

Forekomsten av koronararterieaneurismer er 1,5–4,9 % i angiografimaterialer (9). Den vanligste årsaken er aterosklerose, fulgt av en rekke andre og sjeldnere sykdommer som Kawasaki sykdom, periarteritis nodosa, systemisk lupus erythematosus, syfilis, revmatisk feber og medfødte hjertemisdannelser (10).

Fistler mellom aneurismet og hjertekamrene kan også forekomme. Hvorvidt man skal operere ved koronararterieaneurismer, er avhengig av størrelse, risiko for ruptur, tilstedeværelse av stenoser i koronararterien og eventuelle fistler mellom aneurismet og et av hjertekamrene. Operativ behandling består av reseksjon av aneurismet og koro-

nar bypass av den aktuelle koronararterien. Det finnes ingen konsensus om den medikamentelle behandlingen, men acetylsalisylsyre eller warfarin kan være aktuelle alternativer.

Litteratur

1. Reynen K. Frequency of primary tumors of the heart. *Am J Cardiol* 1996; 77: 107.
2. van der Salm TJ. Unusual primary tumors of the heart. *Semin Thorac Cardiovasc Surg* 2000; 12: 89–100.
3. Baksaas ST, Geiran OR, Svennevig JL. Svulster i hjertet. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 2391–3.
4. Basso C, Valente M, Poletti A et al. Surgical pathology of primary cardiac and pericardial tumors. *Eur J Cardiothorac Surg* 1997; 12: 730–7.
5. Siripornpitak S, Higgins CB. Mri of primary malignant cardiovascular tumors. *J Comput Assist Tomogr* 1997; 21: 462–6.
6. Egeblad H, Andersen K, Hartiala J et al. Role of echocardiography in systemic arterial embolism. A review with recommendations. *Scand Cardiovasc J* 1998; 32: 323–42.
7. Chakrabarti S, Thomas E, Wright JG et al. Congenital coronary artery dilatation. *Heart* 2003; 89: 595–6.
8. Syed M, Lesch M. Coronary artery aneurysm: a review. *Prog Cardiovasc Dis* 1997; 40: 77–84.
9. Shrivastava V, Akowuah E, Cooper GJ. Coronary artery aneurysm with a fistulous connection to the right atrium mimicking a sinus of valsalva aneurysm. *Heart* 2003; 89: e4.
10. Fernandes ED, Kadivar H, Hallman GL et al. Congenital malformations of the coronary arteries: the Texas heart institute experience. *Ann Thorac Surg* 1992; 54: 732–40.

Kommentar

Aneurismer i koronararteriene

Koronararterieaneurismer er sjeldne, men forekommer likevel oftere enn primære hjertesvulster (1, 2). Siden bruken av angiografiske metoder og moderne bilde-diagnostikk øker i omfang og pasienter lever lenger med koronarsykdom enn før, vil man sannsynligvis diagnostisere denne tilstanden oftere i fremtiden. Koronararterieaneurismer dannes på bakgrunn av ødeleggelse av media, redusert veggtykkelse, økt veggstress og dermed progredierende dilatasjon av arterieveggen (1, 2). I om lag halvparten av tilfellene skyldes slike forandringer aterosklerose. Andre inflammatoriske prosesser kan affisere arterieveggen direkte, f.eks. Kawasaki sykdom, Takayasu sykdom, systemisk lupus erythematosus og andre bindevevssykdommer. Direkte traumer under koronar angiografi eller bypassoperasjon samt kongenitale anomalier er mer sjeldne årsaker (2). Det dannes ofte tromber og hematomer inne i selve aneurismet, slik at dette øker i størrelse og kan presentere seg som en intrakardial tumor, med de differensialdiagnostiske problemer dette kan medføre. En slik situasjon er godt illustrert hos pasienten fra Akershus universitetssykehus. Hun hadde dyspné som hovedsymptom, mens andre tilfeller kan presentere seg som angina pectoris eller hjerteinfarkt. Aneurismene kan i mer sjeldne tilfeller rumpere, og dette kan få katastrofale konsekvenser i form av plutselig død.

Siden dette er en sjelden tilstand der symptomer og naturlig forløp ikke har vært kjent, har det heller ikke vært noen klar konsensus om behandlingen. Når det samtidig foreligger koronarstenose, er det enighet om at det bør gjøres bypass-

kirurgi. Hos pasienter uten signifikante stenoser har antikoagulasjonsbehandling vært anvendt (3). Med tanke på risiko for embolisering, men også risiko ved langtidsbruk av antikoagulasjonsmidler, bør man vurdere en mer definitiv behandling i form av kirurgi. Fjerning av aneurismet kombinert med koronar bypass, slik det ble gjort hos pasienten fra Akershus universitetssykehus, vil nok være det mest aktuelle inngrepet. Det er også publisert noen artikler, først og fremst kasuistikker, der perkutan teknikk med innleggelse av stent er omtalt (4).

Det har ikke vært påvist sammenheng mellom tradisjonelle risikofaktorer og prognose ved koronararterieaneurismer, men kun mindre pasientserier har vært omtalt. Imidlertid er det nylig publisert en interessant studie av mer enn 32 000 pasienter som ble angiografert over en åtteårsperiode (5). 276 av disse (0,9 %) hadde koronararterieaneurismer. De risikofaktorene man undersøkte var kjønn, alder, hypertensjon, kjent koronarsykdom, røyking, hyperlipidemi og diabetes mellitus. Det var ingen sammenheng mellom aneurismestørrelse og risikofaktorer. De eneste signifikante risikofaktorene for koronararterieaneurismer var hyperlipidemi og mannlig kjønn. Totalmortaliteten var den samme hos dem som hadde aneurismer uten koronarstenoser som hos dem med aneurismer i kombinasjon med stenoser, og denne mortaliteten var høy, hele 29 % etter fem år. Det er tankevekkende at mortaliteten for pasienter med kombinerte aneurismer og stenoser er den samme som den man fant i CASS-studien (Coronary Artery Surgery Study) for 20

år siden (6). Man skulle tro at det ville vært en bedring i overlevelse i løpet av disse 20 årene siden det nå er en mye mer aggressiv og avansert terapi som anvendes. Forfatterne konkluderer med at alle pasienter som har koronararterieaneurismer, bør gjennomgå aggressiv behandling for å modifisere risikofaktorer, uavhengig om det foreligger koronarstenoser eller ikke.

Marie Stugaard

stugaa@online.no
Medisinsk klinikk
Aker universitetssykehus
0514 Oslo

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Gottesfeld S, Makaryus AN, Singh B et al. Thrombosed right coronary artery aneurysm presenting as a myocardial mass. *J Am Soc Echocardiogr* 2004; 17: 1319–22.
2. Anfinson O-G, Aaberge L, Geiran O et al. Coronary artery aneurysms mimicking cardiac tumor. *Eur J Echocardiogr* 2004; 5: 308–12.
3. Pineda GE, Khanal S, Mandavath M et al. Large atherosclerotic left main coronary aneurysm – a case report and review of the literature. *Angiology* 2001; 52: 501–4.
4. Briguori C, Sarais G, Sivieri G et al. Polytetrafluoroethylene-covered stent and coronary artery aneurysms. *Catheter Cardiovasc Interv* 2002; 55: 326–30.
5. Baman TS, Cole JH, Devireddy ACM et al. Risk factors and outcomes in patients with coronary artery aneurysms. *Am J Cardiol* 2004; 93: 1549–51.
6. Sway PS, Fisher LD, Litwin P et al. Aneurysmal coronary artery disease. *Circulation* 1983; 67: 134–8.