

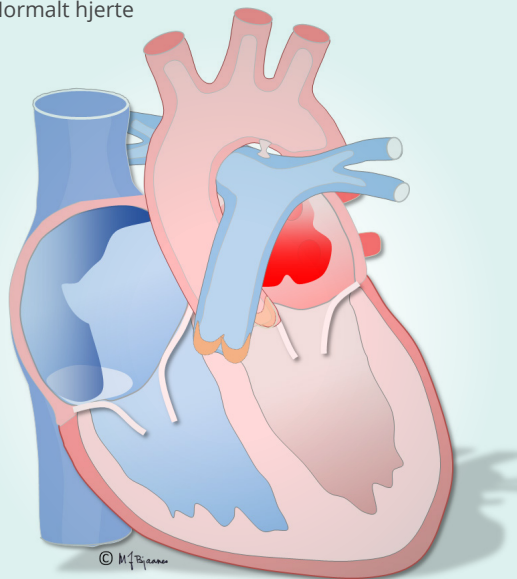
# Transposisjon av de store arterier (TGA)

## Arteriell switch

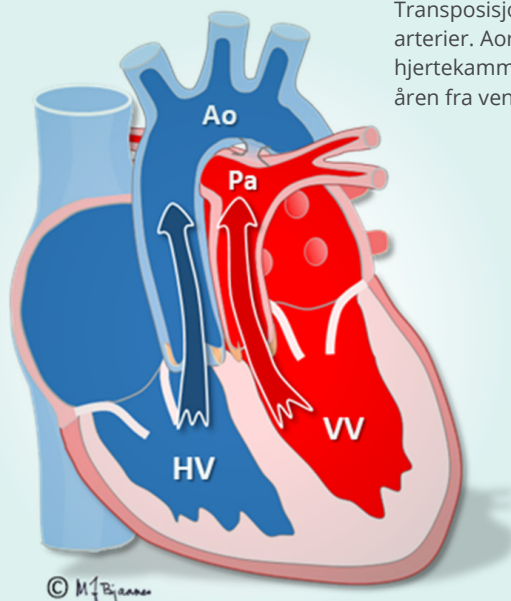
Forekomst: ca. 15 nyfødte per år i Norge (uten kompliserende tilleggsfaktorer)

Arv: Det er lav risiko for at denne hjertefeilen går i arv

Normalt hjerte



Transposisjon av de store arterier. Aorta avgår fra høyre hjertekammer og lungepulsåren fra venstre side.



## Arteriell switch

I det normale hjertet pumper høyre hjertekammer til lungene via lungepulsåren (pulmonalarterien) og det venstre hjertekammeret til kroppen via hovedpulsåren (aorta). Ved TGA (Transposition of the Great Arteries) har aorta og pulmonalarterien byttet plass. De fleste har da også et hull i hjertet, slik at oksygenrikt blod likevel kan komme ut i kroppen (ASD eller VSD). Dersom hullet er lite, haster det, og barnekardiologer eller kirurger må lage hullet større så snart som mulig etter fødsel. Uten operasjon er det få som overlever. I dag opereres barna bare noen få måneder gamle med Arteriell switch-operasjon (ASO) hvor de to pulsårene kuttes av og sys på igjen på rett plass.

## Lungearteriestenose

I brystkassen er det trangt, med mange organer som skal ha plass. Normalt går lungearterien under buen til ho-

vedpulsåren, og har god plass. Etter at man bytter plass på pulsårene vil lungearterien få det trangere mellom brystveggen og den delen av hovedpulsåren som er nærmest hjertet (aorta ascendens). Hos noen kan dette by på problemer, i og med at det er tyngre for hjertet å pumpe blodet forbi det trange stedet. Det kan også bli trangt dersom arret etter operasjonen skrumper, dette skjer gjerne de første årene etter operasjonen. Hos de fleste er det ikke noe problem, hos andre må man blokke ut det trange partiet og sette inn et metallgitter-rør (stent), eller operere for å lage større plass.

## Neo-aorta insuffisiens

Når de to pulsårene bytter plass, beholdes klaffen mellom hjertekammeret og pulsåren der de står fra naturens side. Det betyr at klaffen som hørte til hovedpulsåren nå får jobb som lungepulsåreklaff, mens lungeklaffen (pulmonalklaff)

blir ny hovedpulsåreklaff (neo-aortaklaff). Lungeklaffen er den svakeste av de to, og får nå den tyngste jobben i og med at blodtrykket er høyere i hovedpulsåren. Det er derfor ikke uvanlig at det blir lekkasje (insuffisiens) i neo-aortaklaffen. Dette vil man oftest kunne følge med ultralydkontroll gjennom mange år før man hos noen må skifte klaffen med operasjon.

## Kransåresykdom

Blodårene som forsyner hjertet (kransårene) utgår fra hovedpulsåren like etter aortaklaffen. Når de to store pulsårene bytter plass, må man også flytte kransårene. Kirurgen syr disse små blodårene inn i hovedpulsåren. Med tiden kan arret skrumpe, eller det kan bli forkalkninger. Hos de fleste blir det aldri noe problem, men hos noen kan dette gi opphav til angina, som er brystmerter ved anstrengelse som følge av at hjertemuskelen får for lite blodtilførsel.

