



## Ósæðargúll

### Hvað er ósæðargúll

Ósæðin er stóra æðin sem liggur frá hjarta í brjóstholi niður í kviðarhol. Þetta er stærsta slagæðin í líkamanum. Víkkun á æðinni kallast gúll (lat:aneurysma, e: AAA: Abdominal Aortic Aneurysm ). Venjuleg æð í kviðarholinu er um 1,7-2,4 sm í þvermál. Þvermál er stærra hjá körlum en konum. Ósæð vikkar með aldri um 25% frá 25 ára til 75 ára án þess að það teljist sjúklegt. Ef þvermálið er hins vegar 3,0 sm eða meira kallast þetta gúll. Þetta er viðsjárverður sjúkdómur sem vanalega verður vart eftir 60 ára aldur en er oftast án einkenna. Iðulega uppgötvast sjúkdómurinn af hreinni tilviljun í lifanda lífi.

Gúlar vaxa með tímanum um nokkra mm á ári og geta rofnað.

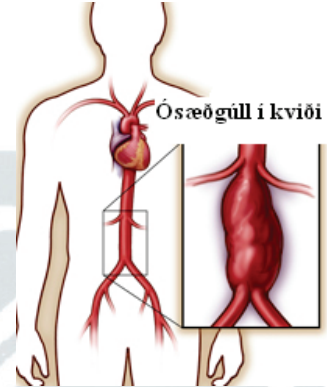
Rofættan er í hlutfalli við þvermál gúla og er lítil ef þvermál er minna en

5,0-5,5 sm. Ef gúlar rofna er sjúklingum bráður bani búinn. Dánartíðni

vegna rofs er á bilinu 60-80% og þeir sem lifa af rof og aðgerð í

kjölfarið geta átt við viðvarandi örkuð að búa. Hægt er að greina

sjúkdóminn á auðveldan og ábyggilegan hátt með ómskoðun og gera aðgerð þegar við á með góðum árangri.



### Orsakir gúla.

Áhættuþættir sjúkdómsins eru vel þekktir en hvað gerist í æðaveggnum sem orsakar veiklunina í æðaveggnum og víkkun æðarinnar er ekki jafn ljóst. Iðulega er þetta samfara æðakölkun sem getur verið útbreidd víða í slagæðum s.s. kransæðum, hálsæðum og útæðum útlima. Áhættuþættir þessara sjúkdóma eru ekki ósviðaðir en þó ekki alfarið þeir sömu. Helstu áhættuþættir ósæðagúla eru:

- **Aldur**  
Sjúkdómurinn sést vanalega ekki fyrr en eftir 60 ára aldur. Um 6% karla eldri en 60 ára hafa gúla í kviði. Vaxandi tíðni með hækkandi aldri.
- **Kyn**  
Sjúkdómurinn er mun algengari í körlum en konum eða 5-8x algengari.
- **Ættarsaga**  
Er algengari í ákveðnum ættum. Nánustu ættingjar sjúklinga með gúla eru í aukinni hættu á að hafa sjúkdóminn einnig. Þessi áhætta getur verið allt að fjórföld hjá systkinum og börnum.
- **Reykingar**  
Sterkur áhættuþáttur. Stuðla að sjúkdómnum og viðvarandi reykingar auka vaxtarhraða gúla. Magn reykinga virðist ekki vera eins mikilvægt og í öðrum æðasjúkdómum. Frekar tímalengd reykinga.
- **Hár blóðþrýstingur**
- **[Æðakölkun](#)**

### Einkenni

Flestir hafa engin einkenni (>70%) af sjúkdómnum. Hann finnst því oftast fyrir tilviljun. Sumir finna fyrir æðaslætti og fyrirferð í kviðnum. Óljós bakeinkenni geta einni verið til staðar. Blóðsegar sem safnast inn í gúlinn geta myndað blóðreka sem getur farið í æðar ganglima og myndað blóðtappa.

