



Aortadisseksjon - Legeprosedyre

D50385

 Utgave:
2.01

 Gjelder fra:
27.05.2026

Side 1 av 3

Hensikt og omfang

Sikre rask diagnostisering og behandling uavhengig av kirurgisk behandling eller ikke.

Ansvar/målgruppe

Leger ved medisinske avdelinger.

Handling

Diagnostikk

Rask diagnose og medisinsk behandling er avgjørende for prognosen enten pasienten skal behandles kirurgisk eller ikke.

Klinikk

- God klinisk undersøkelse, inkludert palpasjon av abdomen og perifere pulser
- Auskultasjon hjerte og lunger er viktig
- Plutselige, "skjærende» smerter i thorax , nakke, abdomen, ekstremiteter. Typisk at smertene vandrer.
- Hypertensjon, synkope
- Hypotensjon; OBS perikardblødning/tamponade
- Svekket eller manglende puls. Sidedforskjell i BT.
- Aortainsuffisiens med eller uten lungestuvning
- Nevrologiske symptomer og funn

Supplerende undersøkelser

- EKG; kan være forandringer som ved hjerteinfarkt pga. affiserte koronarkar. Blodprøver, inkl. D-dimer (normal D-dimer: Negativ prediktiv verdi 0,96).
- Rtg. thorax (usikre funn): Breddeøkt mediastinum hyppigst. Forandret kontur på aortaknoppen.
- CT thorax og abdomen: Kan være riktig å utelate rtg. og gå rett på CT.
- Ekko/Doppler (TTE/TØE førstevalg hvis raskt tilgjengelig og kompetent lege): Disseksjon på a. ascendens, aortainsuffisiens, tamponade. Vurdering av hjertefunksjonen.

Behandling og oppfølging

Type A: Disseksjon i aorta ascendens

- Medisinsk og vanligvis kirurgisk behandling
- Pasienten flyttes så raskt det er praktisk mulig til thoraxkirurgisk seksjon ved OUS. Radiolog formidler funn til behandlende lege lokalt/lege med det medisinskfaglige ansvar for pasienten (med. eller kir. sekundærvakt).

Type B: Disseksjon i aorta descendens, dvs. distalt for venstre arteria subclavia

Utgave: 2.01	Aortadisseksjon - Legeprosedyre	D50385 Side 2 av 3
-----------------	--	-----------------------

- Medisinsk behandling. Kirurgi kun ved komplikasjoner.
- Overflyttes dersom det oppstår komplikasjoner. Kan ellers behandles lokalt.
- Noen type B kan gå et stykke proksimalt for venstre arteria subclavia og bør diskuteres med thoraxkirurg

Blodtrykksbehandling

- Ved begge typer er BT-senkning og smertebehandling viktigst initialt. I SI prioriteres dette framfor/samtidig med planlegging av overflytting til OUS.
- Mål for systolisk BT: 90-120 mmHg, gjennomsnitt-BT < 80mmHg, og at det **holdes der**.
- BT-målingene gjøres på armen med *høyest* trykk. **Intraarteriell måling er best.**

Labetalol (Trandate)

- 1. dose 20 mg langsomt i.v. (> 1 min.) deretter hvert 5. minutt inntil 50 mg pr dose, totalt 200 mg eller oppnådd BT-verdi. Fortsett med kontinuerlig infusjon – se [Legemidler - Blandekort, Labetalol](#)

Morfin

- Etter vanlige retningslinjer. Høy dose ofte nødvendig initialt.

Volum/blod

- Gis ved uttalt hypotensjon/sjokk

Observasjoner

- Kontinuerlig BT-kontroll
- Blærekateter m/timediurese
- Smertefrihet
- Nevrologiske symptomer og funn
- Kontroll av Hb, EVF, kreatinin, urinstoff, elektrolytter, troponin, albumin, pancreasenzymmer og leverfunksjon
- CT kontroll etter 2-3 døgn, ved utskrivelse eller ved forverrelse i tilstanden

Utfordringer

Labetalol gir ikke nok BT-senkning

- Skifte til metoprolol og nitroprussid (kjemisk synonym: natrium nitroprussid)
- **Metoprolol** gis i doser á 5mg hvert 5. min. inntil hjerterefrekvens < 60, oppnådd BT-mål eller totaldose 15mg, se [Legemidler - Blandekort, Metoprolol, Seloken](#)
- Dersom BT-målet ikke oppnås suppleres med **nitroprussid**; doseres etter effekt (BT), startdose 0,5-1,0 µg/kg/min, vedlikeholdsdose vanligvis 0,5-3,0 µg/kg/min (kan gis kortvarig opp til 8 µg/kg/min). Kan økes med 0,2 µg/kg/min hvert 5. minutt til ønsket effekt, se [Legemidler - Blandekort, Nitroprussid](#)
- Uregjerlig hypertensjon kan være grunn til operasjon (fjerne "entry")

Beta-blokker kontraindisert pga. hjertesvikt

- Nitroglycerininfusjon

Nitroglycerin i.v. og/eller beta-blokkerbehandling er påbegynt før diagnosen stilles

- Vurder å fortsette denne behandlingen. Gi metoprolol 5mg i.v. inntil hjerterefrekvens < 60/min, oppnådd BT-mål eller totaldose 15mg. Øk infusjonshastigheten på nitroglycerin v/behov.

Utgave: 2.01	Aortadisseksjon - Legeprosedyre	D50385 Side 3 av 3
-----------------	--	-----------------------

Lungestuvning/ødem

- Oftest pga. ischemisk hjertesykdom eller aortainsuffisiens (løsning av aortaklaffen). Behandles på vanlig måte inntil innleggelse OUS.

Pericardblødning

- Behandles med pericardiocentese og drenasje dersom det er tamponade

Intraktable smerter

- Epidural smertebehandling
- Er ofte pga. ischemisk organkomplikasjon og kan være grunn til overflytting til OUS.

Betablokkerbehandling kontraindisert pga. astma

- Verapamil i.v. i gjentatte doser á 5mg, totalt inntil 20mg, hjertefrekvens < 60 eller oppnådd BT-senkning. Fortsett med i.v. infusjon - se [Legemiddelhåndboka](#). Kombinasjon med nitroprussid er ikke nok omtalt. Å kombinere med nitroglyserin er trygt, bruk dette i tillegg ved behov.

Overgang fra i.v. til p.o. behandling

- Kontrollere hyppig at BT ikke stiger for mye

Pasienter med aortadisseksjon skal ha god blodtrykksbehandling livet ut.

Referanser

[SI/21.03-40 Legemidler - Blandekort, Labetalol](#)

[SI/21.03-50 Legemidler - Blandekort, Metoprolol, Seloken](#)

[SI/21.03-56 Legemidler - Blandekort, Nitroprussid](#)

Norsk elektronisk legehåndbok. Aortadisseksjon [Internett]. [Oppdatert 12.09.2023, hentet 24. april 2026]. Tilgjengelig fra: <https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/hjertekar/tilstander-og-sykdommer/karsykdommer/aortadisseksjon/>