

ERINDI

S 01 Mat á tveimur mismunandi aðferðum við ísetningu utanbastsleggja og fylgikvillum sem fram komu við þær Ingi Hauksson, Gisli Vigfússon, Ástríður Jóhannesdóttir, Jón Sigurðsson

Frá svæfingadeild Landspítalans

Inngangur: Um fjögurra ára skeið hefur svæðisbundin þriggja lyfja utanbastsmeðferð verið notuð til verkjameðferðar eftir stærri aðgerðir á handlækningadeildum Landspítalans. Læknar deildarinnar beita mismunandi tækni við ísetningu utanbastsleggja. Sumir nota nær alltaf miðlínutækni (median), aðrir hliðlæga (paramedian) tækni og enn aðrir beita ýmist mið- eða hliðlægru tækni. Tilgangur rannsóknarinnar var annars vegar að kanna hvaða tækni læknar notuðu við að finna utanbastsbil Th3-9 og Th9-L4 og hins vegar könnun á tíðni fylgikvilla miðlínu og hliðlægu tækninnar.

Efniviður og aðferðir: Könnunin náði yfir eitt ár og var framkvæmd á handlækningadeild Landspítalans. Alls voru 332 sjúklingar með í úttektinni. Eftirtalin atriði voru skráð.

1. Miðlæg eða hliðlæg stefna nálar við ísetningu leggjar í utanbastsbilin Th3-9 og Th9-L4.
2. Rótarskot (paraesthesia) í miðlínu eða hliðlínu.
3. Mænuvökvaástunga í miðlínu eða hliðlínu.
4. Blæðing í nál eða legg í miðlínu eða hliðlínu.
5. Kvartanir sjúklings.

Niðurstöður: Hjá 210 sjúklingum var leggur lagður með miðlínu-stefnu og hjá 122 með hliðlægru stefnu.

Tafla I

	Th3-9	Th9-L4
Miðlínutækni	36	174
Hliðlæg tækni	40	82

Tafla II

	Rótarskot N (%)	Mænuvökva- stunga N (%)	Blæðing í nál eða legg N (%)	Sjúklinga- kvörtun N (%)
Miðlínutækni	15 (7,1)	2 (0,95)	21 (10)	12 (5,7)
Hliðlæg tækni	19 (15,5)	1 (0,81)	8 (6,5)	6 (4,9)

Ályktanir: Um þriðjungur allra utanbastsleggja var lagður með hliðlægru tækni og fór það hlutfall yfir helming þegar deyft var á mið- eða efri hluta brjóstþryggjar og er það í samræmi við það sem mælt er með (1). Minni hætta virðist vera á mænuvökvastungu og blæðingu í nál við hliðlæga tækni og mætti skýra það að nokkru með því að þeirri tækni var fremur beitt á mið- og efri hluta brjóstþryggs (1). Rótarskot voru fleiri við hliðlæga tækni sem skýrist hugsanlega af annarri innkomu leggjar inn í utanbastsrúmið.

Heimild

1. Gieber M. Anesthesiology 1997; 86: 55-63.

S 02 Fitusegareksheilkenni. Sjúkratilfelli

Helga Kristín Magnúsdóttir, Ingiríður Sigurðardóttir, Girish Hirlekar

Frá svæfinga og gjörgæsludeild Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri

Sjúkratilfelli: Sextíu og níu ára gömul kona með sögu um háþrýsting og gigt var lögð inn til gerviliðaaðgerðar á mjöðm. Lögð var

mænudeyting. Míðazólám, fentanýl og própópól dreypti var notað til slæfingar. Aðgerðin gekk vel, blæðing lítil og sjúklingur var fluttur vakandi og við góða líðan á gjörgæsludeild. Um það bil einni klukkustund eftir að konan kom á gjörgæslu versnaði skyndilega súrefnismettunin, hún varð rugluð og missti síðan meðvitund. Þrátt fyrir aðstoðaða öndun og eðlilega súrefnismettun vaknaði hún ekki. Fljótlega varð vart vaxandi blæðingar frá skurðsári og í kera. Merki dreifðrar blóðstorkunar (DIC syndrome) komu fram í blóðprufum. Ástand versnaði er líða tók á daginn og fékk sjúklingur mikið magn blóðhluta og vökva fyrsta sólarhringinn. Eftir það var blóðrás og öndun stöðug. Hún var áfram meðvitundarlaus. Sneiðmynd af höfði sýndi aukinn þrýsting í heilabúinu og eftir nokkurra daga meðferð í öndunarvél var ástandið metið aftur. Sjúklingur var úrskurdaður heiladáinn á 10. degi eftir aðgerð. Krufning leiddi í ljós dreift fiturek í smáæðum heilans og heilabjúg.

Umraða: Fitusegareksheilkenni hefur verið lýst frá 1879 og þá helst í sambandi við áverka á löngum beinum og við fjöláverka en hefur einnig verið lýst í sambandi við aðgerðir á beinum sem innihalda mikinn blóðmyndandi vef. Eitthvert fitusegarek verður alltaf í liðskiptaaðgerðum bæði á mjöðm og hné en einkenni af þeim sökum eru afar sjaldgæft (0,1%). Þeir sem eru með slæma lungnastarfsemi hafa meiri áhættu á að fá einkenni. Reynt hefur verið að minnka þrýstinginn í mergholinu í þessum aðgerðum í von um að minnka áhættuna.

S 03 Hefur staðsetning utanbastsleggjar, tæknileg vandkvæði við lögn hans og samvinna við sjúkling áhrif á árangur verkjameðferðar eftir aðgerðir?

Gisli Vigfússon, Oddur Fjalldal, Þorsteinn Sv. Stefánsson, Jón Sigurðsson

Frá svæfingadeild Landspítalans

Inngangur: Forsenda góðs árangurs þriggja lyfja utanbastsmeðferðar eftir aðgerðir er nákvæm staðsetning leggjar sem næst viðtæki verkjaboðs í afturhorni mænu. Ýmsir aðrir þættir geta haft áhrif á árangur eins og tæknileg vandkvæði við lögn leggjar og samvinna við sjúkling. Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna hvort staðsetning leggjar, tæknileg vandkvæði við lögn hans og samvinna við sjúkling á meðan á lögn stæði hefði áhrif á árangur verkjameðferðar eftir aðgerð.

Efniviður og aðferðir: Könnunin náði yfir eitt ár og var framkvæmd á handlækningadeild Landspítalans. Borin var saman sá hópur sjúklinga sem lauk fyrirhugaðri verkjameðferð (305 sjúklingar) við þann hóp (27 sjúklingar) þar sem hætta varð við meðferð vegna ónógrar verkjastillingar. Metið var annars vegar hvort tengsl væru milli endurvals á utanbastsbili, vandkvæðum við að finna það (viðnámsvarf, loss of resistance) og þræðingu leggjar í það svo og samvinnu við sjúkling og hins vegar árangri verkjameðferðar eftir aðgerð.

Niðurstöður: Hætta varð meðferð hjá 27 (8,1%) sjúklingum vegna ófullnægjandi verkjastillingar. Þrjú hundrað og fimm (91,9%) sjúklingar luku fyrirhugaðri meðferð eða hætta varð henni af öðrum orsökum.

	Annað utanbasts- liðbil valið N (%)	Óvist utan- bastsvið- námsvarf N (%)	Treg þræðing leggjar N (%)	Slæm samvinna N (%)
Fullnægjandi meðferð	57 (18,6)	37 (11,1)	14 (4,2)	14 (4,2)
Ófullkomin meðferð	10 (37,0)	8 (29,6)	2 (7,4)	3 (11,1)

Ályktanir: Niðurstöður benda til þess að sjúklingur fái verri verkjastillingu ef leggur er staðsettur í öðru utanbastsliðbili en fyrirhugað er. Við óvíst viðnámsvarf og tregðu við ísetningu versnuðu möguleikarnir á góðri verkjastillingu verulega svo og ef samvinna var ekki góð við sjúkling. Til að bæta árangur verkjameðferðar er mikilvægt að upplýsa sjúklinga vel um utanbastsverkjameðferð, leggja áherslu á val á réttu utanbastsliðbili og leita eftir dæmigerðu viðnámsvarfi.

S 04 Verkjameðferð með morfínsdreypi á skurðeild Barnaspítala Hringins. Árangur og fylgikvillar

Sigurður Guðjónsson¹, Gísli Vigfússon¹, Aðalbjörn Þorsteinsson¹, Guðmundur Bjarnason²

Frá ¹svæfinga- og gjörgæsludeild Landspítalans, ²skurðeild Barnaspítala Hringins

Inngangur: Á undanförunum árum hefur verið lögð aukin áhersla á góða verkjameðferð eftir skurðaðgerðir. Fleiri meðferðarmöguleikar og betra eftirlit hafa stórlega bætt andlega og líkamlega líðan sjúklinga eftir stærri aðgerðir og geta stýtt legutíma og minnkað kostnað.

Sjúklingastýrð verkjameðferð (PCA) hefur lengi verið notuð með góðum árangri. Eitt form þeirrar meðferðar, sem eingöngu er notað hjá börnum, er að gefa ákveðið magn morfíns í sídreypi miðað við þyngd sjúklings og gefa aukaskammta sé þess þörf.

Um nokkurra ára skeið hefur sídreypi morfíns verið notað til verkjameðferðar eftir aðgerðir á skurðeild Barnaspítala Hringins og var tilgangur rannsóknarinnar að kanna árangur og fylgikvilla þessarar meðferðar.

Efniviður og aðferð: Árangur og fylgikvillar voru metnir hjá 93 börnum sem fengu morfínsdreypi eftir skurðaðgerðir á þriggja ára tímabili. Árangur verkjameðferðar var metinn með aðstoð Visual Analog Scale (VAS), annars vegar í hvíld og hins vegar við hreyfingu og hósta. Tíðni ógleði og kláða var skráð og metin sem engin, væg eða slæm. Fylgikvillar töldust slæmir ef þeir kröfðust meðferðar.

Niðurstöður: Af 93 sjúklingum voru 57 (60%) sem höfðu gengist undir kviðarholsaðgerðir. Flestar aðrar aðgerðir voru bæklunaraðgerðir. Meðalaldur sjúklinga var 5,8 ár. Meðaldreypihraði var 0,34 mg/klst (0,1mg/ml). Meðferðarlengd var 3,3 dagar (2-8). Í hvíld fengu 96% sjúklinga fullnægjandi verkjastillingu (VAS 1-3). Hjá einum sjúklingi þurfti að stöðva sídreypi vegna misheppnaðrar verkjastillingar. Í einu tilfelli kom upp öndunarletjun. Árangur verkjameðferðar og fylgikvillar kemur að öðru leyti fram í töflu.

Verkir við hreyfingu og hósta		Ógleði		Kláði	
VAS 1-3 vægir	VAS 4-6 meðalsterkir	Væg	Slæm	Vægur	Slæmur
81%	18%	21%	28%	14%	2%

Ekki reyndist vera munur á tíðni á ógleði hjá þeim sem gengust undir kviðarholsaðgerðir samanborið við aðrar aðgerðir.

Ályktanir: Í hvíld var verkjameðferðin metin fullnægjandi hjá 96% sjúklinga en fór niður í 81% við hreyfingu og hósta. Slæm ógleði kom fyrir hjá 28% sjúklinga. Þar sem enginn munur var á tíðni ógleði hjá þeim sem fóru í kviðarholsaðgerð samanborið við aðrar aðgerðir bendir það til þess að morfín eigi stóran þátt í henni. Ógleði er helsti fylgikvilli þessarar meðferðar. Ógleðin veldur sjúklingum óþægindum, hindrar eðlilega næringarinntöku og seinkar útskrift. Meðferð barna með morfínsdreypi gefur góða verkjastillingu en há tíðni ógleði af hennar völdum er óásættanleg.

S 05 Eins árs samantekt á miðbláæðarleggjum á FSA

Helga Kristín Magnúsdóttir, Ingiríður Sigurðardóttir, Girish Hirlekar

Frá Fjórðungssjúkrahúsinu á Akureyri

Inngangur: Miðbláæðarleggur er notaður hjá sjúklingum með slæmar æðar, til næringar, langtímalýfjameðferðar og til mælingar miðbláæðaþrýstings. Hann er einfaldur í uppsetningu og þægilegur í notkun. Það má ekki gleyma að bæði uppsetning og langtímanotkun geta valdið fylgikvillum sem í einstaka tilfellum geta verið lífshættulegir. Tilgangur þessarar könnunar var að kanna tíðni fylgikvilla á FSA og einnig að kanna sýklavöxt á stungustað og æðaleggsemda.

Efniviður og aðferðir: Allir sjúklingar sem fengu miðbláæðarlegg á tímabilinu 1. apríl 1998 til 31. mars 1999 á FSA voru skráðir á sérstakt skráningarblað. Þar sem skráning misfórst var sjúkraskrá skoðuð. Skráð var ástæða innlagningar, hvar leggurinn var settur, fylgikvillar ísetningar, vandamál á notkunartíma og ástæða þess að leggur var fjarlægður. Útlit stungusvæðis var metið, húðstrok og æðaleggsemdir voru send í ræktun er leggur var fjarlægður. Skráð var notkun sýklalyfja á tímabilinu.

Niðurstöður: Samtals voru lagðir 94 miðbláæðarleggir á árinu. Skráningarblöð skiluðu sér frá 72 sjúklingum eða 77%. Vandamál við ísetningu voru skráð hjá fimm sjúklingum, engin alvarleg. Vegna gruns um sýkingu eða vegna tæknilegra vandamála voru 10 leggir fjarlægðir áður en áætlað var. Ræktunarsvör bárust frá 56 sjúklingum eða 60%. Jákvæðar ræktanir reyndust hjá 36% sjúklinga og uxu hvítir klasahnettla í 87% tilfella. Blóðeitrun greindist hjá einum sjúklingi. Merki sýkingar á stungustað sáust hjá fjórum sjúklingum og voru jákvæðar ræktanir hjá þremur þeirra. Aðrir sjúklingar með jákvæðar ræktanir voru einkennalausir. Af þeim sem voru á sýklalyfjum (43 af 52) voru 40% með jákvæðar ræktanir. Þeir sem ekki voru á sýklalyfum (13 af 52) höfðu aðeins jákvæðar ræktanir í 15% tilvika.

Umræða: Niðurstöðuna verður að skoða í ljósi þess að hér er um fáa einstaklinga að ræða. Á þessu ári voru ekki skráðir neindir alvarlegir fylgikvillar fyrir utan eina blóðeitrun. Minni sýklavöxtur virðist vera hjá þeim sem ekki nota sýklalyf en þetta er ekki tölfraðilega marktækur munur sökum smáðar úrtaksins.

S 06 Líðan kvenna heima eftir ófrjósemiaðgerð

Girish Hirlekar, Helga K. Magnúsdóttir, Ingiríður Sigurðardóttir

Frá svæfinga- og gjörgæsludeild Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri

Inngangur: Fjöldi ferlisjúklinga er ört vaxandi víða um heim. Á FSA er hlutfall þeirra líðlega 50%. Lítið hefur verið skrifað um líðan ferlisjúklinga eftir heimkomu og þótti okkur áhugavert að athuga hana betur.

Efniviður og aðferðir: Skurðaðgerð var framkvæmd með kviðsjártækni og notaðar voru klemmur til að loka fyrir eggjaleiðara. Aðgerð var framkvæmd í svæfingu og allar konur jöfnuðu sig á vöknun eftir aðgerðina áður en þær fóru heim. Hringt var daginn eftir aðgerð og spurt um almenna líðan, verki og ógleði aðgerðarkvöldið og einnig um kl. 10:00 daginn eftir. Auk þess var spurt um svefn nóttina eftir aðgerð.

Niðurstöður: Fjórutíu og níu konur fóru í ófrjósemiaðgerð á FSA á árinu 1999. Meðalaldur var 38 ár. Meðaltími á vöknun var 4,11 klukkustundir 43 konur svöruðu en ekki náðist í sex konur.

	Á aðgerðarkvöldi (kl. 22:00). Hlutfall þeirra sem svöruðu		Daginn eftir (kl. 10:00). Hlutfall þeirra sem svöruðu	
	n=43	%	n=42	%
Almenn líðan				
Góð		11,62		28,57
Bærileg		65,11		61,90
Slæm		23,27		9,53
Verkir (VAS)	n=38		n=39	
<3		39,47		56,76
3-5		26,32		27,03
>5		34,21		16,21
Ógleði	n=43		n=40	
Engin		62,79		81,58
Lítill		23,26		15,79
Mikil		13,95		2,63
Svefn			n=40	
Eðlilegur				77,50
Andvaka				5,00
Andvaka vegna verkja				17,50

Umraða: Meiriháttar fylgikvillar eru sjaldgæfir eftir ferliaðgerðir en vanlíðan, verkir, ógleði og svefntruflanir eru afskaplega algeng. Við sem störfum við ferliþjónustu fréttum lítið af þessum vandamálum og ef til vill er of lítið gert úr þeim. Líðan eftir heimkomu hefur eflaust áhrif á álit sjúklinga á ferliverkaþjónustunni. Finna þarf leiðir til að bæta líðan sjúklinga eftir útskrift.

