

Geriatrisk hjertekirurgi – alder ingen hindring?

For ti år siden ville Konrad Lydersen neppe blitt tilbudt operasjon for sin aortastenose. Han ville ha vært for gammel. Høsten 2002 fikk 88-åringen implantert en ny aortaventil ved Hjerteklinikken St. Elisabeth. Dermed ble han en av de eldste pasientene som er operert der i gården – og her i landet.

Lydersen er en av nærmere 250 pasienter over 80 år som i løpet av siste tiår har vært operert ved Hjerteklinikken St. Elisabeth i Trondheim, et av landets sju hjertekirurgiske sentre.

Klinikken, som er den hjertekirurgiske filialen til St. Olavs Hospital, holder til i ærverdige lokaler sentralt i byen, noen kvartaler og en bro lengde unna universitetssykehusets hovedkompleks på Øya. Som regionalt senter for hjerte- og lungekirurgi har klinikken full beredskap med eget mottak, angiografilaboratorium, overvåkings- og intensivsenhet og operasjonsavdeling med tre hjerte-lunge-maskiner.

Før toget går

Dagens elektive program er godt i gang i operasjonsstue nummer 1 i tredje etasje. Thoraxkirurg Asbjørn Karevold og assistent Maryann Stenvik står bøyd over operasjonsfeltet. Pasienten er en 79 år gammel mann med ustabil angina. Kirurgen syr to venegrafter på plass over like mange stenoserete koronararterier, og fester den indre brystarterien distalt på LAD, som på kirurgisk sjargong er betegnelsen på fremre nedadgående gren av venstre koronararterie, hjertets største pulsåre. Straks etter kobles pasientens kretsløp fra hjerte-lunge-maskinen, og hans eget hjerte overtar pumping. Erstatningskarene strutter i det de fylles med blod, og hjertemuskelen trekker seg sammen som aldri før. Kirurgen sjekker omhyggelig de nye karkoblingene med tanke på lekkasje. Alt ser fredelig ut. En midlertidig pacemaker og to dren legges inn i mediastinum før brystveggen lukkes.

Går alt som det skal, vil bypassinngrepet sørge for at det syke hjertet får normalisert sin blodforsyning, og pasienten kan gå fremtiden i møte uten invalidiserende brystmerter. Kanskje kan han også kvitte seg med noen av medisinene han har vært avhengig av, i første rekke nitroglyserintablettene som til enhver tid har ligget i innerlommen.

– Det er viktig å få operert disse pasientene før de blir kritisk syke. Da er nemlig toget gått, sier Karevold og titter over brilleglassene. – En del av koronarpasientene har først forsøkt behandling med angioplastikk. Men hvis innsnevringene er for massive, er det bare kirurgi som hjelper, tilføyer han.

Flere blir henvist

Etter vel overstått økt bevilger operasjonsteamet seg en kaffetår i pauserommet. Klinikksjef Karevold oppdaterer operasjonsprogrammet: Dagens fire pasienter er alle under 80, men den første på neste dags liste er 81 år gammel og et typisk tilfelle hva angår geriatrisk hjertekirurgi. Han forteller at klinikken årlig utfører over 600 inngrep, og at 6 % av pasientene i 2002 var over 80 år. På landsbasis i fjor ble det gjort hjertekirurgi på 340 pasienter i denne aldersgruppen.

– Andelen over 80 er ennå forholdsvis beskjedne, men vi forventer en økning henimot 10 % i de neste årene, ettersom stadig flere blir henvist til hjerteutredning. Dagens eldre finner seg heller ikke i å bli avspist med et dårligere tilbud enn det som yngre folk får, sier Karevold.

I over ti år har St. Elisabeth-klinikken nytt godt av å være administrativt fristilt fra universitetssykehuset i Trondheim. Det har gitt bedre mulighet til å planlegge og skjerme elektiv virksomhet og til å sikre kontinuiteten blant de ansatte. Klinikken har egen kardiolog, Arve Tromsdal, og har opprettet egen anestesiseksjon ledet av anestesilog Roar Stenseth.

– En rutinitert besetning og hensiktsmessig organisering er forutsetningen for gode resultater, sier Asbjørn Karevold, som medgir at han er godt tilfreds med virksomhetstallene for de siste ti år: – Ved elektiv kirurgi er 30-dagersmortaliteten under 4 % for pasienter mellom 70 og 80 år, og under 7 % for aldersgruppen over 80. Dette er oppløftende i forhold til både norske og europeiske tall.

