

Abdominale aortaaneurismer

REDAKSJONELT

SOLBERG S

NY BEHANDLINGSMETODE

Viktige årstall innen kirurgisk behandling av abdominale aortaaneurismer er 1830, 1952 og 1991. Det dreier seg først om Sir Astley Cooper som underbandt aorta på grunn av aneurisme, og pasienten levde i 40 timer (1). I 1952 rapporterte C. Dubost den første vellykkede operasjon med reseksjon av abdominalt aortaaneurismer og innsetting av homograft (2). I 1991 ble de første behandlinger med kateterbasert teknikk og stentgraft publisert (3). I dette nummer av Tidsskriftet har Staal Hatlinghus og medarbeidere en presentasjon av et materiale fra Trondheim hvor de har vært de første i Norge som tar opp denne behandlingen (4).

Høy dødelighet ved ruptur

I Norge dør årlig noen tusen mennesker med sitt abdominale aortaaneurisme. Omkring 500 dødsfall, ca. 1% av alle dødsfall, skyldes denne lidelsen. Om disse kunne unngås ville den gjennomsnittlige levealder for menn øke med omkring 20 dager, og ti for kvinner. Overfor den enkelte pasient er det viktigere at ruptur oftest er det første symptom på abdominalt aortaaneurisme, og dødeligheten er da 70-90%. For dem som når sykehus i live, er den operative mortalitet 30-50%.

Diameteren på den normale bukaorta hos mennesket øker gjennom hele livet (5). I de senere år er det publisert flere oversiktsartikler om abdominale aortaaneurismer (6, 7). Disse forekommer omkring fire ganger hyppigere hos menn enn hos kvinner, og hyppighet og størrelse øker med økende alder. Behandlingstrengende tilstand forekommer sjelden før ved 65 års alder. Personer med arteriosklerose rammes hyppigst (8), og lidelsene synes å skyldes de samme risikofaktorer (9). Årsaken til at enkelte med arteriosklerose utvikler dilaterende aortasykdom kan være en ukjent tilleggsfaktor som f.eks. bindevevsforandringer. Abdominalt aortaaneurisme har også en sterkere genetisk faktor ved at førstegradsslektninger av personer med aneurismer har mer enn ti ganger økt risiko (10).

Ved elektiv behandling, med dagens åpne kirurgi er peroperativ letalitet 2-8%, og bør ligge under 5%.

Rupturrisikoen øker med økende diameter på aneurismet. For aneurisme på 40-49 mm er årlig rupturrisiko på 1%, og ved 60-69 mm 9% (11). Avveier man risikoer ved abdominalt aortaaneurisme og ved konvensjonell kirurgisk behandling, har dette gitt en enighet om at når et aneurisme har nådd 40-60 mm, foreligger det operasjonsindikasjon.

Lovende, nytt behandlingstilbud

Artikkelen fra Hatlinghus og medarbeidere (4) gir en god oversikt over et nytt behandlingstilbud. Deres materiale er lite og selektert, men resultatene lover godt. Årsaken til deres meget gode behandlingsresultater kan tilskrives valg av stentgrafttype, så vel som nøyaktig planlegging og gjennomføring av prosedyrene. Andre har publisert større materiale med vesentlig høyere letalitet (3,7%) og morbiditet (75%) ved stentgrafting av abdominalt aortaaneurisme (12). Langtidsresultatene er usikre. Jeg kjenner to rapporter fra obduksjon av pasienter som døde av kreft måneder etter innsetting av stentgraft (Lundbom J & medarbeidere. Autopsy findings in a patient with stentor implantat for abdominal aortic aneurysm. Foredrag ved International Endovascular symposium 1995, 10.-12. desember. Sidney, Australia), (13). Disse viste at trombemassene mellom stentgraft og opprinnelig aortavegg tørket pent opp, og det var en fin inkorporering av stentgraftet med danning av en neointima. Dette synes lovende for langtidsresultatene, som også vil avhenge av type stentgraft. I dag er det flere forskjellige konsepter som brukes. Stentor-typen som er brukt er meget dyr (4), men synes fornuftig konstruert ved at hele graftet består av både protese og stent, samt at metallet i stenten er dekket slik at korrosjon trolig unngås. Dersom langtidsresultatene blir så gode som flere håper, og metoden også kan benyttes av flere enn flinke entusiaster i en oppbyggingsfase, vil dette medføre at både letalitet og morbiditet ved behandling av abdominalt aortaaneurisme reduseres vesentlig. Dette vil videre gjøre at indikasjonsområdet utvides "i begge ender", både ved at yngre og friskere med mindre aneurismer, og ved at de eldre og sykere med større aneurismer kan tilbys behandling.

Steinar Solberg

LITTERATUR:

1. Hæger K. Kirurgins historia. Göteborg: Nordbok, 1988.
2. Dubost C, Allary M, Desconomos N. Resection of the abdominal aorta. Reestablishment of the continuity by preserved human arterial graft with the result after five months. Arch Surg 1952; 64: 405-8.
3. Parodi JC, Palmaz JC, Barone HD. Transfemoral intraluminal graft implantation for abdominal aortic aneurysms. Ann Vasc Surg 1991; 5: 491-9.
4. Hatlinghus S, Dale LG, Nordby A, Aadahl P, Lundbom J, Sæther OD et al. Endovaskulær behandling av abdominale aortaaneurismer. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 717-20.
5. Sonnesson B, Länne T, Hansen F, Sandgren T. Infrarenal aortic diameter in the healthy person. Eur J Vasc Surg 1994; 8: 89-95.
6. Pleumeekers HJCM, Hoes AW, van der Does E, Van Urk H, Grobbee DE. Epidemiology of abdominal aortic aneurysms. Eur J Vasc Surg 1994; 8: 119-28.
7. Patel MI, Hardman DTA, Fisher CM, Appelberg M. Current views on the pathogenesis of abdominal aortic aneurysms. J Am Coll Surg 1995; 181: 371-82.
8. Bengtsson H, Ekberg O, Aspelin P, Källersö S, Bergquist D. Ultrasound screening of the abdominal aorta in patients with intermittent claudication. Eur J Vasc Surg 1989; 3: 497-502.
9. Reed D, Reed C, Stemmermann G, Hayashi T. Are aortic aneurysms caused by atherosclerosis? Circulation 1992; 85: 205-11.
10. Johansen K, Koepsell T. Familial tendency for abdominal aortic aneurysms. JAMA 1986; 256: 1934-6.
11. Michaels JA. The management of small abdominal aortic aneurysms: a computer simulation using Monte Carlo methods. Eur J Vasc Surg 1992; 5: 551-7.
12. May J, White GH, Yu W, Waugh RC, Stephen MS, McGahan T et al. Surgical management of complications following endoluminal grafting of abdominal aortic aneurysms. Eur J Vasc Endovasc Surg 1995; 10: 51-9.
13. McGahan TJ, Berry GA, McGahan SL, White GH, Yu W, May JM. Results of autopsy 7 months after successful endoluminal treatment of an infrarenal aortic aneurysm. J Endovasc Surg 1995; 2: 348-55.

Publisert: 17. oktober 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI:

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no