Ályktanir: Byggja þarf upp kerfi til að fylgjast betur með ferlisjúklingum eftir að þeir koma heim. Enn fremur þarf að bæta verkjameðferð og meðferð við ógleði. Betri fræðsla til sjúklinga um skurðaðgerðir og betri undirbúningur gæti bætt líðan ferlisjúklinga eftir útskrift.

S 07 Hafa reykingar forspárgildi á ógleðitíðni og tíma útskriftar eftir dagaðgerðir? Úttekt á 93 dagaðgerðum í Domus Medica

Gísli Vigfússon

Frá Domus Medica

Inngangur: Ógleði og uppköst eru algeng vandamál eftir aðgerðir. Fyrir utan að valda vanlíðan, geta einkennin valdið truflun á saltbúskap, hindrað eðlilega næringarinntöku og valdið skaða á aðgerðarsvæði. Ógleði eftir dagaðgerðir hindra oft að sjúklingar geti útskrifast til síns heima. Þekkt er að áhættan eykst við ákveðnar aðgerðir og svæfingar, notkun ópiat verkjalyfja og er hærri hjá konum en körlum svo og hjá þeim sem ekki reykja. Ógleðitíðni og tími útskriftar var könnuð hjá 93 sjúklingum eftir dagaðgerðir og þeir sem reyktu voru bornir saman við þá sem ekki reyktu.

Efniviður og aðferðir: Níutíu og þrjár sjúklingar voru með í úttektinni. Um var að ræða ungar konur, sem allar fóru í sambærilega aðgerð. Þær voru allar í áhættuflokki I (ASA I) og voru á aldrinum 16-47 ára gamlar. Skráðar voru reykingavenjur sjúklinga. Þegar sjúklingar töldust útskriftarhæfir voru útskriftartími, ógleði, uppköst og svimi í sitjandi stöðu metin. Í þeim tilfellum þar sem sjúklinga svimadi var oftast beðið með útskrift og þeim gefinn vökví í æð.

Niðurstöður: Í þeim hópi sem ekki reykti voru 40 sjúklingar, meðalaldur 27,5 ára (16-41). Reykingafólk voru 53, meðalaldur 30,9 ára (18-47). Í þeim hópi sem ekki reykti höfðu 14 (35%) ógleði á mótí fimm (9,4%) í reykingahópnum. Fimm (12,5%) sjúklingar köstuðu upp í þeim hópi sem ekki reykti á mótí tveimur (3,8%) í reykingahópnum. Svimi var hjá 11 (27,5%) sjúklingum sem ekki reyktu á mótí fjórum (7,5%) í þeim hópi sem reykti. Þeir sem ekki reyktu út-

skrifuðust að meðaltali 120 (30-285) mínútum eftir að aðgerð lauk á mótí 105 (30-240) mínútum í reykingahópnum.

Ályktanir: Greinileg fylgni virðist vera á milli reykinga og tíðni ógleði og uppkasta eftir dagaðgerðir. Reykingarfólk virðist hafa aukði þol gegn ógleðivaldandi þáttum svæfingalyfja sem styttr dvöl þess á vöknun eftir aðgerðir. Við tímasetningu aðgerða mætti því taka mið af reykingavenjum sjúklinga.

E 01 Kransæðaaðgerðir án hjarta- og lungnavélar Andri Konráðsson, Bjarni Torfason

Frá handlækningadeild Landspítalans
Fyrirspurnir: andrikon@rsp.is

Stöðvun hjartans og notkun hjarta- og lungnvéla og við kransæðaaðgerðir tryggir flutning súrefnismettaðs blóðs til vefja og hjarta-vöðva meðan á aðgerð stendur og gerir mögulegt að sauma áveituaðar til kransæða. Fylgikvillar vélanna eru þó umtalsverðir, svo sem möguleg súrefnisspurrð í hjartavöðva, hætta á heilaslagi og þörf fyrir blóðgjöf.

Hjartaaðgerðir á sláandi hjarta hafa því lengi þótt fýsilegur kostur en helsti annmarki slíkra aðgerða er að tæknilega er mjög erfitt að sauma græðlinga á hjarta sem slær. Fyrir nokkrum árum hófu menn að gera hjáveituaðgerðir án hjarta- og lungnavélar gegnum lítinn brjóstholsskurð en með þeirri tækni var aðeins hægt að veita á eina æð, framveggskvísl.

Í lok árs 1999 hófst á Landspítalanum notkun á nýju tæki, svokölluðum Octopus (Medtronic, Inc., Minneapolis, Minn.) en það er armur með sogskálum sem festast á hjartað og kyrrsetja það. Þannig að hægt er að sauma græðlingana á án truflunar frá samdrætti hjartans. Með þessu tæki er nú mögulegt í völdum tilfellum að gera hjáveitu á fleiri kransæðar í gegnum bringubeinsskurð án hjarta- og lungnavélar og losna þannig við það mikla inngríp sem notkun þeirra er.

Farið var yfir ábendingar og árangur þeirra aðgerða sem hafa verið gerðar til þessa með þessari nýju tækni og könnuð tíðni fylgikvilla og afdrif sjúklinga.

Niðurstöðurnar verða kynntar á þinginu.

E 02 TMR leysimeðferð bætir líðan hjartasjúklinga Bjarni Torfason

Frá hjarta- og lungnaskurðeild Landspítalans
Fyrirspurnir: bjarnito@rsp.is

Inngangur: Meðferð með hjartaleyssi (TMR) er fólgin í því að göt eru skotin gegnum hjartavöðvann með leysigeisla. Við það minnka brjóstverkir hjá kransæðasjúklingum sem þjást af verkjum þrátt fyrir hefðbundna meðferð. Á hjarta- og lungnaskurðeild Landspítalans hafa verið gerðar fimm slíkar TMR aðgerðir, fjórar þar sem hjartaleyssi (EXIMER) var beitt eingöngu og ein þar sem beitt var hjartaleyssi og kransæðahjáveitu á sláandi hjarta (OPCABG) samtímis. Tilgangur þessarar rannsóknar er að skoða skammtíma-árangur nýrrar meðferðar á Landspítalanum.

Efniviður og aðferðir: Frá 15.12.1998 til 11.01.2000 fengu fimm sjúklingar TMR meðferð (meðalaldur 70,2 ár), allir sjúklingarnir höfðu áður farið í kransæðaskurðaðgerð eina til þrjár auk kransæðavíkkana. Fyrir aðgerðina höfðu fjórir hjartaöng NYHA class IV

og einn NYHA class III. Allir voru með útstreymisbrot meira en 30%. Sjúklingunum var fylgt eftir með viðtali við lækni.

Niðurstöður: Eitt dauðsfall varð einum mánuði frá aðgerð vegna óskylds sjúkdóms eftir aðgerðina. Hjá þeim fjórum sem lifðu lengur en 30 daga komu ekki fram neinar meiriháttar aukaverkanir; meðallegutími á gjörgæslu var 21,5 klukkustundir, sjúkrahúslega eftir aðgerð var að meðaltali 9,8 dagar, við eftirlit einum og hálfum til fjórum mánuðum eftir aðgerð var einn sjúklingur í NYHA class III, tveir í NYHA class II og einn í NYHA class I, eða alveg laus við brjóstverki.

Ályktanir: TMR hjartaleysir er gagnleg viðbót við hefðbundna meðferð kransæðasjúkdóms. Skammtímaárangur á Landspítalanum af TMR, er mjög góður eða svipaður og búist var við, miðað við erlendar rannsóknir.

E 03 Klínísk og líffræðileg áhrif bláæða kraga á æðasammyngingu (Vein Cuff Anastomosis) Georg Steinþórsson

Frá æðaskurðeild Sjúkrahúss Reykjavíkur
Fyrirspurnir: georgs@shr.is

Í hjáveituaðgerðum fyrir neðan nára skiptir mestu máli varðandi langtímaárangur, hvað var notað sem hjáveita. Sjálfsköpuð (autogenous) slagæð eða bláæð eru best þegar um er að ræða hjáveitur til lítilla lokaðra slagæða. Bláæðar eru eini veituefniviðurinn sem til staðar er í einhverri lengd og eru hafðar til viðmiðunar þegar rætt er um aðrar gerðir af efnum (material) til hjáveitna. Bláæðahjáveitur hafa langbesta langtímaárangur þegar gerðar eru hjáveitur fyrir neðan hné og þær standast segamyndur og sýkingar mun betur en gervihjáveitur.

Sjálfsköpuð bláæð endist lengst í hjáveitum fyrir neðan hné með opnun um 63-80% á fimm ára tímabili. Töluverður hluti af sjúklingum, í sumum greinum allt að einum þriðja, hafa ekki bláæðar sem notanlegar væru til hjáveitna.

Mest notaða gervihjáveitan í aðgerðum fyrir neðan nára er polytetrafluoroethylene (PTFE). Langtímaárangur með PTFE hjáveitur fer eftir lengd hjáveitunnar, staðsetningu, stærð markslagæðarinnar (target vessel) og gæði fráflæðis.

Besti langtímaárangur fæst með hjáveitu fyrir ofan hné þar sem árangur er sambærilegur við bláæðahjáveitu á fimm ára tímabili, notkun tvíþátta ómunar til eftirlits með bláæðahjáveitum og viðgerð á þrengingum getur þó aukið muninn þar á milli.

Þegar PTFE er notað fyrir neðan hné er árangurinn mun verri en ef sjálfsköpuð bláæð er notuð, eða færri en 50% opnir eftir tvö ár ef hjáveitan er til hnésbótaslagæðar. Þegar hjáveitan nær til sköflungæða er opnunartími PTFE enn styttri eða um 20% á tveggja ára tímabili. Rannsóknir í æðaskurðlækningum hafa meðal annars beinst að því hvernig lengja megi líftíma fjarlægðra hjáveitna þegar bláæð er ekki til staðar.

Farið verður yfir sum þau líffræðilegu atriði sem þekkt eru að hafi áhrif á lokun hjáveitna, lýst verður sumum þeim aðgerðum sem gerðar hafa verið til að breyta geometriu sammynginga (anastomosis) og rætt hugsanlegar skýringar fyrir bættum árangri.

E 04 Uppgjör á carotis endarterectómíum framkvæmdum á árunum 1987-1996 á Sjúkrahúsi Reykjavíkur

Þórir Ragnarsson¹, Hjalti Már Þórisson², Bjarni Hannesson³, Kristinn Guðmundsson³

Frá ¹Center for Neurosciences, Orthopaedics and Spine, Sioux City IO, USA, ²læknadeild HÍ, ³heila- og taugaskurðeild Sjúkrahúss Reykjavíkur.
Fyrirspurnir: hjaltith@hotmail.com

Inngangur: Heilaslaga er þriðja algengasta dánarorsök Íslendinga. Hluta heilablóðþurrðar má rekja til lokunar á innri hálsslagæð eða rekamyndun frá henni. Ekki er lengur um það deilt að carotis endarterectomía (CEA) hjá sjúklingum með marktæk innri hálsslagæðapregl er betri meðferð en lyfjameðferð eingöngu svo framarlega sem tíðni fylgikvilla aðgerðar sé innan ákveðinna marka og réttar ábendingar séu fyrir aðgerð. Árangur af aðgerð vex eftir því sem þrengslin eru meiri og ef einkenni eru til staðar.

Efniviður og aðferðir: Farið var yfir aðgerðarlýsingar og læknabréf allra þeirra sem fóru í CEA hjá einum höfunda (PR) á tímabilinu 1987-1996. Könnuð var tíðni fylgikvilla og þeir flokkaðir með hliðsjón af alvarleika. Einnig var skráð hver ábendingin var fyrir aðgerð og tæknilegir þættir aðgerðarinnar.

Niðurstöður: Framkvæmdar voru 66 aðgerðir á 60 einstaklingum á aldrinum 48-82 ára, 25 konum og 35 körlum, meðalaldur var 65,5 ár. Ábendingar fyrir aðgerð voru: veruleg þrengsl (60% eða meiri) ásamt einu af eftirtöldu; heilablóðfall (24), TIA (20), amourosis fugax (níu) og einkennalaus þrengsl (13). Tíðni alvarlegra fylgikvilla var 1,5% (einn lést eftir aðgerð), tíðni minniháttar fylgikvilla var 10,6% (tveir með TIA, einn eftir minniháttar heilablóðfall og þrír fóru aftur í aðgerð vegna blæðingar).

Umráða: Tíðni fylgikvilla CEA framkvæmdar af einum höfunda (PR) á Sjúkrahúsi Reykjavíkur á árunum 1987-1996 var vel innan þeirra marka sem sett eru af erlendum rannsóknnum til að tryggja ávinning af aðgerð. Ábendingar fyrir aðgerð samræmdust erlendum viðmiðunum.

E 05 Áhrif ísvatnskælingar á verki eftir hálskirtlatöku

Arnar P. Guðjónsson¹, Hannes Petersen¹, Kristinn Sigvaldason², Ragnar Finnsson²

Frá ¹háls-, nef- og eyrnadeild og ²svæfinga- og gjörgæsludeild Sjúkrahúss Reykjavíkur
Fyrirspurnir: hpet@shr.is

Inngangur: Hálskirtlataka er algeng aðgerð og ætla má að nálægt 1.000 slíkar aðgerðir séu framkvæmdar hérlandis á ári hverju. Ný aðgerðartækni við hálskirtlatöku hefur rutt sér til rúms á undanförunum árum. Byggir tæknin á því að nota bipolar-brennslupincettu við töku hálskirtla í stað sérstakrar sköfu. Þykir nýja aðferðin bera af hvað varðar lága blæðingartíðni, sérstaklega í aðgerðinni sjálfri sem og eftir aðgerð. Galli nýju aðferðarinnar hefur hins vegar verið talinn sá að meiri verkjavandamál fylgi aðgerðum þar sem henni er beitt. Líkleg skýring á auknum verkjum gæti verið vegna vefjabruna í hálskirtlabeðnum.

Kæling á brunasár er vel þekkt aðferð til að reyna að lágmarka vefjaskemmdir og verki vegna brunaáverka. Því var afraðið að kanna á framskyggjan hátt hvaða áhrif ísvatnskæling á hálskirtlabeðnum, strax eftir hálskirtlatöku, gæti haft á verki sjúklinga sem gangast undir þessa algengu aðgerð.

Efniviður og aðferðir: Rannsóknarefni voru sjúklingar 18 ára og eldri sem gengust undir hálskirtlatöku á háls-, nef- og eyrnadeild Sjúkrahúss Reykjavíkur á tímabilinu frá mars til október 1998. Einn höfundur (HP) framkvæmdi allar aðgerðirnar, og í öllum tilvikum lá fyrir upplýst samþykki sjúklinga til þátttöku í rannsókninni.

Sjúklingum var skipt í tvo hópa. Annar hópurinn fékk ísvatnskælingu, en hinn hópurinn fékk venjulega saltvatnsmeðferð. Verkjalýfjanotkun eftir aðgerðina var skráð, auk þess sem verkir, kynging, ógleði og bólgutilfinning fyrstu fimm klukkustundir eftir aðgerðina voru skráð og voru þessir þættir metnir á ákveðnum verkjaskala frá 0 til 10. Einnig voru skráðar allar endurkomur sjúklinga sem þátt tóku í rannsókninni vegna verkja og eða annarra fylgikvilla aðgerðar sem upp geta komið, svo sem blæðinga og sýkinga.

Niðurstöður: Í rannsóknarhópnum var alls 51 sjúklingur. Þar af fengu 25 sjúklingar ísvatnskælingu, en 26 sjúklingar í samanburðarhópi fengu saltvatnsmeðferð.

Verkjaskor sjúklinga í ísvatnshópi fyrstu fimm klukkustundirnar eftir aðgerð var að meðaltali 3,2, en í samanburðarhópnum var verkjaskor sjúklinga 4,0. Bólgutilfinning fyrstu fimm klukkustundirnar eftir aðgerð var 3,7 hjá sjúklingum í ísvatnshópi á móti 3,8 hjá sjúklingum í samanburðarhópi. Kyngingarþægindi fyrstu fimm klukkustundirnar eftir aðgerð voru 3,9 hjá sjúklingum í ísvatnshópi, en 4,6 hjá sjúklingum í samanburðarhópi.

