

All kirurgisk virksomhet krever refleksjon over inngrepets gevinst i forhold til risiko – spesielt hos eldre pasienter

Geriatrisk kirurgi mellom refleksjon og reseksjon

Vi har aldri levd så lenge og blitt så gamle som vi gjør i dag. Vi lever lenger enn våre foreldre, og sannsynligvis vil våre barn leve lenger enn vi gjør. Å bli gammel er ikke et særstykke. Med høy alder følger en rekke sykdomstilstander av akutt eller kronisk art hvor en kirurgisk tilnærming ofte er nødvendig. Operativ behandling av sykdommer hos eldre og aldersrelaterte prosesser kan betegnes geriatrisk kirurgi.

Grunnprinsippene for kirurgisk behandling av eldre avviker ikke fra annen kirurgisk virksomhet (1). Nye medikamenter, bedre støttebehandling og flere alternativer til vanlig kirurgi har likefullt flyttet grenser. Det som tidligere var medisinsk og teknologisk vanskelig eller umulig, er nå blitt lettere og mulig. Nå er begrensningene vel så mye knyttet til etikk og helsepolitikk, ettersom det vil være både urealistisk og lite ønskelig å tilby alle former for avansert behandling til alle pasientgrupper i fremtiden.

Alder er et relativt begrep, og kronologisk alder gjenspeiler ikke alltid den biologiske alder for den enkelte pasient. Generelt innebærer økende alder patofysiologiske endringer i flere organsystemer, og endringene er større og gjelder flere organer hos dem som er over enn hos dem som er under 65 år (2). Dette gir seg også utslag i behandlingsresultatene etter kirurgi – for en rekke kreftrelaterte prosedyrer er dødeligheten dobbelt så høy for pasienter eldre enn 80 år sammenliknet med yngre (3). Vanlige geriatriske lidelser, som demens og delirium, medfører økt dødelighet etter vanlig kirurgisk behandling (4). Behovet for kirurgiske inngrep ved tilstander som forekommer ofte blant eldre, omfatter bl.a. kreftsykdommer og skader (5). Noen ganger vil helbredende kirurgisk tilnærming ikke være mulig eller være sterkt begrenset av tekniske eller pasientrelaterte årsaker. Samtidig har den teknologiske utviklingen ført til mindre invasive og mer skånsomme metoder også for eldre, bl.a. stentbehandling og laparoskopi (6).

Det opereres langt flere eldre pasienter nå enn tidligere, bl.a. for lungekreft, slik som rapportert av Rostad og medarbeidere i dette nummer av Tidsskriftet (7). Selv om høy alder fortsatt er en begrensende faktor for større kirurgiske inngrep ved lungekreft, har andelen pasienter med resektabel tumor, men som likevel ikke er operert, gått ned de siste årene. Det synes som om flere eldre nå får mulighet til kurativ kirurgi for sin lungekreft.

Opereres eldre i Norge oftere enn eldre i utlandet? Operasjonsrater for hofteprotese, koronar bypasskirurgi, perkutan koronarangiografi og katarakt blant eldre over 65 år var i 2002 betydelig høyere i Norge enn i Sverige og Danmark (8). Fortsatt å være «flinkest i klassen» vil by på store utfordringer for fremtidens helsevesen. Hvem skal bestemme hvem som skal prioriteres – og til hvilken behandling? I 2020 vil antall personer over 70 år i Norge være nesten 40 % høyere enn i dag (8), og antall innbyggere over 67 år vil i 2030 være om lag 1 000 000. Denne eldrebølgen vil ha store konsekvenser for planlegging og drift av helsetjenesten og for utforming av behandlingsmodeller med god kvalitet (9, 10). Her kreves politisk handlingsvilje langt utover neste valgperiode.

