

Ett bröllop och ingen begravning

# Snabb handläggning räddade liv vid akut aortadissektion

**Vad händer när hjärtat plötsligt stannar till följd av tamponad, orsakad av akut aortadissektion? Om patienten dessutom är äldre (-äldre), just skall anträda en bröllofsfest och har hunnit få i sig snittar och champagne? Är fallet hopplöst, eller finns det möjlighet att överleva även detta? Följande fallbeskrivning visar ännu en gång att det, trots statistiskt dystert prognos, finns individuella chanser att klara en till synes omöjlig situation.**

Vår huvudperson är en man född 1916, mycket pigg och vital för åldern. Han bor tillsammans med sin hustru i egen lägenhet, och paret klarar sig i stort sett själva. Mannen är tidigare väsentligen frisk, kör fortfarande bil dagligen och lever ett aktivt liv.

FOTO: PRESSENS BILD

## Fick hjärtstillestånd på ett bröllop

Insjuknandedagen är paret bjudna på bröllop, en nära yngre släkting ska gifta sig. Efter vigselakten kör mannen sin bil över en av Stockholms större broar till lokalen där festen skall gå av stapeln.

Han har redan i kyrkan noterat att han inte känner sig helt kry. Han har lätta bröstsmärtor och känner sig ovanligt frusen. Paret anländer till festlokalen, och då det är en kylig höstdag beslutar han sig för att tillsammans med hustrun gå in i byggnaden innan bröllopsparet

anländer. Hissen är upptagen. De går därför upp för två trappor, hustrun något före sin make. När han kommit upp och passerar in genom dörren känner han plötsligt en knivskarp smärta i bröstet, det svartnar för ögonen. Han ramlar ihop med hjärtstillestånd.

## Återfår spontanandning efter hjärt-lungräddning

Bland bröllopgästerna finns två läkare som omedelbart påbörjar hjärt-lungräddning. Efter cirka tre minuter återfår patienten spontanandning och svaga pulsar. Han kommer strax därefter till medvetande, men är omtöcknad och perifert mycket kall.

Akutbil samt ambulans anländer till platsen. Patienten har ett knappt mätbart systoliskt blodtryck och får omedelbart vätska intravenöst. EKG kopplas på platsen. Detta visar sinusbradykardi, men inga specifika STT-förändringar.

Viss stabilisering inträder, med ett systoliskt blodtryck på 60 mm Hg. Patienten är nu vid medvetande, men mycket svag med fortsatta bröstsmärtor. Så snart som möjligt sker förflyttning till väntande ambulans, och patienten

transporteras till akutmottagningen på det närbelägna sjukhuset.

## DT-undersökning bekräftar misstanke om dissektion

Patienten tas omedelbart om hand på akutmottagningen, och jourhavande hjärtspecialist tillkallas. Då EKG fortfarande inte visar några patologiska STT-förändringar, och patienten är i chocktillstånd utförs datortomografi med frågeställning aortadissektion. Man avstår i detta läge från transesofageal ekokardiografi, eftersom patienten uppger att han redan innan insjuknandet hunnit äta snittar och deltagit i en skål för brudparet.

Patienten överförs efter röntgenundersökningen till medicinsk intensivvårdsavdelning. DT-undersökningen bekräftar misstanken om dissektion, lokaliserad till aorta ascendens. Ekokardiografi är svårbedömd på grund av nedsatta transmissionsförhållanden, men visar riklig mängd perikardvätska, och en snarast hyperdynamisk vänster kammare med avvikande septumrörlighet. Patienten erhåller behandling med stora mängder vätska (Ringer-acetat) intravenöst, för att upprätthålla blod-

## Författare

ANNA NERGÅRDH  
ST-läkare

INGER MEIJER-CARLSSON  
biträdande överläkare; båda på kardiologiska kliniken, Södersjukhuset, Stockholm

ULF LOCKOWANDT  
specialistläkare, thoraxkirurgiska kliniken, Karolinska sjukhuset, Stockholm.

trycket, och håller nu ett systoliskt tryck kring 90 mm Hg. Han är fortfarande vid fullt medvetande och klagar framför allt över dov värk i bröstet, trots stora doser smärtstillande i form av morfin.

### **Beslut om operation efter viss tvekan**

Kontakt etableras med toraxkirurgiska kliniker, två stycken finns att välja på i närområdet. Vid en första kontakt avböjer jourhavande toraxkirurg operation, på grund av den höga operationsrisken och risken för komplikationer i samband med operation, inte minst risken för neurologiska sequelae. Efter ytterligare en förfrågan accepteras patienten för operation och överförs med narkosövervakning till toraxkliniken.

### **Operationsfynd: Tamponad orsakad av aortadissektion**

Patienten opereras samma kväll. Han har innan dess fått ytterligare ett hjärtstillestånd, vilket framgångsrikt hävts. Esofaguseko preoperativt verifierar diagnosen dissekerande aorta-aneurysm med stor mängd perikardvätska. Dissektionen synes börja omedelbart efter sinus valsalva och sträcker sig upp i aorta ascendens. Vid operationen finner man en omfattande tamponadbild samt en dissektion som förväntat. Aortaklaffen omfattas inte av dissektionen. Ett tubulärt graft insutureras framgångsrikt, efter excidering av den skadade aorta ascendens.

### **Cirkulatoriskt stabil efter operation**

Postoperativt är patienten cirkulatoriskt stabil, och vårdas fem dygn på IVA, för att sedan överflyttas till vårdavdelning. EKG visar förmaksflimmer, varför patienten digitaliseras. Patienten är efter operationen helt neurologiskt intakt, och mobiliseras framgångsrikt. Han flyttas åter till den kardiologiklinik han initialt kom till, och 13 dagar efter operationen kan han skrivas ut från sjukhus till fortsatt rehabilitering på sjukhem.

