

Aneurysm – dramatik och patologisk estetik

Bukaortaaneurysm är fascinerande på många sätt, kanske också skrämmande. En sjukdom som kanske inte ger några symtom under lång tid, men där ruptur kan vara såväl debutsymtom som det dramatiska skeende som leder till patientens död.

Utan ambition att ha gjort en systematisk litteratursökning finner jag att sjukdomen skildras i två relativt nyutkomna svenska böcker, en skönlitterär och en biografisk.

Jag citerar Torgny Lindgren som skriver i »Dorés Bibel«, 2005:

»Vi Norsjöbor har en särskild sorts väldiga åderbräck inne i magen, sade jag. De brukar brista, det är det vi dör av. Det här var ofantligt mycket större än ett åderbräck, sade Manfred.«

Citatet speglar att Norsjöborna i Västerbotten väl kände till denna sjukdom, med en relativt hög förekomst i befolkningen, och den finns för övrigt vetenskapligt analyserad i Anders Wanhainens avhandling »Abdominal aortic aneurysm. Experience from a screening study in northern Sweden« (2004).

I sina självbiografiska nedslag »Blickar tillbaka«, 2008, beskriver idé- och lärdomshistorieprofessorn Sven-Eric Liedman sin morfars sista stund på jorden:

»Han gjorde konkurs, blev garveriarbetare, blev småbrukare, blev till sist inhysing hos sin yngste son. Större delen av sitt liv var han utfattig. Alla hans planer misslyckades. Men han förblev optimist in i döden. Jag vakade över honom några timmar när han låg på sitt yttersta. Kroppspulsådern hade brutit just när han arbetade i trädgården, i färd med att binda upp ärter, och i sin medvetlöshet fortsatte han med det.«

Även om det sannolikt rör sig om ett traumatiskt aneurysm i en extremitet skildrade Härnösandsbiskopen, akademiledamoten och psalmdiktaren Frans Michaël Franzén en felaktig behandling av ett aneurysm i en av sina tillfällighetsdikter: »Aneurysmen, eller den misslyckade operationen«, 1823. Aneurysmet behandlades med ligatur, men på grund av »oförfarenhet« knöts tråden »... ej ofvanför men nedanför säcken, och ådern brast och mannen dog på fläcken«. Dikten skildrar ett dramatiskt förlopp samt det faktum att distal ligatur inte förhindrar ruptur.

Förutom att aneurysmsjukdomen kan vara dödlig, äger själva aneurysmet i sig en viss sensuell skönhet i sin runda patologiskt expansiva form, vilket lockat



BUKAORTA-ANEURYSM
Träskulptur av den japanske konstnären Koji Abe. Ovan tv: Oljemålning av HO Myhre. Ovan th: Bronsskulptur av Staffan Smeds. Endovaskulär behandling av bukaortaaneurysm. Apa med aneurysm. Nere till höger: skulptur i almträ av Anders Wanhainen. Nästa uppslag: Keramikskulptur av Birgitta Gidlund, omslag till avhandling.

till några avbildningar som jag vill låta Läkartidningens läsare ta del av.

Som gästföreläsare vid Annual meeting of Japanese Society for Vascular Surgery, 2004, fick jag som gåva en träsnidad apa med ett bukaortaaneurysm (nedan), gjord av den japanske konstnären Koji Abe, framför allt känd för sina masker att användas av huvudkaraktären vid de klassiska Noh-skådespelen.

När jag i samband med en kirurgvecka såg kollegan Staffan Smeds' från Linköping anatomiska bronsskulpturer frågade jag om han inte kunde göra ett aortaaneurysm, vilket resulterade i ett infrarenalt sådant, där en sammanpressad vena cava ger en dramatisk relief åt anatomin.

Den emeriterade kärllkirurgprofessorn Hans Olav Myhre i Trondheim har förutom konsthistoriska studier också ägnat sig åt målning och har låtit framsidespärmen på sin »Nordisk lærebok i kirurgi« prydas av ett oljemålat bukaortaaneurysm, »Vascular icon«, där endovaskulär behandling påbörjats.

Den ovan nämnde Anders Wanhainen har förutom sin kärllkirurgiska och vetenskapliga karriär som en viktig hobby ägnat sig åt träsnideri, vilket bland





krönika

En verklig bonus

Strax före klockan 07.00, vid jourbytet, när nattens personal går hem och dagens utvilade precis kommit, larmar det »Omedelbart kejsarsnitt« på sökarna.

