

Aneurysma aortae abdominalis: tussen ruptuur en screening

A. KNUISTINGH NEVEN

Een ruptuur van een aneurysma aortae abdominalis heeft een hoge mortaliteit, terwijl de mortaliteit bij een operatie zonder ruptuur betrekkelijk gering is. Tijdige opsporing zou daarom nuttig kunnen zijn, maar duidelijke richtlijnen ontbreken. In een praktijkpopulatie van 6500 mensen werd de diagnose aneurysma aortae abdominalis in zes jaar tijd bij acht patiënten gesteld. Zowel uit deze patiëntenserie als uit de literatuur valt op te maken dat oudere mannen die roken of gerookt hebben, en een hart-vaatliden in de anamnese hebben, een duidelijke risicogroep vormen.

Knuistingh Neven A. Aneurysma aortae abdominalis: tussen ruptuur en screening. Huisarts Wet 1991; 34(8): 386-8.

A. Knuistingh Neven, huisarts, lid CWO, Westzoom 3, 2931 AZ Krimpen aan de Lek.

Inleiding

Men spreekt van een aneurysma aortae bij een doorsnede van de aorta abdominalis >3,5-4 cm. Een aneurysma van 3,5-4,9 cm heeft een kans van 5 procent om binnen acht jaar te scheuren, terwijl die kans bij een aorta met een doorsnede ≥ 5 cm niet minder dan 25 procent bedraagt. Een doorsnede van minder dan 3,5 cm brengt geen risico met zich mee.¹

De incidentie van het geruptureerde aneurysma aortae bedroeg in een groot-schalig, acht jaar durend onderzoek gemiddeld 13,9 per 100.000 per jaar. Achter dat gemiddelde gaat echter een stijgende tendens schuil: in 1986, aan het eind van het onderzoek, was de incidentie toegenomen tot 17,5 per 100.000. Mannen werden ruim driemaal zo vaak door een ruptuur getroffen als vrouwen. Verder bleek de ruptuur vooral op hogere leeftijd voor te komen: in de leeftijdsgroep 51-60 jaar was de gemiddelde incidentie 3 per 100.000, en in de leeftijdsgroep boven de 80 jaar 75,4 per 100.000.²

Een ruptuur van een aneurysma aortae abdominalis betekent een groot risico voor de patiënt: ongeveer 40 procent overlijdt voordat van effectieve therapeutische interventie sprake kan zijn, en de operatiesterfte bij de resterende groep bedraagt 40-50 procent. Bij een electieve operatie is de operatiesterfte minder dan 5 procent.³ Een aneurysma groter dan 5 cm komt in aanmerking voor een electieve resectie.^{1,3} Screening op aneurysma aortae is mogelijk door middel van echografie; in een Engels programma werd bij 5,4 procent van de onderzochte mannen van 65-75 jaar een doorsnede van de buikaorta van ten minste 4 cm gevonden.⁴ Systematische screening lijkt echter nog ver weg.³

In dit artikel wordt een serie van acht patiënten met een aneurysma aortae abdominalis retrospectief beschreven.

Methode

Het onderzoek vond plaats in de groepspraktijk Krimpen aan de Lek, waarin drie huisartsen werkzaam zijn, met een populatie van ongeveer 6500 patiënten. Alle patiënten bij wie in de jaren 1984-1989 de

diagnose aneurysma aortae was gesteld, werden retrospectief geïdentificeerd. De gegevens zijn afkomstig van de patiëntenkaarten en specialistenbrieven. Soms moest het beeld (hetero-)anamnestisch gecompleteerd worden.

Resultaten

In totaal werden acht patiënten gevonden met de diagnose aneurysma aortae abdominalis (tabel).

Bij vier patiënten werd de diagnose ruptuur van een aneurysma aortae abdominalis gesteld. Twee patiënten (1 en 6) werden met succes acuut geopereerd.

Patiënt 1 werd met als diagnose 'cardiogene shock' verwezen naar de cardioloog. Nadat een cardiale oorzaak was uitgesloten met behulp van echografie, werd de juiste diagnose gesteld.

