LÆKNABLAÐIÐ • 4. tbl. 103. árg. • Apríl 2017

Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



www.laeknabladid.is

4/2017

103. árgangur: 161-212

2017; 103: 161-212

Fyrsti beini hemillinn á storkuþátt Xa til inntöku

Xarelto®
rivaroxaban

Ein tafla á dag*[1]

- Varnar heilablóðfalli og segareki að lágmarki til jafns við warfarín[2]
- Sambærileg blæðingarhætta og í meðferð með warfaríni en marktækt færri innankúpublæðingar og dauðsföll vegna blæðinga[2]
- Að taka lyf einu sinni á dag við hjarta- og æðasjúkdómum
  - eykur líkur á því að lyfið sé leyst út af sjúklingi[3]
  - eykur líkur á því að sjúklingur taki lyfið[4]
  - eykur líkur á því að lyfið sé tekið á réttum tíma[4]

  samanborið við lyf sem taka þarf oftar



*sem fyrirbyggjandi meðferð gegn heilablóðfalli og segareki hjá fullorðnum sjúklingum með gáttatif án lokusjúkdóms og einn eða fleiri áhættuþætti, svo sem hjartabilun, háþrýsting, aldur ≥ 75 ára, sykursýki, sögu um heilablóðfall eða skammvinnt blóðþurrðarkast[1]

Sérlyfjatexti á bls. 209

Öryggisupplýsingar: Eins og almennt gildir um segavarnarlyf og blóðflöguhemla verður að nota rivaroxaban með varúð hjá sjúklingum með aukna blæðingarhættu.[1]
Algengar aukaverkanir (≥1/100 til <1/10): Blæðingar: Í tannholdi, margúll, flekkblæðing, blóðnasir, blóðhósti, blæðing í auga, blæðingar í húð og undirhúð, blæðing eftir aðgerðir, blæðing í meltingarvegi, blæðing í þvag- og kynfærum. Aðrar: Blóðleysi, verkir í meltingarfærum og kvið, meltingartruflanir, ógleði, harðlífi, niðurgangur, uppköst, lágur blóðþrýstingur, kláði, útbrot, verkir í útlim, sundl, höfuðverkur, skert nýrnastarfsemi, hækkun á transamínasa, sótthiti, bjúgur í útlimum, skertur almennur styrkur og orka, marmyndun, rennsli úr sárum.[1]
Ekki er mælt með notkun Xarelto hjá sjúklingum með gervihjartalokur.[1]

Heimildir: 1. Samantekt á eiginleikum lyfs fyrir Xarelto. 2. Patel MR et al. N Engl J Med 2011; 365:883-891. 3. Bae JP et al. Am J Manag Care 2012; 18:139-146. 4. Coleman CI et al. Curr Med Res Opin 2012; 28:669-680.

BAYER

L.IS.11.2014.0086







Læknar læra að kenna

Framhaldsnám í læknisfræði á Landspítala er smám saman að komast í fastar skorður. Teymi frá The Royal College of Physicians í London er með íslenska lækna í handleiðslu svo þeir geti kennt sínum læknastúdentum réttu aðferðirnar. Bæði lyflæknar og skurðlæknar hafa sest á þennan skólabekk, og agavandamál eru fátíð. Í marslok sátu um 20 skurðlæknar af ýmsum toga í húsnæði Læknafélags Íslands og meðtóku boðskapinn frá RCP. Á efstu myndinni eru frá vinstri Gróa Jóhannesdóttir, Ragnheiður I. Bjarnadóttir, Elfar Úlfarsson og Eiríkur Jónsson. Á neðri myndunum eru Ástríður Jóhannesdóttir, Steinunn Arnardóttir og Chris Wolfenssperger. Og hægra megin bregða kennararnir Simon Cooper og David Parry á leik. - VS

LISTAMAÐUR MÁNAÐARINS

Anna Hallin (f. 1965) hefur löngum unnið listaverk í leir en jafnframt hefur hún teiknað, málað, stýrt teiknimyndum og fleira. Verk hennar eru innblásin af lífrænum formum og afsprengi margháttaðra tilrauna með efniviðinn sjálfan. Leirlist byggist sem kunnugt er á flóknu ferli þar sem efnafræði glerungsins tekur hálfpartinn völdin af listamanninum sem sér ekki endanlega útfærslu fyrr en eftir brennslu. Ljósmyndin á forsíðu *Læknablaðsins* er af leirverki Önnu, **Torso** frá 2016, en í baksýn sést í annað þrívítt verk og teikningu frá sama ári sem er án titils. Skúlptúrinn er líkamlegur og innblásinn af sígildum búk- og brjóstmyndum höggmyndasögunnar. Hann er þó langt frá því að vera fígúratífur. Þvert á móti er hann ósamhverfur, en formið er ávalt og lífrænt. Návist líkamans kemur ekki síst fram í keramikverkum Önnu í því hvernig form þeirra kallar á snertingu og nánd. Fjölbreytt áferðin er ýmist mött, gróf, slípuð eða glansandi sem dregur fram kitl í fingurgómana. Hið grófa yfirborð verksins, sem minnir á mosagróður, stangast á við háglansandi totur sem standa upp úr og minna á spena. Maður skynjar umbreytingu efnisins við brennsluna, sér hvernig glerungurinn bráðnar og harðnar svo í miðju ferli.



Samhliða skúlptúrum sínum hefur Anna unnið teikningar sem ramba eins og leirverkin á mörkum hins stýriláta og ósjálfráða. Markviss lína kallast á við slettur og kám. Anna var skiptinemi við Myndlista- og handíðaskóla Íslands veturinn 1988-1989. Árið 1990 útskrifaðist hún úr keramikdeild Háskólans í Gautaborg í Svíþjóð og á árunum 1994 til 1996 stundaði hún nám við Mills College í Kaliforníu í Bandaríkjunum hjá prófessor Ron Nagle og útskrifaðist þaðan með mastersgráðu í *studio arts*.

Markús Þór Andrésson

Læknablaðið
THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL

www.laeknabladid.is

Hlíðasmára 8
201 Kópavogi
sími 564 4104

Útgefandi
Læknafélag Íslands
Læknafélag Reykjavíkur

Ritstjórn
Magnús Gottfreðsson,
ritstjóri og ábyrgðarmaður
Elsa B. Valsdóttir
Gerður Gröndal
Hannes Hrafnkelsson
Magnús Haraldsson
Sigurbergur Kárason
Þórdís Jóna Hrafnkelsdóttir

Tölfræðilegur ráðgjafi
Thor Aspelund

Ritstjórnarfulltrúi
Védís Skarphéðinsdóttir
vedis@lis.is

Blaðamaður
Hávar Sigurjónsson (í leyfi)
havar@lis.is

Auglýsingastjóri og ritari
Esther Ingólfsdóttir
esther@lis.is

Umbrot
Sævar Guðbjörnsson
saevar@lis.is

Upplag
1900

Prentun, bókband og pökkun
Prenttækni ehf.
Vesturvör 11
200 Kópavogi

Áskrift
14.900,- m. vsk.
Lausasala
1490,- m. vsk.

© Læknablaðið
Læknablaðið áskilur sér rétt til að birta og geyma efni blaðsins á rafrænu formi, svo sem á netinu. Blað þetta má eigi afrita með neinum hætti, hvorki að hluta né í heild, án leyfis.

Fræðigreinar Læknablaðsins eru skráðar (höfundar, greinarheiti og útdrættir) í eftirtalda gagnagrunna: Medline (National Library of Medicine), Science Citation Index (SciSearch), Journal Citation Reports/Science Edition, Scopus og Hirsluna, gagnagrunn Landspítala.

The scientific contents of the Icelandic Medical Journal are indexed and abstracted in Medline (National Library of Medicine), Science Citation Index (SciSearch), Journal Citation Reports/Science Edition and Scopus.

ISSN: 0023-7213

4. tölublað • 103. árgangur • 2017

LEIÐARAR



167

Ólafur Baldursson

Teymisvinna við greiningu lungnakrabbameins á Landspítala skilar árangri

Sjúklingar eiga rétt á að fá álit frá þeim sérfræðingum sem best þekkja til hverju sinni, óháð deildum, sviðum, vaktaskipulagi, kjarasamningum og öðrum þeim hindrunum af mannavöldum sem geta staðið í vegi fyrir samvinnu og öryggi sjúklinga.



169

Helga Ögmundsdóttir

Doktorsnám við læknadeild Háskóla Íslands

Fáeinum dögum eftir að læknadeild fagnaði 140 ára afmæli læknanáms á Íslandi fór fram 120. doktorsvörnin hjá Læknadeild eftir að komið var á skipulögðu doktorsnámi við deildina. Það var árið 1994 og fyrsta doktorsvörnin var strax árið 1995.

FRÆÐIGREINAR

171

Hrönn Harðardóttir, Unnur A. Valdimarsdóttir, Tómas Guðbjartsson, Andrés Sigvaldason, Sigrún Helga Lund, Thor Aspelund, Sif Hansdóttir, Steinn Jónsson

Greiningarferli lungnakrabbameins á Landspítala: sjúklingamiðuð nálgun

Greiningarferlið felst í því að á rúmum sólarhring eru skipulagðar rannsóknir til greiningar og stigunar á hugsanlegu lungnakrabbameini. Leitast er við að skrá sjúklinga í greiningarferlið innan tveggja vikna frá tilvísun til lungnalæknis og er það í samræmi við alþjóðlegar leiðbeiningar. Sjúklingurinn er kallaður inn í rannsóknir á sjúkrahúsinu sem gerir ráð fyrir innlögn yfir nótt. Í hverju tilfelli fyrir sig er metið hvaða rannsóknir þarf að framkvæma. Biðtími að greiningu og meðferð hér á landi er í samræmi við alþjóðlegar ráðleggingar.



Mynd 1. *Flæðiskema rannsókna greiningarferlisins á Landspítalanum. TS: tölvusneiðmynd.*

179

Bryndís Baldvinsdóttir, Haraldur Hauksson, Kristín Huld Haraldsdóttir

Gallblöðrukrabbamein á Íslandi 2004-2013

Einkenni gallblöðrukrabbameins eru ósértæk. Á fyrstu stigum sjúkdómsins er hann oft einkennalaus og eru einkenni oft tengd útbreiddari sjúkdómi. Helstu einkenni sem fylgja gallblöðrukrabbameini eru verkur ofanvert og hægra megin í kvið, ógleði, uppköst og þyngdartap. Hækkuð lifrargildi í blóði eru oft tengd útbreiddari sjúkdómi.

185

Árni Jón Geirsson, Sigríður Þórdís Valtýsdóttir, Andrés Sigvaldason, Margrét Sigurðardóttir

Æxli af óþekktum toga: Tilfelli

Margir sjúkdómar sem lengi hafa verið þekktir undir ýmsum nöfnum hafa nú verið endurgreindir sem IgG4-tengdir sjúkdómar. Sjúkdómurinn getur birst með margvíslegum hætti, frá einu eða fleiri líffærakerfum í senn og oftar en ekki frá mörgum líffærum samtímis.

UMFJÖLLUN OG GREINAR

190

Þetta eru orðin, nú haldið þið mér við verkin!

Óttarr Proppé heilbrigðisráðherra ræddi við troðfullan sal af læknum á fundi Læknaráðs Landspítalans

Þröstur Haraldsson

Það var eftirvænting í loftinu þegar von var á heilbrigðisráðherra í tveggja mánaða gamalli ríkisstjórn til skrafs og ráðagerða um stöðu og horfur í málefnum spítalans.





198

Tveir barnalæknar verðlaunaðir fyrir rannsóknir

Þröstur Haraldsson

Verðlaunasjóður Óskars Þórðarsonar veitir verðlaun fyrir vísindaleg afrek, rannsóknir, ritgerðir og skylda starfsemi á sviði barnalækninga.

192

Verður Lækningaminjasafn á Seltjarnarnesi að veruleika?

Nýjar hugmyndir gætu hleypt nýju lífi í hugmyndina sem virtist vera að deyja drottni sínum

Þröstur Haraldsson



202

Vaxandi þörf fyrir almenna og víðtæka nálgun gagnvart sjúklingum

Rætt við Davíð O. Arnar sem er nýr formaður Félags íslenskra lyflækna auk þess að vera nýráðinn yfirlæknir hjartalækninga á Landspítala

Þröstur Haraldsson



200

Að reykja eða rafreykja, þar er efinn

Heilbrigðisráðherra boðar nýtt frumvarp um rafrettur sem voru til umræðu á málþingi um tóbaksvarnir

Þröstur Haraldsson



PISTLAR

ÚR PENNA STJÓRNARMANNA LÍ

189

Ísland er verkefnið



Jóhanna Ósk Jensdóttir

Það er sameiginlegt verkefni lækna og annarra fagstétta innan heilbrigðiskerfisins að efla heilsugæslu og standa saman.

LYFJASPURNINGIN





207

Hvernig á að venja aldraða sjúklinga af benzódíazepínum?

Elín Jacobsen, Einar S. Björnsson

Aldraðir eru næmari fyrir áhrifum og aukaverkunum þessara lyfja og niðurbrot þeirra geta verið hægari hjá öldruðum og helmingunartími lengst.

UNDIRDEILDIR LÍ

210

Af siðfræðiráði LÍ – spennandi verkefni framundan



Svanur Sigurbjörnsson

Í siðfræðiráði eru 7 læknar sem fjalla fræðilega um siðferðismál í heilbrigðiskerfinu og eru skipaðir til tveggja ára í senn. Ráðið hvetur lækna sem hafa áhuga á því að starfa í ráðinu að senda LÍ bréf.

Fyrsta samheitalíftæknilyfið sem er einstofna mótefni (mAb) og notað í gigtar-, meltingar- og húðsjúkdómum.



Öðlastu nýtt viðhorf

Inflectra er fyrsta mAb samheitalíftæknilyfið. Lyfið var þróað til að hafa sambærilega virkni og öryggi og frumlyf infliximab til að auka meðferðarval sjúklinga með gigtar-, meltingar- og húðsjúkdóma.[1]

INFLECTRA™
INFLIXIMAB

Heimildir:

1. INFLECTRA™. European Public Assessment Report (EPAR). June 2013. Available at: http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Public_assessment_report/human/002778/WC500151490.pdf

http://www.ema.europa.eu/docs/is_IS/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/002778/WC500151489.pdf

Alvogen

Hospira
A Pfizer Company

Sérlyfjatexti á bls. 206

Multidisciplinary approach to the diagnosis of lung cancer at Landspítali

Ólafur Baldursson
MD, PhD Chief Medical Officer Internist/Pulmonologist,
Landspitali University Hospital Eiríksgata 5
101 Reykjavik Iceland

https://doi.org/10.17992/lbl.2017.04.128



Ólafur Baldursson

lungnalæknir
framkvæmdastjóri lækninga
á Landspítala

olafbald@landspitali.is

RITSTJÓRNARGREIN

Teymisvinna við greiningu lungnakrabbameins á Landspítala skilar árangri

Röntgenmyndatökur af lungum má eflaust flokka með algengustu rannsóknum sem gerðar eru í heilbrigðisþjónustu. Tiltölulega algengt er að slík mynd sýni hnút í lunga og í kjölfar þess þarf meðhöndlandi læknir að varpa nánara ljósi á eðli þeirrar breytingar. Þá er afar brýnt að atburðarásin sé rökföst og fumlaus. Enn mikilvægara er að sjúklingar séu vel upplýstir og fái jafnóðum vandaðar útskýringar um hvert skref sem stigið er. Upplýsingar draga úr óvissu og kvíða meðal sjúklinga og spara tíma og orku allra sem eiga hlut að máli. Flestir vita að hnútur í lunga boðar ekki gott, spurningarnar hrannast upp í huga fólks og brýnt að ræða þær vel og vandlega strax í upphafi og viðurkenna þá óvissu sem er óhjákvæmileg þar til greining liggur fyrir. Margir sjúklingar lýsa óvissunni sem erfiðasta hluta þessarar vegferðar.

Því miður eru til dæmi um að eftirlit með hnútum í lungum hafi mistekist með tilheyrandi töf á greiningu. Einnig eru til dæmi um að sjúklingar kvarti um skort á upplýsingum við þessar aðstæður. Það er því ánægjulegt að lesa grein Hrannar Harðardóttur og félaga í þessu hefti *Læknablaðsins* sem lýsir þróun á metnaðarfullu greiningarferli fyrir sjúklinga með hnúta í lungum. Um er að ræða kerfisbundna samvinnu sérgreina sem gegna lykilhlutverki í greiningu og meðferð lungnakrabbameins. Höfundarnir beita vísindalegri nálgun á viðfangsefni sem er í senn fræðilega flókið og brýnt gæðamál. Niðurstöðurnar benda til þess að þjónusta við þennan hóp sjúklinga hafi batnað umtalsvert með þessum vinnubrögðum. Ekki var marktækur munur á lifun þeirra sjúklinga sem voru í ferlinu borið saman við þá sem voru utan þess þegar leiðrétt hafði verið fyrir mismunandi samsetningu hópanna, en greina mátti vissa tilhneigingu í þá átt. Áhugavert verður að sjá framhaldsrannsóknir hvað þetta varðar.

Sú aðferð sem höfundar lýsa við skipulagða greiningu sjúklinga með hnúta í lungum er í samræmi við vaxandi kröfur almennings um skjóta, örugga og upplýsta þjónustu. Niðurstöður greinarinnar eru ekki síður hvatning til þess að gera megi betur í þjónustu við aðra sjúklingahópa, með teymisvinnu og nýtingu meðferðarferla. Slíkir ferlar ættu að beina sjúklingum með tiltekna sjúkdóma í skipulegan farveg allt frá fyrstu samskiptum þeirra við heilbrigðiskerfið til þeirra síðustu. Með þessu má bæta þjónustu, draga úr óvissu og spara fjármuni.

Greinin er einnig tilefni til umhugsunar og umræðu um teymisvinnu og samvinnu lækna almennt, óháð þessu tiltekna viðfangsefni. Við læknar erum alin upp við áherslu á sjálfstæð vinnubrögð og ábyrgð hvers og eins á eigin verkum. Það er gott svo langt sem það nær, en hefur alvarlega fylgikvilla sem koma meðal annars fram í vissum eintrjáningshætti. Greiningar á alvarlegum atvikum sem sjúklingar verða fyrir á Landspítala og kvartanir sem berast frá sjúklingum varðandi þjónustuna, sýna svo ekki verður um villst að almenningur kallar eftir meiri og betri samvinnu milli lækna alls staðar í heilbrigðiskerfinu. Sjúklingar eiga rétt á að fá álit frá þeim sérfræðingum sem best þekkja til hverju sinni, óháð deildum, sviðum, vaktaskipulagi, kjarasamningum og öðrum þeim hindrunum af mannavöldum sem geta staðið í vegi fyrir samvinnu og öryggi sjúklinga. Álitinu þurfa nauðsynlega að fylgja mikil og vönduð samskipti við sjúklinga, milli lækna og síðast en ekki síst aukin samskipti og samvinna við aðrar heilbrigðisstéttir.

Framtak Hrannar og félaga er því ekki aðeins jákvætt fyrir þá sem greinast með hnúta í lungum, heldur einnig þörf staðfesting á að samhentari læknastétt geti bætt verulega þjónustu við sjúklinga, öllum til hagsbóta. Þegar litið er til framtíðar er líklegt að hið vandaða starf teymisins verði jafnvel enn mikilvægara, ef kerfisbundin skimun gegn lungnakrabbameini verður að veruleika. Að auki munu tæknilausnir gerbreyta aðgangi fólks að eigin sjúkraskrá og þátttöku sjúklinga í samskiptum um niðurstöður myndrannsókna og vefjasýna, sem ætti að auðvelda þau flóknu samskipti sem vinna af þessu tagi gerir kröfu um.

Farsælt starf greiningarteymisins minnir okkur á nauðsyn þess að læknar sinni vísinda- og gæðastarfi af krafti og stundi markvissa teymisvinnu. Samtímis þurfum við að tileinka okkur nýjustu samskiptatækni þannig að vísindi, sköpun gagnreyndrar þekkingar og þjónusta haldist í hendur og vísi okkur veginn til framtíðar.



Bílabúð Benna áskilur sér rétt til breytinga án fyrirvara á verði og búnaði.

Ríkulegur búnaður í Platinum Edition: Leður og Alcantara innrétting, leiðsögukerfi með Íslandskorti, 20" RS Spider Platinum álfelgur, rafdrifin GTS sportsæti, stillanlegur forhitari, Bi-Xenon framljós með beygju, BOSE® 665 watta hljóðkerfi, stillanleg fjöðrun (PASM), hiti í framsætum, 8 gíra sjálfskipting með skiptingu í stýri, Porsche ferðahleðslustöð, Privacy glass (litað gler), tvöföld sjálfvirk miðstöð með loftkælingu, rafdrifinn afturhleri, samlitir brettakantar, svartir háglans gluggalistar, skriðstillir (Cruise Control), upplýstir sílsalistar, Porsche merki greypt í höfuðpúða, sjálfvirk birtustillingspegla, felgumiðjur með Porsche logo í lit, PCM, Porsche Connect Plus, o.m.fl.

Við hættum ekki að leika okkur af því við verðum gömul.
Við verðum gömul af því við hættum að leika okkur.

Porsche Cayenne S E-Hybrid
416 hestöfl | 590Nm tog

PORSCHE

Bílabúð Benna

Porsche á Íslandi | Bílabúð Benna:
Vagnhöfða 23 | 110 Reykjavík | S: 590 2000
www.benni.is | www.porsche.is

Opnunartími:
Virka daga frá 9:00 til 18:00
Laugardaga frá 12:00 til 16:00

Doctoral studies at the Faculty of Medicine, University of Iceland

Helga M. Ögmundsdóttir
Cand.Med., PhD. Faculty of Medicine, University of Iceland

https://doi.org/10.17992/lbl.2017.04.129



Helga M. Ögmundsdóttir

prófessor við læknadeild, formaður rannsóknarnámsnefndar læknadeildar

helgaogm@hi.is

RITSTJÓRNARGREIN

Doktorsnám við læknadeild Háskóla Íslands

Fáeinum dögum eftir að læknadeild fagnaði 140 ára afmæli læknanáms á Íslandi fór fram 120. doktorsvörnin hjá deildinni eftir að komið var á skipulögðu doktorsnámi. Það var árið 1994 og fyrsta doktorsvörnin var strax árið 1995, sem felur í sér að þá þegar voru nokkrir að vinna að doktorsverkefnum og ritun doktorsritgerðar undir leiðsögn þótt ekki væri komin formleg umgjörð. Eins og sést á myndinni hefur verið jöfn stígandi í doktorsnámi og doktorsvörnum; fór frekar rólega af stað en um og eftir 2010 hafa innritanir verið 15-20 ári og doktorsvarnirnar um og yfir 10 á ári. Það er gaman og vert að geta þess að Helgi Valdimarsson var einn helst hvatamaður þess að farið væri af stað með doktorsnám við læknadeild og hafði leiðbeint fyrsta doktorsnemanum. Það var svo 12. og síðasti doktorsneminn hans sem varði ritgerð sína núna rétt fyrir jólin 2016. Innan Háskóla Íslands var læknadeild brautryðjandi í skipulögðu doktorsnámi.

Doktorar frá læknadeild skiptast í tvo nokkuð jafnstóra hópa, annan sem hefur klíníska bakgrunn, og af þeim eru 43 læknar, og í hinum hópnum er fólk úr greinum sem tengjast grunngreinum læknisfræðinnar, langflestir líffræðingar. Fyrsta doktorsvörn lífeindafræðings var í árslok 2016 en sú næsta verður á þessu ári. Úr þessari sögu má lesa að skipulagt doktorsnám hefur verið hvati til rannsókna og ýtt undir metnað til að fá vísindaþjálfun sem vottast með æðstu menntagráðu háskóla.

Hlutfall kvenna meðal háskólanema hefur farið sívaxandi undanfarna áratugi og er nú um það bil 2/3 í mörgum evrópskum háskólum. Þessi þróun kemur greinilega fram meðal doktorsnema læknadeildar. Af fyrstu 25 útskrifuðu doktorunum voru 7 konur, en á tímabilinu 1995-2010 í heild var kynjahlutfallið hnífjafnt. Af þeim 62 sem hafa varið doktorsritgerðir sínar frá og með árinu 2011 eru 37 konur (60%). Meðal þeirra sem nú eru innritaðir er meirihlutinn konur (64%). Það er umhugsunarefni hvers vegna karlar sækja í síminnkandi mæli í æðri menntun og vísindarannsóknir.



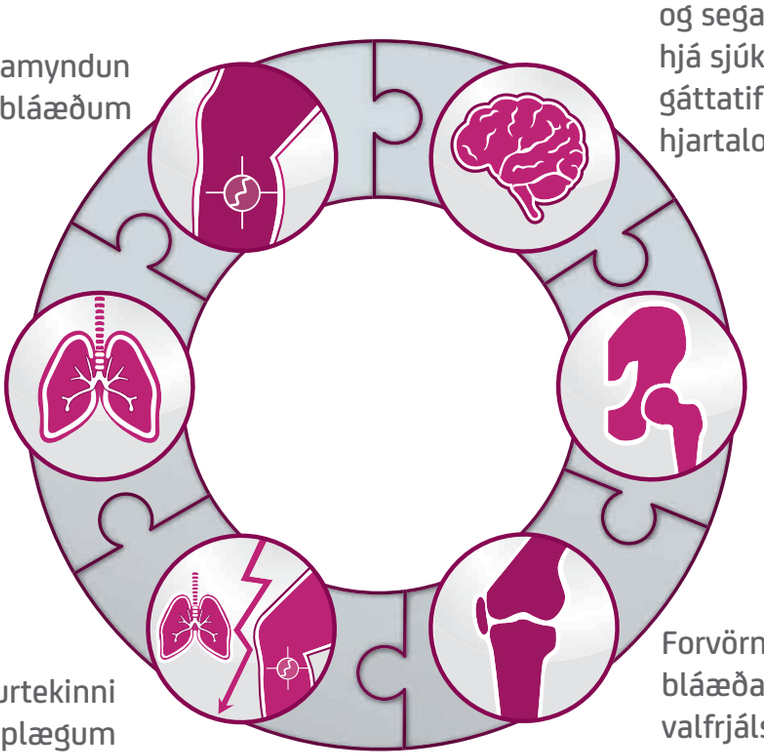
Árlegur fjöldi (lóðréttur ás) innritana í doktorsnám og doktorsvarnir við læknadeild 1994-2016. Innritanir: rauðar súlur; doktorsvarnir: grænar súlur.

Það gefur augaleið að fjölbreyttur bakgrunnur doktorsnema endurspeglast í viðfangsefnunum sem spanna allt svið líf- og læknavísinda, frá grunnvísindum til klínískra rannsókna, faraldsfræði og lýðheilsu. Í drjúgum þriðjungi verkefna er nýttur efniviður og aðstæður sem á einhvern hátt eru sérstakar hér á landi og orðið „Ísland“ kemur fyrir í allnokkrum titlum. Þar koma við sögu Hjartavernd, Íslensk erfðagreining og Krabbameinsfélagið, eins og við var að búast, en einnig er vert að nefna sérstaklega íslenskar augnrannsóknir. Önnur verkefni hefði verið unnt að vinna við hvaða rannsóknarháskóla sem var en það segir þá jafnframt til um það að hér séu aðstæður sem standast alþjóðlegar kröfur.

Hvað hefur svo orðið af doktorum læknadeildar? Það er orðið vel þekkt og viðurkennt að nú er það af sem áður var að doktorsgráða leiði beint til akademísks ferils í vísindum, og er það nú sjaldgæft. Stór hluti þeirra sem ljúka doktorsprófi eru þó enn í einhvers konar akademísku starfi og læknarnir eru langflestir virkir í rannsóknum. Því má segja að markmiðinu með vísindalegri þjálfun hafi verið náð.

Við getum leyft okkur að vera stolt af því sem vel hefur verið gert. Vorið 2016 fékk doktorsnámið vottun frá ORPHEUS, sem eru Evrópusamtök um doktorsnám í heilbrigðisvísindum, að undangenginni úttekt og mati. Eins þykir okkur alltaf vænt um að heyra erlenda andmælendur fara lofsamlegum orðum um ritgerðir og framkvæmd doktorsvarna. En þegar vel gengur er einmitt ástæða til að huga að því hvar úrbóta gæti verið þörf. Með það í huga leitum við svara hjá doktorsnemunum með könnunum. Ein slík var gerð nú í febrúar. Almennt er útkoman góð hvað varðar til dæmis gæði leiðbeininga og aðstöðu. En svör við spurningu um samskipti vekur athygli. Þar kemur fram að 7 doktorsnemar hitta aldrei aðra doktorsnema. Þarna er eitthvað að. Fyrir 5 árum var komið á laggirnar Lífvísindasetri með þátttöku rannsóknarhópa í Læknagarði, á Keldum, við Háskólann í Reykjavík og víðar. Þar finnur fjöldi doktorsnema frjótt og skemmtilegt umhverfi til óformlegra og formlegra samskipta, með mörgum tímaritaklúbbum og málstofum. Á þessum vettvangi eru fyrst og fremst líffræðingar. En hvað um læknana? Margir þeirra sem innrituðust í doktorsnám á fyrri árum voru þegar komnir af stað með rannsóknarverkefni og jafnvel orðnir sérfræðingar. Nú byrja menn fyrr í doktorsnámi og sumir áður en þeir ljúka læknanámi. Eitt af verkefnum okkar nú er einmitt að skapa skilyrði við læknadeild til að byggja betur undir vísindalega þjálfun þessara nemenda. Og nú þarf að hvetja háskólasjúkrahúsið til að rísa undir nafni og efla akademískt umhverfi til að laða til sín verðandi sérfræðinga og upprennandi vísindamenn og hlúa að þeim. Þetta er fólkið sem mun bera uppi læknanám og læknavísindi á komandi tímum.

