

## Underernæring øker risikoen for dårlig prognose etter hjerneslag

Apopleksipasienter som er underernært, har dårligere prognose enn pasienter som ikke lider av underernæring. Dette gjelder særlig for dem som var underernært før slaget, men også dem som havnet i en slik tilstand innen en uke etterpå.

Observasjonsstudien fra Sør-Korea omfattet 131 pasienter med iskemisk apopleksi (1). Ernæringsstatus ble vurdert innen det første døgnet og en uke etter symptomdebut. Kriteriene for underernæring var vekttap (10 % i de forutgående tre måneder eller 6 % i uken etter innleggelsen), lav vekt i forhold til standardvekt, lavt nivå av albumin, ferritin og prealbumin. Andelen underernærte steg fra 12 % ved innleggelsen til 20 % en uke etter innleggelsen.

Underernæring ved innleggelsestidspunktet var assosiert med økt risiko for postapopleksikomplikasjoner, inkludert pneumoni, myokardinfarkt og dyp venetrombose (OR 6,7), og også med risikoen

for status som underernært uken etter (OR 14,9). Forskerne fant at underernæring etter en uke økte risikoen for dårligere prognose tre måneder etter (OR 4,5).

– Et vekttap på over 10 % de siste tre måneder før et hjerneslag gir mistanke om at personen har en annen alvorlig sykdom. Det er neppe ernæringsstatusen i seg selv som er skyld i den dårligere prognosen. I danske apopleksiavsnitt er det stigende oppmerksomhet omkring ernæringscreening, sier Gudrun Boysen ved Neurologisk Afdeling, Bispebjerg Hospital (2).

**Erlend Hem**  
erlend.hem@medisin.uio.no  
Tidsskriftet

### Litteratur

1. Yoo S, Kim JS, Kwon SU et al. Undernutrition as a predictor of poor clinical outcomes in acute ischemic stroke patients. *Arch Neurol* 2008; 65: 39–43.
2. Csillag C. Underernæring øger risiko for dårlig prognose etter apopleksi. *Ugeskr Læger* 2008; 170: 412.

## Hvordan behandle lokalisert prostatakraft?

Antiandrogenbehandling virker kun hos prostatakraftpasienter som ikke har andre sykdommer.

For prostatakraftpasienter gir seks måneders antiandrogenbehandling i kombinasjon med stråleterapi høyere overlevelse enn strålebehandling alene – men kun hvis de ikke har andre sykdommer.

Forskere har tidligere påvist at antiandrogenbehandling i seks måneder kombinert med stråleterapi øker overlevelsen i forhold til bare det siste. Men komorbiditet kan øke de negative virkningene av antiandrogenbehandling.

206 pasienter ble randomisert til enten stråleterapi og antiandrogenbehandling eller bare stråleterapi. De hadde lokalisert prostatacancer (T1b til T2b), men ufordelaktige biokjemiske, histologiske eller bilde-diagnostiske markører (henholdsvis PSA > 10 ng/ml, Gleason-skår 7 samt tegn på ekstrakapsulær invasjon). Gjennomsnittsalder ved randomiseringen var 73 år. Komorbiditetsgraden ble vurdert retrospektivt ved hjelp av en validert skala. Oppfølgingsperioden var ca. åtte år.

Blant dem uten komorbiditet var mortaliteten fire ganger så høy hos dem som kun fikk stråleterapi som hos dem som fikk antiandrogenbehandling i tillegg (hasardratio 4,2). For mennene med moderat eller svær komorbiditet var mortaliteten den samme uansett behandlingsregime.

– Dette er en spennende og vel tilrettelagt undersøkelse som underbygger det behandlingsregime som brukes i Danmark. Den vil gjøre det lettere å informere pasienter med prostatakraft om betydningen av og risikoen ved adjuvant hormonterapi ved stråleterapi, sier Steen Walter ved Urologisk Afdeling, Odense Universitetshospital (2).

**Erlend Hem**  
erlend.hem@medisin.uio.no  
Tidsskriftet

### Litteratur

1. D'Amico AV, Chen M, Renshaw AA et al. Androgen suppression and radiation vs radiation alone for prostate cancer. *JAMA* 2008; 299: 289–95.
2. Csillag C. Antiandrogenbehandling virker kun hos prostatacancerpasienter uten andre sykdomme. *Ugeskr Læger* 2008; 170: 504.

## Økt risiko etter avsluttet klopidogetrelbehandling

Risikoen for akutt hjerteinfarkt eller død øker vesentlig de første 90 dagene etter avsluttet behandling med klopidogetrel. Det viser en retrospektiv studie med 3 137 pasienter med akutt koronarsyndrom som ble behandlet med klopidogetrel etter sykehusoppholdet (*JAMA* 2008; 299: 532–9). 17 % av dem som hadde fått medisinsk behandling og 8 % av dem som hadde fått kirurgisk døde eller fikk akutt hjerteinfarkt etter avsluttet klopidogetrelbehandling. Omtrent 60 % av disse hendelsene inntraff de første 90 dagene.

## Sorafenib øker risikoen for hypertensjon

Sorafenib er et nytt antineoplastisk legemiddel som er brukt i behandlingen av nyrecellekreft og hepatocellulært karsinom. En systematisk metaanalyse i *Lancet Oncology* viser at midlet gir signifikant økt risiko for utvikling av hypertensjon (2008; 9: 117–23).

Pasienter som får sorafenib bør derfor overvåkes nøye og behandles for hypertensjon for å forhindre kardiovaskulære komplikasjoner, anbefaler forfatterne. Risikoen for å utvikle hypertensjon var seks ganger så høy hos dem som fikk sorafenib som hos kontrollpersonene.

## Medikamentutskillende stenter – hvilken er best?

Både paklitaxelutskillende stenter og sirolimusutskillende stenter gir redusert risiko for alvorlige kardielle hendelser hos pasienter med iskemisk hjertesykdom (*JAMA* 2008; 299: 409–16). Men det er vanskelig å finne ut hvilken av dem som er best.

I en ny dansk studie fant man ingen forskjell mellom de to, men siste ord er ikke sagt. Over 2 000 pasienter ble randomisert i studien. I løpet av 18 måneders oppfølging fikk 9 % i sirolimusgruppen og 11 % i paklitaxelgruppen en alvorlig kardial hendelse som krevde revaskularisering (hasardratio 0,83; 95 % KI 0,63–1,08).