

AAA Guidelines – Information for Patients – Norwegian

11.2. Informasjon til pasienter

Denne informasjonen er utarbeidet av ESVS (Europeiske karkirurgiske forening). For å gi veiledning til helsepersonell som jobber med pasienter med AAA (abdominalt aortaaneurisme), utgir ESVS retningslinjer og anbefalinger. ESVS' retningslinjekomiteé for AAA har laget et fullstendig sett med retningslinjer for fagpersoner, som utgjør hoveddelen av dette dokumentet.

Neste del av dokumentet inneholder den samme informasjonen, men i et enklere språk, ment for ikke-eksperter med sikte på å gi nøytral informasjon til pasienter, pårørende og omsorgspersoner, slik at felles beslutninger lettere kan tas.

Detaljer om hvordan denne informasjonen er utviklet, og hvor sterk dokumentasjonen er for hvert punkt, er gitt på slutten av denne seksjonen. Der det finnes meget god kunnskap for håndtering av personer med AAA, er dette inkludert.

Hva er et abdominalt aortaaneurisme?

Et abdominalt aortaaneurisme er en utvidelse av hovedpulsåren (aorta) der den går gjennom magen og forsyner beina med blod (Fig. 14A). Slike aneurismer er svært sjeldne før fylte 60 år. De er vanligere hos folk med røykehistorie (nåværende eller tidligere røykere) enn hos de som aldri har røyket, og vanligere hos menn enn kvinner. En liten andel av pasientene kan ha en genetisk årsak.

De fleste aneurismer gir ingen plager, og pasienter merker som regel ingenting før de blir oppdaget under en screening, andre medisinske undersøkelser, eller om aneurismet sprekker.

Hvordan diagnostiseres et abdominalt aortaaneurisme?

Av og til oppdager leger en utposning ved bukpulsåren (AAA) ved palpasjon av magen, men dette er lite pålitelig. En mye bedre måte er med ultralyd av magen, som er enkelt, raskt og uten stråling. I de fleste tilfeller blir aneurismet oppdaget tilfeldig via screening, ultralyd eller annen bildeundersøkelse utført av andre årsaker.

Hva med screening for AAA?

Ultralyd-screening i risikogrupper reduserer dødeligheten ved ruptur siden aneurismet kan repareres før det sprekker. Dette fører til flere planlagte operasjoner, men sparer liv og er kostnadseffektivt sammenlignet med behandling av sprukne AAA-er. Screening er kostnadseffektivt hos menn ≥ 65 år, men det finnes foreløpig lite informasjon om fordeler for kvinner i høyrisikogrupper.

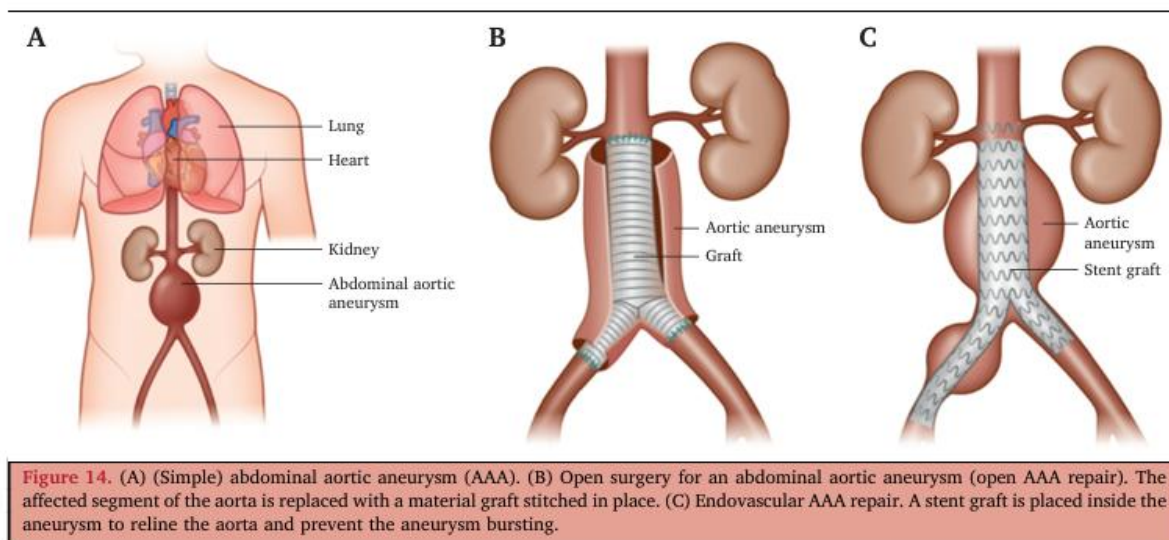
Vi anbefaler at alle med høy risiko får ett ultralyd-screeningstilbud én gang.

