
Skal de riktig gamle opereres?

REDAKSJONELT

SOLHEIM K

De eldres problemer i dagens samfunn er et hyppig diskusjonstema. Det gjelder ikke minst medisinsk behandling av de eldre og de riktig gamle, så vel medikamentelt som operativt. Anestesiologien og patofysiologien er viktige fagområder i sterk utvikling som har bidratt vesentlig til kirurgiens imponerende utvikling. Da melder flere vriene spørsmål seg: Når blir pasienten "for gammel" til å bli operert? Er det grenser? Hva har samfunnet ressurser til? Mange har bestemte meninger om dette. I siste instans må kirurgen gi rådet, basert på sin kompetanse og kunnskap, i en tillitsbasert samtale med pasient og pårørende.

Typiske valgsituasjoner i så henseende er aortaaneurismer, hjertesykdommer og store skader hos eldre og gamle. Flerematerialer viser at ved utvelgelse kan det utføres relativt store operative inngrep med rimelig lav mortalitet og økt livslengde. Det gjelder f.eks. abdominal aneurismektomi hos pasienter eldre enn 80 år (1), hjerteventilkirurgi (2) og koronar arterie bypass-operasjoner (3).

Nylig er det også publisert et etter forholdene stort materiale på 39 80-åringer som gjennomgikk operasjon for torakoabdominalt aortaaneurisme (4). Operasjon for alle disse tilstander hadde tidligere høy mortalitet, men etter hvert som man fikk erfaring og kunnskap fra forskjellige forskningsområder, ble resultatene bedre. Således er mortaliteten ved operativ behandling av torakoabdominalt aortaaneurisme hos 80-åringer redusert til 10%, hvilket ikke er signifikant forskjellig fra tidligere resultater hos 372 fortløpende pasienter med samme diagnose, men hvor gjennomsnittsalderen var 66 år (4). Forenkling av operasjonsteknikken ved visse alvorlige torakale aortaaneurismer har dessuten muliggjort en raskere anastomosering og derved kortere operasjonstid. Særlig viktig er dette for å redusere risikoen for lammelser på grunn av for lang avklemningstid av proksimale aorta med derav følgende medullaiskemi (5).

Hos eldre med visse kreftsykdommer blir vurderingen av operasjonsindikasjonen vanskeligere. I et italiensk materiale på 398 pasienter med cancer pancreatis (6) var 85 av de opererte yngre enn 70 år, hvorav tre døde postoperativt, og 33 eldre enn 70 år, hvorav to døde postoperativt. Til

tross for strengere utvelgelse og bedre perioperativ støtteoverlevde imidlertid ingen 70-åring mer enn tre år. Med en forventet levetid for italienske 70-åringer på 11,6 år og 6,4 år for 80-åringer - omtrent som i Norge - hevder forfatterne at operasjonsindikasjonen blir vanskelig å avvise. Akkurat for denne pasientgruppen vil nok mange ta et annet standpunkt.

Det har også vært diskutert tilsvarende problemstillinger hos alvorlig skadede pasienter, hvor det er vel kjent at mortaliteten øker med alderen. Både i USA og Norge er de økonomiske konsekvenser av skader store. Pasienter over 65 år svarer for nesten 1/3 av alle traumerelaterte omkostninger i USA (7). Over 800000 eldre pasienter hospitaliseres hvert år i USA på grunn av skader, og i 1991 døde mer enn 26000 eldre som et direkte resultat av skade.

Det bekymringsfulle er at dette problemet forventes å øke betydelig. I USA er det i dag 30 millioner mennesker over 65 år. Dette tallet vil øke til 52 millioner frem til år 2020. Riktignok er insidensen av skader lavere hos de eldre enn i andre aldersgrupper, men eldre pasienter har større risiko for å dø eller måtte behandles lenge i sykehus på grunn av sine skader. Dødeligheten hos eldre i sykehus er 15-30% sammenliknet med 4-8% for yngre pasienter.

Forholdene i USA er selvfølgelig av en langt større dimensjon, men vi ser den samme tendensen hos oss. Mesteparten av forskningen når det gjelder skader og forløpet etter skader hos eldre har dreid seg om særlig de kortvarige effekter, inkludert sykehusmortaliteten, antall døgn i intensivheter og funksjonsstatus ved utskrivningen og etterrett år. Forskning som tar opp problemet med langvarig overlevelse av skadede eldre, har omfattet få, ikke-kontrollerte undersøkelser og retrospektive kohorter, mest fra valgte pasientpopulasjoner innlagt i traumesentre.