Við rof skapast lífshættulegt ástand sem einkennist af miklum kvið- og bakverkjum samfara blóðþrýstingsfalli. Blæðing frá rofnum gúl getur valdið skyndidauða í helmingi tilfella en búast má við að helmingur sjúklinga komist undir læknishendur lifandi. Af þeim deyir allt að helmingur í eða eftir bráðaaðgerð. Þeir sem eftir lifa búa oftast en ekki við varanleg örkuð. Samhliða geta sjúklingar með þennan sjúkdóm haft önnur afbrygði æðasjúkdóma s.s. [útæðasjúkdóm](#), [hálsæðasjúkdóm](#) og kransæðasjúkdóm. Ekki er samband milli æðagúla og [bláæða](#)- eða [sogæðasjúkdóma](#).

### Greining

Nokkrar aðferðir eru til að greina sjúkdóminn:

- **Þreifing**  
Ekki ábyggilega aðferð og ónákvæm hvað stærðarmat snertir

### Ósæðagúlar í kviðarholi Síða 1 af 3

- **Ómskoðun**  
Afar einföld og ábyggileg aðferð. Ætíð ráðlögð sem fyrsta greiningaraðferð
- **Tölvusneiðmynd (TS)/Segulómun (SÓ)**  
Notast er við skuggaefni í æð. Gefur afar góða mynd af gúlnum. Notað við nákvæmari kortlagningu á smáatriðum. Við TS er röntgengeislun. S'O myndir trufast af málmum sem kunna að vera í líkama sjúklinga.
- **Blóðpróf**  
Engin sértæk blóðpróf eru til sem greina sjúkdóminn.

### Meðferð

Meðferðin er að nokkru háð stærð gúla. Markmið meðferðar er að forða sjúklingum frá afleiðingum sjúkdómsins. Þá helst rofi með lífshættulegum afleiðingum.

### Almenn meðferð

- **Reykingar**  
Mikilvægt er að sjúklingar leggi reykingar á hilluna til frambúðar.
- **Blóðþrýstingur**  
Nákvæmt eftirlit með blóðþrýstingi og meðferð ef efri mörk eru yfir 130-140 mmHg eða neðri mörk yfir 80-90 mmHg. Vanalega er fyrsta lyf af lyfjaflokki beta-1 hamlá sem hvort tveggja hægja á hjartslætti og lækka þrýsting.
- **Blóðfitur**  
Ráðlegt er að blóðfitum sé haldið undir viðmiðunarmörkum með mataræði eða lyfjum. Vanalega eru þá gefin lyf af lyfjaflokki statína.
- **Blóðþynning**  
Vanalega er gefin væg blóðþynning. Notað er lágskammta acetyl salicylsýra (asperin) 75 mg/dag.

### Eftirlit með stærð gúla

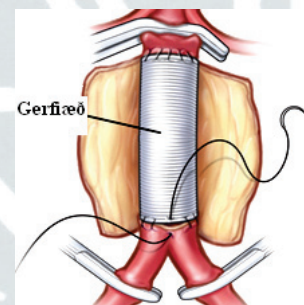
Reglulega á að fylgjast með stærð gúla með ómskoðun eða TS á 6 mánaða til 2 ára millibili. Þetta er há stærð gúla hverju sinni. Meðal vaxtarhraði er 2,6 mm/ár. Metinn er vaxtarhraðinn og þegar ákveðnum stærðarmörkum er náð er ástæða til að gera aðgerð.