Alls komu sex sjúklingar úr rannsóknarhópnum á göngudeild vegna verkja. Þar af voru þrír í ísvatnshópi, en þrír úr samanburðarhópi komu á göngudeild vegna verkja. Innlagirnir úr rannsóknarhópnum vegna verkja og þurrkunar (dehydration) voru tvær. Enginn sjúklingur í ísvatnshópi þurfti innlagnar við, en tveir sjúklingar úr samanburðarhópi voru lagðir inn vegna þessa.

Þrír sjúklingar úr rannsóknarhópnum voru lagðir inn vegna blæðinga, en auk þess komu þrír sjúklingar á göngudeild vegna blæðinga. Af þeim sem lagðir voru inn voru þrír sjúklingar í ísvatnshópi, en enginn í samanburðarhópi var lagður inn vegna blæðinga. Af þeim sjúklingum sem komu á göngudeild vegna blæðinga voru tveir í ísvatnshópi, en einn í samanburðarhópi.

Úr rannsóknarhópnum fengu þrír sjúklingar sýkingu eftir aðgerð. Af þeim var einn úr ísvatnshópnum, en tveir úr samanburðarhópi.

Ályktanir: Samkvæmt niðurstöðum rannsóknarinnar virðast verkir og önnur óþægindi sjúklinga sem fengu ísvatnsmeðferð minni en samanburðarhópsins, en tíðni fylgikvilla var svipuð í báðum hópnum. Nú er unnið að frekari úrvinnslu tölfraðilegra niðurstaðna og verða endanlegar niðurstöður kynntar og ræddar á skurðlæknaþingi í apríl næstkomandi.

E 06 Tvískauta rafsörnun kverkeittla Eiríkur Páll Sveinsson

Frá háls-, nef- og eyrnadeild Fjórðungsjúkrahússins á Akureyri
Fyrirspurnir: eirikur@mail.fsa.is

Inngangur: Kverkeittlanám er ein af algengustu aðgerðum háls-, nef- og eyrnalækna vítt um jarðir. Sá fyrsti, sem lýsti kverkeittlanámi, var Aulus Cornelius Celsus, sem var uppi á fyrsta árhundraði e. Kr. Notkun rafbrennslu við kverkeittlanám var fyrst lýst af Goycoolea og félögum (1982). Andrea (1993) lýsti fyrst notkun tvískauta rafsörnunar á 265 sjúklingum frá 1989-1992. Tvískauta rafsörnun kverkeittla var tekin upp á háls-, nef- og eyrnadeild FSA árið 1997.

Efniviður og aðferðir: Frá byrjun september 1997 til maíloka 1998 voru 84 sjúklingar af biðlista E-deildar og einn sjúklingur með

kverkakýli, alls 85 sjúklingar, teknir í kverkeittlanám og eingöngu var notuð tvískauta rafsörnun við aðgerðirnar. Ákveðið var að kanna afdrif þeirra eftir aðgerðina. Aldur þeirra var frá þremur árum til 52 ára, 47 karlar og 38 konur. Allar aðgerðirnar voru gerðar í svæfingu með barkapræðingu. Sjúklingarnir lágu á skurðborðinu án hangandi höfuðs og höfundur við höfðalagjð. Allir sjúklingar voru boðaðir í endurskoðun fjórum vikum eftir aðgerðina og þá var gengið úr skugga um verki, blæðingar, sýklalyf, leifar og/eða bjúg á skurðsvæðinu.

Niðurstöður: Engar leifar af kverkeittlavef fundust við eftirskoðun. Bjúgur á skurðsvæðum fannst hjá 13 sjúklingum eða 13% eftir fjórar vikur. Átta sjúklingar eða rúm 9% fengu sýklalyf nokkrum dögum eftir aðgerðina. Notaður var verkjakvarði 1-10 við verkjamatið. Tuttugu og þrír sjúklingar, eða 27%, greindu frá blæðingu úr hálsi eftir aðgerðina. Fjórtán blæðinganna voru smávægilegar og gengu yfir heima. Níu sjúklingar, eða rúm 10%, komu á slysavardstofuna. Þrír sjúklinganna, eða rúm 3%, voru með meiri blæðingu sem leiddi til enduraðgerðar á skurðstofu og innlagnar.

Ályktanir: Það er engin almenn samstaða um bestu aðferðina við kverkeittlanám. Á flestum stöðum er snörum (dissection) kverkeittla samt notuð í dag og aflagðar gömlu aðferðirnar. Ef við tókum þessa 85 sjúklinga, sem hér er greint frá og fóru í tvískauta rafsörnun kverkeittla, og veltum fyrir okkur árangri, verður niðurstaðan eftirfarandi:

Engar leifar fundust af kverkeittlavef í eitilbeðum við endurskoðun. Sýkingar voru sjaldgæfar eftir aðgerð. Verkir voru litlir fyrst eftir aðgerðina og leið sjúklingunum vel fyrsta sólarhringinn. Sjúklingarnir greindu frá verkjum síðar og trúlega nokkru lengur en við eldri aðferðir. Eftirblæðingar virðast koma seinna. Aðferðin er þægilegri, þegar tókum er náð á henni, nær engin blæðing er og hún tekur styttri tíma. Tvískauta rafsörnun kverkeittla gerir því bæði gagn fyrir sjúklinginn og lækinn og er unnt að mæla með aðferðinni.

E 07 Leysiburtnám á Zenkers sarpí Hannes Hjartarson, Hannes Petersen

Frá háls-, nef og eyrnadeild Sjúkrahúss Reykjavíkur
Fyrirspurnir: hpet@shr.is

Zenkers sarpur, stundum kallað „hypopharyngeal diverticulum“ eða kok-poki, er svokallaður þan-sarpur (pulsions diverticle) er myndast ofan við efri hringvöðva vélinda (m. cricopharyngeus) og því ranglega flokkaður sem sarpur í vélinda.

Helstu einkenni eru tilfinning eins og um aðskotahlut í koki væri að ræða ásamt ertingu sem síðar, þegar pokinn stækkar, veldur bakflæði á ómeltum mat í munn og kyngingartruflun. Vandamálið er algengara meðal karlanna og eldri einstaklinga. Meðferð felst í skurðaðgerð sem hingað til hefur verið gerð með ytri aðkomu um hálskurð og burtnámi á poka.

Kynnt er holsjár (endoskopísk-) CO₂ leysimeðferð á Zenkers sarpí, kostir og gallar ræddir.

E 08 Um faraldsfræði lófakreppusjúkdóms Kristján G. Guðmundsson¹, Reynir Arngrímsson², Þorbjörn Jónsson³

Frá ¹Heilsugæslunni Blönduós, ²Urði, Verðandi, Skuld, ³Ónæmisfræðistofnuninni (IMMI), Ríkshospitalet, Osló
Fyrirspurnir: kristgud@isholf.is

Inngangur: Lófakreppa (Dupuytren's contracture) einkennist af hnútamyndun í lófa sem síðar veldur kreppu á fingrum. Algengi

sjúkdómsins er hátt á Norðurlöndum og 40% eldri karla hafa einhver einkenni sjúkdómsins. Talið er að sjúkdómurinn erfist með ókynbundnum ríkjandi hætti.

Markmið: Markmið þessarar rannsóknar var að kanna nýgengi, þróun og faraldsfræðilega þætti lófakreppusjúkdóms.

Efniviður og aðferðir: Rannsóknarstöð Hjartaverndar gerði rannsókn á lófakreppusjúkdómi á árunum 1981-1982. Nítján árum seinna voru 122 karlar með lófakreppu kallaðir til nýrrar skoðunar og samtímis var einnig kallaður inn samanburðarhópur, sem var paraður fyrri hópnun með tilliti til aldurs og reykinga.

Niðurstöður: Af þeim sem voru kallaðir inn komu 193 til skoðunar eða tæp 80%. Þar af voru 92 frá upprunalega lófakreppuhópnum og 101 úr samanburðarhópnum. Af 101 þáttakenda án lófakreppu í fyrri rannsókninni voru samtals 16 (15,8%) með krepptan fingur. Þetta þýðir tæplega 1% nýgengi á ári. Af 75 körlum með minniháttar einkenni, hnút í lófa eða streng með húðfellingum í fyrri rannsókninni 1981-1982, voru samtals 25 (33,3%) með fingurkrepptu eða höfðu farið í aðgerð ($P=0,001$). Að hafa fengið sjúkdóminn yngri en 40 ára var tengt verri sjúkdómi ($P<0,001$). Af lófakreppu körlum höfðu 7,3% farið í áfengismedferð og 6,6% til viðbótar voru ofdrykkjumenn, samanborið við 10,7% og 3,6% í hópi þeirra sem ekki voru með sjúkdóminn (N.S.). Ættarsaga um lófakreppu var nátengd sjúkdómnum ($P=0,002$).

Ályktanir: Nýgengi lófakreppu er nálægt 1% á ári hjá miðaldra og eldri karlmönnum. Sjúkdómurinn hefur mikla framþróun (progression) og virðist sterklega tengdur við ættarsögu. Sjúkdómurinn virðist hins vegar ekki tengjast áfengisnotkun.

E 09 Skarð í vör og klofinn gómur á Íslandi 1993-1999 og meðferð þeirra

Ólafur Einarsson, Andri Konráðsson

Frá lýtalækningadeild Landspítalans
Fyrirspurnir: andrikon@rsp.is

Á tilgreindu sjö ára tímabili komu 78 ný tilfelli barna (kk/kvk = 39/39) til mats og meðferðar vegna ofanefndra og skyldra ágalla (11,14 á ári). Hjá fimm barnanna var gómurinn stuttur og olli talörðugleikum. Eftir standa því 73 eiginleg „skarðabörn“ (kk/kvk = 37/36), það er 10,43 börn á ári að meðaltali, eða 2,43 tilfelli af hverjum 1.000 lifandi fæddum börnum á tímabilinu. Skipting ágallanna er sýnd í töflu.

Öll handlækni meðferð fer fram á Landspítalanum eftir ákveðinni aðferðarlýsingu (protocol). Þessi börn geta þurft frá einni og upp í sjö til átta aðgerðir eða fleiri eftir alvarleika fæðingargallans. Fyrirgreindur hópur barna gekkst undir 141 aðgerð í 133 svæfingum á tilgreindu tímabili og skiptust aðgerðirnar á hópana þrjá eins og sýnt er í töflu.

ICD	Ágalli	Fjöldi sjúklinga	Fjöldi svæfinga	Fjöldi aðgerða
Q35	Klofinn gómur (þar af þrjú með Pierre Robins)	27 (37,0%)	26 (19,5%)	26 (18,4%)
Q36	Skarð í vör (17 með defect í tanngarði og sjö án þess)	24 (32,9%)	31 (23,3%)	32 (22,7%)
Q37	Skarð í vör og klofinn gómur (þar af báðum megin nú (40,9%))	22 (30,1%)	76 (57,2%)	83 (58,9%)
	Alls	73 (100%)	133 (100%)	141 (100%)

Börnum með klofinn góm er hættara við eyrnabólgu og þar með skertri heyrn en öðrum og sum hver þeirra eiga við talörðugleika að stríða vegna gómgallans.

Öll börnin eru skráð hjá Heyrnar- og talmeinastöð Íslands (HTÍ) og þar er þeim fylgt eftir hvað tal og heyrn varðar. HNE-læknisþjónusta er veitt af mismunandi sjálfstætt starfandi HNE-læknum, oft þó í samvinnu við HTÍ. Talþjálfun er veitt af fjórum til fimm talkennurum sem flestir starfa í Reykjavík. Tannréttingar inna þrjú til fjórir tannréttingalæknar af hendi, þar af einn starfandi á Akureyri.

Um það bil fjórum til sex sinnum á ári eru haldnir fundir á HTÍ þar sem mæta HNE-læknir, lýtalæknir, talmeinafræðingur, talkennarar og tannréttingalæknar. Sjúklingar eru skoðaðir og metnir sam-eiginlega og áframhald meðferðar skipulagt og hún útskýrð fyrir sjúklingi og aðstandendum.

E 10 Kviðsjá við enduraðgerðir á þindaropi

Margrét Oddsdóttir, Höskuldur Kristvinsson, Jónas Magnússon

Frá handlækningadeild Landspítalans
Fyrirspurnir: margreto@rsp.is

Endurteknar aðgerðir við þindarop geta verið erfiðar og árangur þeirra óviss. Til að athuga útkomu endurtekinna aðgerða við þindarop um kviðsjá, var árangur skoðaður meðal annars með tilliti til fyrri aðgerðar (opnar vs. lokaðar).

Frá febrúar 1996 til september 1999 hafa verið gerðar aðgerðir við þindarop á 13 sjúklingum sem áður höfðu farið í aðgerð á svæðinu um kviðsjá og á 10 sem áður höfðu farið í opnar aðgerðir. Nítján höfðu áður farið í aðgerð vegna vélindabakflæðis, tveir í hnitrof (HSV), einn fegið sultaról og hnitrof (HSV) og í einum hafði stór blaðra (cyst) sem lá upp að efri hluta maga og vélinda verið fjarlægð úr vinstri lifrarlappa. Hjá þeim 13 sem áður höfðu farið í aðgerð um kviðsjá tók enduraðgerðin að meðaltali 158 mínútur (90-215 mínútur), en hjá þeim 10 sem áður höfðu farið í opna aðgerð 210 mínútur (195-315 mínútur). Í kviðsjárhópnum þurfti aldrei að breyta yfir í opna aðgerð, í þremur tilfellum hjá hinum. Hjá kviðsjárhópnum voru engir meiriháttar fylgikvillar í eða eftir aðgerð, en í þeim opna var eitt magarof, ein blæðing og eitt dauðsfall á fjórða degi eftir aðgerð. Í tveimur tilfellum sem opna þurfti hafði fyrsta aðgerð verið hnitrof. Meðallegutími eftir endurteknar aðgerðir um kviðsjá var 2,5 dagar (tveir til þrjú dagar), en hjá þeim þremur sem þurfti að opna sex dagar (fimm til sjö dagar). Árangurinn var mjög góður hjá níu af 13 og góður hjá fjórum af 13 sem áður höfðu farið í kviðsjá-aðgerð. Hjá þeim sem áður höfðu farið í opna aðgerð var árangurinn mjög góður hjá sjö af 10, góður hjá einum, einn góður eftir útvíkkun á vélindis/magamótum og einn lést.

Enduraðgerðir við þindarop um kviðsjá eru mun aðgengilegri ef fyrsta aðgerð var gerð um kviðsjá, þær taka styttri tíma og hafa færri fylgikvillar. Hins vegar er í flestum tilfellum hægt að gera kviðsjá-aðgerð þó fyrsta aðgerð hafi verið gerð opin, en miðað við ofangreinda reynslu er aðgengið hvað erfiðast eftir opið hnitrof.

E 11 Kviðsjáraðgerðir vegna „paraesophageal“ þindarhauls

Margrét Oddsdóttir, Höskuldur Kristvinsson, Jónas Magnússon

Frá handlækningadeild Landspítalans
Fyrirspurnir: margreto@rsp.is

„Paraesophageal“ þindarhaukar er fremur sjaldgæft form af þindarhaukum, eða um það bil 5-10% þeirra, og koma aðallega í eldra fólk.

Hins vegar er talið rétt að laga „paraesophageal“ þindarhaua þegar þeir greinast, því stór hluti þeirra hefur tilhneigingu til að valda alvarlegu ástandi eins og magahindrun (obstruction), blæðingum og kreppuhaul (strangulation). Undanfarin ár hefur kviðsjáraðgerð á „paraesophageal“ þindarhaulum orðið ráðandi meðferðarform.

Hér á landi hafa „paraesophageal“ þindarhauar verið lagaðir með kviðsjáraðgerð síðan 1995. Árangur þeirra aðgerða og afdrif sjúklinga var skoðaður. Frá apríl 1995 til apríl 1999 voru gerðar 24 kviðsjáraðgerðir vegna „paraesophageal“ þindarhaua á Landspítalanum. Af þeim var 21 með gerð III (55-85 ára, meðalaldur 70 ár), ein með gerð II (56 ára), ein með eftiraðgerðar (post-op) „paraesophageal“ þindarhaul (27 ára) og ein með „parahialal“ þindarhaul (49 ára). Flestir, eða 22, leituðu lækis vegna óþæginda eftir máltíðir, en 18 af þessum 22 gáfu einnig sögu um vélindisbakflæði. Þrír komu til aðgerðar vegna bráðra vandamála, tveir með magahindrun og einn með endurteknar lugnabólgu og öndunarbilun. Tveir gáfu eingöngu sögu um vélindisbakflæði. Fjórir af 24 voru með blóðskort, einn þeirra með stórt magasár. Átta sjúklinganna gáfu sögu um endurtekin köst af magahindrunum. Öllum aðgerðum var lokið um kviðsjá, meðalaðgerðartími var 183,9 mínútur (105-300 mínútur). Í öllum tilfellum var haullinn dregin niður, sekkurinn fjarlægður og þindaropinu lokað. Auk þess var „fundoplication“ gerð í 22 en magafesting (gastropexy) í tveimur. Vandamál í og eftir aðgerð (perioperative) voru fáttíð. Áttán útskrifuðust á öðrum til fjórða degi eftir aðgerð, fimm á 5.-10. degi og einn beint á lungnadeild. Fjórir hafa haft kyngingarvandamál. Einn hefur þarfnast enduraðgerðar, einn lagaðist við útvíkkun á efra magaopi, en hjá tveimur eru einkennin ekki það slæm að inngrípa sé þörf.

