

## ERINDI

## E 01 Rafeyðing á hvekk um þvagrás – reynsla á handlækningadeild FSA Valur Þór Marteinsson

Handlækningadeild FSA

**Inngangur:** Algengasta skurðaðgerð við hvekkauka hefur verið hvekkurnám um þvagrás („TURP“). Reynt hefur verið að gera endurbætur á þeirri tækni og ein þeirra er svokölluð rafeyðing (electrovaporization) á hvekk um þvagrás (RÁHUP). Aðferðin var fyrst kynnt árið 1993 og tekin í notkun á FSA 1997. Tilgangur rannsóknarinnar var að kynna hina nýju tækni, kanna öryggi, fylgikvilla og árangur aðgerðarinnar fyrstu fimm árin.

**Efniviður og aðferðir:** Sjúkrskrár allra sjúklinga er undirgengust RÁHUP (af greinarhöfundi) á h-deild FSA á tímabilinu 1997-2001 voru yfirfarnar. Um var að ræða 36 sjúklinga og hjá 22 (61%) var þvagteppa aðalábending aðgerðar. Þrjú sjúklingar höfðu þekkt illkynja æxli í hvekk. Aðgerðin var framkvæmd í mænu- eða utanbastsdeyfingu. Notuð voru hefðbundin speglunartæki til aðgerðar á hvekk, en í stað skurðlykkju var notað sérstakt kefli/hjól (rollerball) sem rennt var eftir vefnum. Straumstyrkur var á bilinu 250-300 W. Hjá 18 (50%) sjúklingum var einnig skorinn vefur með skurðlykkju í lok aðgerðar (samlokuaðgerð). Við tölfraðilega úrvinnslu var notast við forritið Excel®.

**Niðurstöður:** Meðalaldur sjúklinga var 76,8 ár (bil 56-94) og miðtala áhættuflokks (ASA) var II. Heildarfjöldi legudaga var 5,3 dagar að meðaltali og 3,5 dagar (miðtala 3) eftir aðgerð. Aðgerðartími var 29,3 mín. að meðaltali (bil 13-46) og 8,3 gr af hvekkvef voru fjarlægð að meðaltali þegar vefur var líka skorinn. Enginn sjúklingur dó < 30 daga frá aðgerð. Allir útskrifuðust. Enginn þurfti á blóðgjöf að halda í eða eftir aðgerð og engin enduraðgerð var < 30 daga. Fjórir (11%) fengu fylgikvilla < 4 vikna (blóðmiga, þvagteppa, þvagfærasýking 2) og tveir (5,5%) þurftu síðar að undirgangast blöðruhálsskurð um þvagrás sökum blöðruhálsprensla (annar með æxlisvöxt). Tveir (5,5%) sjúklingar með staðfest illkynja æxli í hvekk hafa viðvarandi þvagteppu.

**Ályktun:** RÁHUP sýnist vera örugg og tæknilega góð aðgerð ein sér eða sem samlokuaðgerð. Enginn skurðdauði var og blóðgjafir reyndust óþarfar. Fylgikvillar voru fáir og engir alvarlegir. Árangur er sambærilegur við erlendar rannsóknir.

## E 02 Hvekkurnám eða rafeyðing á hvekk um þvagrás: samanburður á aðgerðarþáttum og skammtíma fylgikvillum

Valur Þór Marteinsson

Handlækningadeild FSA

**Inngangur:** Algengasta skurðaðgerð við hvekkauka hefur verið hvekkurnám um þvagrás (HUP, “TURP”). Reynt hefur verið að gera endurbætur á þeirri tækni og ein þeirra er svokölluð rafeyðing (electrovaporization) á hvekk um þvagrás (RÁHUP). Tilgangur rannsóknarinnar var að bera saman HUP við RÁHUP með tilliti til aðgerðarþátta, legutíma og skammtíma fylgikvilla.

**Efniviður og aðferðir:** Sjúkrskrár allra sjúklinga er undirgengust RÁHUP (hópur A=34 sjúklingar) á H-deild FSA á tímabilinu 1997-2001 og HUP (hópur B=48 sj.) á tímabilinu 01.04. '95-31.01. '96 voru yfirfarnar. Sjúklingar er áður höfðu greinst með illkynja æxli í hvekk voru útilokaðir. Aðgerðin var framkvæmd í mænu- eða utanbastsdeyfingu. Notast var við hefðbundin speglunartæki með skurðlykkju til HUP, en í stað skurðlykkju var notað sérstakt kefli/

hjól (rollerball) við RÁHUP sem rennt var eftir vefnum. Hóparnir voru sambærilegir hvað varðaði aldur og áhættuflokk (ASA). Við tölfraðilega úrvinnslu var notast við forritið Excel® og marktækt miðaðist við p-gildi <0,05.

**Niðurstöður:** Heildarfjöldi legudaga var 5,4 í hópi A og 8,6 í hópi B (meðaltal, p=0,0001) og fjöldi legudaga eftir aðgerð var líka styttri hjá hópi A en B (3,6 á móti 6,5 dögum, p=0,0005). Ekki var marktækur munur á aðgerðartíma (29,7 mín. í hópi A, 27,5 mín. í hópi B). Enginn sjúklingur dó < 30 daga frá aðgerð. Enginn sjúklingur þurfti á blóðgjöf að halda í eða eftir aðgerð í hópi A, en þrjú (6,2%) í hópi B. Fimm (14,7%) sjúklingar í hópi A fengu fylgikvilla < 6 vikna (blóðmiga, þvagteppa, blöðruhálsprensla, þvagfærasýking 2 sjúklingar), en tveir (8,3%) í hópi B (blóðmiga, þvagfærasýking).

**Ályktun:** RÁHUP og HUP sýnast vera sambærilegar hvað varðar aðgerðartíma og fylgikvilla í heildina tekið, en legutími var lengri við HUP. Í hvorugum hópnunum dóu sjúklingar < 30 daga frá aðgerð. Fylgikvillar voru fáir og engir alvarlegir. Blæðingarhætta er minni eftir RÁHUP og getur því hugsanlega verið vænlegri kostur hjá áhættumeiri sjúklingum.

## E 03 Bleikfrumuæxli (oncocyttoma) í nýrum greind á Íslandi 1984-2001

Tómas Guðbjartsson<sup>1,3</sup>, Ásgeir Thoroddsen<sup>1</sup>, Sverrir Harðarson<sup>4,5</sup>, Vigdís Pétursdóttir<sup>1</sup>, Kjartan Magnússon<sup>6</sup>, Þorsteinn Gíslason<sup>1</sup>, Guðmundur V. Einarsson<sup>1,5</sup>

<sup>1</sup> Þvagfæraskurðeild og <sup>2</sup> krabbameinslækningadeild Landspítala Hringbraut, <sup>3</sup> skurðeild Brigham Harvard sjúkrahússins í Boston, <sup>4</sup> rannsóknastofa Háskóla Íslands í meinafræði, <sup>5</sup> læknaeild Háskóla Íslands.

**Inngangur:** Bleikfrumuæxli eru sjaldgæf æxli í nýrum sem erfitt getur verið að aðgreina frá nýrnakrabbameini. Klínísk hegðun þeirra er oftast góðkynja enda þótt meinvörpum frá þeim hafi verið lýst. Þessi rannsókn er hluti af viðamikilli rannsókn á æxlum í nýrum sem greinst hafa á Íslandi frá árinu 1955. Markmið rannsóknarinnar er að kanna nýgengi þessara æxla hér á landi og athuga klíniska hegðun þeirra með sérstaka áherslu á lífshorfur sjúklinga eftir greiningu.

**Efniviður og aðferðir:** Rannsóknin er afturskyggn og nær til allra Íslendinga sem greindust með bleikfrumuæxli í nýrum á tímabilinu 1984-2001. Farið var yfir vefjasýni allra illkynja nýrnaæxla á þessu tímabili og klínískar upplýsingar fengnar úr sjúkraskrá, dánar-meina- og þjóðskrá.

**Niðurstöður:** Frá 1984-2001 greindust 38 sjúklingar með bleikfrumuæxli á Íslandi (nýgengi 0,7/100.000 ári) sem er 6% greindra nýrnafrumukrabbameina á sama tímabili. Meðalaldur var 71 ár (bil 52-86 ár) og kynjaskipting jöfn. Flestir (65%) sjúklinganna greindust fyrir tilviljun, oftast við myndrannsóknir á kviði (91%). Blóðmiga, kviðverkir og þyngdartap leiddu til greiningar hjá sjö sjúklingum (19%). Sex sjúklingar (16%) greindust við krufningu. Blóðgildi og sökk voru eðlileg í öllum tilvikum nema hjá tveimur sjúklingum sem höfðu vægt hækkað sökk. Allir sjúklingarnir voru á Robson-stigi I nema einn sem greindist á stigi II. Meðalstærð æxlanna var 4,7 cm (bil 1,4-10 cm) og ekki marktækur munur á hægri (n=17) og vinstra nýra (n=13) (p>0,1). Enginn sjúklinganna hefur greinst með meinvörp við eftirlit. Af 32 sjúklingum sem greindust á lífi eru tíu dánir, allir vegna óskyldra sjúkdóma. Fimm- og 10-ára lífshorfur (hráar) reyndust 73% og 65%. Allir sjúklingarnir gengust undir skurðaðgerð þar sem æxlið var fjarlægð, þar af tveir undir hlutabrottnám en annar þeirra lést á 2. degi eftir aðgerð.