Fra delstaten Washington i USA er det nå publisert en interessant undersøkelse om langvarig overlevelse hos eldreskadepasienter (7), i alt 9424 personer over 67 år innlagt i alle delstatens sykehus for skade. Denne kohorten ble sammenliknet med 37787 uskadede. Skadegruppen hadde samme alders- og kjønnsfordeling som de uskadede. Hjerterinfarkt var den eneste preeksisterende sykdom som ikke var vanligere i skadegruppen.

Den relative dødsrisiko (justert for alder, kjønn, rase og sykdommer) for dem som overlevde 30 måneder etter ulykken, var 1,6. De høye tallene i denne undersøkelsen har muliggjort påvisning av langvarige virkninger som ikke har latt seg påvise i små materialer med kort observasjonstid. I en slik undersøkelse fant Manktelow og medarbeidere (8) lik overlevelse av pasienter som overlevde ett år sammenliknet med uskadede pasienter. I en annen undersøkelse (9) ble 63 overlevende over 65 år etter lukkede skader fulgt i 38 måneder. 90% av disse ble utskrevet til sine hjem. Forfatterne hevder at aggressiv behandling av skadede er berettiget. Denne studien korrigerer imidlertid ikke for forekomst av sykdom før skaden og var begrenset til bestemte pasienter behandlet ved ett enkelt traumesenter.

Gubler og medarbeidere påviste foruten økt dødelighet ved akutt skade, også at skadepasienter på fem års sikt hadde høyere dødelighet enn den ikke-skadede kohort (7). Det kan være at når eldre blir skadet, gjenvinner de aldri sin helsestatus fra før skaden.

En rimelig konklusjon er derfor at også pasienter i høy alder, som faktisk har en rimelig lang forventetoverlevelsestid, bør tilrådes operasjon når indikasjon foreligger. Ved skader hos eldre er det spesielt viktig å understreke betydningen av rask og tidlig behandling etter skadeøyeblikket. Nøye oppfølging kombinert med ytterligere undersøkelser må gjennomføres for å klarlegge de spesielle forhold som er avdekket med langvarige senfølger ettertraumer hos eldre.

Kaare Solheim

LITTERATUR

1. Harris KA, Ameli FM, Lally M, Provan JL, Johnston KW, Goldberg MR et al. Abdominal aorta aneurysm resection in patients more than 80 years old. *Surg Gynecol Obstet* 1986; 162: 536-8.
2. Fiore AC, Naunheim KS, Barner HB. Valve replacement in the octogenarian. *Ann Thorac Surg* 1989; 48: 104-8.
3. Naunheim KS, Kern MJ, McBride LR, Kern J, McBride LR, Pennington DG. Coronary artery bypass surgery in patients aged 80 years or older. *Am J Cardiol* 1987; 59: 804-7.
4. Giaradi LN, Coselli JS. Repair of thoracoabdominal aneurysms in octogenarians. *Ann Thorac Surg* 1998; 65: 491-5.
5. Eldrup-Jørgensen J, Bredenberg CE. Repair of type III and type IV thoracoabdominal aortic aneurysms by using a long beveled anastomosis: a description of technique. *Surgery* 1998; 123: 351-5.
6. DiCarlo V, Balzano G, Zerbi A, Villa E. Pancreatic cancer resection in elderly patients. *Br J Surg* 1998; 85: 607-10.
7. Gubler KD, Davis R, Koepsell T, Soderberg R, Maier RV, Rivara FP. Long term survival of elderly patients. *Arch Surg* 1997; 132: 1010-4.
8. Manktelow A, Meyer AA, Herzog SR, Peterson HD. Analysis of life expectancy and living status of elderly patients surviving a burn injury. *J Trauma* 1989; 29: 203-7.
9. DeMaria EJ, Kenney PR, Merriam MA, Casanova LA, Gann DS. Aggressive trauma care benefits the elderly. *J Trauma* 1987; 27: 1200-6.

Publisert: 10. august 1998. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 4. juni 2026.