Aðgerð á „paraesophageal“ þindarhaulum um kviðsjá er það meðferðarform sem mælt er með í dag, því auk þess að gefa samþærilegan árangur og opnu aðgerðirnar, þá er það til hagsbóta fyrir þennan hóp sjúklinga að inngrípið sé sem minnst. Árangurinn hérlandis er góður og stenst fyllilega erlendan samanburð.

E 12 Aðgerðir á Sjúkrahúsi Reykjavíkur 1990-1999 vegna offitu Gunnar Pétursson, Eiríkur Orri Guðmundsson, Jóhannes M. Gunnarsson, Tryggvi B. Stefánsson

Frá skurðeild Sjúkrahúss Reykjavíkur

Inngangur: Offita er alvarlegur sjúkdómur með aukna dánartíðni og aukna tíðni ýmissa sjúkdóma. Dánartíðni og tíðni fylgikvilla lækkar við lækkað body max index (BMI; þyngd/hæð²).

Aðgerðir vegna offitu hafa verið gerðar á Sjúkrahúsi Reykjavíkur (SHR) síðan 1990. Gagnsemi þessara aðgerða hefur hins vegar verið umdeild.

Tilgangur rannsóknarinnar var að meta afturskyggt árangur of-fituaðgerða á SHR á árunum 1990-1999.

Efniviður og aðferðir: Sjúkraskrár voru lesnar með tilliti til afdrifa sjúklings við og eftir aðgerð og þyngdartaps. Hringt var í alla sjúklinga til að kanna afstöðu þeirra til aðgerðarinnar. Í aðgerð fóru 28 sjúklingar (15 konur og 13 karlar), meðalaldur 42 ár (15-63). Í vertical gastric banding (VGB) fóru 14 og í gastric banding (GB) 14.

Niðurstöður: Allir sjúklingarnir eru á lífi. Einn sjúklingurinn fékk djúpa sýkingu eftir aðgerð. Tuttugu og fimm sjúklingar hafa látist. Í upphafi var miðgildi BMI 28 sjúklinga 44,5 (35-58) og í lok árs 1999 36,2 (23-48).

Áttán sjúklingar mættu til reglulegs eftirlits til áramóta 1999.

Enginn þeirra þyngdist og 10 léttust meira en BMI 10. Meðallækkun BMI var 12,5. Tíu sjúklingar hurfu úr reglulegu eftirliti innan eins árs. Sá hópur sýndi lakari árangur, eða meðallækkun BMI 5,2. Tuttugu og sjö sjúklingar voru ánægðir með að hafa valið aðgerð.

Ályktanir: VGB og GB eru áhrifaríkar aðgerðir til megrunar. Reglulegt eftirlit stuðlar að bættum árangri. Nauðsynlegt er að geta valið úr þá sjúklinga sem líklegri eru til að halda sér í eftirliti.

E 13 Samgatanir á ristli á Sjúkrahúsi Reykjavíkur 1995-1999 Eiríkur Orri Guðmundsson, Gunnar Pétursson, Páll Hallgrímsson, Tryggvi B. Stefánsson

Fyrirspurnir: eirikurg@shr.is

Inngangur: Einn alvarlegasti fylgikvilli ristilskurðar er leki á tengingu. Tilgangur þessarar rannsóknar var að finna fjölda og hugsanlega orsakavalda leka á ristiltengingum gerðum á Sjúkrahúsi Reykjavíkur á árunum 1995-1999.

Efniviður og aðferðir: Sjúkraskrár allra sjúklinga þar sem gerð var ristiltenging voru lesnar. Leitað var eftir mögulegum orsakaþáttum í meingerð samgötunarrofs, svo sem hitastigi í aðgerð, blóðþrýstingi í og eftir aðgerð, blóðgildum, blóðgjöf og sýkingum.

Niðurstöður: Framkvæmdar voru 257 aðgerðir. Í 30 (11,7%) tilfellum kom upp rof í samgötun, sex (20,0%) þeirra sjúklinga létust. Alls létust 13 (5,1%) sjúklingar.

Ályktanir: Rof á samgötun er alvarlegur fylgikvilli ristilskurðar. Leki eykur mjög dánartíðni.

E 14 Endurtenging eftir Hartmanns aðgerð með kviðarholsjártækni Elísabet S. Guðmundsdóttir, Páll Helgi Möller, Tómas Jónsson

Frá handlækningadeild Landspítalans. Fyrirspurnir: pallm@rsp.is

Inngangur: Við dausgarnarrof og dausgarnarstíflu er oft gerð aðgerð þar sem dausgörn er fjarlægð, gerð ristilrauf og endagarnarstúfi lokað (Hartmanns aðgerð). Sjúklingar hafa því þurft að gangast undir aðra opna kviðarholsaðgerð nokkrum mánuðum síðar þar sem ristilrauf er tekin niður og tenging gerð við endagörn. Lýst hefur verið aðferð þar sem endurtenging er gerð með kviðarholsjártækni og kynnum við nú fyrstu fimm tilfelli á Landspítalanum þar sem þessari aðferð er beitt.

Efniviður og aðferðir: Farið var yfir sjúkraskrár allra sjúklinga sem gengust undir endurtengingu ristils með kviðarholsjártækni á Landspítalanum á tímabilinu apríl 1996 til maí 1999.

Niðurstöður: Fimm sjúklingar, fjórar konur og einn karl, gengust á tímabilinu undir endurtengingu ristils með kviðarholsjártækni og var meðalaldur þeirra 65 (41-79) ár. Fjórir sjúklingar fóru í Hartmanns aðgerð vegna dausgarnarrofs og einn vegna stíflandi dausgarnaræxlis. Endurtengingin var gerð að meðaltali 6,2 (4-8) mánuðum síðar. Hjá einum sjúklingi þurfti að breyta yfir í opna aðgerð vegna rofs á endagörn og annar fékk rof í smágirni í aðgerðinni. Meðalaðgerðartíminn var 172 (150-350) mínútur. Sjúklingarnir voru allir farnir að drekka fljóttandi fæði á fyrsta til öðrum degi eftir aðgerð og útskrifuðust að meðaltali 12 (6-28) dögum eftir aðgerð.

Umræða: Þessi fyrsta reynsla okkar bendir til að endurtenging ristils með kviðarholsjártækni sé vel framkvæmanleg og einföld og örugg aðgerð. Aðgerðar- og legutíminn er hins vegar langur. Samkvæmt stærri erlendum uppgjörum hafa þessir sjúklingar minni verki eftir aðgerð, garnir eru fyrr í gang og legutími þar af leiðandi styttri heldur en þegar opinni aðgerð er beitt.

E 15 Aðgerðir á Landspítalanum 1997-1999 vegna steina í gallvegum

Krístín Huld Haraldsdóttir, Tómas Jónsson, Höskuldur Kristvinsson, Jónas Magnússon, Margrét Oddsdóttir

Frá skurðeild Landspítalans

Inngangur: Ef gallvegamynd er gerð sem regla, finnast steinar í gallvegum í allt að 10% tilfella. Undanfarin ár hefur tækni til að fjarlægja þá í gallkögum þróast. Hægt er að skipta þeim aðferðum sem notaðar eru í þrennt. Í fyrsta lagi er hægt að fjarlægja steinana með körfu í gegnum gallblöðrupípuna (ductus cysticus), í öðru lagi með örfinu speglunartæki um gallblöðrupípuna og í þriðja lagi með því að opna gallpípuna (choledochotomia) og fjarlægja þá þannig. Á Landspítalanum hafa þessar aðgerðir verið framkvæmdar frá árinu 1997. Í þessu erindi munum við segja lítillega frá þessum aðferðum og árangri aðgerðanna á Landspítalanum.

Efniviður og aðferðir: Aðgerðarlýsingar sjúklinga sem gengist höfðu undir aðgerð á gallgöngum, samhliða gallkögum á tímabilinu 1997-1999 voru skoðaðar. Um var að ræða 19 sjúklinga. Fundnar voru sjúkraskrár þeirra og farið yfir aðgerðarlýsingar, gang eftir aðgerð, blóðprufur og legutíma.

Niðurstöður: Um var að ræða 16 konur og þrjá karla. Meðalaldur var 48 ár. Meðallegutími voru níu dagar, minnst tveir dagar, en mest 20 dagar. Fimmtán sjúklingar voru með óeðlileg lifrarpróf fyrir aðgerð. Allir sjúklingarnir höfðu steina í gallvegum utan lifrar. Fimm sjúklingar gengust undir aðgerð þar sem steinarnir voru fjarlægðir um gallblöðrupípu, 11 sjúklingar með aðstoð speglunartækis um gallblöðrupípu og þrír þar sem gallpípa var opnuð. Breyta þurfti í opna aðgerð hjá tveimur sjúklingum. Sogdren var sett í 17 sjúklinga, en dren í gallganga var sett í sjö sjúklinga. Fylgikvillar komu upp hjá fjórum sjúklingum.

Ályktanir: Steina í gallvegum er hægt að fjarlægja samhliða gallkögum eða með ERC fyrir eða eftir aðgerðina. Kostir þess að fjarlægja steinana í aðgerð eru að sjúklingur gengst undir eitt inngríp og legutími lengist lítið. Árangur þessara aðgerða á Landspítalanum er sambærilegur við erlend uppgjör, fylgikvillar fáir og engir meiriháttar.

E 16 Bráð briskirtilsbólga á Landspítalanum. Framskyggn rannsókn

Helgi Birgisson¹, Páll Helgi Möller¹, Ásgeir Thoroddsen¹, Sigurður V. Sigurjónsson², Sigurbjörn Birgisson³, Jón Jóhannes Jónsson⁴, Jónas Magnússon¹

Frá ¹handlækninga-, ²lyflækninga-, ³myndgreiningar- og ⁴rannsóknastofu í meinfnafræði Landspítalanum. Fyrirspurnir: pallm@rsp.is

Tilgangur: Að meta orsakir, alvarleika, stigun og horfur sjúklinga með bráða briskirtilsbólgu á Landspítalanum.

Efniviður og aðferðir: Allir sjúklingar sem greindust með bráða briskirtilsbólgu á Landspítalanum á tímabilinu 1. október 1998 til 31. september 1999. Við greiningu var tekin saga og sjúklingur skoðaður. Blóðprufur, ómskoðun af lifur, gallvegum og brisi og tölvusneiðmynd af kviði var fengin af öllum sjúklingum. Sjúklingar voru stigaðir að hætti Ranson, Imrie og APACHE II. Balthazar-Ranson stigunarkerfi var notað við úrlestur tölvusneiðmynda.

Niðurstöður: Fimmtíu og tveir sjúklingar (28 karlar og 24 konur) á aldrinum 19-85 ára greindust með bráða briskirtilsbólgu. Orsakir reyndust vera gallsteinar hjá 21 (40%), áfengi hjá 17 (32%), aðrar

orsakir 11 (21%) og hjá fjórum (8%) sjúklingum var orsökinn óþekkt. Tólf sjúklingar höfðu áður fengið briskirtilsbólgu, þar af lögðust átta sjúklingar inn með endurtekna briskirtilsbólgu. Fjórir (8%) sjúklingar fengu alvarlega briskirtilsbólgu og létust tveir.

Ályktanir: Niðurstöðurnar eru í samræmi við erlendar rannsóknir. Í samanburði við fyrri rannsókn hérlendis eru færri með ógreindar orsakir briskirtilsbólgu sem skýrist af því að hér er um framskyggna skráningu að ræða.

E 17 Bráð briskirtilsbólga í Bergen. Einkenni, orsök og þættir sem hafa forspágildi um alvarleika sjúkdóms
Hjörtur Gíslason, Arild Horn, Asgaut Viste

Frá skurðeild Haukeland sjúkrahúsi, Bergen, Noregi
Fyrirspurnir: hjorturg@shr.is

Tilgangur: Nýgengi bráðrar briskirtilsbólgu er breytileg eftir landsvæðum. Gerð er framskyggn rannsókn til að meta nýgengi, orsakir, einkenni og þætti sem geta haft forspágildi um alvarleika briskirtilsbólgu í Bergen.

Efniviður og aðferðir: Hjá öllum sjúklingum sem greindust með bráða briskirtilsbólgu á Haukeland sjúkrahúsi á tímabilinu 1986-1995 var gerð stöðluð skráning á einkennum við komu. Einkenni og rannsóknir voru skoðaðar með tilliti til þess hve lengi sjúklingur hafði verið veikur og hvort briskirtilsbólgan varð alvarleg. Leitast var fyrir um orsök og gert ERCP hjá 67% sjúklingana.

Niðurstöður: Á tímabilinu voru 757 innlagnir vegna bráðrar briskirtilsbólgu hjá 478 sjúklingum. Nýgengi bráðrar briskirtilsbólgu var metin 40,4. Meðalaldur var 64 ár og 52% sjúklinga voru karlar. Alvarleg briskirtilsbólga þróaðist hjá 20% sjúklinga (96/487), oftast hjá körlum (25%) og 3% (16/487) létust. Orsök briskirtilsbólgu voru gallsteinar 49%, alkóhól 19% og hjá 12% sjúklinga fannst engin orsök. Endurteknar briskirtilsbólgur sáust oftast hjá sjúklingum með pancreas divisum, eftir ofnotkun alkóhóls og hjá sjúklingum með háar blóðfitur. Klínísk einkenni um lífhimnubólgu, hátt sermi CRP, CK, LDH, hvít blóðkorn og kreatínín og lágt sermi kalsíum við komu gáfu vísbendingu um að alvarlegur sjúkdómur væri að þróast. CRP hækkaði einnig marktækt meira fyrsta sólarhringinn hjá sjúklingum sem fengu alvarlegan sjúkdóm. TS af kviðarholi reyndist áreiðanlegur mælikvarði á alvarleika sjúkdóms.

Ályktanir: Klínísk einkenni og rannsóknir við komu gefa góða vísbendingu um hvort alvarlegur sjúkdómur sé að þróast og ber þá snarlega að hefja stuðningsmeðferð á gjörgæsludeild til að sporna gegn líffærabílun. Þörf er á nýjum meðferðarúræðum til að sporna við bólgu og drepi í/við briskirtil á fyrstu stigum sjúkdóms.

E 18 Holsjár þrengisnám við bráða gallsteinabriskirtilsbólgu
Hjörtur Gíslason, Arild Horn, Asgaut Viste

Frá skurðeild Haukeland sjúkrahúsi, Bergen, Noregi
Fyrirspurnir: hjorturg@shr.is

Inngangur: Orsök bráðrar briskirtilsbólgu á Norðurlöndum er í um helmingi tilfella gallsteinar. Á flestum sjúkrahúsum er mælt með að gera gallkögum í kjölfar bráðrar briskirtilsbólgu. Ef gallkögun er ekki gerð eru 30-50% líkur á endurtekinni briskirtilsbólgu og nýtt kast kemur venjulega innan eins mánaðar. Flestir mæla því með gallkögun er kast er gengið yfir, áður en sjúklingur er útskrifaður. Gerð er framskyggn rannsókn þar sem kannaður var árangurinn af

holsjár þrengisnámi (endoscopic sphincterotomy, ES) sem einu meðferðinni við bráðri galsteinabriskirtilsbólgu (ekki gerð gallkög- un). Sjúklingum er fylgt eftir og metið hve stór hluti þeirra þarfnast gallkögunar og athugað hve margir fá endurtekna briskirtilsbólgu.

Efniviður og aðferðir: Á tímabilinu 1991-1996 voru 130 sjúklingar með briskirtilsbólgu af völdum gallsteina teknir inn í rannsóknina. ERCP og holsjár þrengisnám var gert hjá öllum. Hjá 62 sjúklingum voru gallsteinar fjarlægðir frá gallpípu (d. choledochus) með holsjá og hjá 68 sjúklingum var gert fyrirbyggjandi þrengisnám (prophylactic sphincterotomy). Gallkögur var ekki fyrirhuguð hjá neinum sjúklinganna.