**Ályktun:** Bleikfrumuæxli eru sjaldgæf nýrnaæxli. Þau greinast oftast fyrir tilviljun við myndrannsóknir á kviði. Bleikfrumuæxli vaxa yfirleitt ekki út fyrir nýrað og horfur sjúklinga eru afar góðar. Niðurstöður okkar renna stöðum undir það álit að bleikfrumuæxli beri frekar að flokka með góðkynja æxlum en nýrnakrabbameinum.

#### E 04 Hlutabrottnám á nýra vegna nýrnafrumukrabbameins á Íslandi

Ásgeir Thoroddsen<sup>1</sup>, Guðmundur Víkar Einarsson<sup>1,2</sup>, Þorsteinn Gíslason<sup>1</sup>, Guðmundur Geirsson<sup>1</sup>, Eiríkur Jónsson<sup>1</sup>, Tómas Guðbjartsson<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Þvagfæraskurðeild Landspítala Hringbraut, <sup>2</sup>Læknadeild Háskóla Íslands, <sup>3</sup>Skurðeild Brigham Harvard sjúkrahússins í Boston

**Inngangur:** Nýrnabrottnám (radical nephrectomy) er hefðbundin meðferð staðbundins nýrnafrumukrabbameins. Við hlutabrottnám á nýra (partial nephrectomy) er hluti nýrans með æxlinu fjarlægður. Áður fyrr var aðgerðinni aðallega beitt við sjúklinga með skerta nýrnastarfsemi og þannig reynt að forða þeim frá blóðskilun með því að hlífa starfhæfum nýrnavef. Á síðustu 15 árum hefur hlutabrottnám á nýra í vaxandi mæli verið beitt í meðferð sjúklinga með eðlilega nýrnastarfsemi. Ein helsta skýringin er aukinn fjöldi tilviljanagreindra nýrnaæxla sem greinast við myndrannsóknir á kviðarholi. Árangur hlutabrottnáms hefur verið mjög góður erlendis en aðgerðin er tæknilega krefjandi og hætta á blæðingu og endurkomu krabbameins aukin. Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna tíðni og árangur þessara aðgerða hér á landi.

**Efniviður og aðferðir:** Rannsóknin er afturvirk og nær til allra sem gengust undir hlutabrottnám á nýra vegna nýrnafrumukrabbameins á Íslandi 1971-2001. Upplýsingar fengust úr sjúkraskrá, vefjasvörum og krabbameinsskrá KÍ. Kannaður var fjöldi aðgerða, ábendingar, afdrif sjúklinga eftir aðgerð og endurkoma krabbameinsins.

**Niðurstöður:** Frá 1971-2001 gengust 605 sjúklingar undir skurðaðgerð á nýra á Íslandi af 907 greindum með nýrnafrumukrabbamein. Fimmtán þessara aðgerða voru hlutabrottnám (4 konur og 11 karlar), allar framkvæmdar eftir 1991. Ábendingar aðgerða voru; skert nýrnastarfsemi í hinu nýranu (n=5), eitt nýra (n=4) og lítil randstæð æxli (< 4 cm) (n=4). Í tveimur tilvikum var talið að um góðkynja hnút væri að ræða. Ellefu sjúklingar greindust fyrir tilviljun. Meðalaðgerðartími var 200 mínútur og blæðing 690 ml (300-2000 ml). Meðalstærð æxlanna var 2,9 cm (1-5,5 cm). Tólf (80%) sjúklinganna voru með sjúkdóm á Robson-stigi I (Robson), tveir á stigi II og einn á stigi IV. Smjásjárskoðun á æxlunum leiddi í ljós hreinar skurðbrúnir í 12 tilvikum en hjá þremur sjúklingum fannst krabbamein í skurðbrúnum. Þrjú greindust með endurkomu krabbameins í nýranu (8, 15 og 15 mánuðum frá aðgerð) og gengust undir nýrnabrottnám. Af þeim voru tveir með æxlisvöxt í skurðbrúnum. Tveir sjúklingar voru teknir aftur til aðgerðar vegna blæðingar. Annar þeirra lést 9 dögum frá aðgerð vegna hjartabilunar og losts sem var rakið til blæðingarinnar. Aðrir fylgikvillar voru sýking í kviðarholi (n=1) og lungnabólga (n=1). Legutími var sex dagar (bil 3-57 dagar). Af 15 sjúklingum eru 11 á lífi í dag, þar af 10 án merkja um nýrnafrumukrabbamein.

**Ályktun:** Reynsla af hlutabrottnámi vegna nýrnafrumukrabbameins hér á landi er takmörkuð og bundin við síðasta áratug. Aðgerðin hefur oftast verið framkvæmd hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi og í þeim hópi er hætta á blæðingum og endurkomu krabbameins aukin.

mein í skurðbrúnum (20%) er vandamál sem mikilvægt er að fyrirbyggja, til dæmis með frystiskurði í aðgerð.

#### E 05 Róttækt nýra- og þvagálsnám með kviðsjárspeglun og aðstoð handar. Sjúkratilfelli

Valur Þór Marteinsson, Sigurður Albertsson

Handlækningadeild FSA

Róttækt nýra- og þvagálsnám með opinni aðgerð hefur fram á þessu verið hefðbundið meðferðarúrræði hjá sjúklingum með illkynja æxli í efri þvagfæraþekju. Aðgerðin er yfirleitt gerð með einum löngum kviðarholsskurði eða tveimur aðskildum holskurðum og er umfangsmikil fyrir sjúkling. Kynnt er sjúkratilfelli þar sem 70 ára gamall sjúklingur greindist með nýjan æxlisvöxt á tveimur stöðum í vinstri þvagál og eitt í nýraskjóðu sömu megin. Áður hafði hann undirgengist hlutanám vinstri þvagáls (neðri hluta) sökum illkynja æxlisvaxtar, auk blöðruæxlisnáms um þvagrás. Sökum alvarlegs lungnasjúkdóms var brýnt að minnka áhættu væntanlegrar aðgerðar hið allra mesta. Ekki var sýnt fram á meinvörp fyrir aðgerð. Framkvæmt var róttækt nýra- og þvagálsnám með kviðsjárspeglun og aðstoð handar (hand-assisted laparoscopic nephroureterectomy) gegnum lítinn skurð neðan nafla, en þar var komið fyrir sérstöku plastgati fyrir hönd skurðlæknis þannig að hægt var að nota handaraðstoð við kviðsjáraðgerðina. Sama gat var aftur notað til að losa um neðsta hluta þvagáls auk brottnáms líffæris í lok aðgerðar. Gangur eftir aðgerð varð góður og heilsaðist sjúklingi vel í kjölfarið. Meinafræðirannsókn staðfesti illkynja æxlisvöxt (Ta, GI) og engin merki saust um meinvörp við aðgerð. Sýnt verður myndband úr aðgerðinni sem og uppsetning á þessari tegund aðgerða. Rætt verður um hugsanlega kosti og galla þessarar aðgerðar í samanburði við aðrar kviðsjárspeglunaraðgerðir eða hefðbundnar opnar aðgerðir.

Eftir því sem næst verður komist er um fyrstu aðgerð sinnar tegundar að ræða hérlendis við slíkum sjúkdómi.

#### E 06 Illkynja æxli í efri þvagvegáþekju á H-deild FSA 1978-2001

Valur Þór Marteinsson, Shree Datye

Handlækningadeild FSA

**Inngangur:** Illkynja æxli í efri þvagvegáþekju (IÆEPP) eru yfirleitt talin um 5% illkynja þvagþekjuæxla. Tilgangur rannsóknarinnar var að athuga einkenni, greiningaraðferðir, stigun, meðferð og afdrif sjúklinga sem til meðferðar komu á H-deild FSA á 23 ára tímabili.

**Efniviður og aðferðir:** Farið var yfir sjúkraskrár allra sjúklinga sem greinst höfðu með IÆEPP á H-deild FSA á tímabilinu 1978-2001. Alls var um að ræða 10 sjúklinga og einn þeirra greindist tvívegis með æxli sömu megin (ellefu sjúkdómar).

