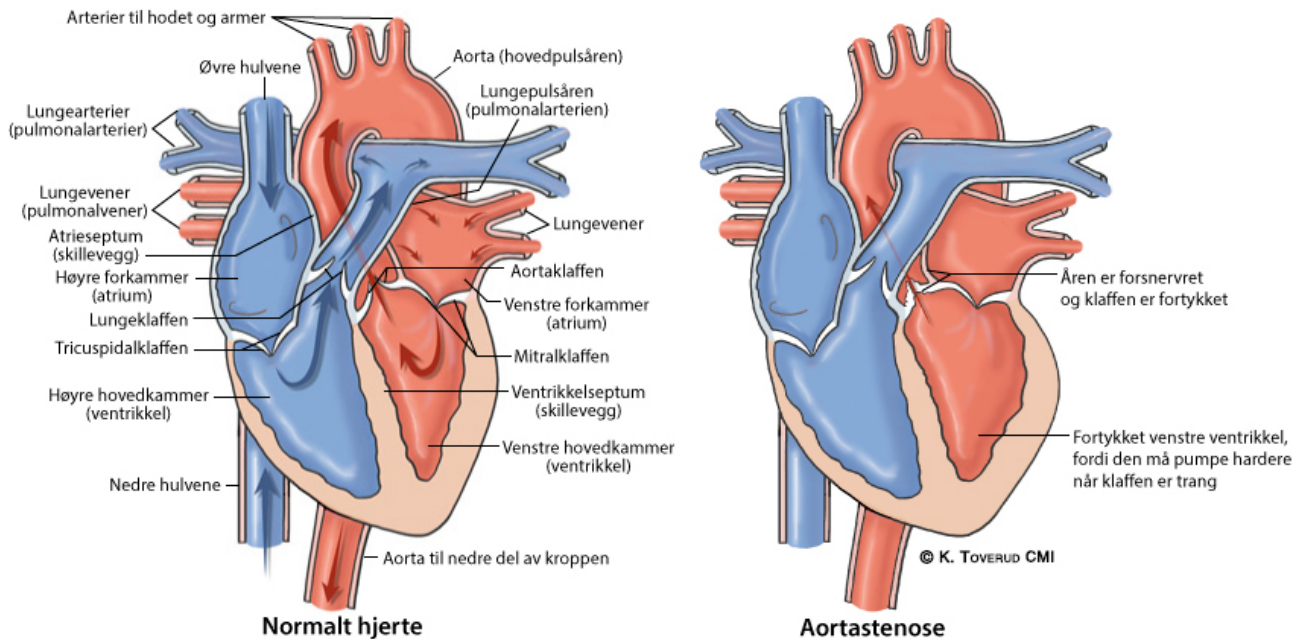


Aortastenose

Hva er aortastenose?

Aorta er hovedpulsåren som fører rødt (oksygenert) blod fra hjertet til resten av kroppen. Stenose betyr tranghet/forsnevring. Aortastenose er en forsnevring i eller nær aortaklaffen. Dette betyr at blodstrømmen fra venstre hjertekammer inn i aorta er mindre effektiv enn i et normalt hjerte. Dette fører til at hjertet må bruke større kraft til å pumpe blodet til kroppen forbi det trange partiet, og i verste fall at kroppen ikke får det oksygenet den trenger.



Aortaklaffen selv kan være for trang, eller det kan være en forsnevring over klaffen i aorta – "supravalvulær" stenose – eller nedenfor klaffen i hjertekammeret – "subvalvulær" stenose. Forsnevringen kan være mild, moderat eller alvorlig. Muskelen i venstre hjertekammer vil bli tykkere enn normalt (hypertrofi), fordi den må arbeide hardere for å pumpe blodet gjennom den trange klaffen.

Diagnose

Aortastenose kan føre til problemer med utviklingen av hjertets venstre side i fosterlivet. For at hjertet skal utvikle seg normalt må det strøme blod i hele hjertet. Hvis aortastenosen er svært trang, kan trykket på venstre side av hjertet derimot bli så høyt at mesteparten av blodet strømmer over til høyre side (i fosterlivet er høyre og venstre side av hjertet forbundet med et hull). Det kan føre til at venstre side av hjertet blir underutviklet. Noen ganger kan man se dette og diagnostisere tilstanden ved vanlig ultralyd av fosteret under svangerskapet.

Etter fødselen kan lyden av blod som tvinges gjennom den trange aortaklaffen høres som bilyd. I alvorlige tilfeller vil denne tilstanden føre til at barnet blir veldig blekt og for slapt til å spise nok. Disse symptomene oppstår fordi for lite rødt (oksygenert) blod sirkulerer i kroppen.

Dersom hjertefeilen oppdages i nyfødtp perioden, krever den nesten uten unntak behandling i løpet av dager eller uker, avhengig av alvorlighetsgraden. Dersom den oppdages hos større barn, kan man ofte avvente utviklingen en periode.

For en oversikt over forskjellige undersøkelsesmetoder som brukes for å oppdage eller kontrollere hjertefeil og hjertesykdom hos barn, se egen informasjonsside.

Alvorlig aortastenose hos større barn kan føre til svimmelhet, besvimelse og brystmerter, mens moderat eller lettere grad av aortastenose ikke gir noen symptomer.

