

Opfølgningsprotokol for coarctatio (børn ≤ 15 år)

Baggrund:

Coarctatio er en generaliseret aortopati der præsenterer sig som et spektrum af læsioner med variabel grad af udbredning og forsnævring. Oftest vil der være en diskret stenose, typisk udfør ductusstedet. Sjældnere ektopisk eller langstrakt.

Associerede kardielle misdannelser:

Bicuspide aortaklapper, aortastenose (valvulær, sub- eller supra- valvulær), mitral stenose (shones complex) eller andre komplekse tilstande

Associerede syndromer/tilstande:

Turner, Di George, Williams, kongenit rubella, neurofibromatose, Takayusus arterit mv.

Klinisk:

Præsenterer sig med variable symptomer fra kritisk forløb i neonatalperiode med circulatorisk kollaps til asymptomatisk frem til voksenalder, hvor der efterhånden kan tilkomme flg:

Hovedpine, svimmelhed, næseblod, tinnitus, dyspnoe, abdominal angina, claudicatio, lægkramper, kolde ekstremiteter, cerebral hemorrhagi

Behandling:

Primære behandling hos små børn er operation.

Hos større børn er behandlingen ballondilatation med stent, og kun hvis dette ikke er teknisk muligt udføres operation.

Ved re-coarctation hos både små og store børn kan der ballonudvides.

Man bør overveje intervention hos patienter med en ekkokardiografisk Doppler gradient over coarctationen på 30 mmHg samt enten hypertension, abnormt BT respons under belastning eller LVH.

Der anbefales i starten opfølgning årligt senere evt. hvert andet år:

Klinisk undersøgelse

Højde/vægt

BT: på hø OE (sjældnere ve. OE afh. af anatomi og operationsmetode)

Ekg: LVH, belastning/iskæmi

Ekko 2D/(3D): af aorta mhp udbredelse og grad af restenose/aneurisme/dilatation, doppler gradient (obs run-off til collateraler og nedsat compliance af aorta kan give falske resultater)

LV dimensioner (hypertrofi/dilatation) og funktion

Aortaklap (bicuspid, AS, AI)

Ved specielle situationer:

MR/CT: hvis forhold ikke kan visualiseres tilstrækkeligt ved ekko

Katetherisation: hvis behandlingsindikation

Arteriel hypertension:

En del patienter har hypertension lige efter operation/stentning for coarctatio. Dette svinder hos de fleste. Ca 10% af selv velbehandlede CoA patienter udvikler dog på lang sigt arteriel hypertension. Medicinsk behandling af BT hvis > 97% percentil. I tvivlstilfælde anbefales døgn-BT.

Sport:

Motion er sundt for patienter med medfødt hjertesygdom og alle kan tåle at kredsløbstræne (gang, løb, svømning og cykling). Der er ingen begrænsninger for hvor meget man må cykle eller løbe, men hjertefejlen kan sætte grænser for hvor meget man kan præstere. Patienter skal behandles så de sikkert kan dyrke kredsløbstræning. Statisk sport som vægttræning øger BT, når man løfter tunge vægte. Ud fra en teoretisk betragtning er det u hensigtsmæssigt at få store stigninger i BT, hvis man har dilaterede ventrikler eller svaghed i aorta. Kan man løfte de vægte man træner med mere end 15 gange, vil det formentlig ikke ændre BT i en grad, så det anses for problematisk. Er vægtene eller maskinerne for tunge, så man ikke kan gentage øvelsen 15 gange i træk, er de for tunge. Der er ikke grænser for hvor mange gange man må gentage sæt af 15 repetitioner.

Ved symptomer (f.eks. hovedpine) i forbindelse med sport kan man overveje stress-test (arbejds-ekg) med BT måling under belastning.