



Renal fibromuskulær dysplasi og hypertensjon

KOMMENTAR

ARNT JAKOBSEN

E-post: arntjako@gmail.com

Arnt Jakobsen er pensjonert kirurg og sjeflege, Rikshospitalet.

DAGFINN ALBRECHTSEN

PER FAUCHALD

Ingen av forfatterne har oppgitt interessekonflikter.

Vi har med interesse lest artikkelen til Martin Sommer og medarbeidere (1) som, i tillegg til bred oversikt over emnet, også omtaler egne erfaringer med bruk av perkutan revaskularisering med angioplastikk i behandlingen. Ti av 13 pasienter (76 %), behandlet i årene 2003–18, ble normotensive, og hos like mange kunne man seponere eller redusere antall antihypertensive medikamenter etter inngrepet. Det går ikke klart frem hvor mange som ble normotensive uten behov for antihypertensiva. Forfatterne sier videre at åpen kirurgi sjelden er nødvendig. Vi har alle tidligere arbeidet innen nyretransplantasjonsmedisinen og ønsker å kommentere dette siste.

På Rikshospitalet, kirurgisk avdeling B, behandlet vi i perioden 1980–1992 i alt 56 hypertensive pasienter med røntgenologisk påvist renal fibromuskulær dysplasi med autotransplantasjon av den affiserte nyren. Ved autotransplantasjon utføres det nefrektomi, nå med laparoskopisk teknikk, nyren spyles ren for blod og nedkjøles og det utføres «benkekirurgi» med eksisjon av de affiserte arterie-segmentene, evt. med innsynging av venesegmenter før nyren settes inn i det nedre bekken med revaskularisering til arteria iliaca intera og venøs tilkobling til vena iliaca eksterna – tilsvarende et vanlig nyre transplantasjonsinngrep. Med en observasjonstid på 1–10 år (gjennomsnitt 4,3) fant vi at blodtrykket enten var normalisert eller redusert hos 51 av de 56 pasientene (91 %). Trettisyv pasienter (66 %) var helt uten antihypertensiv medikasjon og betydelig redusert hos 14 (25 %). Hos 5 (9 %) pasienter hadde autotransplantasjonen ingen effekt på blodtrykket (2,3).

Perkutan angioplastikk er nå hovedmetoden for revaskularisering ved fibromuskulær dysplasi i nyrearterien. Dette er et typisk eksempel på hvordan utvikling av nye medisinske behandlingsformer ofte starter med en type kirurgisk intervensjon som etter hvert finner sin enklere løsning, i dette tilfelle, ved en radiologisk prosedyre. Det betyr ikke at den kirurgiske behandlingsmåten blir «gammeldags». Hos noen få pasienter er ikke angioplastikk like velegnet som ved affeksjon av nyrearterien forbi første deling, tegn til aneurismedannelse eller ved komplikasjoner etter forsøk med perkutan revaskularisering. I

så fall er kirurgi i form av ekstracorporeal rekonstruksjon og autotransplantasjon en god metode med sikker effekt på blodtrykket.

LITTERATUR:

1. Sommer M, von der Lippe N, Kløw N-E et al. Renal fibromuskulær dysplasi og hypertensjon. Tidsskr Nor Legeforen 2019; 139. doi: 10.4045/tidsskr.18.0226. [PubMed][CrossRef]
 2. Brekke IB, Sødal G, Jakobsen A et al. Fibro-muscular renal artery disease treated by extracorporeal vascular reconstruction and renal autotransplantation: short- and long-term results. Eur J Vasc Surg 1992; 6: 471-6. [PubMed][CrossRef]
 3. Brekke IB, Lien B. The Role of Bench Surgery in the Treatment of Renal Artery Stenosis and Aneurysms caused by Fibromuscular Dysplasia. I: Brekke IB, Flatmark A, red. Extracorporeal Renal Surgery and Autotransplantation. Berlin: Springer, 1997. s. 87-99.
-

Publisert: 6. mai 2019. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.19.0272

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