



SASS

Swedish Aneurysm Screening Study Group

Rekommendationer om farmakologisk behandling hos män med screeningupptäckt abdominellt aortaaneurysm (AAA)

Då stora interventionsstudier av medicinsk behandling av patienter med abdominellt aortaaneurysm (AAA, aortadiameter ≥ 30 mm) saknas är rekommendationerna baserade på europeiska riktlinjer för primär- och sekundärpreventiv behandling av aterosklerotisk kärlsjukdom och dess riskfaktorer (1-3) med syfte att minska kardiovaskulär morbiditet och död. De överensstämmer även med aktuella europeiska riktlinjer för hantering av AAA (4) och stöds av den mortalitetssänkning med statinbehandling efter AAA kirurgi som dokumenterats i systematisk litteraturgenomgång (5). Rekommendationerna avser män med screeningupptäckt AAA, men kan tillämpas även på övriga *män och kvinnor* med AAA som följs med tanke på eventuell tillväxt och behov av kirurgi, som har behandlats för AAA eller har upptäckts ha AAA som ett bifynd i samband med andra undersökningar.

Personer med subaneurysmal sjukdom, aortadiameter 25-29 mm, har liknande riskfaktorprofil som de med AAA (6). Man kan därför överväga att tillämpa rekommendationerna även i den gruppen.

Statinbehandling

Effekter av statiner på AAA-tillväxt har ej dokumenterats. Då det bland 65-åriga svenska män endast är icke-rökare med systoliskt blodtryck (SBT) ≤ 120 mmHg och total kolesterol ≤ 5 mmol/l som inte uppfyller högriskkriterierna för statinbehandling redan i primärprevention (1) rekommenderas behandling med statiner till alla patienter med AAA (4). Europeiskt målvärde för LDL-kolesterol vid etablerad kärlsjukdom är 1,4 mmol/l (1). Som förstahandspreparat föreslås Atorvastatin 40 mg x1.

Blodtrycksbehandling

Blodtryckskontroll bör eftersträvas snarast efter diagnos av AAA. Behandlingsindikation föreligger vid SBT > 140 mmHg (2) och samtliga grupper av antihypertensiva läkemedel kan behöva användas för att uppnå målet SBT 130-140 mmHg (2). Förstahandspreparat bör väljas bland följande läkemedelsgrupper: ACE-hämmare, angiotensin II receptorblockerare, kalciumflödeshämmare eller tiaziddiuretika (2). Patienterna kan vid behov remitteras till specialist i allmän- eller internmedicin.

Trombocytaggregationshämmning

Patienter med AAA och *samtidig symptomgivande ateroskleros* bör med beaktande av sedvanliga kontraindikationer erbjudas trombocytaggregationshämmande behandling med acetylsalicylsyra eller clopidogrel (7, 8). Som förstahandspreparat föreslås Trombyl 75 mg x1.

Rökstopp

Fortsatt rökning har vid AAA visats vara förenat med både ökad aneurysmtillväxt och rupturrisk varför rekommendation om rökstopp är angeläget (9). Dessutom minskar risken för

kardiovaskulär morbiditet och död. Aktiv hjälp med rökavvänjning bör erbjudas alla rökande AAA patienter (ca 20-30%) (10).

Referenser

1. Mach F, Baigent C, Catapano AL, et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk: the Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS). *Eur Heart J* 2019;41:111–88.
2. Williams B, Mancia G, Spiering W, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J* 2018;39:3021-104.
3. Aboyans V, Ricco JB, Bartelink MEL, et al. 2017 ESC Guidelines on the Diagnosis and Treatment of Peripheral Arterial Diseases, in collaboration with the European Society for Vascular Surgery (ESVS): Document covering atherosclerotic disease of extracranial carotid and vertebral, mesenteric, renal, upper and lower extremity arteries. Endorsed by: the European Stroke Organization (ESO), The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Peripheral Arterial Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and of the European Society for Vascular Surgery (ESVS). *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2018;55:305-68.
4. Wanhainen A, Fabio Verzini F, Van Herzele I, et al. Editor's choice - European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2019 Clinical practice guidelines on the management of abdominal aorto-iliac artery aneurysms. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2019;57:8e93.
5. Risum Ø, Sandven I, Jon O, Sundhagen JO, et al. Editor's choice - Effect of statins on total mortality in abdominal aortic aneurysm repair: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2021;61:114e120.
6. Svensjö S, Björck M, Wanhainen A. Editor's choice: five-year outcomes in men screened for abdominal aortic aneurysm at 65 years of age: a population-based cohort study. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2014;47:37-44
7. Antithrombotic Trialists' Collaboration. Collaborative meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients. *BMJ* 2002;324:71–86.
8. Antithrombotic Trialists' (ATT) Collaboration Aspirin in the primary and secondary prevention of vascular disease: collaborative meta-analysis of individual participant data from randomised trials. *Lancet* 2009;373:1849–60.
9. Sweeting MJ, Thompson SG, Brown LC, et al, RESCAN collaborators. Meta-analysis of individual patient data to examine factors affecting the growth and rupture of abdominal aortic aneurysms. *Br J Surg* 2012;99:655e65.
10. Bohlin S, Fröjd C, Wanhainen A, et al. Change in smoking habits after having been screened for abdominal aortic aneurysm. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2014;48:138-43.

Utarbetat av Doc Anders Gottsäter och godkänt av SASS-gruppen
2021-05-10