**Niðurstöður:** Meðalaldur sjúklinga var 69,5 ár (bil 40-86 ára). Í sjö (64%) tilfellum var blöðmiga aðaleinkenni og fjórir höfðu síðu- eða kviðverki. Fimm höfðu áður haft einkenni um þvagfærasteina. Frumuskoðun þvags var tekin hjá sex sjúklingum og var neikvæð með tilliti til æxlisvaxtar hjá öllum. Í níu (82%) tilfellum var æxlisvöxtur bundinn við vinstra þvagvegakerfið. Tveir (18%) sjúklingar höfðu áður fengið æxlisvöxt í þvagblöðru og fjórir (36%) í kjölfar aðgerðar. Enginn greindist með meinvörp fyrir aðgerð, en einn

sjúklingur greindist fyrir tilviljun með IÆEPP samtímis og hann undirgekkst róttækt nýranám sökum illkynja æxlis í nýra. Nýra- og þvagálsnám var framkvæmt með opinni aðgerð hjá fimm sjúklingum og hjá einum með kvíðsjártækni og aðstoð handar, fjórir fóru í nýra- og hlutanám þvagáls og í einu tilfelli var gert hlutanám þvagáls. Enginn dó á fyrsta mánuði eftir aðgerð. Sjúklingarnir reyndust hafa eftirfarandi T-stigun: T4=2, T3=3, T2=2, T1=1, Ta=3. Æxlisvöxtur var af gráðu I hjá einum sjúklingi, gráðu II hjá sjö og III hjá þremur. Fjórir höfðu  $\geq 2$  æxli sömu megin. Tveir fengu geislameðferð í kjölfar aðgerðar og annar þeirra líka lyfjameðferð. Fjórir (36%) sjúklingar létust úr sjúkdómnum 1-4 mánuðum eftir aðgerð sökum meinvarpa og voru allir með T3-4 sjúkdóm.

**Ályktun:** IÆEPP eru fátíð á FSA og horfur sjúklinga með slík æxli ráðast mest af stigun sjúkdóms við greiningu. Sjúkdómurinn er oft fjölhreiddra. Blóðmiga er algengasta einkennið. Erfitt reyndist að greina meinvörp fyrir aðgerð. Enginn skurðdaudi var á þessu tímabili.

#### E 07 Rafkver Vals um þvagfærasjúkdóma Valur Þór Marteinnsson

Handlækningadeild FSA

Mjög hefur færst í vöxt á undanförunum árum að hafa læknisfræðilegt efni aðgengilegt á tölvutæku eða rafrænu formi og þá sérstaklega á netinu. Höfundur mun kynna „Rafkver Vals um þvagfærasjúkdóma“ sem í fyrstu verður aðgengilegt öllu starfsfólki FSA á innraneti sjúkrahússins. Aðaltilgangurinn er sá að þeir sem á þurfa að halda fræðslu eða upplýsingum um sjúkdóma í þvagfærum geti opnað kverið hvenær sem er á rafrænu formi og þá frekar leyst vandamál þau er þeir glíma við í daglega starfi. Efnid er skrifað með læknanema og kandidata í huga þótt aðrar heilbrigðisstarfstettir geti vafalaust nýtt sér kverið. Leiðbeiningar eru varðandi greiningu og meðferð flestra algengustu og nokkurra fátíðari göðkynja sjúkdóma í þvagfærum. Þungamiðjan er hnitmiðaður texti auk skýringarmynda. Efnid verður endurnýjað (uppfært) með reglulegu millibili eftir því sem reynslan sýnir auk þess sem tekið verður mið af faglegum framförum innan þvagfæralækninga. Sömuleiðis er vonast til þess að rafkverið auki áhuga læknanema og annars heilbrigðisstarfsfólks á hinum fjölbættu sjúkdómum sem heyra undir þvagfæralækningar í dag.

#### E 08 Stigun á krabbameini í blöðruhálskirtli; skilvirk skráning þvagfæraskurðlækna

**Eiríkur Jónsson**<sup>1</sup>, Ársæll Kristjánsson<sup>1</sup>, Baldvin P. Kristjánsson<sup>1</sup>, Egill Jacobsen<sup>1</sup>, Geir Ólafsson<sup>1</sup>, Guðjón Haraldsson<sup>1</sup>, Guðmundur V. Einarsson<sup>1</sup>, Guðmundur Geirsson<sup>1</sup>, Hafsteinn Guðjónsson<sup>1</sup>, Ólafur Örn Arnarson<sup>1</sup>, Valur Þór Marteinnsson<sup>1</sup>, Þorsteinn Gíslason<sup>1</sup>, Laufey Tryggvadóttir<sup>2</sup>, Kristín Bjarnadóttir<sup>2</sup> og Jón Gunnlaugur Jónasson<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Þvagfæraskurðlækningadeild Landspítala Hringbraut, Félag íslenskra þvagfæraskurðlækna, <sup>2</sup>Krabbameinsskrá Krabbameinsfélags Íslands\*.

**Inngangur:** Nýgengi krabbameins í blöðruhálskirtli hefur aukist verulega síðastliðna tvo áratugi. Mikilvægt er að skrá ekki einvörðungu tilfellið í Krabbameinsskrána heldur einnig greiningarstig krabbameinsins. Til þess að svo megi vera þarf samvinnu við lækna og skilvirkt skráningarferli.

**Efniviður og aðferðir:** Krabbameinsskrá KÍ hefur í samvinnu við þvagfæraskurðlækna skráð greiningarstig þeirra sem greinst hafa

með krabbamein í blöðruhálskirtli frá 1998. Stigunin byggir á TNM flokkunarkerfinu frá 1997.

**Niðurstöður:** Árin 1998, 1999 og 2000 greindust samtals 457 einstaklingar með krabbamein í blöðruhálskirtli og hafa 440 eða 96% verið stigaðir. Af þessum hópi reyndust 64% hafa staðbundið krabbamein (T1a-T2b), 17% með vöxt út fyrir líffærið (T3) og 19% með dreifingu til eitla eða beina (N+ eða M+). Ef þessar niðurstöður eru bornar saman við karlmenn sem greindust á tímabilinu 1983-87 er árlegur fjöldi sjúklinga sem greinast með útbreiddan sjúkdóm, miðað við aldurstaðlað nýgengi, nær óbreyttur en fjöldi karlmanna með staðbundinn sjúkdóm hefur aukist um tæp 60%.

**Ályktanir:** Skilvirk skráning á greiningarstigi krabbameins í blöðruhálskirtli hefur tekist með ágætum og varpar slík skráning mun glegggra ljósi á sjúkdóminn í íslensku samfélagi samanborið við einfalda tilfellskráningu.

#### E 09 Þvagleki meðal íslenskra kvenna – faraldsfræðileg rannsókn Guðmundur Geirsson, Guðmundur Vikar Einarsson, Eiríkur Orri Guðmundsson og Þorsteinn Gíslason

Þvagfæraskurðeild Landspítala Hringbraut

**Inngangur:** Markmið rannsóknarinnar var að kanna tíðni, tegundir og meðferð þvagleka meðal íslenskra kvenna. Einnig var markmiðið að kanna tengsl þvagleka við aldur, félagsleg áhrif og lífsgæði.

**Efniviður og aðferðir:** Þátttakendur voru 10.000 konur á aldrinum 30-75 ára, valdar með tilviljun úr þjóðskrá. Sendur var póstlisti með spurningum til þátttakenda ásamt bréfi þar sem tilgangur rannsóknarinnar var útskýrður. Hringt var í þær sem ekki höfðu svarað og þeim boðið að svara spurningum í gegnum síma. Notast var við staðfærðan alþjóðlegan spurningalista (ICI-SF) auk spurninga tengdum kostnaði og meðferð. Gallup sá um framkvæmd rannsóknarinnar í samvinnu við höfunda.

**Niðurstöður:** Svarhlutfall var 75,1%. Síðasta mánuð höfðu 38,4% fundið fyrir þvagleka, 18,7% 2-3svar í viku eða oftar. Áreynsluleki er langalgengastur sérstaklega meðal yngri kvenna. Tíðni bráðaleka eykst mikið með aldri. Flestar lýsa litlum leka (81,3%) en magnið eykst með aldri. Þvagleki hafði áhrif á daglegt líf 28,4% kvennanna. Þó aðeins lítill hluti svarenda hefðu hlotið meðferð hafði meðferðin sem oftast var skurðaðgerð góð áhrif.

**Ályktanir:** Tíðni þvagleka er mjög há meðal íslenskra kvenna, hærrí en mælist í flestum erlendum könnunum. Tíðnin eykst með aldri, sérstaklega bráðaleki. Sjúkdómurinn hefur áhrif á daglegt líf fjölda kvenna. Hlutfallslega fáar konur leita sér meðferðar þótt í flestum tilvikum hafi hún góð áhrif.