Kor og bowling

Tidlig på ettermiddagen er det celebret besøk på doktor Karevolds kontor, når Konrad Lydersen stiller opp for å fortelle den norske legestand at hjertekirurgi er god medisin, også for gamle folk. Mannen som nærmer seg 90 år, kommer rett fra et sagsseminar i Trondheim pensjonistkor der han har fast plass i bassrekken.

– Joda, både pusten og stemmen fungerer bra, humrer han når han får standardspørsmålet om sin helsetilstand. For ett år siden lå han på St. Olavs Hospital til utredning for synkope og hjertesvikt. I flere år hadde han vært plaget av svimmelhet og falltendens;

han var blitt tiltakende tungpustet og hadde begynt å få brystmerter ved anstrengelse. Legene diagnostiserte alvorlig aortastenose kombinert med aortainsuffisiens samt hypertrofi av venstre ventrikel.

– Jeg fikk først beskjed om at jeg ikke kunne regne med å bli operert. Jeg var nok for gammel og operasjonsrisikoen for stor, rekapitulerer Konrad Lydersen. Den medisinske utredningen viste imidlertid at hans organstatus var overraskende god. Noen måneder senere kom det kontrabeskjed fra sykehuset: Legene hadde gitt grønt lys for operasjon.

– Jeg var innforstått med at et inngrep ikke var uten risiko, men så var det heller ingen annen behandling som kunne hjelpe meg, sier Lydersen, som straks takket ja til operasjon. 24. september la han seg under kniven til Asbjørn Karevold og Hans Dedichen. De skar ut den forkalkede aortaklaffen og erstattet den med en biologisk ventil; en rutineoperasjon for hjertekirurgene, men for pensjonist Lydersen ble det starten på en ny alderdom.

– Nå kan jeg ta lange spaserturer uten å hive etter pusten. Og igjen kan jeg gå på sangøvelser. Jeg har også gjenopptatt min gamle lidenskap, bowling!



– Alder bør ikke være hinder for å få hjertekirurgi, mener 88 år gamle Konrad Lydersen, som har fått et nytt liv etter at han i fjor ble operert for aortastenose. Alle foto T. Sundar

Konrad Lydersen er ikke noe enestående tilfelle innen geriatrisk hjertekirurgi. En annen solskinnshistorie fra Trondheim handler om 89-åringen som, i glederus over å bli operert, gikk til anskaffelse av ny moped. I fjor fikk så mange som 12 nordmenn over 90 år koronarkirurgi, får Tidsskriftet opplyst fra Norsk pasientregister.

Vener til velsignelse

Det er previsitt hos pasientene som skal opereres neste dag ved St. Elisabeth-klinikken. Først på listen er 81-åringen som har en klassisk sykehistorie med angina pectoris. Årsaken er stenoser i tre koronarkar. Han er tidligere forsøkt behandlet med angioplastikk, men det ble for risikofyllt og måtte avbrytes. Asbjørn Karevold gir de siste beskjedene før morgendagens bypassinngrep og forsikrer pasienten om at statistikken er på hans side.

– Er du forberedt? spør kirurgen og forklarer på en enkel måte hva han skal gjøre: – Vi låner en blodåre fra fotan, sier han på klingende trøndersk. – Da kan vi i utgangspunktet reparere så mange kar vi bare vil.

Pasienten kaster et tilfreds blikk ned på beina sine: – Jammen godt at vi har dæm fotan, repliserer han.

Operasjonsdagen går legene gjennom siste sjekkliste før dagens program skal begynne. Hvordan ser blodprøvene ut? Hva

er kreatininverdien? Tåler pasienten et peroperativt trykkfall? De tar også opp eventuelle problemer som har dukket opp på postene siste døgn.

En time senere ligger 81-åringen på operasjonsbordet. Karevold gjør sternumsplitt mens operasjonsassistent Stenvik dissekerer fri vena saphena magna fra mediale malleol og oppover mot kneet. Når hjertet er blottlagt og venen tatt ut, kobles kroppens kretsløp til hjerte-lunge-maskinen samtidig som pasientens hjerte kjøles ned og stanses med såkalt kardioplegivæske, en kald Ringer-løsning som sprøytes inn i koronarkarene. Så går kirurgene i gang med selve bypassinngrepet.

Samme mortalitet

Ved klinikkens intensivavdeling overvåker anestesilege Roar Stenseth behandlingen av en yngre pasient som er ventiloperert uken før, og som har fått truende sepsis og hjertesvikt.

