen Mycophenolsäure-Blutspiegel beim Patienten dank der guten und konstanten Absorption im Dünndarm.

### Wirksamkeit und Verträglichkeit in den klinischen Studien

In zwei grossen Studien mit insgesamt 748 Patienten wurde die Wirksamkeit, Verträglichkeit und Sicherheit von Natrium-Mycophenolat nachgewiesen<sup>1,2</sup>.

Wie schon bei der Entwicklung von Natrium-Mycophenolat vermutet wurde konnte ein Trend zu weniger Dosisreduktionen, -unterbrüchen oder -abbrüchen unter dem neuen Medikament im Vergleich zu MMF (15.0% versus 19.5%) festgestellt werden<sup>3</sup>. Der Grund dafür liegt vor allem bei der guten Magen-Darm Verträglichkeit.

Weiter konnte ein Trend zu weniger schweren Abstoßungsepisoden unter Natrium-Mycophenolat im Vergleich zu MMF (1.9% versus 7.1%)<sup>1</sup> nachgewiesen werden. Eine wichtige Beobachtung die zur Sicherheit der Organtransplantation beiträgt, ist die Feststellung, dass alle untersuchten Patienten unter Natrium-Mycophenolat die therapeutisch anzustrebenden Blutspiegel erreichten (Abb. 3)<sup>1,4</sup>, was nur bei einem Teil der mit MMF behandelten Patienten der Fall war.



**Abbildung 3:**

Anteil der Patienten in Prozent mit therapeutisch anzustrebenden Blutspiegel 14, 90 oder 180 Tage nach Nierentransplantation

### Dosierungsschema

Die Behandlung mit Natrium-Mycophenolat muss von Transplantationspezialisten eingeleitet und durchgeführt werden. Die Therapie mit Natrium-Mycophenolat sollte bei neu transplantierten Patienten innerhalb von 24 Stunden nach der Transplantation begonnen werden. Die empfohlene Dosis beträgt zweimal täglich je 720 mg (Tagesdosis 1440 mg) bei Nierentransplantierten. Natrium-Mycophenolat kann unabhängig von den Mahlzeiten eingenommen werden.

Patienten unter MMF-Therapie können auf Natrium-Mycophenolat umgestellt werden, mit mindestens der gleichen Wirksamkeit und Verträglichkeit. 2.00 g MMF entsprechen 1.44 g Natrium-Mycophenolat.

Weitere Informationen sind unter [www.transplantation-schweiz.ch](http://www.transplantation-schweiz.ch) verfügbar.

\* Natrium-Mycophenolat ist kassenzulässig und unter dem Namen myfortic® im Handel erhältlich.

### Referenzen:

- <sup>1</sup> Granger DK et al., Enteric-Coated Mycophenolate Sodium: Results of Two Pivotal Global Multicenter Trials, *Transplant Proc* 33 (2001): 3241–3244
- <sup>2</sup> Salvadori M et al., Therapeutic Equivalence of Mycophenolate Sodium Versus Mycophenolate Mofetil in De Novo Renal Transplant Recipients, *Transplant Proc* 33 (2001): 3245–3247
- <sup>3</sup> Salvadori M et al., Therapeutic Equivalence of Enteric-Coated Mycophenolate Sodium (EC-MPS, Myfortic) Versus Mycophenolate Mofetil (MMF) at 12 Months in De Novo Renal Transplant Patients, *Abstract American Transplant Congress, 2002, Washington, USA*
- <sup>4</sup> Shaw LM et al., Current Issues in Therapeutic Drug Monitoring of Mycophenolic Acid: Report of a Roundtable Discussion, *Ther Drug Mon* 23 (2001): 305–315

# Sie retten mehr als ein Leben.

## Das zweite Herz schlägt für seine Familie.

Dass Karl Thommen, 36, das Leben mit seinen Söhnen Carlo, 5, und Luca, 3, geniessen kann, ist nicht selbstverständlich. – Er lebt seit 1985 mit einem Spenderherz.

Bestmögliche Therapiemassnahmen und hervorragende Medikamente nützen nichts, wenn das Wichtigste fehlt: Ihre Bereitschaft zur Organspende und Ihre Solidarität. Tragen auch Sie einen Teil zu neuem Leben bei!