Eliquis®



Meðferð við segamyndun í djúplægum bláæðum

Forvörn gegn heilaslagi og segareki í slagæð hjá sjúklingum með gáttatif sem ekki tengist hjartalokusjúkdómum

Meðferð við lungnasegareki

Forvörn gegn bláæðasegareki eftir valfrjáls mjaðmarliðskipti

Forvörn gegn endurtekinni segamyndun í djúplægum bláæðum og lungnasegareki

Forvörn gegn bláæðasegareki eftir valfrjáls hnéliðskipti

Eliquis®

sýnt hefur verið fram á verkun og öryggi lyfsins í notkun við nokkrum ábendingum*[1]



* Eliquis®: Hemill með beina verkun á storkuþátt Xa, sem er ætlaður til:
- Forvarnar gegn heilaslagi og segareki í slagæð hjá fullorðnum sjúklingum með gáttatif sem ekki tengist hjartalokusjúkdómum (non-valvular atrial fibrillation, NVAF) ásamt einum eða fleiri áhættuþáttum, svo sem sögu um heilaslag eða tímabundna blóðþurrð í heila (transient ischaemic attack, TIA), aldur ≥ 75 ára, háþrýstingi, sykursýki eða hjartabilun með einkennum (NYHA flokkur ≥ II).[1]
- Meðferðar við segamyndun í djúplægum bláæðum (DVT) og lungnasegareki (PE) og forvarnar gegn endurtekinni segamyndun í djúplægum bláæðum og lungnasegareki hjá fullorðnum (báðir styrkleikar).[1]
- Forvarnar gegn bláæðasegareki (VTE) hjá fullorðnum sjúklingum sem hafa gengist undir valfrjáls mjaðmarliðskipti eða hnéliðskipti (eingöngu fyrir Eliquis® 2,5 mg).[1]

Sérlyfjatexti á bls. 208

Heimild: 1. Samantekt á eiginleikum lyfs fyrir Eliquis.®

PFI-17-03-01 EUAPI759

Bristol-Myers Squibb Pfizer

Greiningarferli lungnakrabbameins á Landspítala: sjúklingamiðuð nálgun

Hrönn Harðardóttir[1,2,3] læknir, **Unnur A. Valdimarsdóttir**[2,3,4,5] faraldsfræðingur, **Tómas Guðbjartsson**[2,6] læknir, **Andrés Sigvaldason**[1] læknir, **Sigrún Helga Lund**[3] tölfræðingur, **Thor Aspelund**[3,7] tölfræðingur, **Sif Hansdóttir**[1] læknir, **Steinn Jónsson**[1,2] læknir

ÁGRIP

Inngangur: Markmið rannsóknarinnar var að lýsa einkennum, sjúkdómsmynd, meðferð og afdrifum sjúklinga sem hafa farið í kerfisbundið greiningarferli á Landspítala vegna gruns um lungnakrabbamein.
Efniviður og aðferðir: Rannsóknin tekur til 550 sjúklinga (meðalaldur 68,1 ár, 57% konur) sem fóru í greiningarferlið með sólarhringslangri innlögn, frá 1. febrúar 2008 til 31. janúar 2015. Úr sjúkraskrám var aflað upplýsinga um sérkenni sjúklinga, greiningarrannsóknir, sjúkdómsgreiningu, meðferð og tímasetningu þessara þátta. Einnig var sjúkdómsmynd og lifun sjúklinga sem greindust með lungnakrabbamein á Íslandi árið 2014 (n=167, meðalaldur 69,3 ár, 61,7% konur) borin saman með fjölbreytugreiningu eftir því hvort greining var gerð innan eða utan greiningarferlis.
Niðurstöður: Af 550 sjúklingum sem fóru gegnum greiningarferlið greindust 426 með lungnakrabbamein (77,5%) og voru 346 (81,2%) þeirra af öðrum vefjagerðum en smáfrumukrabbameini (NSCLC). Hlutfall sjúklinga á Íslandi sem greindust með lungnakrabbamein í greiningarferlinu jókst úr 23,3% árið 2008 í 47,9% árið 2014 (p<0,001). Tímalengd frá tilvísun að greiningu lungnakrabbameins var að miðgildi 10 dagar og 19 dagar frá greiningu til upphafs meðferðar. Sjúklingar í greiningarferli voru sjaldnar með útbreitt mein en sjúklingar utan þess, 37,5% borið saman við 70,1% (p<0,05). Þegar leiðrétt var fyrir aldri, kyni, vefjaflokki, stigun við greiningu og meðferð voru sjúklingar utan greiningarferlis með lakari lifun en sjúklingar sem greindust innan greiningarferlis, en munurinn var ekki tölfræðilega marktækur (áhættuhlutfall: 1,60; 95% öryggisbil: 0,95-2,71).
Ályktun: Allt að helmingur lungnakrabbameinsgreininga á Íslandi er nú gerður í kerfisbundnu greiningarferli á Landspítala með hugsanlegum ávinningi fyrir heilsu sjúklinga. Biðtími að greiningu og meðferð hér á landi er í samræmi við alþjóðlegar ráðleggingar.

Inngangur

Á Íslandi er lungnakrabbamein annað algengasta krabbameinið bæði hjá körlum og konum en það leggur fleiri sjúklinga að velli en brjósta-, blöðruháls- og ristilkrabbamein samanlagt.[1] Þegar grunur vaknar um lungnakrabbamein, til dæmis þegar þétting eða íferð sést á myndrannsóknum af lungum, er þörf á ýmsum rannsóknum, bæði til að staðfesta greininguna en einnig til að meta útbreiðslu sjúkdómsins. Greining er síðan staðfest með sýnatöku úr æxli eða þéttingu í lunganu, annaðhvort með berkjuspeglun eða ástungu í gegnum brjóstvegg. Helstu rannsóknir til stigunar eru, auk tölvusneiðmynda af brjóstholi, tölvusneiðmyndir af höfði og kvið, ásamt ísótópaskanni af beinum. Þegar ábending er fyrir frekari uppvinnslu með jáeindaskanni eru sjúklingar sendir til Kaupmannahafnar þar sem slíkur skanni er ekki kominn í notkun hér á landi.[2,3] Samhliða ofangreindum rannsóknum er mikilvægt að leggja mat á líkamsástand sjúklings fyrir hugsanlega meðferð, sérstaklega almenna starfsgetu, starfsemi hjarta- og æðakerfis ásamt lungnastarfsemi.

Í febrúar 2008 hófst á Landspítala kerfisbundið greiningarferli fyrir sjúklinga sem taldir voru vera með lungnakrabbamein. Fram til ársins 2008 voru rannsóknir skipulagðar af lungnalækni sjúklings án sérstakrar skipulagningar eða formlegrar samvinnu við aðrar sérgreinar. Tildrögin að þessu nýja greiningarferli voru ráðleggingar bresku lungnalæknasamtakanna frá árinu 1998 um að flýta skyldi greiningarrannsóknum við grun um lungnakrabbamein, sér í lagi við mögulega skurðtækan sjúkdóm.[4] Greiningarferlið á Landspítalanum var sett upp að hollenskri fyrirmynd þar sem allar nauðsynlegar rannsóknir voru skipulagðar á einum til tveimur sólarhringum.[5,6] Rannsóknir þaðan og frá Bretlandi hafa sýnt að kerfisbundin greiningarferli geti stytt tímann að greiningu[6,7] og stuðlað að því að hlutfallslega fleiri sjúklingar gangist undir skurðaðgerð sem hluta af meðferð.[8] Jafnframt hafa rannsóknir sýnt að þeir sem taldir eru vera með lungnakrabbamein upplifa oft mikinn kvíða og vanlíðan[8,9] og að skipulag rannsókna í ferli bæti líðan þeirra.[8] Líklegt er að skipulögð kynning fyrir sjúklinga og ættingja þeirra á rannsóknum ferlisins og niðurstöðum þeirra bæti upplýsingagjöf og geri væntingar sjúklinga til þeirra raunhæfari um leið og það getur haft jákvæð áhrif á líðan þeirra.

Í stuttu máli felst greiningarferlið á Landspítala þannig að á rúmum sólarhring eru skipulagðar rannsóknir til greiningar og stigunar á hugsanlegu lungnakrabbameini. Leitast er við að skrá sjúklinga í greiningarferlið innan tveggja vikna frá tilvísun til lungnalæknis og er það í samræmi við alþjóðlegar leiðbeiningar.[10,11] Sjúklingurinn er síðan kallaður inn í rannsóknir á sjúkrahúsinu sem gerir ráð fyrir innlögn yfir nótt. Í hverju tilfelli fyrir

[1]Lungnadeild Landspítala, [2]læknadeild, [3]Miðstöð lýðheilsuvísinda, Háskóla Íslands, [4]faraldsfræðideild Harvard TH Chan lýðheilsuskólans í Boston, [5]faraldsfræðideild Karolinsku stofnunarinnar, Stokkhólmi, [6]hjarta- og lungnaskurðdeild Landspítala, [7]Hjartavernd, Kópavogi. Fyrirspurnum svarar Hrönn Harðardóttir, *hronnh@landspitali.is*

https://doi.org/10.17992/lbl.2 7.04.130

Greinin barst blaðinu 6. janúar 2017, samþykkt til birtingar 20. febrúar 2017.



Mynd 1. *Flæðiskema rannsókna greiningarferlisins á Landspítalanum. TS: tölvusneiðmynd.*

sig er metið hvaða rannsóknir þarf að framkvæma (mynd 1). Fyrir útskrift úr greiningarferli fer læknir síðan yfir niðurstöður þeirra rannsókna sem liggja fyrir og er áhersla lögð á að ættingi eða trúnaðarvinur sé viðstaddur það samtal. Allir sjúklingar sem greindir eru með lungnakrabbamein í ferlinu eru síðan ræddir á vikulegum samráðsfundum sérfræðinga sem koma að greiningu og meðferð lungnakrabbameins á Landspítala. Á samráðsfundunum er farið yfir gögn sjúklinganna, greiningu og stigun lungnakrabbameins og ráðleggingar gefnar um frekari rannsóknir og meðferð.

Tilgangur þessarar rannsóknar var að lýsa greiningarferlinu en um leið að kanna einkenni og sjúkdómsmynd þessa sjúklingahóps. Með sjúkdómsmynd er átt við lokagreiningu lungnabreytinga, vefjaflokk lungnakrabbameins og stigun. Einnig var markmiðið að kanna hversu stórt hlutfall sjúklinga í ferlinu reyndist vera með lungnakrabbamein, ásamt biðtíma frá tilvísun til greiningar og hversu langur tími leið þar til meðferð hófst. Loks voru afdrif sjúklinga könnuð eftir að greiningarferlinu lauk og þá sérstaklega borin saman meðferð og lifun sjúklinga sem greindust í ferlinu árið 2014 við þá sem greindust með lungnakrabbamein utan ferlis.

Efniviður og aðferðir

Rannsóknin var afturskyggn og tók til allra sjúklinga sem fóru í gegnum greiningarferlið á Landspítala frá 1. febrúar 2008 til 31. janúar 2015. Upplýsingar um sjúklinga fengust úr framskyggnri skrá sem haldin var um alla sjúklinga sem fóru í greiningarferlið á lyflækningadeild Landspítala (A2). Til að bera saman sjúklinga sem greindust innan og utan greiningarferlis voru allir sjúklingar sem greindust með lungnakrabbamein á Íslandi árið 2014 (1. janúar - 31. desember 2014) skoðaðir sérstaklega. Upplýsingar um þessa sjúklinga fengust úr Krabbameinsskrá Krabbameinsfélags Íslands og úr rafrænu sjúkrahúskerfi Landspítalans (Sögu).

Rafrænn gagnagrunnur með eftirfarandi breytum var útbúinn:

i) Sérkenni sjúklinga; kyn, aldur og fyrri saga um lungnakrabbamein eða önnur krabbamein, flokkað eftir því hversu langt var liðið frá þeirri greiningu (minna en eitt ár, 1-5 ár eða meira en fimm ár). Reykingasaga var flokkuð eftir því hvort sjúklingarnir höfðu aldrei reykt, reyktu við greiningu lungnakrabbameins eða höfðu fyrri sögu um reykingar (reykingum hætt að minnsta kosti einu ári fyrir komu).

ii) Upplýsingar um tilvísandi lækni, hvar greiningarrannsóknir voru gerðar, vefjaflokk samkvæmt meinafræðisvörum (smáfrumukrabbamein (*small cell lung cancer*, SCLC), lungnakrabbamein önnur en smáfrumukrabbamein (*non small-cell lung cancer*, NSCLC) og krabbalíki (*pulmonary carcinoid*)) og stigun sjúkdómsins. Stigun lungnakrabbameina annarra en smáfrumukrabbameina var gerð samkvæmt 7. útgáfu TNM-stigunarkerfisins[12] og skiptist í stig I-IV. Útbreiðsla og stigun smáfrumukrabbameins var skipt í takmarkaðan (*limited disease*, LD) og útbreiddan sjúkdóm (*extensive disease*, ED).[13] Meðferð skiptist í skurðaðgerð, með eða án viðbótar krabbameinslyfjameðferðar, krabbameinslyfja- og/eða geislameðferð án skurðmeðferðar eða eingöngu einkennameðferð.

iii) Dagsetning tilvísunar til lungnalæknis var skráð og miðaðist við fyrstu skráningu í sjúkraskrárkerfi Landspítala þar sem kom fram að grunur léki á lungnakrabbameini. Greiningardagur lungnakrabbameins miðaðist við dagsetningu svars á skoðun vefjasýnis og upphafsdagur meðferðar við fyrstu skráðu skoðun hjá meðferðaraðila, andlát eða lok eftirlitstíma (1. janúar 2016). Tímalengd var í öllum tilvikum skráð í dögum og helgar- og frídagar taldir með.

Ofangreindar breytur voru skráðar í forritið Microsoft Office Excel (Microsoft Corp, Redmond, WA). Lýsandi og greinandi tölfræði var unnin með R, útgáfu 3.2.5.[14] Kí-kvaðrat og t-próf voru notuð við samanburð á hópum. Heildarlifun (*overall survival*) var áætluð með aðferð Kaplan-Meier fyrir alla sjúklinga sem greindust með lungnakrabbamein frá 1. janúar til 31. desember árið 2014 þar sem upplýsingar um greiningar- og dánardagsetningu lágu fyrir (153 sjúklingar). Eftirfylgd allra sjúklinga hófst við greiningardag, endaði á dánardegi eða við lok eftirfylgdar sem var 1. janúar 2016. Samanburður á lifunarkúrfum var gerður með log-rank prófi. Áhættuhlutfall (ÁH, *hazard ratio*, HR) fyrir dauða var reiknað með 95% öryggisbili (ÖB, *confidence interval*, CI) með áhættulíkani Cox (*Cox proportional hazard model*), annars vegar fyrir þá sem greindust með lungnakrabbamein í greiningarferli og hins vegar þá sem greindust utan ferlis á Íslandi árið 2014. Leiðrétt var fyrir aldri (sem samfelldri breytu), kyni, vefjaflokki (smáfrumukrabbamein,

Tafla I. *Yfirlit yfir sjúklinga sem fóru í greiningarferli á Landspítala frá 1. febrúar 2008 til 31. janúar 2015.*

	n=550	%
Kyn		
konur	312	57
Meðalaldur, ár (bil)	68,1 ± 9,4 (39-87)	
Fyrri saga um krabbamein		
Engin	454	82,5
Lungnakrabbamein	19	3,5
Önnur krabbamein	75	13,6
Tilvísandi læknir		
Heilsugæslulæknir	206	37,5
Læknir á Landspítala	143	26,0
Læknir á öðrum stofnunum	55	10
Lungnalæknar	119	21,6
Óþekkt	29	5,3
Orsök lungnabreytinga		
Lungnakrabbamein	426	77,5
Önnur en smáfrumukrabbamein	346	62,9
Smáfrumukrabbamein	66	12
Krabbalíki	7	1,3
Góðkynja orsök lungnabreytinga	91	16,5
Önnur illkynja æxli í lungum	33	6
Stigun lungnakrabbameins		
Annarra en smáfrumukrabbameina		
Stig I	115	33,2*
Stig II	56	16,2*
Stig III	84	24,3*
Stig IV	91	26,3*
Smáfrumukrabbamein		
Takmarkaður sjúkdómur	27	41**
Útbreiddur sjúkdómur	39	59**
Meðferð lungnakrabbameins		
Skurðmeðferð***	167	39,2
Önnur krabbameinsmeðferð	222	52,1
Eingöngu einkennameðferð	37	8,7

*af heildarfjölda sjúklinga með lungnakrabbamein önnur en smáfrumukrabbamein.
**af heildarfjölda sjúklinga með smáfrumukrabbamein.
***skurðmeðferð sem hluti af meðferðinni með eða án viðbótar krabbameinsmeðferðar.

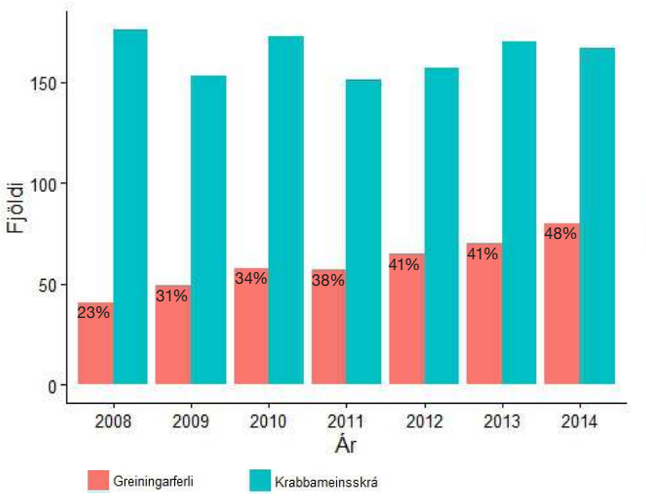
lungnakrabbamein önnur en smáfrumukrabbamein, krabbalíki), stigun sjúkdóms við greiningu og meðferð. Allar breytur sem teknar voru með í líkanið stóðust kröfu um hlutfallsbil (*proportionality*). Tölfræðileg marktækni miðaðist við p-gildi <0,05.

Leyfi fyrir rannsókninni voru fengin frá framkvæmdastjóra lækninga á Landspítala, vísindasiðanefnd og Persónuvernd.

Niðurstöður

Alls voru 550 sjúklingar rannsakaðir í greiningarferlinu á þeim 7 árum sem rannsóknin náði til. Konur voru 312 (57%) en karlar 238 (43%) (tafla I). Langflestir sjúklinganna höfðu sögu um reykingar en 2,6% þeirra sem greindust með lungnakrabbamein í ferlinu höfðu aldrei reykt. Aðeins 19 (3,5%) sjúklingar höfðu fyrri sögu um lungnakrabbamein, 10 þeirra greindust meira en 5 árum fyrr og fjórir árið fyrir greiningarferlið.

Greining lungnakrabbameins var staðfest hjá 426 sjúklingum (77,5%) á öllu rannsóknartímabilinu. Fjöldi sjúklinga sem greindust með lungnakrabbamein sem hlutfall einstaklinga í greiningarferlinu hélst svipað á milli ára, var lægst 70,4% árið 2011



Mynd 2. *Fjöldi og hlutfall sjúklinga sem greindist með lungnakrabbamein í greiningarferli á Landspítala í samanburði við heildarhóp lungnakrabbameinsgreindra á Íslandi árin 2008-2014 (Krabbameinsskrá).*

og hæst 87,1% árið 2014 (p=0,2). Eins og sjá má í töflu I reyndust 346 (81,2%) þeirra hafa lungnakrabbamein af öðrum vefjaflokki en smáfrumukrabbameini og 66 (15,5%) höfðu smáfrumukrabbamein. Sjö sjúklingar (1,6%) greindust með krabbalíki og í öðrum 7 tilfellum var greining lungnakrabbameins byggð eingöngu á niðurstöðum myndrannsókna án sýnatöku, oftast vegna þess að þessir sjúklingar voru ekki taldir þola inngrip til greiningar vegna lélegs líkamlegs ástands.

Mynd 2 sýnir fjölda og hlutfall sjúklinga sem greindust með lungnakrabbamein í greiningarferli á Landspítala borið saman við alla sem greindust með lungnakrabbamein á Íslandi á rannsóknartímanum. Hlutfallið hækkaði úr 23,3% árið 2008 í 47,9% allra lungnakrabbameinsgreininga á Íslandi árið 2014 (p<0,001).

Greining lungnakrabbameins fékkst með rannsóknum í greiningarferli hjá 72,5% sjúklinga. Í 27,5% tilfella þurfti að gera frekari rannsóknir í framhaldi af greiningarferlinu til þess að staðfesta greininguna. Í 16,5% tifella reyndust lungnabreytingar góðkynja, sem í flestum tilfellum voru sýkingar, svo sem af völdum ódæmigerðra berklabaktería, eða vegna örmyndunar, trefjavefslungnabólgu eða smárra æxlishnúða (<3 cm) í lunga af óþekktum toga.

Lungnakrabbamein var greint með sýnum sem fengust við berkjuspeglun hjá 199 sjúklingum (46,9%) og með ástungunálarsýnum þar sem notast var við tölvusneiðmyndir hjá 181 þeirra (42,7%). Hjá 33 sjúklingum (7,7%) var gerð skurðaðgerð án þess að klár greining lungnakrabbameins lægi fyrir en þá var æxlið skoðað með frystiskurði í aðgerðinni og í framhaldi gerð viðeigandi aðgerð (fleygskurður, blaðnám eða lungnabrottnám) ef um lungnakrabbamein var að ræða. Hjá 8 sjúklingum (1,9%) greindist lungnakrabbamein með sýnatöku frá fjarmeinvörpum. Yfirlit yfir stigun og meðferð þeirra 426 sjúklinga sem greindust með lungnakrabbamein í greiningarferli er sýnt í töflu I.

Tími frá tilvísun til greiningar og meðferðar

Miðgildi frá tilvísun læknis í greiningarferlið þar til greining lungnakrabbameins lá fyrir var 10 dagar (15,2 +/-19,1 að meðaltali; bil 0-192) en 19 dagar frá því að greining lungnakrabbameins lá

Tafla II. *Yfirlit yfir sjúklinga sem greindust með lungnakrabbamein á Íslandi árið 2014.*

	Heild n =167 (%)	Greiningarferli n = 80 (%)	Ekki greiningarferli n = 87 (%)	p-gildi
Kyn				0,492
konur	103 (61,7)	52 (65)	51 (58,6)	
Meðalaldur, ár (bil)	69,3 ± 10,7 (21-93)	67,7 ± 9,3 (21-93)	70,9 ±11,7 (39-87)	0,054
Fyrri saga um krabbamein				0,060
Engin	127 (77,4)	63 (78,8)	64 (73,6)	
Lungnakrabbamein	7 (4,3)	6 (7,5)	1 (1,1)	
Önnur krabbamein	30 (18,3)	11 (13,8)	19 (21,8)	
Staðsetning greiningarrannsókna				<0,001
Greiningarferli á Landspítala	80 (47,9)	80 (100)	0	
Innlögn á sjúkrahús	54 (32,3)	0	54 (62,1)	
Göngu- eða dagdeild	33 (19,8)	0	33 (37,9)	
Meingerð lungnakrabbameins				0,242
Lungnakrabbamein önnur en smáfrumukrabbamein	135 (80,8)	69 (86,2)	66 (75,9)	
Smáfrumukrabbamein	24 (14,4)	8 (10,0)	16 (18,4)	
Krabbalíki	5 (3,0)	3 (3,8)	2 (2,3)	
Stigun lungnakrabbameins				
Annarra en smáfrumukrabbameina				<0,001
Stig I	37 (27,8)	27 (39,1)	10 (15,6)	
Stig II	17 (12,8)	13 (18,8)	4 (6,2)	
Stig III	21 (15,8)	11 (15,9)	10 (15,6)	
Stig IV	58 (43,6)	18 (26,1)	40 (62,5)	
Smáfrumukrabbamein				0,030
Takmarkaður sjúkdómur	12 (50)	7 (87,5)	5 (33,3)	
Útbreiddur sjúkdómur	12 (50)	1 (12,5)	11 (68,7)	
Meðferð lungnakrabbameins				<0,001
Skurðmeðferð*	61 (36,5)	43 (53,8)	18 (20,7)	
Önnur krabbameinsmeðferð	69 (41,3)	25 (31,3)	44 (50,6)	
Eingöngu einkennameðferð	29 (17,4)	7 (8,8)	22 (25,3)	

*skurðmeðferð sem hluti af meðferðinni með eða án viðbótar krabbameinsmeðferðar.

fyrir hjá sjúklingum í greiningarferli að fyrstu skoðun hjá meðferðaraðila (23,2 ± 22,1 að meðaltali, bil: 0-151).

Sjúklingar sem greindust með lungnakrabbamein á Íslandi árið 2014

Tafla ll sýnir samanburð á sjúklingum sem greindust með lungnakrabbamein á Íslandi árið 2014 í greiningarferli og utan þess. Árið 2014 greindust 167 einstaklingar með lungnakrabbamein á Íslandi og greindust 80 þeirra í greiningarferlinu. Meirihluti sjúklinganna, eða 54 talsins (62,1%), sem greindist með lungnakrabbamein utan ferlisins höfðu verið lagðir inn á sjúkrahús vegna veikinda og greiningarrannsóknir gerðar í þeirri legu eða í beinu framhaldi af henni. Ekki reyndist munur á vefjaflokkum lungnakrabbameins milli hópa. Hins vegar greindust fleiri með lungnakrabbamein af öðrum vefjagerðum en smáfrumukrabbameini á stigi l-ll í greiningarferlinu (p<0,001) og fleiri með útbreiddan sjúkdóm af smáfrumukrabbameini utan þess (p<0,05). Einnig sást munur á meðferð lungnakrabbameins milli hópanna (p<0,001), en hærra hlutfall sjúklinga sem greindust með lungnakrabbamein í ferlinu fóru í skurðaðgerð, eða 53,8% samanborið við 20,7% þeirra sem greindust utan ferlis (p<0,001).

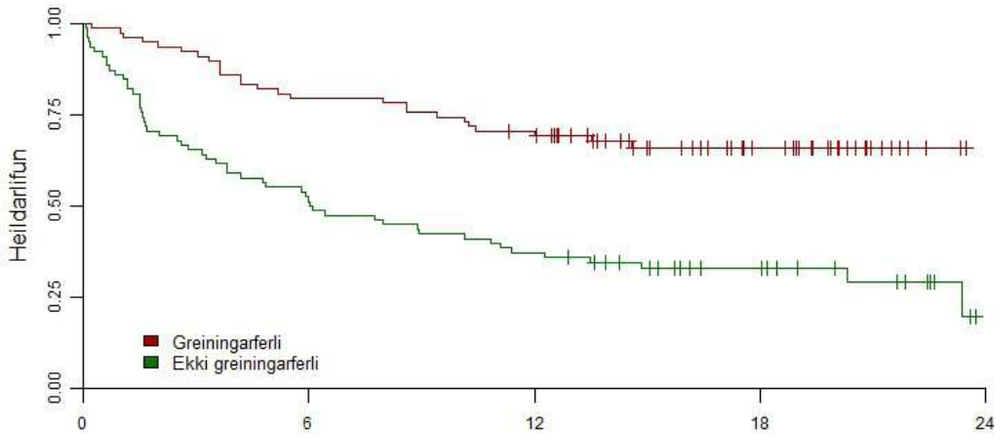
Tafla III. *Mat áhættuhlutfalls (ÁH) með 95% öryggisbili (ÖB) fyrir dauða hjá þeim sjúklingum sem greindust með lungnakrabbamein á Íslandi árið 2014 og fullnægjandi upplýsingar voru til um lifun (n=153).*

Leiðréttingarlíkan	ÁH	95% ÖB
Greining í greiningarferli (viðmið)	1	-
Greining ekki í greiningarferli		
líkan 1	2,97	1,85 - 4,79
líkan 2	1,63	0,98 - 2,71
líkan 3	1,60	0,95 - 2,71
líkan 4	1,56	0,88 - 2,73

Líkan 1: leiðrétt fyrir aldri og kyni.
Líkan 2: leiðrétt fyrir aldri, kyni, vefjaflokki og stigun.
Líkan 3: leiðrétt fyrir aldri, kyni, vefjaflokki, stigun og meðferð.
Líkan 4: Einskorðað við hóp sjúklinga með lungnakrabbamein önnur en smáfrumukrabbamein, leiðrétt fyrir aldri, kyni, stigun og meðferð.

Heildarlifun

Mynd 3 sýnir heildarlifun sjúklinga sem greindust með lungnakrabbamein árið 2014 eftir því hvort þeir greindust innan eða utan greiningarferlis. Þannig var lifun þeirra sem greindust í ferlinu



Mynd 3. *Hrár samanburður á heildarlifun (Kaplan-Meier graf) sjúklinga með lungnakrabbamein eftir því hvort þeir greindust í greiningarferli á Landspítala eða utan þess árið 2014, án leiðréttingarþátta. Lifun eftir 6 og 12 mánuði var 79,5% og 70,5% fyrir þá sem fóru í gegnum greiningarferlið og 51,3% og 37,2% á sömu tímapunktum fyrir þann sjúklingahóp sem greindist utan þess. P-gildi log rank prófs (án leiðréttingarþátta) var <0,001.*

79,5% eftir 6 mánuði og 70,5% eftir 12 mánuði. Lifun þeirra sem greindust utan ferlis voru 51,3% og 37,2% fyrir sömu tímabil. Þegar leiðrétt var fyrir aldri, kyni, vefjaflokki, stigun sjúkdóms og meðferð sást tilhneiging til lakari lifunar hjá þeim sjúklingum sem greindust utan greiningarferlis, en munurinn var ekki tölfræðilega marktækur (ÁH 1,60; 95% ÖB: 0,95-2,71) (tafla III). Ef aðeins var litið á þá sjúklinga sem voru með lungnakrabbamein önnur en smáfrumukrabbamein og leiðrétt fyrir sömu þáttum og tilgreindir voru að framan, reyndist áhættuhlutfallið 1,56 (95% ÖB 0,88-2,73).