Niðurstöður: Sjúklingum var fylgt eftir í rúm þrjú ár (miðgildi 39 mánuðir (23-62)). Tíðni endurtekninnar briskirtilsbólgu var 1% (1/109) og reyndist sá sjúklingur vera með nýja steina í gallpípu. Átján prósent sjúklinga (20/109) fóru síðar í gallkögur vegna einkenna frá gallvegum og höfðu 23% (25/109) haft væg einkenni sem gætu stafað frá gallvegum. Það var engin munur á einkennum hjá sjúklingum hvort sem gallpípustein hafði verið fjarlægður eða ekki. Fimmtíu og átta prósent sjúklinga (63/109) sem voru meðhöndlaðir með holsjár þrengisnámi voru án einkenna frá gallvegum.

Ályktanir: Ef holsjár þrengisnám er notuð sem einasta meðferð við bráðri galsteinabriskirtilsbólgu eru 58% sjúklinga alveg laus við einkenni frá gallvegum, 1% fá endurtekna briskirtilsbólgu og 18% þarfnast aðgerðar. Við álitum þetta kjörmeðferð hjá gömlum sjúklingum með gallsteinabriskirtilsbólgu, en teljum rétt að gerð sé gallkögur að auki hjá ungum, að öðru leyti frískum, einstaklingum.

E 19 Heilkenni aukins kviðarholspýstings – Áhrif aukins kviðarholspýstings á blóðþrýsting og blóðflæði í meltingarfærum Fjólnir F. Guðmundsson¹, Hjörtur Gíslason²

Frá ¹handlækningadeild Sjúkrahúss Reykjavíkur, ²handlækningadeild Haukeland sjúkrahúsi, Bergen, Noregi
Fyrirspurnir: hjortur@shr.is

Inngangur: Heilkenni aukins kviðarholspýstings er ástand sem menn hafa gefið meiri gaum á undanförunum árum. Þetta sést til dæmis við garnastíflu, sprunginn æðagúl á ósæð og við alvarlegar brisbólur. Tilgangur rannsóknarinnar er að reyna að varpa betra ljósi á lífeðlisfræði aukins kviðarholspýstings hvað varðar meltingarfæri.

Efniviður og aðferðir: Tuttugu og fimm grísir voru lagðir í svæfingu. Lærisslagæð og hálsbláæð (v. jug) voru þræddar til mælingar á meðalslagæðaprýstingi, hjartslætti og miðbláæðaprýstingi. Lagður var leggur inn í þvagblöðru til mælingar á þvagmagni. Flæðinemi (transit time flow probe) var lagður umhverfis portbláæð og vinstri nýrnaslagæð. Portbláæð og vinstri nýrnabláæð voru þræddar til mælingar á blóðþrýstingi. Lagður var leggur gegnum kviðvegg til innhellingar á Ringers lausn og til þrýstingsmælinga. Þrýstingur var aukinn í 20 mmHg (sjö grísir), 30 mmHg (sjö grísir) 40 mmHg (fjórir grísir) og án þrýstings (sjö grísir). Þessum kviðarholspýstingi var haldið í 180 mínútur og síðan var lausninni hleypt út og eðlilegum þrýstingi haldið í 50 mínútur. Litakúlur (microspheres) voru gefnar inn í hjartað til mælinga á flæði í einstökum líffærum. Mælt var se-mjólkursýra (se-laktat) og se-endothelin í portblóði og renínvirkni í blóði nýrnabláæðar.

Niðurstöður: 20mmHg þrýstingur í kviðarholi olli ekki marktækum breytingum á blóðþrýstingi eða flæði í meltingarfærum. Þvagútskilnaður hættir við þrýsting milli 20-30 mmHg, mælist þá verulega aukin se-renínvirkni í nýrnabláæðarblóði og verulega hækkuð mótstaða í nýrnaslagæðakerfi. Við 30mmHg varð marktækt fall í hjartaútfalli (CO), og fall í flæði portbláæðar og líffæraflæði í meltingarfærum sem má setja í samband við minnkaðan gegnflæðisþrýsting. Blóðflæði minnkaði mest (50-70%) í slímhimnum maga og mjó-girniss og í briskirtli. Se-endothelin myndun óx verulega við 30 mmHg þrýsting í kviðarholi. 40mmHg þrýstingur olli miklu breytingum hjá dýrunum, verulegum mjólkursýruútskilnaði í portblóð og tvö dýr dóu úr losti í endurgegnflæðisfasanum er dregið var úr þrýstingi.

E 20 Slysaskrá Íslands

Sigurður Guðmundsson¹, Brynjólfur Mogensen²,
Aðalheiður Sigursveinsdóttir¹

Frá ¹landslækniseimbættinu, ²slysa- og bráðamóttöku Sjúkrahúss Reykjavíkur
Fyrirspurnir: postur@landlaeknir.is

Inngangur: Í lögum um Slysavarnaráð frá árinu 1995 segir að tilgangur ráðsins sé að stuðla að fækkun slysa. Þeim tilgangi skal ráðið ná með því meðal annars að móta reglur sem miða að því að slys séu skilmerkilega skráð og sú skráning sé samræmd, jafnframt því sem séð verði um úrvinnslu þeirra upplýsinga og útgáfu á slysatölum.

Í þessum fyrirlestri verður kynnt hvernig ráðið hefur leitast við að ná þessum markmiði. Kynnt verður uppbygging og innviðir Slysaskrár Íslands. Þá verður sýnt hvernig skráning ólíkra aðila fer fram. Skráningin verður tölvuvædd og skráð eftir atburðanúmerum. Samstundis flytjast tölfraeðiupplýsingar í miðlægan banka sem gefa marga möguleika á úrvinnslu og ekki síður nýja möguleika á þekkingu í forvarnastarfi.

Umræða: Þrátt fyrir að margir aðilar sjái um skráningu slysa á Íslandi hafa upplýsingar um slys ekki reynst vera nægjanlega góðar að flestra mati. Þetta stafar af því að skráningarkerfi og upplýsingar sem skráðar eru, eru ekki sambærilegar. Enginn einn aðili hefur haldið utan um upplýsingar um heildarfjölda slysa og yfirsýn á tíðni og eðli slysa hefur vantað þrátt fyrir mikla skáningu á slysum. Auk þessa hefur þeim aðilum er skrá slys ekki borið saman um tíðni slysa.

Til samstarfs eru fengnir allir aðilar í landinu sem skrá slys. Þar má nefna öll sjúkrahús og aðrar heilbrigðisstofnir, lögreglu um allt land, Tryggingastofnun ríkisins, Vinnueftirlitið, tryggingafélög, Umferðarráð og Slysavarnafélagið. Ákveðið var að reyna að finna einfalda lausn á þessu vandamáli sem gæti hentað öllum skráningaraðilum. Við teljum að einföld lausn hafi fundist. Um er að ræða tölfraeði gagnabanka sem útdeilir hverju slysi kennitölu. Afleiðingar atburðarins eru síðan skráðar eftir þessari kennitölu. Lágmarksupplýsingar, eingöngu tölfraeðilegar, fara í þennan gagnabanka. Þær eru hins vegar nægjanlegar til þess að kanna tíðni og eðli slysa.

Nánar verður fjallað um hvaða möguleika þessi grunnur gefur, hvernig skáningu í hann er hátað og hvernig ólíkir aðilar geta notað sama skráningarform.

Lokaorð: Allt síðasta ár fór í forathuganir og kynningar á þessu verkefni. Í haust verður byrjað að skrá samkvæmt þessu fyrirkomulagi og verður kerfið í fyrstu sett upp hjá þremur aðilum til reynslu. Áætlað er að allir skráningaraðilar verði farnir að nota nýtt kerfi um áramótin 2000-2001.

E 21 Faraldsfræði beinbrota í Reykjavík 1998Guðmundur Örn Guðmundsson¹, Brynjólfur Mogensen², Gunnar Sigurðsson³Frá ¹bæklunarlækningadeild, ²slysa- og bráðasviði, ³lyflækningadeild Sjúkrahúss Reykjavíkur.

Fyrirspurnir: gudmundg@shr.is

Inngangur: Tíðni beinbrota í Reykjavík er óþekkt. Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna faraldsfræði beinbrota í Reykjavík árið 1998.

Efniviður og aðferðir: Gerð var tölvuúrvinnsla lögskráðra íbúa í Reykjavík sem leitað höfðu á slysa- og bráðamóttöku Sjúkrahúss Reykjavíkur árið 1998 og greindir voru með beinbrot samkvæmt alþjóðasjúkdómaskránni, ICD 10. Upplýsingar um íbúafjölda voru fengnar frá Hagstofu Íslands.

Niðurstöður: Árið 1998 greindust 2867 brot á slysa- og bráðamóttöku Sjúkrahúss Reykjavíkur (26,6 brot á 1000 íbúa). Hjá körlum greindust 1557 brot en 1310 hjá konum (1,19/1). Brot voru algengari hjá körlum í öllum aldurshópum að 50-54 ára aldri, en brot voru algengari hjá konum í öllum aldurshópum, frá 55-59 ára aldri. Mesti munur á milli kynjanna var í aldurshópnum yfir 80 ára þar sem 184 konur brotnuðu á móti 43 körlum (4,3/1). Minnstur munur var í aldurshópnum 55-59 ára, 40 konur á móti 38 körlum (1,05/1). Næst minnsti munur kynja, 194 karlar á móti 181 konu (1,07/1) var í fjölmennasta brotahópnum, 10-14 ára. Í þriðja algengasta brotahópnum, 15-19 ára, var hins vegar næst mesti munur kynjanna, 206 karlar á móti 55 konum (3,7/1).

Brot voru algengust í þremur aldurshópum undir tvítugu, 10-14 ára, eða 375 brot (13,1%); hjá 5-9 ára, 276 brot (9,6%) og hjá 15-19 ára 261 brot (9,1%). Fæst brot voru í aldurshópnum 55-59 ára, 78 brot (2,7%). Eftir það fjölgaði brotum aftur en komst þó ekki nálægt brotafjölda unglingsára.

Algengustu brotin reyndust vera: brot á fjærenda geislungs, 421 (14,7%); fingurbrot, 381 (13,3%); rifbrot, 292 (10,2%); ökklabrot, 192 (6,7%) og miðhandarbrot, 186 (6,5%). Samtals voru 10 algengustu brotin um 2/3 brotanna.

Langflestir, eða 2263 (78,5%) fóru heim af slysa- og bráðamóttöku en 485 sjúklingar (16,9%) lögðust inn á sjúkrahús.

Umræða: Beinbrot eru tiltölulega algeng (26,6/1000). Í flestum tilfellum er ekki um mjög alvarlega áverka að ræða. Brot eru mjög algeng í aldurshópnum frá 5-19 ára. Athygli vekur að brotin eru nánast jafn algeng hjá 10-14 ára drengjum og stúlkum, en í næsta aldurshóp, 15-19 ára eru brot 3,7 sinnum algengari hjá piltum. Eftir unglingsárin lækkar tíðnin jafnt og þétt þar til hún eykst aftur um sextugt.

Þekking á faraldsfræði brota er mikilvæg til fræðslu og forvarna.

E 22 Sprengjuáverkar um áramót

Ásgeir Thoroddsen, Brynjólfur Mogensen

Frá slysa- og bráðasviði Sjúkrahúss Reykjavíkur

Inngangur: Um hver áramót er tíðrætt um slys sem verða vegna sprengileði landsmanna. Ekki er vitað um algengi eða umfang þessara slysa. Markmið rannsóknarinnar var að kanna fjölda og áverka slasaðra sem komu á slysa- og bráðamóttöku Sjúkrahúss Reykjavíkur yfir áramótin 1999-2000 vegna sprengjuslysa.

Efniviður og aðferðir: Skoðaðar voru komur allra sjúklinga á slysa- og bráðamóttöku Sjúkrahúss Reykjavíkur frá kl. 12:00 á gamlársdag 1999 til kl. 12:00 á nýársdag 2000 vegna áverka eftir sprengjuslys. Sjúkraskrár voru skoðaðar með tilliti til aldurs og kyns, stað-

setningar og alvarleika áverka, sjúkdómsgreiningar og hvort innlagnar var þörf. Blys, tertur, sprengjur og flugeldar sem ollu áverkum voru flokkaðir og skoðað hvort öryggisbúnaður var notaður.

Niðurstöður: Það komu 147 manns á slysa- og bráðamóttöku á þessum sólarhring. Þar af komu 102 (69%) vegna áverka, 45 (31%) vegna veikinda og 14 komu í fylgd lögreglu vegna gruns um ölvunarakstur. Af þeim sem komu vegna áverka reyndust 23 (23%) hafa slasast vegna blysa-, tertu-, sprengju- eða flugelda. Flestir með sprengjuáverka komu kl. 00:00-01:00 eða 14 en enginn kom eftir 03:30. Karlmennt voru í meiri hluta (18) og hinir slösuðu voru á aldrinum 3-47 ára. Flestir voru í aldurshópnum 3-10 ára (9) og 37-47 ára (10). Áverkar í andliti voru algengastir 13 og/eða augum sex eða í samtals 83% tilvika en hendur og fingur í 4% tilvika. Nær alltaf var um einhvern bruna að ræða en 11 hlutu sár eða skurði og fimm beinbrot. Flestir hlutu samkvæmt AIS minni háttar áverka en þrjá slasaða þurftu að leggja inn á sjúkrahús. Af hinum slösuðu voru 10 einstaklingar áhorfendur. Enginn slasaðra hafði notað hlífðargleraugu og aðeins einn hafði notað leður- eða hlífðarhanska. Flugeldar áttu þátt í níu slysum, tertur í fjórum, sprengjur í fimm, blys, handblys eða kínnverjar í tveimur en hjá tveimur var tegund óljós. Tívolísprengjur orsökðu alvarleg slys í tveimur tilvikum.

Umræða: Ekki er vitað um nákvæmt magn sprengja (blys, tertur, sprengjur, flugeldar) sem notað var á þjónustusvæði Sjúkrahúss Reykjavíkur. Það virðist þó sem hlutfallslega fáir slasist. Hinir slösuðu skiptust annars vegar í börn undir 10 ára aldri og heimilisfeður um fertugt. Ekki virtist vera um áberandi klaufaskap að ræða en hinir slösuðu notuðu ekki hefðbundinn öryggisbúnað eins og hlífðargleraugu og hanska. Langflestir sluppu þó með fremur litla áverka en sprengjurnar orsökðu alvarlegustu áverkana. Niðurstöðurnar gefa til kynna að með því að nota hlífðargleraugu og hanska megi fækka áverkunum enn frekar.

E 23 Handarslys Reykvíkinga árið 1998

Andri Kristinn Karlsson, Brynjólfur Mogensen

Frá Sjúkrahúsi Reykjavíkur

Inngangur: Handarslys eru talin algeng. Tíðni handarslysa í Reykjavík er óþekkt. Tilgangur þessarar rannsóknar er að athuga tíðni handarslysa hjá Reykvíkingum.

Efniviður og aðferðir: Gerð var tölvuvinnsla lögskráðra íbúa Reykjavíkur sem leituðu á slysa- og bráðamóttöku Sjúkrahúss Reykjavíkur á tímabilinu 01.01.1998-31.12.1998 vegna handarslysa. Tölur um fjölda Reykvíkinga eru fengnar frá Hagstofu Íslands.

Niðurstöður: Alls komu 3.854 slasaðir Reykvíkingar á slysa- og bráðamóttökuna með handaráverka árið 1998, sem er um 36 handaráverkar á hverja 1.000 íbúa. Karlar voru 2.470 (64,1%) og konur 1.384 (35,9%). Meðalaldur var 29 ár. Algengustu orsakir áverkanna voru sár á hendi 1.655 (43%), tognanir 765 (20%), brot á handarbeinum eða fingrum 636 (17%) og mar 635 (17%). Algengustu orsakir áverkanna voru skerandi hlutir 1.006 (26%), reka hendi eða fingur í 799 (21%), kramning 579 (15%) og fall 451 (12%). Heim fóru 3.689 sjúklingar en 50 lögðust inn. Aðrir fóru annað eða afdrif þeirra voru ekki skráð.

Umræða: Handaráverkar eru algengir meðal Reykvíkinga. Algengi virðist vera svipað og hjá öðrum. Fremur fáir þurftu á innlögn að halda. Með aukinni þekkingu á handaráverkum er von til að auka vitund fólks um slíka áverka og efla forvarnarstarf.

E 24 **Hestaslys**Björn Pétur Sigurðsson¹, Brynjólfur Mogensen²Frá ¹bæklunarlækningadeild og ²slysa- og bráðasviði Sjúkrahúss Reykjavíkur
Fyrirspurnir: bjornps@shr.is

Inngangur: Lítið er vitað um tíðni og gerð hestaslysa á Íslandi. Áverkar eftir hestaslys geta verið margs konar. Markmið rannsóknarinnar var að athuga fjölda slysa og gerð áverka þeirra, sem komu á slysa- og bráðamóttöku Sjúkrahúss Reykjavíkur árin 1998 og 1999 eftir hestaslys.