#### E 10 Þvagleki meðal íslenskra kvenna – Kostnaður af völdum þvagleka Eiríkur Orri Guðmundsson, Guðmundur Geirsson, Guðmundur Vikar Einarsson og Þorsteinn Gíslason

Þvagfæraskurðeild Landspítala Hringbraut

**Inngangur:** Markmið rannsóknarinnar var að kanna fjárhagsleg áhrif og kostnað af völdum þvagleka meðal íslenskra kvenna.

**Efniviður og aðferðir:** Þátttakendur voru 10.000 konur á aldrinum 30-75 ára, valdar með tilviljun úr þjóðskrá. Sendur var póstlisti með spurningum til þátttakenda ásamt bréfi þar sem tilgangur rannsóknarinnar var útskýrður. Hringt var í þær sem ekki höfðu svarað og þeim boðið að svara spurningum í gegnum síma. Notast var við

staðfærðan alþjóðlegan spurningalista (ICI-SF) auk spurninga tengdum kostnaði og meðferð. Gallup sá um framkvæmd rannsóknarinnar í samvinnu við höfunda.

**Niðurstöður:** Svarhlutfall var 75,1%. Síðasta mánuð höfðu 38,4% fundið fyrir þvagleka, 18,7% 2-3svar í viku eða oftár. Flestar lýsa litlum leka (81,3%) en magnið eykst með aldri. Þvagleki hafði áhrif á daglegt líf 28,4% kvennanna. 24,0% kvennanna notuðu einhvers konar vörn gegn þvagleka, flestar dömubindi eða annars konar buxinnlegg, þar af skiptu 8,5% um vörn 4-5 sinnum á dag eða oftár. Meðalkostnaður kvennanna vegna þvagleka nemur 814 kr. ( $\pm 815$  kr.) í hverjum mánuði, en 2.322 kr. ( $\pm 1613$  kr.) hjá þeim sem telja sig hafa mikinn þvagleka. Heildarkostnaður allra kvenna á Íslandi 20 ára og eldri vegna þvagleka er rúmlega 444 milljónir króna á ári. Heildarkostnaður af völdum þvagleka á Íslandi er áætlaður minnst 1.000 milljónir króna á ári.

**Ályktanir:** Kostnaður af völdum þvagleka á Íslandi er mjög hár, en sambærilegur við það sem gerist í nágrannalöndum okkar.

#### E 11 Skurðaðgerðir við launeista á Barnaspítala Hringins 1970-1993 Anna Gunnarsdóttir<sup>1</sup>, Drifa Freysdóttir<sup>2</sup>, Þráinn Rósmundsson<sup>3</sup>, Guðmundur Bjarnason<sup>4</sup>, Jónas Magnússon<sup>4,5</sup>, Tómas Guðbjartsson<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Skurðeild háskólasjúkrahússins í Malmö, <sup>2</sup>barnaeild Baylor háskólasjúkrahússins í Texas, <sup>3</sup>barnaskurðeild Barnaspítala Hringins, <sup>4</sup>handlækningadeild Landspítala Hringbraut, <sup>5</sup>læknadeild Háskóla Íslands, <sup>6</sup>skurðeild Brigham-Harvard sjúkrahússins í Boston

**Inngangur:** Launeista er algengur meðfæddur galli hjá drengjum og eru helstu fylgikvillar ófrjósemi og krabbamein í eistum. Tilgangur þessarar rannsóknar var að kanna árangur aðgerða vegna launeista á Barnaspítala Hringins og hverjir sjúklinganna höfðu greinst með krabbamein í eistum.

**Efniviður og aðferðir:** Rannsóknin er afturvirk og nær til 593 sjúklinga sem fengu greininguna launeista eða gengust undir launeista-aðgerð á Barnaspítala Hringins á tímabilinu 1. janúar 1970 til 31. desember 1993. Upplýsingar fengust úr sjúkraskrá, meðal annars um fæðingarþyngd, aldur við greiningu og aðgerð, staðsetningu eistans og fylgikvilla. Með upplýsingum úr krabbameinsskrá KÍ var athugað hverjir höfðu greinst með eistnakrabbamein fram til 31. desember 2000.

**Niðurstöður:** Meðalfæðingarþyngd var 3464 gr, þar af 58 (10%) með fæðingarþyngd  $\leq 2500$  gr. Meðalaldur við greiningu var 3,1 ár (bil 0-14 ár) og við aðgerð 7,6 ár (bil 0-34 ár). Launeista var algengara hægra megin (61%) ( $p < 0.01$ ) en 18% drengjanna voru með launeista beggja vegna. Við aðgerð var eistað staðsett í nárangangi í 50% tilvika, í kviðarholi hjá 10% sjúklinga og í 34% tilvika utan leiðar (ectopisk). Fylgikvillar sáust eftir 29 (5%) aðgerðir þar sem blóðgúll (2,7%) og skurðsýking (1,2%) voru algengastar. Rúmur helmingur (52%) drengjanna reyndust einnig hafa nárvíðslit. Af 593 sjúklingum hafa tveir greinst með krabbamein í eistum, báðir með fósturvísiskrabbamein, 13 og 14 árum eftir launeista-aðgerð.

**Ályktanir:** Árangur launeista-aðgerða er góður í þessari rannsókn. Umtalsverð töf (4,5 ár frá greiningu) er á meðferð launeista hér á landi en yfirleitt er mælt með aðgerð fyrir tveggja ára aldur til að fyrirbyggja ófrjósemi og eistnakrabbamein síðar á ævinni. Í þessari rannsókn var hlutfall þeirra sem greindust með eistnakrabbamein þó mjög lágt, eða 0,3 %.

#### E 12 Meðferð TS sjúklinga á Íslandi með skurðaðgerð

Jens Kjartansson<sup>1</sup>, Eiríkur Jónsson<sup>1</sup>, Tómas Jónsson<sup>1</sup>, Jens A. Guðmundsson<sup>1</sup>, Gunnar Herbertsson<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Landspítali Hringbraut, <sup>2</sup>St Jósefsspítali

**Aðferðir:** „Transsexualism“ er alvarlegasta og óafturkræfasta brenglunin á „gender identity“ (kynvitund). Að tilstuðlan áhuga-fólks um gender disorder stofnaði Landlæknir vinnuhóp um „Transsexual“ sjúkdóminn sem leiddi síðar til skipunar nefndar um kynskipti-aðgerðir. Framkvæmdar hafa verið tvær aðgerðir þar sem einum karli var breytt í konu og einni konu í mann. Árið 1997 var ákveðin aðgerð á konu á þrítugsaldri sem hafði öll einkenni um transsexual sjúkdóm og hafði farið klakklaust í gegnum undirbúningsferlið.

Aðgerðin var framkvæmd í fimm stigum. 1) Leg- og eggjastokka-úrnám og eggjaleiðarabrottnám, 2) Brottnám brjósta undir húð, 3) Flipamótun þar sem notast var við húð- og undirhúðarflipa og náraflipa til myndunar getnaðarlíms ásamt þvagrás. Flipinn er stilkadur og nýtur blóðflæðis frá superficial circumflex iliac artery á meðan hann er í biðfasa (14 daga), 4) Flipinn skilinn frá stofni og nýtur eingöngu dreifðs blóðflæðis frá lífbeinssvæði, 5) Komið fyrir eistafyllingu í stærri skapabörnum.

Árið 2002 var framkvæmd aðgerð á karlmanni á þrítugsaldri sem sömuleiðis hafði staðföst einkenni um transsexual sjúkdóm og hafði verið í kvenhlutverki og fengið hormónamedferð í rúmt ár.

Aðgerðin var framkvæmd í tveimur stigum. 1) Í fyrstu var opnað í spöng milli endaparms og pungs, myndað rými milli endagarnar og blóðruhálskirtils og blóðru, gerð gelding og getnaðarlím flett úr, aftari taugaæðarstilkur losaður frá svampi ásamt kóngi. Lífbeinssvæðið fært niður um ca. 5 cm. Kóngur var tálgaður til og saumaður á lífbein sem snípur, og þvagrás var stytta og tekin í gegnum húð. Þessu næst var getnaðarlímshúð snúð við og henni komið fyrir í fyrrnefndu holrými. Punghúðin var síðan notuð til að búa til skapabarma. 2) Gerð var aðgerð til að opna betur skeiðarop.

**Umræða:** Að þessum aðgerðum hafa komið sérfræðingar í lýtalækningum, kvensjúkdómum, þvagræfafræðum og ristil- og endaparmsskurðlækningum.