Figur 14

(A) Enkelt abdominalt aortaaneurisme (AAA).

(B) Åpen kirurgi: Aneurismesegmentet byttes ut med en graft sydd på plass (Fig. 14B).

(C) Endovaskulær reparasjon (EVAR): Stentgraft føres inn gjennom lyskepulsåren under angiografisk kontroll (Fig. 14C).



Hvem bør screenes? (DET ER ENNÅ IKKE BESTEMT HVORDAN DETTE SKAL GJØRES I NORGE)

Risikogrupper som bør tilbys screening:

- Menn ≥ 65 år.
- Menn og kvinner med nære familiemedlemmer med aneurisme i største arterie (abdomen eller annen).

Hva skjer om jeg får diagnosen abdominalt aortaaneurisme?

Du får beskjed om aneurismet er lite (30–54 mm) eller stort (≥ 55 mm). Størrelsen måles med ultralyd. Alternative bildemetoder gir vanligvis litt større målinger, men ultralydmål er avgjørende for å bestemme når aneurismet må behandles.

Så lenge aneurismet er lite, er det svært lite sannsynlig at den forårsaker problemer. Du bør følges opp med jevnlig ultralydkontroll i henhold til retningslinjer ved ditt lokale sykehus. Det vanlige er hvert 3.år hos de under 40mm, årlig hos de med aneurisme fra 40-49mm, deretter hvert halvår inntil 55mm.

Hva er risikoen for at aneurismet sprekker?

- 30 mm AAA: årlig rupturrisiko ca. 1 av 2000 (0,005 %) hos menn, 1 av 500 (0,02 %) hos kvinner.
- 50 mm AAA: ca. 1 av 150 (0,66 %) hos menn, 1 av 30 (3,3 %) hos kvinner.
Risikoen øker betraktelig over 55 mm. For større aneurismer vurderes kirurgi som tryggere enn å vente. For aneurismer 55–70 mm er årlig rupturrisiko opptil 10 %, og for større varierende opp mot 30 %.

Hva kan jeg gjøre for å bremse veksten?

Ingen medikamenter, kosthold eller trening stopper veksten av AAA, men røyking øker veksthastigheten. Å slutte å røyke bidrar til å redusere risikoen for rask vekst.

Påvirker AAA andre organer eller helsetilstanden generelt?

AAA kan være en markør for sykdom i andre blodårer, særlig kransårene i hjertet. De samme faktorene som fører til aneurisme—som røyking—påvirker generell karhelse. Leger kan anbefale fysisk aktivitet og oppstart av kolesterolsenkende behandling (statin) for å redusere risikoen for hjerteinfarkt eller slag, i tillegg anbefales det å bruke platehemmers som albyl e eller liknende. Trening er ikke kontraindisert og anbefales.

Hva skjer om aneurismet vokser?

Dersom aneurismet øker til ≥ 55 mm hos menn, og >50 mm hos kvinner, bør pasienten henvises til karkirurg. Hos kvinner vurderes kirurgi gjerne tidligere, siden de har høyere rupturrisiko ved mindre aneurismer. I enkelte land kan det foreligge kjøreforbud ved store AAA—sjekk lokale førerkortregler (gjelder ikke i Norge for privatkjøring).

Hva skjer om jeg blir henvist til karkirurg?

Formålet er å vurdere nytteverdi av kirurgi basert på pasientens alder og helsestatus. Ved vurdering av operasjon gjøres CT-angiografi med kontrast (CTA) for å kartlegge aneurismet og arterienes anatomi. CT gir detaljert informasjon som ultralyd ikke gir, men innebærer noe stråling.

Kirurgiske alternativer

1. Åpen operasjon
 - Stort snitt i magen, hovedpulsåren nedenfor nyrearteriene avklemmes, aneurismet byttes ut med kunstgraft.

