
Behandling av aortaaneurismer med endovaskulære stentgraft

REDAKSJONELT

KROHG-SØRENSEN K

Den teknologiske utvikling innen intervensjonsradiologi har medført store endringer i behandlingen av hjerte- og karsykdommer. Ved okklusiv sykdom i koronarkar og perifere kar behandles nå bortimot halvparten av pasientene med ballongdilatasjon og ev. stent. De siste fem år har også et økende antall pasienter med aneurismer fått behandling med stent dekket med en karprotese (stentgraft). Regionsykehuset i Trondheim er blant de ledende i Skandinavia når det gjelder endovaskulær behandling av abdominale aortaaneurismer, og det er ikke overraskende at den første rapporten fra Norge om stentgraftbehandling av torakale aneurismer kommer fra dette sykehuset (1).

I Norge er det nå over 100 pasienter som har fått endovaskulær behandling for abdominale aneurismer, og behandlingstilbys ved alle våre universitetssykehus. Observasjonstiden er kort, og langtidsresultatet ennå ukjent. Ett av problemene med metoden er at en del pasienter (5-50%) får lekkasje av blod på utsiden av stentgraftet og ut i aneurismesekken (endoleak). Dette kan være til stede primært, fordi man ikke oppnår fullstendig tetning, eller oppstår senere i det postoperative forløp fordi stentgraftet glir, eller kanskje fordi aorta fortsetter å dilateres. En slik lekkasje kan i verste fall bety fortsatt rupturrisiko, og aneurismeruptur har vært beskrevet i slike situasjoner (2). Ofte kan lekkasjen behandles med nye intervensjonsradiologiske prosedyrer, men noen ganger er kirurgisk behandling den beste løsningen. Pasienter med stentgraft i aorta må ha langvarig oppfølging med CT-undersøkelser 1-2 ganger i året, som foruten å være belastende for pasienten også er kostnadskreven. Sammen med høy pris på selve stentgraftet, gjør dette at metoden neppe er billigere enn konvensjonell kirurgisk behandling, selv med kortere liggetid både i intensivavdelingen og totalt i sykehuset. Selv om man antar at peri- og postoperativ letalitet ved endovaskulærbehandling er lavere enn ved konvensjonell operasjon, er dette ikke dokumentert. Ved moderne kirurgisk behandling av abdominale aortaaneurismer er letaliteten ved elektiv kirurgi angitt til 0,9-5% (3). Det vil bli vanskelig å dokumentere lavere letalitet.

Dette stiller seg annerledes med torakale aneurismer. Her er morbiditet og letalitet ved kirurgisk behandling høyere enn ved abdominale aneurismer (4). Særlig er ryggmargsiskemi og paraplegi en fryktet komplikasjon. Letaliteten i ulikematerialer er 5-20% ved elektiv operasjon (4). I tillegg er prognosen ved ubehandlet aneurisme alvorligere for torakale enn for abdominale aneurismer, og letaliteten ved ruptur høyere. Potensielt er det her mer å hente når det gjelder reduksjon av morbiditet og letalitet dersom stentgraftmetoden innfrir forventningene.

Det ledende senter i verden for stentgraftbehandling av torakale aneurismer er Stanford University School of Medicine i California (4). De rapporterte i november 1997 (foredrag og abstrakt ved 24th Annual symposium of current critical problems in vascular and endovascular surgery, Montefiore Medical Center, New York) 120 behandlede pasienter med 8% letalitet, 3% paraplegi, og 3% slag. Dette er gode resultater, men forfatterne understreker at nøye seleksjon av pasientene er avgjørende. I Trondheim har man, som ved Stanford, brukt stentgraft hvor man selv syr en karprotese fast i en metallstent, og skyver dette inn gjennom en innføringshylse. Det kommer nå på markedet ferdiglagede stentgraft som ligger pakket i egne innføringshylser, på samme måte som for abdominale aneurismer.

Stentgraftbehandling av torakale aneurismer er introdusert i de fleste europeiske land. Behandlingen utføres isykehus hvor man har stor intervensjonsradiologisk erfaring, inkludert erfaring med stentgraftbehandling av abdominale aneurismer. For å ta hånd om mulige komplikasjoner, må man også ha kirurgisk og anestesilogisk ekspertise, inkludert mulighet for ekstrakorporeal sirkulasjon (4). Hvorvidt lekkasje på utsiden av stentgraftet (endoleak) kommer til å representere et tilsvarende problem ved stentgraft i thorax som i lumbalaorta, er for tidlig å si. Det er også uavklart hvilken grad man kan tillate seg å dekke interkostalarterie-avganger med stentgraftet uten å risikere neurologiske sekveler.

Endovaskulær behandling av aneurismer er en metode som er i rask utvikling. Derfor er det vanskelig å gjennomføre randomiserte studier for å dokumentere langtidsresultater. I denne situasjonen har vi som leger et ansvar for å styre utviklingen. Vi er avhengige av et godt samarbeid med industrien, men skal ikke styres av industrien. Vi må gi nøktern informasjon til pasienter som kan ha urealistiske forventninger til nye metoder, ofte basert på ukritiske presseoppslag.

For at erfaringer, resultater og problemer raskt skal kunne deles med kolleger, er det opprettet et sentraleuropeisk register for endovaskulær behandling av aortaaneurismer (Eurostar). Åpenhet mellom kolleger om egne erfaringer er viktig, og også her har Regionsykehuset i Trondheim gått foran. De har vist at et nært samarbeid mellom kirurger og intervensjonsradiologer har gitt gode resultater, og de har helt fra starten delt sine erfaringer, bl.a. ved å besøke andre som har ønsket å innføre metoden.

Potensielt kan endovaskulær teknikk bedre resultatene ved behandling av aortaaneurismer, og det er spennende å følge videre utvikling av metoden.

Kirsten Krohg-Sørensen

LITTERATUR

1. Lundbom J, Sæther OD, Myhre HO, Hatlinghus S, Aadahl P. Endovaskulær behandling av torakale aortaaneurismer. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 1850-2.

2. Matsumura JS, Pearce WH, McCarthy WJ, Yao JST, for the EVT Investigators. Reduction in aortic aneurysm size: early results after endovascular graft placement. J Vasc Surg 1997; 25: 113-23.
 3. Hollier LH, Wisselink W. Abdominal aortic aneurysm. I: Haimovici H, red. Vascular surgery. Cambridge, MA: Blackwell Science, 1996: 797-827.
 4. Mitchell RS, Dake MD, Semba CP, Fogarty TJ, Zarins CK, Liddell RP et al. Endovascular stent-graft repair of thoracic aortic aneurysms. J Thorac Cardiovasc Surg 1996; 111: 1054-62.
-

Publisert: 10. mai 1998. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 9. september 2026.