Patiënt 6 werd acuut naar het ziekenhuis verwezen met als mogelijke diagnose ruptuur van een aneurysma aortae abdominalis. Hij werd zonder verdere diagnostiek met spoed geopereerd.

Patiënt 3 werd in verband met mogelijke niersteenklachten opgenomen bij de uroloog. Deze verrichtte na het uitsluiten van urologische oorzaken echografie, waarbij de diagnose geruptureerd aneurysma aortae werd gesteld. Bij de spoedoperatie bleek het enorme aneurysma (doorsnede 11 cm) niet geruptureerd te zijn.

Patiënt 2 werd met diagnose 'mogelijk ruptuur van een aneurysma aortae abdominalis' ingestuurd. In het ziekenhuis werd geen adequaat onderzoek verricht en werd alleen een intensieve shockbehandeling ingesteld, die zinloos bleek te zijn. Obductie werd niet verricht en de brief van de specialist vermeldde 'shock e.c.i.'.

Bij vier patiënten werd de diagnose niet-geruptureerd aneurysma aortae abdominalis gesteld. Echografisch onderzoek bleek bij alle patiënten tot de juiste diagnose te leiden.

Patiënt 4 werd naar de chirurg verwezen, nadat op verzoek van de huisarts in verband met onbegrepen buik- en rugklachten echografisch onderzoek was verricht. Tijdens de electieve operatie bleek er een

suprarenale uitbreiding te zijn; de patiënt werd later in een gespecialiseerde vaatkliniek met succes geopereerd.

Patiënt 5 wendde zich na een keuringsonderzoek waarbij de diagnose aneurysma was overwogen, meteen tot de vaatchirurg. Hierbij bleek het gegeven dat twee broers een aneurysma aortae abdominalis hadden, een beslissende rol te hebben gespeeld.

Patiënt 7 werd verwezen naar de chirurg voor verdere analyse van zijn claudicatieklachten. Onderzoek bracht een stenose in de arteria iliaca externa en een aneurysma van de buikaorta aan het licht.

Patiënt 8 was voor prostaat- en niersteenklaachten onder controle van de uroloog, terwijl hij voor sarcoïdosis en Cara werd behandeld door de longarts. Bij pre-operatief onderzoek door de longarts in verband met een urologische ingreep kwamen rug-

en buikklaachten ter sprake, waarna de longarts besloot tot echografisch onderzoek van de buik. Een CT-scan bleek nodig om een suprarenaal aneurysma uit te sluiten, en vervolgens werd de patiënt electief geopereerd.

Complicaties

Patiënt 1 kreeg eerst een nabloeding, zodat een re-laparotomie nodig was. In de post-operatieve fase ontstonden er gedeeltelijk passagère paresen van rechter arm en been ten gevolge van cerebrale embolieën. Een aantal jaren later ontwikkelden zich epileptische insulten.

Patiënt 5 werd zes maanden na de ingreep opnieuw geopereerd in verband met een strangulatie-ileus.

Patiënt 3 werd recent opnieuw verwezen voor analyse van bovenbuikklaachten, die te maken zouden kunnen hebben met de

grote littekenbreuk of het nog aanwezige suprarenale aneurysma.

Voorafgaande contacten met de huisarts

Hypertensie was voor vier patiënten (1, 3, 4 en 6) reden voor een regelmatige controle door de huisarts. Alleen patiënt 4 klaagde enige weken over buik- en rugklachten, terwijl de anderen geen bijzonderheden hadden vermeld. *Patiënt 2* en *patiënt 5* werden nooit op het spreekuur gezien. *Patiënt 7* kwam regelmatig op spreekuur met vooral hoofdpijn- en spanningsklachten; recent ontstane claudicatio maakte een verwijzing voor verdere analyse noodzakelijk. *Patiënt 8* werd alleen gezien voor de jaarlijkse griepvaccinatie en een enkele keer in verband met hoesten.

Risicogroepen

Alle patiënten waren mannen. Hun leeftijden varieerden van 53 tot 76 jaar. Bij zes patiënten was er een vaatlijden in de anamnese (hypertensie, TIA, hartinfarct, claudicatio), terwijl patiënt 5 twee broers met een geopereerd aneurysma had. Alle patiënten rookten sigaretten of hadden jarenlang gerookt.

