
Aneurismer i koronararterie

MEDISINEN I BILDER

ERIK MADSSSEN

erik.madssen@stolav.no

Klinikk for hjertemedisin

St. Olavs hospital

og

NTNU

Erik Madssen er ph.d., spesialist i indremedisin og hjertesykdommer, overlege og førsteamanuensis.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.



Koronar angiografi viser fusiforme aneurismer i venstre koronararterie med diameter opptil 13 mm. Pasienten hadde også en akutt okklusjon i et tilsvarende aneurisme proksimalt i høyre koronararterie (se video).

Pasienten er en mann i 40-årene som ble innlagt med et hjerteinfarkt uten ST-elevasjon (NSTEMI), komplisert med akutt karokklusjon i forløpet.

Han hadde noen år tidligere fått påvist sitt første NSTEMI: På det tidspunktet viste koronar angiografi moderate ektasier, men ingen stenoser eller okklusjoner. Det ble også påvist genpositiv familiær hyperkolesterolemi, og han fikk behandling med dobbel platehemming i ett år, samt intensiv lipidreduserende behandling. Han var deretter til en ny utredning fem år senere på grunn av uspesifikke brystmerter, og det ble da påvist koronare aneurismer, der det største målte 10 mm.

Under den aktuelle innleggelsen viste koronar angiografi progrediering av aneurismene. Påfølgende morgen ble pasienten akutt dårlig med brystmerter og hypotensjon, og EKG viste ST-elevasjon i nedre vegg. Ny koronar angiografi viste oppstått okklusjon av høyre koronararterie. Det ble utført trombeaspirasjon og ballongdilatasjon med gjenoppretting av blodstrøm, men med tegn til distal embolisering. Adjuvant antitrombotisk behandling med blodplateaggregasjonshekkeren eptifibatid ble gitt i 24 timer.

Den påfølgende diskusjonen på hjertemøtet konkluderte med videre medikamentell behandling med warfarin, og acetylsalisylsyre ble kontinuert. CT angiografi av helkropp viste ingen aneurismer i andre kargebeter. Det ble, som ved tidligere innleggelser, ikke funnet holdepunkter for underliggende inflammatorisk systemsykdom.

Koronare aneurismer som medfører akutte koronare komplikasjoner hos voksne, er en sjelden tilstand og kan ha flere årsaker. Aneurismene kan oppstå sekundært til koronar aterosklerose, men også infeksjoner, arteritter og bindevevssykdommer er beskrevet som potensielle årsaker (1). Den autoimmune tilstanden som gir størst risiko for utvikling av koronare aneurismer, er Kawasaki sykdom, som i hovedsak rammer barn under fem år (2). Forekomsten i Norge er ukjent. Behandling med immunglobulin intravenøst og acetylsalisylsyre reduserer risikoen for å utvikle koronare aneurismer ved Kawasaki sykdom (2).

Det finnes ikke randomiserte studier om behandling av koronare aneurismer, og anbefalingene for antitrombotisk behandling avhenger av blant annet størrelsen på aneurismene. Warfarin sammen med acetylsalisylsyre er ansett som førstevalget ved aneurismer større enn 10 mm i diameter (3). Behandling med koronar bypasskirurgi eller stent er utfordrende og sjelden aktuelt, men ved akutt iskemi må gjenopprettelse av blodstrøm tilstrebes med perkutane revaskulariserende teknikker, som trombeaspirasjon og ballongdilatasjon, slik som hos denne pasienten.

Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

Artikkelen er fagfellevurdert.

REFERENCES

1. Sheikh AS, Hailan A, Kinnaird T et al. Coronary Artery Aneurysm: Evaluation, Prognosis, and Proposed Treatment Strategies. *Heart Views* 2019; 20: 101–8. [PubMed][CrossRef]
2. Rife E, Gedalia A. Kawasaki Disease: an update. *Curr Rheumatol Rep* 2020; 22: 75. [PubMed][CrossRef]
3. McCrindle BW, Rowley AH, Newburger JW et al. Diagnosis, Treatment, and Long-Term Management of Kawasaki Disease: A Scientific Statement for Health Professionals From the American Heart Association. *Circulation* 2017; 135: e927–99. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 23. oktober 2023. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.23.0315

Mottatt 26.4.2023, første revisjon innsendt 17.8.2023, godkjent 15.9.2023.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.