**Niðurstaða:** Fylgikvillar við aðgerð hafa engir verið þrátt fyrir að lýst sé hári tíðni í erlendum uppgjörum. Þessir sjúklingar hafa verið stoltir af nýju útliti sínu og er árangur hvað snertir útlit og starfs-hæfni sambærilegur við aðgerðir erlendis. Ferli aðgerðanna er lýst með skygnum.

#### E 13 Endursköpun brjósta eftir brotnám – Þróun valkosta. Áhættur og aukakvillar

Sigurður E. Þorvaldsson, Rafn A. Ragnarsson

Lýtalækningadeild Landspítala Fossvogi

**Inngangur:** Aðferðir til endursköpunar brjósta eru í stöðugri þróun. Nýjar aðferðir þróast án þess að hinar eldri hverfi, þær fá aðeins annað vægi. Nauðsynlegt er að kunna góð skil á öllum valkostum þar sem forsendur fyrir úrlausn eru mjög mismunandi milli sjúklinga. Ennfremur má oft má leysa ófullnægjandi árangur eða aukakvilla einnar aðferðar með annari aðferð. Við höfðum einkum áhuga á að skoða hvaða aðferðir höfðu verið valdar og árangur og aukakvilla hjá þeim sjúklingum sem gengust undir flóknustu aðgerðina. En hverjir eru þá valkostirnir, áhætturnar og aukakvillarnir?

**Efniviður:** Gerðar voru 302 aðgerðir á 22 ára tímabili (1979-2001). Aðgerðirnar voru gerðar á Landakoti, Kaiser Permanente í Kaliforníu, Borgarspítala og Landspítala. Tegundir aðgerða voru: Endursköpun með silikonpúða 19, endursköpun með vefþenslu-poka 54, latissimus dorsi flípar 85, stílkaðir TRAM-flípar 45, frír TRAM-flípar 58. Tafarlaus endursköpun var gerð hjá 23 sjúklingum í framangreindum hópi sjúklinga.

**Niðurstöður:** Rannsóknin endurspeglar þá almennu þróun að endurskapa brjóst með eigin vef sjúklings fremur en framandi ígræðsluefnum (silicon). Einnig vaxandi fjölda tafarlausrar endursköpunar (það er endursköpun í beinu framhaldi af brotnámi). Af þeim 58 sjúklingum þar sem frír TRAM-flípi hafði verið valinn þurftu sex sjúklingar að fara í endurtekna aðgerð vegna röskunar á að- eða blóðflæði til eða frá hinu nýendurskapaða brjósti. Þannig tókst að bjarga þremur af þessum flípum eða 50%. Þetta þýðir að 5% (3 af 58) flípa-aðgerða lánuðust ekki. Hjá sjö sjúklingum af 58 var merkjanlegur fitudaði í hluta af flípanum.

**Ályktun:** Þróun valkosta til endursköpunar brjósta er sú sama hér og annars staðar í heiminum. Aðgerðirnar verða sífellt tæknilega meira krefjandi en gefa jafnframt von um betri árangur, þó aldrei án áhættu eins og að framan greinir. Vaxandi áhugi fyrir tafarlausri endursköpun erlendis og einnig hérlendis þó í tiltölulega litlum mæli sé.

#### E 14 Notkun ígræddra hjartarafstuðtækja á Íslandi

Margrét Leósdóttir<sup>1</sup>, Davíð O. Arnar<sup>1</sup>, Gizur Gottskálksson<sup>1</sup>, Guðrún Reimarsdóttir<sup>2</sup>, Margrét Vigfúsdóttir<sup>2</sup>, Bjarni Torfason<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Lýflækningadeild, <sup>2</sup>gangráðseftirlit, <sup>3</sup>hjarta- og lungnaskurðeild Landspítala Hringbraut

**Inngangur:** Hjartsláttartruflanir frá sleglum eru algengasta ástæðan fyrir skyndidaða. Ígrætt hjartarafstuðtæki er talinn besti meðferðarkosturinn við slíku. Á Íslandi hófst ísetning stuðtækja fyrir 10 árum og í dag eru 45 Íslendingar með ígrætt hjartarafstuðtæki. Markmið þessarar rannsóknar var að taka saman upplýsingar um tækin hér á landi, meðal annars undirliggjandi sjúkdóma, fylgikvilla ísetningar og virkni tækjanna.

**Efniviður og aðferðir:** Farið var í gegnum sjúkraskrár allra sjúklinga sem fengið hafa ígrætt hjartarafstuðtæki á Íslandi. Einnig var farið yfir allar skráningar frá tækjunum á göngudeild og þær skoðaðar með tilliti til réttmætis meðferðar.

**Niðurstöður:** Fyrsta ísetningin var gerð á Íslandi árið 1992. Alls hafa 54 einstaklingar fengið ígrætt hjartarafstuðtæki og af þeim eru 45 á lífi í dag. Meðalaldur við ísetningu er 57 ár. Allar ígræðslur hér á landi hafa verið gegnum æðakerfið og tækið geymt undir brjóstvöðvanum neðan viðbeins eða undir réttivöðva kviðs. Tíðni fylgikvilla er lág, en oftast er um að ræða blæðingu eftir aðgerð. Ein yfirborðssýking hefur verið skráð. Helstu ábendingar fyrir ísetningu eru hjartastopp (52%) og sleglahraðtaktur (42%). Flestir sjúklinganna hafa kransæðasjúkdóm (61%), en 16% fengu tæki vegna óútskýrðs hjartastoppis eða sleglahraðtakts. Tæpur helmingur sjúklinga hefur fengið meðferð frá tækinu. Tveir einstaklingar hafa fengið fleiri en 30 stuð frá sínu tæki. Flest stuðin frá tækjunum virðast réttmæt, en oft er þó ekki hægt að skera úr um réttmæti sökum ónógra upplýsinga.

**Ályktanir:** Árangur meðferðar með ígræddum hjartarafstuðtækjum hér á landi virðist góður. Tíðni fylgikvilla er lág og tækin í flestum tilfellum að virka sem skyldi. Tækin eru án efa lífsbjörg fyrir marga Íslendinga sem annars hefðu látist skyndidaða.

#### E 15 Skipti á ósæðarrót og ósæðarloku með lífrænni eða gerviloku

Tómas Guðbjartsson, John G. Byrne, Alexandros N. Karavas, Bradley J. Phillips, Tomislav Mihaljevic, Sary F. Aranki, Lawrence H. Cohn

Hjartaskurðeild Brigham and Women's sjúkrahússins í Boston, Harvard Medical School

**Inngangur:** Skurðaðgerðir á ósæðarrót eru tæknilega krefjandi þar sem hluta ósæðar ásamt ósæðarloku er skipt út. Oftast er notast við gerviloku (GL) í þessum aðgerðum en hin síðari ár hafa lífrænar lokur (LL) úr líkum (homografts) rutt sér til rúms. Helsti kosturinn við þær er sá að sjúklingarnir sleppa við blóðþynningarmeðferð. Á hinn bóginn endast LL síður en GL og því meiri líkur á endurtekinni aðgerð. Markmið þessarar afturskyggnu rannsóknar var að bera saman árangur þessara tveggja lokugerða við aðgerðir á ósæðarrót.

**Efniviður og aðferðir:** 221 sjúklingar sem gengust undir valaðgerð á ósæðarrót, 136 með LL (111 homografts, 25 Freestyle) og 85 með GL (St. Jude conduit) voru bornir saman og þeim fylgt eftir að meðaltali í 42±28 mánuði. Meðalaldur í hópnum var 53 (LL) og 54 ár (GL). Kynjahlutfall, NYHA-flokkun og útfallsbrot (EF) voru einnig sambærileg í hópnum tveimur. Kransæðasjúkdómur (35% vs. 17%), Marfans-heilkenni, ósæðargúlpur og gáttaflókt voru hins vegar algengari í GL-hópnum.

**Niðurstöður:** Allri ósæðarrótinni var skipt út í 96% tilfella og helmingi rótarinnar hjá 4%. Algengasta ástæða aðgerðar var víkkuð ósæðarrót (37%), kölluð ósæðarloka (33%), og meðfæddur (tvíblaða) ósæðarlokusjúkdómur (18%). Skurðdaði var 1,5% í LL-hópnum og 2,4% í GL-hópnum (p=0,5). Tilhneiging til betri 5 ára lífshorfa sást í LL-hópnum (92,4% vs 88,2%, p=0,0068). Aldur, fyrri lokuskripti, samhliða kransæðaaðgerð og heilablóðfall í aðgerð voru sjálfstæðir forspárþættir lífshorfa samkvæmt fjölbreytugreiningu. Fimm ára líkur á því að vera laus við lokutengda fylgikvilla voru 93% í LL-hópnum og 86% í GL hópnum (p=0,5).