Umræða

Þessi rannsókn sýnir að vaxandi hlutfall sjúklinga með lungnakrabbamein á Íslandi greinist í kerfisbundnu greiningarferli á Landspítala. Hlutfall sjúklinga sem greindust með lungnakrabbamein í ferlinu reyndist tæplega 80% sem er áþekkt eða heldur hærra hlutfall en þekkist í sambærilegum erlendum rannsóknum.[5,6,15] Eins og búast mátti við var hærra hlutfall sjúklinga í greiningarferli með sjúkdóm á lægri sjúkdómsstigum og komu þeir því frekar til greina fyrir læknandi skurðmeðferð en þeir sem greindust utan ferlisins. Biðtími frá tilvísun til greiningar lungnakrabbameins og frá greiningu til meðferðar reyndist einnig í samræmi við alþjóðlegar leiðbeiningar og viðmið.[10,11,16]

Biðtími frá tilvísun að greiningu í greiningarferlinu voru 10 dagar að miðgildi. Í rannsókn Brocken og félaga frá árinu 2012, þar sem framkvæmd greiningarrannsókna var svipuð okkar ferli á Landspítala, var biðtíminn 9 dagar að miðgildi frá tilvísun til greiningar og 25 dagar að meðferð frá greiningu.[6] Í klínískum leiðbeiningum beggja vegna Atlantshafsins er ráðlagt að rannsaka sjúkling eins fljótt og auðið er eftir tilvísun við grun um lungnakrabbamein[3,4,11,16] en í breskum leiðbeiningum er miðað við að ekki líði meira en 7-14 dagar frá tilvísun til fyrstu skoðunar hjá sérfræðingi.[4,11] Nýleg safngreining á 49 evrópskum rannsóknum, sem allar beindust að tímaþáttum við greiningu lungnakrabbameins, leiddi í ljós að miðgildi biðtíma frá tilvísun að greiningu væri allt frá 8 að 60 dögum og að 30-84 dagar liðu þar til meðferð hófst eftir að greining hafði verið staðfest.[17] Aðeins fáeinar slíkar rannsóknir eru til frá Bandaríkjunum en líkt og þær evrópsku gefa þær til kynna að bið eftir greiningu og meðferð lungnakrabbameins sé í mörgum tilvikum lengri en æskilegt er.[10] Tímabilið frá greiningu að upphafi meðferðar í greiningarferlinu á Landspítala var 19 dagar og er það innan marka alþjóðlegra leiðbeininga og viðmiða. Þegar litið er á okkar niðurstöður um biðtíma eftir greiningu og meðferð verður að hafa í huga að hátt hlutfall sjúklinga í greiningarferli reyndist með sjúkdóm á lægri sjúkdómsstigum (það er lungnakrabbamein önnur en smáfrumukrabbamein á stigum I og II) og þurftu því oftar að gangast undir viðameiri rannsóknir til að staðfesta greiningu og ákveða meðferð, borið saman við þá sem reyndust hafa dreifðan sjúkdóm.[18]

Fáar rannsóknir hafa skoðað hvort tilkoma skipulagðra greiningarferla hafi áhrif á lifun sjúklinga. Í rannsókn Brocken og félaga kemur fram að bið eftir greiningu er styttri í skipulögðu greiningarferli, en sú rannsókn sýndi ekki marktækan mun á lifun eftir því hvort sjúklingar fóru í gegnum skipulagt greiningarferli eða ekki.[6] Aðrar rannsóknir hafa sýnt fram á tengsl styttri biðtíma að greiningu við bæði betri[19,20] en einnig verri[21,22] lifun en í þeim rannsóknum á greining lungnakrabbameins sér ekki stað í skipulögðu greiningarferli. Sjúklingar með mikil einkenni og útbreiddan sjúkdóm hafa oftar forgang að rannsóknum og meðferð sem líklega skýrir af hverju þeir hafa verri lifun þrátt fyrir stutta bið eftir greiningu. Nýleg norsk rannsókn sem sýndi fram á bætta 5-ára lifun lungnakrabbameinssjúklinga á tímabilinu 1997 til 2011, eða úr 11,6% í 17,5%,[23] rakti árangurinn til margra þátta, meðal annars til bættra greininga- og stigunarrannsókna. Þegar bornir voru saman sjúklingar sem greindust með lungnakrabbamein innan og utan greiningarferlis á Íslandi, kom í ljós að hærra hlutfall sjúklinga í greiningarferli hafði lungnakrabbamein á lægri stigum og fengu oftar læknandi skurðmeðferð (tafla II). Í samanburðarhópnum voru fleiri sjúklingar með smáfrumukrabbamein, en þeir sjúklingar eru oft það einkennamiklir að þeir þurfa innlögn á sjúkrahús og greiningarferlið hentar þeim síður. Þegar leiðrétt hafði verið fyrir þáttum eins og aldri, kyni, vefjaflokki, stigi við greiningu og meðferð, sást viss tilhneiging til betri lifunar hjá þeim sem greindust í ferlinu miðað við þá sem greindust utan

ferlis. Munurinn var þó ekki tölfræðilega marktækur en hafa verður í huga að hóparnir voru litlir og ekki var leiðrétt fyrir öðrum sjúkdómum sem gæti truflað samanburðinn. Að einhverju leyti verður að líta á það sem leiðréttingu fyrir öðrum sjúkdómum sjúklings þegar leiðrétt er fyrir meðferðarform í fjölbreytulíkaninu, enda geta aðrir sjúkdómar verið mjög mikilvægir þegar tekin er ákvörðun um meðferð. Sambandið var einnig skoðað í hópi sjúklinga með lungnakrabbamein önnur en smáfrumukrabbamein. Þrátt fyrir hættu á ofangreindri bjögun er ekki hægt að útiloka jákvæð áhrif á lifun af því kerfisbundna og þverfaglega ferli sem sjúklingar greiningarferlisins gangast undir. Því er ástæða til að rannsaka þetta samband í stærri hópum og með aukinni stjórn á bjögunar- og blöndunarþáttum (*confounders*).

Krabbameinssjúklingar upplifa oft streitu og álag við greiningu og meðferð sjúkdómsins, ekki síst sjúklingar sem greinast með lungnakrabbamein.[24] Þannig hefur nýleg rannsókn sýnt aukna tíðni á depurð og kvíða á greiningartímabili krabbameins (ÁH 6,7) og reyndist áhættan mest hjá sjúklingum með illvíg krabbamein eins og lungnakrabbamein.[25] Líðan sjúklinga sem grunaðir eru um lungnakrabbamein hefur ekki mikið verið rannsökuð en þó hafa tvær rannsóknir sýnt fram á merki aukinnar streitu og andlegs álags í þessum sjúklingahópi.[8, 9] Brocken og samstarfsfólk sýndu að skipulagning rannsókna í áþekku greiningarferli og því sem innleitt hefur verið á Landspítala, dró hraðar úr tíðni kvíða og einkennum þunglyndis borið saman við sjúklinga sem voru greindir utan greiningarferlis.[8] Það er því ekki útilokað að hið nýja greiningarferli hafi jákvæð áhrif á líðan sjúklinga Landspítala sem taldir voru með lungnakrabbamein. Með ofangreint í huga hófst nýlega rannsókn á streitu og andlegu álagi meðal sjúklinga í greiningarrannsóknum á Landspítala sem taldir eru vera með lungnakrabbamein (LUng CAncer, Stress, Survival, LUCASS-study), en þar verður streita mæld með sjálfsmati og ýmsum lífmælingum fyrir og eftir greiningu lungnakrabbameins og reynt að varpa ljósi á tengsl hennar við ævlisvöxt og langtímahorfur.

Helsti styrkleiki þessarar rannsóknar er að hún nær yfir 7 ára tímabil og því eru niðurstöður hennar ekki háðar breytileika milli einstakra ára. Hún gefur einnig gott yfirlit yfir notagildi ferlisins til greiningar lungnakrabbameins og er fyrsta rannsókn sinnar tegundar hér á landi sem veitir upplýsingar um biðtíma eftir greiningu og hvenær meðferð er veitt við lungnakrabbameini. Veikleiki rannsóknarinnar er að hún er afturskyggn og byggir á upplýsingum sem fengust úr sjúkragögnum, sem getur haft annmarka í för með sér þar sem sumar upplýsinganna eru misvel skráðar. Hafa þarf í huga að val sjúklinga í greiningarferli byggir ekki á stöðluðum ábendingum og er háð mati þess lungnalæknis sem ábyrgur er fyrir ferlinu á hverjum tíma. Skráning á tímaþáttum rannsóknarinnar, eins og dagsetningu tilvísunar og upphafi meðferðar, var áætluð út frá fyrstu skráningu í rafræna sjúkraskrá sem tengdist greiningarrannsóknum og fyrsta skráningardegi meðferðaraðila, en ekki meðferðinni sem slíkri. Niðurstöður rannsóknarinnar verður því að skoða með ofangreind atriði í huga. Loks er mikilvægt að samanburður á sjúklingum sem greindust árið 2014 innan og utan ferlisins er ekki fullkominn, enda slembun ekki til staðar og því hætta á valskekkju.

Þessi rannsókn veitir yfirsýn yfir þann sjúklingahóp sem hefur farið í greiningarferli við grun um lungnakrabbamein á Landspítala, tíðni og stigun lungnakrabbameins í þeim hópi, ásamt upplýsingum um meðferð, biðtíma eftir greiningu og meðferð, ásamt lifun. Sú staðreynd að fleiri sjúklingar greinist innan kerfisbundins þverfaglegs greiningarferlis verður að teljast jákvæð þróun, enda er talið að það geti haft jákvæð áhrif á líðan og heilsufar þessara sjúklinga. Frekari rannsóknir verða að leiða í ljós hvort greining innan ferlis skilar sér í bættum langtímahorfum.

Þakkir

Þakkir fær allt starfsfólk á lyflæknisdeild A2 á Landspítala í Fossvogi sem allt frá upphafi tók verkefninu með opnum hug og sinna sjúklingum greiningarferlisins af fagmennsku. Sérstakar þakkir fær Ástrós B. Björnsdóttir deildarritari á A2, sem hefur haldið utan um skráningu sjúklinga og séð um skipulagningu rannsókna í ferlinu, og María V. Sverrisdóttir deildarstjóri á A2. Einnig fær Krabbameinsfélag Íslands þakkir fyrir aðstoð við gagnasöfnun og félagar við Miðstöð í lýðheilsuvísindum fyrir aðstoð við tölfræðiúrvinnslu.

Verkefnið hefur hlotið styrk vegna klínískra gæðaverkefna á Landspítala árið 2008 og verkefnastyrk frá RANNÍS (nr. 141667-053).

Heimildir

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. Int J Cancer 2015; 136: E359-86.
2. Baldwin DR, White B, Schmidt-Hansen M, Champion AR, Melder AM. Diagnosis and treatment of lung cancer: summary of updated NICE guidance. BMJ 2011; 342: d2110.
3. Detterbeck FC, Lewis SZ, Diekemper R, Addrizzo-Harris D, Alberts WM. Executive Summary: Diagnosis and management of lung cancer, 3rd ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. Chest 2013; 143 (5 Suppl):7s-37s.
4. BTS recommendations to respiratory physicians for organising the care of patients with lung cancer. The Lung Cancer Working Party of the British Thoracic Society Standards of Care Committee. Thorax 1998; 53 Suppl 1: S1-8.
5. Aukema TS, Valdes Olmos RA, Klomp HM, Teertstra HJ, Belderbos JS, Vogel WV, et al. Evaluation of (18)F-FDG PET-CT for differentiation of pulmonary pathology in an approach of outpatient fast track assessment. J Thorac Oncol 2009; 4: 1226-30.
6. Brocken P, Kiers BA, Looijen-Salamon MG, Dekhuijzen PN, Smits-van der Graaf C, Peters-Bax L, et al. Timeliness of lung cancer diagnosis and treatment in a rapid outpatient diagnostic program with combined 18FDG-PET and contrast enhanced CT scanning. Lung Cancer 2012; 75: 336-41.
7. Lal A, Phillips S, Russell C, Woolhouse I. The novel use of fast track CT to select patients for lung cancer clinics: effect on clinic efficiency, waiting times, and patient satisfaction. Postgrad Med J 2011; 87: 264-8.
8. Brocken P, van der Heijden EH, Oud KT, Bootsma G, Groen HJ, Donders AR, et al. Distress in suspected lung cancer patients following rapid and standard diagnostic programs: a prospective observational study. Psychooncology 2015; 24: 433-41.
9. Montazeri A, Milroy R, Hole D, McEwen J, Gillis CR. Anxiety and depression in patients with lung cancer before and after diagnosis: findings from a population in Glasgow, Scotland. J Epidemiol Community Health 1998; 52: 203-4.
10. Ost DE, Yeung SC, Tanoue LT, Gould MK. Clinical and organizational factors in the initial evaluation of patients with lung cancer: Diagnosis and management of lung cancer, 3rd ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. Chest 2013; 143 (5 Suppl): e121S-141S.
11. National Collaborating Centre for C. National Institute for Health and Care Excellence: Clinical Guidelines. Suspected Cancer: Recognition and Referral. National Institute for Health and Care Excellence (UK), National Collaborating Centre for Cancer, London 2015.
12. Vallieres E, Shepherd FA, Crowley J, Van Houtte P, Postmus PE, Carney D, et al. The IASLC Lung Cancer Staging Project: proposals regarding the relevance of TNM in the pathologic staging of small cell lung cancer in the forthcoming (seventh) edition of the TNM classification for lung cancer. J Thorac Oncol 2009; 4: 1049-59.
13. Kalemkerian GP. Staging and imaging of small cell lung cancer. Cancer Imaging 2012; 11: 253-8.
14. R Core Team. R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vínarborg 2014.
15. Murray PV, O'Brien ME, Sayer R, Cooke N, Knowles G, Miller AC, et al. The pathway study: results of a pilot feasibility study in patients suspected of having lung carcinoma investigated in a conventional chest clinic setting compared to a centralised two-stop pathway. Lung Cancer 2003; 42: 283-90.
16. Asch SM, Kerr EA, Hamilton EG, Reifel JL, McGlynn EA, ritstj. Quality of care for oncologic conditions and HIV: a review of the literature and quality indicators. RAND, Santa Monica, Kalifórníu 2000.
17. Olsson JK, Schultz EM, Gould MK. Timeliness of care in patients with lung cancer: a systematic review. Thorax 2009; 64: 749-56.
18. Christensen ED, Harvald T, Jendresen M, Aggestrup S, Petterson G. The impact of delayed diagnosis of lung cancer on the stage at the time of operation. Eur J Cardiothorac Surg 1997; 12: 880-4.
19. Buccheri G, Ferrigno D. Lung cancer: clinical presentation and specialist referral time. Eur Resp J 2004; 24: 898-904.
20. Kanashiki M, Satoh H, Ishikawa H, Yamashita YT, Ohtsuka M, Sekizawa K. Time from finding abnormality on mass-screening to final diagnosis of lung cancer. Oncol Rep 2003; 10: 649-52.
21. Comber H, Cronin DP, Deady S, Lorcain PO, Riordan P. Delays in treatment in the cancer services: impact on cancer stage and survival. Ir Med J 2005; 98: 238-9.
22. Myrdal G, Lambe M, Hillerdal G, Lamberg K, Agustsson T, Stahle E. Effect of delays on prognosis in patients with non-small cell lung cancer. Thorax 2004; 59: 45-9.
23. Nilssen Y, Strand TE, Fjellbirkeland L, Bartnes K, Moller B. Lung cancer survival in Norway, 1997-2011: from nihilism to optimism. Eur Respir J 2015; 47: 275-87.
24. Linden W, Vodermaier A, Mackenzie R, Greig D. Anxiety and depression after cancer diagnosis: prevalence rates by cancer type, gender, and age. J Affect Disord 2012; 141: 343-51.
25. Lu D, Andersson TM, Fall K, Hultman CM, Czene K, Valdimarsdottir U, et al. Clinical Diagnosis of Mental Disorders Immediately Before and After Cancer Diagnosis: A Nationwide Matched Cohort Study in Sweden. JAMA Oncol 2016; 2: 1188-96.

ENGLISH SUMMARY

Fast diagnostic track for suspected lung cancer: A patient centered approach

Hrönn Harðardóttir[1,2,3], Unnur A. Valdimarsdóttir[2,3,4,5], Tómas Guðbjartsson[2,6], Andrés Sigvaldason[1], Sigrún Helga Lund[3], Thor Aspelund[3,7], Sif Hansdóttir[1], Steinn Jónsson[1,2]

Introduction: The aim of this study is to describe the characteristics of patients who underwent a fast diagnostic track (FDT) due to suspected lung cancer at Landspitali University Hospital, Iceland.

Material and methods: Hospital records were reviewed on background characteristics, diagnosis, staging, waiting times and survival of all 550 patients (mean age 68.1 years, 57% female) that participated in the FDT from February 1, 2008 to January 31, 2015. Adjusting for clinical characteristics in a multivariate analysis, overall survival was compared for patients diagnosed with lung cancer within or outside the FDT in Iceland in 2014 (n=167, mean age 69.3 years, 61.7% female).

Results: Of the 550 FDT patients, 426 were diagnosed with lung cancer (77.5%); 346 of the non-small cell type (NSCLC) (81.2%). The proportion of patients receiving lung cancer diagnosis through the FDT increased from 23.3% in 2008 to 47.9% in 2014 (p<0.001). The waiting time from referral to diagnosis was 10 days median and 19 days from diagnosis to initiation of treatment. More patients with advanced disease were diagnosed outside the FDT (70.1% vs. 37.5%, p<0.05). When adjusted for age, sex, histology, stage at diagnosis and therapy, patients diagnosed with lung cancer outside the FDT had higher risk of all-cause mortality (HR 1.60; 95% CI: 0.95 – 2.71) although the difference was not statistically significant.

Conclusion: An increasing proportion of lung cancer diagnosis in Iceland is made through a fast diagnostic track with potential benefits for patients. The waiting time from referral to diagnosis and treatment is in line with international guidelines.

[1]Department of Respiratory Medicine, Landspitali University Hospital, Reykjavik, Iceland, [2]Faculty of Medicine, University of Iceland, Reykjavik, Iceland, [3]Center of Public Health, University of Iceland, Reykjavik, Iceland, [4]Department of Epidemiology, Harvard T.H.Chan School of Public Health, Boston, [5]Department of Medical Epidemiology and Biostatistics, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden, [6]Department of Cardiothoracic Surgery, Landspitali University Hospital, Reykjavik, Iceland, [7]Icelandic Heart Association, Kopavogur, Iceland.

Key words: *lung cancer, non-small cell lung cancer, diagnostic track, waiting times, survival.*

Correspondence: Hrönn Harðardóttir, *hronnh@landspitali.is*

Colrefuz®
colchicine

Lyf gegn þvagsýrugigt

- **Meðferð** við bráðum þvagsýrugigtarköstum
- **Fyrirbyggjandi meðferð** gegn þvagsýrugigtarkasti í upphafi meðferðar með þvagsýrulosandi lyfjum



Actavis / 619021



Colrefuz (Colchicin) – 500 míkrógramma töflur / 100 stykkja pakkningar

Sérlyfjatexti á bls. 209

Actavis

Gallblöðrukrabbamein á Íslandi 2004-2013

Bryndís Baldvinsdóttir[1] læknir, **Haraldur Hauksson**[2] læknir, **Kristín Huld Haraldsdóttir**[1] læknir

ÁGRIP

Inngangur: Gallblöðrukrabbamein er um 0,5% allra krabbameina sem greinast. Horfur sjúklinga með gallblöðrukrabbamein eru almennt slæmar og skurðaðgerð er eini meðferðarmöguleikinn sem getur leitt til lækningar. Tilgangur rannsóknarinnar var að skoða algengi sjúkdómsins hérlendis og afdrif sjúklinga sem greindust á rannsóknartímabilinu.

Efniviður og aðferðir: Rannsóknin var afturskyggn þýðisrannsókn. Listi yfir sjúklinga sem greindust með gallblöðrukrabbamein á Íslandi á árunum 2004-2013 var fenginn frá Krabbameinsskrá Íslands. Upplýsinga var aflað úr sjúkraskrám Landspítala og Sjúkrahússins á Akureyri. Eftirfylgd var að meðaltali 6 ár.

Niðurstöður: Á rannsóknartímabilinu greindust 24 sjúklingar með gallblöðrukrabbamein á Íslandi, 16 konur og 8 karlar. Átján voru greindir á Landspítala og sex á Sjúkrahúsinu á Akureyri. Meðalaldur við greiningu var 73 ár. 18 eru látnir, meðallifun eftir greiningu voru 5 mánuðir. Sex (25%) eru enn á lífi og var meðallifun þeirra frá greiningu 3,7 ár. Kirtilfrumukrabbamein (*adenocarcinoma*) var algengasta æxlisgerðin (n=19). Þrír sjúklingar (3/24, 12,5%) gengust undir umfangsmeiri aðgerð í kjölfar greiningar á gallblöðrukrabbameini. Níu (9/24, 37,5%) sjúklingar voru með óskurðtækan sjúkdóm við greiningu og létust þeir að meðaltali innan tveggja mánaða eftir greiningu.

Ályktun: Gallblöðrukrabbamein er sjaldgæft krabbamein á Íslandi og hefur slæmar horfur. Tæplega þriðjungur sjúklinga hafði ekki tengsl við Landspítala í kjölfar greiningar. Róttækar skurðaðgerðir í kjölfar greiningar voru fáar.

Inngangur

Gallblöðrukrabbamein eru sjaldgæf, eða um 0,5% af öllum krabbameinum sem greind eru.[1-3] Algengi gallblöðrukrabbameins er að nokkru leyti svæðisbundið á heimsvísu og er nýgengi þess um 35/100.000 í Chile, Japan og norðurhluta Indlands en hins vegar er það sjaldgæft mein á Vesturlöndum með nýgengi kringum 1,5/100.000.[1,2,4-6] Gallblöðrukrabbamein er 2-6 sinnum algengara hjá konum en körlum.[1,3] Helstu áhættuþættir sem tengjast myndun gallblöðrukrabbameins eru langvarandi bólga, kalkanir, separ (>1 cm) í gallblöðru, trefjunargallgangabólga (*primary sclerosing cholangitis*) ásamt meðfæddu afbrigði af inngangi bris- og gallgangs í skeifugörn (*pancreaticobiliary maljunction*).[1,2,7] Aðrir áhættuþættir eru meðal annars offita, reykingar og sykursýki.[1,8] Gallsteinar einir og sér hafa ekki verið taldir til áhættuþátta en þeir eru taldir tengjast langvarandi ertingu á slímhúð gallblöðru og bólgumyndun[9] og flestir sjúklingar sem greinast með gallblöðrukrabbamein eru með gallsteina.

Einkenni gallblöðrukrabbameins eru ósértæk. Á fyrstu stigum sjúkdómsins er hann oft einkennalaus og eru einkenni oft tengd útbreiddari sjúkdómi. Helstu einkenni sem fylgja gallblöðrukrabbameini eru verkur ofanvert og hægra megin í kvið, ógleði, uppköst og þyngdartap. Hækkuð lifrargildi í blóði eru oft tengd útbreiddari sjúkdómi.[10,11]

Æxlisvísar eru notaðir í greiningu og eftirfylgd sjúklinga með gallblöðrukrabbamein. Þeir æxlisvísar sem aðallega eru mældir hér á landi eru CA19-9 og CEA. Æxlisvísar eru hins vegar ósértækir og eykst næmi með útbreiddari sjúkdómi. Einkennalausir sjúklingar geta haft eðlilega æxlisvísa.[10]

Greining á gallblöðrukrabbameini getur verið tilviljunarkennd í kjölfar gallblöðrutöku og af þeim sem fara í gallblöðrutöku greinast um 0,3-2,0% með gallblöðrukrabbamein.[12-15] Einungis greinist um þriðjungur sjúklinga með gallblöðrukrabbamein fyrir aðgerð[16] og þar af eru 15-47% með skurðtækan sjúkdóm.[17] Helmingur sjúklinga hefur eitlameinvörp. Fimm ára lifun sjúklinga með gallblöðrukrabbamein er 5% en meðallifun eftir greiningu eru 6 mánuðir.[1,8] Algengasta æxlisgerð gallblöðrukrabbameins er kirtilfrumukrabbamein (*adenocarcinoma*), eða um 98% tilfella.[1,11-13]

Gallblöðrukrabbamein er algengast í efsta hluta gallblöðrunnar (*fundus*) og dreifir sér oft með beinum vexti yfir í lifur þar sem engin himna (*serosa*) er milli gallblöðru og lifrar. Einnig dreifist það með beinum vexti niður í gallvegi, í sogæðakerfið og með vexti yfir í bláæðakerfi lifrar og aðlæg líffæri.[18] Stigun æxlisins fyrir aðgerð á myndrannsóknum, svo sem ómskoðun, sneiðmynd, segulómskoðun og PET,[19] er notuð til mats á möguleikum á umfangsmeiri aðgerð í lækningaskyni (*en bloc resection*), þar sem fjarlægð eru aðlæg lifrarhólf (*segments*), IVB og V, gallpípla (*ductus cysticus*), eitlastöðvar aðlægt gallblöðru og í ákveðnum tilvikum gallrás utan lifrar (*ductus choledochus*). Í nýlegum leiðbeiningum frá National Comprehensive Cancer Network (NCCN) er mælt með viðbótaraðgerð ef krabbameinið vex niður í vöðvalag gall-

[1]Skurðlækningadeild Landspítala, [2]skurðlækningadeild Sjúkrahússins á Akureyri.
Fyrirspurnum svarar Kristín Huld Haraldsdóttir, *kristinh@landspitali.is*

https://doi.org/10.17992/lbl.2017.04.131

Greinin barst blaðinu 23. nóvember 2016, samþykkt til birtingar 20. febrúar 2017.

blöðru (*muscularis propria*), það er stig T1b (tafla I) samkvæmt TNM-flokkun.[20] Lækning gallblöðrukrabbameins grundvallast á því hvort sjúkdómurinn er skurðtækur en flestir greinast með langt genginn sjúkdóm.[21]

Greinist krabbamein í gallblöðru óvænt eftir hefðbundna gallblöðrutöku er mælt með enduraðgerð í því skyni að fjarlægja umrædd svæði sé um að ræða stig T1b eða hærra (tafla I). Sjúklingar sem greinast óvænt hafa að jafnaði gengist undir gallblöðrutöku með kviðsjá (*laparoscopy*) og greinast við meinafræðilega skoðun á gallblöðrunni. Hætta er á myndun útsæða í lífhimnu og inngangsstöðum (*port site*) við kviðsjáraðgerðir.[22] Sérstaklega ef rof verður á gallblöðrunni í aðgerð en slíkt gerist í um það bil 30% gallblöðruaðgerða með kviðsjá.[23,24] Ef sterkur grunur er um krabbamein í gallblöðru fyrir aðgerð hafa ráðleggingar fram að þessu verið að framkvæma opna aðgerð (*laparotomy*) og fjarlægja gallblöðruna og aðlæg lifrarhólf ásamt aðlægum eitlum í sömu aðgerð.[13] Hins vegar hafa slíkar aðgerðir verið framkvæmdar í auknum mæli síðastliðin ár með kviðsjártækni og aðgerðaþjarka en mjög umdeilt er hvort mæla eigi með slíku sökum þess að horfur sjúklings eru verri ef rof verður á gallblöðru í slíkri aðgerð, eins og áður segir, og leki verður á galli út í kviðarhol. Slíkt getur leitt til útbreiðslu krabbameinsfrumna.[25,26]

Erlendar ráðleggingar varðandi krabbamein, þar með talin gallblöðrukrabbamein, leggja mikla áherslu á að allir sjúklingar sem greinist séu ræddir á samráðsfundi þar sem meðferðaraðilar ræða einstaka sjúklinga og leggja upp meðferðaráætlun. Slíkir fundir eru haldnir á Landspítala. Þetta er talinn grunnur að markvissari meðferð og bættum árangri.

Tilgangur rannsóknarinnar var að skoða algengi, greiningu og meðferð við krabbameini í gallblöðru á Íslandi á tímabilinu 2004-2013.

Efniviður og aðferðir

Sjúklingar greindir með gallblöðrukrabbamein á tímabilinu 1. janúar 2004 til 31. desember 2013 samkvæmt Krabbameinsskrá Íslands voru rannsakaðir. Upplýsingar um nöfn og kennitölur sjúklinga, greiningaraldur og dánardag fengust frá Krabbameinsskrá. Upplýsinga um sjúklinga var aflað úr sjúkraskrárkerfum Landspítala og Sjúkrahússins á Akureyri. Upplýsingar voru skráðar í forritið Microsoft Office Excel og var þannig búinn til gagnagrunnur og var öll tölfræðileg úrvinnsla gerð í sama forriti. Beitt var lýsandi tölfræði. Marktækni miðaðist við p-gildi 0,05. Þær upplýsingar sem voru skráðar voru til dæmis kyn, greiningarár, aldur við greiningu, einkenni við greiningu, áhættuþættir, niðurstöður blóðprufa við greiningu, meðal annars æxlisvísar, blóðgildi og lifrarpróf, og vefjameinafræði. Úr vefjameinafræðisvari voru skráðir separ og stærð þeirra, gallsteinar, æxlisgerð, staðsetning æxlis í gallblöðru, ífarandi vöxtur, meinvörp og meinafræðileg TNM-stigun. Aðgerðartegund var skráð, hvort rof hafði orðið á gallblöðru samkvæmt aðgerðarlýsingum og vefjameinafræðisvörum. Hjá þeim sjúklingum sem gengust undir umfangsmeiri aðgerð var ASA-flokkun skráð, aðgerðartegund, aðgerðartími, blæðing, legutími og fylgikvillar í legu. Sjúklingum var fylgt eftir til 31. desember 2015.

Tafla I. *Stigun gallblöðrukrabbameins.*

Stigun	TNM flokkun
0	Tis, N0, M0
I	T1a/b, N0, M0
II	T2, N0, M0
IIIA	T3, N0, M0
IIIB	T1-3, N1, M0
IVA	T4, N0-1, M0
IVB	T1-4, N2, M0 / T1-4, T0-2, M1

Tis=ekki ífarandi æxlisvöxtur
T1a=æxli vaxið í lamina propria
T1b=æxli vaxið inn í vöðvalag (muscularis propria)
T2=æxli vaxið gegnum vöðvalag og að himnulagi (serosa)
T3=æxli vaxið gegnum gallblöðruvegg en ekki í aðlæg líffæri
T4=æxli vaxið í aðlæg líffæri eða æðar
N0=ekki meinvörp í aðlægum eitlum
N1=meinvörp í aðlægum eitlum
M0=ekki merki um fjarmeinvörp
M1=fjarmeinvörp

Við greiningu og eftir aðgerð, hvort sem um var að ræða gallblöðrutöku eingöngu eða umfangsmeiri aðgerð, var farið yfir hvort tilfelli var rætt á samráðsfundi. Þá var skráð hvort sjúklingur fékk frekari meðferð, svo sem krabbameinslyfjameðferð, ásamt lifun og eftirfylgd.

Tilskilin leyfi voru fengin frá Persónuvernd (tilv: 2014121777TS), vísindasiðanefnd (tilv: VSNb2015010002/03.11), Krabbameinsskrá Íslands, lækningaforstjóra Landspítala og lækningaforstjóra Sjúkrahússins á Akureyri.

