

behandling anbefales på grunn av signifikant rupturfare og høy mortalitet.

**Karsten Myhre\***

karsten.myhre@akersykehus.no

**Rune Eggum**

**Bjørn Lie**

Seksjon for karkirurgi  
Kirurgisk avdeling

**Hege Iveland**

Radiologisk avdeling

Sykehuset Buskerud  
3004 Drammen

\* Nåværende adresse:  
Karkirurgisk avdeling  
Aker universitetssykehus  
0514 Oslo

Takk til kollega Ole Christian Olsen for hjelp med figurer.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

**Litteratur**

1. Ascher E, Hollier LH, Strandness DE et al. Haimovici's vascular surgery. 5 utg. New York, NY: Wiley-Blackwell, 2003.

2. Grego FG, Lepidi S, Ragazzi R et al. Visceral artery aneurysms: a single center experience. Cardiovasc Surg 2003; 11: 19–25.
3. Eggum R, Skrede O, Lie B. Rumpert aneurisme i miltarterien under svangerskap – en kasuistikk. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 1884.
4. Carr SC, Mahvi DM, Hoch JR et al. Visceral artery aneurysm rupture. J Vasc Surg 2001; 33: 806–11.
5. Chiesa R, Astore D, Guzzo G et al. Visceral artery aneurysms. Ann Vasc Surg 2005; 19: 42–8.
6. Saltzberg SS, Maldonado TS, Lamparello PJ et al. Is endovascular therapy the preferred treatment for all visceral artery aneurysms? Ann Vasc Surg 2005; 19: 507–15.

Manuskriptet ble mottatt 21.9. 2006 og godkjent 6.2. 2008. Medisinsk redaktør Odd Terje Brustugun.

## Kommentar

# Kirurgi på viscerale arterier

Viscerale arterielle aneurismer forekommer sjeldent. De vanligste lokalisasjoner er i miltarterien (60 %) og i leverarterien (20 %). Aneurismer i leverarterien kan forekomme i alle segmenter av arterien, også intrahepatisk. Tidligere ble de fleste viscerale aneurismer oppdaget i forbindelse med komplikasjoner, enten ruptur eller kompresjon av nærliggende organer. Med utstrakt bruk av ultralyd og CT identifiseres stadig flere asymptomatiske aneurismer.

Behandlingen av viscerale aneurismer kan bestå i observasjon, kirurgisk behandling med ligatur eller en form for eliminering av aneurismet der sirkulasjonen bibeholdes, eller endovaskulær behandling med enten coiling med okklusjon av arterien eller implantasjon av stentgraft med bevart sirkulasjon. Det finnes fortsatt ingen god dokumentasjon angående indikasjon for kirurgisk intervensjon eller hvilken metode som bør benyttes i de forskjellige situasjoner (1)

I denne kasuistikken omtaler Myhre og medarbeidere symptomer, utredning og behandling av en 78 år gammel kvinne med et tobuklet aneurisme i arteria hepatica med største diameter 3,2 cm. Pasienten hadde hatt langvarige smerter i øvre høyre del av abdomen, med forverring som medførte akutt innleggelse i sykehus. Aneurismet ble

identifisert ved ultralyd og deretter ytterligere kartlagt med både CT og digital subtraksjonsangiografi. Aneurismet lå like distalt for avgangen av arteria gastroduodenalis. Den proksimale delen var åpen, og denne delen av aneurismet var beskrevet som et ekte aneurisme, der samtlige vegglag var involvert. Den distale tromboserte bukkelen ble oppfattet som tilstanden etter en tidligere ruptur, og dette ble oppfattet som årsaken til pasientens symptomer.

Man valgte i dette tilfellet å rafe aneurismet, en metode som beskrives som akseptabel, men som ikke alltid eliminerer muligheten for ruptur. Begrunnelsen for dette valget var et ønske om å bevare sirkulasjonen i a. gastroduodenalis. Kollateralsirkulasjonen mellom truncus coeliacus og arteria mesenterica superior er imidlertid meget godt utviklet, slik at dette hensynet er det egentlig ikke nødvendig å ta. Ettersom a. hepatica var tett distalt for aneurismet, ville det således ikke innebære noen risiko å okkludere tilførende og fraførende arterier og på den måten ekskludere aneurismet komplett. Som forfatterne også er inne på, kunne endovaskulær behandling vært et godt alternativ i dette tilfellet (2, 3).

I artikkelen anbeføres digital subtraksjonsangiografi som gullstandard for kartlegging

av viscerale aneurismer. Den aktuelle kasuistikken viser vel at dette kanskje ikke lenger er gyldig, idet denne kartleggingen ikke fremstilte den distale delen av aneurismet. En moderne dynamisk CT-undersøkelse gir således en bedre kartlegging og man unngår det arterielle innstikk som digital subtraksjonsangiografi krever. Det kan således faktisk diskuteres om det forelå behov for undersøkelse med digital subtraksjonsangiografi av denne pasienten.

**Steinar Aune**

steinar.aune@helse-bergen.no

Kirurgisk avdeling  
Haukeland Universitetssykehus  
5021 Bergen

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

**Litteratur**

1. Upchurch GR, Zelenock GB, Stanley JC. Splanchnic artery aneurysms. I: Rutherford RB, red. Vascular surgery. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders, 2005: 1565–80.
2. Berceli SA. Hepatic and splenic artery aneurysms. Semin Vasc Surg 2005; 18: 196–201.
3. Pasha SF, Gloviczki P, Stanson AW et al. Splanchnic artery aneurysms. Mayo Clin Proc 2007; 82: 472–9.

Manuskriptet ble mottatt 26.3. 2008 og godkjent 8.7. 2008. Medisinsk redaktør Odd Terje Brustugun.