Alla släpper vad de har för händerna och springer mot förlossningen. Detta är den mest akuta situation vi har på sjukhuset. De anländer en efter en till operationsalen och det är som att se en flock myror arbeta, snabbt och systematiskt. Nattpersonalen stannar kvar för att hjälpa till, och tillsammans med dagpersonalen fyller de fort ut operationsalen.

För patienten måste det vara en fruktansvärd och surrealistisk upplevelse: maskerade människor i blåa uniformer som väller in. Det sticks, och når trycks in i sammanfallna vener, det dras och knuffas, skärpt ljus, iskall vätska som hålls över magen. En undersköterska ställer sig vid huvudet och pratar lugnt i patientens öra: allt kommer att gå bra.

Så läggs en mask över munnen och allt blir suddigt, sedan tyst och mörkt. Men alla runt omkring vet vad de ska göra. Meningarna är korta. Alla har samma bild av målet och inser betydelsen av snabbhet. Det är sjukvården när den är som bäst. Plötsligt känner jag en enorm stolthet över att få vara en del av detta. Det är som att vara en kugge i ett schweiziskt urverk, och kanske är det sömnbristen, men just då finns det inget annat arbete i världen jag hellre skulle vilja ha.

En av de många frågorna på förra årets medarbetarenkät gällde om man tagit del av bonusen för det gångna året. Jag visste inte vad jag skulle svara, för jag mindes faktiskt inte om jag fått någon bonus eller inte. Summan var inte särskilt stor, och jag vet inte vilka prestationsmål som var kopplade till den, så det hade inte påverkat mitt arbete, och jag hade helt enkelt glömt bort det.

På Ted.org, som samlar föreläsningar av inspirerande talare, kan

man lyssna på psykologen Barry Schwartz föreläsning om incitament. Vi har en föreställning om att fler incitament ger en additiv effekt. Ett typiskt exempel är att ta en enhet, till exempel en skolklass, och lägga till ett ekonomiskt incitament om klassen uppnår vissa förutbestämda mål. Teorin är att de vanliga målen med att studera, allmänbildning, framtida karriär, valfrihet etc, ska få en hjälp på traven. Ett plus ett ska bli två, men ännu hellre tre eller fyra. Men tyvärr är det inte så. Tvärtom kan incitament konkurrera och överskugga varandra. I Schwartz exempel presterar skolelever som får en finansiell bonus sämre än de som inte får det. Ekonomiska incitament förvränger bilden, ändrar vårt fokus och vårt sätt att se på vår prestation och vårt arbete.

Det var en total navelsträngs prolaps. Den lille pojken som kommer är tagen, men mår bra. Tempot sjunker i salen, och man kan nästan höra hur alla andas ut. Vid slutet av operationen håller gynekologen en kort summering enligt checklistan från WHO och säger att hon tycker att det gick ganska bra. Det är här vi gör fel, för det har inte gått ganska bra. Det har gått fantastiskt bra, och alla som var i rummet borde få sola sig i detta och rulla runt i känslan. Gynekologen har, med hjälp av oss andra, just räddat livet på en liten pojke som kanske kommer att heta August och en dag bli en liten jäkel på sannolikhetslära. Precis som våra misstag bör vara offentliga måste vi bli bättre på att se och ta till oss av våra framgångar.

Det är en verklig bonus.



Jakob Endler
ST-läkare, Södersjukhuset,
Stockholm

annat resulterat i ett aortaaneurysm i professor Martin Björcks ägo, och som för övrigt avbildats på en affisch som användes vid underseknads emeriteringssymposium. Dess runda form och stora diameter andas en påtaglig rupturrisk.

Ytterligare en »fritidskonstnär« som arbetar framför allt i lera och som definitivt höjt sig över ren hobbyverksamhet är Birgitta Gidlund i Gävle. Hon har skapat åtminstone två bukaortaaneurysm, ett som prydde svärdottern Khatereh Djavanis nyligen försvarade avhandling. »Intra-abdominal hypertension and colonichypoperfusion after abdominal aortic aneurysm repair« (ovan), och ett förärat huvudhandledaren Martin Björck.

Förutom att bukaortaaneurysm är en potentiellt farlig sjukdom, som på sistone uppmärksammats i Läkartidningen – inte minst som föremål för screening – är det också en sjukdom som inspirerats till konstnärliga tolkningar. Några exempel har givits här – det finns säkert fler. I litteraturen handlar det om dramatiken vid ruptur, i avbildande konst har man mer tagit fasta på aneurysmets patologiska estetik.

David Bergqvist
professor emeritus i kärnkirurgi,
institutionen för kirurgiska vetenskaper,
Uppsala universitet
david.bergqvist@surgsci.uu.se