Niðurstöður

Á 10 ára tímabili, frá 1. janúar 2004 til 31. desember 2013, greindust 24 einstaklingar með gallblöðrukrabbamein á Íslandi (tafla II). Um var að ræða 16 konur og 8 karla og greindust 1-5 sjúklingar á ári á rannsóknartímabilinu. Meðalaldur við greiningu var 73 ár (bil: 35-89). Átján sjúklingar voru greindir á Landspítala og 6 á Sjúkrahúsinu á Akureyri.

Einkenni sjúklinga við greiningu má sjá í töflu III. Algengast var kviðverkur, oft áþekkur verkur og fylgir gallblöðrubólgu og/eða gallsteinakasti. Sex sjúklingar voru með gulu og flestir þeirra voru með langt genginn sjúkdóm (tafla III). Tíu sjúklingar mældust með hækkun á einu eða fleiri lifrargildum í blóði (ALP, GGT, ASAT, ALAT, bilirubin). Upplýsingar um lifrargildi fundust ekki hjá 6 sjúklingum. Ekki var marktækur munur á lifrargildum í blóði hjá sjúklingum með skurðtækan og óskurðtækan sjúkdóm ($p>0,05$). CEA var einungis mælt hjá 4 sjúklingum í tengslum við aðgerð og var hækkað hjá einum. Meðaltal gildis var 2,5 (bil: 0,4-5,9) og voru þessir sjúklingar með kirtilfrumukrabbamein. CA19-9 var mælt hjá 9 sjúklingum og var hækkað hjá fjórum. Meðaltal gildis var 205 (bil: 4,6-1597). Sjúklingar sem voru með hækkað CA19-9 voru með kirtilfrumukrabbamein stig IIIA (n=1), IVA (n=1) og IVB (n=2). Fáir sjúklingar reyndust með þekktan áhættuþátt fyrir gallblöðrukrabbameini en einn sjúklingur var með kalkaða gallblöðru (*porcelain gallbladder*) og einn með sepa. Sjö sjúklingar reyktu en ekki var getið um reykingar hjá 13. Einn sjúklingur var

Tafla II. *Yfirlit yfir sjúklinga greinda með gallblöðrukrabbamein.*

	Fjöldi greindra sjúklinga, n=24, (%)
Konur/karlar	16/8
Meðalaldur (bil)	73 (35-89)
Hækkun á einu eða fleiri lifrargildum í blóði	10
Hækkun á æxlisvísum í blóði CEA/Ca19-9	1*/4**
Stig sjúkdóms; I/II/III/IV	2/4/5/13
Kirtilfrumukrabbamein	19 (79)
Óskurðtækur sjúkdómur við greiningu	9 (37)
Grunur um krabbamein fyrir aðgerð	5 (21)
Greindir eftir hefðbundna gallblöðrutöku	10 (42)
Viðbótaraðgerð eftir greiningu	3 (13)

*CEA var mælt hjá fjórum sjúklingum
**Ca19-9 var mælt hjá 9 sjúklingum

Tafla III. *Einkenni og stigun sjúklinga með gallblöðrukrabbamein.*

Stigun	Fjöldi (n=24*)	Einkenni
I	2	Kviðverkur (n=2)
II	4	Kviðverkur (n=4) Gula (n=1)
IIIA	3	Kviðverkur (n=2) Einkennalaus (n=1)
IIIB	2	Kviðverkur (n=2)
IVA	3	Kviðverkur (n=3) Gula (n=3)
IVB	10	Kviðverkur (n=7) Gula (n=2) Nætursviti (n=1) Þyngdartap og almennur slappleiki (n=2)

*9 sjúklingar með óskurðtækan sjúkdóm eða meinvörp við greiningu

með sykursýki og einn í ofþyngd samkvæmt sjúkraskrám. Fjórtán sjúklingar voru með gallsteina.

Algengasta æxlistegund sjúklinga sem greindust með gallblöðrukrabbamein var kirtilfrumukrabbamein (n=19, 79%). Einn sjúklingur greindist með kirtilþekjukrabbamein og einn með ífarandi taugahnoðæxli (*paraganglioma*) með meinvarp í eitli. Í þremur tilfellum var greining sett samkvæmt útliti á myndrannsóknum og ekki með vefjasýni. Þessir þrír sjúklingar voru allir með óskurðtækt mein við greiningu.

Níu sjúklingar (9/24, 38%) voru með óskurðtækan sjúkdóm eða fjarmeinvörp við greiningu staðsett í lifur (n=7), lunga (n=3), lífhimnu (n=2), húð (n=1), rifbeinum (n=1) og/eða eitlum fjarri gallblöðru (n=1). Greining var staðfest hjá 6 sjúklingum með ástungu, þar af einum í kviðsjáraðgerð en hjá þremur var greining sett með myndgreiningu til grundvallar. Meðallifun þessara sjúklinga eftir greiningu var 105 dagar (bil: 22-299). Þessir sjúklingar voru með stig IVA (n=1) og IVB (n=8) sjúkdóm við greiningu (tafla I).

Sjúklingar greindir fyrir aðgerð með skurðtækt mein

Í heildina greindust 15 sjúklingar (63%) í kjölfar gallblöðrutöku. Af þeim var á myndgreiningarrannsóknum talið að æxli væri í gallblöðru fyrir aðgerð hjá 5 sjúklingum (21%). Þar af var einn með kölkun og einn með sepa í gallblöðru en þrír með fyrirferð sem var talin krabbamein. Allir þessara sjúklinga höfðu farið í ómskoðun, fjórir í sneiðmynd og einn í segulómskoðun. Þessir 5 sjúklingar fóru í framhaldinu í gallblöðrutöku, fjórir með kviðsjártækni, þar sem breytt var yfir í opna aðgerð hjá einum, og einn í opna aðgerð. Fjórir sjúklinganna voru með kirtilfrumukrabbamein en einn með taugahnoðæxli. Einn sjúklinganna fór í viðbótaraðgerð þrátt fyrir að ábending fyrir slíkri aðgerð væri hjá öllum nema þeim sem greindist með taugahnoðæxli. Stig þessara sjúklinga reyndust I (n=2), II (n=1) og IIIB (n=2). Ekki varð rof á gallblöðru þessara einstaklinga í aðgerð samkvæmt aðgerðarlýsingu og reyndust þrír vera með gallsteina. Enginn þessara sjúklinga hefur greinst með endurkomu á sjúkdómi en einn lést af öðrum orsökum.

Af þeim 15 sjúklingum sem greindust í kjölfar gallblöðrutöku voru 10 sjúklingar sem fóru í aðgerð vegna gruns um gallblöðrubólgu, það er án vitneskju um krabbamein. Sjúklingarnir höfðu verið unnir upp með ómskoðun (n=7), sneiðmynd (n=4) og segulómskoðun (n=3). Af engri rannsóknanna var ráðið að um illkynja sjúkdóm væri að ræða. Allir fóru í gallblöðrutöku með kviðsjá og var einungis talað um mikla festu í vef í einum sjúklingi. Allir reyndust með kirtilfrumukrabbamein samkvæmt vefjameinafræðisvari, stig II (n=3), IIIA (n=3), IVA (n=2) og IVB (n=2). Hjá þremur sjúklingum varð rof á gallblöðru fyrir eða í aðgerð og voru þrír sjúklingar með gallleka í takmarkaðan tíma eftir aðgerð. Tveir sjúklingar reyndust ekki hafa gallsteina. Tveir sjúklingar fóru í viðbótaraðgerð. Af þessum 10 sjúklingum greindust 7 með endurkomu á sjúkdómnum, sex af þeim eru látnir og var meðallifun eftir aðgerð 205 dagar (bil: 17-649). Einn sjúklingur er á lífi eftir að hafa greinst með endurkomu í kviðvegg. Þrír sjúklingar til viðbótar voru látnir í lok rannsóknartímabilsins af öðrum orsökum án endurkomu. Stigun þessara sjúklinga má sjá í töflu IV. Sex sjúklingar (25%) voru á lífi í desember 2015 (tafla IV), 5 án endurkomu sjúkdóms og var meðallifun frá greiningu 3,7 ár.

Viðbótaraðgerðir eftir greiningu á gallblöðrukrabbameini

Þrír af 14 (21%) sjúklingum, tvær konur og einn karl, allir með kirtilfrumukrabbamein, fóru í viðbótaraðgerð eftir greiningu. Enginn sjúklingur fór í aðgerð þar sem gallblaðra ásamt aðlægum lifrarhólfum var fjarlægð í einni og sömu aðgerðinni. Aðgerðirnar sem voru gerðar voru annars vegar hlutabrottnám á lifur, það er brottnám á lifrarhólfum IVB og V (n=2) og hins vegar brottnám á gallvegum utan lifrar og samtenging lifrarrásar og ásgarn-

Tafla IV. *Sjúklingar sem gengust undir aðgerð á gallblöðru - staða í lok rannsóknartímabils.*

	n	Stig sjúkdóms við greiningu
Á lífi án endurkomu sjúkdóms	5	II (2), IIIA, IIIB (2),
Á lífi, með endurkomu sjúkdóms	1	II
Látnir eftir endurkomu á sjúkdómi	6	II, IIIA (2), IVA (2), IVB,
Látnir af öðrum orsökum	3	I (2), IVB,

ar (*hepaticojejunostomy*) (n=1). ASA-flokkun sjúklinganna var 1-2, aðgerðirnar stóðu yfir í 148-258 mínútur og legutími eftir aðgerð var að meðaltali 6 dagar. Enginn sjúklinganna fékk fylgikvilla eftir aðgerð. Stigun sjúkdóms fyrir viðbótaraðgerð var II (n=2) og IIIB (n=1). Ekki greindist krabbamein hjá þessum sjúklingum eftir viðbótaraðgerð. Tveir þessara sjúklinga fengu krabbameinslyfjameðferð eftir aðgerð (*adjuvant chemotherapy*). Allir sjúklingarnir eru á lífi. Einn sjúklingur með stig II sjúkdóm sem ekki fékk lyfjameðferð eftir aðgerð hefur greinst með endurkomu sjúkdóms í kviðvegg 29 mánuðum eftir aðgerð. Beitt hefur verið geisla- og lyfjameðferð í líknandi tilgangi.

Eftirlit og samráðsfundir

Átján sjúklingar voru í eftirliti hjá skurðlækni og/eða krabbameinslækni í kjölfar greiningar, tveir af þeim voru settir á líknandi meðferð í kjölfar greiningar. Einn var í eftirliti hjá öldrunarlækni bæði fyrir og eftir greiningu. Engar upplýsingar fundust í sjúkraskrárkerfum spítalanna um 5 sjúklinga þar sem eftirlit fór fram utan spítala.

Af 24 sjúklingum sem greindust með gallblöðrukrabbamein á tímabilinu voru 5 ræddir á samráðsfundi samkvæmt nótum. Þrír af þeim fóru í viðbótaraðgerð. Tveir sjúklingar fengu lyfjameðferð eftir viðbótaraðgerð og voru það einu sjúklingarnir sem fengu slíka meðferð. Af sjúklingum greindum á Sjúkrahúsinu á Akureyri fundust nótur um fjóra sjúklinga þar sem haft var samráð við krabbameinslækni. Fyrir aðra sjúklinga (n=15) virðast þeir ekki hafa verið ræddir eða niðurstöður fundanna ekki verið skráðar.

Umræða

Fá tilfelli af gallblöðrukrabbameini greinast á ári hverju á Íslandi og hefur tíðni þessarar tegundar krabbameins farið minnkandi hérlendis, sérstaklega hjá konum.[27] Eina mögulega lækning sjúkdómsins er skurðaðgerð. Sjúklingar greinast hins vegar oft með langt genginn sjúkdóm og margir greinast óvænt eftir gallblöðrutöku sem gerð er á grundvelli verkja sem taldir eru tengjast gallsteinum. Sé greiningin óvænt er mælt með viðbótaraðgerð fljótt eftir gallblöðruaðgerð ef um skurðtækan sjúkdóm er að ræða, nema í T1a sjúkdómi (tafla I) þar sem ekki er þörf á frekari aðgerð.[28] Myndrannsóknir fyrir aðgerð gegna mikilvægu hlutverki þegar kemur að greiningu. Grunur fyrir aðgerð getur breytt meðferð frá kviðsjáraðgerð í opna aðgerð og umfangsmeiri aðgerð í stað einfaldrar gallblöðrutöku. Ómskoðun ein og sér er ekki nægjanleg rannsókn til greiningar nema ef um er að ræða greinilega fyrirferð. Gallblöðrukrabbamein vex hins vegar oft (um það bil 20%) sem flatt svæði innan gallblöðrunnar.[18] Margir sjúklinganna í samantekt okkar höfðu verið rannsakaðir með fleiri myndrannsóknum en ómskoðun fyrir aðgerð. Myndrannsóknum sem undir venjulegum kringumstæðum eru notaðar til greiningar og stigunar á gallblöðrukrabbameini. Þrátt fyrir þetta fóru 10 af 15 sjúklingum í aðgerð án gruns um undirliggjandi illkynja orsök, sem undirstrikar hversu erfiður sjúkdómurinn er í greiningu. Ekki var hægt að draga ályktanir af mælingu æxlisvísa hjá sjúklingum í rannsókninni, þar sem mælingar höfðu verið gerðar á svo fáum sjúklingum. Erlendar rannsóknir hafa sýnt að þær mælingar hjálpa ekki við greiningu þar sem hækkaðir æxlisvísar í blóði eru oft merki um lengra genginn sjúkdóm.[10] Hins vegar eru æxlisvísar ein leið til að meta sjúklinga með tilliti til krabbameins í gallblöðru og hjálpar í vissum tilfellum í greiningarferli sjúklings.

Enginn sjúklingur fór á tímabilinu í umfangsmeiri aðgerð frá byrjun vegna gruns um gallblöðrukrabbamein eins og alþjóðlegar leiðbeiningar mæla með. Fimm sjúklingar fóru í aðgerð þar sem grunur var um krabbamein fyrir aðgerð en enginn þeirra hefur fengið endurkomu af sjúkdómnum. Þrír sjúklingar fóru hins vegar í viðbótaraðgerð eftir að krabbamein greindist í gallblöðrutöku. Níu sjúklingar til viðbótar voru með kirtilfrumukrabbamein stig I-III þar sem meta ætti sjúkling með tilliti til viðbótaraðgerðar. Á tímabilinu varð algengara eftir því sem leið á að sjúklingar væru ræddir á samráðsfundi og allir sjúklingar sem fóru í viðbótaraðgerð voru ræddir á slíkum fundi. Hins vegar er viðbótaraðgerð mikið inngrip sem ekki öllum er treyst í og að minnsta kosti þrír voru útilokaðir frá stærri aðgerð vegna annarra þátta, svo sem almenns heilsufars.

Hjá þeim þremur sjúklingum sem gengust undir viðbótaraðgerð fannst ekki æxlisvöxtur við meinafræðirannsókn eftir viðbótaraðgerð. Hins vegar er það eins og komið hefur fram viðurkennd meðferð þar sem vitað er að æxlisfrumur geta verið til staðar og jafnvel þrátt fyrir að ekkert finnist í meinafræðirannsókn.[28] Einn sjúklinganna fékk ekki lyfjameðferð eftir viðbótaraðgerðina samkvæmt niðurstöðu samráðsfundar. Sá sjúklingur fékk endurkomu af sjúkdómnum í kviðvegg, þrátt fyrir að í upphaflegu aðgerðarlýsingunni hafi ekki verið talað um rof á gallblöðru sem er þekktur áhættuþáttur eins og komið hefur fram[23,24] og þekktur krabbameinsvöxtur í gallblöðru er í dag frábending fyrir aðgerð í kviðsjá.[6,13-15] Vitað er að við rof á gallblöðru í aðgerð hjá sjúklingi með gallblöðrukrabbamein getur orðið dreifing á krabbameinsfrumum. Í kviðsjáraðgerð er hætta á að þær dreifist í kviðvegg, þar sem loft (CO_2) sem notað er í aðgerðinni er losað um inngangsstað og því hætta á að æxlisfrumur sem eru í kviðarholi þröngvi sér út með loftinu og setjist í kviðvegg.[22] Í krabbameinsaðgerðum sem framkvæmdar eru í aðgerðarþjarka eða kviðsjá er mælt með því að lofttæma kvið með vinnuport í kviðvegg þannig að frumur og loft fari um verkfærin úr kviðnum og þessi áhætta þannig minnkuð.[29] Hins vegar er það vandamál þegar ekki er vitað að um krabbameinsvöxt sé að ræða.

Hjá sjúklingum með gallblöðrukrabbamein sem gengist hafa undir aðgerð er mikilvægt að meta hvort sjúklingur eigi að fá krabbameinslyfjameðferð til viðbótar við skurðaðgerð.[20] Þar sem lítið er um annað en afturskyggnar rannsóknir er erfitt að svara þessari spurningu. Hins vegar er vitað að um helmingur sjúklinga (47% í okkar rannsókn, tafla IV) sem gengist hafa undir viðeigandi aðgerð við gallblöðrukrabbameini fá endurkomu af sjúkdómnum, annaðhvort meinvörp eða staðbundna endurkomu.[28] Margt getur haft áhrif á hvort sjúklingur telst hæfur til slíkrar meðferðar, eins og undirliggjandi sjúkdómar, og er því mikilvægt að meta hvern sjúkling fyrir sig.

Afturskyggnar rannsóknir eru takmarkaðar. Í þeim er hægt að fá grófa mynd af tíðni og meðferð en alltaf er erfitt að fá nákvæmar upplýsingar þar sem skráningu er oft ábótavant. Hins vegar eru engar slembirannsóknir til um meðferð á gallblöðrukrabbameini þar sem sjúkdómurinn er fátíður og er það einnig takmarkandi þáttur við þessa rannsókn, það er hversu fáir greindust með sjúkdóminn á tímabilinu, eða um einn til tveir á ári. Því er mikilvægt

að meðferð sjúklinga sé á fárra höndum og að þeir séu ræddir á samráðsfundum sem eru mikilvægur vettvangur þar sem margar sérgreinar koma að og geta gefið ráðleggingar varðandi meðferð. Einnig er mikilvægt að hefja framskyggna skráningu í gagnagrunn yfir alla einstaklinga sem greinast með gallblöðrukrabbamein á Íslandi, þar sem skráðar yrðu upplýsingar um greiningu og meðferð. Með þeim hætti fáum við mælikvarða sem hjálpar okkur að meta hvernig meðferð hérlendis er háttað miðað við þau lönd sem við berum okkur saman við.

Heimildir

1. Rakić M, Patrlj L, Kopljar M, Kliček R, Kolovrat M, Loncar B, Busic Z. Gallbladder cancer, review article. Hepatobiliary Surg Nutr 2014; 3: 221-6.
2. Jónasson JG, Tryggvadóttir L. Krabbamein á Íslandi. Krabbameinsfélag Íslands, Reykjavík 2008; 42-3.
3. Panebianco A, Volpi A, Lozito C, Prestera A, Ialongo P, Palasciano N. Incidental gallbladder carcinoma: our experience. G Chir 2013; 34: 167-9.
4. Fujii H, Aotake T, Horiuchi T, Chiba Y, Imamura Y, Tanaka K. Small cell carcinoma of the gallbladder: a case report and review of 53 cases in the literature. Hepatogastroenterology 2001; 48: 1588-93.
5. Kai K, Aishima S, Miyazaki K. Gallbladder cancer: Clinical and pathological approach. World J Clin Cases 2014; 2: 515-21.
6. Murakami Y, Uemura K, Sudo T, Hashimoto Y, Nakashima A, Kondo N, et al. Prognostic factors of patients with advanced gallbladder carcinoma following aggressive surgical resection. J Gastrointest Surg 2011; 15: 1007-16.
7. Goetze TO. Gallbladder carcinoma: Prognostic factors and therapeutic options. World J Gastroenterol 2015; 21: 12211-7.
8. Hundal R, Shaffer EA. Gallbladder cancer: epidemiology and outcome. Clin Epidemiol 2014; 6: 99-109.
9. Lazcano-Ponce EC, Miquel JF, Munoz N, Herrero R, Ferrecio C, Wistuba I et al. Epidemiology and molecular pathology of gallbladder cancer. CA Cancer J Clin 2001; 51: 349-64.
10. Wang Y-F, Feng F-L, Zhao Z-H, Ye Z-X, Zeng H-P, Li Z et al. Combined detection tumor markers for diagnosis and prognosis of gallbladdercancer. World J Gastroenterol 2014; 20: 4085-92.
11. Ioannidis O, Paraskevas G, Varnalidis I, Ntoumpara M, Tsigkriki L, Gatzos S et al. Primary gallbladder cancer discovered postoperatively after elective and emergency cholecystectomy. Klin Onkol 2013; 26: 31-4.
12. Choi S-B, Han H-J, Kim C-Y, Kim W-B, Song T-J, Suh S-O et al. Incidental gallbladder cancer diagnosed following laparoscopic cholecystectomy. World J Surg 2009; 33: 2657-63.
13. Lai C-H-E, Lau W-Y. Gallbladder cancer – a comprehensive review. Surgeon 2008; 2: 101-10.
14. Weinstein D, Herbert M, Bendet N, Sandbank J, Halevy A. Incidental finding of gallbladder carcinoma. Isr Med Assoc J 2002; 4: 334-6.
15. Romano F, Franciosi C, Caprotti R, De Fina S, Porta G, Visintini G, et al. Laparoscopic cholecystectomy and unsuspected gallbladder cancer. Eur J Surg Oncol 2001; 27: 225-8.
16. Varshney S, Butturini G, Gupta R. Incidental carcinoma of the gallbladder. Eur J Surg Oncol 2002; 28: 4-10.
17. Mekeel KL, Hemming AW. Surgical management of gallbladder carcinoma: a review. J Gastrointest Surg 2007; 11: 1188-93.
18. Kanthan R, Senger J-L, Ahmed S, Kanthan SC. Gallbladder cancer in th 21st century. J Oncol 2015; 2015: 967472.
19. Furlan A, Ferris JV, Hosseinzadeh K, Borhani AA. Gallbladder carcinoma update: multimodality imaging evaluation, staging, and treatment options. AJR Am J Roentgenol 2008; 191: 1440-7.
20. Benson AB, Abrams TA, Ben-Josef E, Bloomston M, Botha JF, Clary BM, et al. Hepatobiliary cancers: clinical practice guidelines in oncology. J Natl Compr Canc Netw 2009; 7: 350-91.
21. Andrén-Sandberg Å. Diagnosis and management of gallbladder cancer. N Am J Med Sci 2012; 4: 293-9.
22. Berger-Richardson D, Chesney TR, Englesakis M, Govindarajan A, Cleary SP, Swallow CJ. Trends in port--site metastasis after laparoscopic resection of incidental gallbladder cancer: A systematic review. Surgery 2017: 161: 618-27.
23. Shirobe T, Maruyama S. Laparoscopic radical cholecystectomy with lymph node dissection for gallbladder carcinoma. Surgical Endosc 2015; 29: 2244-50.
24. Cavallaro A, Piccolo G, Panebianco V, Lo Menzo E, Berretta M, Zanghi A, et al. Incidental gallbladder cancer during laparoscopic cholecystectomy: Managing an unexpected finding. World J Gastroenterol 2012; 18: 4019-402.
25. Cho J-Y, Han H-S, Yoon Y-S, Ahn K-S, Kim Y-H, Lee K-H. Laparoscopic approach for suspected early-stage gallbladder carcinoma. Arch Surg 2010; 75: 128-33.
26. Lundberg O, Kristoffersson A. Open versus laparoscopic cholecystectomy for gallbladder carcinoma. J Hepatobiliary Pancreat Surg 2001; 8: 525-9.
27. Juliusson G, Jonasson JG, Jonsdottir SB, Garcia HG, Olafsdottir E, Möller PH, Björnsson ES. Biliary tract malignancies: a population-based study on incidence, prognosis and management of patients. Scand J Gastoenterol 2016: 51: 1520-5.
28. Lee SE, Kim KS, Kim WB, Kim I-G, Nah YW, Ryu DH et al. Practical guidelines for the surgical treatment of gallbladder cancer. J Korean Med Sci 2014; 29: 1333-40.
29. Castillo OA, Vitagliano G. Port site metastasis and tumor seeding in oncologic laparoscopic urology. Urology 2008: 71: 372-8.

ENGLISH SUMMARY

Gallbladder carcinoma in Iceland 2004-2013

Bryndís Baldvinsdóttir[1], Haraldur Hauksson[2], Kristín Huld Haraldsdóttir[1]

Introduction: Gallbladder carcinoma is about 0.5% of all cancer. The outcome of patients with gallbladder carcinoma is overall bad and the only potentially curative treatment is surgery. The aim of this study was to determine the disease's prevalence in Iceland and outcome of the patients diagnosed in the study period.

Patients and methods: This was a retrospective study of all diagnosed patients with gallbladder carcinoma during the years 2004-2013. A list of patients was obtained from the Icelandic Cancer Registry. Information was gathered from the patient's charts in Landspitali University Hospital and the Hospital in Akureyri. Descriptive statistics was used to analyze the results. Median follow-up time was 6 years.

Results: Twenty-four patients were diagnosed with gallbladder carcinoma in Iceland during the study period, 16 women and 8 men. Eighteen patients were diagnosed in Landspitali and six in the Hospital in Akureyri. The average age at diagnosis was 73 years. Eighteen patients have died, on average 5 months after the time of diagnosis. Adenocarcinoma was the most common cancer type (n=19). Three patients (3/24, 12.5%) underwent extended operation following the diagnosis of the gallbladder carcinoma. Nine patients (9/24, 37.5%) had advanced disease at the time of diagnosis and died within two months after being diagnosed with gallbladder carcinoma.

Conclusion: Gallbladder carcinoma is a rare cancer type in Iceland and has a bad prognosis. One third of the patients had no connection with Landspitali University Hospital following the diagnosis. Extended surgery following the diagnosis was seldom performed.

[1]Department of Surgery, Landspitali University Hospital, [2]Department of Surgery, Akureyri Hospital.

Key words: *gallbladder carcinoma, gastrointestinal cancer, adenocarcinoma, extended cholecystectomy.*

Correspondence: Kristín Huld Haraldsdóttir, *kristinh@landspitali.is*



Hætt að reykja: Bentu sjúklingum þínum á árangur meðferðar með CHAMPIX®

- *Marktækt betri árangur við að hætta að reykja en með notkun búprópíons, nikótínplástra (21 mg) eða lyfleysu í vikum 9-12 og vikum 9-24*[1]
- *Ekki marktækt aukin áhætta á taugageðrænum aukaverkunum* samanborið við notkun lyfleysu við að hætta að reykja, óháð sögu um geðraskanir*[1]
- *Hjálpar til við að hætta að reykja með því að hindra verkun nikótíns og draga úr þörf fyrir reykingar*[2,3,4]
- *Þolist vel og hentar flestum fullorðnum reykingamönnum sem vilja hætta að reykja*[1,3]

PFI-16-12-01 PP-CHM-DNK-0062

Tóbaksfíkn er ástand sem hægt er að líkja við langvinnan sjúkdóm. Yfirleitt er ávanabinding mikil, sambærileg við áfengissýki eða misnotkun vímuefna.[5]

Fylgstu með reynslu sjúklinga þinna, svo þú sjáir árangurinn

Nikótínlaus leið til að hætta að reykja [3]

CHAMPIX® VARENICLIN

Ábending: Notað hjá fullorðnum til að hætta reykingum[3].

Upplýsingar um CHAMPIX® (vareniclin) er að finna í blaðinu.

Sérlyfjatexti á bls. 206

Heimildir:
1. Anthenelli RM, et al. Lancet 2016, 22. apr. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30272-0 [Rafræn útgáfa áður en prentuð útgáfa kom út]. **2.** Jorenby DE, et al. JAMA 2006;296:56-63. **3.** CHAMPIX Samantekt á eiginleikum lyfs, júlí 2016. **4.** West R, et al. Psychopharmacology 2008;197:371-377. **5.** Pisinger CH. Behandling af tobaksafhængighed - Anbefalingar til en styrket klinisk praksis. 2011 Sundhedsstyrelsen.
*16 meðalalvarlegar og alvarlegar taugageðrænar aukaverkanir, þ.m.t.: kvíði, þunglyndi, óeðlileg líðan, fjandsamleg hegðun (teljast mjög alvarlegar aukaverkanir), æsingur, árásargirni, ranghugmyndir, ofskynjanir, manndrápshugsanir, oflæti, ofsahræðsla, vænisýki, geðrof, sjálfsmorðshugsanir, sjálfsmorðshegðun og sjálfsvíg (teljast meðalalvarlegar eða alvarlegar aukaverkanir).

Æxli af óþekktum toga:
Tilfelli

Árni Jón Geirsson[1] læknir, **Sigríður Þórdís Valtýsdóttir**[2] læknir, **Andrés Sigvaldason**[1] læknir, **Margrét Sigurðardóttir**[3] læknir

ÁGRIP

IgG4-tengdur sjúkdómur getur valdið meinsemdum í ýmsum líffærum. Hann líkist oft æxli eða bólgu í einu eða fleiri líffærum í senn. Þessar meinsemdir eru samsettar af þéttri íferð plasmafrumna sem tjá IgG4-mótefni á yfirborði sínu. Í blóði getur sést hækkun á IgG4-mótefnum og óþroskuðum plasmafrumum. Eftir því sem sjúkdómurinn þróast, verður örvefsmyndun í þessum meinsemdum og hún ræður svöruninni við meðferð sem byggist á sterameðferð og öðrum ónæmisbælandi lyfjum. Nýlega hefur verið sýnt fram á góða svörun með líftæknilyfinu rituximab. Lýst er sjúkrasögu konu sem greindist með hnút í brjósti og fyrirferð í lunga sem reyndist eftir langa greiningartöf vera IgG4-tengdur sjúkdómur þar sem meðferð með rituximab gaf sjúkdómshlé.

Tilfelli

Heilsuhraust reglusöm kona fædd 1949 fann hnút í vinstra brjósti í apríl 2003. Við ómskoðun á brjóstinu var hnúturinn ómsnauður og þéttur. Hnúturinn var fjarlægður með fleygskurði skömmu síðar. Skoðun á sýninu leiddi í ljós þétta íferð plasmafrumna aðlægt kirtilgöngum og kirtilvef, án merkja um illkynja vöxt. Vefjagreining var plasmafrumubrjóstabólga.