### Aðgerð

Þegar gúlar hafa náð 5-5,5 sm stærð í þvermál er ástæða til aðgerðar. Einnig ef vaxtarhraðinn er >1/2 sm ári. Þetta er þá háð því að sjúklingar hafi ekki aðra sjúkdóma sem geri aðgerð áhættusamari en ella. Helstu sjúkdómar sem máli skipta í þessu tilliti eru:

- Kransæða- eða hjartabilunarsjúkdómar
- [Heilaæðasjúkdómur](#)
- Lungnateppa
- Skert nýrnastarfsemi

Fyrir aðgerð þarf að gera nákvæmt mat með tilliti þessara þátta sem geta haft áhrif á árangur aðgerðar. Því má ekki einblína á stærð gúlsins eingöngu. Hins vegar eru aðgerðir ekki gerðar á minni gúlum en 5-5,5 sm í þvermál.



### Tegundir aðgerða

#### Opnar aðgerðir

Flestar aðgerðir opnar skurðaðgerðir með holskurði þar sem gúllinn er fjarlægður og gerviað komið fyrir í stað sjúka hluta æðarinnar. Sjúklingar liggja á gjörgæslu 2-3 daga eftir aðgerð og á legudeild 1-2 vikur eftir aðgerð. Sérhæfð endurhæfing er ekki í kjölfar aðgerðar en sjúklingar þurfa að safna kröftum eftir aðgerðina og eru vanalega ekki vinnufærir á ný fyrr en eftir 3 mánuði. Oftast er um varanlega viðgerð að ræða sem ekki þarfnast sérstaks eftirlits um langa framtíð. Viss áhætta fylgir þessum aðgerðum en hafa verður í huga að ef ábending er fyrir aðgerð þá er rofhætta vanalega einnig álíka eða meiri hvort eð er.

### Ósæðagúlar í kviðarholi Síða 2 af 3

Fræðsluefni þetta er eingöngu til nota fyrir sjúklinga SEM lækninga slf

©Stefán E. Matthíasson janúar 2010

### Fóðringar

Í seinni tíð hefur komið fram tækni sem beitt er í vissum völdum tilfellum þar sem gúllinn er fóðraður að innan með gerviað. Þessi aðgerð hentar ekki öllum. Þetta er mun minna inngríp og iðulega gert í mænudeygingu. Hugsunin er að gúllinn sem eftir verður fyllist af blóðsega og minnki að sjálfu sér í kjölfar aðgerðarinnar. Sjúklingar dvelja ekki á gjörgæslu og eru komnir til síns heima innan fárra daga og vinnufærir fljótt. Á móti kemur að sjúklingar verða að vera í ævilöngu eftirliti þar sem TS eru teknar með ákveðnu millibili til að fylgjast með stærð gúlsins, legu á fóðringu og mögulegum leka á henni.

### Árangur aðgerða

Árangur aðgerða er að jafnaði ágætur. Dánartíðni í eða eftir opna skurðaðgerð er vanalega lág á viðurkenndum sérhæfðum stofnunum (3-6%) og minni en reiknuð árleg rofætta. Helstu vandamál sem upp kunna að koma tengjast:

- **Hjarta**
- **Nýrnastarfsemi**
- **Lungum**
- **Blóðtappar**

Minni tappar geta skotist niður í ganglimi þegar verið er að handleika gúllinn í aðgerð. Yfirleitt er hægt að lagfæra það í eða eftir aðgerð.

- **Blæðingar**

### Ósæðagúlar á Íslandi

Að meðaltali eru árlega gerðar um 20 aðgerðir vegna gúla í kviðarholi. Þær eru gerðar á Landspítala og Sjúkrahúsinu á Akureyri. Talið er að 12- 15 sjúklingar fá rof á gúla árlega. Þar af deyja 9.

### Forvarnir Kembileit

Víða erlendis er farið að skima fyrir sjúkdómnum með skipulagðri kembileit í því augnamiði að finna sjúkdóminn, meðhöndla og fyrirbyggja ótímabæran dauða vegna rofs. Þetta er gert með einfaldri ómskoðun. Skimun er talin afar árangursrík og hagkvæm hjá aldurhópum 65 til 78 ára og sér í lagi hjá körlum enda sjúkdómurinn algengari meðal karla en kvenna.

©SEM jan 2010

# LÆKNING