Litteratur

1. Rashidi K. Hjerterinfarktpasienter over 80 år bør behandles på samme måte som yngre. Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136: 1072.
2. Tegn N, Abdelnoor M, Aaberge L et al; After Eighty study investigators. 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.
3. Øie E. Over 80 år og hjerteinfarkt. Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136: 1058.
4. Psaltis PJ, Nicholls SJ. Management of acute coronary syndrome in the very elderly. Lancet 2016; 387: 1029–30.
5. Zwarenstein M, Treweek S. What kind of randomized trials do we need? J Clin Epidemiol 2009; 62: 461–3.
6. Bjerre E, Brasso K, Midtgaard J. Pragmatiske studier er viktige for medisinsk forskning. Ugeskr Laeger 2015; 177: V10140571.
7. Tegn N, Abdelnoor M, Aaberge L et al. Invasive strategy in acute coronary syndrome – Authors' reply. Lancet 2016; 387: 2504.
8. Myhre PL, Laake K, Seljeflot I et al. Klinisk forskning på eldre. Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136: 208.

E. Øie svarer:

Nicolai Tegn og medarbeidere er uenige i mange av mine kommentarer (1) vedrørende deres studie After Eighty. For å gjenta det jeg skrev i lederartikkelen: After Eighty er en godt gjennomført studie som bedre enn noen annen tidligere studie har sett på nytten av tidlig invasiv koronarutredning av de eldste pasientene med akutt koronarsyndrom uten ST-elevasjon. Publisering i *The Lancet* er imponerende og et kvalitetsstempel. Men jeg tillot meg å kommentere at det var lav prosentandel av den totale pasientpopulasjonen som ble inkludert (11 %). Dette er ikke uvanlig i kliniske intervjuundersøkelser og er således ingen kritikk av studiedesignen, men bare en konstatering av begrensningene som foreligger når en skal vurdere overførbarheten av studieresultatene til en klinisk hverdag.

Tegn og medarbeidere skriver at de er interesserte i å høre begrunnelsen for at jeg er bekymret når det gjelder seleksjonen av pasientene. Min bekymring gjelder generaliserbarheten fordi hele 56 % av dem som møtte inklusjonskriteriene ikke ble inkludert pga. såkalte logistiske eller andre uspesifiserte årsaker. Det er en svakhet ved gjennomføringen av studien som kan forklare hvorfor disse gruppene ble så store. Årsakene til at aktuelle pasienter ikke ble inkludert ble først forsøkt registrert ved journalgjennomgang ut ifra diagnosekode etter at oppfølgingsperioden var avsluttet, istedenfor at det ble gjort fortløpende. Det er vanskelig og ofte umulig ut ifra pasientjournal å finne ut hvorfor en pasient ikke ble inkludert i en pågående studie. Når det er en stor gruppe pasienter som har usikre årsaker til at de ikke ble inkludert, øker risikoen for uønsket skjevhet i seleksjonen av pasientene. Det vil være av betydning når vi skal vurdere om de fleste eldre med akutt koronarsyndrom uten ST-elevasjon bør utredes invasivt.

Tegn og medarbeidere er åpenbart mer tilfreds med vinklingen og forståelsen til lederskribentene i *The Lancet* vedrørende den lave prosentandelen inkluderte. Men disse lederskribentene er vel mer kategoriske enn meg når de skriver at den lave andelen aktuelle pasienter «... also suggest that the results might not be applicable to most octogenarians with NSTEMI and unstable angina» (2).

Jeg har ikke betvilt at effekten på det primære endepunktet er i favør av invasiv strategi, men ser man på effekten på dødelighet alene var den langt fra signifikant (p-verdi på 0,534).

Kostnadsanalyser er kompliserte. Jeg ble imidlertid bedt av Tidsskriftet om å ha med en kommentar vedrørende helseøkonomi. Derfor gjorde jeg en grov estimering ut ifra de publiserte data, og resultatet ble jo til gunst for invasiv utredning, siden dette hindret om lag 100 liggedøgn i studieperioden, dog til ukjent kostnad.