Beschouwing

Uit dit beperkte retrospectieve onderzoek komen enkele feiten naar voren.

- De diagnose ruptuur van een aneurysma aortae is in het klassieke geval wellicht niet moeilijk. Insturen, gevolgd door tijdig operatief ingrijpen, heeft voor patiënt en arts een heroïsch karakter.^{5,6} In de praktijk blijkt het niet altijd zo duidelijk te liggen, waardoor een verwijzing naar een andere specialist dan de vaatchirurg plaatsvindt.⁷
- De diagnose niet-geruptureerd aneurysma aortae werd vooral door niet-huisartsen gesteld. Een specifiek klachtenpatroon is afwezig. Wel is er, ook in de literatuur, een groep patiënten te herkennen met een verhoogd risico.⁸ Oudere mannen die roken of gerookt hebben, en met hart-vaatlijden in de anamnese lijken een verhoogd risico te hebben.
- Omdat electief ingrijpen een gunstiger prognose heeft, verdient het aanbeveling om bij deze risicogroep het bestaan van een aneurysma te overwegen. Echografie van

Tabel Gegevens betreffende de patiënten met de diagnose aneurysma aortae.

nr	Lft	M/V	Diagnose	Gesteld door	Therapie	Risico-factoren	Complicaties/diversen
1	72	man	ruptuur	cardioloog	acuut	hypertensie roken	nabloeding parese epilepsie
2	59	man	ruptuur	huisarts	geen	roken	overleden shocktherapie geen echo geen obductie
3	66	man	ruptuur 11 cm	uroloog	acuut	hypertensie roken	suprarenaal groot aneurysma geen ruptuur!
4	61	man	geen ruptuur 6,5 cm	huisarts	electief	hypertensie roken	suprarenaal aneurysma heroperatie vaatkliniek
5	53	man	geen ruptuur 7 cm	keuring	electief	roken	strangulatie ileus 2 broers aneurysma
6	70	man	ruptuur	huisarts	acuut	hypertensie roken TIA/infarct	geen complicaties
7	60	man	geen ruptuur 5,5 cm	chirurg	electief	roken claudicatio	stenose art.il.ext.
8	76	man	geen ruptuur 5 cm	longarts	electief	roken	CT-scan ter uitsluiting suprarenaal aneurysma

de buikaorta is dan een zinvol onderzoek.

• Bij een onduidelijk klachtenpatroon bij patiënten uit de risicogroep (met name rug- en/of buikklachten) kan echografisch onderzoek meer informatie opleveren dan een X-lumbale WK. Een echografisch onderzoek van de buik kost ongeveer NLG 140,-, een X-lumbale WK ongeveer NLG 100,-.

Dankbetuiging

Met dank aan Prof. dr. E. van der Does, H. Pleumeekers, Dr. A. Prins en J. Zaat voor hun kritische commentaar op dit artikel.

Literatuur

- ¹ Nevitt MP, Ballard DJ, Hallett JW. Prognosis of abdominal aortic aneurysms. *N Engl J Med* 1989; 321: 1009-14.
- ² Mealy K, Salmon A. The true incidence of ruptured abdominal aortic aneurysms. *Eur J Vasc Surg* 1988; 2: 405-8.
- ³ Van Vroonhoven ThJVM. Screening op aneurysma aortae abdominalis. *Ned Tijdschr Geneesk* 1989; 133: 1061-2.
- ⁴ Collin J, Walton J, Arnjo L, Lindsell D. Oxford screening programme for abdominal aortic aneurysm in men aged 65 to 74 years. *Lancet* 1988; ii: 613-5.
- ⁵ Van Leer JVM. Buikenvaria. *Practitioner Ned* 1990; 7: 369-72.

⁶ Schleurholts HU. Een niersteenkoliëk? *De papieren Visite* 1990; 7: 5-7.

⁷ Meyboom WA. De 'steen' van Pandora. *Patient Care Ned* 1990; 17(8): 57-60.

⁸ Twomey A, Twomey E, Wilkins RA, Lewis JD. Unrecognized aneurysmal disease in male hypertensive patients. *Int Angiol* 1986; 5: 269-73.