– Det er ikke bare de eldste pasientene som kan få problemer, påpeker Stenseth. Som seksjonsoverlege har han en nøkkelrolle i den perioperative pasientomsorgen. Hans vurderinger er ofte avgjørende for hvorvidt en pasient blir operert til planlagt tid. I den første intensivfasen etter kirurgi må han holde oversikt over pasientenes ve og vel.

Stenseth understreker at suksesshistoriene i hjertekirurgi ikke bare skyldes bedre

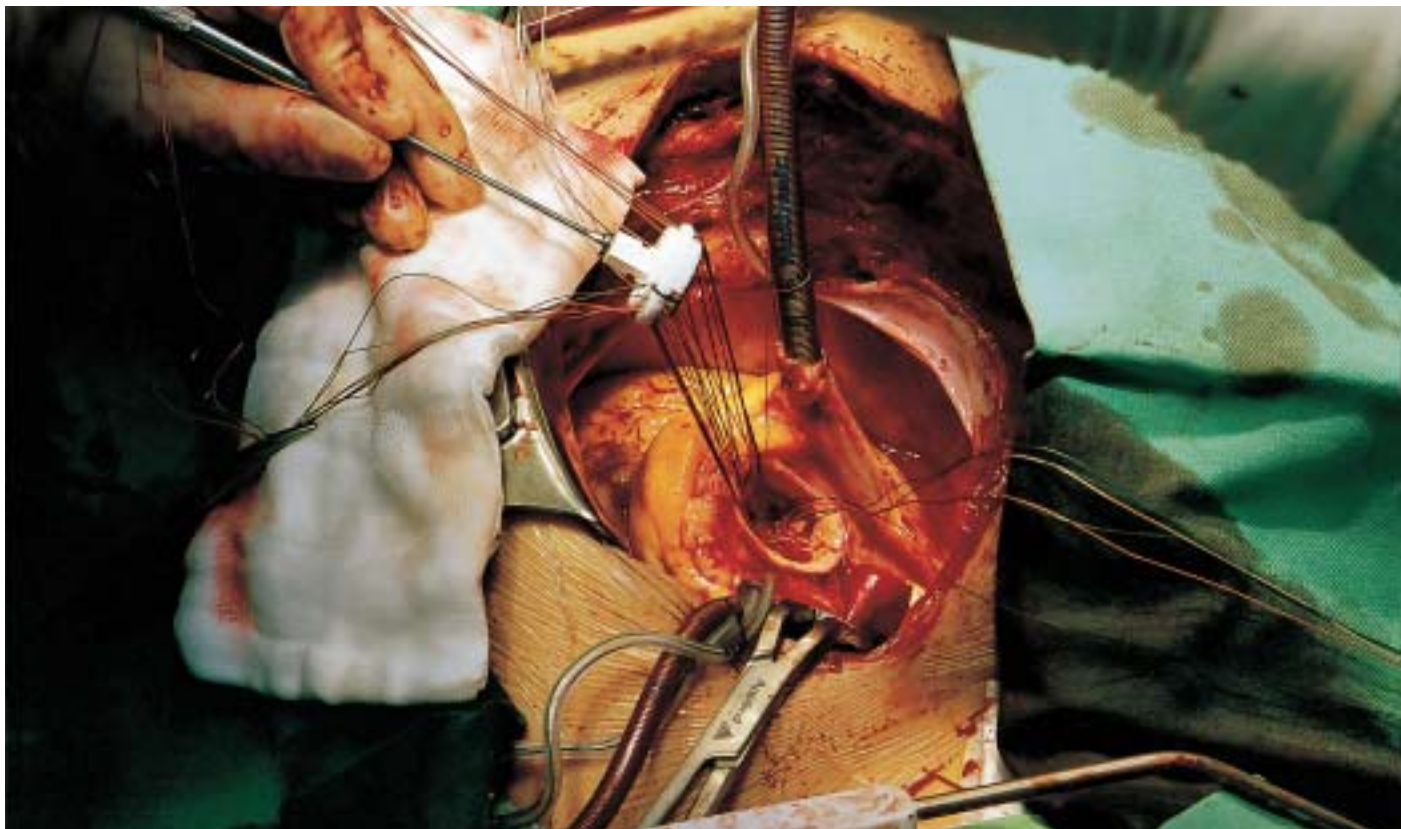
teknologi, men også bedre organisering av den perioperative omsorgen på alle plan; inkludert samarbeid mellom primærleger, kardiologer, anesthesiologer og kirurger.

