

I europeiske retningslinjer anbefales rask invasiv koronarutredning ved akutt koronarsyndrom uten ST-elevasjon. Nyttien av slik utredning hos de eldste har inntil nylig vært dårlig dokumentert.

Over 80 år og hjerteinfarkt

I flere randomiserte placebokontrollerte studier er det dokumentert gunstig effekt ved tidlig perkutan koronar intervensjon (PCI) ved akutt koronarsyndrom uten ST-elevasjon. Derfor anbefaler European Society of Cardiology i sine retningslinjer at pasienter med akutt koronarsyndrom uten ST-elevasjon raskt utredes med koronar angiografi. Men anbefalingen for eldre pasienter er svakere, blant annet fordi dokumentasjon fra randomiserte kontrollerte studier har manglet.

Eldre pasienter er oftere skrøpelige, har høyere grad av komorbiditet, er oftere kognitivt svekket, har dårligere nyrefunksjon og har oftere mer kompleks koronarsykdom enn yngre pasienter. Disse forholdene kan tenkes å medføre risiko ved kontrastveiledet koronar kateterintervensjon. Data fra flere registerstudier tyder imidlertid på at tidlig invasiv koronarutredning og behandling har like god effekt også hos de eldste pasientene (1–3). Slike registerstudier har imidlertid den store svakheten at pasientene i gruppene som sammenlignes ikke er randomiserte. Dermed kan det være stor seleksjonsskjevhet ved at det er de friskeste eldre som er blitt tilbudt invasiv utredning og behandling.

I januar ble den norske After Eighty-studien publisert i *The Lancet* (4). Bedre enn i noen annen tidligere studie har man i denne sett på nytten av tidlig invasiv koronarutredning av de eldste pasientene med akutt koronarsyndrom uten ST-elevasjon. Detaljer fra undersøkelsen er beskrevet under Norsk forskning i dette nummer av *Tidsskriftet* (5). I korthet viste resultatene at hyppighet av nye hjerteinfarkt og behov for rask revaskularisering var signifikant redusert i intervensjonsgruppen, mens dødeligheten var lik i begge grupper. Betyr resultatene at vi bør tilby de fleste av disse pasientene rask koronarutredning uavhengig av alder? For å vurdere dette er det avgjørende å vite hvor representativ studiepopulasjonen var, hvor *klinisk* signifikante resultatene er og å gjøre kostnad-nytte-beregninger.

En svakhet med After Eighty-studien er at kun 11 % av den aktuelle pasientpopulasjonen ble inkludert. 53 % av pasientene ble ekskludert på bakgrunn av forhåndsbestemte kriterier, blant annet kort forventet levetid. Men hele 27 %, altså 56 % av dem som møtte inklusjonskriteriene, ble ekskludert på grunn av logistiske eller andre uspesifiserte årsaker. Vi vet ikke noe om denne gruppen, men sannsynligvis inneholder den blant annet skrøpelige pasienter som behandlende lege ikke har inkludert fordi han eller hun fryktet pasienten ikke ville tåle invasiv utredning og behandling. Hvis så er tilfelle, er det ikke i studien svart på om *alle* pasienter som er 80 år eller eldre, med unntak av dem som hadde et eksklusjonskriterium, bør tilbys tidlig koronarutredning ved akutt koronarsyndrom uten ST-elevasjon. Videre viser studieresultatene at nytten av behandlingen kun gjaldt pasienter under 90 år, noe som igjen kan indikere at det er en biologisk grense for når invasiv koronarbehandling er nyttig.

Hvor klinisk signifikante er så funnene i After Eighty-studien? En markert reduksjon både i antall pasienter som utviklet nytt hjerteinfarkt og som fikk behov for rask revaskularisering, er solide funn. Imidlertid vet vi ikke hvor alvorlige de nye hjerteinfarktene var hos dem som ikke fikk invasiv behandling. Kun to pasienter i denne gruppen fikk senere hjerteinfarkt med ST-elevasjon. Dødelighet, som var det numerisk største endepunktet, var ikke redusert i behand-

lingsgruppen, noe som kan bety at mange av hjerteinfarktene som ble forhindre av revaskularisering, var små. Et viktig endepunkt som foreløpig ikke er publisert, er effekten på livskvalitet.

Hva så med kostnad-nytte-effekt? Ut ifra tallene i studien kan vi gjøre følgende grove beregning: Det var 60 flere innleggelser på grunn av hjerteinfarkt og behov for rask revaskularisering i konservativ gruppe. Prosedyrerelaterte hjerteinfarkter i invasiv gruppe er da utelatt. Hvis vi antar at gjennomsnittlig liggetid på sykehus var 5,5 dager, hindret invasiv utredning og behandling 330 liggedøgn i løpet av 1,53 år. Imidlertid var liggetiden på sykehus i gjennomsnitt én dag lenger i invasiv gruppe, noe som gir 229 ekstra døgn. Invasiv utredning i studiepopulasjonen hindret dermed om lag 100 liggedøgn i løpet av studieperioden. Disse besparelsene må veies opp mot utgifter til transport til Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet samt utgifter forbundet med å bli innlagt på nytt sykehus og til personell og utstyr som er nødvendig for invasiv koronarutredning og behandling.

After Eighty er en godt gjennomført studie som støtter tidlig invasiv utredning også av pasienter i alderen 80–90 år med akutt hjerteinfarkt uten ST-elevasjon. Om dette gjelder for pasienter med mye komorbiditet og skrøpelighet, er fortsatt ikke helt avklart. Tall fra Norsk hjerteinfarktregister viser at det i 2015 ble utført tidlig invasiv koronarutredning av 26 % av pasientene med akutt hjerteinfarkt uten ST-elevasjon som var 80 år eller eldre. I aldersgruppen 80–84 år fikk hele 46 % slik utredning, mens blant dem som var 90 år eller eldre var prosentandelen kun 5. I Norge har vi altså allerede en ganske liberal praksis på dette området.

Erik Øie

erik.oie@diakonisyk.no

Erik Øie (f. 1967) er dr.med., spesialist i indremedisin og i kardiologi og seksjonsoverlege i kardiologi ved Medisinsk avdeling, Diakonhjemmet Sykehus.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjema og oppgir følgende interessekonflikter: Han var med på å rekruttere pasienter til After Eighty-studien.

Litteratur

1. Bagnall AJ, Goodman SG, Fox KAA et al. Influence of age on use of cardiac catheterization and associated outcomes in patients with non-ST-elevation acute coronary syndromes. *Am J Cardiol* 2009; 103: 1530–6.
2. Damman P, Clayton T, Wallentin L et al. Effects of age on long-term outcomes after a routine invasive or selective invasive strategy in patients presenting with non-ST segment elevation acute coronary syndromes: a collaborative analysis of individual data from the FRISC II – ICTUS – RITA-3 (FIR) trials. *Heart* 2012; 98: 207–13.
3. Kolte D, Khara S, Palaniswamy C et al. Early invasive versus initial conservative treatment strategies in octogenarians with UA/NSTEMI. *Am J Med* 2013; 126: 1076–83.e1.
4. Tegn N, Abdelnoor M, Aaberge L et al. Invasive versus conservative strategy in patients aged 80 years or older with non-ST-elevation myocardial infarction or unstable angina pectoris (After Eighty study): an open-label randomised controlled trial. *Lancet* 2016; 387: 1057–65.
5. Rashidi K. Hjerteinfarktpasienter over 80 år bør behandles på samme måte som yngre. *Tidsskr Nor Legeforen* 2015; 136: 1072.