**Ályktun:** Valaðgerð á ósæðarrót og ósæðarloku er örugg skurðaðgerð með sambærilegum skurðdaða og við aðgerð þar sem eingöngu ósæðarloku er skipt út. Fjórum árum eftir aðgerð er hvorki marktækur munur á lífshorfum né fylgikvillum sjúklinga með LL eða GL. Lengra eftirlits er þörf áður en hægt er að segja til um hvor lokan er betri.

#### E 16 Brotnám æðaprenginga til varnar slagi á Íslandi 1996-2001

Hjalte Már Þórisson<sup>1</sup>, Georg Steinþórsson<sup>2</sup>, Stefán E. Matthíasson<sup>2</sup>. Skurðaðgerðir framkvæmdur: Georg Steinþórsson, Halldór Jóhannsson, Helgi H. Sigurðsson, Höskuldur Kristvinsson, Stefán Einar Matthíasson, Sigurgeir Kjartansson, Þórarinn Arnórsson, Þórir S. Ragnarsson

<sup>1</sup>Aðstoðarlæknir, <sup>2</sup>æðaskurðlækningadeild Landspítala Fossvogi

Brotnám þrenginga í hállslagæð til varnar slagi (carotis endarterectomy) hefur sannað gildi sitt til að fyrirbyggja heilablóðfall ef um marktæka þrengingu á hállslagæð er að ræða. Ávinningur af aðgerð eykst eftir því sem þrengslin eru meiri og ef einkenni eru til staðar, hann er einnig háður tíðni fylgikvilla og að réttar ábendingar séu fyrir aðgerð.

Leitað var í sjúkraskrár Landspítala og fundnar allar hállslagæðaaðgerðir sem framkvæmdar voru á tímabilinu 1996-2001. Farið var yfir læknaþríf og aðgerðarlýsingar til að kanna nær-aðgerðar (peri-operative) fylgikvilla.

Framkvæmdar voru 180 aðgerðir á 159 einstaklingum á tímabilinu

1996-2001. Gögnum er aflað um 155 aðgerðir. 95 karlar, 60 konur. Meðalaldur var 68,4 ár (42-90). Allir sjúklingar höfðu þrengingu yfir 60% (algengast 90-99%). 107 höfðu einkenni af þrengingunni en 48 voru einkennlausir eða með óljós einkenni. Nær-aðgerðar fylgikvillar voru eftirfarandi: einn lést vegna heilablóðfalls (0,6%), þrír fengu minniháttar heilablóðfall (1,8%), þrír fengu skammvinnnt blóðþurrðarkast (TIA) (1,8%), fjórir fengu einkenni frá úttaugum (2,4%) þar af hlutu tveir varanlegan skaða á úttaugum (1,2%). 11 fengu blæðingu í skurðsárið sem þurfti aðgerðar við (6,6%). Einn sjúklingur fékk sýktan sýndargúlp (pseudoaneurysm). Einn fékk óstabil anginu.

Tíðni fylgikvilla við brott nám æðaprenginga til varnar heilablóðfalli á Íslandi á árunum 1996-2001 var vel innan þeirra marka sem krafist er. Ábendingar samræmdust erlendum viðmiðunum. Ætlunin er að kanna afdrif þessara sjúklinga nánar með eftirfylgd.

#### E 17 Kviðarholsspeglun. Opin aðferð

**Helgi Birgisson**, Martin Ljungman, Agneta Montgomery

Handlækningadeild, Centrallasarettet Västerås og Háskólasjúkrahús Malmö, Svíþjóð.

Rifjuð verður upp saga kviðarholsspeglunar og mismunandi aðferðir við að útfæra loftkvið og innsetningu „trocar“. Farið verður yfir fylgikvilla kviðarholsspeglunar og sjúkratilfelli kynnt. Lýst verður opinna aðferð við innsetningu „trocar“ og gerð loftkviðar með hjálp mynda og myndbands.

#### E 18 Gildi greinandi kviðsjárskoðunar hjá konum á barneignarskeiði sem taldar eru vera með botnlangabólgu

**Sigurður Blöndal**, G.B.Hanna, S.M.Shimi

Ninewells sjúkrahúsinu og læknaáskólanum, Dundee

**Inngangur:** Hjá konum á aldrinum 15-40 ára er greining botnlangabólgu erfið og tíðni eðlilegra botnlanga (negative appendectomy rate) við opna botnlangaaðgerð á bilinu 20-45 %. Botnlangataka hjá konum á frjósemis skeiði er talin geta leitt til ófrjósemi, sérstaklega á þetta við þegar botnlangi er sprunginn eða með drepri (gangrenous).

**Tilgangur:** Að kanna áhrif greinandi kviðsjárskoðunar á tíðni eðlilegra botnlanga og á botnlanga með drepri hjá konum sem taldar eru vera með botnlangabólgu.

**Efniviður og aðferðir:** Notaður var framskyggn gagnagrunnur. Konur á aldrinum 15-40 ára sem fóru í greinandi kviðsjárskoðun og taldar voru með botnlangabólgu á Ninewells sjúkrahúsinu í Dundee á árabílinu 1996-1999 voru fundnar í gagnagrunninum, upplýsingar þaðan voru notaðar en jafnframt voru sjúkraskýrslur yfirfarnar. Sama aðferðafræði var notuð á þann hóp kvenna 15-40 ára sem fór í opna botnlangatöku á sama tímabili og niðurstöður bornar saman við hópinn sem fór í kviðsjárskoðun.

**Niðurstöður:** Alls fóru 163 konur, meðalaldur 23 ár, í greinandi kviðsjárskoðun. 80 sjúklingar fóru í kviðsjárskoðun innan 12 klst. frá komu. Botnlangi var talinn óeðlilegur í 74 sjúklingum (45,4%), aðrar meinsemdir fundust í 54 sjúklingum (33,2%) en kviðsjárskoðun var eðlileg hjá 35 sjúklingum (21,4%). Vefjafraðileg skoðun á botnlanga leiddi í ljós eðlilegan botnlanga í átta sjúklingum, það er 10,8%, en átta sjúklingar höfðu sprunginn botnlanga eða botnlanga með drepri í, eða 12,1% af þeim sem höfðu bólgin botnlanga. 30% sem fóru í opna botnlangatöku höfðu eðlilegan botnlanga en 24,3% sprunginn botnlanga eða botnlanga með drepri í.

**Ályktun:** Greinandi kviðsjárskoðun fækkar tíðni eðlilegra botnlanga og sprunginna og botnlanga með drepri í hjá konum á barneignarskeiði sem taldar eru vera með botnlangabólgu og fækkar ónaúðsynlegum aðgerðum.

#### E 19 Greinandi kviðsjárskoðun hjá körlum sem taldir eru vera með botnlangabólgu. Ómaksins verð?

**Sigurður Blöndal**, G.B.Hanna, S.M.Shimi

Ninewells sjúkrahúsinu og læknaáskólanum, Dundee

**Inngangur:** Greinandi kviðsjárskoðun hefur verið ráðlögð hjá konum sem taldar eru vera með botnlangabólgu til að auka greiningarnákvæmni og fækka ónaúðsynlegum holskurðum. Þetta hefur verið meira umdeilt hjá körlum.

**Tilgangur:** Kanna notagildi greinandi kviðsjárskoðun hjá körlum sem taldir eru vera með botnlangabólgu, sérstaklega áhrif á tíðni eðlilegra botnlanga og á tíðni sprunginna botnlanga með drepri í.

**Efniviður og aðferðir:** Notast við framskyggnan gagnagrunn. Karlar sem fóru í greinandi kviðsjárskoðun á árunum 1997-1998 og voru taldir vera með botnlangabólgu voru bornir saman við karla sem fóru í opna botnlangaaðgerð á sama tímabili.

**Niðurstöður:** 82 sjúklingar fóru í kviðsjárskoðun og 80 í opna aðgerð á rannsóknartímabilinu. Hjá þeim sem fóru í kviðsjárskoðun var tíðni eðlilegra botnlanga 8,5% samanborið við 6,25% hjá þeim sem fóru í opna aðgerð. Tíðni sprunginna botnlanga eða botnlanga með drepri í 16,3% í hópnum sem fór í kviðsjárskoðun samanborið við 14,9% hjá þeim sem fóru í opna botnlangatöku. Við kviðsjárskoðun fundust aðrar meinsemdir í 17 sjúklingum, þar á meðal sprungið skeifugarnarsár í fjórum, bólga í bugðuristli í þremur, ristilbólgu í tveimur og drep í smágirni í einum.

