

Annika Sjövall, specialistläkare, kirurgkliniken, S:t Görans sjukhus, Stockholm

Aneurysm i arteria iliaca - en »ortopedisk« differentiallydiagnos

|| Vid behandling av akuta kärlkirurgiska tillstånd är en omedelbart ställd diagnos ofta avgörande för ett optimalt slutresultat. Detta är i allmänhet lätt eftersom en uttalad ischemi eller en stor blödning gör behovet av kärlkirurgisk kompetens uppenbart. I vissa fall är dock symtomen sådana att en helt annan genes misstänks med ibland deletära följder. Välkänd är feltolkningen av rupturerade bukaortaaneurysm som t ex njursten, perforerat ulkus eller hjärtinfarkt. En mer ovanlig kärlkirurgisk diagnos med stor risk för feldiagnos är symtomgivande iliacaaneurysm som ofta inger misstanke om en akut ortopedisk sjukdom. Det medför att fortsatt bedömning och handläggning utförs av kolleger för vilka diagnostik av arteriella aneurysm inte tillhör den differentialdiagnostiska vardagen. Detta illustreras av följande fyra konsekutiva fall av symtomgivande iliacaaneurysm som handlagts vid kirurgkliniken på S:t Görans sjukhus där de »ortopediska« besvären i något skede dominerat.

|| Fall 1

En 75-årig man – tidigare rökare – som flera år tidigare opererats med höftledsplastik bilateralt söker akut med smärtor i vänster höftregion med utstrålning i vänster ben. Ortopedjouren noterar en »positiv Lasegue« på vänster sida, men i övrigt finner man inget anmärkningsvärt. Den primära undersökningen innefattar inte buk- eller kärlstatus. Röntgen av vänster höft inger viss misstanke om en cementfraktur i vänster höftprotes varför patienten går hem med analgetika och planerad uppföljning på ortopedmottagningen. Han återkommer emellertid akut en vecka senare med förvärrade smärtor i vänster höft samt domningar och svaghet i vänster ben. Man noterar då ett hematom ovan symfyken. Patienten läggs in på ortopedkliniken för smärtlindring, men med anledning av hematomet utförs också en akut datortomografi av bäckenet. Denna avslöjar ett rupturerat iliacaaneurysm med ett retroperitonealt hematom (Figur 1). Patienten överförs till kirurgkliniken, där han opereras akut med ett bifurkationsgraft från aorta till vänster a femoralis communis och höger a iliaca communis. Operationen och det postoperativa förloppet är okomplicerat utöver viss svaghet och värk i vänster ben vilken successivt klingar av.

|| Fall 2

49-årig man – rökare – med diabetes mellitus, hypertoni, hypertriglyceridemi samt tidigare hjärtinfarkt insjuknar under en promenad med smärta i vänster fot, en smärta som successivt sprider sig upp mot höften. Fem år tidigare hade han en

SAMMANFATTAT

Aneurysm i arteria iliaca är svåra att diagnostisera. Symtomen är ofta oklara och kan leda misstanken till ortopediska tillstånd.

Iliacaaneurysm är mindre vanligt än bukaortaaneurysm men ändå en klinisk realitet. Rupturrisken är stor.

Vidstående artikel beskriver fyra fall av symtomgivande iliacaaneurysm där de »ortopediska« symtomen i något skede dominerat. Denna missbedömning av tillståndet har i varierande grad lett till fördröjning av rätt diagnos.

Vid oklara besvär från höft-bäckenregionen är det viktigt att överväga diagnosen iliacaaneurysm. Diagnosen ställs med ultraljud eller datortomografi.

episod med vänstersidiga höftsmärtor, vilka avklingade spontant.