# VOLOTARIATO – FORSE UN

**VOLOTARIATO – FORSE UN TEMA ANCHE  
PER LA SVIZZERA OCCIDENTALE?!**

Con questo titolo, in nessun caso è mia intenzione alimentare una polemica del tipo «Röstigraben» ma semplicemente provocare una discussione aperta e cercare un dialogo costruttivo.

Che le associazioni di Pazienti come la nostra, possano sopravvivere unicamente grazie all'impegno volontario dei propri membri, dovrebbe essere facilmente comprensibile e chiaro a tutti. Come evidente dovrebbe essere che la vita dell'associazione ( come ad esempio i rapporti tra i membri, la formazione di una rete di contatti, gite in comune e persino amicizie ) dipenda fortemente dal personale impegno e motivazione dal rappresentante regionale. In seno alla nostra associazione, il Ticino occupa un ruolo lodevole ed esemplare a differenza di altre sezioni della Svizzera occidentale, le cui relazioni riscontrate risultano assai scarse.

Tutti noi abbiamo ricevuto in dono un'organo che ci ha regalato una migliore qualità di vita e nuova gioia di vivere. Questo dovrebbe essere sufficiente per spingere tutti noi ad un impegno volontario verso il prossimo.

Queste riflessioni emergono anche dalla mia decennale appartenenza al comitato TRANS-HEPAR e in qualità di presidente negli ultimi quattro anni. Purtroppo da oltre due anni cerchiamo invano, con tutti i mezzi comunicativi che la nostra società moderna ci offre, due membri di comitato che sappiano rappresentare degnamente la Svizzera occidentale. Registro purtroppo regolarmente delle lamentele ( specialmente dai Romandi ) riguardo alle scarse prestazioni offerte dalla nostra associazione per rapporto alla tassa annuale di Fr. 80.-.

Ma si pensi ad esempio che tutte le comunicazioni in francese devono essere tradotte all'esterno perché nel comitato abbiamo nessun aiuto e queste poche righe che sta leggendo ci divorano Fr. 200.-, somma che potrebbe essere investita diversamente.

Vedete quindi che il buon funzionamento dell'associazione richiede il contributo volontario che comporta un impegno costante e il sacrificio di molte ore di tempo libero con il risultato di concorrere a ridurre le spese e quindi a mantenere bassa la quota annua. Con questo appello voglio tentare per l'ultima volta di reclutare due nuovi membri per la Svizzera romanda attorno ai quali dovrebbe ruotare l'attività regionale della nostra associazione.

Personalmente sono di natura ottimista e raramente perdo la speranza. Tuttavia è mio dovere fare delle riflessioni sul futuro prossimo delle organizzazioni di Pazienti. Sebbene non sia favorevole a fusioni, anche perché in generale falliscono proprio nelle loro diversità culturali come purtroppo si verifica tra le nostre fila, condivido l'idea, se non quella di riunire certe associazioni, di almeno aggregarci onde centralizzare e rafforzare le attività di base.

Siccome sono convinto che non ci siano grosse differenze tra i pazienti trapiantati di cuore, rene o fegato ritengo possibile trovare sinergie per le attività di base quali il segretariato, la Homepage, spedizioni, ecc. . Auspicabile sarebbe far capo a una struttura di tipo professionale a costi sicuramente minori. L'unione fa la forza e la centralizzazione e coordinazione di tutte le attività di base, permetterebbe di meglio utilizzare le risorse umane disponibili in attività regionali più mirate, con maggior profitto e soddisfazione per le singole associazioni e i suoi membri.

Spero con queste riflessioni di aprire una discussione aperta e mi auguro di ricevere soprattutto dalla Svizzera occidentale degli echi positivi e costruttivi.

Mathias Zahner, presidente, TRANS-HEPAR, unione svizzera del fegato-trans plantierten, tel. 01 940 99 63, E-Mail: zahni.one@bluewin.ch.

# UN BON CŒUR AU SERVICE

**UN BON CŒUR AU SERVICE D'UNE BONNE CAUSE  
AN DIE 400 KILOMETER SOLL MAN SICH LÄNGER ERINNERN ALS NUR 24 STUNDEN**



Le 9 mai 2003, Roland Meier (2e depuis la gauche) remet à Armin Kälin, président de l'Association suisse des personnes greffées de la moelle osseuse, le chèque de 4500 francs. Deux membres du Comité directeur, Peter Bieri (tout à gauche) et Fritz Hirsbrunner (tout à droite), tous deux transplantés, assistaient aux réjouissances.

