

# Pulmonal arterieobstruktion som følge af akut type A-aortadissektion

Helene Gudmann Steuble Brandt<sup>1</sup> & Erik Gudmann Steuble Brandt<sup>2</sup>

## KASUISTIK

1) Anæstesiologisk Afdeling, Glostrup Hospital

2) Radiologisk Afdeling, Hvidovre Hospital

Ugeskr Læger  
2016;178:V05160381

Akut aortadissektion inddeles i henholdsvis Stanford type A og type B, alt efter om aorta ascendens/arcus aortae er involveret eller ej. Lidelsen forekommer hyppigst hos mænd med hypertension. Velkendte komplikationer er aortaruptur til pleura eller perikardiet, aortainsufficiens, lokal arterieinsufficiens og torakalt aortaaneurisme [1]. Ved ubehandlet type A-dissektion er mortaliteten ca. 2% pr. time i de første 24 timer og ca. 75% efter to uger [2]. En sjældent beskrevet komplikation i forbindelse med akut type A-dissektion er mediastinalt hæmatom med obstruktion af de pulmonale arterier; en komplikation, der som regel har fatal udgang [3-5].

## SYGGEHISTORIE

En 55-årig mand, der var tidligere rask fraset velbehandlet hypertension, blev akut indlagt på grund af vejrtrækningsbesvær og smerter i brystet, der var opstået i forbindelse med coitus. Han var kortvarigt synkoperet. Ved ankomsten var han vågen, klar og orienteret. Smerterne i brystet var aftaget, men han var udtalt dyspnøisk. Han saturerede 88-92% på 15 liter ilt på maske med reservoir. Det systoliske blodtryk lå stabilt omkring 100 mmHg. Et ekg viste sinustakykardi på 100 uden ST-forandringer. Hjerter- og lungestetoskopi viste normale forhold. Abdomen var blødt og uømt. Arterieblodgasanalyse viste lavt ilttryk og lavt partialtryk af kuldioxid, laktatniveaue var normalt, hæmoglobinniveaue var 6,5 mmol/l, og D-dimerniveaue var over 20 mg/l. På baggrund af ovenstående havde man mistanke om lungeemboli, og patienten blev kørt til akut CT af thorax. Denne viste en Stanford type A-aortadissektion med involvering af både aorta ascendens og aorta descendens. Der var til-

lige et stort mediastinalt hæmatom og igangværende blødning, som obstruerede de centrale lungearterier. Der var ingen lungeembolier. Patienten blev opereret på Thoraxkirurgisk Afdeling på Rigshospitalet. Peroperativt var der en større blødning. Han blev udskrevet efter 36 dage i sin habitualltilstand fraset lettere kognitive deficit.

## DISKUSSION

Den svære dyspnø, som dominerede det kliniske billede hos patienten i sygehistorien, er atypisk for aortadissektion. Fraset brystmerter, som svandt, var der ingen andre klassiske tegn på aortadissektion. D-dimerniveaue var forhøjet, men dette ses også ved lungeemboli. Mediastinalt hæmatom med pulmonal arteriel obstruktion ved akut type A-aortadissektion er en sjælden komplikation. Årsagen til, at det kan forekomme, er, at en del af aorta ascendens og truncus pulmonalis deler adventitia, hvorfor dissektionen i sjældne tilfælde kan fortsætte ud i mediastinum. På grund af det relativt lave tryk kan hæmatomet komprimere karrene i det pulmonale arterielle kredsløb [3, 4]. Klinisk viser dette sig ved respiratorisk svigt, som kan mistolkes som akut lungeemboli. 85% af alle tilfælde af akut aortadissektion starter med akut indsættende brystmerter, hvilket bør rejse mistanke om denne diagnose. Akut indsættende brystmerter er derimod atypiske for lungeemboli. Rettidig og korrekt billeddiagnostik er essentiel, da mortaliteten ved denne sjældne komplikation er ekstremt høj og tidsafhængig [1-5], og da trombolytisk behandling er kontraindiceret. Svær dyspnø og brystmerter, hvor en kardial årsag er usandsynlig, bør medføre akut diagnostisk CT på mistanke om aortadissektion.

**KORRESPONDANCE:** Helene Gudmann Steuble Brandt.  
E-mail: helenegudmann@hotmail.com

**ANTAGET:** 16. august 2016

**INTERESSEKONFLIKTER:** Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

## LITTERATUR

1. Khan IA, Nair CK. Clinical, diagnostic, and management perspectives of aortic dissection. *Chest* 2002;122:311-28.
2. Dansk Cardiologisk Selskab. Aortadissektion. [www.cardio.dk](http://www.cardio.dk) (15. jun 2016).
3. Masuo M, Takano H, Takamoto S et al. Pulmonary artery obstruction caused by thoracic aortic dissection: a case with unique pathological findings. *Circ J* 2004;68:392-5.
4. Rau AN, Glass MN, Waller BF et al. Right pulmonary artery occlusion secondary to a dissecting aortic aneurysm. *Clin Cardiol* 1995;18:178-80.
5. Inoue Y, Takahashi R, Kashima I et al. Mediastinal hematoma: another lethal sign of aortic dissection. *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2009;8:275-6.

## FIGUR 1

CT efter lungeemboli-protokol. Aksialsnit i niveau med højre pulmonalarterie. 1. Falsk lumen i type A-aortadissektion med aktiv blødning til mediastinum. 2. Sandt lumen af aorta ascendens. 3. Truncus pulmonalis. 4. Arteria pulmonalis dexter. 5. Mediastinalt hæmatom.