Når det gjelder min kommentar om at vi har en ganske liberal praksis i Norge med rask koronarutredning av mange eldre pasienter, er dette sett i forhold til tilsvarende praksis for pasienter under 80 år.

Erik Øie

erik.oie@diakonsyk.no

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

Forfatteren var med på å inkludere pasienter til After Eighty-studien.

Litteratur

1. Øie E. Over 80 år og hjerteinfarkt. Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136: 1058.
2. Psaltis PJ, Nicholls SJ. Management of acute coronary syndrome in the very elderly. Lancet 2016; 387: 1029–30.

Re: En kvinne i 70-årene med rask forverring av kognitiv funksjon

Reiakovam og medarbeidere presenterer en interessant og lærerik kasuistikk om en pasient med raskt innsettende og reversibel kognitiv svikt som sannsynligvis var utløst av alvorlig hypomagnesemi (1). Vi ønsker å supplere med to kommentarer.

For det først skriver forfatterne flere ganger at det ikke var tegn til delirium. Det finner vi svært overraskende. Etter siste oppdatering av diagnosesystemet Diagnostic and Statistic Manual (DSM-5) er diagnosekriteriene for delirium slik: forstyrret oppmerksomhet og bevissthet, akutt start med tendens til fluktuerende, ledsagende forstyrret kognisjon, symptomene kan ikke bedre forklares av en annen nevrokognitiv tilstand, f.eks. demens, og underliggende somatisk tilstand, abstinens eller toksisk påvirkning kan påvises (2).

Ved første gangs undersøkelse (i sykehjemmet) er bevissthet og oppmerksomhet ikke beskrevet, men uansett er det få (om noen) andre tilstander enn delirium som gir en så raskt innsettende kognitiv svikt som hos denne pasienten. Ved innleggelsen i sykehus beskrives hun som passiv, likegyldig og fjern i blikket. Hun hadde altså på det tidspunktet en sikker forstyrrelse i oppmerksomhet og bevissthet, og alle de diagnostiske kriteriene for delirium var altså oppfylt. Vi synes det er litt sørgelig at verken forfatterne eller Tidsskriftets fagvurderere eller redaktører tydeligvis er kjent med symptomene på en så alminnelig og alvorlig tilstand (3). Pasienter med delirium skal gjennomgå en rask og grundig somatisk utredning. De vanlige årsakene (som infeksjoner og traumer) diagnostiseres ofte raskt, mens de mange sjeldnere årsakene (som hypomagnesemi) bare oppdages ved en bredere tilnærming.

For det andre var pasienten heldig som kom til et sykehjemsmedisinsk miljø med diagnostisk nysgjerrighet. Likevel tok det over tre uker før diagnosen ble stilt. Delirium er assosiert med økt risiko for demens og langvarige deliriumepisoder er assosiert med større kognitive utfall (4, 5). Dette kan meget vel ha ført til at hennes kognitive funksjonsnivå ble varig dårligere enn om diagnosen hadde blitt stilt raskere. Vi frykter at mange pasienter med reversible årsaker til delirium blir langt dårligere utredet enn dette – eller ikke utredet i det hele tatt, og forblir kognitivt svekket resten av livet. Etter vårt syn er det en klar medisinsk feil å legge pasienter med delirium av uavklart årsak inn i demensavdeling i sykehjem. Slike pasienter trenger umiddelbar utredning i sykehus.

Torgeir Bruun Wyller

t.b.wyller@medisin.uio.no

Leiv Otto Watne

Torgeir Bruun Wyller (f. 1960) er professor i geriatri ved Universitetet i Oslo, overlege ved Oslo universitetssykehus, og har etablert Oslo Delirium Research Group.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Leiv Otto Watne (f. 1977) er postdoktorstipendiat og under spesialisering i indremedisin og geriatri ved Oslo universitetssykehus, og leder av Oslo Delirium Research Group.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

>>>