*Am 9. Mai 2003 übergab Roland Meier (zweiter von links) Armin Kälin, Präsident der Schweizerischen Vereinigung der Knochenmarktransplantierten, den Check von 4500 Franken. Bei diesem schönen Anlass mit dabei waren auch die Vorstandsmitglieder Peter Bieri (ganz links) und Fritz Hirsbrunner (ganz rechts), beide knochenmarktransplantiert.*

Nul doute que parcourir 400 kilomètres sur un ergomètre demande une condition physique et une endurance exceptionnelles. Pour pouvoir rester 20 heures en selle, même si l'on n'atteint pas le seuil visé des 500 kilomètres, il faut posséder un cœur de sportif.

On ne s'étonnera donc pas d'apprendre que Roland Meier est un sportif d'endurance. Pendant les 20 heures qu'il est resté en selle, 24 heures avec les pauses, il n'a pris que peu d'aliments solides mais a veillé à boire 15 litres de liquides, son corps brûlant près de 15 600 kilocalories durant l'épreuve. Il reconnaît avoir réalisé peu de performances comparables, à l'exception peut-être des 100 km de Bienne.

L'épreuve que s'est imposée ici Roland Meier ne visait ni un record ni la gloire, au contraire. Cette course revêtait pour lui une signification très spéciale. Lorsque, le 27 décembre 2002, il monta sur le vélo dans le centre de fitness Vitasport AG à Anglikon, dans le canton d'Argovie, il le fit en mémoire de son frère, mort sept ans auparavant de leucémie.

Mais la générosité de Roland Meier ne s'arrête pas là. Il espérait par son exploit susciter la générosité publique en faveur de ceux qui connaissent le même sort que son frère. Il s'était mis à la recherche de sponsors prêts à verser le montant de leur choix par kilomètre parcouru. Ils furent nombreux à le soutenir. Au total, pas moins de 4500 francs furent ainsi réunis.

Le 9 mai de cette année, Roland Meier eut la joie de remettre son chèque à l'Association suisse des personnes greffées de la moelle osseuse. L'association n'a jamais reçu un don d'un tel montant. Inutile de dire que les membres du comité directeur présents lors de la remise du chèque manifestèrent une très grande joie et leur plus vive gratitude. L'affectation de la somme est évidente pour tous: elle doit aider tous ceux qui avant, pendant ou après une transplantation nécessitent des conseils, un soutien ou toute autre aide. On se souviendra longtemps des 400 kilomètres parcourus par Roland Meier.

*Wer 20 Stunden lang auf dem schmalen Rennsattel eines Ergometers sitzt – die Pausen abgezählt – und dabei stolze 400 Kilometer abstrampelt, der muss schon eine hervorragende Kondition und ein zünftiges Mass an Ausdauer mitbringen. Und wer nach der für Laien schwer vorstellbaren Parforceleistung vom Sattel steigt und erst noch insgeheim vom Erreichen der 500-Kilometer-Marke geträumt hat, muss ein riesengrosses Sportlerherz besitzen.*

*Kein Wunder, denn Roland Meier ist Ausdauer-sportler. In den 20 Stunden, die er stetig in die Pedale trat, nahm er in den Pausen zwar wenig feste Nahrung, dafür aber 15 Liter Flüssigkeit zu sich. Und sein Körper verbrannte in derselben Zeit etwa 15600 Kalorien. Allerdings hat er – wie er selber meinte – in diesem Leistungsbe-reich noch wenige vergleichbare Erfahrungen sammeln können, ausser vielleicht beim 100-Kilometer-Lauf von Biel.*

*Nun ging es Roland Meier bei diesem 24-Stunden-Marathon nicht um Rekorde oder gar um Ruhm. Nein, das «Rennen» hatte für ihn eine ganz andere, eine tiefere Bedeutung. Als er am 27. Dezember 2002 im Fitnesszentrum der Vitasport AG in Anglikon, AG, aufs Rad stieg, tat er dies vorab im Gedenken an seinen vor sieben Jahren an Leukämie verstorbenen Bruder.*