Eftir þetta var konan frísk þar til í janúar 2006, er hún vaknaði eina nóttina með sáran verk undir hægra rifjabarði. Hún fór á bráðamóttöku þar sem gerð var ómskoðun af kviðarholslíffærum, sem var eðlileg. Lungnamynd sýndi íferð í hægra lunga sem var túlkuð sem lungnabólga. Konan var meðhöndluð með sýklalyfi og útskrifuð heim. Þremur mánuðum síðar fékk konan aftur takverk í hægri hluta brjóstkassa. Hún leitaði aftur á bráðamóttöku, endurtekin röntgenmynd af lungum sýndi restar af íferð. Konan fékk aftur sýklalyf og var útskrifuð heim af bráðamóttöku. Mánuði síðar fékk hún hita og takverk vinstra megin í brjóstkassa, lungnamynd sýndi nýja íferð í vinstra lunga. Enn á ný var hún sett á sýklalyf og útskrifuð.

Í nóvember 2007 var fengin tölvusneiðmynd af lungum sem sýndi þéttingu um mitt hægra lunga. Mælt var með endurtekinni rannsókn eftir þrjá mánuði. Í febrúar 2008 sýndi ný tölvusneiðmynd minnkandi þéttingu út við fleiðru í hægra lunga. Í lok árs 2010 fær konan enn öndunarfæraeinkenni sem leiddi til þess að fengin var ný tölvusneiðmynd af lungum. Tölvusneiðmyndin sýndi tveggja cm hnútótta íferð, stærri en áður, á sama stað út við fleiðru í hægra lunga. Í framhaldinu var sjúklingi vísað í greiningarferli lungnaæxla á Landspítala. Öndunarpróf og berkjuspeglun var hvort tveggja eðlilegt, nálarsýni úr hnútnum sýndi trefjavefslungnabólgu (*organizing pneumonia*). Á þessum tíma var mikil bólgusvörun í blóði, sökk 98 mm/klst. Sterameðferð var hafin, gefið var prednisólón 40 mg daglega. Hnúturinn minnkaði nokkuð í byrjun, en fór síðan aftur stækkandi. Sterameðferð var aukin en það hafði ekki áhrif á sjúkdómseinkennin. Þegar þarna var komið sögu var sjúkdómurinn talinn illkynja og því var ákveðið að nema breytinguna á brott með opinni skurðaðgerð.

Í júní 2011 var gerður fleygskurður á hægra lunga, hnúturinn var fjarlægður í heild sinni með skurðaðgerð. Við skoðun á sýninu sást örvefsmyndun með bólgufrumum sem voru fyrst og fremst litlar eitilfrumur, einnig sást mikið af plasmafrumum. Gerðar voru ónæmislitanir sem sýndu blöndu af CD-20 og CD-3 jákvæðum eitilfrumum. Mikið sást af fjölstofna plasmafrumum. Bent var á að útlit þessara breytinga væri svipað og sást í brjóstavefsýninu frá árinu 2003. Í blóðprufu reynist vera lítið paraprótein IgG kappa 0,15g/L. Tekinn var beinmergur sem sýndi fjölstofna plasmafrumnaaukningu.

Í janúar 2013 veiktist konan enn á ný með mæði, hita, megrun og almennum slappleika. Blóðprufur fóru versnandi að nýju, með mikilli bólgusvörun eins og áður. Aftur kom verkur undir hægra rifjabarð. Tölvusneiðmynd af kvið sýndi bólguíferð í fitu aðlægt hægra lifrarblaði. Tölvusneiðmynd af lungum sýndi vaxandi þéttingu miðlægt í hægra lunga með eitlastækkunum í miðmæti. Útlit breytinganna vakti grun um krabbamein (mynd 1). Gerð var tölvustýrð grófnálarástunga og sýnataka frá þéttingunni í hægra lunganu. Í þessu sýni sáust sams konar vefjabreytingar og í fyrri sýnum.

Að ráði lungnalæknis sjúklingsins voru öll vefjasýnin send til Massachusetts General sjúkrahússins (MGH) í Boston til endurgreiningar.

IgG4-tengdur sjúkdómur: Umræða

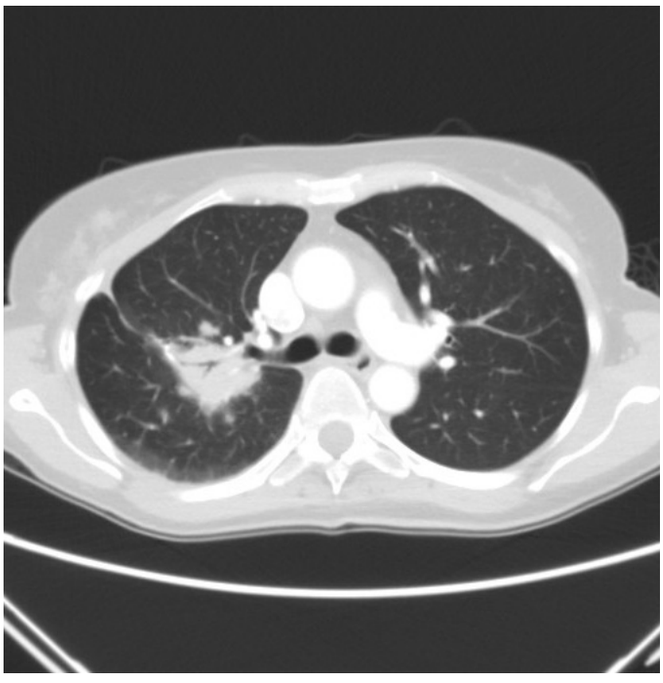
IgG4-tengdur sjúkdómur getur valdið meinsemdum í ýmsum líffærum. Þessar meinsemdir eru samansettar af þéttri íferð eitil- og

[1]Lyflækningasviði, [2]bráðalyfjadeild lyflækningasviðs, [3]meinafræðideild Landspítala.
Fyrirspurnum svarar Árni Jón Geirsson, *arnijon@landspitali.is*
Tilfellið og umfjöllunin er birt með leyfi sjúklings.

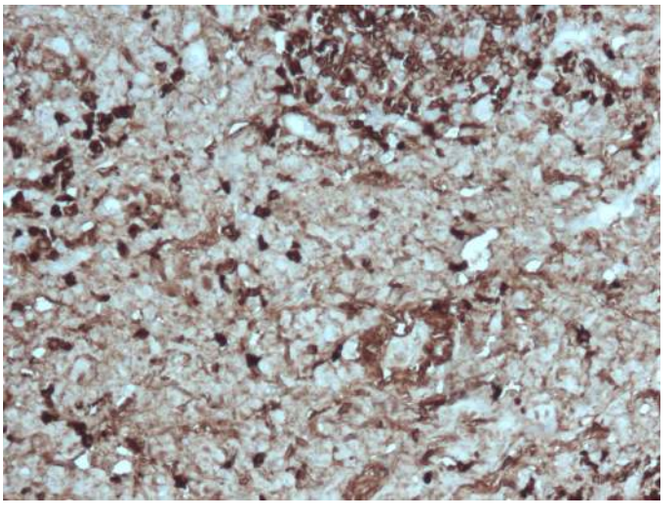
https://doi.org/10.17992/lbl.2017.04.132

Greinin barst blaðinu 13. júlí 2016, samþykkt til birtingar 21. febrúar 2017.

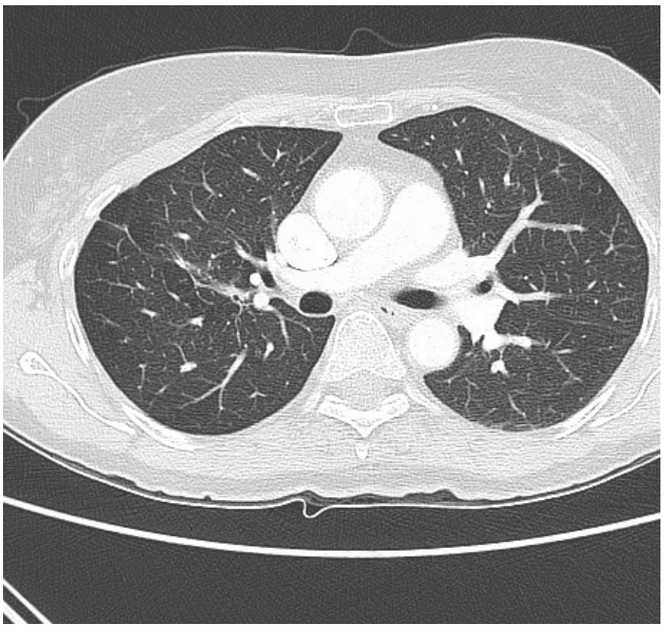
PFI-16-12-01 PP-CHM-DNK-0062



Mynd 1. *Tölvusneiðmynd af lungum tekin í janúar 2013 sýnir stóra fyrirferð í miðju hægra lunga.*



Mynd 2. *IgG 20x ónæmislitun fyrir IgG4 sem litar stóran hluta af plasmafrumum í lungnavef.*



Mynd 3. *Tölvusneiðmynd af lungum tekin í febrúar 2015, tæpum tveimur árum eftir rituximab-meðferð. Eðlileg mynd.*

plasmafrumna sem tjá IgG4-mótefni á yfirborði sínu. Í þessum meinsemdum er oft hnattlaga örvefsmyndun, með bláæðabólgu og rauðkyrningum (eosinophil hvít blóðkorn). Þá er IgG4 hækkað í sermi í meira en helmingi tilfella. Sjúkdómnum var fyrst lýst 2003 af Kamisawa,[1] sem sjálfsofnæmis-brisbólgu. Sýni frá 8 sjúklingum í þeirri rannsókn sýndi plasmafrumur með IgG4 á yfirborði sínu.

Margir sjúkdómar sem lengi hafa verið þekktir undir ýmsum nöfnum hafa nú verið endurgreindir sem IgG4-tengdir sjúkdómar.[2] IgG4-tengdur sjúkdómur getur birst með margvíslegum hætti, frá einu eða fleiri líffærakerfum í senn. Oftar en ekki frá mörgum líffærum samtímis, svo sem tára- og munnvatnskirtlum (*Mikulicz´s syndrome*, Küttners-æxli (submandibular munnvatnskirtlar)), augntóft, skjaldkirtli (*Riedel´s thyroiditis*), gollurshúsi, lungum, brjóstum, gallvegum, brisi, nýrum, ósæð, örvefsmyndun í kvið (*retroperitoneal fibrosis*, Ormonds-sjúkdómur), blöðruhálskirtli, húð og fleiri líffærum. Ef sjúkdómurinn á upptök sín í líffærum höfuðs og háls er kynjahlutfallið jafnt, en ef sjúkdómurinn á upptök annars staðar er hann mun algengari meðal karla. Sjúkdómsmynd og horfur eru aftur á móti svipaðar milli kynja.[3]

Talið er að IgG4-mótefnin hafi ekki þýðingu í meingerð sjúkdómsins, heldur endurspegli ónæmisfræðilega svörun við óþekktu áreiti. Talið er að B-eitilfrumur og þá sérstaklega óþroskaðar plasmafrumur (plasmablastar) í blóðrásinni leiki stórt hlutverk í þessum sjúkdómi óháð magni IgG4-mótefnisins í blóðrásinni. Bæði B-eitilfrumur og óþroskaðar plasmafrumur hafa hlutverk í því að kynna mótefnavaka (*antigen*) fyrir T-eitilfrumum. Nýjar vísbendingar eru um að einstofna CD4-jákvæðar T-eitilfrumur sem finnast bæði í blóði og vefjameinsemdum í miklum mæli hjá þessum sjúklingum skipti miklu í tilurð þessa sjúkdóms,[4] þó svo að orsakir sjúkdómsins séu ókunnar enn sem komið er.[2,5]

Sjúkdómurinn getur líkst æxlissjúkdómum eða langvinnum bólgusjúkdómum í hinum ýmsu líffærum. Sjúklingarnir geta fengið almenn einkenni eins og hita, slappleika og megrun en algengast er að staðbundin sjúkdómseinkenni frá viðkomandi líffæri séu ríkjandi. Í blóði getur sést bólgusvörun.[6] Lykilatriði í greiningu þessa sjúkdóms er að ná í sýni úr meinsemdinni og lita fyrir IgG4-tengdum plasmafrumum.[7] Einnig er hægt að mæla og meta óþroskaðar plasmafrumur í flæðissjá, en mikil fjölgun þessara frumna sést oft í þessum sjúkdómi, sem getur hjálpað til við greiningu sjúkdómsins. Þessum frumum fækkar mjög eða þær hverfa tímabundið við meðferð með rituximab.[8] Mikilvægt er að

vera á varðbergi gagnvart þessum sjúkdómi hjá sjúklingum með torkennilega æxlis- eða bólgusjúkdóma.

Örvefsmyndunin í hinum sjúka vef ræður svöruninni við ónæmisbælandi meðferð, sé hún mikil má búast við dræmri svörun við meðferð. Engar tvíblindar rannsóknir liggja fyrir um það hvernig meðhöndla eigi þetta sjúkdómsástand. Oftast eru notaðir sterar, prednisólón 0,6-1,0 mg/kg og skammturinn minnkaður niður í samræmi við svörun. Einnig hafa verið notuð sterasparandi lyf eins og azathioprine, mycophenolate mofetil og methotrexate.[3] Rituximab er nýtt líftæknilyf sem er einstofna mótefni gegn CD-20 eggjahvítuefni á yfirborði B-eitilfrumna og hefur einnig gefið góða raun.[9] Þetta lyf veldur verulegri tímabundinni fækkun á B-eitilfrumum og þeim plasmafrumum sem þróast frá þeim. Horfur sjúklinga með þennan sjúkdóm eru mjög breytilegar, minnihluti sjúklinga læknast með tímabundinni ónæmisbælandi meðferð. Flestir sjúklinganna fá hins vegar langvinnan sjúkdóm sem halda þarf í skefjum með stöðugri ónæmisbælandi meðferð.

Vefjasýni frá sjúklingnum sem send voru til MGH í Boston sýndi, þegar gerð var sérhæfð litun, áberandi IgG4-jákvæðar eitilfrumur (mynd 2). Sjúklingurinn var meðhöndlaður í apríl 2013 með rituximab, 1000 mg gefið í æð í tvö skipti með tveggja vikna millibili. Einnig voru gefnir sterar um munn. Sterarnir voru minnkaðir niður í ekkert seinni part þess árs. Sjúklingurinn hefur síðan verið án meðferðar við góða líðan. Tölvusneiðmynd af lungum tekin í febrúar 2015 sýndi nánast eðlilegt ástand (mynd 3). Síðustu blóðprufur frá febrúar 2017 voru eðlilegar: CRP <3g/L og sökk 2 mm/klst.

Heimildir

1. Kamisawa T, Funata N, Hayashi Y, Eishi Y, Koike M, Tsuruta K, et al. A new clinicopathological entity of IgG4-related autoimmune disease. J Gastroenterol 2003; 38: 982-4.
2. Stone JH, Zen Y, Deshpande V. Mechanisms of disease. IgG4-Related Disease. N Engl J Med 2012; 366: 539-51.
3. Zen Y, Nakanuma Y. IgG4-Related Disease A Cross-sectional Study of 114 Cases. Am J Surg Pathol 2010; 34: 1812-9.
4. Mattoo H, Mahajan VS, Maehara T, Deshpande V, Della-Torre E, Wallace ZS, et al. Clonal expansion of CD4(+) cytotoxic T lymphocytes in patients with IgG(4)-related disease. J Allergy Clin Immunol 2016; 138: 825-38.
5. Stone JH. IgG4-related disease: pathophysiologic insights drive emerging treatment approaches. Clin Exp Rheumatol 2016; 34: S66-S8.
6. Vasaitis L. IgG4-related disease: A relatively new concept for clinicians. Eur J Intern Med 2016; 27: 1-9.
7. Kamisawa T, Zen Y, Pillai S, Stone JH. IgG4-related disease. Lancet 2015; 385: 1460-71.
8. Brito-Zeron P, Bosch X, Ramos-Casals M, Stone JH. IgG4-related disease: Advances in the diagnosis and treatment. Best Pract Res Clin Rheumatol 2016; 30: 261-78.
9. Khosroshahi A, Carruthers MN, Deshpande V, Unizony S, Bloch DB, Stone JH. Rituximab for the treatment of IgG4-related disease: lessons from 10 consecutive patients. Medicine 2012; 91: 57-66.

ENGLISH SUMMARY

Tumors of unknown origin: Case report

Árni Jón Geirsson[1], Sigríður Þórdís Valtýsdóttir[2], Andrés Sigvaldason[1], Margrét Sigurðardóttir[3]

IgG4 related disease is a recently recognized chronic fibrotic, inflammatory condition, caused by infiltrating IgG4 positive plasma cells that can cause tumor like disease in almost any organ in the body. Typical histopathology is lymphoplasmocytic infiltration of IgG4 positive cells, storiform fibrosis and obliterative phlebitis. Glucocorticoids alone or in combination with B-cell depletion with rituximab causes often good, lasting response. We present here a lady with recurrent lung infiltration that simulated pneumonia and later tumor of the lung. She was also earlier diagnosed with lump in the breast that was found to contain similar IgG4 positive plasma cells that was also demonstrated in the lung biopsy. She responded very well to rituximab given on 2 occasions. Three years after this treatment she is in total remission.

[1]Department of Medicine University Hospital Landspitalinn, [2]Department of Pathology University Hospital Landspitalinn.

Key words: *IgG4 related disease, rituximab treatment, plasmacytoma of breast, tumor of lung*

Correspondence: *Árni Jón Geirsson, arnijon@landspitali.is*

Fyrir fullorðna með sykursýki tegund 1 og 2[1]

Toujeo–stöðugt insúlín

gefur lengri blóðsykurlækkandi áhrif samanborið við Lantus[2]



Í framhaldi af
LANTUS

Frá framleiðanda
LANTUS®
insúlín glargín100 einingar/ml

Toujeo®
insúlín glargín 300 einingar/ml

1. Toujeo SPC 15.09.2016 kafli 4.1
2. Toujeo SPC 15.09.2016 kafli 5.1

Sanofi - Vistor / Hörgatúni 2 / 210 Garðabæ / Sími 535-7000
Nálgast má upplýsingar um Toujeo, ytri umbúðir þess og gildandi samantekt á eiginleikum lyfs á vef Lyfjastofnunar, www.serlyfjaskra.is
Nálgast má upplýsingar um verð og greiðsluþátttöku á vef lyfjagreiðslunefndar, www.lgn.is

SAIS.TJO.17.03.0002



Jóhanna Ósk Jensdóttir
sérfræðingur í heimilislækningum
jojensdottir@gmail.com

ÚR PENNA STJÓRNARMANNA LÍ

Ísland er verkefnið

Það eru spennandi tímar framundan í heilsugæslu, nýtt fjármögnunarfyrirkomulag, nýjar einkareknar heilsugæslustöðvar, nýir svæðisstjórar og tilfærsla á starfsfólki. Tækifæri fyrir breytingar og loksins hvati til að bæta þjónustuna í nýju og breyttu samkeppnisumhverfi. Boltinn er hjá okkur að nýta þessi tækifæri.

Það fyrsta sem þarf að gera er að bæta aðgengi og samfellu í þjónustu fyrir alla.

Heilsugæsla á að sinna grunnheilbrigðisþjónustu og vera fyrsti viðkomustaður skjólstæðinga nema aðstæður og ástand krefjist annars. Margra vikna biðtími eftir viðtali eða símatíma samrýmist ekki grunnheilbrigðisþjónustu. Skjólstæðingar heilsugæslunnar þurfa að geta treyst því að vandamál þeirra fái umfjöllun og forgangsröðun hratt og örugglega. Samfelld þjónusta er eitt af því sem einkennir heimilislækningar og heilsugæslu en þar getur samband við ákveðinn lækni, ákveðið teymi eða samfellt eftirlit með ákveðnu ástandi allt átt við. En það er ekki samfelld þjónusta að vera skráður á steypuna* og spila lottó í hvert skipti sem maður óskar eftir tíma hjá heimilislækni og það er hrópandi óréttlæti í því að hluti íbúa hér á landi séu skráðir hjá ákveðnum heimilislækni og hluti ekki. Hver ákvað hvernig dregið var í því lottói? Ástæðan er hins vegar einföld, heimilislæknar á Íslandi eru of fáir miðað við íbúafjölda, nýliðun í stéttinni heldur ekki í við eðlilegt brottfall og heimilislæknar eru ekki tilbúnir til að fela vandamálið með því að skrá hjá sér fleiri skjólstæðinga og þar með eru skjólstæðingar skráðir á steypuna.

Ágæt lausn til þess að bæta aðgengi og samfellu væri að fjölga heimilislæknum, en það hefur gengið hægt og auk þess virðast þeir eldast hratt. Verri lausn væri að fækka landsmönnum. Það er hins vegar hlutverk okkar lækna að finna lausn á þessum vanda því ef við bíðum eftir að aðrir geri það þurfum við að bíða lengi. Það þarf að auka afköst á heilsugæslunum og það þarf að búa til svigrúm fyrir heimilislækna til þess að sinna því sem þeir þurfa að sinna í stóru samlagi. Til þess að það gangi þarf að auka samstarf milli fagstétta, færa til verkefni, færa til ábyrgð og breyta hlutverkum. Við þurfum ekki annað en að horfa til þeirra landa sem við viljum bera okkur saman við til þess að sjá skilvirkari teymisvinnu, nánari samvinnu og aðrar fagstéttir með stærri hlutverk og meiri ábyrgð. Teymisvinna er hluti af lausninni en teymið verður að hafa sameiginlegt viðfangsefni, sem er samlagið, og sameiginlegt markmið, að stuðla að og viðhalda heilsu samlagsins. Allir íbúar Íslands eru viðfangsefnið, ekki bara þeir sem nú þegar eru skráðir hjá ákveðnum heimilislækni og til þess að heimilislæknar á Íslandi geti sinnt öllum íbúum landsins þurfa fleiri að koma að verkefninu, heimilislæknar þurfa meiri aðstoð annarra fagstétta og þeir þurfa sjálfir að vera tilbúnir að þiggja þá aðstoð. Heimilislæknirinn þarf að segja upp störfum sem framkvæmdastjóri samlagsins og sinna eingöngu þeim störfum sem krefjast sérþekkingar hans og vera tilbúinn að leyfa öðrum að taka við nýjum hlutverkum og aukinni ábyrgð þegar það á við. Læknirinn á ekki að sinna verkefnum sem aðrar fagstéttir geta sinnt jafn vel eða betur og læknirinn á ekki að sinna erindum án þess að áður hafi farið fram greining á þörfum skjólstæðingsins og forgangsflokkun þannig að úrræði séu í samræmi við þarfir, allt frá stuttu símtali við læknaritara til bráðaviðtals við hjúkrunarfræðing til ítarlegs viðtals við lækni. Þannig getum við bætt aðgengi, sinnt fleirum og bætt þannig samfellu fyrir alla.

Ég undanskil hér tæknina sem mun vonandi hjálpa okkur að sinna skjólstæðingum á auðveldari og skilvirkari hátt, til dæmis með heilsuvera.is og heilsugátt og ég undanskil þá augljósu staðreynd að með aukinni ábyrgð sem aðrar fagstéttir munu taka á sig þurfi eðlilega að fylgja kjarabót.

Það er sameiginlegt verkefni lækna og annarra fagstétta innan heilbrigðiskerfisins að efla heilsugæslu og standa saman. Hvar eru til dæmis „physician assistant“ og „nurse practitioner“ á Íslandi? Í mínum huga verða það í framtíðinni sjúkraliðar sem aðstoða heimilislækna við móttöku, hjúkrunarfræðingar sem skrifa lyfseðla fyrir getnaðarvörnum, læknaritarar, sjúkraliðar og hjúkrunarfræðingar sem forgangsraða verkefnum og hjúkrunarfræðingar með sérmenntun sem sinna hluta af móttöku á heilsugæslu í náinni samvinnu við lækna. Og ef við höldum áfram: hjúkrunarfræðingar sem sinna sjúkraflutningum og svæfinga- og gjörgæsluhjúkrunarfræðingar sem sinna sjúkraflugi ásamt læknum.

Og kannski eiga þessar hugrenningar betur heima í blaði hjúkrunarfræðinga.

---

*Skráð á steypuna = skráð á ákveðna heilsugæslustöð en ekki á ákveðinn heimilislækni.

Stjórn LÍ

Þorbjörn Jónsson *formaður*
Orri Þór Ormarsson *varaformaður*
Björn Gunnarsson *gjaldkeri*
Magdalena Ásgeirsdóttir *ritari*
Agnar H. Andrésson
Arna Guðmundsdóttir
Hjalti Már Þórisson
Jóhanna Ósk Jensdóttir
Þórarinn Ingólfsson

Í pistlunum *Úr penna stjórnarmanna LÍ* birta þeir sínar eigin skoðanir en ekki félagsins.

SAIS.TJO.17.03.0002

Þetta eru orðin, nú haldið þið mér við verkin!

Óttarr Proppé heilbrigðisráðherra ræddi við troðfullan sal af læknum á fundi læknaráðs Landspítalans

Þröstur Haraldsson

Það var eftirvænting í loftinu þegar læknar fylltu Hringsal Landspítala einn föstudagsmorgun í mars. Þangað var von á Óttari Proppé heilbrigðisráðherra í tveggja mánaða gamalli ríkisstjórn til skrafs og ráðagerða um stöðu og horfur í þessum stóra málaflokki. Hvað gat hann sagt þeim, svona glænýr í embætti og fjarri því að vera hokinn af reynslu á sviði heilbrigðismála?

Ráðherra gekk í salinn ásamt aðstoðarfólki sínu, þeim Sigrúnu Gunnarsdóttur og Unnsteini Jóhannssyni. Þá gat fundur hafist og Reynir Arngrímsson formaður læknaráðs spítalans ávarpaði ráðherra, bauð hann velkominn og minnti á tveggja ára gamalt samkomulag lækna og fyrri ríkisstjórnar um að ráðast í átak til að bæta heilbrigðisþjónustu „með virkum stuðningi lækna og öflugri þátttöku þeirra í stefnumótun sem byggist á bættri starfsaðstöðu og betri nýtingu fjármuna“ eins og þar segir í 1. grein.

Reynir hélt áfram: „Allt eru þetta mál sem enn brenna á þjóðinni og okkur læknum, mál sem þú ráðherra heilbrigðismála færð í fangið. Skipulagsmál innan heilbrigðiskerfisins, aðgengi að læknisþjónustu, uppbyggingin og endurreisnin ásamt fullnægjandi og tryggri fjármögnun með langtíma fjárhagsáætlun. Hjúkrunarrýmin og heimaþjónustan og lyfjamálin. Heilsugæslu í hers höndum. Niðurstöður úttektar OECD sem sýnir skelfilega frammistöðu okkar á síðustu árum í innviðauppbyggingu þar sem við spilum í neðstu deild.

Afgreiðsla síðustu fjárlaga og barátta fyrir fjárframlögum til Landspítala og ummæli forstjóra spítalans í þeirri orrahríð bendir til að enn sé nokkuð í land að markmið yfirlýsingarinnar náist. Að minnsta kosti er útlit fyrir að ekki verði stór framfaraskref stigin á yfirstandandi ári, þó á sumum sviðum þokist mikilvæg mál áfram.“ Þannig brýndi hann ráðherra og vísaði meðal annars í nýlega skýrslu um stöðu Landspítala sem ráðuneyti hans gaf út á síðastliðnu hausti.

Í brattri lærdómskúrfu

Óttarr Proppé fékk svo orðið og fagnaði þessu tækifæri til að ræða við lækna. Hann sagðist vera í nokkuð sérkennilegri stöðu sem oddviti síns flokks og um leið ráðherra í þessu annasama embætti. En þetta hafi hann viljað og því fylgdi afar brött lærdómskúrfa sem hann væri enn staddur í. – Ég er að læra á landslag íslenska heilbrigðiskerfisins og erfi þar mörg verkefni. Sem stendur erum við að móta fjármálaáætlun til næstu 5 ára. Við njótum þess að efnahagur landsins er góður um þessar mundir en þurfum að varast að bæta ekki of miklu við þá þenslugleði sem ríkir, sagði hann.

Hann vitnaði í stjórnarsáttmálann þar sem fram kæmi skýr vilji um að hraða uppbyggingu nýs meðferðarkjarna Landspítala og taka heilbrigðismál út fyrir sviga við gerð fjárlaga. Þótt stjórn hans hafi ekki verið sest að völdum þegar fjárlög voru afgreidd sjái þessa þó stað þar sem almenn útgjöld hækka um 8% á milli ára en útgjöld til heilbrigðismála um 10%. En það væri af mörgu að taka og bygging spítalans bara eitt verkefni af mörgum sem þyrfti að sinna. Nefndi hann þar til öldrunarþjónustu, heimaþjónustu, heilsugæsluna og geðheilbrigðismál sem öll þyrftu á auknu fjármagni að halda.

Ráðherra sagðist vera hliðhollur spítalanum og vilja ýta undir uppbygginguna. En samhliða því þyrfti starfsemin að halda áfram um sinn í gömlu húsnæði og þar þyrfti að endurnýja og bæta tækjabúnaðinn. – Góðu fréttirnar eru þær að hér er stunduð öflug starfsemi í miklu húsnæði, þrátt fyrir að það leki sums staðar, sagði Óttarr.

Í lokin svaraði hann tilvitnun Reynis í skýrsluna *Lykill að fullnýtingu tækifæra Landspítalans* á þann hátt að hann og aðstoðarmennirnir hefðu ákveðið að hefja nýtt átak í ráðuneytinu sem þau kalla „Upp úr skúffunum“. Það felst í því að í stað þess að skipa fleiri starfs- og stefnumótunarhópa ætluðu þau að skoða þær mörgu skýrslur sem gerðar hafa verið undanfarin ár um vanda heilbrigðiskerfisins, leita að góðum hugmyndum en fleygja þeim vondu. Hvatti hann lækna og annað heilbrigðisstarfsfólk til að hjálpa til við þetta starf, koma með ábendingar og ráð



Óttarr Proppé heilbrigðisráðherra skiptist á skoðunum við lækna og annað starfsfólk Landspítalans. Við hlið hans stendur Reynir Arngímsson formaður læknaráðs, en sitjandi fjærst í fremstu röð eru aðstoðarmenn ráðherra, Unnsteinn Jóhannsson og Sigrún Gunnarsdóttir. Mynd ÞH.

og vinna með ráðuneytinu við að þróa heilbrigðiskerfið í rétta átt.

Margar fyrirspurnir

Að loknu ávarpi ráðherra var opnað fyrir umræður og þá kom fram að læknar vildu ræða ýmis mál við hann. Meðal þess fyrsta sem fram kom var spurningin hvort ekki væri hægt að flýta byggingu nýs spítala og búa sem fyrst til „mulningsvél fyrir biðlistana“ eins og Pálmi Jónsson orðaði það.