Efniviður og aðferðir: Leitað var í norræna slysaskráningarkerfinu að öllum, sem komu á slysa- og bráðamóttöku Sjúkrahúss Reykjavíkur frá 1. janúar 1998 til og með 31. desember 1999 eftir hestaslys.

Niðurstöður: Alls leituðu 339 sjúklingar á deildina eftir hestaslys. Reykvikingar voru 168 en aðrir 171. Konur voru 184 og karlmenn 155. Kynjadreifing í sérhverjum aldursflokki er nokkuð jöfn nema hjá táningum, þar sem slys á stúlkum eru fjórfalt algengari en á piltum. Flest urðu slysin í júní (66) en fæst í desember (3). Óræktað land var vettvangur flestra slysa (98), en að minnsta kosti sex slys urðu á vegum. Algengustu einstöku greiningarnar voru mar á neðanverðu baki og mjadmagrind (30), brot á rifjum (28) og hálstögnun (26). Beinbrot voru alls 108. Í 24 tilfellum leiddu slysin til innlagnar á sjúkrahús.

Umræða: Hestaslys eru algeng ástæða fyrir komu á slysa- og bráðamóttöku Sjúkrahúss Reykjavíkur. Um helmingur slasaðra eru Reykvikingar. Flest verða slysin á vorin og snemmsumars, þegar eldi er í hestunum og umgengni við þau mikil, en fæst þegar þau eru í vetrarhaga. Beinbrot eru hlutfallslega algeng og slysin oft alvarleg. Þörf er á öflugri fræðslu og forvarnarstarfi til þess að fækka hestaslysum.

E 25 **Brot á brothálsi upphandleggs meðhöndluð með Haukeland þinnum**

Yngvi Ólafsson, Brynjólfur Mogensen

Frá bæklunarlækningadeild Sjúkrahúss Reykjavíkur

Inngangur: Brot á næranda upphandleggs eru algeng. Flest öll er hægt að meðhöndla án þess að grípa til aðgerðar. Mjög hliðruð brot á brothálsi þarf þó að rétta og festa. Ýmsum aðferðum hefur verið beitt með misjöfnum árangri. Haukeland þinnar eru sérhannaðir til þess að meðhöndla hliðruð brot á brothálsi upphandleggs. Hægt er að rétta og auka stöðugleika brotanna með percutan skurðtækni.

Efniviður og aðferðir: Haukeland þinnar voru teknir í notkun á Sjúkrahúsi Reykjavíkur 30. mars 1999 til þess að auðvelda meðhöndlun mikið hliðraðra brota á brothálsi upphandleggs. Kannaður var fjöldi sjúklinga á fyrstu níu mánuðunum, aldur, kynjaskipting, brotgerð og frumárangur meðferðar.

Niðurstöður: Frá 30. mars 1999 til 1. janúar 2000 voru Haukeland þinnar notaðir hjá átta sjúklingum til þess að rétta og festa hliðruð brot á brothálsi upphandleggs. Um er að ræða fimm konur og þrjú karla að meðaltali 80 ára (63-93) ára. Í helmingi tilvika var um brotaflokk NEER 3-4 að ræða. Notaðir voru tveir þinnar hjá fimm sjúklingum en þrjár hjá þremur. Brotin lágu í vel viðundandi stöðu eftir aðgerð. Við síðasta eftirlit voru fjórir að fullu grónir. Allir sjúklingarnir voru hvattir til þess að hreyfa öxlina í kjölfar aðgerðar. Legutími var langur eða frá 1-79 daga vegna félagslegra aðstæðna. Ekki þurfti að fjarlægja þinna hjá neinum sjúklingi.

Umræða: Haukeland þinnarnir hafa þann kost að hægt er að rétta

og festa brot á brothálsi upphandleggs á einfaldan hátt. Þinnunum er sökt og gengjurnar eru það grófar að þær fá viðunandi festu þótt bein sé farið að gisna. Reynslan af notkun þessara þinna á Sjúkrahúsi Reykjavíkur lofar góðu.

E 26 **Sementlausir gerviliðir í mjöðm. Nýr valkostur á Íslandi. Kynning og fyrsti árangur**

Ríkarður Sigfússon, Svavar Haraldsson, Halldór Jónsson jr.

Frá bæklunarskurðeild Landspítalans

Sementeraðir heilliðir í mjöðm hafa verið í notkun frá 1962. Þeir eru festir með methyl-methacrylat efni, sem tannlæknar höfðu áður notað með góðum árangri. Í upphafi var árangur mjög góður, en 10 árum síðar byrjuðu þessir liðir að losna milli beins og sements. Þá gekk verulega á beinmassann og lítið bein var eftir til þess að festa nýjan gervilið. Menn reyndu því að finna málma sem beinið gat vaxið að og þannig fest. Þá komu sementlausir gerviliðir á markað í lok áttunda áratugarins. Árangur með þá er ekki sannanlega betri en við notkun beinsements. Kosturinn er hins vegar sá að sjúklingurinn heldur betur beini og það auðveldar næstu aðgerð. Notkun slíkra liða er því heppileg hjá ungu fólki með gott bein.

Á Landspítalanum hafa tvær tegundir sementlausra gerviliða í mjöðm verið í notkun frá maí 1999. Þetta eru annars vegar svokallað CLS (Compressive Locking System) skaft og skálarhlutar sem hafa verið í notkun frá 1983 ásamt SL (Self Locking) skálarhluta og hins vegar svokallað Cone skafthlutar sem hafa verið í notkun síðastliðin sjö til átta ár.

Alls hafa níu gerviliðir verið settir í átta sjúklinga, fimm konur og þrjú karla. Meðalaldur er 41 (22-53) ár. Orsök slitgigtar var þrímer hjá tveimur og sekúnder hjá sex sjúklingum. Þeir fimm sjúklingar sem fóru í aðgerð í byrjun maí 1999 eru allir verkjalausir og hafa engin merki um hreyfingu eða los á gerviliðahlutum.

E 27A **Beinbrot meðal reykvískra karla. Skráning beinbrota í hóprannsókn Hjartaverndar**Brynjólfur Y. Jónsson¹, Kristín Siggeirsdóttir², Brynjólfur Mogensen², Gunnar Sigurðsson^{3,4}, Helgi Sigvaldason⁴, Halldór Jónsson jr.⁵Frá ¹handlækningadeild Sjúkrahúss Akraness, ²slysideild Sjúkrahúss Reykjavíkur, ³lyflækningadeild Sjúkrahúss Reykjavíkur, ⁴Hjartavernd, ⁵bæklunarskurðeild Landspítalans. Fyrirspurnir: brynjons@mmedia.is

Hóprannsókn Hjartaverndar hófst 1967 og var ætlað að finna og fylgjast með áhættuþáttum hjarta- og æðasjúkdóma. Einstaklingar voru valdir með slembiúrvali úr íbúaskrá Reykjavíkur og voru þeir fæddir á árunum 1907-1934. Meðalaldur karlmanna við þátttöku í hóprannsókninni var 48,2 ár (33-64).

Í fyrsta áfanga 1967-1968 var 2.942 karlmönnum boðin þátttaka og 2.203 tóku þátt (75%). Í öðrum áfanga 1970-1971 var 2.608 körlum til viðbótar boðin þátttaka og svöruðu 2.189 (84%). Samtals voru skýrslur 4.392 karla skóðaðar.

Öll brot frá byrjun hóprannsóknarinnar fram að 31. desember 1996 voru skráð. Meðalfylgítíminn var 21 ár.

Sjúkraskýrslur karlanna á öllum þremur sjúkrahúsum borgarinnar voru athugaðar. Einnig voru skýrslur einstaklinganna á slysideild kannaðar. Beinbrot vegna æxla og gömul brot voru útilokuð. Kraftur áverka var áætlaður samkvæmt E-númerum. Einnig voru athugaðar skýrslur röntgendeildar og myndir ef þess gerðist þörf.

Alls fundust 1.195 beinbrot í 822 einstaklingum (19%). Samtals

voru 573 einstaklingar með eitt beinbrot, 168 fengu tvö beinbrot, það er að segja það var 30% áhætta á öðru broti. Þeir sem sem höfðu fengið tvö brot voru í 32% áhættu á að fá þriðja brotið (53 karlar). Þannig var áhættan á fleiri brotum tvöföld miðað við fyrsta brot. Fleiri brot samtímis fundust í 61 tilfelli, í 24 tilfellum var áverkinn af lágorkugerð (fall í sama plani). Handarbrot voru algengust eða 222, þar á eftir voru únlíðsbrot 167 en mjaðmarbrot voru 96.

Brotatíðnin í þessari athugun var svipuð og í Svíþjóð en hærri en á Bretlandseyjum og í Ástralíu. Samkvæmt þessari athugun má gera ráð fyrir að fimmtingur 33-64 ára reykvískra karla fái beinbrot á næstu 20 árum.

E 27B Beinbrotahætta meðal karla í hóprannsókn Hjartaverndar

Höfundar sömu og í 27A

Við innritun í hóprannsókn Hjartaverndar (sjá ágríp E 27A) 1968-1972 svöruðu allir einstaklingar spurningalistum um heilsufar, lyfja-notkun og félagsstöðu.

Við Poisson-aðhvarfsgreiningu, með leiðréttingu fyrir aldur, kom í ljós 20-97% aukin brotahætta meðal karla með astma, nýrnasteina, fyrri áverkasögu, slen, óróleika og þyngdartap. Regluleg taka svefn- og verkjalyfja jók einnig brotahættuna. Brotahættan jókst um 1% fyrir hvern 1 cm líkamshæðar.

Við athugun á þeim 259 körlum sem fengu síðar beinþynningarbrot orsökðu af lágorku (fall í sama plani) reyndust astmi, nýrnasteinar, fyrri áverkar, óróleiki og slappleiki hafa forspárgildi um seinni beinbrot. Reykingar, svefn- og verkjalyfjataka voru einnig tengd aukinni beinþynningarbrotahættu. Bílaeign, atvinnurekstur og þátttaka í íþróttum minnkuðu áhættuna um 30%. Ofangreindir áhættuþættir voru til staðar en ekki eins sterkir meðal þeirra 563 karla með sögu um önnur brot en beinþynningarbrot eftir lágorkuáverka.

Samband virðist vera milli sjúkdóma, lífsstíls og áhættu á seinni beinbrotum í körlum. Mögulegt ætti að vera að nota breytilegan lífsstíl karla sem líkan til að rannsaka áhrifin á beinþynningu.

E 28 Steinbrjótismeðferð í börnum

Snorri Björnsson, Guðjón Haraldsson, Guðmundur Víkar Einarsson, Egill Jacobsen

Frá þvágfæraskurðeild Landspítalans

Ágríp: Níu börn hafa þurft steinbrjótismeðferð vegna nýrnasteina síðustu ár. Skoðaðar eru orsakir fyrir nýrnasteinum. Steinbrjótismeðferðin sjálf og hvernig börnum vegnaði eftir steinbrjótismeðferð.

Efniviður og aðferðir: Greiningar á nýrnsteinum hjá börnum í sjúkraskrá á Landspítalanum voru athugaðar, síðan steinbrjótismeðferð hófst það er 1994. Leitað var upplýsinga um aldur, staðsetningu steins, síðu, stærð, fjölda, meðferðarform í steinbrjóti, orsök og útkomu eftir steinbrjótismeðferð.

Niðurstöður: Tíu tilfelli fundust og voru börnin á aldrinum 21 mánaðar og upp í 15 ára. Öll voru þau með einn stein og í nær öllum tilfellum var orsökinn metabólísk, það er hyperclasiuria, hypocitrauria og hypomagnesuria. Einnig var sýking orsök eins steins og erfðafræðileg orsök fyrir öðrum. Meðferð í steinbrjóti fór eftir aldri, þyngd og stærð steins. Allir steinarnir brotnuðu og í eftirlitsmynd eftir steinbrjótismeðferð var ekki hægt að sýna fram á neina steina. Steinbrjótismeðferðinni fylgdu engar aukaverkanir.

Ályktanir: Efnaskiptalegar truflanir eru helstu orsakir nýrnasteina í börnum (hér á landi). Steinbrjótismeðferð er bæði árangursrík gegn nýrnasteinum og hefur ekki miklar aukaverkanir. Allir steinar voru brotnir og á þvágfærayfirlitsmyndum sem teknar voru þremur vikum eftir meðferð greindust engir steinar.

E 29 **Tuna. Ný meðferð við góðkynja stækkun á blöðruhálskirtli**
Ársæll Kristjánsson, Eiríkur Jónsson, Guðmundur Geirsson, Þorsteinn Gíslason, Geir Ólafsson

Frá þvágfæraskurðeild Sjúkrahúss Reykjavíkur
Fyrirspurnir: arsaellk@shr.is

Inngangur: Miklar breytingar í meðferð góðkynja stækkunar á blöðruhálskirtli hafa átt sér stað á undanförunum árum. Auk hefðbundinnar aðgerðar (TURp) sem ennþá er álitin „gold standard“ hefur lyfjameðferð verið beitt við góðkynja stækkun á blöðruhálskirtli með einkennum. Á allra síðustu árum hefur ný tækni verið þróuð til að meðhöndla sjúklinga með góðkynja stækkun á blöðruhálskirtli samfara einkennum. Markmið slíkrar tækni er að minnka áhættu fyrir sjúklinga samfara aðgerðinni, stytta legutíma og minnka einkenni sjúklinga.

Efniviður og aðferðir: Við TUNA (Transurethral needle ablation) meðferð eru lágtíðni útvarpsbylgjur (465 kHz) notaðar til að hita blöðruhálskirtlinn. Tveimur nálum er stungið í kirtlinn á fyrirfram ákveðnum stöðum og hann hitaður upp í 90-100°C á svæðum kringum nálarendana. Við það verður drep í kirtlinum á ákveðnum svæðum. Haustið 1999 var TUNA meðferðin tekin í notkun. Meðferðin er gefin í staðdeygingu í þvággrás auk róandi/verkjastillandi lyfja í æð og fer fram á göngudeild.

Niðurstöður: Sjúklingar útskrifast nokkrum tímum eftir meðferðina með þváglegg sem er fjarlægður næsta dag. Tveir sjúklingar þurftu að leggjast inn vegna blóðmigu sem hreinsaðist upp á tveimur til fjórum dögum. Báðir höfðu tekið aspirin® fram að meðferð. Lýst verður breytingum á einkennum og þvágflæði fyrir og þremur mánuðum eftir aðgerð.

Umráða: TUNA meðferð er áhættulítill fyrir sjúklinga og hentar því vel þar sem TURp aðgerð er áhættusöm. Stuttur legutími eftir aðgerð minnkar kostnað verulega samanborið við TURp. Erlendar rannsóknir sýna góðan árangur tveimur árum eftir aðgerð. Lengra eftirlit þarf til að meta árangur meðferðarinnar hérlandis. TUNA meðferð eykur valmöguleika við meðferð á góðkynja stækkun á blöðruhálskirtli samfara einkennum.

E 30 **Holmium leysir í þvágfæraskurðlækningum**
Guðmundur Víkar Einarsson, Guðjón Haraldsson

Frá þvágfæraskurðeild Landspítalans
Fyrirspurnir: gudmein@rsp.is

Inngangur: Nokkrar tegundir leysa (lasers) eru notaðar í skurðlækningum. Bylgjulengdin fer eftir tegund vefs eða aðskotahlutar (steins), í hvaða umhverfi er unnið og hvort aðgerðin sé í gegnum holsjár (endoscopísk tæki) eða ekki. Í þvágfæraskurðlækningum er leysir notaður oftast í holsjám. CO₂ leysir er einnig notaður á penis. Nd:YAG leysir var notaður á blöðruæxli og blöðruhálskirtli. Holmium leysir kom síðar og hefur þann mikla kost að geta bæði brotið steina og skorið vef.

Efniviður og aðferðir: Skýrt er frá notkun og reynslu af Holmium leysi í þvágfæraskurðlækningum á Landspítalanum fyrsta árið.

Fjöldi aðgerða var 33. Þær skiptust í þvagrásarskurð (11), blöðruhálskirtilsúrnám og -skurð (10), blöðrusteinar brotnir (7) og brotnir steinar í þvagál (5).

Þvagrásarskurðir (urethrotomia interna) gengu vel og var notuð fremur lítil orka, eða 15-20 wött. Flestir voru með þvaglegg í fimm daga. Blöðruhálskirtilsúrnám og -skurður (prostate resection and incisions) gengu vel en valdir voru litlir blöðruhálskirtlar og blöðruhálsþrengingar. Notuð var há orka, eða 50-80 wött. Flestir höfðu þvaglegg í tvo til þrjá daga. Blöðrusteinar voru brotnir (vesicolithotripsy) með mjög góðum árangri og notuð lágorka. Með þvagálssjá er auðvelt að nota til dæmis 200 μ leysipráð og gekk vel að brjóta þvagálssteina (ureterolithotripsy) með lágorku, eða 2,5-8 wött.