*Roland Meiers grosses Herz zeigt sich aber noch auf andere Weise. Er verfolgte zudem die Absicht, Menschen, die dasselbe Schicksal wie seinen Bruder trifft, etwas geben zu können. Also suchte er nach Sponsoren, die bereit waren, pro zurückgelegten Kilometer einen nach ihnen festgesetzten Betrag zu entrichten. Es waren nicht wenige, die seinem Aufruf Folge geleistet haben. Und als man zusammenzählte, waren es 4500 Schweizer Franken.*

*Den Check mit dem stolzen Betrag hat Roland Meier am 9. Mai dieses Jahres ebenso stolz der Schweizerischen Vereinigung der Knochenmarktransplantierten übergeben dürfen; eine Spende, welche der Vereinigung in dieser Höhe noch nie zugeflossen ist. Entsprechend gross waren Freude und Dankbarkeit der bei der Checkübergabe anwesenden Vorstandsmitglieder. Wie die unverhoffte Spende eingesetzt werden soll, ist bei der Schweizerischen Vereinigung der Knochenmarktransplantierten klar. Davon Nutzen haben sollen all jene Menschen, die vor, während oder nach einer Blutstammzelltransplantation nach Rat, Unterstützung und Hilfe suchen. An Roland Meiers 400 Kilometer wird man sich länger erinnern können als nur 24 Stunden.*

# AGENDA 2003



AGENDA 2003

## 6 septembre 2003

### **Journée Européenne du don d'organes et de la transplantation**

Cette manifestation est organisée par Swisstransplant. Ceux qui cette année encore désirent présenter un stand ou apporter leur aide s'annoncent au secrétariat 033 438 16 15 (14h00 – 17h30) ou par E-Mail: info.asdecœur.ch

## 6. September 2003

### **Europäischer Tag der Organspende und Transplantation**

Dieser Anlass wird von Swisstransplant organisiert. Wer auch dieses Jahr einen Stand organisieren möchte oder an einem mithelfen, melde sich im Sekretariat 033 438 16 15 (14.00 – 17.30 Uhr) oder per E-Mail: info.asdecœur.ch

## 28 septembre 2003

### **Sortie d'Automne et Assemblée générale extraordinaire**

Placée sous le signe de la détente, cette journée débutera par une excursion lacustre de Thoune à Gunten. Le délicieux repas de midi, pris au Parkhotel de Gunten, sera suivi de l'Assemblée générale extraordinaire et c'est dans la soirée que le retour se fera vers Thoune.

## 28. September 2003

### **Herbstausflug und ausserordentliche Generalversammlung**

Vollkommen stressfrei besteigen die Teilnehmer des Herbstausfluges das Schiff in Thun und fahren damit gemütlich nach Gunten. Gemütliches Mittagessen und ausserordentliche Generalversammlung im Parkhotel Gunten. Gegen Abend Rückfahrt nach Thun.

## Du 6 au 7 décembre 2003

### **Fête de Noël dans la région d'Oltén**

Comme la traditionnelle fête de Noël est tombée à l'eau l'année dernière, Horst Herber a pris les devants cette année, réservant d'ores et déjà le refuge des scouts à Aarburg. Nous nous réjouissons de vous voir très nombreux à cette fête !

## 6. und 7. Dezember 2003

### **Weihnachtstreffen in der Region Oltén**

Nachdem letztes Jahr dieses mittlerweile schon fast traditionelle Weihnachtstreffen ausfallen musste, hat Horst Herber dieses Jahr die Pfadfinderhütte Aarburg frühzeitig reserviert. Wir hoffen auf eine grosse Teilnehmerzahl!

---

**Les As de cœur im Internet unter: <http://www.as-de-cœur.ch>**

---

## **Nouveaux membres actifs / Neue Aktivmitglieder**

Roland E. Furrer, Nidau

---

**P**RAF + MAGNENAT

SANITÄR

HEIZUNGEN

### **P. Graf + Magnenat**

Neueneggstrasse 5 • Tel. 031 747 84 52 • Mobile 079 651 86 94  
3177 Laupen

Beratungen • Installationen • Umbauten • Reparaturen