Ráðherra sagði að bygging spítalans væri langtímaverkefni sem hefði verið í undirbúningi í rúmlega 40 ár, eða frá árinu 1975. Núverandi áætlun kveður á um að byggingu meðferðarkjarna skuli lokið 2023 og ekki mætti draga í efa vilja ríkisstjórnarinnar til að flýta því verki eins og hægt væri. Þar væri hins vegar sá vandi á höndum að hér ríkti húsnæðisskortur, auk þess sem ferðamannastraumurinn kallaði á þvílíka uppbyggingu á Keflavíkurflugvelli að vandséð væri að íslenskur byggingariðnaður réði við mikið annað á næstu árum.

Spurningarnar dundu á ráðherra sem var krafinn svara um hvernig hann vildi leysa mönnunarvanda spítalans, hvort hann ætlaði að breyta meðferð kærumála, hvort sveitarfélögin réðu nokkuð við öldrunarþjónustuna, hvort hann hefði kynnt sér mygluna á fæðingardeildinni og í aðalbyggingunni, hvort ekki þyrfti að efla rannsóknir á spítalanum og koma upp hugmyndabanka eða því sem á ensku nefnist *Think Tank*.

Jú, ráðherra vildi gjarnan koma upp hugmyndabanka, það væri eiginlega tilgangurinn með verkefninu „Upp úr skúffunum“. Þar vildi hann gjarnan eiga gott samstarf við lækna. Hann eyddi talsverðu púðri í að svara fyrirspurn Vilhelmínu Haraldsdóttur um hvernig hann hygðist bregðast við auknum lyfjakostnaði sem bitnar jafnt á spítalanum sem sjúklingum, ekki síst þeim sem takast á við krabbamein. Hann sagðist strax hafa fengið um það ábendingu að lyfjakaup spítalans væru vanfjármögnuð og lyfin alltaf að verða dýrari. Þetta væri sami hausverkurinn í öllum löndum og eitt af stóru verkefnunum sem þyrfti að taka á.

Loks kom fyrirspurn frá Ragnari Frey Ingvarssyni um fráflæðivanda spítalans og hvort ekki væri brýnt að byggja eins og eitt hjúkrunarheimili í snatri. Jú, það vantar fleiri en eitt, sagði Óttarr og bætti því við að um það eins og byggingu nýs spítala gilti það sem hann hefði áður sagt að uppbyggingu heilbrigðiskerfisins lyki aldrei, það væri eilífðarverkefni. En nú var klukkutíminn sem fundinum var skammtaður á enda og lokaorð nýs heilbrigðisráðherra voru þessi:

– Þetta eru orðin, nú haldið þið mér við verkin. Takk fyrir mig! Svo kvaddi hann lækna í Hringsal og líka þá sem fylgdust með úr Blásölum. Þeir kvöddu hann á móti með dúndrandi lófaklappi.



Þakið á Lækningaminjasafninu er með betri stöðum á höfuðborgarsvæðinu til norðurljósa- og stjörnuskoðunar. Myndir: –ÞH

Verður Lækningaminjasafn á Seltjarnarnesi að veruleika?

Þröstur Haraldsson

Það hefur ekki farið mikið fyrir Lækningaminjasafninu í fréttum að undanförnu. Kannski engin furða, því eins og Þorbjörn Jónsson formaður Læknafélags Íslands orðaði það við blaðamann *Læknablaðsins* gufaði það eiginlega upp eftir að Seltjarnarnesbær neitaði að endurnýja samning um byggingu og rekstur safnsins sem rann út í árslok 2012. En nú er svo að heyra að eitthvað gæti gerst í fokhelda safnhúsinu hjá Nesstofu á næstunni.

Saga Lækningaminjasafnsins hefur áður verið rakin hér í blaðinu, síðast í marsblaði ársins 2013. Það er í raun sorgarsaga því safnið varð í raun Hruninu að bráð eins og svo margt annað í íslensku samfélagi. Sitthvað vantaði upp á raunhæfa áætlanagerð um byggingu safnhússins og rekstur þess ef marka má úttekt sem Ríkisendurskoðun gerði á safninu árið 2014. Þegar það varð ljóst voru menn að kljást við afleiðingar Hrunsins og engir peningar fengust til safnsins.

Margar hindranir

Svo er allt hljótt fram á vor 2016. Þá gengu forsvarsmenn Félags áhugamanna um sögu læknisfræðinnar á fund stjórnar LÍ og báðu hana að gera nú úrslitatilraun til þess að blása lífi í safnið. Þá var staðan sú að húsið lá – og liggur enn – undir skemmdum en safngripirnir og húsið sem keypt var yfir þá í Bygggörðum 7 á Seltjarnarnesi eru í eigu Þjóðminjasafnsins. Safnhúsið er enn formlega í eigu Seltjarnarnesbæjar því engar sögur fara af því að samningaviðræður bæjarfélagsins við menntamálaráðuneytið hafi farið fram, hvað þá borið árangur.

Raunar var það dæmigert fyrir þennan söguþráð að á hann kom sú lykkja árið 2013 að málefni „íslenskrar þjóðmenningar“ færðust úr ráðuneyti menntamála yfir í forsætisráðuneyti Sigmundar Davíðs Gunnlaugssonar. Sú breyting er nú gengin til baka en þetta flækti sögu Lækningaminjasafnsins óneitanlega og dró hana á langinn.

Eftir fundinn með áhugamönnum um sögu læknisfræðinnar ákvað stjórn LÍ að gera enn eina tilraunina til þess að leiða þetta mál til lykta. Skipaður var starfshópur sem í áttu sæti fjórir læknar: Steinunn Þórðardóttir, Jón Jóhannes Jóhannsson, Steinn Jónsson og Högni Óskarsson. Og viti menn: Þann 14. október 2016 birtist

Nýjar hugmyndir gætu hleypt nýju lífi í hugmyndina sem virtist vera að deyja drottni sínum

viljayfirlýsing fjögurra aðila um málefni Lækningaminjasafns Íslands. Þar voru áfram Seltjarnarnesbær, LÍ og LR en í stað Þjóðminjasafns og menntamálaráðuneytisins var nú komið Listasafn Íslands.

Viljayfirlýsing

Meginefni þeirrar yfirlýsingar er á þessa leið:

„Það er einlægur vilji allra aðila yfirlýsingar þessarar að byggingarframkvæmdum við húsið verði fram haldið en þær hafa legið niðri í nokkur ár. Sökum þess fagna aðilar því að viðræður standa nú yfir á milli Seltjarnarnesbæjar og ríkisins sem ganga út á kaup ríkisins á fasteigninni enda er markmið viðræðnanna að húsið verði klárað og þar verði menningar- og safnatengd starfsemi í framtíðinni.

Tekið er fram í 7. gr. samningsins um safnahúsið [upphaflega samningsins frá 2007 – innskot] kemur fram að komi til þess að Seltjarnarnesbær óski eftir því að nýta safnabygginguna undir aðra starfsemi en Lækningaminjasafn Íslands skuli bærinn, nema um annað semjist, endurgreiða læknafélögunum tveimur stofnframlag þeirra að viðbættri vísitöluhækkun miðað við byggingarvísitölu. Í ljósi þessa ákvæðis lýsa læknafélögin því yfir að kaupi ríkið eignina verður ekki um skilyrðislausa uppgreiðslu að ræða á stofnframlagi læknafélaganna, heldur séu læknafélögin þá til í viðræður um takmarkaða nýtingu á fasteigninni fyrir sýningarhald sem tengist lækningaminjum og sögu læknisfræðinnar og einnig verði þar möguleiki á fyrirlestrahaldi og ráðstefnum á vegum læknafélaganna. Náist skriflegt samkomulag um slík afnot læknafélaganna mun ekki koma til endurgreiðslu á stofnframlagi þeirra.

Með undirritun sinni á yfirlýsingu þessari lýsir Listasafn Íslands því yfir að það hafi áhuga á að koma að uppbyggingu safnastarfs í byggingunni í samstarfi við ofangreinda aðila.“

Ekki eitt safn, heldur tvö

Svo mörg voru þau orð í október, en hvað hefur gerst eftir að þau voru sett á blað? Högni Óskarsson sagði blaðamanni að ýmislegt hefði gerst bæði fyrir og eftir að yfirlýsingin varð til.

– Þegar nefndin var skipuð lá þetta mál dautt, hafði rekið upp á sker. Svo gerist það að Oliver Luckett kemur til sögunnar. Hann er bandarískur nýsköpunarfrömuður sem tengist bæði listaheiminum og þróun samfélagsmiðla en tók ástfóstri við Ísland. Hann kom ásamt sambýlismanni sínum til að kaupa sér íbúðarhús og hafði meðal annars skoðað Lækninga-

Aðalfundur LÍ
19. og 20. október 2017

Stjórn Læknafélags Íslands (LÍ) hefur ákveðið að aðalfundur félagsins verði haldinn í Kópavogi 19. og 20. október 2017 og hefur boðað formlega til fundarins með bréfi dags. 28. mars 2017, sbr. 3. mgr. 5. gr. laga LÍ.
Eftir breytingar sem gerðar voru á lögum LÍ á aðalfundi 2016 skal stjórn LÍ framvegis kosin í rafrænni allsherjaratkvæðagreiðslu fyrir aðalfundinn og kjörnefnd taka til starfa strax og til aðalfundar hefur verið boðað.

Öll samskipti við félagsmenn vegna stjórnarkjörs 2017 verða með tölvupósti. Það skiptir því miklu að LÍ hafi rétt netföng félagsmanna. Þess er farið á leit að félagsmenn leiðrétti netföng sín ef þörf er á.



Þegar blaðamaður var á ferð hafði Hönnunarmars lagt húsið undir textílsýningu.

minjasafnið. Honum leist vel á húsið en fannst það of stórt til að búa í því. Hann fór hins vegar á flug þegar við hittumst og hann fór að velta fyrir sér möguleikum þessa húss, sagði Högni.

Luckett sá fyrir sér fjölnotahús þar sem hægt yrði að vera með sýningar af ýmsu tagi, allt frá læknis- og líffræði, lýðheilsu og náttúruvernd yfir í norðurljósa- og stjörnuskoðun sem þakið á húsinu hentar vel fyrir. Einnig væri hægt að koma þar fyrir veitingahúsi. – Hann kynnti þessar hugmyndir fyrir bæjarstjórn Seltjarnarness og benti þeim meðal annars á að það mætti spara töluvert í innréttingum hússins með því að nota tölvutækni til þess að skipta húsinu upp í stað þess að kaupa dýrar innréttingar, sagði Högni.

Samtímadeild Listasafnsins

Þá kemur að hlut Listasafns Íslands. Halldór Björn Runólfsson sem lét af stöðu forstjóra Listasafnsins í byrjun ársins tók þátt í hugmyndasmíðinni með Luckett, Högna og fleirum. Hann hafði sótt myndlistarsýningu á Nesinu sumarið 2015 sem bar nafnið *Listería* sem hljómar kunnuglega í eyrum lækna. Þar voru meðal annars sýnd verk eftir Finnboga Pétursson hljóðlistamann og þá blasti við honum lausn á ákveðnum vanda sem Listasafnið glímir við.

– Við höfum verið að leita að hentugu húsnæði fyrir nýja deild við safnið sem við köllum Samtímadeild Listasafnsins, sagði Halldór Björn við blaðamann. – Þar gætum við sýnt nútímaverk eins og þau sem Finnbogi gerir og einnig verk sem gerð eru í margmiðlun, svonefnd vídeólistaverk og fleira í þeim dúr. Þetta hús er kjörið fyrir slíka deild og getur vel rúmast þar ásamt lækningaminjasafni. Reyndar var ég beðinn um að sýna fram á hvernig hægt væri að nýta húsið og átti ekki í neinum vandræðum með að koma þar fyrir tveimur söfnum, aðstöðu fyrir kennslu og ráðstefnuhald ásamt kaffi- og veitingasölu, sagði Halldór Björn. Hann bætti því við að hann hefði rætt þessar hugmyndir við fjölda listamanna sem hefðu hrifist af þeim. Einnig sagði hann ráðamenn Seltjarnarnesbæjar sjá talsverða möguleika í því að fá veitingasölu í húsið, hún gæti nýst til að efla útivist og heim-



Afgamlir fætur í formalíni. Úr safni Níelsar Dungal sem er innan vébanda Lækningaminjasafnsins. Dæmi um holdsveiki á höndum og fæti, líklega frá Holdsveikispítalanum í Laugarnesi.

sóknir ferðafólks á útivistarsvæðið vestast á Nesinu.

– Ég komst að þeirri niðurstöðu að þetta hús væri of stórt fyrir Lækningaminjasafnið eitt en með því að tryggja meiri nýtingu kæmi það læknafélögunum til góða, sagði Halldór Björn Runólfsson.



Enn tefst málið …

Að sögn þeirra Högna og Halldórs Björns hefur þessi hugmynd um fjölnotahús verið kynnt fyrir ýmsum framámönnum, bæði ráðherrum, safnamönnum, fulltrúum Seltjarnarnesbæjar og fólki sem tengist veitingarekstri, og alls staðar fengið góðar undirtektir. Ýmislegt hefur þó orðið til að tefja fyrir.

– Kosningarnar þýddu það að öllum ákvörðunum varð að slá á frest og eftir það tók við óvenju tímafrek stjórnarmyndun, segir Högni. – Svo er Halldór Björn hættur en arftaki hans, Harpa Þórsdóttir, kemur ekki til starfa fyrr en í maí. Við höfum reynt að reka á eftir því að fá fund með núverandi fjármálaráðherra, Benedikt Jóhannessyni, en það hefur gengið erfiðlega að finna tíma. Við vitum hins vegar að bæði hann og forsætisráðherra sýna þessum hugmyndum velvilja, segir hann.

Þá er bara að bíða og sjá hvað setur, erum við ekki orðin vön því?



LANDSPÍTALI ... ÞJÓNUSTA VIÐ LÍFIÐ SJÁLFT

NÁMSSTÖÐUR DEILDARLÆKNA Í ÖLDRUNARLÆKNINGUM VIÐ LANDSPÍTALA

Lausar eru til umsóknar námsstöður deildarlækna í öldrunarlækningum við Landspítala. Um fullt starf og nám er að ræða og eru stöðurnar veittar til eins árs frá 1. september 2017 eða eftir samkomulagi en möguleiki er á skemmri eða lengri ráðningu.

Starfsnámið er fjölbreytt og tekur til allra þátta öldrunarlækninga. Einnig er starfsnámið gott innlegg til sérnáms í öldrunar-, heimilis- og lyflækningum og fleiri greinum sem og góð endurmenntunarstaða fyrir starfandi heimilislækna. Þá má benda á möguleikann á starfsþjálfun í öldrunarlækningum sem viðbótarsérgrein við heimilislækningar, sem er nýjung í sérfræðireglugerð lækna á Íslandi. Starfsvettvangur er á Landakoti og í Fossvogi. Vaktir eru á Landakoti.

Umsóknarfrestur er til og með 15.05.2017
Sjá nánari upplýsingar um starfið á heimasíðu Landspítala; www.landspitali.is/mannaudur

LANDSPÍTALI

Landspítali er lifandi og fjölbreyttur vinnustaður þar sem yfir 5000 manns starfa í þverfaglegum teymum og samstarfi ólíkra fagstétta. Framtíðarsýn Landspítala er að vera háskólasjúkrahús í fremstu röð þar sem sjúklingurinn er ávallt í öndvegi. Lykiláherslur í stefnu spítalans eru öryggismenning, skilvirk og vönduð þjónusta, uppbygging mannauðs og stöðugar umbætur.



Myndin er tekin við afhendingu viðurkenninganna. Frá vinstri: Engilbert Sigurðsson, forseti læknadeildar, Valtýr Stefánsson Thors, sérfræðingur í barnalækningum, Margaret Scheving Thorsteinsson, ásamt dóttur sinni Guðrúnu Scheving Thorsteinsson, Sif Ormarsdóttir, systir Orra Þórs Ormarssonar verðlaunahafa, Jón Atli Benediktsson, rektor Háskóla Íslands og Ásgeir Haraldsson, prófessor í barnalækningum. Ljósmynd: Kristinn Ingvarsson.

Tveir barnalæknar verðlaunaðir fyrir rannsóknir

Þröstur Haraldsson

Snemma í mars hlutu tveir barnalæknar viðurkenningu fyrir árangur í rannsóknum úr Verðlaunasjóði Óskars Þórðarsonar læknis. Rannsóknir Orra Þórs Ormarssonar sérfræðings í barnaskurðlækningum beinast að hægðatregðu í börnum en Valtýr Stefánsson Thors sérfræðingur í barnalækningum og smitsjúkdómum barna rannsakaði veiru- og bakteríusýkingar í nefkoki barna. Báðir starfa þeir á Barnaspítala Hringsins.

Í frétt frá Háskóla Íslands segir svo um rannsóknir þeirra:

„Orri Þór Ormarsson hefur kannað öryggi og hægðalosandi áhrif stíla, sem innihalda fríar fitusýrur (*free fatty acids*) fengnar úr fiskiolíu, í meðferð við hægðatregðu hjá börnum og til tæmingar fyrir stutta ristilspeglun. Hægðatregða er ein algengasta orsök kviðverkja hjá börnum og er algengasta meðferðin að gefa lyf til inntöku en stundum eru lyf um endaþarm gefin samhliða. Skortur er á klínískum rannsóknum á þeim endaþarmslyfjum sem börn fá og sama má segja um rannsóknir á úthreinsun fyrir bugðuristils- og endaþarmsspeglun, en ekki er vitað hvaða meðferð til úthreinsunar er best.

Verkefnið fól í sér þrjár klínískar rannsóknir á börnum og fullorðnum og eina faraldsfræðilega rannsókn á börnum með hægðatregðu. Hundrað og sextíu manns tóku þátt í rannsóknunum sem sýndu að stílarnir, sem til skoðunar voru, þolast vel og virka til meðferðar á börnum með hægðatregðu og til úthreinsunar fyrir speglanir í bugðuristli og endaþarmi. Faraldsfræðileg rannsókn leiddi í ljós að 40% barna með hægðatregðu fengu aftur hægðatregðu, 27% þeirra þurftu aftur að leita læknisaðstoðar og 33% fengu lyf gefið um endaþarm á ný. Niðurstaða rannsóknanna sýnir jafnframt að lífsstílsþættir tengjast hægðatregðu í börnum.

Í doktorsritgerð sinni, „The effects of viral infections on upper respiratory tract bacterial colonisation in children – observational and interventional studies“ fjallar Valtýr Stefánsson Thors um veirusýkingar í efri loftvegum hjá ungum börnum og hvernig þær hafa áhrif á bakteríur sem jafnan eru til staðar í nefkokinu. Við rannsóknirnar var notast við svokallaða magnmælanlega kjarnsýrumögnun (*polymerase chain reaction* - PCR) til að greina veirur og 6 bakteríutegundir og þéttni þeirra.

Í rannsóknunum var samtals rúmlega 1300 sýnum safnað frá 312 börnum. Helstu niðurstöður voru þær að tíðni bakteríanna í nefkoki var að mestu leyti óbreytt við veirusýkingar en að þéttni baktería var nánast alltaf meiri í sýnum þar sem líka fannst veirusýking. Þessi aukna þéttni stuðlar líklega að auknu smiti milli barna, sérstaklega þar sem samneyti þeirra er náið. Þessar niðurstöður gætu varpað ljósi á samspil ónæmiskerfisins, veirusýkinga og baktería.“

Til styrktar barnalækningum

Verðlaunasjóður Óskars Þórðarsonar var stofnaður árið 2000 af Bent Scheving Thorsteinssyni til minningar um fóstra hans. Óskar var barnalæknir og hefur sjóðurinn það hlutverk að veita verðlaun fyrir vísindaleg afrek, rannsóknir, ritgerðir og skylda starfsemi á sviði barnalækninga. Eigið fé sjóðsins er um 20 milljónir króna en samtals nam verðlaunafé að þessu sinni 1,2 milljónum króna.

Óskar brautskráðist frá læknadeild Háskóla Íslands árið 1927, lærði fæðingahjálp í Danmörku síðar sama ár og stundaði sérnám í barnalækningum í Austurríki og Þýskalandi á þriðja og fjórða áratug síðustu aldar. Hann stofnaði læknastofu í Reykjavík árið 1930 og rak hana til dauðadags árið 1958. Samhliða var Óskar skólalæknir Austurbæjarskóla og Laugarnesskóla, læknir barnaheimilisins Sumargjafar og eftirlitslæknir við barnaheimili Reykjavíkur. Óskar kvæntist Guðrúnu Sveinsdóttur frá Hrauni á Skaga, móður Bents, árið 1928.





Charlotte Pisinger í pallborði að loknum erindum. Með henni eru Birgir Jakobsson landlæknir og hinir frummælendurnir tveir, Ángel Lopez og Jónas Atli Gunnarsson frá Hagfræðistofnun Háskóla Íslands.

Að reykja eða rafreykja, þar er efinn

Heilbrigðisráðherra boðar nýtt frumvarp um rafrettur sem voru til umræðu á málþingi um tóbaksvarnir

Þröstur Haraldsson

Um miðjan mars var efnt til málþings um tóbaksvarnir í Hörpu undir heitinu Hættu nú alveg! Að því stóðu Háskóli Íslands, Læknafélag Íslands, Krabbameinsfélagið og landlæknir. Tveir erlendir fyrirlesarar fluttu erindi, greint var frá rannsókn á kostnaði íslensks samfélags af reykingum og heilbrigðisráðherra ávarpaði samkomuna, en þurfti svo að flýta sér á annan fund.

Í stuttu ávarpi sem hann flutti kom fram að nýtt frumvarp um rafrettur verði væntanlega lagt fram á Alþingi á næstu vikum og ef marka má það sem á eftir fór fer ekki hjá því að margir bíði spenntir eftir því hvernig þar verður tekið á þessari nýjung sem hefur breiðst hratt út á undanförnum árum. En eins og fram hefur komið í fréttum hefur dregið ört úr reykingum á undanförnum árum hér á landi, svo ört að áðurnefnd könnun Hagfræðistofnunar á kostnaði samfélagsins við reykingar studdist við gamlar og úreltar tölur. Þar var sagt að 12% Íslendinga reyki daglega, en nýjustu tölur sýna að sú tala hefur lækkað í 10%. Svo bætist raunar við álíka stór hópur sem stundar það sem stundum er kallað „félagslegar reykingar“, það er reykir bara á tyllidögum og í mannfögnuðum.

Að gera út á smugurnar í skattalögunum

Því er sem sé ekki að leyna að Íslendingar hafa náð umtalsverðum árangri í tóbaksvörnum, eru jafnvel komnir fram úr Svíum sem enn glíma við munntóbakið þótt reykingar hafi minnkað mikið. Spænski hagfræðingurinn Ángel López frá háskólanum í Cartagena lýsti því skiljanlegum áhyggjum sínum af því hvað hann gæti sagt þessari þjóð sem stæði sig svona vel.

Eins og titill hans gefur til kynna er hann upptekinn af fjárhagslegri hlið tóbaksvarna og hann ætlaði að brýna fyrir okkur ákveðna breytingu sem þyrfti að gera á skattlagningu tóbaksvara, en fann svo út rétt áður en hann kom til landsins að Íslendingar breyttu skattlagningunni í rétta átt um síðustu áramót!

Hann lýsti ágætlega átökum tóbaksfyrirtækja gegn öllum hömlum á útbreiðslu tóbaks á Spáni og víðar í heiminum sem er síður en svo á undanhaldi. Meðal annars þurftu tóbaksfyrirtækin að bregðast við efnahagshruninu sem olli því að ríkisstjórnir margra landa ákváðu að draga úr fjárlagahallanum með því að auka skattlagningu á tóbaki. Í þeirri orrahríð fundu

tóbaksfyrirtækin leið framhjá skattagleði stjórnvalda sem höfðu einblínt á tilbúnar sígarettur í pökkum. Álögurnar á reyktóbak sem menn gátu notað til að rúlla sínar eigin sígarettur stóðu hins vegar í stað svo þar var sóknarfæri.

Þessu hafði hann ætlað að koma til skila við Íslendinga, sem sé að búa ekki til smugur fyrir tóbaksframleiðendur í skattakerfinu með því að vera með misháa skatta á hinum ýmsu gerðum tóbaks. Nema hvað íslensk stjórnvöld höfðu einmitt breytt reglugerðinni um síðustu áramót svo þar eru þessar smugur hvergi finnanlegar.

Æsingur á málþingum vísindamanna

Það sem viðstaddir hlýddu á með hvað mestri andakt var þó erindi danskrar konu, Charlotte Pisinger, en hún hefur starfað að rannsóknum á sviði reykinga og tóbaksvarna undanfarna tvo áratugi. Hún fjallaði um rafretturnar sem valdið hafa miklum átökum og umróti á síðustu árum. Hún sagðist aldrei hafa upplifað annan eins æsing í fólki síðan hún hóf afskipti af tóbaksvörnum og í umræðunum um rafretturnar. – Dagfarsprúðir vísindamenn og starfsfólk lýðheilsustofnana öskrar hvert á annað á málþingum, sagði hún.

– Ég var spennt fyrir rafrettunum þegar þær komu fram en með tímanum hafa áhyggjur mínar aukist. Staðhæfingar rafrettuframleiðenda eru á þá leið að þetta sé eiginlega bara hreint vatn, gufa, með góðu ávaxtabragði, hættulaust fyrir nærstadda, heilsusamlegur valkostur við reykingar, stórkostleg aðstoð við reykingafólk sem vill hætta að reykja og kemur í veg fyrir að ungt fólk byrji að reykja. Auglýsingarnar ganga flestar út á það sama og tóbak, þetta auðveldar þér að ná þér í elskendur eða maka, styrkir félagslega stöðu þína og eykur sjálfstraust. Eitt hefur svo bæst við: öryggið. Nú geturðu óhræddur reykt með barnið þitt í fanginu, sagði Charlotte.

Þörf á meiri og betri rannsóknum

Hún hefur á undanförnum árum unnið að safngreiningu á þeim rannsóknum sem gerðar hafa verið á áhrifum rafretta, fyrst á eigin vegum en frá 2014 á vegum Alþjóðaheilbrigðisstofunarinnar, WHO. Í þeirri vinnu hefur hún greint vel á þriðja hundrað rannsókna, en er þó engan veginn komin að endanlegri niðurstöðu um það hvort rafrettur eru jákvæð viðbót við vöruframboðið eða lítið skárri en tóbakið sjálft sem er með því eitraðasta sem manninum hefur dottið í hug að setja ofan í sig.

Hún hefur komist að því að mikil þörf er fyrir frekari – og betri – rannsóknir á rafrettum áður en dómur er kvaddur upp. Fyrirbærið er það nýtt að ekki hefur verið hægt að gera rannsóknir á langtímaáhrifum þess



Lyfjaskömmtun, tækni og öryggi

Lyfjaver er fyrst á Íslandi með stafrænt myndeftirlit í vélskömmtun

LYFJAVER

APÓTEK + LYFJASKÖMMTUN

SUÐURLANDSBRAUT 22 + SÍMI 533 6100 + LYFJAVER.IS

á heilsufar fólks. En þótt rafretturnar séu ungar er fjölbreytni þeirra ótrúleg. Nú eru yfir 500 vörumerki á markaði í heiminum og greinst hafa yfir 8.000 mismunandi bragðefni. Loks er það ekki til að auka gildi rannsóknanna að framleiðendur rafrettanna, sem margir hafa raunar verið keyptir upp af tóbaksfyrirtækjunum, hafa verið iðnir við að kosta rannsóknir sem sýna bara sparihliðar framleiðslunnar.

Tvöföld neysla algengust

Hún tíundaði ýmsar rannsóknir sem ekki pössuðu alveg við ofantaldar staðhæfingar framleiðenda. Þær sýna til dæmis að 70-80% þeirra sem reykja rafrettur hafa ekkert dregið úr hefðbundnum tóbaksreykingum heldur nota rafretturnar einungis sem viðbót við þær, hentugar til að geta reykt þar sem ekki má reykja.

Önnur rannsókn sýndi að þeir sem ekki hafa reykt en eru forvitnir um rafrettur eru fyrst og fremst ungmenni, börn og unglingar sem sjá fyrirmyndir á borð við Leonardo di Caprio og Kim Kardashian totta rafrettur. – Þetta eru ekki góð tíðindi fyrir samfélög sem hafa eytt miklu púðri áratugum saman í að koma í veg fyrir að ungt fólk og börn byrji að reykja, bætti hún við.

Hún fjallaði töluvert um efnin í rafrettunum sem sum hver eru hættuleg og jafnvel eitruð, þótt rannsóknir á áhrifum þeirra í þessu samhengi séu enn misvísandi. Hún sagðist hins vegar ekki treysta sér til að fordæma rafretturnar fyrr en frekari rannsóknir lægju fyrir.

– En við þurfum að ræða fleira en eituráhrif rafretta. Við þurfum að taka með í reikninginn tvöfalda neyslu þar sem reykingamenn skipta ekki um lið heldur nota rafretturnar sem viðbót. Eru þær gott tæki til að draga úr reykingum? Draga þær úr áhuganum á að hætta? Hvaða áhrif hafa þær á félagslega hlið reykinga? Munu þær auka veg reykinganna á nýjan leik? Við verðum að muna að tóbaksfyrirtækin hafa mikla hagsmuni í þessari þróun og að tvöföld neysla er draumsýn þeirra, sagði Charlotte Pisinger.

Það verður forvitnilegt að sjá nýtt frumvarp Óttars Proppé um rafretturnar og ef marka má málþingið verður eflaust lífleg umræða um þennan bjargvætt eða bölvald á vordögum.

Læknadagar í Hörpu
15. til 19. janúar 2018

Sendið hugmyndir að dagskrá til Margrétar Aðalsteinsdóttur

(*margret@lis.is*) fyrir 10. maí nk.

24
töflur í pakka

Nú er hver tafla af sildenafili **enn ódýrari**



Sildenafil LYFIS
sildenafil 50 mg og 100 mg

Notkunarsvið: Ristruflanir hjá karlmönnum. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. Samhliðanotkun efna sem gefa frá sér köfnunarefnisoxíð (s.s. amýlnítrít) og hvers konar nítrata. Karlmönnum sem ráðið er frá því að stunda kynlíf skal ekki gefa lyfið. Sjúklingar sem tapað hafa sjón á öðru auga vegna framlægs sjóntaugarkvilla vegna blóðþurrðar án slagæðabólgu eiga ekki að nota lyfið. Sjúklingar með alvarlega skerta lifrarstarfsemi, lágþrýsting, sjúklingar sem nýlega hafa fengið heilablóðfall eða kransæðastíflu eða hafa þekktan arfgengan hrörnunarsjúkdóm í sjónhimnu mega ekki nota lyfið. ***Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is.*** Markaðsleyfishafi er LYFIS ehf. Sími: 534-3500, netfang: lyfis@lyfis.is. SmPC: Janúar 2015.