European Society for Vascular Surgery
275 boulevard Albert 1er, 33130 Bègles, France
www.esvs.org

Company limited by guarantee incorporated in England, Company No. 04524120, Charity Registration No. 1093753
Registered Office at: 18 Saxon Way, Romsey, SO51 5PT, United Kingdom

- Risiko for død: menn 3,4 % (1 av 29), kvinner høyere (5,6 %, 1 av 18), i Norge er denne risikoen langt lavere, 1.7%

2. Endovaskulær operasjon (EVAR)

- Små snitt i lysken, stentgraft settes inn under røntgenveiledning.
- Risiko for død: menn 0,7 % (1 av 140), kvinner 2,2 % (1 av 45).
- 70–80 % kan behandles med EVAR.
- Beslutning om operasjonsmetode tas i samråd med karkirurg, og pasientens preferanser vil også bli ivarettatt i en slik vurdering.

Fordeler og ulemper:

	Endovaskulær (EVAR)	Åpen kirurgi
Fordeler	Mindre snitt, lokalbedøvelse, kortere sykehusopphold, raskere restitusjon, lavere operasjonsrisiko	Mindre behov for senere revisjoner, lavere stråleeksponering, færre etterkontroller, mulig best langtidsresultat
Ulemper	Krever tett overvåking, økt stråling, høyere risiko for nye operasjoner	Stort snitt, full narkose, lengre sykehusopphold, langsommere restitusjon, fem ganger høyere operasjonsdødelighet

Livskvalitet ett år og tre år etter operasjon er lik for begge metoder, og det er heller ingen forskjell i overlevelse etter tre år.

Hva om jeg ikke er egnet for kirurgi?

Pasienter med alvorlig annen sykdom kan ha høyere operasjonsrisiko enn rupturrisiko. I slike tilfeller utsettes kirurgi til aneurismet vokser, eller kirurgi anbefales ikke. Det finnes lite kunnskap for hva som er beste oppfølging for de som ikke opereres, men røykeslutt anbefales sterkt.

Gjennomsnittlig dødelighetsrisiko ved operasjon for uegnede pasienter er ca. 7 % (1 av 14), men dette varierer individuelt og beslutning tas i samråd med kirurg og anestesilege.

Hva skjer hvis aneurismet sprekker?

Ruptur i AAA er livstruende. Symptomer er plutselig sterke magesmerter, ryggsmarter eller besvimelse. Ring 113 umiddelbart, og informer om at du har et kjent AAA.

Mange dør før ankomst til sykehus. Ved akutt operasjon er risikoen høy—omtrent 1 av 3 overlever ikke kirurgi. De som overlever kan få langvarige helseproblemer.

Noen pasienter velger å avstå fra akutt operasjon, men uten behandling er overlevelse i praksis null. Hvis kirurgisk behandling tilbys, bør endovaskulær metode vurderes først.

Sjeldne årsaker til AAA

I de fleste tilfeller skyldes AAA kombinasjonen av genetisk disposisjon og miljøfaktorer (f.eks. røyking). Noen sjeldne aneurismer skyldes infeksjoner, betennelser eller genetiske årsaker. Behandling kan avvike fra standardanbefalingene. Ved genetisk eller infeksiøs årsak vil pasienten få oppfølging fra genetiker og karkirurg, og åpen kirurgi kan vurderes som mest hensiktsmessig.

Hvordan ble denne informasjonen utviklet?

Denne pasientrettede informasjonen er et sammendrag av ESVS AAA-retningslinjer utarbeidet av ESVS AAA Guidelines Committee. Komiteen vurderte all tilgjengelig medisinsk dokumentasjon og gir anbefalinger basert på evidensstyrke:

- Grade A: høy kvalitet
- Grade C: lav eller ingen dokumentasjon
Samt klassifisering av anbefalingsstyrke:
- Class I: sterkt anbefalt og enighet blant eksperter
- Class III: ikke anbefalt eller skadelig
Informasjonen er også gjennomgått av pasienter.

Hvor kan jeg finne mer informasjon?

Kontakt ditt lokale screeningsprogram eller en karkirurg. Det finnes mye informasjon på nettet, men kvaliteten er varierende og kan være vanskelig å forstå. Her er noen eksempler på nettressurser for pasienter:

- Canada: decisionaid.ohri.ca/AZsumm.php?ID=1428
- NHS (UK): nhs.uk/conditions/abdominal-aortic-aneurysm-screening/
- Nederland: sdm-library.medify.eu/surgery/index_keuzehulp-aneurysma_nl.html (også på engelsk)
- Sverige: see Medify eller relevant svensk helseinfo-ressurs