### Pacemaker/ ICD

Hjerteslagene styres av strømimpulser som oppstår regelmessig i egne «pacemakerceller» i sinusknuten i høyre forkammer. Derfra ledes de gjennom atriet til AV-knuten mellom forkammer og hjertekammer, før de raskt spres ut i hjertekamrene gjennom spesialiserte hjerteceller. Når atriene er operert, kan det på sikt oppstå blokkeringer i de elektriske banene, og strømimpulsene må ledes gjennom en pacemaker som opereres inn under huden. Ved noen hjerterytmeforstyrrelser velger man en pacemaker som også har hjertestarterfunksjon (ICD) innebygget.

### «Hjertebank»

De fleste opplever at hjertet av og til slår litt uregelmessig (arytmi), det er spesielt vanlig etter at man legger seg, særlig dersom man ligger på venstre side.

Dette er stort sett normalt og helt ufarlig. Likevel er det dessverre noe vanligere med uhensiktsmessig hjerterytm hos pasienter med TGA, delvis på grunn av sykdommen, og delvis på grunn av arrene etter kirurgi. Det er derfor viktig å snakke med legen din om dette på kontroll. Dersom man blir dårlig og uvel av hjertebanken, eller man opplever at hjertebanken vedvarer, bør man ikke vente til neste kontroll, men ta kontakt med legevakt, fastlege eller ringe 113, alt etter hvor dårlig man blir.

Hjerterytmeforstyrrelser avdekkes med EKG som må tas mens man har arytmi. Man kan ta EKG på legekantoret, eller man kan gå med en 24-timers registrering. Det er bare dersom man opplever arytmi samtidig som man registrerer EKG det er mulig å avdekke hva slags arytmi man har.

Noen ganger kan man «brenne bort»

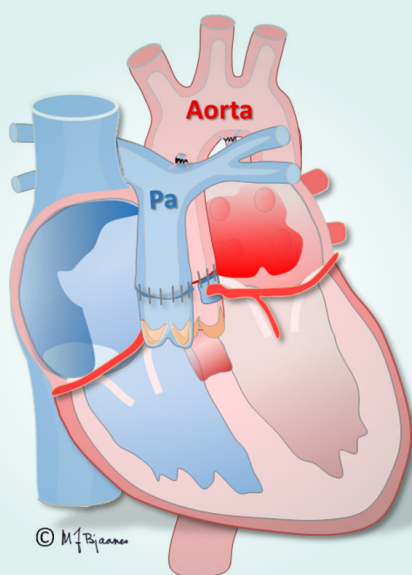
fokuset for arytmi i hjertet. Dette gjøres med ledninger som føres opp til hjertet fra en vene i lysken, altså uten operasjon, og kalles ablasjon.

Noen vil trenge pacemaker eller hjertestarter (ICD) for å hjelpe hjertet med å holde riktig rytme.

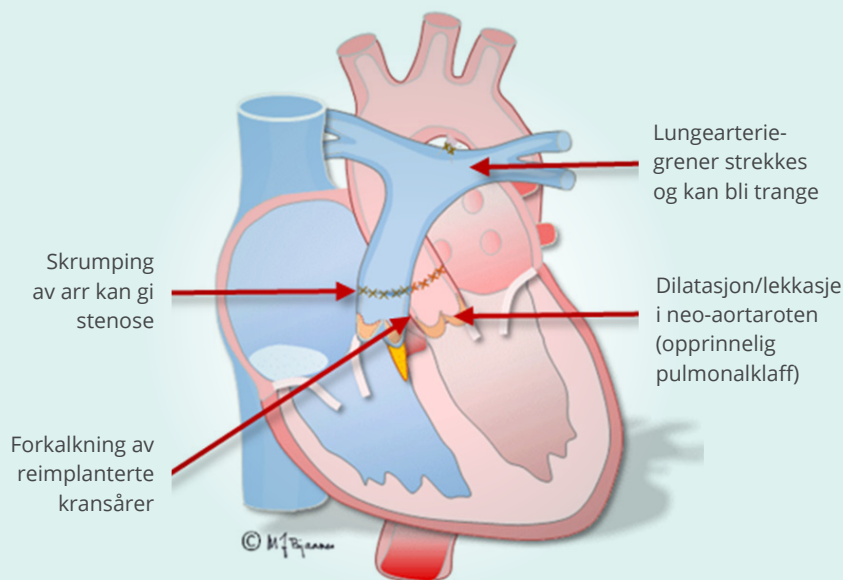
Enkelte medisiner vil også bidra til å stabilisere hjerterytm.

### Andre helseutfordringer

Transposisjon er en sjelden tilstand, og det er mange ulike varianter av tilstanden. Mange helsearbeidere kan bli usikre i møtet med pasientene. Det kan også være lett å tenke at alle nye helseplager skyldes hjertefeilen – både for lege og pasient. Husk at hjertefeilen ikke beskytter for andre vanlige sykdommer. Det er fastlegens jobb å lete etter alternative forklaringer dersom man får nye helseutfordringer.



Arteriell switch-operasjon



Vanlige komplikasjoner etter Arteriell switch-operasjon