LYFIS
Traust í lyfjum

DAUÐSFÖLL AF VÖLDUM HJARTA- OG ÆÐASJÚKDÓMA HAFA FENGIÐ NÝJAN ANDSTÆÐING

Jardiance® er eina lyfið við sykursýki af tegund 2 sem dregur úr hættu á dauðsföllum af völdum hjarta- og æðasjúkdóma[1,2,*,]**

Jardiance®
(empagliflozin)



38%

RRR Á CV-DAUÐSFÖLLUM SEM VIÐBÓT VIÐ HEFÐBUNDNA MEÐFERÐ[1,2]

HR = 0,62
(95% CI: 0,49-0,77)
p <0,001

* Fullorðnir sjúklingar með sykursýki af tegund 2 og kransæðasjúkdóm, útlægan slagæðasjúkdóm eða sögu um kransæðasjúkdóm eða slag.[1,3]

** Aðalendapunktur var minnkun í hjarta- og æðatilvikum, skilgreint sem samsettur endapunktur hjartadauða, kransæðastíflu eða slags sem ekki var banvænt. Jardiance minnkaði hættu á hjarta- og æðatilvikum um 14% (HR = 0,86; 95% CI: 0,74 - 0,99; p = 0,04). Hjartadauði minnkaði marktækt um 38% en munur á kransæðastíflu og slagi sem ekki var bænvænt var ekki marktækur. Sjá frekari upplýsingar í kafla 5.1 í Samantekt á eiginleikum lyfs.

IS-JAR-17-0195 FEB17

JARDIANCE 10 mg og 25 mg filmuhúðaðar töflur – Samantekt á eiginleikum lyfs – styttur texti SPC

Heiti virkra efna: Empagliflozin 10 mg eða 25 mg. Ábendingar: Jardiance er ætlað til meðferðar hjá fullorðnum með sykursýki af tegund 2 sem ekki hefur náðst nægileg stjórn á, til viðbótar við sérhæft mataræði og hreyfingu: sem einlyfjameðferð þegar talið er óheppilegt að gefa metformín vegna óþols eða til viðbótar við önnur lyf til meðferðar við sykursýki. Upplýsingar um niðurstöður rannsókna með tilliti til samsetninga, áhrifa á blóðsykurstjórnun og hjarta- og æðatilvik og rannsóknarþýðin má sjá í SmPC. Frábendingar: Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. Markaðsleyfishafi: Boehringer Ingelheim International GmbH. Nálgast má upplýsingar um lyfið, fylgiseðil þess og gildandi samantekt á eiginleikum lyfs á vef Lyfjastofnunar, www.serlyfjaskra.is.

Sjá niðurstöður rannsókna vegna samsetninga, áhrif á blóðsykursstjórnun og hjarta- og æðatilvik, ásamt upplýsingum um rannsóknarþýði í köflum 4.4, 4.5 og 5.1.

RRR = hlutfallsleg áhættuminnkun, MI = hjartadrep, CI = öryggisbil, HR = áhættuhlutfall, CV-dauði = dauði vegna hjarta- og æðasjúkdóma

HEIMILDIR: 1. Jardiance - samantekt á eiginleikum lyfs 2017. 2. Zinman B, Wanner C, Lachin JM, Fitchett D, Bluhmki E, Hantel S, Mattheus M, Devins T, Johansen OE, Woerle HJ, Broedl UC, Inzucchi SE; EMPA-REG OUTCOME Investigators. Empagliflozin, cardiovascular outcomes, and mortality in type 2 diabetes. N Engl J Med 2015 Nov 26; 373(22):2117-2128. 3. Zinman B, Inzucchi SE, Lachin JM, et al. Rationale, design, and baseline characteristics of a randomized, placebo-controlled cardiovascular outcome trial of empagliflozin (EMPA-REG OUTCOME™). Cardiovasc Diabetol 2014; 13(102):1-8.

Boehringer Ingelheim

JARDIANCE getur komið í veg fyrir 1 af hverjum 3 dauðsföllum af völdum hjarta- og æðasjúkdóma[1]

Vaxandi þörf fyrir almenna og víðtæka nálgun gagnvart sjúklingum

Þröstur Haraldsson

Félag íslenskra lyflækna er eitt stærsta sérgreinafélag íslenskra lækna og telur um 200 félagsmenn. Félagið er komið á virðulegan aldur og hélt upp á 70 ára afmæli sitt á síðasta ári. Þá urðu einnig formannaskipti en Runólfur Pálsson, sem gegnt hafði embættinu frá því um aldamótin, lét af embætti og tók við sem Forseti Evrópusamtaka lyflækna. Runólfur er fyrsti Íslendingurinn sem gegnir þessu forsetaembætti en Davíð O. Arnar tók við formennskunni hér heima.

Starfsemi sérgreinafélaga lækna er ekki alltaf mjög sýnileg. Félag íslenskra lyflækna hefur reyndar staðið fyrir Lyflæknaþingi sem haldið er annað hvert ár. Það fór fram í desember síðastliðnum og var það 22. í röðinni. Þessi þing eru með stærri innlendum læknaþingum sem haldin eru og hafa löngu sannað sig sem vettvangur fyrir kynningu á vísindarannsóknum á sviði lyflækninga.

– Margir af okkar fremstu vísindamönnum hafa einmitt stigið sín fyrstu skref í kynningu rannsóknarverkefna á þessu þingi. Þingið hefur vaxið að umfangi og nýtist einnig vel til að kynna nýjungar í faginu með málþingum og yfirlitsfyrirlestrum, sem og til að ræða álitaefni innan fagsins. Á þinginu í desember var þemað „Lyflækningar framtíðarinnar“. Þar var meðal annars rætt um spítala framtíðarinnar, hvernig stór gagnasöfn og tölvuforrit gætu nýst við klíníska þjónustu, rætt um göngudeildarþjónustu lyflækna og hvernig menn sæju hana þróast á næstu árum, sagði Davíð þegar *Læknablaðið* hitti hann nýverið á hjartadeild Landspítala.

Rætt við Davíð O. Arnar sem er nýr formaður Félags íslenskra lyflækna og nýráðinn yfirlæknir hjartalækninga á Landspítala

Alþjóðleg vottun framhaldsmenntunar í lyflækningum mikilvægt skref

Eins og áður segir eru lyflækningar ein af meginstoðum læknisfræðinnar og undir þeim hatti má finna fjölmargar undirsérgreinar, eins og hjarta-, lungna- og meltingarlækningar, gigtlækningar, smitsjúkdóma-, innkirtla-, krabbameinslækningar og fleira. Þessar greinar eru auðvitað að mörgu leyti ólíkar og viðfangsefnin fjölþætt. En hvað geta þessar greinar sameinast um, hver eru helstu verkefni Félags íslenskra lyflækna?

– Þau eru í raun fjölmörg. Stærsta verkefnið hefur kannski verið að halda Lyflæknaþing, eins og áður hefur komið fram. En það hefur einnig verið ákveðin endurreisn í lyflækningum á alþjóðavísu á síðustu árum. Það er sífellt meiri þörf fyrir lækna með breiða þekkingu og almennari nálgun gagnvart sjúklingum. Lyflæknar fá gjarnan þessa þjálfun í sínu sérnámi. Félag íslenskra lyflækna getur klárlega stutt við þessa jákvæðu þróun fagsins. Eins og við ræddum í upphafi er forseti Evrópusamtaka lyflækna Íslendingur og mikilvægt fyrir félagið að styðja við hann í því starfi.

Ennfremur hefur verið verulegur uppgangur í framhaldsmenntun í lyflækningum hér á landi. Fyrir allmörgum árum var byrjað með formlega framhaldsmenntun hér á Landspítala sem lofaði góðu en svo kom talsverð dýfa í það prógram, ýmissa hluta vegna. Nú er hins vegar heldur betur búið að blása lífi í það og endurskipuleggja kennslu deildarlækna á lyflækningasviði allverulega. Samfara því hefur verið vaxandi áhugi unglækna á lyflækningum. Þá var ákveðið að reyna að treysta námið frekar í sessi með samstarfi við Royal College of Physicians í Bretlandi sem hefur reynst mikil lyftistöng. Nú geta læknar lokið þriggja ára sérfræðinámi í lyflækningum hérlendis og fengið það vottað samkvæmt alþjóðlegum staðli sem erlend háskólasjúkrahús viðurkenna. Áður var það að vissu leyti tilviljunum háð hvort menn fengu framhaldsnám hér á landi viðurkennt utan landsteinanna.

Það breytir miklu fyrir íslensk sjúkrahús að bjóða upp á fyrstu skref framhaldsmenntunar hérlendis því með þessu móti getum við haldið lengur í unglækna hér heima. Oft hefur verið bent á að íslenskt heilbrigðiskerfi njóti starfskrafta lækna meðan þeir eru í sérnámi að mjög takmörkuðu leyti þar sem þeir taka stærstan hluta sérfræðinámsins erlendis. Læknar í framhaldsnámi gegna mjög mikilvægum hlutverkum á erlendum háskólasjúkrahúsum hvað varðar klíníska þjónustu, vísindastörf og kennslu. Með því að njóta starfskrafta unglækna lengur verður Landspítali líkari erlendum sjúkrahúsum að þessu leyti. Við höfum orðið vör við mikinn áhuga unglækna á þessu námi og það gerir starf okkar tvímælalaust áhugaverðara þegar mönnun er góð af unglæknum á lyflækningasviðinu. Félag íslenskra lyflækna getur sem fagleg samtök bæði stutt við uppbyggingu námsins og veitt því faglegt aðhald, svo sem við úttekt á náminu og álitsgjöf um það.

Það má spyrja sig hvort ekki sé orðið tímabært að auka hlut sérgreinafélaganna í skipulagi læknasamtakanna. Á undanförnum árum hefur Læknafélag



Davíð O. Arnar, formaður Félags íslenskra lyflækna og yfirlæknir hjartalækninga á Landspítala. Mynd ÞH.

Íslands starfað á grundvelli svæðafélaga sem var auðvitað algerlega rökrétt á sínum tíma. En nú eru svæðafélögin mörg hver orðin ansi fámenn á sama tíma og sérgreinafélögin hafa verið að eflast. Ég held að það væri eðlileg þróun að sérgreinafélögin geri sig hægt og rólega meira gildandi. Það er mikilvægt að rödd þeirra heyrist enn betur innan læknasamtakanna, segir Davíð.

Sérhæfing eða almennar lyflækningar?

Aukin sérhæfing hefur verið mikilvæg í framþróun læknisfræðinnar og að mörgu leyti algerlega eðlileg, ekki síst í ljósi mikilla tækniframfara á undanförnum áratugum. Á mörgum sviðum læknisfræðinnar hefur nýr tækjabúnaður litið dagsins ljós og mörg tækjanna eru þess eðlis að töluverða sérþekkingu og þjálfun þarf til að beita þeim. Davíð segir að aukin tæknivæðing leiði í flestum tilvikum til betri meðferðarúrræða en það sé mikilvægt að gleyma því ekki að margir sjúklingar í dag eru aldraðir og með fleiri en einn langvinnan sjúkdóm og þeir þurfa því jafnframt breiða og almenna nálgun að sínum vandamálum.

– Áður fyrr voru læknar kannski fyrst og fremst lyflæknar en höfðu viðbótar áhuga á ákveðnu sérsviði. Síðustu 3-4 áratugina eða svo hafa undirsérgreinarnar hins vegar verið að eflast og þeir sem hafa lagt stund á þær orðið æ sérhæfðari á kostnað þekkingarinnar í almennum lyflækningum sem þeir hafa þó flestir lokið fullu sérnámi í. Það má ef til vill segja að aukin sérhæfing hafði orðið til þess að læknar hafi vitað meira og meira um minna og minna. Núna er veruleikinn hins vegar að breytast, öldruðum fjölgar mjög ört og margir þeirra hafa mörg langvinn vandamál, ekki bara hjartasjúkdóm eða lungnasjúkdóm, nýrnasjúkdóm eða sykursýki, heldur gjarnan þetta allt saman.

Þá eykst eftirspurnin eftir læknum sem hafa breiðari sýn á sjúklinginn, í stað sérfræðinga sem líta kannski bara á stök líffæri eða líffærakerfi. Lyflæknar hafa víðtæka grunnmenntun þótt flestir hafi sérhæft sig frekar eftir almennt nám. Það er mjög gagnlegt fyrir heilbrigðiskerfið að geta nýtt sér þessa þekkingu sem felst í breiðri nálgun lyflækna. Skiljanlega hafa læknar mestan áhuga á að starfa að sinni undirsérgrein, en við þurfum líka að fá þá til að sinna þessum almennu verkefnum að einhverju leyti. Þetta hefur verið reynt á Landspítala með því að fá lyflækna til þess að vinna á vöktum, svo sem á almennum lyflækningadeildum og á bráðamóttökum, þó þeir nýti kannski 70-80% af sínum vinnutíma hjá undirsérgreininni.

Þegar sjúklingurinn kemur inn á bráðamóttöku er hann yfirleitt ekki með merkimiða á sér sem segir hvaða sérgrein hann tilheyrir svo það þarf að nálgast hann frá breiðu sjónarhorni. Síðar í ferlinu er svo mjög oft þörf fyrir aðkomu sérfræðinga á þrengra sviði en í upphafi þarf að skoða sjúklinginn sem eina heild. Þar teljum við að almennar lyflækningar hafi mjög veigamiklu hlutverki að gegna, segir Davíð.

Tækniframfarir auka sérhæfingu

Þrátt fyrir þessi viðhorf til almennra lyflækninga er Davíð nýlega tekinn við sem yfirlæknir á stórri og mjög sérhæfðri

deild, hjartadeild Landspítala. Þar starfa 22 hjartalæknar, margir hverjir einnig almennir lyflæknar, auk fjölda annars starfsfólks. Það fer góðum sögum af hjartadeildinni en hvernig metur nýr yfirlæknir stöðu deildarinnar?

– Staðan innan hjartalækninga er almennt mjög góð. Það er vel mannað af sérfræðilæknum og við búum við þá eftirsóknarverðu stöðu í augnablikinu að það er mikill áhugi hjá þeim sem klára sérnám erlendis á að koma til okkar í vinnu að því loknu. Þetta er öflugur hópur hjartalækna sem starfar hjá okkur og góð breidd bæði hvað varðar aldursdreifingu og þekkingarsvið. Sérhæfingin hefur farið vaxandi innan hjartalækninga undanfarin ár og orðið mun sjaldgæfara að læknar séu jafnvígir á öll verkefni. Kransæðainngrip, meðferð hjartsláttartuflana, myndgreining, þar með talið ómskoðun, og meðferð hjartabilunar eru til að mynda orðnar sérstakar undirsérgreinar innan hjartalækninga. Þessi mikla sérhæfing er nauðsynleg til að veita sjúklingnum sem besta þjónustu. En jafnframt leggjum við áherslu á að hjartalæknar komi að almennum verkefnum innan sérgreinarinnar eins og starfi á legudeildum, ráðgjafarþjónustu, bráðaþjónustu Hjartagáttar og vöktum. Sömuleiðis hafa hjartalæknar tekið virkan þátt í að leggja almennum lyflækningum lið. Þetta hjálpar til við að halda faglegri víðsýni. Það er mikilvægt á hjartadeildinni að hafa í huga að skjólstæðingar okkar hafa margir hverjir aðra langvinna sjúkdóma eins og sykursýki, nýrnabilun og langvinnan teppusjúkdóm í lungum. Það er ekki síður þörf á að huga að þessum vandamálum auk hjartasjúkdómsins.

Það hafa orðið örar tækniframfarir í hjartalækningum og aðgengi sjúklinga að sérhæfðum meðferðarkostum fer vaxandi. Þannig er bráð kransæðavíkkun orðin kjörmeðferð við bráðri kransæðastíflu og hjartaþræðingastofan opin allan sólarhringinn allan ársins hring til að sinna þessum hópi sjúklinga. Árangur af meðferð bráðrar kransæðastíflu hefur farið verulega batnandi frá því þessi meðferð var tekin upp síðla árs 2003 og er nú með því sem best gerist á Landspítala í alþjóðlegum samanburði. Þá er farið að skipta um ósæðarlokur með þræðingartækni hérlendis hjá völdum hópi sjúklinga og lofar sú meðferð mjög góðu. Brennsluðagerðir við gáttatifi eru að verða besti meðferðarkosturinn við þeim algenga sjúkdómi og notkun bjargráða við sleglatatruflunum hefur farið vaxandi. Þá hafa tvísleglagangráðar gefist vel sem meðferð við hjartabilun og á síðasta ári hóf Landspítali notkun á nýjum agnarsmáum gangráðum sem eru settir beint inn í hjartað með þræðingartækni. Það er ýmislegt annað mjög spennandi í farvatninu og gríðarlega mikilvægt fyrir okkur að fylgja þeirri tækniþróun sem verður hjá nágrannaþjóðunum.

Gjafafé mikilvægt til að efla tækjakostinn á deildinni

– Tækjakostur deildarinnar er almennt nokkuð góður og við höfum notið mikils velvilja almennings hvað varðar gjafafé, heldur Davíð áfram. – Við höfum til að mynda getað keypt tvö ný hjartaþræðingatæki á síðustu fjórum árum, sem skiptir okkur miklu máli. Þar hefur Styrktarsjóður Jónínu S. Gísladóttur reynst okkur framúrskarandi vel. Það vantar talsvert upp á að framlag til tækjakaupa frá ríkinu sé nægilegt og ef ekki kæmi til verulegt gjafafé værum við alls ekki vel stödd.

Við höfum verið að leggja aukna áherslu á dag- og göngudeildarþjónustu á hjartadeildinni. Í raun eru það bara allra veikustu sjúklingarnir sem leggjast orðið inn á legudeild. Mjög margir sem er sinnt á bráðahluta Hjartagáttar geta farið heim eftir rannsóknir og meðferð. Sömuleiðis fara flestir sem koma til inngripa, eins og hjartaþræðinga og kransæðasvíkkana á dagdeildum, heim samdægurs, sem er mikil framför. Mikilvægi þverfaglegra göngudeilda fer sömuleiðis vaxandi. Gott dæmi um slíkt er göngudeild hjartabilunar, sem hefur gengið mjög vel, og göngudeild gangráða og bjargráða. Þar vinna læknar, hjúkrunarfræðingar, lífeindafræðingar og eftir atvikum aðrar stéttir saman, oft að flóknum og erfiðum vandamálum.

Þá er það mikill kostur að hafa fjölbreytt tækifæri til vísindarannsókna í hjartalækningum, meðal annars í samstarfi við framúrskarandi stofnanir eins og Íslenska erfðagreiningu og Hjartavernd og þátttöku í fjölþjóðlegum rannsóknum, bæði hvað varðar ný lyf og tæki. Það eflir akademískan prófíl deildarinnar og er skemmtileg tilbreyting frá daglegu amstri.

Við þurfum að vera samkeppnisfær um starfsfólk og þar erum við vel stödd í augnablikinu. Þetta á við um lækna en ekki síður hjúkrunarfræðinga, lífeindafræðinga, sjúkraliða og fleiri stéttir. Svona stór deild með gríðarlega umfangsmikla starfsemi er þó mjög viðkvæm hvað varðar mönnun, það má ekki mikið út af bera til þess að við lendum í vandræðum með að manna allar vinnustöðvar deildarinnar á hverjum degi. Við njótum þess, sem betur fer, að mikill áhugi er meðal hjartalækna á að koma heim til starfa að loknu námi, segir Davíð O. Arnar og bætir því við að húsnæðið þrengi að hjartadeildinni eins og mörgum öðrum deildum innan Landspítala.

Starfsemi sem er alltaf að aukast þarf sífellt meira pláss. Húsnæði hjartadeildar er komið til ára sinna og stenst í raun tæpast þær kröfur sem eru gerðar til nútíma sjúkrahúss. Það sem skiptir þó mestu í þessu er að á hjartadeildinni vinnur samhentur hópur að áhugaverðum verkefnum á hverjum degi og það er kannski kjarninn í þessu öllu.

FlexTouch® og Tresiba (insulin degludec) eru skrásett vörumerki Novo Nordisk A/S

Tresiba® – Ný tegund insúlíns – 42 klukkustunda verkun, gefið einu sinni á dag[1]



FlexTouch® og Tresiba (insulin degludec) eru skrásett vörumerki Novo Nordisk A/S

* Við meðferð með Tresiba náði yfir helmingur einstaklinga með sykursýki af tegund 2 HbA_{1c} ≤53 mmól/mól (7%).[4] Í heimildum 2 og 3 náðist aðalendapunktur HbA_{1c}.





IS/TB/0716/0285 feb 2017

novo nordisk®

vistor
Umboðsaðili á Íslandi

TRESIBA®
deglúdekinsúlin

Sérlyfjatexti á bls. 208

FRÁ ÖLDUNGADEILD

Næsti fundur öldungadeildar verður haldinn miðvikudaginn 5. apríl. Þá mun Þorleifur Friðriksson sagnfræðingur, sem verður fararstjóri í Hvíta-Rússlandsferðinni, fræða okkur um Hvíta-Rússland.

Þann 3. maí fræðir Þorsteinn Tómasson plöntuerfðafræðingur okkur svo m.a. um rauðleita birkiafbrigðið.

Að erindi Þorsteins loknu verður aðalfundur Öldungadeildarinnar haldinn. Fara þá fram stjórnarskipti að loknum kosningum.

Borið hefur á að læknar láti ekki vita um breytt netföng, t.d. þegar þeir komast á eftirlaun. Þeim berast þá ekki tilkynningar frá LÍ eða öldungadeildinni. Vinsamlega sendið virk netföng ykkar til *gudrun@lis.is*

Fundir öldungadeildar eru haldnir fyrsta miðvikudag hvers mánaðar að Hlíðasmára 8 í Kópavogi kl. 16. Á undan fundi um kl. 15.30 er boðið upp á kaffi og vínarbrauð. Þá er hittast gömlu kollegarnir og er þá margt skrafað.

CHAMPIX (vareniclin) 0,5 mg og 1 mg filmuhúðaðar töflur
Ábendingar: CHAMPIX er notað hjá fullorðnum til að hætta reykingum. **Frábendingar**: Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna.
Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is.
Markaðsleyfishafi: Pfizer Limited.
Pakkningar og verð 1. október 2016: Upphafspakkning (0,5 mg 11 stk+1 mg 42 stk): 13.048 kr. 8 vikna framhaldspakkning (1 mg, 112 stk): 22.607 kr.
Afgreiðslutilhögun: R. Greiðsluþátttaka: 0. Stytt samantekt á eiginleikum lyfs (SmPC) byggð á SmPC dags. 28. júlí 2016. Stytt SmPC endurskoðað: 9. febrúar 2017.
Ef óskað er eftir frekari upplýsingum má hafa samband við umboðsaðila: Icepharma hf., Lynghálsi 13, 110 Reykjavík, sími 540 8000.

▼Inflectra er undir sérstöku eftirliti til að nýjar upplýsingar um öryggi lyfsins komist fljótt og örugglega til skila. Heilbrigðisstarfsmenn eru hvattir til að tilkynna allar aukaverkanir sem grunur er um að tengist lyfinu. **Inflectra 100 mg stofn fyrir innrennslisþykkni, lausn. Virkt efni**: infliximab er blendings manna-músa IgGl einstofna mótefni sem er myndað í músa blendingsæxlisfrumum með DNA samrunaerfðatækni. Ábendingar: **Iktsýki** gefið samhliða metotrexati - hjá fullorðnum sjúklingum með virkan sjúkdóm þegar svörun við öðrum gigtarlyfjum sem draga úr sjúkdómseinkennum (sjúkdómstemprandi gigtarlyfjum - DMARDs), þar með talið metotrexat, hefur ekki verið fullnægjandi.- hjá fullorðnum sjúklingum með alvarlegan, virkan og versnandi sjúkdóm sem hafa ekki áður verið meðhöndlaðir með metotrexati eða öðrum gigtarlyfjum (sjúkdómstemprandi gigtarlyfjum). **Crohns sjúkdómur hjá fullorðnum,** meðferð við miðlungs virkum eða mjög virkum Crohns sjúkdómi hjá fullorðnum sjúklingum sem hafa ekki svarað þrátt fyrir fullnægjandi barkstera- og/eða ónæmisbælandi lyfjameðferð; eða hjá sjúklingum sem ekki þola þá meðferð eða slík meðferð er ekki viðeigandi af læknisfræðilegum ástæðum. Meðferð við fistilmyndandi, virkum Crohns sjúkdómi hjá fullorðnum sjúklingum sem hafa ekki svarað þrátt fyrir fullnægjandi hefðbundna lyfjameðferð (þar með talið sýklalyf, afrennsli (drainage) og ónæmisbælandi lyfjameðferð). **Crohns sjúkdómur hjá börnum**, meðferð við alvarlegum virkum Crohns sjúkdómi hjá börnum og unglingum 6 til 17 ára sem hafa ekki svarað hefðbundinni meðferð þar með talið með barksterum, ónæmismótandi lyfjameðferð og næringarmeðferð; eða hjá sjúklingum sem ekki þola eða eru með frábendingar fyrir þannig meðferðum. Infliximab hefur eingöngu verið rannsakað í samsettri meðferð með hefðbundinni ónæmisbælandi meðferð. **Sáraristilbólga** Inflectra er ætlað til meðferðar við miðlungs virkri eða mjög virkri sáraristilbólgu (ulcerative colitis) hjá fullorðnum sjúklingum sem hafa ekki fengið nægilega góða svörun við hefðbundinni meðferð (að meðtöldum barksterum og 6-merkaptópúríni (6-MP) eða azatíópríni (AZA) og hjá sjúklingum sem ekki þola þá meðferð eða slík meðferð er ekki viðeigandi af læknisfræðilegum ástæðum. **Sáraristilbólga hjá börnum**, Inflectra er ætlað til meðferðar við mjög virkri sáraristilbólgu (ulcerative colitis) hjá börnum og unglingum á aldrinum 6 til 17 ára sem hafa ekki fengið nægilega góða svörun við hefðbundinni meðferð að meðtöldum barksterum og 6-merkaptópúríni (6-MP) eða azatíópríni (AZA) og hjá sjúklingum sem ekki þola þá meðferð eða slík meðferð er ekki viðeigandi af læknisfræðilegum ástæðum. **Hryggikt**, meðferð við alvarlegri, virkri hryggikt hjá fullorðnum sjúklingum sem hafa ekki svarað hefðbundinni meðferð á fullnægjandi hátt. **Sóraliðagigt**, meðferð við virkri og framsækinni sóraliðagigt hjá fullorðnum sjúklingum, þegar ekki hefur fengist fullnægjandi svörun við fyrri sjúkdómstemprandi gigtarlyfjameðferð. Inflectra á að gefa í samsettri meðferð með metotrexati eða eitt og sér hjá sjúklingum sem þola ekki metotrexat eða hjá sjúklingum sem eiga ekki að nota metotrexat vegna frábendinga.**Psoriasis**, meðferð við miðlungs alvarlegum eða alvarlegum skellupsoriasis hjá fullorðnum sjúklingum sem svara ekki, mega ekki fá eða þola ekki aðra meðferð sem tekur til alls líkamans, þar með talið ciklósporín, metotrexat og psoralen útfjólublái geislar af gerð A (PUVA). **Frábendingar** Sjúklingar með sögu um ofnæmi fyrir infliximabi (sjá kafla 4.8), ofnæmi fyrir öðrum músapróteinum eða einhverju hjálparefnanna. Sjúklingar með berkla eða aðrar alvarlegar sýkingar eins og blóðsýkingu, ígerð og tækifærissýkingar. Sjúklingar með miðlungs alvarlegan til alvarlega hjartabilun (NYHA flokkur III/IV). **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá - www.serlyfjaskra.is. Markaðsleyfishafi:** Hospira UK Ltd. Ef óskað er eftir frekari upplýsingum má hafa samband við umboðsaðila: Alvogen HS, Sæmundargötu 15-19, 101 Reykjavík, sími 522 2900. **ATH. Textinn er styttur, sjá nánari upplýsingar á vefsíðunni www.serlyfjaskra.is.**

Hvernig á að venja aldraða sjúklinga af benzódíazepínum?





Elín I. Jacobsen

lyfjafræðingur, verkefnastjóri Miðstöðvar lyfjaupplýsinga Landspítala

elinjac@landspitali.is

Einar S. Björnsson

prófessor og yfirlæknir í lyflækningum við læknadeild Háskóla Íslands og lyflækningasvið Landspítala.

einarsb@landspitali.is

Rúmlega áttræð kona lagðist inn á sjúkrahús vegna byltu og kom í ljós að hún hafði til margra ára notað þrenns konar benzódíazepín-lyf við kvíða og svefnleysi: díazepam 5 mg kvölds og morgna, alprazolam 0,5 mg fjórum sinnum á dag og triazolam 0,25 mg við svefnleysi. Reyndar hafði staðið til að konan hætti meðferð með díazepami þegar alprazolam-meðferð hófst, en af því hafði ekki orðið. Konan mældist nú með skerta andlega getu og hafði ítrekað dottið heima hjá sér. Talið var að notkun benzódíazepína til langs tíma gæti verið hluti af skýringunni og að framtíðarhorfur væru ekki góðar á þessari lyfjameðferð. Konan sjálf vildi ekki láta hrófla við meðferðinni sem hún taldi ganga vel. Miðstöð lyfjaupplýsinga fékk beiðni um að gera tillögu að áætlun til að minnka smám saman lyfjanotkun þessa sjúklings.