– Samtidig er det klart at grenser blir flyttet. Indikasjonene for operativ behandling er mer liberale enn for 5–10 år siden. At en 80-åring har nedsatt nyrefunksjon eller kronisk obstruktiv lungesykdom er ikke lenger absolutte kontraindikasjoner. – Er det fritt frem for å operere alle over 80 år?

– I prinsippet ja. De eldste pasientene vil alltid ha den høyeste risikoen for komplikasjoner; de har lengre liggetid ved intensivavdelingen, de er mer utsatt for postoperativ infeksjon, nyresvikt eller hjerteinfarkt, og det tar lengre tid å mobilisere dem. Men det er ingen tvil om at det er fullt ut forsvarlig å tilby dem hjertekirurgi. Alle blir grundig utredet, og de som ikke tåler operasjon, blir luket ut, sier Stenseth.

Han belegger sitt syn med virksomhetsdata, som viser at 80 % av pasientene over 80 år er i live tre år etter operasjon. Tilsvarende tall for 70-åringer er 90 % og for 60-åringer 95 %. Tallene viser at dødeligheten ved kombinerte ventil- og koronarinngrep ikke er noe høyere enn ved prosedyrene hver for seg.

– De eldste tåler kombinert kirurgi-inngrep bedre enn vi trodde. At mortaliteten i denne gruppen er i samme størrelsesorden som i tilsvarende del av befolkningen,



Innsetting av aortaventil er blitt et hjertekirurgisk rutineinngrep. Bildet fra en hjerteoperasjon ved St. Elisabeth-klinikken, viser en klaffeprotese (hvit) som sydd på plass til aortaostiet. Mekaniske ventiler, slik som den avbildet her, benyttes som regel på yngre pasienter mens eldre får biologisk ventil.

sier også sitt om at resultatene er lovende, kommenterer Roar Stenseth. Han planlegger en prospektiv oppfølgingsstudie av pasienter som blir operert ved St. Elisabeth.

– Hensikten er å se på pasientenes livskvalitet etter hjertekirurgi. Dette vet vi for lite om, men det vil være nyttig kunnskap i arbeidet med å planlegge og prioritere virksomheten på området.

Overbevisende tall

Aldri før har det vært operert så mange gamle med så gode resultater, skriver thoraxkirurg og professor Jan Svennevig ved Rikshospitalet i dette nummeret av Tidsskriftet. Han viser til en studie av 97 pasienter over 80 år som fikk satt inn aortaventil ved Rikshospitalet i årene 1994–98 (1, 2). Treårsoverlevelsen var henholdsvis 80,7 % og 78,5 % for pasienter med og uten samtidig bypasskirurgi. Etter kirurgisk behandling ble de fleste helt selvhjulpne.

To artikler i dette Tidsskriftet omhandler koronare intervensjoner på eldre (3, 4). Den ene refererer et materiale på 47 pasienter som ble operert ved Universitetssykehuset Nord-Norge mellom 1993 og 2000. Alle var 80–87 år og 60 % hadde uttalte plager av sin hjertesykdom (NYHA-klasse IV) på operasjonstidspunktet. Overlevelse ved ett og fem år var henholdsvis 85 % og 60 %, og ni av ti pasienter angav bedre helse etter operasjon. Den andre

artikkelen beskriver erfaringer med koronar angiografi på pasienter over 80 år. Dødeligheten blir oppgitt til 0,4 %, og forfatterne mener prosedyren er trygg å utføre på eldre pasienter.

– Jeg er overbevist om at hjertekirurgi er god samfunnsøkonomi. Pasientene får bedre livskvalitet og slipper å bruke dyre medisiner, mener Asbjørn Karevold. Han anslår kostnaden ved en åpen hjerteoperasjon ved St. Elisabeth-klinikken til om lag 100 000 kroner.

Luker ut uegnede

Et uunngåelig spørsmål i diskusjonen rundt hjertekirurgi, er i hvilken grad pa'sienter i 80- og 90-årsalderen skal ha samme tilbud om koronar intervensjon som yngre.

Knut Rasmussen, professor i kardiologi ved Universitetet i Tromsø og leder av fagrådet for kardiologi i Helse Nord, mener at biologisk alder alene ikke må være til hinder for at eldre kan få operasjon.