**Ályktun:** Kviðsjárskoðun hjá körlum sem taldir eru vera með botnlangabólgu dregur ekki úr tíðni eðlilegrar botnlangatöku eða fjölda sjúklinga með sprunginn botnlanga eða með drepri í botnlanga. Hins vegar kann vel að vera að kviðsjárskoðun sé gagnleg hjá þessum sjúklingahópi þegar saga, einkenni og skoðun eru ekki dæmigerð fyrir botnlangabólgu.

#### E 20 Gallsteinasjúkdómurinn í Reykjavík 1983-2000

**Tryggvi Stefánsson**<sup>1</sup>, Hulda Birna Eiríksdóttir<sup>2</sup>, Jónas Magnússon<sup>1</sup>, Albert Imsland<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Skurðlækningadeild Landspítala Hringbraut, <sup>2</sup>læknaeild Háskóla Íslands, <sup>3</sup>Tölfræðideild Urðar Verðandi Skuldar

**Inngangur:** Eftir 1992 varð kviðsjáraðgerð kjöraðferð til að fjarlægja gallblöðru. Tilgangur rannsóknarinnar var að athuga tíðni greininga á gallsteinum og gallblöðrubólgu og tíðni gallblöðrubólgu aðgerða í Reykjavík 1983-2000 og hvaða áhrif breytt aðgerðartækni hefur haft.

**Efniviður og aðferðir:** Með aðstoð tölvuskráningar sjúkrahúsanna í Reykjavík voru fundnir allir sjúklingar með greiningarnar: 574 og 575 (ICD 9) og K80 og K81 (ICD10) á árunum 1983-2000, skráðar voru innlagningar, útskriftar- og aðgerðardagar auk aldurs og kyns sjúklinga. Tíðni greininga og aðgerða var stöðluð beint miðað við íbúafjölda á Stór-Reykjavíkursvæðinu samkvæmt manntali með tililiti til aldursdreifingar og kyns. Borin voru saman þrjú tímabil 1983-1988, 1989-1994 og 1995-2000.

**Niðurstöður:** Alls höfðu 5635 gallsteina- eða gallblöðrubólgu grein-

ingu (3868 konur og 1767 karlar). Það gengust 4799 undir aðgerð (3327 konur og 1472 karlar) og var jöfn aukning bæði greininga og aðgerða öll þrjú tímabilin. Hjá ungum konum var aukningin bæði hvað varðar greiningu og aðgerðir marktækt meiri en meðaltalsaukningin, en hjá ungum körlum var aukningin ekki frábrugðin henni. Hjá körlum sem voru yfir 59 ára gamlir var aukning í fjölda greininga og aðgerða frá fyrsta til annars tímabils en á þriðja tímabilinu fækkaði aðgerðum í þessum aldursflokki. Þrátt fyrir mikla fjölgun aðgerða í Reykjavík hefur heildarlegutími fyrir greiningarnar gallsteina og gallblöðrubólgu styst verulega.

**Ályktun:** Það er líklegt að umframaukning í tíðni greininga og aðgerða hjá ungum konum miðað við karla sé vegna aukningar í nýgengi sjúkdómsins. Eftir að farið var að taka gallblöðru með kviðsjáraðgerð virðast karlar koma fyrir til aðgerðar og hefur það leitt til færri aðgerða meðal karla >59 ára. Þrátt fyrir mikla aukningu í greiningum og aðgerðum hefur heildarkostnaður við þennan sjúklingahóp lækkað ef mið er tekið af heildarfjölda legudaga í sjúklingahópnum og virðist breytt meðferð hafa valdið umtalsverðum sparnaði í heilbrigðiskerfinu.

#### E 21 Gallblöðrutaka með kviðsjá: Fyrstu 1000 aðgerðirnar á Landspítala Hringbraut

Ólöf Viktorsdóttir, Sigurður Blöndal, Jónas Magnússon

Skurðeild Landspítala Hringbraut

**Inngangur:** Með tilkomu kviðsjáraðgerða við gallsteinum (LC) jókst í fyrstu tíðni ýmissa fylgikvilla við gallblöðrutöku sem á döggum opinna aðgerða voru mjög fátíðir. Á þetta sérstaklega við um áverka á gallganga. Síðustu ár hafa rannsóknir sýnt að tíðni þessara fylgikvilla hefur minnkað en eru þó enn heldur algengari en við gallblöðruaðgerð með holskurði. Aukin tíðni gallganga áverka hefur meðal annars verið skýrð með reynsluleysi skurðlækna í notkun kviðsjár og aukinni notkun diathermy eða geisla við vefjaskurð í Calots þríhyrningi.

**Tilgangur:** Að kanna tíðni fylgikvilla við töku gallblöðru með kviðsjá og bera þá reynslu saman við erlendar rannsóknir.

**Efniviður og aðferðir:** Afturvirk rannsókn á sjúklingum sem fóru í gallblöðrutöku með kviðsjá (laparoscopic cholecystectomy, LC) frá upphafi þeirra aðgerða á Landspítala Hringbraut 1991 til ársins 1998. Sjúklingar voru fundnir með ICD-9 kóðum og aðgerðarkóðum og sjúkraskár þeirra yfirfarnar. Í upphafi var á Landspítala mörkuð sú stefna að reyna að gera allar gallblöðruaðgerðir með kviðsjá.

**Niðurstöður:** Alls fóru 1008 sjúklingar í LC á árabílinu 1991-1998, 727 konur og 281 karlar. Meðalaldur var 52,5 ár. Fjórir skurðlæknar framkvæmdu 93% aðgerðanna. Þrír höfðu farið á námskeið í LC, einn hafði gert um það bil 50 aðgerðir í sínu sérnámi. Allir höfðu mikla reynslu í opnum gallblöðruaðgerðum. 573 aðgerðir voru bráðaaðgerðir, það er gerðar innan við 24 klst. frá innlögn en 435 voru valaðgerðir. Fyrsta árið var tíðni þeirra aðgerða sem enduðu með holskurði 23,4% en á síðasta ári rannsóknarinnar var þetta hlutfall 6,5%.

Gallleki varð hjá 23 sjúklingum (2,2%) og þurftu tíu sjúklingar aðra aðgerð. Blæðing eftir aðgerð varð hjá 20 sjúklingum og fóru 13 í enduraðgerð (þrír með kviðsjá, tíu opna). Tveir sjúklingar (0,19%) fengu áverka á megingallganga. Annar skaðinn varð á hægri lifrarganginum og fékk þessi kona kransæðastíflu eftir LC og lést eftir

enduraðgerð. Hinn gallgangaskaðinn varð á gallpípu eftir að aðgerð hafði verið umbreytt í holskurð. Í því tilfelli var líffærafræðin mjög óljós og þurfti mikinn vefjaskurð sem leiddi til blóðþurrðar í gallpípu og seinna þrengingar og var gerð samgötun gallpípu og ásgarnar hjá þessum sjúklingi. Dánartíðni var 0,29%.

**Ályktun:** Rannsóknin sýnir að tíðni fylgikvilla eftir gallblöðruaðgerðir með kviðsjá á Landspítala er sambærileg eða minni en í sambærilegum rannsóknum erlendis. Tíðni áverka á stóra gallganga var 0,19% sem er með því lægsta sem skráð hefur verið í rannsóknum með sjúklingafjölda yfir 1000. Erfitt er greina í afturvirkri rannsókn hvaða þættir hafi stuðlað að svo góðri útkomu en mikil reynsla skurðlækna af opnum gallblöðruaðgerðum og frekar há tíðni á umbreytingu í opna aðgerð fyrstu árin hafa vafalaust átt þátt í því.

#### E 22 Kviðsjárspeglun fyrir fyrirhugað lifrarúrnám

Páll Helgi Möller<sup>1</sup>, Björn Ohlsson<sup>2</sup>, Linda Myllymäki<sup>2</sup>, Birger Pálsson<sup>2</sup>, Karl-Göran Tranberg<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Almenn skurðeild Landspítala Hringbraut, <sup>2</sup>skurðeild áskólasjúkrahússins í Lundi, Svíþjóð

**Inngangur:** Þættir eins og fjöldi og staðsetning lifraræxla auk æxlisvaxtar utan lifrar, hafa þýðingu fyrir það hvort framkvæma eigi lifrarúrnám. Tölvusneiðmynd og ómskoðun segja til um möguleikann á úrnámi í ca. 80% tilvika. Tilgangurinn með eftirfarandi rannsókn var að athuga hvort kviðsjárspeglun fyrir fyrirhugaða lifraraðgerð gæfi betri upplýsingar um möguleikann á lifrarúrnámi en þær upplýsingar sem grundvallast á fyrrgreindum rannsóknum.