Hvis barnet ditt har en tilstand som er komplisert, er det mulig at aortastenose bare er én av flere defekter.

Behandling

Forsnevring i åreveggen ovenfor aortaklaffen kan ofte fjernes en gang for alle ved operasjon. Det samme gjelder en forsnevring som sitter under klaffen, men her er det risiko for tilbakefall. Dersom selve klaffen er påvirket, vil man sjelden kunne oppnå helt normal funksjon, uansett behandlingsmetode, og vanligvis blir det behov for klaffekirurgi senere i barndommen eller ungdommen. Målet for behandlingen er at barnet skal kunne utvikle seg og leve normalt uten symptomer, og at hjertet ikke utsettes for uheldig belastning.

Kateterbasert behandling

I noen tilfeller velger man å behandle en trang aortaklaff ved hjelp av en kateterbasert teknikk uten åpen hjerteoperasjon.

Operasjon

Kirurgisk behandling av en aortastenose krever en åpen hjerteoperasjon. Målet med operasjonen er å utvide eller erstatte aortaklaffen, eller å redusere forsnevringen over eller under den.

Hvis barnet ditt har andre hjertefeil, vil operasjonen som utføres avhenge av hvordan hjertet best kan repareres sett opp mot de andre problemene barnet har.

For større barn er dette vanligvis en operasjon som innebærer liten risiko, men dette avhenger av barnets øvrige helsetilstand. Hjertespesialisten eller kirurgen vil informere utførlig om alle mulige risikoer før de ber om samtykke til operasjonen.

Aortaklaffen må i noen tilfeller erstattes av en kunstig (mekanisk) klaff som er spesielt utformet, for å være sterk nok til å motstå det sterke trykket av blod som pumpes fra venstre hjertekammer. Kunstige klaffer vokser imidlertid ikke med barnet, så derfor venter man i det lengste med å sette inn slike, for å unngå oppfølgingsoperasjoner for å skifte dem. Barn med kunstige klaffer vil også måtte ta blodproppsforebyggende midler hele livet, noe som kan få konsekvenser for deres helse og livsstil (se informasjon om Marevan/Warfarin).

Ross-operasjonen er et alternativ til innsetting av kunstig aortaklaff. Ved denne operasjonen flyttes barnets lungearterie-klaff slik at den kan erstatte aortaklaffen (et såkalt autograft). En klaff av menneskevev (et såkalt homograft) erstatter deretter lungearterieklaffen. Dette homograftet vil ikke vokse med barnet, og det vil i tillegg forkalkes og bli ubrukelig over tid, slik at det må byttes ved hjerteoperasjoner flere ganger i løpet av livet.

Hvordan barnet påvirkes

Barn som behandles i nyfødtp perioden trenger tett oppfølging, særlig det første året, og videre oppfølging er avhengig av resultatet.

Hvis barnet ditt har en mild form for aortastenose, må han eller hun vanligvis følges opp årlig for å sjekke om klaffen er blitt trangere. Ellers vil barnet normalt ikke ha problemer, og vil kunne leve et helt normalt liv

uten forholdsregler. Hos større barn der klaffen igjen har blitt alvorlig forsnævret, kan det unntaksvis være behov for å holde igjen på fysisk belastning i påvente av behandling.

Barn som har fått behandling med ballongkateter må følges opp oftere, for det er ikke uvanlig at klaffen blir trang igjen eller begynner å lekke. Det kan trenge en ny kateterisering eller operasjon.

Etter en operasjon er det alltid en viss risiko for infeksjon eller komplikasjoner. De fleste barn er likevel helt restituerte og aktive bare kort tid etter operasjonen. De vil ha et arr midt på brystet, og muligens også små arr på steder der det ble brukt drenasjeslanger.

Hvis klaffen først ble utvidet med ballongkateter, blir det oftest nødvendig med en operasjon for å reparere eller erstatte den med en kunstig klaff i fremtiden. Hvis klaffen har blitt skiftet ut, må det sjekkes jevnlig at erstatningen fungerer effektivt. Mekaniske klaffer er laget for å vare livet ut dersom de er store nok. En kunstig klaff av biologisk materiale kan være en fordel å ha i en periode når det er viktig å slippe marevan, men denne har kortere varighet og må skiftes senere.

Hvis barnet ditt har hatt en Ross-operasjon, vil begge klaffene bli sjekket jevnlig. Lungeklaffen må som regel etter noen år skiftes ut med et nytt homograft. Det er også mulig at lungeklaffen senere får en kunstig klaff innført i det opprinnelige homograftet. Det kan i tillegg bli nødvendig å skifte ut aortaklaffen med en kunstig klaff. Behovet for oppfølgingsinngrep på klaffene senere i livet etter ballongkateter eller operasjon for aortastenose, og spesielt etter en Ross-operasjon, er stor.

Denne artikkelen er hentet fra Children Heart Foundation - CHF, oversatt til norsk, kvalitetssikret og tilpasset norske forhold i samarbeid med overlegene Henrik Holmström, Thomas Möller og Henrik Brun, ved Barnehjerteseksjonen på Oslo Universitetssykehus, Rikshospitalet. Illustrasjoner er laget av medisinsk illustratør Kari Toverud, i samarbeid med barnelege Alf Meberg