
Aortaventilkirurgi hos eldre

REDAKSJONELT

LEVANG OW

Aortafeil er langt den vanligste av de ervervede klaffefeil, spesielt i de nordiske land. I Norge opereres ca. 500pasienter hvert år og antallet synes å være noe økende. Det har vært en nedgang i antall operasjonstrengende yngrepasienter, men en økning i antall pasienter over 60 år. I dag er ca. halvparten av pasientene som opereres, over 70 år. Vi må derfor regne med at behovet for kirurgisk behandling av aortaklaffefeil vil øke ytterligere når "eldrebølgen" gjør seg gjeldende. Noen drastisk økning er det likevel ikke grunn til å forvente. Stenose i klaffeapparatet dominerer hos ca. 75% av dem som opereres, insuffisiens hos ca. 25%. Hos ca. 30% har både stenose og insuffisiens hemodynamisk betydning. Behandlingen består nesten alltid i å skifte ut den syke klaffen med en kunstig protese. Det forekommer dog sjelden gang at klaffene kan repareres. Resultatene etter klaffeutskifting er meget gode og er godt dokumentert.

I ressursknappe tider er det forståelig at man diskuterer hvorvidt kirurgi hos eldre er rett bruk av ressurser. Flere forfattere, bl.a. Wiseth og medarbeidere (1), har vist at resultatene er meget gode etter ventilimplantasjon også hos eldre og at morbiditet, tidlig dødelighet og ressursbruk er om lag identisk hos pasienter over og under 70 år. Dette skyldes nok i det vesentlige en streng seleksjon av de eldre pasientene.

I artikkelen fra Ullevål sykehus i dette nummer av Tidsskriftet (2) gis en kort fremstilling av de ulike ventiltyper. De krav som stilles til en ventil er: god hemodynamikk, lav trombogenitet og god holdbarhet. Ved valg av mekanisk ventil får man tilfredsstilt det første og det siste kravet, men for å få en akseptabel lav tromboembolisk komplikasjonsfrekvens må pasientene alltid antikoaguleres. Antikoagulasjonsbehandling byr på noen problemer hos alle, og problemene øker hos eldre (3). De biologiske ventiler har en så lav trombogenitet at antikoagulasjonsbehandling i defleste tilfeller er unødvendig og dessuten en helt akseptabel hemodynamikk (4). Holdbarheten er imidlertid begrenset. Nå har det vist seg at holdbarheten øker med alderen, slik at hos pasienter over 70 år vil risikoen for ventilskifte være meget lav og hos pasienter over 80 år kan man i praksis se bort fra denne risikoen (5, 6). Ved de såkalte

stentedebiolgiske ventiler er enten en preparert klaff fra gris eller modellert perikard fra gris eller kalv sydd fast til enstent. Denne stenten er først kledd med et tøystoff, og til det hele er det festet en syring. Dette tar selvsagt en del plass slik at hvis man kan unngå denne stentmekanismen, vil man kunne få innsydd en noe større ventil i et ellerstrangt ostium. Det ble forventet at de såkalte stentfrie ventiler da ville få bedre hemodynamikk, og flere arbeider har vist at det synes å være tilfellet. I et randomisert materiale fra Italia (7) kunne man imidlertid ikke påvise noe signifikant forskjell. I arbeidet fra Ullevål sykehus (2) ble det heller ikke påvist noen forskjell i hemodynamikk. Deter også antydnet at man kan forvente en bedre holdbarhet hos de stentløse ventiler. Man har imidlertid bare sju års observasjonstid på de mest anvendte av disse slik at det er for tidlig å si noe definitivt om holdbarheten. I praktisk talt alle publikasjoner kommer det frem at det medgår lengre tid for å implantere en stentfri ventil. Dette er en klarulempe. I materialet fra Ullevål (2) ser det imidlertid ikke ut som at dette har vært noe problem. Resultatene er forøvrig meget respektable.

Enkelte hevder at det knapt er noen fordel for eldre pasienter å få implantert en biologisk ventil, idet de mener at den samlede komplikasjonsfrekvens er sammenliknbar ved bruk av mekanisk og biologisk ventil (Milano A, Guglielmi C, DeCarlo M, Barzaghi C, Borzoni G, Verunelli F et al. Foredrag ved VII International Symposium juni 1997, Sitges, Barcelona.) Langt de fleste sentre bruker likevel biologiske ventiler hos eldre.

Ved Ullevål sykehus tok man i bruk biologiske hjerteventiler relativt sent, det må derfor foreligge en meget stor erfaring ved bruk av mekaniske ventiler hos eldre. Det kunne vært nyttig og interessant å få høre om deres erfaringer også på dette området.

Olaf W. Levang

LITTERATUR

1. Wiseth R, Sande E, Lundbom J, Levang OW. Aortic valve replacement in patients older than 70 years. *Journal of the Norwegian Society of Cardiology* 1991; 4 (suppl 1): 20.
2. Nordby T, Vengen ØA, Fjeld NB, Lie M. Erfaringer med biologiske aortaklaffer ved Ullevål sykehus. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 925-7.
3. Verstraete M, Verhaeghe R, Routledge P. Anticoagulants in the elderly. I: Butchart EG, Bodnar E, red. *Thrombosis, embolism and bleeding*. London: ICR Publishers, 1992.
4. Wiseth R, Levang OW, Sande E, Tangen G, Skjaerpe T, Hatle L. Hemodynamic evaluation by Doppler echocardiography of small (≤ 21 mm) prostheses and bioprostheses in the aortic valve position. *Am J Cardiol* 1992; 70: 240-6.
5. Jamieson WR, Burr LH, Munro AI, Miyagishima RT, Gerein AN. Cardiac valve replacement in the elderly: clinical performance of biological prostheses. *Ann Thorac Surg* 1989; 48: 173-85.
6. Jones EL, Weintraub WS, Craver JM, Guyton RA, Cohen CL, Corrigan VE et al. Ten-year experience with porcine bioprosthetic valve: interrelationship of valve survival and patient survival in 1,050 valve replacements. *Ann Thorac Surg* 1990; 49: 370-84.
7. Santini F, Bertolini P, Montalbano G, Vecchi B, Pessotto R, Prioli A et al. Hancock versus stentless bioprosthesis for aortic valve replacement in patients older than 75 years. *Ann Thorac Surg* 1998; 66 (suppl 6): 99-103.

Publisert: 10. mars 1999. *Tidsskr Nor Lægeforen*.