Benzódíazepín (BZD) er einn þeirra lyfjaflokka sem telst óviðeigandi fyrir aldraða, sérstaklega þau sem eru langvirk eins og díazepam en einnig önnur BZD með styttri verkun, eins og alprazolam. Aldraðir eru næmari fyrir áhrifum og aukaverkunum þessara lyfja og niðurbrot þeirra geta verið hægari hjá öldruðum og helmingunartími lengst. Almennt eru benzódíazepín slævandi, auka byltuhættu, og þar með hættu á beinbrotum, og geta dregið úr vitrænni færni aldraðra.[1,2]

Engar klínískar leiðbeiningar eru til um hvernig hætta skuli meðferð með BZD hjá öldruðum en slíkt getur verið vandmeðfarið vegna hættu á fráhvarfseinkennum og að einkenni kvíða og svefnleysis versni þegar lyfjameðferð er hætt. Paquin og félagar gerðu kerfisbundið yfirlit í heimildum 2014 og fundu margar rannsóknir sem sýna að það er öruggt og getur verið árangursríkt að hætta meðferð í áföngum hjá öldruðum einstaklingum, með niðurtröppun, án þess að alvarlegir fylgikvillar verði.[1]

Tannenbaum og félagar sýndu með slembaðri samanburðarrannsókn að notkun fræðsluefnis til sjúklinga um áhættu meðferðar með BZD fyrir aldraða hefði jákvæð áhrif á árangur niðurtröppunar.[2]

Í leiðbeiningum frá Bretlandi[3] er mælt með því að umreikna þau BZD sem sjúklingur tekur yfir í hið langvirka díazepam og minnka skammtinn síðan á mörgum vikum og jafnvel mánuðum. Þannig verði jafnari lækkun á þéttni í blóði yfir langan tíma sem dragi úr hættu á fráhvarfseinkennum. 0,5 mg af alprazolam jafngilda 10 mg díazepam sem getur verið stór skammtur fyrir aldraðan einstakling og því þarf að aðlaga umreiknaðan skammt að hverjum einstaklingi.

Aðrir benda á að einnig megi halda áfram með skammvirkari formin og minnka skammta um 25% á tveggja vikna fresti án þess að skipta yfir í langvirkt form.[1,2,4] Báðar aðferðirnar virðast geta verið árangursríkar. Hægja skal á minnkun skammta ef fráhvarfseinkenni koma fram og staldra við á þeim skammti sem sjúklingur er kominn á en ekki fara til baka og auka skammta. Ekki er alltaf markmið að hætta meðferð með BZD alveg, það getur líka verið markmið að minnka skammta og einfalda meðferð.[4]

Tillaga að upphafsáætlun skammtaminnkunar í okkar tilfelli:

- Mæla sterklega með þessu við sjúkling með fræðslu og sannfæra hann um að þetta sé hægt.
- Leggja upp með langt plan og óska eftir aðstoð lyfjaskömmtunarfyrirtækis til að fylgja niðurtröppun en slík þjónusta er í boði.
- Mögulega er ráð að halda áfram meðferð með triazolam að kvöldi til að taka ekki allt af sjúklingi í einu.
- Sjúklingur er fyrir á díazepam 5 mg kvölds og morgna og mælt með að halda því og hefja fyrst að minnka alprazolam um 0,25 mg á tveggja vikna fresti, einn skammt í einu, þar til það er farið út. Ef það gengur má síðan minnka díazepam um 1 mg á 1-2 vikna fresti, einn skammt í einu. Huga að lokum að triazolam, gangi þetta allt eftir.
- Sjúklingur þarf öfluga eftirfylgni læknis eða lyfjafræðings meðan niðurtröppun stendur.

Heimildir

1. Paquin AM, Zimmerman K, Rudolph JL. Risk versus risk: a review of benzodiazepine reduction in older adults. Expert Opin Drug Saf 2014; 13: 919-34.
2. Tannenbaum C, Martin P, Tamblyn R, Benedetti A, Ahmed S. Reduction of inappropriate benzodiazepine prescriptions among older adults through direct patient education: the EMPOWER cluster randomized trial. JAMA Intern Med 2014; 174: 890-8.
3. The Ashton Manual. benzo.org.uk/manual/index.htm – mars 2017.
4. open-pharmacy-research.ca/wordpress/wp-content/uploads/deprescribing-algorithm-benzodiazepines.pdf. - deprescribing.com – mars 2017.

Eliquis (apixaban) 2,5 mg og 5 mg filmuhúðaðar töflur.
Ábendingar: Eliquis 2,5 mg: Forvörn gegn bláæðasegareki (VTE) hjá fullorðnum sjúklingum sem hafa gengist undir valfrjáls mjaðmarliðskipti eða hnéliðskipti.
Eliquis 2,5 mg og 5 mg: Forvörn gegn heilaslagi og segareki í slagæð hjá fullorðnum sjúklingum með gáttatif sem ekki tengist hjartalokusjúkdómum (non-valvular atrial fibrillation, NVAF) ásamt einum eða fleiri áhættuþáttum, svo sem sögu um heilaslag eða tímabundna blóðþurrð í heila (transient ischaemic attack, TIA), aldur ≥ 75 ára, háþrýstingi, sykursýki eða hjartabilun með einkennum (NYHA flokkur ≥ II). Meðferð við segamyndun í djúplægum bláæðum (DVT) og lungnasegareki (PE), og forvörn gegn endurtekinni segamyndun í djúplægum bláæðum og lungnasegareki hjá fullorðnum**. Frábendingar**: Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. Virk blæðing sem hefur klíníska þýðingu. Lifrarsjúkdómar sem fylgir blóðstorkukvilli og blæðingarhætta sem hefur klíníska þýðingu. Vefjaskemmdir eða kvillar ef það er talið vera áhættuþáttur fyrir verulegri blæðingarhættu. Þar með talið nýlegur eða virkur sárasjúkdómur í meltingarvegi, illkynja æxli með mikilli blæðingarhættu, nýlegir áverkar á heila eða mænu, nýleg skurðaðgerð á heila, mænu eða auga, nýleg innankúpublæðing, æðahnútar í vélinda eða grunur um slíkt, slagæða- og bláæðatenging, æðagúlar eða meiriháttar óeðlilegar æðar í mænu eða heila. Samhliða meðferð með öðru segavarnarlyfi, t.d. ósundurgreint (unfractionated) heparín, létt (low molecular weight) heparín (enoxaparin, dalteparin, o.s.frv.), heparín afleiður (fondaparinux, o.s.frv.), segavarnarlyf til inntöku (warfarín, rivaroxaban, dabigatran, o.s.frv.), nema í þeim sérstöku tilvikum þegar skipt er um meðferð með segavarnarlyfjum eða ef ósundurgreint heparín er gefið í skömmtum sem duga til að viðhalda opnum æðalegg í miðlægri bláæð eða slagæð.
Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is.
Markaðsleyfishafi: Bristol-Myers Squibb/Pfizer EEIG.
Pakkningastærðir og verð 1. mars 2017: 2,5 mg 60 stk.: 11.340 kr., 2,5 mg 168 stk.: 31.431 kr., 5 mg 14 stk.: 3.845 kr., 5 mg 100 stk.: 18.757 kr., 5 mg 168 stk.: 31.431 kr. Afgreiðslutilhögun: R. Greiðsluþátttaka: G.
Stytt samantekt á eiginleikum lyfs (SmPC) byggð á SmPC dags. 6. febrúar 2017. Stytt SmPC tekið saman 13. mars 2017.
Sá sem ávísar lyfinu þarf að hafa kynnt sér fræðsluefni (RMP) fyrir lyfið og afhent sjúklingi tiltekið fræðsluefni ætlað sjúklingum (öryggisspjald fyrir sjúklinga) áður en notkun lyfsins hefst. Ef óskað er eftir fræðsluefni eða frekari upplýsingum má hafa samband við umboðsaðila: Icepharma hf., Lynghálsi 13, 110 Reykjavík, sími 540 8000.

Tresiba 100 einingar/ml og 200 einingar/ml stungulyf, lausn í áfylltum lyfjapenna

NovoNordisk — A10AE06

SAMANTEKT Á EIGINLEIKUM LYFS
Styttur texti SPC

Innihaldslýsing
1 ml af lausninni inniheldur 100 eða 200 einingar af deglúdekinsúlíni (jafngildir 3,66 eða 7,32 mg af deglúdekinsúlíni). Einn áfylltur lyfjapenni inniheldur 300 eða 600 einingar af deglúdekinsúlíni í 3 ml lausn.

Ábendingar
Meðferð við sykursýki hjá fullorðnum, unglingum og börnum frá 1 árs aldri.

Frábendingar
Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna.

Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is.

Markaðsleyfi lyfsins er háð sérstökum skilyrðum. Lyfinu fylgir fræðsluefni fyrir heilbrigðisstarfsfólk og sjúklinga sem sá sem ávísar lyfinu þarf að hafa kynnt sér og kynnt það sem við á fyrir sjúklingi ásamt því að afhenda honum efni ætlað sjúklingum til varðveislu. Fyrir frekari upplýsingar og/eða pöntun á fræðsluefni skal hafa samband við umboðsmann Novo Nordisk á Íslandi, Vistor hf., sími: 535-7000.

Markaðsleyfishafi
Novo Nordisk A/S, Novo Allé, DK-2880 Bagsværd, Danmörk

Nánari upplýsingar um lyfið fást hjá umboðsaðila á Íslandi sem er **Vistor hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabæ, sími: 535-7000.**

Textinn var síðast samþykktur í júlí 2015.

Pakkningastærð(ir)
Tresiba kemur í tveim pakkningum eftir styrkleika. 100 einingar/ml er með 5 pennum sem innihalda 3 ml lausn hver og 200 einingar/ml er með 3 pennum sem innihalda 3 ml af lausn hver.

Afgreiðslutilhögun (afgreiðsluflokkun)
R

Verð (samþykkt hámarksverð í smásölu 1. mars 2017)
100 einingar/ml 3 ml x 5 pennar: 11.775 kr.
200 einingar/ml 3 ml x 3 pennar: 13.894 kr

Greiðsluþátttaka sjúkratrygginga
G

Heimildir
1 Samantekt á eiginleikum lyfs fyrir Tresiba, www.serlyfjaskra.is.
2 Rodbard HW, Cariou B, Zinman B, Handelsman Y, Phillis-Tsimikas A, Skjoth TV, Rana A, Mathieu C on behalf of the BEGIN Once Long Trial Investigators. Comparison of insulin degludec with insulin glargine in insulin-naive subjects with Type 2 diabetes: a 2-year randomized, treat-to-target trial. *Diabetic Medicine* 2013;30(11):1298–304.
3 Bode BW, Buse JB, Fisher M, Garg SK, Marre M, Merker L, Renard E,Russell-Jones DL, Hansen CT, Rana A, Heller SR on behalf of the BEGIN Basal–Bolus Type 1 Trial Investigators. Insulin degludec improves glycæmic control with lower nocturnal hypoglycaemia risk than insulin glargine in basal–bolus treatment with mealtime insulin aspart in Type 1 diabetes (BEGIN Basal–Bolus Type 1): 2-year results of a randomized clinical trial. *Diabetic Medicine* 2013;30(11):1293–297.
4 Zinman et al *Diabetes Care* 35:2464-2472, 2012.

Xarelto 15 mg/20 mg filmuhúðaðar töflur – Stytt samantekt á eiginleikum lyfs
▼ Þetta lyf er undir sérstöku eftirliti til að nýjar upplýsingar um öryggi lyfsins komist fljótt og örugglega til skila. Heilbrigðisstarfsmenn eru hvattir til að tilkynna allar aukaverkanir sem grunur er um að tengist lyfinu til Lyfjastofnunar, www.lyfjastofnun.is. **Virkt efni:** Rivaroxaban. **Ábendingar:** Fyrirbyggjandi meðferð gegn heilablóðfalli og segareki hjá fullorðnum sjúklingum með gáttatif án lokusjúkdóms og einn eða fleiri áhættuþætti, svo sem hjartabilun, háþrýsting, aldur ≥ 75 ára, sykursýki, sögu um heilablóðfall eða skammvinnt blóðþurrðarkast. Meðferð við segamyndun í djúpbláæðum og segareki í lungum og til að fyrirbyggja endurtekna segamyndun í djúpbláæðum og segarek í lungum hjá fullorðnum. **Frábendingar:** • Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. • Virk blæðing sem hefur klíníska þýðingu. • Áverki eða ástand þar sem talið er að hætta geti verið á mikilli blæðingu. Um getur verið að ræða sár sem er eða hefur nýlega verið í meltingarvegi, illkynja æxli þar sem mikil hætta er á blæðingu, nýlegan áverka á heila eða mænu, nýlega aðgerð á heila, mænu eða auga, nýlega innankúpublæðingu, þekkta æðahnúta í vélinda eða grun um slíkt, missmíði slag- og bláæðatenginga, æðagúlp, eða mjög afbrigðilegar æðar í mænu eða heila. • Samhliða meðferð með öðrum segavarnarlyfjum, t.d. ósundurgreindu (unfractionated) heparíni, léttu (low molecular weight) heparíni (enoxaparin, dalteparin o.s.frv.), heparín afleiðum (t.d. fondaparinux), segavarnarlyfjum til inntöku (warfarín, dabigatran etexilat, apixaban o.s.frv.), nema við þær sérstöku aðstæður að verið sé að skipta um blóðþynningarmeðferð eða ef ósundurgreint heparín er gefið í skömmtum sem duga til að viðhalda opnum æðalegg í miðlægri bláæð eða slagæð. • Lifrarsjúkdómur með blóðstorkutruflunum og blæðingarhættu sem hefur klíníska þýðingu þar með talið hjá sjúklingum með skorpulifur af flokki Child Pugh B og C. • Meðganga og brjóstagjöf. **Heimild:** Unnið í mars 2017 úr Samantekt á eiginleikum lyfs (janúar 2017). **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. Vinsamlegast kynnið ykkur fræðsluefni ætlað læknum og sjúklingum áður en meðferð lyfsins hefst. Afhenda skal öllum sjúklingum öryggiskort áður en meðferð er hafin. Markaðsleyfishafi:** Bayer Pharma AG. **Umboðsaðili á Íslandi:** Icepharma hf. Vinsamlegast hafið samband í síma 8218046 ef óskað er eftir fræðsluefni eða frekari upplýsingum um lyfið. **Afgreiðslumáti og greiðsluþátttaka:** R, G. **Hámarkssmásöluverð þynnupakkninga (mars 2017):** 11.447 kr. (28 stk.), 16.520 kr. (42 stk. – 15 mg eingöngu), 35.085 kr. (98 stk.), 36.180 kr. (100 stk.).

Colrefuz 500 míkróg töflur. Virkt innihaldsefni: Hver tafla inniheldur 500 míkróg af colchicini. **Ábendingar:** ***Fullorðnir:*** Meðferð við bráðri þvagsýrugigt. Fyrirbyggjandi meðferð gegn þvagsýrugigtarköstum í upphafi meðferðar með allópúrínóli og þvagsýrulosandi lyfjum. **Skammtar og lyfjagjöf:** ***Fullorðnir:*** *Meðferð við bráðum þvagsýrugigtarköstum:* Taka á 1 mg (2 töflur) í upphafi, fylgt eftir með 500 míkróg (1 tafla) 1 klst. síðar. Ekki skal taka fleiri töflur næstu 12 klst. Eftir 12 klst. má halda meðferðinni áfram, ef þörf krefur með að hámarki 500 míkróg (1 töflu) á 8 klst. fresti þar til einkenni eru horfin. Meðferðarlotu á að ljúka þegar einkenni eru gengin til baka eða þegar tekin hafa verið samtals 6 mg (12 töflur). Ekki skal taka meira en 6 mg (12 töflur) í meðferðarlotu. Þegar meðferðarlotu er lokið skal ekki hefja aðra lotu fyrr en eftir a.m.k. þrjá sólahringa (72 klst.). *Fyrirbyggjandi meðferð gegn þvagsýrugigtarkasti í upphafi meðferðar með allópúrínóli og þvagsýrulosandi lyfjum:* 500 míkróg tvisvar á dag. Lengd meðferðar skal ákveðin eftir að þættir svo sem tíðni kasta, hve lengi þvagsýrugigt hefur verið til staðar og tilvist og stærð þvagsýrugigtarhnúts (tophi) hafa verið metnir. ***Sjúklingar með skerta nýrnastarfsemi:*** Gæta skal varúðar við notkun hjá sjúklingum með væga skerðingu á nýrnastarfsemi. Hjá sjúklingum með miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi skal minnka skammta eða lengja tíma á milli skammta. Hafa skal nákvæmt eftirlit með aukaverkunum colchicins hjá slíkum sjúklingum. Sjá nánar í Samantekt á eiginleikum Colrefuz varðandi sjúklinga með alvarlega skerðingu á nýrnastarfsemi. ***Sjúklingar með skerta lifrarstarfsemi:*** Gæta skal varúðar við notkun hjá sjúklingum með væga/miðlungsmikla skerðingu á lifrarstarfsemi. Hafa skal nákvæmt eftirlit með aukaverkunum colchicins hjá slíkum sjúklingum. Sjá nánar í Samantekt á eiginleikum Colrefuz varðandi sjúklinga með alvarlega skerðingu á lifrarstarfsemi. ***Aldraðir:*** Gæta skal varúðar við notkun. ***Lyfjagjöf:*** Til inntöku. Töflurnar skal gleypa heilar með glasi af vatni. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. Sjúklingar með blóðmein. Meðganga. Brjóstagjöf. Konur á barneignaraldri nema notaðar séu öruggar getnaðarvarnir. Sjúklingar með alvarlega skerta nýrnastarfsemi. Sjúklingar með alvarlega skerta lifrarstarfsemi. Ekki skal nota colchicin hjá sjúklingum í blóðskilun vegna þess að ekki er hægt að fjarlægja það með skilun eða blóðskiptum. Ekki má nota colchicin hjá sjúklingum með skerta nýrna- eða lifrarstarfsemi sem taka P glýkópróteinhemil (P gp) eða öflugan CYP3A4 hemil. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. Pakkningar og hámarksverð í smásölu** (september 2016): 500 míkróg, 100 stk. 9.879 kr. **Afgreiðsluflokkur:** R. **Greiðsluþátttaka:** G. **Markaðsleyfishafi:** Actavis Group PTC ehf. **Frekari upplýsingar:** www.actavis.is, s: 550 3300. **Dagsetning síðustu samantektar um eiginleika lyfsins:** 29. júní 2016. *September 2016.*

Actavis / 619021



Svanur Sigurbjörnsson

formaður siðfræðiráðs LÍ

svanurmd@gmail.com

Af siðfræðiráði LÍ – spennandi verkefni framundan

Siðfræðiráð Læknafélags Íslands hefur undanfarna tvo vetur haft í mörg horn að líta. Ráðið hafði endurskoðað *Codex Ethicus* árið 2013 en ýmislegt breyttist eftir að sérstök lög um lækna voru afnumin og mál lækna féllu undir lög um heilbrigðisstarfsmenn. Einnig eru læknar bundnir af ákvæðum laga um landlækni og lýðheilsu. Árið 2006 samdi þáverandi landlæknir, Sigurður Guðmundsson, í samráði við læknafélögin, siðferðilegar fagleiðbeiningar; *Góðir starfshættir lækna*, sem var góð viðbót við siðareglurnar. Líkt og þær hafa fagleiðbeiningar landlæknis lagalegt gildi komi til dómsmála varðandi starf lækna.

Við afnám sérstakra laga um lækna var einnig afnumið sérstakt bann við að læknar auglýstu starfsemi sína nema þegar þeir opnuðu stofu eða fluttu. Nú mega læknar auglýsa en nýr kafli í siðareglunum kveður á um að: [16. gr.] „Við kynningu á læknisþjónustu skal veita nákvæmar og áreiðanlegar upplýsingar og hafa öryggi þeirra að leiðarljósi sem leita eftir þjónustunni. Kynni læknir sjálfan sig og starfsemi [...] skal hann birta eða vísa í siðareglur lækna með aðgengilegum hætti. [20. gr.] Læknir má ekki veita rangar, ófullnægjandi eða villandi upplýsingar í auglýsingum [...].“

Siðfræðiráðinu er ekki kunnugt um annað en að læknum hafi gengið vel að höndla þetta nýfengna frelsi og þeir hafi ekki farið hamförum í auglýsingum á starfsemi sinni. Þar hjálpar eflaust til að margir læknar þyrftu jafnvel frekar að leyna starfsemi sinni en hitt, til að minnka vinnuálagið.

Verkfall lækna um áramótin 2014-2015 var hið fyrsta í sögu lækna hérlendis. Það var skynsamlega útfært með stigvaxandi þunga og alltaf var tryggð lágmarksmönnun og öryggi sjúklinga. Að öllu jöfnu hefði talist ámælisvert að læknar færu í verkfall en kringumstæðurnar voru um margt sérstakar. Í greiningu ráðsins kom fram að það var einkum þrennt sem knúði á um nauðsyn verkfalls:

Laun lækna höfðu dregist aftur úr í launaþróun háskólamenntaðra starfsstétta.

Alvarlegur læknaskortur var staðreynd víða meðal sérgreina og starfsstöðva. Þetta bitnaði á þjónustu og öryggi vissra sjúklingahópa var í yfirvofandi hættu. Læknar komu ekki heim úr sérnámi og þeir sem heima voru sóttu í vaxandi mæli til útlanda.

Hagsmunir lækna, heilbrigðiskerfisins og skjólstæðinga þeirra fóru saman og það varð að bæta bæði kjör og starfsaðstöðu lækna til að snúa þessari óheillaþróun við.

Í ljósi þessa var mikill stuðningur meðal almennings við kjarabaráttu lækna, sem var einnig hluti af enduruppbyggingu heilbrigðiskerfisins. Forsvarsmenn stóðu sig vel í hvívetna og ágætar kjarabætur fengust fyrir flesta hópa lækna. Á fundi norrænna siðfræðiráða lækna um haustið kom í ljós almennur skilningur á aðgerðunum þó að ljóst væri að norrænum starfssystkinum okkar þótti mikilvægt að verkfall væri síðasta úrræði.

Siðfræðiráðið hefur nú í tvo vetur staðið að málfundum um siðferðismál í þeim tilgangi að örva og þróa siðferðilega umræðu á meðal lækna. Rætt var um opna rafræna sjúkraskrá, líknardráp / dánaraðstoð og nú í vor á að ræða um kynskipti, en nýtt lagafrumvarp er í smíðum um það málefni. Síðustu ár hefur ráðið lagt inn umsagnir um ýmis frumvörp og reglugerðir í vinnslu, meðal annars um staðgöngumæðrun og upplýsingaskyldu klínískra rannsakenda.

Í október 2016 samþykktu Alþjóðasamtök lækna (WMA) svokallaða Tæpeiyfirlýsingu um siðræn mál gagnabanka og lífsýnabanka á heilbrigðissviði.[1] Sú yfirlýsing á eflaust eftir að hafa áhrif á lagasetningar um þessi mál víða um heim. Fráfarandi formaður siðfræðiráðsins, Jón Snædal, hefur verið í sterku sambandi við WMA og í samráði við stjórn LÍ hefur verið ákveðið hýsa hér heimsþing WMA haustið 2018. Það verður stór viðburður. Í tengslum við þingið verður tveggja daga ráðstefna um siðferðileg álitamál í heilbrigðisþjónustu, en það er nýjung. Siðferðilegum álitamál fjölgar eftir því sem úrræðum fjölgar. CRISPR-erfðatæknin vekur fjölmargar spurningar sem við læknar og allt þjóðfélagið þurfum að takast á við tímanlega.

Kennsla í klínískri aðferð; samskiptafræðum, sálfræði og siðfræði heldur áfram að þróast í læknadeild. Bryndís Benediktsdóttir, prófessor í námsgreininni, lagði fram í desember 2015 skriflega tillögu til heilbrigðisvísindasviðs HÍ um að sviðið stofnaði fasta kennslustöðu um siðfræði fyrir allt sviðið. Stjórn sviðsins tók vel í erindið en treysti sér ekki til að stofna stöðuna strax. Ráðinn var læknir í heimspekinámi í aðjúnktstöðu þennan vetur til kennslunnar, sem vonandi fær að þróast frekar innan heilbrigðisvísindasviðsins.

Í siðfræðiráði LÍ eru 7 læknar sem fjalla fræðilega um siðferðismál í heilbrigðiskerfinu og eru skipaðir til tveggja ára í senn. Ráðið hvetur þá lækna sem hafa áhuga á því að starfa í ráðinu að senda LÍ bréf. Það eru mörg afar áhugaverð umfjöllunarefni framundan næstu ár og við í ráðinu vonumst til að eiga virkt samband við lækna til framþróunar í siðfræðilegri umræðu stéttarinnar.

1. wma.net/en/30publications/10policies/d1/index.html – mars 2017.

BET.17020.IC 03.2017

Hefur þú leitt hugann að andkólínvirkri byrði hjá sjúklingum á meðferð við ofvirkri þvagblöðru?



Það er munur á Betmiga og andmúskarínlyfjum

Fyrsti ß3-örvinn við ofvirkri þvagblöðru[1,2]

Hefur áhrif á öll aðaleinkenni ofvirkrar þvagblöðru[1,2]

Tíðni munnþurrks sambærileg við lyfleysu[1,2]

Tíðni munnþurrks sambærileg við lyfleysu[1,2]

Betmiga™ ▼
mirabegron

Heimildir: 1. Khullar et al. European Urology 63;(2013):283–295. **2.** Nitti et al. J Urol 2013;189:1388–1395.

Betmiga 25 mg og 50 mg forðatöflur. ▼ **Þetta lyf er undir sérstöku eftirliti til að nýjar upplýsingar um öryggi lyfsins komist fljótt og örugglega til skila. Heilbrigðisstarfsmenn eru hvattir til að tilkynna allar aukaverkanir sem grunur er um að tengist lyfinu.**
Heiti virkra efna: Hver tafla inniheldur 25 mg eða 50 mg af mirabegroni. **Ábendingar**: Meðferð við einkennum, þ.e. bráðaþörf, aukinni tíðni þvagláta og/eða bráðaþvagleka sem geta komið fyrir hjá fullorðnum sjúklingum með heilkenni ofvirkrar þvagblöðru. **Frábendingar:** Mirabegron má ekki nota hjá sjúklingum með ofnæmi fyrir virka efninu / virku efnunum eða einhverju hjálparefnanna og ekki hjá sjúklingum með verulegan háþrýsting sem ekki hefur náðst stjórn á og er skilgreindur er sem slagbilsþrýstingur ≥180 mm Hg og/eða þanbilsþrýstingur ≥110 mm Hg. **Markaðsleyfishafi:** Astellas Pharma Europe B.V., Sylviusweg 62, 2333 BE Leiden, Holland. Nálgast má upplýsingar um lyfið, fylgiseðil þess og gildandi samantekt á eiginleikum lyfs á vef Lyfjastofnunar, www.serlyfjaskra.is.

Vistor hf. | Hörgatúni 2 | 210 Garðabæ | Sími 535 7000 | www.vistor.is

Relvar Ellipta er ætlað til meðferðar á einkennum langvinnrar lungnateppu hjá fullorðnum með FEV_1 <70% af áætluðu eðlilegu gildi (eftir gjöf berkjuvíkkandi lyfs) og sögu um endurtekna versnun, þrátt fyrir reglulega meðferð með berkjuvíkkandi lyfjum.[1]



Relvar, 92/22 míkróg, með skömmtun einu sinni á dag, minnkaði hættuna á í meðallagi miklum/alvarlegum versnunum hjá sjúklingum með LLT samanborið við ICS/LABA tvisvar sinnum á dag.[2]

Skoðaðu www.health.gsk.com til að fræðast meira um nýja lykilrannsókn á LLT – Salford Lung Study.[2, 3]

- Relvar veitir sjúklingum 24 klst. samfellda virkni[4]
- ... með skömmtum einu sinni á dag[4]
- ... úr einföldu innöndunartæki sem sjúklingar kusu frekar en þau innöndunartæki sem þeir notuðu.[5]



Algengustu aukaverkanir meðferðar með flútíkasónfúróati og vílanteróli eru höfuðverkur og nefkoksbólga. Aukin hætta er á lungnabólgu og beinbrotum hjá sjúklingum með LLT. Relvar Ellipta ætti hvorki að nota til að meðhöndla bráð astmaeinkenni né LLT versnanir.

RELVAR® ELLIPTA®
(flútíkaónfúróat/vílanteról innöndunarduft)

▼Þetta lyf er undir sérstöku eftirliti til að nýjar upplýsingar um öryggi lyfsins komist fljótt og örugglega til skila. Heilbrigðisstarfsmenn eru hvattir til að tilkynna allar aukaverkanir sem grunur er um að tengist lyfinu.

Relvar Ellipta 92 míkróg/22 míkróg eða Relvar Ellipta 184 míkróg/22 míkróg, innöndunarduft, afmældir skammtar

Markaðsleyfishafi
Glaxo Group Limited

Nálgast má upplýsingar um lyfið, fylgiseðil þess og gildandi samantekt á eiginleikum lyfs á vef Lyfjastofnunar, www.serlyfjaskra.is

Innihaldsefni
Hver stök innöndun gefur skammt (skammt sem fer í gegnum munnstykkið) sem er 92 míkróg af flútíkasónfúróati og 22 míkróg af vílanteróli (sem trífenatat) eða 184 míkróg af flútíkasónfúróati og 22 míkróg af vílanteróli (sem trífenatat). Þetta samsvarar afmældum skammti sem er 100 míkróg af flútíkasónfúróati og 25 míkróg af vílanteróli (sem trífenatat) eða 200 míkróg af flútíkasónfúróati og 25 míkróg af vílanteróli (sem trífenatat).

Ábendingar
Astmi
Relvar Ellipta er ætlað til notkunar við reglulega astmameðferð hjá fullorðnum og unglingum 12 ára og eldri þegar notkun samsetts lyfs (langverkandi beta2-örva og barkstera til innöndunar) á við: Þegar ekki næst viðunandi stjórn á sjúkdómnum með barksterum til innöndunar og skjótvirkum beta2-örvum til innöndunar „eftir þörfum".

Langvinn lungnateppa (aðeins Relvar Ellipta 92/22 míkróg)
Relvar Ellipta er ætlað til meðferðar á einkennum langvinnrar lungnateppu hjá fullorðnum með FEV_1 <70% af áætluðu eðlilegu gildi (eftir gjöf berkjuvíkkandi lyfs) og sögu um endurtekna versnun, þrátt fyrir reglulega meðferð með berkjuvíkkandi lyfjum.

Frábendingar
Ofnæmi fyrir virku efnunum eða einhverju hjálparefnanna.

IS/FFT/0004/16b mars 2017

References:
1. Relvar Ellipta Summary of Product Characteristics. GlaxoSmithKline; 2016
2. Vestbo J *et al.* NEJM. 2016. DOI: 10.1056/NEJMoa1608033.
3. Bakerly ND *et al.* Respir Res. 2015; 4(16):101
4. Boscia JA *et al.* Clin Ther. 2012; 34(8): 1655-56
5. Svedsater *et al.* BMC Pulm Med. 2013; 13:72

vistor
Hörgatún 2
210 Garðabær

INNOVIVA