Ett dygn efter den aktuella smärtdebuten söker han på akutmottagningen på grund av smärtor i hela vänster ben. Efter bedömning av ortopedjouren ordinerar denne en slätröntgen av vänster höft. Vid denna, i övrigt normala, undersökning ses som bifynd en förkalkning ventralt om sakrum som inger misstanke om aneurysm i arteria iliaca. Akut komplettering med datortomografi visualiserar ett aneurysm med maximaldiameter 61 mm, omfattande vänster arteria iliaca communis och interna utan tecken till ruptur (Figur 2). Patienten överförs till kirurgkliniken, där han opereras med bifurkationsgraft från aorta till vänster a femoralis communis och höger a iliaca communis. Frånsett viss svaghetskänsla i vänster ben har det per- och postoperativa förloppet varit komplikationsfritt.

|| Fall 3

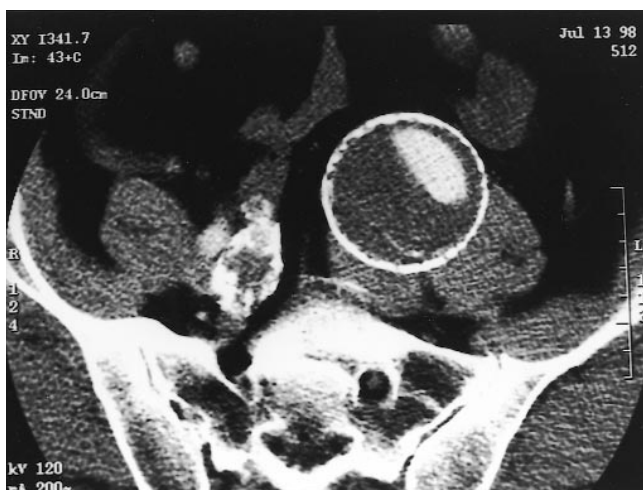
En 44-årig man – rökare – som i tio års tid besvärats av en intermittent svullnad av höger ben, vilken föranlett ett flertal läkarkontakter, söker ånyo på grund av högersidig bensvullnad. Efter försämring två veckor senare utför man en akut duplexundersökning. Man diagnostiserar då en djup ventrombos samt förändringar talande för ett aneurysm i arteria iliaca



Figur 1. Stort rupturerat aneurysm i vänster a iliaca communis med hematoma åt vänster där man även ser kontrastläckage utanför aneurysmet.



Figur 3. Aneurysm i höger a iliaca communis med diameter 33 mm.



Figur 2. 6 cm stort aneurysm omfattande vänster a iliaca communis och interna utan tecken till ruptur. Förkalkning i kärlväggen. Kontrast ses i den del av lumen som inte är trombotiserad.



Figur 4. Aneurysm i höger a iliaca communis med omgivande hematoma. Vänster uretär syns vidgad och kontrastfylld ventralt om aneurysmet.

communis. Denna diagnos bekräftas med datortomografi som visar ett högersidigt iliaca communis-aneurysm med maximaldiameter 33 mm (Figur 3). Ventrombosen behandlas enligt rutin med antikoagulantia. Aneurysmet planeras i samråd med kärlkirurg att opereras efter avslutad behandling mot ventrombos. Fem månader senare, under pågående dikumarolbehandling, söker patienten akut på ett annat sjukhus på grund av smärtor i ländryggen med gluteal utstrålning. Han bedöms där först av ortopedjouren, som inte finner något patologiskt i rörelseapparaten. Med anledning av CRP-stegring remitteras patienten akut till kirurgjouren vid samma sjukhus, som tolkar tillståndet som divertikulit. Patienten får antibiotikum och går hem med planerad uppföljning hos sin husläkare följande dag. Han söker emellertid dessförinnan på akutmottagningen på grund av ökade smärtor i höger gluteal- och höftregion med utstrålning i låren. Han bedöms även nu primärt av ortopedjouren, som noterar en pulserande resistens i höger fossa och ordinerar en akut datortomografi. Denna inger misstanke om ruptur av iliacaaneurysmet. Patienten överförs till kirurgkliniken och opereras, varvid man konstaterar en äldre ruptur av aneurysmet med hematoma mot psoaslogen. Han opereras med bifurkationsgraft från aorta till höger a iliaca externa och vänster a iliaca communis. Peroperativt ska-

das höger uretär, vilket omedelbart åtgärdas. Det postoperativa förloppet har varit okomplicerat. Patienten mår nu bra.

