

Ny behandling af rumperet aortaaneurisme

Dansk Karkirurgisk Selskab

Ledende overlæge Henrik H. Sillesen & overlæge Martin Malina

Rumperet abdominalt aortaaneurisme (RAAA) medfører døden hos flertallet, og selv hos dem, der bliver akut opereret, er 30-dages-mortaliteten 40-50% [1]. Denne høje dødelighed skyldes først og fremmest følgetilstande til det blødnings-shock, som oftest ses i forbindelse med RAAA, eller til det store operative traume. Kun en lille del dør under selve indgrebet. Der er typisk tale om kardiale, renale og/eller pulmonale komplikationer, der bidrager signifikant til dødeligheden. Hertil kommer, at aneurismesygdommen er nært relateret til aterosklerose og kronisk obstruktiv lungesygdom, hvorfor morbiditeten forud for rupturen i forvejen er høj.

Et mindre invasivt indgreb er derfor ønskeligt, såfremt det kan udføres akut med en lav intraoperativ dødelighed. Endovaskulær behandling, *endovascular aneurysm repair* (EVAR) med indsættelse af indvendig protese fikseret med stent har potentialet.

EVAR har i de seneste år været genstand for flere randomiserede undersøgelser og er fundet at være et alternativ til åben kirurgi ved elektiv aneurismebehandling inden for en horisont på 3-4 år. Metoden tilbydes derfor ofte til ældre patienter eller patienter, hos hvem der er øget risiko ved abdominal operation. EVAR har også været afprøvet hos patienter med svær komorbiditet, men hos dem havde metoden ingen fordel frem for konservativ behandling, idet den spontane dødelighed under alle omstændigheder er høj hos patienter med medicinske lidelser.

Metoden synes også at være attraktiv til RAAA. Det operative traume er langt mindre, og man kunne derfor forvente, at komplikationer, der ses efter åben kirurgi, undgås eller reduceres i antal eller sværhedsgrad. Akut EVAR-behandling forudsætter adækvat logistik med umiddelbar adgang til en kompetent operatør, en anvendelig protese, avanceret billed-

diagnostik m.m. En sådan organisation findes i dag kun på få sygehuse.

Inden for de seneste år er der publiceret mindre serier om erfaringer med EVAR ved RAAA, dog endnu ingen randomiserede undersøgelser. I en prospektiv, *intention to treat*-EVAR-protokol var dødeligheden ved akut EVAR for RAAA på 31%, hvorimod den var på 50% i en gruppe, der var blevet opereret konventionelt i en periode to år før nærværende protokol blev påbegyndt [2]. Blodtabet var signifikant mindre i EVAR-gruppen, der også havde behov for færre transfusioner. Fra andre undersøgelser har man rapporteret om lignende resultater eller fundet, at der var samme dødelighed med EVAR som med åben kirurgi. Behovet for intensiv terapi rapporteres desuden at være mindre efter EVAR end efter åben kirurgi. Sikre konklusioner kan dog ikke drages på baggrund af disse ikkekontrollerede og selekterede patientserier.

Da man kun på få sygehuse råder over det komplekse *set up*, som akut EVAR forudsætter, behandles patienter i kredsløbssjok fortrinsvis med åben kirurgi, og de stabile vælges til EVAR. Anatomiske forhold sætter i dag begrænsninger for EVAR: diameteren af den proksimale aorta og af iliaca karrene samt obstruerede eller meget slyngede iliaca kar kan umuliggøre EVAR mv. Flere af disse forhold kan også have en negativ indflydelse på resultatet af åben kirurgi og dermed bidrage til selektionsbias. På den anden side bliver patienter, der ikke er kandidater til åben kirurgi pga. svær komorbiditet indimellem behandlet med den mere skånsomme EVAR, hvilket kan påvirke denne metodes resultater negativt.

Akut EVAR til RAAA tilbydes i dag ikke i Danmark, men er under etablering på Rigshospitalet, hvor man i forvejen tilbyder EVAR til elektive patienter. Potentialet er imidlertid stort, når det påtænkes, at dødeligheden ved åben kirurgi stort set ikke har ændret sig i de seneste ti år på trods af betydelige medicinske fremskridt generelt. Selv en relativt beskedne 25%'s reduktion i dødeligheden vil være ensbetydende med en 10%'s absolut risikoreduktion og vil være et klart fremskridt.

Korrespondance: Henrik H. Sillesen, Karkirurgisk Klinik RK, Abdominalcentret, H:S Rigshospitalet, DK-2100 København Ø. E-mail: henrik.sillesen@rh.dk

Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. www.karbase.dk /jan 2006.
2. Peppelenbosch N, Yilmaz N, van Marrevijk C et al. Emergency treatment of acute symptomatic or ruptured abdominal aortic aneurysm. Eur J Vasc Endovasc Surg 2004;27:450-1.



Operationsfeltet ved henholdsvis åben kirurgi (til venstre) og ved endovaskulær behandling (EVAR) (til højre, visende punkturstedet i lysken).