Niðurstöður: Kosturinn við Holmium leysi er breytilegt orkusvið þar sem hægt er að nota lágorku á steina, miðháa orku á þrengsli (strictura) og háa orku á blöðruhálskirtil (prostate) og blöðruháls. Engar aukaverkanir urðu sem rekja má til orkugjafans. Holmium leysirinn kemur að góðum notum við þvagrásarþröng en endurkomur þrengsla verða ekki metnar á svo stuttum tíma. Notkun hans við þvagrásarþröng barna er kjörin. Holmium leysirinn verkar mjög vel á steina og kemur sérstaklega að góðum notum í þvagálssteinum þar sem leiðarinn er mjór og orkan er lítil svo að þvarfæraþekjan skemmist ekki. Besta aðgerðin við blöðruhálskirtilsstækkun er enn talin vera TURP. Blöðruhálskirtilsúrnám með leysi hefur þó ákveðna kosti. Lítil blæðing er við leysiaðgerðina og hægt að hjálpa einstaklingum sem eru í áhættuhópi.

Ályktanir: Erfitt er að draga miklar ályktanir af svo litlum efniviði á svo stuttum tíma. Aukaverkanir eru fáar og Holmium leysirinn er umhverfisvænn. Hann er afgerandi í skurð á vef í gegnum holsjár eins og í þvagrásarþröng og blöðruhálskirtli. Hann brýtur steina vel og sem viðbót við ESWL höggbylgjusteinbrjóttinn kemur hann að góðum notum við þvagáls- og nýrnasteina.

E 31 Meðferð góðkynja blöðruhálskirtilsstækkunar á Íslandi Sigmar Jack¹, Guðmundur Geirsson², Jónas Hallgrímsson³

Frá ¹læknadeild HÍ, ²þvagrásarskurðeild Sjúkrahúss Reykjavíkur, ³Rannsóknastofu HÍ í meinafræði
Fyrirspurnir: gg@shr.is

Inngangur: Á síðasta áratugi hafa orðið verulegar breytingar á meðferð góðkynja blöðruhálskirtilsstækkunar (BPH). Fjöldi brottnámsaðgerða á blöðruhálskirtli um þvagrás (TURP) hefur minnkad verulega, á sama tíma sem meðferð með lyfjum af gerð α_1 -blokka og 5- α redúktasa hemjara, hefur aukist mikið.

Markmið rannsóknarinnar var að taka saman tíðnitölur og meta kostnað varðandi ofangreindar breytingar á meðferð vegna góðkynja blöðruhálskirtilsstækkunar. Einnig hvort ábendingar fyrir brottnámsaðgerðum á blöðruhálskirtli um þvagrás hafi breyst eftir tilkomu nýrra lyfja.

Efniviður og aðferðir: Upplýsingar um fjölda sjúklinga á Íslandi á árunum 1984-1999, sem fóru í brottnámsaðgerðir á blöðruhálskirtli um þvagrás, voru fengnar frá Rannsóknastofu HÍ í meinafræði og frá FSA og upplýsingar um lyfjanotkun frá Tryggingastofnun. Yfirfarnar voru sjúkaskrár þeirra sem gengust undir þessar aðgerðir á Landakoti og SHR á tímabilunum 1988-1989 og 1998-1999 og bornar voru saman ábendingar fyrir aðgerðum á hvoru tímabili fyrir sig. **Niðurstöður og ályktanir:** Fjöldi aðgerða náði hámarki árið 1992 þegar þær voru 454 talsins en síðan þá hefur þeim fækkað árlega og voru á liðnu ári 231 en það er tæplega 50% fækkun á átta árum. Á sama

tímabili hefur lyfjameðferð og kostnaður vegna hennar margfaldast.

Lagt verður mat á mismun kostnaðar þessara tveggja meðferðartegunda við góðkynja blöðruhálskirtilsstækkun og upplýsingar um hugsanlega breyttar ábendingar fyrir brottnámsaðgerðum á blöðruhálskirtli um þvagrás verða kynntar ásamt þeim ályktunum sem af niðurstöðum kunna að vera dregnar.

E 32 Nýgengi og afdrif sjúklinga sem greindust með krabbamein í þvagblöðru á tímabilinu 1986-1988

Magnús Hjaltalín Jónsson¹, Eiríkur Jónsson², Ársæll Kristjánsson², Kjartan Magnússon³, Hrafn Tulinius⁴

Frá ¹læknadeild HÍ, ²þvagrásarskurðeild Sjúkrahúss Reykjavíkur, ³krabbameinsdeild Landspítalans, ⁴Krabbameinsfélagi Íslands
Fyrirspurnir: arsaellk@shr.is

Inngangur: Árlega greinast á Íslandi milli 40 og 50 einstaklingar með krabbamein í þvagblöðru sem er þriðja algengasta krabbameinið hjá íslenskum karlmönnum. Nýgengi þessa æxlis hefur vaxið verulega síðastliðna áratugi hérlendis (1). Ástæður þessarar aukningar eru að mestu óþekktar.

Efniviður og aðferðir: Rannsóknin var afturskyggn og náði til greiningaráranna 1986-1988. Krabbameinsskrá Krabbameinsfélags Íslands var notuð til að finna einstaklinga með greininguna krabbamein í þvagblöðru. Meingerð, gráða æxlisins og stigun voru skoðuð úr gögnum Rannsóknastofu HÍ í meinafræði. Núverandi ástand sjúklinga fram til 31. desember 1998 var metið úr gögnum Hagstofu Íslands, dánarvottorðum og krufningarskýrslum. Afdrif sjúklinga er gengust undir brottnám þvagblöðru eða geislameðferð voru athuguð sérstaklega.

Niðurstöður: Flestir höfðu æxlismeingerðina transitional cell carcinoma (TCCA) eða 114 (97,4%). Meðalaldur við greiningu var 67 ár, þriðjungur voru konur. Tíu árum eftir greiningu var þriðjungur karlanna og fjórðungur kvennanna látinn úr sjúkdómnum. Taflan sýnir skiptingu TCCA eftir æxlisstigi.

T-stig	Fjöldi	Hlutfall greindra (%)	Fimm ára lifun (%)	Tíu ára lifun (%)	LVS* (%)
Ta	66	(56,4)	(98,3)	(92,5)	(6,0)
Tis	4	(3,4)	(100,0)	(75,0)	(50,0)
T ₁	15	(12,8)	(57,4)	(49,2)	(47,0)
T ₂	18	(15,4)	(27,3)	(0,0)	(78,0)
T ₃	2	(1,7)	(0,0)	–	(100,0)
T ₄	8	(6,8)	(0,0)	–	(100,0)

*LVS: látinn vegna sjúkdóms.

Ta: papillary yfirborðslæg æxli; Tis: setmein (cancer in situ); T₁: innvöxtur í submucosa; T₂₋₄: ifarandi vöxtur í vöðvalög; T₄: vöxtur í nærliggjandi líffæri.

Nítján fengu geislameðferð í lækningarskyni og af þeim létust 13 (68,4%) af völdum sjúkdómsins. Sjö gengust undir brottnám þvagblöðru. Einn lést innan mánaðar frá aðgerð en aðrir létust af völdum sjúkdómsins.

Umræða: Einstaklingar með æxli einungis bundin við yfirborðslög þvagblöðru hafa góðar lífshorfur. Slík æxli hafa þó ákveðna tilhneigingu til að vaxa ifarandi og versna lífshorfur einstaklinga þá til muna. Einstaklingar með ifarandi æxlisvöxt á þessu tímabili höfðu slæmar lífshorfur.

Heimild

1. Íslenska Krabbameinsskráin; 1998.

E 33 Afdrif 14 sjúklinga frá Suður-Svíþjóð með krabbamein í þvagblöðru fimm árum eftir brottnám þvagblöðru og nýmyndun þvagfæra

Ársæll Kristjánsson¹, Bengt Uvelius², Thomas Davidsson³, Wiking Månsson²

Frá ¹Sjúkrahúsi Reykjavíkur, ²Háskólasjúkrahúsinu Lundi, ³Háskólasjúkrahúsinu Malmö
Fyrirspurnir: arsaellk@shr.is

Inngangur: Brottnám þvagblöðru með eða án lyfjameðferðar og/ eða geislameðferðar er beitt á mörgum stöðum við krabbamein sem er illa þroskað og vex útbreitt í þvagblöðru og/ eða vex inn í vöðvalög þvagblöðrunnar. Við nýmyndun þvagfæra er þvagi safnað í poka á kviðinn eða í nýja blöðru gerða úr görn. Í Lundi gengust 60 sjúklingar með krabbamein í þvagblöðru á tímabilinu 1994-1996 undir sika aðgerð. Gerð er grein fyrir árangri meðferðar hjá 14 sjúklingum.

Efniviður og aðferðir: Hjá 12 karlmönnum og tveimur konum með krabbamein í þvagblöðru, meðalaldur 66 (59-74) ár, var klínísk stigun: T1, G3 (útbreitt) fjórir sjúklingar; T2 fimm sjúklingar; T3a fimm sjúklingar; NO 14 sjúklingar og MO 14 sjúklingar. Tveir sjúklingar (T3) fengu geislameðferð fyrir aðgerð (20 Gy í fimm daga). Eftir brottnám þvagblöðru og blöðruhálskirtils hjá karlmönnum var þvag leitt út á kviðinn hjá átta sjúklingum með hluta smágirnis (15-20 cm) og safnað í poka. Hjá sex sjúklingum var ný blaðra mynduð úr digurgirni (right colon). Nýja blaðran var tengd við þvagrásina (urethra) hjá fjórum sjúklingum og hjá tveimur var hluti smágirnis (terminal ileum) notaður milli nýju blöðrunnar og húðar og þvagleggur notaður við tæmingu.

Niðurstöður: Hjá 12 sjúklingum var aðgerðin dæmd radical og af þeim höfðu tveir vöxt í fituvef utan við þvagblöðru (T3b). Eitla-meinvörp fundust ekki hjá neinum. Fylgikvilla stuttu eftir aðgerð fengu fjórir sjúklingar og fjórir fengu síðkomna fylgikvilla. Tíu sjúklinganna (71%) eru á lífi fimm árum eftir aðgerð.

Umræða: Fjöldi sjúklinga með krabbamein í þvagblöðru sem þarfnast brottnáms og nýmyndunar blöðru er vaxandi (1,2). Aldur er ekki frá-bending meðferðar. Fylgikvillar geta komið mörgum árum eftir aðgerð og því er reglulegt eftirlit með þessum sjúklingum nauðsynlegt.

Heimildir

1. The Swedish Cancer Registry; 1995.
2. Íslenska Krabbameinsskráin; 1998.

E 34 Krabbamein á vélinda/maga mótum. Óskurðtækt við greiningu en skurðtækt eftir lyfjameðferð. Sjúkratilfelli Gísli Jens Snorrason, Friðbjörn Sigurðsson, Hjörtur Gíslason

Frá skurð- og krabbameinlækningadeild Sjúkrahúss Reykjavíkur
Fyrirspurnir: hjorturg@shr.is

Inngangur: Krabbameini á maga/vélinda mótunum er vaxandi vandamáll á Vesturlöndum, og þörf er á betri meðferðarmöguleikum. Meinvörp í eitlum eru ekki frá-bending aðgerðar og hafa rannsóknir sýnt að með aðgerð með víðtæku eitlanámi er hægt að lækna sjúklinga í 10-20% tilfella. Auk þess getur aðgerð lengt líftíma og haft líknandi gildi.

Sjúkratilfelli: Tuttugu og þriggja ára gamall maður var lagður inn í byrjun september 1999 með sex vikna sögu um kyngingarörðugleika og brjóstviða. Speglun sýndi krabbamein neðst í vélinda. TS sýndi fyrirferðaraukningu (tumor) og grun um meinvörp í eitlum. Við aðgerð fannst stórt æxli á mótum vélinda og maga (cardiasvæði magans) sem var samvaxið eitlabeirði frá vélindaopi og niður að brisi. Sjúkdóm-

urinn var dæmdur óskurðtækur, tekin voru sýni og skurði lokað. Sjúklingur fékk síðan krabbameinslyfjameðferð í þrjá mánuði með epírú-bicíni, cisplatíni og 5-FU (ECF), þar sem 5-FU var gefið í síðælu. CEA var 180 en í lok meðferðar hafði það lækkað í 18. Að lokinni lyfjameðferð var TS rannsókn eðlileg. Gerð var ný aðgerð um miðjan desember 1999 og fundust nokkuð stækkaðir eitlar við vinstri magaslagæð og meginlifrarlagæð en æxli vart þreifanlegt. Maginn var tekinn ásamt neðri tveimur þriðja hluta vélinda og víðtæku eitlabrottnámi og Roux-Y endurtengingu. Vefjaskoðun sýndi meinvörp í sjö af 21 eitli og sár og örvefssvæði á cardia/vélindasvæðinu með lítilsháttar æxlisvexti. Gangur eftir aðgerð var eðlilegur og útskifaðist sjúklingur á 12. degi. ECF lyfjameðferð er síðan fyrirhuguð í þrjá til fjóra mánuði.

Ályktanir: Góð svörun við lyfjameðferð gerði sjúkling skurðtækan. Rannsóknir eru í gangi til að kanna hvort samhnýtt lyfja- og skurð-aðgerð auki lifun í þessum sjúklingahópi.

E 35 Brottnám krabbameins úr barkakýliskoki og endursköpun með fríum sveifarflipa.

Elisabet Guðmundsdóttir¹, Rafn Ragnarsson¹, Hannes Hjartarson²

Frá ¹handlækningadeild Landspítala Hringbraut, ²háls-, nef og eyrnadeild Landspítala Fossvogii

Inngangur: Aðgerðir vegna krabbameina í barkakýliskoki sem og endursköpun á þessu svæði eru flóknar og tæknilega erfiðar. Með tilkomu smásjárskurðlækninga og flutnings frírra flipa hafa orðið miklar framfarir í endursköpun á hálsi og andlitssvæði eftir aðgerðir vegna krabbameina. Notkun frís sveifarflipa við endursköpun barkakýliskoks og vélinda var fyrst lýst árið 1985, en mörgum árum áður var farið að nota bæði stilkada og fría ásgarnarflipa.

Við kynnum hér fyrstu þrjú tilfelli á Íslandi þar sem frír sveifarflipi var notaður í þessum tilgangi.

Efniviður og aðferðir: Farið var yfir sjúkraskrár allra sjúklinga sem gengist höfðu undir aðgerð þar sem frír sveifarflipi var notaður við endursköpun barkakýliskoks.

Niðurstöður: Á þriggja ára tímabili, frá september 1996 til október 1999 gengust þrír sjúklingar undir aðgerð þar sem barkakýliskok var fjarlæggt og frír sveifarflipi notaður við endursköpun. Sjúklingarnir voru karlmenn á aldrinum 52, 60 og 67 ára. Í öllum tilfellum var um flöguþekjukrabbamein að ræða og höfðu allir sjúklingarnir gengist undir geislameðferð 70 Gy. á svæðið fyrir aðgerð.

Einn flipi drapst í kjölfar sýkingar 13 dögum eftir aðgerð. Tveim vikum seinna var framkvæmd vel heppnuð enduraðgerð með sams konar flipa. Sjúklingarnir fengu allir talventil með viðunandi árangri og voru farnir að nærast um munn að meðaltali sjö dögum eftir aðgerð. Fistlar eða þrengsli mynduðust ekki hjá neinum sjúklinganna.

Umræða: Aðgerðir á barkakýliskoki og vélindasvæði vegna krabbameins eru vegna flóknar starfsemi þessara líffæra vandasamar aðgerðir. Fimm ára lifun sjúklinga sem einungis fá geislameðferð við þessum sjúkdómi er um 20%. Með aðgerð eins og að ofan er lýst má búast við mun betri líflíki, eða allt að 50%. Vel heppnuð endursköpun koks og vélinda eykur mjög lífsgæði þessara sjúklinga og er mikilvægt við aðgerðir af þessum toga að til sé samhæft teymi háls-, nef og eyrnaskurðlækna og lýtalækna.

Sjúklingar með flöguþekjukrabbamein á þessu svæði hafa í öllum tilfellum fengið fulla geislameðferð fyrir aðgerð. Með flutningi frís flipa til endursköpunar fer vel gegnumblæddur vefur á svæði þar sem fyrir er geislaður vefur með lélega blóðræsing. Inngripid sem þarf til að ná sveifarflipanum er lítið miðað við frían ásgarnar-

flipa sem er ótvíraður kostur. Samkvæmt stóru erlendu uppgjöri eru fistlar og þrengingar algengari hjá sjúklingum með sveifarflipa en með ásgarnarflipa, en hjá okkar sjúklingum voru engir slíkar fylgikvillar. Í sama uppgjöri voru sýkingar og drep algengari í ásgarnarflípum, en við fengum drep í einn flipa í kjölfar sýkingar.