– Det gir ingen mening å sette absolutte aldersgrenser, derimot er det den enkeltes allmenntilstand sammen med kliniske parametere som må legges til grunn, sier Rasmussen. Som leder av det tidligere nasjonale fagrådet for høyteknologisk medisin, har han vært opptatt av prioriteringsproblemer og helseøkonomi knyttet til medisinsk teknologi. Han vedgår at han har et pragmatisk syn på tilbudet om koronarkirurgi til eldre.

– Skal man oppnå tilfredsstillende resultater med hjertekirurgi til 80-åringer, må det foretas nøyaktig seleksjon med hensyn til symptomenes alvorlighetsgrad, pasientens motivasjon og allmenntilstand og ledsagende sykdommer i for eksempel nyrer, lunger og hjerne. Dette er en felles oppgave for kirurger, kardiologer og anestesileger, men den endelige avgjørelse må tas i samforståelse med pasienten, sier Rasmussen.

Han mener at regnskapet over risikoer og gevinster ved hjertekirurgi må vurderes annerledes hos eldre enn i andre aldersgrupper: – Ser man på de eldre som én gruppe, vil man finne høyere mortalitet, morbiditet og utgifter ved tekniske prosedyrer, mens gevinsten bedømt ved sparte kvalitetsjusterte leveår er mindre. I hovedsak fører dette til at den symptomatiske gevinsten blir viktigst med økende alder, mens den prognostiske blir mindre vesentlig. Derfor må vi først og fremst hjelpe de gamle som har store plager i dagliglivet. Egentlig er det ingen motsetning mellom det individuelle perspektiv og et generelt prioriteringsetisk resonnement.

– Er det ingen motforestillinger i fagmiljøet?

– Mitt inntrykk er at dette er allment akseptert blant hjertekirurger og kardiologer. Motstanden er kanskje å finne hos administratorer, helseøkonomer og anestesileger, som ofte vil se de



Bypassoperasjon på en 81 år gammel pasient. Nærmest kamera har operatør Asbjørn Karevold gjort sternotomi, og skaffer seg oversikt over hjertet mens operasjonsassistent Maryann Stenvik dissekerer fri leggvænen som skal brukes som koronargraft (t.h.). Anestesiolog Roar Stenseth og kirurg Karevold har gode resultater å vise til innen hjertekirurgi hos eldre.

pasientene som blir liggende lenge på respirator. Resultatene av hjertekirurgi hos eldre er blitt bedre, og det er en gledelig utvikling. Jeg ser imidlertid ikke for meg at det vil bli noen ytterligere dramatisk økning av aktiviteten. Det meste som bør skje, har allerede skjedd, sier Knut Rasmussen.

Liberala indikasjoner

Lege og helseøkonom Ivar Sønnebø Kristiansen tar opp flere spørsmål rundt prioritering i dette nummeret av Tidsskriftet (5).

– Det er ingen tvil om at det har skjedd en liberalisering av indikasjonene for aortakoronar kirurgi hos eldre, og det kan også vise seg at dette er samfunnsøkonomisk lønnsomt, sier Sønnebø Kristiansen, som er seniorforsker ved Institutt for Sundheds-tjenesteforskning ved Syddanske Universitet i Odense og professor i legemiddeløkonomi ved Universitetet i Tromsø.

Han mener at merutgiftene ved å operere flere eldre over 80 år vil være beskjedne i forhold til sykehusbudsjettene og kostnadene ved medikamentell behandling:

– Foreløpig er det få studier som sammenlikner kostnadene ved invasive inngrep og medikamentell behandling, men jeg ser ingen sterke argumenter for ikke å tilby eldre pasienter hjertekirurgi.

I Norge er det ca. 200 000 personer over 80 år, et tall som vil holde seg stabilt de neste ti år. Det betyr at selv om bruken av koronar intervensjon blir like høy i gruppen over 80 år som i aldersgruppen 70–79 år, vil aktiviteten innen PCI-behandling og bypasskirurgi likevel ikke utgjøre mer enn 20 % av det totale behandlingsvolumet, skriver Sønnebø Kristiansen.

– Sentrale spørsmål man likevel må ta stilling til, er hvilke andre tiltak som må nedprioriteres dersom man velger å øke kapasiteten innen hjertekirurgi blant eldre, og hvilke tiltak som samlet sett gir mest helse, sier han. Han understreker at prioriteringsspørsmålet handler om mer enn penger.

– Vel så interessant er kjønnsgradienten, som viser at koronare intervensjoner er

langt hyppigere blant menn enn blant kvinner. Det gjelder også blant de eldste der forekomsten av hjertesykdom er forholdsvis lik blant menn og kvinner. Årsaken til kjønnsforskjellen i behandling vet man ikke, men ulik sykkelighet er ikke nok til å forklare forskjellen.