II Fall 4

En 64-årig man – tidigare rökare – insjuknar akut med huggsmärta till höger i ryggen, kraftlöshet i hela höger ben samt sensibiliteitsnedsättning längs utsidan av höger lår. Via husläkare gör man en datortomografi av ländryggen som visar ett diskbräck i nivå L3-L4, vilket bedöms vara orsaken till patientens symtom. Han behandlas med sjukgymnastik och blir långsamt återställd. Patienten lider för övrigt av erektil dysfunktion samt av svag stråle vid miktning. Det sistnämnda bedöms orsakat av en benign prostatahyperplasi.

Patienten söker akut på grund av plötsligt påkommen huggsmärta i höger flank och ljumske. Man konstaterar palpationsömhets i höger fossa och mikroskopisk hematuri. Vid rektalpalpation noteras en förstörad prostata. Man bedömer smärttillståndet som ett njurstensanfall. Patienten blir spontant smärtfri. Vid planerad urografi två veckor senare påvisas inget uretärkonkrement men däremot en kompression av höger uretär. Fortsatt utredning med datortomografi visar ett 65 × 57 mm stort aneurysm i höger arteria iliaca communis med omkringliggande hematoma som tecken på ruptur (Figur 4).

Patienten opereras med bifurkationsgraft till höger a femoralis communis och vänster a iliaca communis. Det föreligger en äldre ruptur av aneurysmet med ett retroperitonealt hematom. Det postoperativa förloppet är okomplicerat, och patientens miktionsbesvär har nu helt försvunnit.

II Diskussion

Iliacaaneurysm är oftast kombinerade med bukaortaaneurysm, där aortaaneurysmets storlek och utbredning vanligen styr den fortsatta behandlingen. Isolerade iliacaaneurysm är däremot ovanliga [1-4]. I ett obduktionsmaterial från Malmö utgjorde de knappt 1 procent av aneurysmen i det abdominella aorto-iliakala segmentet [5]. Iliacaaneurysm har en hög rupturrisk och är därför potentiellt livshotande [1, 6-8]. En viktig åtgärd för att minska mortaliteten är att ställa diagnosen innan aneurysmet rupturerar. Detta är svårt i de fall där patienten är symtomfri. Iliacaaneurysmet ligger dolt i lilla bäckenet och undgår därför, även vid en avsevärd storlek, lätt upptäckt vid en rutinundersökning. Det kan ibland palperas rektalt eller vaginalt. Om misstanken väcks är diagnostiken enkel med ultraljud eller datortomografi. I de fall där aneurysmet ger symptom kan det ge avsevärda besvär, men på grund av närheten till tarm, urogenitala organ, nerver och bäckenvenor är dessa ofta ospecifika. Exempelvis kan det röra sig om obstipation, rektalblödning, urogenitala besvär, bensvullnad och smärtor eller domningar i rygg eller lumske – ofta med utstrålning i benet [5, 9-12]. Ofta upptäcks de isolerade iliacaaneurysmen accidentellt vid röntgenologisk utredning av andra skäl.

Medan symtomgivande iliacaaneurysm i princip alltid utgör en operationsindikation är den fortsatta handläggningen av de symtomfria patienterna inte lika uppenbar. Avsikten med operation i det senare fallet är ju att förhindra ruptur. Sannolikheten för en sådan måste därför stå i rimlig proportion till operationsrisken och den perioperativa sjukligheten [13]. Problemet är därför att identifiera den grupp vars aneurysm kommer att rupturera. Detta blir en sannolikhetsbedömning baserad bl a på patientens förväntade återstående livslängd och aneurysmets maximala tvärsnittsdiameter. Inför kirurgi måste givetvis dessutom hänsyn tas till operationsrisken i det enskilda fallet. Vid bukaortaaneurysm anses en maximal tvärsnittsdiameter av 5-6 cm innebära så stor risk för ruptur att operation rekommenderas [13-15]. Motsvarande uppgifter om iliacaaneurysm är svåra att erhålla på grund av den lägre prevalensen och är därför osäkra. Om ett kärl med mindre diameter än aorta dilateras till 5-6 cm blir väggspänningen och därmed rupturrisken i det kärlet större. I avsaknad av relevanta studier förefaller därför rekommendationen att operera asymtomatiska, isolerade iliacaaneurysm, som uppnått en maximal tvärsnittsdiameter av 3-4 cm, som rimlig [16, 17]. Den i föreliggande studie beskrivna rupturen av ett iliacaaneurysm med 33 mm maximaldiameter (fall 3) samt en i Malmöstudien [5] beskriven ruptur av ett 3 cm stort aneurysm utgör också ett stöd för en sådan strategi. Av betydelse i det här sammanhanget är att nyligen publicerade undersökningar visat att den endovaskulära grafftekniken är särskilt väl lämpad för operation av isolerade iliacaaneurysm [18, 19]. Denna tekniken minskar radikalt operationstraumat vid ingrepp för iliacaaneurysm.