Við teljum að endursköpun koks með fríum sveifarflipa, sé góður kostur og vel framkvæmanlegur.

E 36 **Slagæðarof við olnbogaliðhlaup** **Hjalti Már Björnsson**, Sigurgeir Kjartansson

Frá skurðlækningadeild Sjúkrahúss Reykjavíkur
Fyrirspurnir: hmb@centrum.is

Æðasköddun við olnbogaliðhlaup er sjaldgæfur áverki. Árið 1985 hafði aðeins verið lýst 20 tilfellum í enskum fagbókmenntum. Af þeim hafði æðin verið saumuð hjá þremur með viðunandi árangri. Hnýtt var fyrir enda æða eða beðið án aðgerðar hjá sjö, þar af með viðunandi árangri hjá tveimur en ekki getið um árangur hinna fimm. Blááðaígræðslu í slagæð var fyrst lýst 1966 og var henni beitt hjá hinum 11 og er nú almennt viðtekin aðgerð vegna slagæðarofs án tillits til eðlis áverka.

Lýst er sjúkrasögu 23 ára manns sem fór úr olnbogaliði í fótbolta. Við komu á slysadeild fundust ekki púlsar í sveifarslagæð (a. radialis) eða upparmslagæð (brachialis) og því vaknaði grunur um að æð væri klemmd. Olnboga var kippt í liðinn á bráðamóttöku án erfiðleika og röntgenmynd sýndi engin merki um brot. Þar sem handleggur var kólnandi með dofa og fölva á fingrum var tekin æðamynd sem sýndi stíflaða upparmslagæð neðan við miðjan upphandlegg, en fylling sást við kvíslun hennar neðan við olnboga. Var æðin könnuð í aðgerð þar sem í ljós kom rof á slagæðinni og var efri hluti æðarinnar kraminn á um 7 cm bili. Tekinn var hæfilegur bútur af innanarmsbláæð (v. basilica) og saumaður viðsnúinn í upparmslagæð og fékkst þannig gott flæði og púls niður á úlnlið.

Á þriðja degi var vaxandi bjúgur með dofa fram í fingur með minnkandi dopplerpúls. Þar sem ljóst var að rýmishelkenni (compartment-) var hlaupið í handleggsvöðva var skurðurinn opnaður á ný, græðlingurinn snyrtur og æðin víkkuð neðan við tengingu. Jafnframt var gerð vöðvafellspretta (fasciotomia) á fram- og upphandlegg, æðagræðlingur þakinn með jarðarmensflipa og vöðvi á aftanverðum upphandlegg síðar þakinn með húðgræðlingi. Eftir meðferð var tíðndalaus með daglegri gæslu og háþrýstisúrefnisméðferð og við skoðun þremur mánuðum síðar varð ekki vart taugaskaða, lítið vantaði á hreyfingu í olnbogalið og höndin var vel blóðvædd.

E 37 **Fyrirburi með fyrirferð í lifur. Sjúkratilfelli**

Anna Gunnarsdóttir¹, Guðmundur Bjarnason²,
Kristrún R. Benediktsdóttir³, Atli Dagbjartsson⁴

Frá ¹handlækningadeild Landspítalans, ²Barnaspítala Hringins barnaskurðeild,
³Rannsóknastofu HÍ í meinafræði, ⁴Barnaspítala Hringins vökudeild.

Tuttugu og sex ára fjölbyrja leitaði á fæðingadeild Landspítalans eftir 36 vikna eðlilega meðgöngu vegna tveggja daga sögu um minnkandi fósturhreyfingar. Sónarskoðun leiddi í ljós gríðarstóra fyrirferð í kviðarholi fósturs. Eftir að barnið hafði verið tekið með keisaraskurði staðfesti tölvusneiðmynd af kviðarholi stóra fyrirferð í lifur, 8 cm í mesta þvermál. Æxlið var fjarlægð á fyrsta sólarhring með skurðaðgerð. Skurðbrúin á æxli voru ekki fríar. Í síðasta eftirliti 10 mánuðum eftir aðgerð var barnið almennt hraust og á tölvusneiðmynd sáust ekki merki um æxlisvöxt.

Lifraræxli eru afar sjaldgæf hjá börnum og eru um 2/3 þeirra illkynja. Erfitt reyndist að vefjagreina æxlið en þó virtist vera um að ræða góðkynja mesenchymal hamartoma.

Er það í fyrsta skipti sem slíkt greinist hérlendis.

Sjúkratilfellið verður kynnt og fjallað um mismunagreiningar.

E 38 **Áunnin fiskihúð. Sjúkratilfelli**

Theodór Ásgeirsson¹, Páll Helgi Möller¹, Hjörtur Gíslason¹,
Steingrímur Davíðsson²

Frá ¹handlækninga- og ²húð- og kynsjúkdómadeild Landspítalans
Fyrirspurnir: pallm@rsp.is

Paraneoplastísk heilkenni geta komið fram í ýmsum líffærakerfum svo sem innkirtlakerfi, taugakerfi, blóð og húð. Áunnin fiskihúð (ichthyosis) er eitt af mörgum paraneoplastískum heilkennum í húð sem getur sést í tengslum við illkynja sjúkdóma. Fimmtán prósent þeirra sem greinast með áunna fiskihúð hafa illkynja sjúkdóm, en algengastir þeirra eru Hodgkins sjúkdómur, önnur eitilfrumkrabbamein og kirtilfrumukrabbamein.

Hér er fjallað um 78 ára gamlan karlmann sem lagðist inn til aðgerðar vegna kirtilfrumukrabbameins í maga en hann hafði nokkurra mánuða sögu um megrun og slappleika. Síðar kom einnig í ljós að á sama tíma hafði sjúklingur tekið eftir vaxandi þurrki í húð. Eftir aðgerð var fengið álit húðsjúkdómalæknis og reyndist hér vera um dæmigerða fiskihúð að ræða en hún var mest áberandi á fótleggjum.

Meðferð beinist að einkennum sjúklings (húðþurrki) sem annars hverfa eftir því sem lengra líður frá brotnámi krabbameinsins. Okkar sjúklingur var meðhöndlaður með rakakremi en þurrkurinn hvarf á nokkrum vikum eftir aðgerð.

Mikilvægt er að vera vakandi fyrir paraneoplastískum heilkennum, því þau geta gefið grun um illkynja sjúkdóm. Hægt er að nota heilkenni til að fylgjast með klínískum gangi sjúkdóms.

E 39 **Húðþyrmandi brotnám brjóstis vegna krabbameins og tafarlaus endursköpun**

Sigurður E. Þorvaldsson¹, Þorvaldur Jónsson²

Frá ¹lytalækningadeild Landspítalans, ²skurðeild Sjúkrahúss Reykjavíkur
Fyrirspurnir: sthorval@rsp.is

Skurðaðgerðir við brjóstakrabbameini hafa þróast í átt til minna ágengra aðgerða. Þannig er hlutabrotnám (fleygskurður) með geislameðferð á eftirstæðan brjóstvef nú viðtekin meðferð, einkum við meðferð á litlum æxlum sem ekki eru miðlæg í brjósti. Miðlæg æxli, þó lítil séu, eða útbreitt setkrabbamein (carcinoma-in-situ) krefjast oftast fullkomins brjóstabrotnáms (mastectomy) ef öryggi á ekki að vera fórnað.

Síðustu ár hefur húðþyrmandi brotnám (skin-sparing mastectomy) verið viðurkenndur aðgerðarkostur hjá sjúklingum í þessum hópum sem óskað hafa eftir endursköpun brjóstis um leið og brotnám er gert. Húðþyrmandi brotnám innifelur að fjarlægður er vörtubaugur með geirvörtu og um það bil 5 mm af húð umhverfis vörtubaug auk alls brjóstkirtilvefs. Meginhluti brjóstahúðar er þannig skilinn eftir til að nota við endursköpunina. Valkostir þar eru þeir sömu og við síðbúna endursköpun, það er sílkoninnlegg, latissimus dorsi flipi eða TRAM flipi.

Líkega er enginn þáttur í endursköpun brjóstis þýðingarmeiri en húðin sem umlykur brjóstkirtilinn, mótar útlínu brjóstisins og skapar fellinguna þar sem brjóstið fellur frá brjóstveggnum.

Við höfum beitt þessari aðferð hjá tveimur sjúklingum þar sem

húðþyrmandi brottám var talinn öruggur kostur frá krabbameinslækningasjónarmiði. Báðir sjúklingarnir voru ungar grannholda konur með lítil brjóst. Þær voru fyrir aðgerð taldar hafa útbreitt setkrabbamein en lítinn eða engan ífarandi æxlispátt. Umfang sjúkdómsins í hlutfalli við brjóstastærð gaf ekki kost á fleygskurði. Þeim var því boðin húðþyrmandi brottámsaðgerð og endursköpun með sílfkoninnleggi undir brjóstvöðva í sömu aðgerð. Vefjarannsókn í báðum tilfellum staðfesti að brottámsaðgerðin var fullnægjandi.

Lokaorð: Í völdum tilfellum getur verið rétt að yfirvega húðþyrmandi brottám brjóst. Þessar aðgerðir eru enn eitt skref í þróun meðferðar við krabbameini í brjóstum. Að fullnægðum kröfum um krabbameinslækningu þá er endursköpun brjóst og tilraun til þess að skila sjúklingum aftur út í daglegt líf með sem eðlilegastan líkama krafa dagsins í dag.

E 40 Bráð hálsfellsbólga með drepi

Einar Ólafsson, Hannes Petersen

Frá háls-, nef og eyrnadeild Sjúkrahúss Reykjavíkur
Fyrirspurnir: hpet@shr.is

Bráðri hálsfellsbólgu með drepi (necrotising fasciitis) var fyrst lýst í tímaritsgrein árið 1952 sem sýkingu er breiðist út með fellslögum líkamans til dæmis á háлssvæði, en algengara er að sjá þessa sýkingu í kviðvegg eða í nára. Um er að ræða bakteríusýkingu sem breiðist hratt út eftir fellslögum háls en engin eiginleg ígerðar- (abscess) myndun verður. Oft er um að ræða fleiri en eina bakteríutegund. Mikil eyðilegging verður á því svæði sem sýkingin herjar á, ef ekki er gripið í taumana með videigandi meðferð. Skurðaðgerð er lyklatríði í að hindra útbreiðslu sýkingarinnar.

Lýst er þremur tilfellum sem greind hafa verið á háлs-, nef- og eyrnadeild Sjúkrahúss Reykjavíkur á síðastliðnum 10 árum. Um er að ræða eina konu og þrjá karlmenn. Farið verður í einkenni, greiningu og meðferð sjúkdómsins.

E 41 Meðferð æðaáverka til efri útlima

Brynhildur Eyjólfsdóttir, Georg Steinþórsson, Gunnar H. Gunnlaugsson

Frá æðaskurðlækningadeild Sjúkrahúss Reykjavíkur
Fyrirspurnir: brynhild@shr.is

Inngangur: Alvarlegir áverkar á meginæðum til efri útlims eru sjaldgæfir hér á landi.

Oft á tíðum eru þessir áverkar mjög alvarlegir og geta leitt til lífs-hættulegra blæðinga, eða blóðþurrðar og getur það valdið varanlegum skaða. Lýst verður þremur sjúkratilfellum, farið í greiningaraðferðir, meðferð og árangur.

Efniviður: *Sjúkratilfelli 1:* Nítján ára karlmaður sem við togáverka fékk lokun á A. axillaris og skaða á N. axillaris. Greindist eftir tvo mánuði, æðin saumuð saman með góðum árangri.

Sjúkratilfelli 2: Nítján ára karlmaður sem fékk skotsár efst á brjóstakassa, mánuði seinna greindist hann með falskan æðagúl og var gert við það með bláæðabút.

Sjúkratilfelli 3: Fjórutíu og eins árs karlmaður sem var stunginn með hnífi. Hlaut áverka á A. axillaris og töluverðan taugaskaða. Gert við æðina með bláæðabút og fékkst góð blóðrás á eftir.

Umræða: Umræddir áverkar eru sjaldgæfir á Íslandi, oftast er um að ræða yngra fólk. Með auknu ofbeldi má búast við að þessum áverkum komi til með að fjölga.

Notkun æðamyndatöku er mikilvæg til staðfestingar og staðsetningar áverka og gæti hugsanlega í völdum tilfellum verið notuð sem

meðferðartækni. Þegar þessir áverkar eru meðhöndlaðir snemma er varanleg örorka vegna blóðþurrðar sjaldgæf. Þrátt fyrir að aflímunartíðni sé mjög lág eftir viðgerð á æðaáverka er starfræn örorka oftast tengd meðfylgjandi taugaáverka.

E 42 Upphaf gerviliðaaðgerða í mjöðm á Íslandi

Ásgeir Guðnason¹, Höskuldur Baldursson¹, Þorvaldur Ingvarsson², Halldór Jónsson jr.¹

Frá ¹bæklunarskurðdeild Landspítalans, ²bæklunarskurðdeild Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri

Inngangur: Gerviliðaaðgerðir í mjöðm eru í dag algengustu og best þekktu bæklunarskurðaðgerðir í heiminum. Talið er að Smith Petersen í Boston hafi gert fyrstu gerviliðaaðgerðina árið 1923 með því að klæða glerbolla yfir liðkúluna, svokallaða „cup arthroplasty“. Árið 1938 komu vitallium málmþollar á markaðinn og varð notkun þeirra kjöraðgerð við slitgigt í mjaðmarliðum. Um 1950 kom Judet í Frakklandi með fyrsta hálfliðinn, sem var akrýlkúla á stilk. Í kjölfarið komu Austin Moore og Fred Thompson með stálkúlu á stilk. Þessar aðgerðir, svokallaðar „hemi-arthroplasty“, urðu kjörmeðferð við brot á lærleggshálsi. Fyrsta gerviliðaaðgerðin á Íslandi var gerð með vitallium bólla af prófessor Snorra Hallgrímssyni á Landspítalanum árið 1945. Fyrsta bæklunarskurðdeildin á Íslandi var opnuð á Landspítalanum árið 1972. Tilgangur rannsóknarinnar var að rekja þróun gerviliðaaðgerða á Íslandi frá upphafi og fram til 1972 og vekja athygli á breytingum tengdum brautryðjendum.

Efniviður og aðferðir: Farið var í gegnum handskrifaðar innlagnar- og aðgerðarbækur sem varðveittar eru á Landspítalanum. Þessu til staðfestingar var farið í gegnum sambærileg læknaþríf. Auk þess var haft samband og rætt við lækna og aðstandendur sem muna eftir og varðveita minningar og gögn frá þessum tíma.

Niðurstöður: Verða kynntar á þinginu.

E 43 Tvö tilfelli af þvagfæraskurðdeildinni. Bleikfrumuæxli í báðum nýrum og þvagálsstífla vegna rauðkyrningsiferðar

Geir Tryggvason¹, Birna Guðmundsdóttir², Eiríkur Jónsson², Ársæll Kristjánsson², Hafsteinn Guðjónsson³, Óskar Einarsson⁴, Magnús Lúðvíksson⁵, Sigfús Nikulásson⁶, Jón Gunnlaugur Jónasson⁶

Frá ¹læknadeild HÍ, ²þvagfæraskurðdeild Sjúkrahúss Reykjavíkur, ³þvagfæraskurðdeild Sjúkrahúss Akraness, ⁴lyflækningadeild Sjúkrahúss Reykjavíkur, ⁵röntgendeild Sjúkrahúss Reykjavíkur, ⁶Rannsóknastofu HÍ í meinafræði
Fyrirspurnir: geirt@centrum.is

Bleikfrumuæxli (oncocytopoma) er góðkynja æxli í nýra sem hefur svipað útlit og nýrnafrumkrabbamein á myndgreiningu. Afar sjaldgæft er að hafa slík æxli í báðum nýrum hvað þá fleira en eitt í hvoru nýra (multifocal). Lýst er tilfelli 67 ára gamalls karlmans með slíkan fund og fór hann í hlutabrottnám á vinstra nýra en æxlin í hægri nýra skilin eftir þegar ljóst var á sýnatökum í aðgerð að um góðkynja æxli var að ræða.

Eósínfílkils þvagálsbólga er afar sjaldgæft ástand og er lýst tilfelli 62 ára karlmans með blóðmigu og síðuverki frá vinstri þvagálsstíflu nærri þvagblöðru. Hann fór í hlutabrottnám á þvagálnum og endurtengingu á þvagál í blöðru. Meinafræðiskoðun leiddi í ljós rauðkyrningsiferð í þvagálinn sem orsakaði umrædda stíflu.

Ofanefndum tilfellum er lýst og gerð grein fyrir algengi þeirra á heimsvísu.