Eldre og helse i høst

Hva mener helsemyndighetene om prioritering av hjertekirurgi til eldre? Tidsskriftet retter spørsmålet til Idar Magne Holme, leder for Nasjonalt råd for prioritering i helsevesenet. Det regjeringsoppnevnte rådet uttaler seg om faglige, etiske og prioriteringsmessige spørsmål i helse-tjenesten. Medlemmene representerer ulike fagområder som medisin, jus, økonomi, samfunnsvitenskap, politikk og etikk.

Holme sier han ikke vil ikke uttale seg før spørsmålet er behørig drøftet i prioriteringsrådet.

– Medisinsk teknologi fører stadig til nye behandlingstilbud og dermed også økende krav fra publikum. Utviklingen reiser vanskelige prioriteringsspørsmål som beslutningstakere i helsevesenet må ta stilling til. Hjertekirurgi er intet unntak.

– Bør alder være et sentralt kriterium når eldre skal vurderes for hjertekirurgi?

– Lønning II-utvalgets retningslinjer for prioritering innen helsetjenesten peker på alder som et kriterium som bør legges til grunn for prioritering. Ikke alene, men i sammenheng med andre kriterier og overveielser. Dette vil også berøre en diskusjon om hjertekirurgi hos eldre.

– Når skal rådet vurdere spørsmålet?

– Til høsten skal vi i gang med en diskusjon om eldre og helse, og da vil også problemstillingene knyttet til hjertekirurgi hos eldre bli vurdert.

– Forventer du store kontroverser rundt temaet?

– Ja, det er naturlig å forvente kontroverser i en prioriteringsdebatt om eldre og helse.

Tom Sundar

tom.sundar@legeforeningen.no
Tidsskriftet



Fakta

Hjertekirurgi hos eldre

- Gjennomsnittsalderen på hjerteopererte pasienter i Norge er 65 år. Stadig flere eldre får tilbud om hjertekirurgi, og de eldste er nå rundt 90 år. I 2002 ble det registrert 12 pasienter i 90-årsalderen.
- Ifølge Norsk pasientregister ble det i 2002 utført 3 200 koronare bypassinngrep samt 930 aortaklaffoperasjoner med eller uten koronarkirurgi. I den første kategorien var ca. 200 av pasientene over 80 år; i den andre kategorien var 140 pasienter over 80 år.
- Sykehusene rapporterte om 7 800 PCI-behandlinger i fjor, mer enn dobbelt så mange som i 1995. 460 av disse intervensjonene var på pasienter over 80 år.
- Registerstudier angir tilfredsstillende resultater ved hjertekirurgi hos pasienter over 80 år. Imidlertid er det mangelfull dokumentasjon av langtidseffektene med hensyn til både symptombedring og levetid.
- Rapporter antyder at også visse personer over 90 år kan ha utbytte av hjertekirurgi. I et materiale på 42 pasienter levde fire av fem 90-åringene i gjennomsnitt 2,5 år etter operasjonstidspunktet; gjennomsnittlig liggetid etter operasjon var 12 døgn i intensivavdeling og 20 døgn i sykehus

Litteratur

1. Svennevig J. Hjertekirurgi hos eldre. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1734.
2. Brunvand H, Offstad J, Nitter-Hauge S, Svennevig JL. Coronary artery bypass grafting combined with aortic valve replacement in healthy octogenarians does not increase postoperative risk. Scand Cardiovasc J 2002; 36: 297–301.
3. Dahl PE. Hjertekirurgi hos pasienter over 80 år. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1671–3.
4. Hovland A, Jonland K, Wiseth R. Koronar angiografi hos pasienter over 80 år. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1668–70.
5. Sønnebø Kristiansen I. Koronare intervensjoner etter 80-årsalder: Selvfølgelig behandlingstilbud eller feilslått prioritering? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1735–6.
6. Bacchetta MD, Ko W, Giradi LN, Mack CA, Krieger KH, Isom OW et al. Outcomes of cardiac surgery in nonagenarians: a 10-year experience. Ann Thorac Surg 2003; 75: 1215–20.

Er du opptatt av hva som skjer i legeföreningen?

- Daglig informasjon fra organisasjonsledd og sekretariatet
- Ukeprogram med oversikt over aktuelle arrangement

www.legeforeningen.no