Referenser

1. Lowry SF, Kraft RO. Isolated aneurysms of the iliac artery. *Arch Surg* 1978; 113: 1289-93.
2. Nachbur BH, Inderbitzi RGC, Bär W. Isolated iliac aneurysms. *Eur J Vasc Surg* 1991; 5: 375-81.
3. Richardson JW, Greenfield LJ. Natural history and management of

- iliac aneurysms. *J Vasc Surg* 1988; 8: 165-71.
4. Bolin T, Lund K, Skau T. Isolated aneurysms of the iliac artery: what are the chances of rupture? *Eur J Vasc Surg* 1988; 2: 213-5.
5. Brunkwall J, Hauksson H, Bengtsson H, Bergqvist D, Takolander R, Bergentz SE. Solitary aneurysms of the iliac arterial system: An estimate of their frequency of occurrence. *J Vasc Surg* 1989; 10: 381-4.
6. Markovitz AM, Norman JC. Aneurysms of the iliac artery. *Ann Surg* 1961; 154: 777-87.
7. Schuler JJ, Flanigan DP. Iliac artery aneurysms. In: Bergan J, Yao JST, eds. *Aneurysms: diagnosis and treatment*. New York: Grune & Stratton, 1982: 469-85.
8. Kasulke RJ, Clifford A, Nichols WK, Silver D. Isolated atherosclerotic aneurysms of the internal iliac arteries: Report of two cases and review of the literature. *Arch Surg* 1982; 117: 73-7.
9. Krupski WC, Selzman CH, Florida R, Strecker PK, Nehler MR, Whitehill TA. Contemporary management of isolated iliac aneurysms. *J Vasc Surg* 1998; 28: 1-13.
10. Minato N, Itoh T, Natsuaki M, Nakayama Y, Yamamoto H. Isolated iliac aneurysms and its management. *Cardiovasc Surg* 1994; 2: 489-94.
11. Sacks NPM, Huddy SPJ, Wegner T, Giddings AEB. Management of solitary iliac aneurysms. *J Cardiovasc Surg* 1992; 33: 679-83.
12. Weimann S, Tauscher Th, Flora G. Isolated iliac artery aneurysms. *Ann Vasc Surg* 1990; 4: 297-301.
13. Johansson G, Swedenborg J. Little impact of elective surgery on the incidence and mortality of ruptured aortic aneurysms. *Eur J Vasc Surg* 1994; 8: 489-93.
14. Johansson G, Nydahl S, Olofsson P, Swedenborg J. Survival in patients with abdominal aortic aneurysms. Comparison between operative and nonoperative management. *Eur J Vasc Surg* 1990; 4: 497-502.
15. The UK Small Aneurysm Trial. Mortality results for randomised controlled trial of early elective surgery or ultrasonographic surveillance for small abdominal aortic aneurysms. *Lancet* 1998; 352: 1649-55.
16. Santilli SM, Wernsing SE, Lee ES. Expansion rates and outcomes for iliac artery aneurysms. *J Vasc Surg* 2000; 31: 114-21.
17. Levi N, Schroeder TV. Isolated iliac artery aneurysms. *Eur Vasc Surg* 1988; 16: 342-4.
18. Parsons RE, Marin ML, Veith FJ, Parsons RB, Hollier LH. Midterm results of endovascular stented grafts for the treatment of isolated iliac artery aneurysms. *J Vasc Surg* 1999; 30: 915-21.
19. Iseki H, Koizumi J, Tamura T, Miyamoto K. Covered stent implantation by the puncture method for the treatment of a small aneurysm of the common iliac artery. *Jpn Circ J* 2000; 64: 99-102.