### **Helt återställd vid uppföljande återbesök**

Efter ytterligare två veckor skrivs patienten ut i gott skick till hemmet, han har då också återfått sinusrytm. Han känner sig närmast helt återställd och har återupptagit sitt tidigare aktiva liv. Vid uppföljande återbesök mår patienten bra, och är mycket nöjd med omhändertagandet under den genomgångna sjukdomsperioden.

### **Aortadissektion ett livshotande tillstånd**

Aortadissektion förekommer i en incidens av <1 procent i obduktionsmate-

rial [1]. Andelen korrekt diagnostiserade patienter premortalt varierar i obduktionsmaterial mellan 40 och 84 procent [2]. En ökad risk för insjuknande ses i åldrarna mellan 60 och 70 år. Diagnosen förekommer ungefär dubbelt så ofta hos män som hos kvinnor. Vanligen finns i anamnesen hypertoni, detta ses hos ca 80 procent av patienterna. Tillståndet är livshotande, i större material har en mortalitetscifra på 1 procent per timme i gruppen insjuknade patienter nämnts. Utan åtgärd stiger mortaliteten till över 25 procent första dygnet, över 50 procent första veckan, och över 75 procent första månaden [3].

Olika klassificeringar finns, men operationsindikation anses allmänt föreliggande vid förekomst av akut proximal dissektion, som i det ovan refererade fallet.

### **Sänkt mortalitetsrisk vid operation**

Mortalitetsrisken vid operation har sjunkit genom åren, och en 30 dagars överlevnad på 95 procent i vissa material rapporteras [4]. Mortalitetsciffran varierar dock mellan ca 5 och 35 procent [5-7].

Ökad peroperativ risk kan ses vid samtidig akut hjärtinfarkt, persisterande chock eller neurologisk påverkan. Risken för peroperativt slaganfall är 1-10 procent [6, 8].

Fortsatt uppföljning av dessa patienter rekommenderas minst årsvis, med särskild tyngdpunkt lagd på blodtrycksmonitorering, då risk föreligger för ytterligare dissektioner [9].

### **Snar operation lyckosamt i det beskrivna fallet**

Hos den ovan beskrivna patienten gjordes övervägnaden kring det mest fördelaktiga för patienten – att operera eller att avstå. Ökad operationrisk förelåg, då patienten befann sig i cirkulatorisk chock. I risköverbägandet framhölls framför allt risken för neurologiska sequelae.

Situationen komplicerades av att patienten i det här fallet var fullt vaken och pratbar, och naturligtvis undrade vad som skulle hända och hur hans sjukdomstillstånd skulle åtgärdas. Beslut fattades om snar förflyttning till toraxkirurgisk klinik och operation, vilket i efterhand visade sig lyckosamt.

### **Snabba överväganden ledde till gynnsam utgång**

Akut aortadissektion är ett livshotande tillstånd, med stora krav på akut omhändertagande, snabb diagnos och skyndsamt åtgärd för en gynnsam utgång.

Vår förhoppning är att denna fallbeskrivning något skall belysa de övervä-

ganden som ständigt uppkommer i den kliniska vardagen, som vi alla är så vana vid, men som vi aldrig riktigt kan vänja oss vid. Vad är, utifrån vetenskap, beprövad erfarenhet och omständigheterna i det enskilda fallet det optimala för patienten? Stundtals får vi till slut, som i det här fallet, och som i filmen, uppleva ett »happy ending».

### **Referenser**

1. Erb PD, Tulis IF. Dissecting aneurysms of the aorta. The clinical features of 30 autopsied cases. *Circulation* 1990; 22: 315.
2. Hirst AE, Johns VJ, Kime SW. Dissecting aneurysm of the aorta. A review of 505 cases. *Medicine* 1958; 37: 217.
3. Braunwald E. Heart disease. A textbook of cardiovascular medicine; 5th ed. Philadelphia: WB Saunders Company, 1997: 1554-69.
4. Svensson LG, Crawford ES, Hess KR, Coselli JS, Safi HJ. Dissection of the aorta and dissecting aortic aneurysms. Improving early and longterm surgical results. *Circulation* 1990; 82(suppl IV): 24-38.
5. Goossens D, Schepens M, Hamerlijnick R, Hartman M, Suttorp MJ, Koomen E et al. Predictors of hospital mortality in type A aortic dissections: a retrospective analysis of 148 consecutive surgical patients. *Cardiovascular Surgery* 1998; 6: 76-80.
6. Biglioli P, Sala A, Spirito R, Parolari A, Agrifoglio M, Alamanni F et al. Composite valve graft replacement of the ascending aorta and the aortic valve by modified button technique: the influence of aortic pathology on early mortality and late survival. *European Journal of Cardio Thoracic Surgery* 1995; 9: 483-90.
7. Heinemann M, Laas J, Jurmann M, Karck M, Borst HG. Surgery extended into the aortic arch in acute type A dissection. Indications, techniques, and results. *Circulation* 1991; 84(5 suppl): 25-30.
8. Pagano D, Boivin CM, Faroqui MH, Bonser RS. Surgery of the thoracic aorta with hypothermic circulation arrest: experience with retrograde perfusion via the superior vena cava and demonstration of cerebral perfusion. *European Journal of Cardio Thoracic Surgery* 1996; 10: 833-8.
9. Chirillo F, Marchiori MC, Andriolo L, Razzolini R, Mazzucco A, Gallucci V et al. Outcome of 290 patients with aortic dissection. A 12-year multicentre experience. *European Heart Journal* 1990; 11: 311-9.