Det er i dag en økende interesse for geriatrisk kirurgi, også i vitenskapelig sammenheng (11). Med en aldrende befolkning og økte krav til god helse står kirurgien overfor flere utfordringer. Når

elektiv kirurgi tilbys, må inngrepet kunne gjøres med lav risiko, også for eldre pasienter. Eldre kan tåle en operasjon, men ikke komplikasjonene. Eldre har reduserte fysiologiske reservefunksjoner, og det er derfor ekstra viktig å være oppmerksom på detaljer: unngå forlenget kateterbruk for å minske faren for urinveisinfeksjon, sørg for rask mobilisering for å forebygge lungebetennelse og dannning av trykksår, og legg vekt på riktig antikoagulasjonsbehandling for å hindre blodpropp, men samtidig unngå unødig blødningsrisiko. Preoperativ optimalisering av væske- og ernæringsstatus er nødvendig både for selve operasjonen og for senere sårtilheling. Ukonvensjonelle, men viktige tiltak kan være at eldre følges av pårørende under sykehusoppholdet, noe som kan forebygge forvirringstilstander og fallskader. Foreldre følger jo oftest sine barn på sykehus, fordi barn er avhengig av kjente og trygge støttepunkter i fremmede omgivelser. Det samme gjelder eldre.

Akutt kirurgi, når nødvendig, er ofte forbundet med 3–10 ganger så høy dødelighet hos eldre og fører ofte til lengre sykehusopphold. Ved vanlige tilstander, som bl.a. akutt appendisitt, magesår og galle sykdom, blir gjerne diagnosen stilt langt senere i sykdomsforløpet og i et mer komplisert sykdomsstadium enn hos yngre. Det er således viktig å erkjenne at sykdomspresentasjonen kan være atypisk hos eldre, og derfor starte tidlig med optimalisering av vitale funksjoner når kirurgi planlegges, og utføre denne så skånsomt og lite belastende som mulig når påkrevd. Vi oppnår en høy alder i vår del av verden, men er ikke nødvendigvis sikret en god alderdom. Geriatrisk kirurgi kan bidra til en bedre alderdom gjennom forebyggende, lindrende og helbredende kirurgi. Dette forutsetter faglig fundert refleksjon i spennvidden mellom observasjon og operasjon.

Kjetil Søreide

ksoreide@mac.com

Kjetil Søreide (f. 1977) er Ph.D., assistentlege ved Kirurgisk avdeling, Stavanger universitetssjukehus og medisinsk redaktør i Tidsskriftet.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Carp L. Basic principles in geriatric surgery. *Ann Surg* 1946; 123: 1101–10.
2. Aalami OO, Fang TD, Song HM et al. Physiological features of aging persons. *Arch Surg* 2003; 138: 1068–76.
3. Finlayson E, Fan Z, Birkmeyer JD. Outcomes in octogenarians undergoing high-risk cancer operation: a national study. *J Am Coll Surg* 2007; 205: 729–34.
4. Ganai S, Lee KF, Merrill A et al. Adverse outcomes of geriatric patients undergoing abdominal surgery who are at high risk for delirium. *Arch Surg* 2007; 142: 1072–8.
5. Victorino GP, Chong TJ, Pal JD. Trauma in the elderly patient. *Arch Surg* 2003; 138: 1093–8.
6. Weber DM. Laparoscopic surgery: an excellent approach in elderly patients. *Arch Surg* 2003; 138: 1083–8.
7. Rostad H, Strand T-E, Langmark F et al. Lungekreft uten spredning – blir alle pasienter med resektabel tumor operert? *Tidsskr Nor Legeforen* 2008; 128: 920–3.
8. SINTEF. Helsetjenester for eldre. www.sintef.no/content/page1____2092.aspx (25.3.2008).
9. Ranhoff AH. En sykehjemsavdeling for akutt syke gamle. *Tidsskr Nor Legeforen* 2008; 128: 282.
10. Harari D, Hopper A, Dhosi J et al. Proactive care of older people undergoing surgery ('POPS'): designing, embedding, evaluating and funding a comprehensive geriatric assessment service for older elective surgical patients. *Age Ageing* 2007; 36: 190–6.
11. Zenilman ME. Surgery in the geriatric patient: aging, the heart, emergencies, and us. *Arch Surg* 2007; 142: 109–10.