

Behandling av aortaaneurisme – ny eller gammel metode?

Den kirurgiske behandling av abdominalt aortaaneurisme med reseksjon av aneurismet og innsetting av en karprotese er etablert ved kirurgiske avdelinger over hele verden. Dette er en velutprøvd behandlingsmetode. I løpet av de siste ti år er en ny metode introdusert, bruk av endovaskulært stentgraft. Dette er en form for karprotese som føres inn gjennom et snitt i lyskepulsåren, og som så spiles ut inne i aorta på aneurismestedet. Metoden ble etablert ved norske regionsykehus fra 1995. Som argumenter for bruk av denne metoden ble fremhevet bl.a. mindre operasjonstraume, kortere sykehusopphold, lavere kostnader for sykehuset og færre komplikasjoner. I en artikkel utgått fra de involverte sykehusene er det redegjort for de 100 første behandlinger av denne type i Norge (1). En ikke uvesentlig andel av pasientene måtte behandles med sekundære endovaskulære inngrep.

Krohg-Sørensen og medarbeidere redegjør i dette nummer av Tidsskriftet for endovaskulær behandling av abdominale aortaaneurismer ved Rikshospitalet i perioden 1996–2000 (2). De skal ha honnør for å ha presentert en kritisk analyse av egne resultater. På verdensbasis er det til nå utført mange tusen endovaskulære behandlinger av abdominalt aortaaneurisme. I Eurostar, et klinisk-epidemiologisk register basert på innsendte rapporter fra samarbeidende sykehus i Europa, er det inkludert over 3 000 slike tilfeller, men antallet behandlet i Europa er høyere. Eurostar har publisert en risiko for ruptur, behov for kirurgisk konversjon eller risiko for død blant stentgraftbehandlede pasienter på 3 % per år (3).

Pasienter med stentgraft må følges opp med en rekke kliniske kontroller og CT-undersøkelser. Det er ikke publisert randomiserte, kontrollerte multisenterstudier der stentgraftbehandling og åpen kirurgi sammenliknes. Det mangler tilfredsstillende dokumentasjon av lavere dødelighet og færre komplikasjoner ved stentgraftbehandling enn ved åpen kirurgi. Endovaskulær behandling gir karkirurger mindre erfaring med åpen kirurgi. Det er ikke sannsynliggjort noen kostnadmessig gevinst i Norge ved den ene metoden fremfor den andre. Trolig er stentgraftbehandling medisinsk fordelaktig for visse pasienter som er inoperable eller som har stor operasjonsrisiko. Av anatomiske årsaker egner bare om lag halvparten av pasienter med abdominalt aortaaneurisme seg for stentgraft. I noen få tilfeller er stentgraft brukt ved behandling av rumpert aneurisme.

Krohg-Sørensen og medarbeidere viser i sitt materiale fra Rikshospitalet at insidensen av komplikasjoner var stor, og at stentgraftbehandling samlet sett ikke fremstod som noe bedre alternativ enn åpen kirurgi (2). Andre sentre har publisert bedre resultater, men insidensen av sekundære inngrep har vært høy. I en lederartikkel i *British Journal of Surgery* gir Collin & Murie en kritisk analyse av stentgraftbehandling (4). De peker på faren ved at denne behandlingen har fått en slags trendstatus, og understreker behovet for fullstendig og balansert pasientinformasjon om behandlingsoalternativer.

I Norge trådte pasientrettighetsloven i kraft 1.1. 2001. I § 3-1 heter det: «Pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon» (5). Pasienten kan *velge* å medvirke, mens helsepersonell har *plikt* til å gi pasienten muligheten til medvirkning. Denne loven berører i høy grad pasientinformasjonen ved bruk av nye behandlingsmetoder. Pasienten (og i visse tilfeller de pårørende) har rett til å få adekvat informasjon og dermed mulighet til å medvirke i valg av behandling der alternativer foreligger. Også den nye helsepersonelloven har i § 10 bestemmelser om informasjon til pasienten (6). I valget mellom åpen kirurgi og stentgraftbehandling, der dette er aktuelt, må pasienten få informasjon om de to alternativene (7). Risikoen for komplikasjoner, slik disse fremkommer av de siste års publiserte erfaringer, må tas med. Stentgraftbehandling må fortsatt omtales som eksperimentell behandling, og dette må formidles på en forståelig måte til pasienten og eventuelt de pårørende. Ulempene ved åpen kirurgi bør også forklares.

I sin lederartikkel i *British Journal of Surgery* kommer Collin & Murie også inn på den rollen produsentene av stentgraft spiller (4). Det har vært gjort en betydelig innsats fra industrien på dette området – i samarbeid med utøvende leger. Dette samarbeidet har gitt vesentlige erfaringer og kunnskaper til pasientenes beste. Leger må bidra til at relasjonene mellom produsenter av medisinsk og kirurgisk utstyr på den ene siden og leger og helsevesen på den andre blir synlige og avtaleregulert. Det må ikke oppstå tvil om at legers valg av produkter og behandlingsmetoder er uavhengige av om utstyrsindustrien

(eller legemiddelindustrien) har gitt ytelser til forskning og fagmiljøer. I diskusjonen om bruk av stentgraft ved abdominale aortaaneurismer står det ikke bare mellom ulike terapeutiske metoder, men også mellom relativt rimelige karproteser ved åpen kirurgi og dyre implantater og tilleggsutstyr ved stentgraftbehandling.

Er det slik at gunstige resultater publiseres, mens mindre gunstige resultater forblir upublisert? Dette er et viktig spørsmål, for det er en vitenskapelig forpliktelse å bidra til en helhetlig forståelse. Rikshospitalets karkirurgiske og intervensjonsradiologiske miljø markerer seg som kandidat til videre evaluering på nasjonal basis, for eksempel med en randomisert multisenterstudie. Dette vil kreve engasjement, godt samarbeid med utstyrsleverandør, uhildethet og balansert pasientinformasjon (8).

Rolf Hanao

Nevrokirurgisk avdeling
Ullevål universitetssykehus
0407 Oslo

Rolf Hanao (f. 1944) er spesialist i generell kirurgi og karkirurgi. Han er tidligere professor i sosialmedisin ved Universitetet i Tromsø og professor i helseadministrasjon ved Universitetet i Bergen.

Litteratur

1. Lundbom J, Hatlinghus S, Wirsching J, Amundsen S, Staxrud LE, Gjøllberg T et al. Endovascular treatment of abdominal aortic aneurysms in Norway: the first 100 patients. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 1999; 18: 506–9.
2. Krohg-Sørensen K, Rostad H, Geiran OR, Hafsaahl G, Fosse E. Endovaskulær stentgraftbehandling av abdominale aortaaneurismer. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 274–7.
3. Harris P, Vallabhaneni SR, Desgranges P, Becquemin JP, van Marrewijk C, Laheij RJ. Incidence and risk factors of late rupture, conversion, and death after endovascular repair of infrarenal aortic aneurysms: the Eurostar experience. *J Vasc Surg* 2000; 32: 739–49.
4. Collin J, Murie JA. Endovascular treatment of abdominal aortic aneurysm: a failed experiment. *Brit J Surg* 2001; 88: 1281–2.
5. Syse A. Pasientrettighetsloven med kommentarer. Oslo: Gyldendal akademisk, 2001.
6. Befring K, Ohnstad B. Helsepersonelloven med kommentarer. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget, 2001.
7. Hanao R. Karkirurgiske pasienter og pasientrettighetsloven. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 290–2.
8. Gillett G. Ethics of surgical innovation. *Brit J Surg* 2001; 88: 897–8.