**Aðferð:** Rannsóknin var framskyggn og tók til 54 sjúklinga sem gerð var kviðsjárspeglun á fyrir fyrirhugað lifrarúrnám. Fyrir aðgerð var gerð tölvusneiðmynd og ómskoðun af lifur, en í aðgerð var hún skoðuð, þreifðu og ómskoðuð. Endanleg greining var æxli upprunið í lifur (primary liver cancer) hjá 27 sjúklingum, meinvörp hjá 17, góðkynja æxli hjá fimm og aðrar greiningar hjá fimm sjúklingum.

**Niðurstöður:** Hjá 17 sjúklingum (31%) leiddi kviðsjárspeglun til þess að lifrarúrnám var ekki framkvæmt: fjöldi æxla (átta sjúklingar), fjöldi æxla og æxlisvöxtur utan lifrar (fjórir sjúklingar), staðsetning með aukinni hættu á lifrabílinu við úrnám (þrjár sjúklingar) eða vöxtur yfir á gallvegi/æðar (einn sjúklingur), eða vöxtur yfir á þind (einn sjúklingur). Hjá einum sjúklingi (2%) var meinvarp túlkað sem æðaæxli (hemangioma) við kviðsjárspeglun. Kviðsjárspeglun varð til þess að hætt var við aðgerð hjá 18 sjúklingum. 27 sjúklingar (50%) voru með skurðtækan sjúkdóm samkvæmt kviðsjárspeglun. Í 16 tilvikum (30%) var lifrarúrnám framkvæmt, en 11 sjúklingar (20%) höfðu óskurðtækan sjúkdóm við nánari skoðun vegna fjölda æxla (fjórir sjúklingar), miðlægs æxlisvaxtar yfir á æðar/gallvegi (þrjár sjúklingar), æxlisvaxtar utan lifrar (tveir sjúklingar), æxlisvaxtar yfir á skeifugörn (einn sjúklingur) eða vegna hættu á lifrabílinu (einn sjúklingur). Auk þessa fóru níu sjúklingar í kviðarholsskurð: í fimm tilvikum (9%) var hætt við kviðsjárspeglun vegna samvaxta (þrjár sjúklingar) eða rofs á smágirni (tveir sjúklingar) og í fjórum tilvikum (7%) var kviðsjárspeglun ófullnægjandi af öðru ástæðum (tveir sjúklingar höfðu ekkert æxli og tveir sjúklingar voru með Klatskin-æxli).

**Umræða:** Þær upplýsingar sem kviðsjárspeglun gaf fyrir fyrirhugað lifrarúrnám breytti fyrri skoðun á því hvort sjúkdómur var skurðtækur í 30% tilfella og fækkaði þar með fjölda ónauðsynlegra kviðarholsskurða.

**E 23 Fylgikvillar við lifrarúrnám**

**Páll Helgi Möller**<sup>1</sup>, Kristín Huld Haraldsdóttir<sup>2</sup>, Linda Myllymäki<sup>2</sup>, Björn Ohlsson<sup>2</sup>, Karl-Göran Tranberg<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Almenn skurðeild Landspítala Hringbraut, <sup>2</sup>skurðeild háskólasjúkrahúsins í Lundi, Svíþjóð

**Inngangur:** Aðgerðum á lifur hefur fjölgað bæði hvað varðar góðkynja og illkynja sjúkdóma. Samkvæmt flestum rannsóknum virðast fylgikvillar enn vera algengir en skurðdauði kemur ekki jafnoft fyrir. Tilgangur þessarar rannsóknar var að skoða áhættuna með lifrarúrnámi.

**Aðferð:** Afturskyggn rannsókn á 404 sjúklingum sem gengust undir 430 lifrarúrnám á tímabilinu 1970-2000 (n=213 fyrir 1970-1989, n=217 fyrir 1990-2000). Konur voru 224 og karlar 180 með meðalaldur 58 (bil 20-91) ár. Aðgerðin var valaðgerð hjá 389 sjúklingum (96%) en hjá þeim var greiningin illkynja æxli hjá 330 (82%) sjúklingum, góðkynja æxli hjá 50 (12%) og aðrir sjúkdómar hjá níu (2%) sjúklingum. Hjá sjúklingum sem gengust undir bráðaaðgerð voru samsvarandi tölur 12 (3%), 0 og 3 (1%; áverki). Aðgerðirnar voru útvíkkað brott nám á lifrarlappa (hemihepatectomy) í 197 tilfellum (46%), brott nám á einum eða fleiri geirum lifrar (mono- eða polysegmentectomy) í 89 (21%), og aðrar meiri eða minniháttar aðgerðir á lifur í annars vegar 56 (13%) og hins vegar 88 tilfellum (20%). Tólf sjúklingar (3%) höfðu skorpulifur. Endurtekið úrnám (vegna illkynja æxlis) var framkvæmt hjá 26 sjúklingum (6%).

**Niðurstöður:** Á tímabilinu 1970-1989 fengu 58 sjúklingar (27%) fylgikvilla í eða eftir aðgerð (alvarlegir fylgikvillar hjá 39 sjúklingum (18%) og minniháttar hjá 19 sjúklingum (9%)). Samsvarandi tölur fyrir tímabilið 1990-2000 voru 16 sjúklingar (7,3%) (alvarlegur fylgikvilli hjá 9 sjúklingum (4,1%) og minniháttar hjá 7 sjúklingum (3,2%)). Skurðdauði var 5,2% (11 sjúklingar) fyrir fyrri og 0% fyrir seinna tímabilið. Síðasta andlátíð átti sér stað 1986 (loftstífla). Algengasti fylgikvilli aðgerðar var á báðum tímabilunum kviðarholssýking (6,6% og 1,8%). Hættan á alvarlegum fylgikvilla eða dauða hélst í hendur við tímalengd aðgerðar og magn blóðgjafar en ekki með greiningu, aldur sjúklings, aðgerð, lokun blóðflæðis til lifrar, eða hvort um skorpulifur var að ræða.

**Umráða:** Próun tækninnar ásamt minni hættu á blæðingu í aðgerð hefur haft í för með sér að hægt er að framkvæma lifrarúrnám með viðunandi skurðdauða og fylgikvillum.

**E 24 Offituaðgerðir á Landspítala**

**Hjörtur Gíslason**<sup>1</sup>, Björn Geir Leifsson<sup>1</sup>, Ludvig Guðmundsson<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Skurðeild Landspítala Hringbraut, <sup>2</sup>Reykjalundur

Offita er víða vaxandi heilsufarslegt vandamál. Notast er við líkamsþyngdarstuðul (BMI) til að skilgreina offitu. Fólk með BMI>25 er talið offeitt, en sjúklingar með BMI>45 þjáast af alvarlegri offitu. Alvarlegri offitu fylgja ýmsir fylgijúkdómar og er ævilengd þessara sjúklinga að meðaltali 15 árum styttri en hjá eðlilega þungum jafnöldrum.

Síðustu áratugi hafa fjölmargar skurðaðgerðir verið reyndar til hjálpar offitusjúklingum en með misjöfnum árangri. Nú er ljóst að þessar aðgerðir þurfa að fela tvennt í sér til þess að góður langtímaárangur náist, það er magaminnkun og að tengt sé framhjá efri hluta mjógrins. Sú aðgerð sem nú er mest notuð er „Roux-en-Y gastric bypass“, en með þessari aðgerð losna sjúklingar við um 80% af yfirþyngd sinni og þyngjast ekki aftur.

Byggð hafa verið upp þverfagleg meðferðarteymi fyrir offitustu sjúklinga í samvinnu við Reykjalund þar sem sjúklingar eru til uppvinnslu/meðferðar áður en að aðgerð kemur.

Við val á sjúklingum í aðgerð er stuðst við eftirfarandi: a) BMI>45, b) yngri en 55 ára, c) nýlega verið í meðferðarprogrammi/uppvinnslu hjá meðferðarteymi (til dæmis Reykjalundi) og d) langtímaeftirlit sé tryggt (samvinna við heimilislækni). Ef fylgijúkdómar offitu eru til staðar þá styrkir það ábendingu fyrir aðgerð.

**E 25 Framhjáveita maga með kviðsjártækni**

**Hjörtur Gíslason**, Björn Geir Leifsson

Skurðeild Landspítala Hringbraut

Framhjáveita maga með kviðsjártækni (Laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass) var fyrst kynnt árið 1994 (Wittgrove AC) og frá 1997 hafa mörg sjúkrahús tekið upp hana tækni. Flestir nota Roux-En-Y gastric bypass og beita við það mismunandi tækni sem hefur þróast ört síðustu árin. Margir kostir fylgja því að gera þessa aðgerð með kviðsjártækni, svo sem minni hættu á sárasykingum og kviðsliti, sjúklingarnir eru fljótari að ná sér eftir aðgerð, lega á sjúkrahúsi eftir aðgerð er skemmri og sjúklingarnir komast fyrr til vinnu. Þessi aðgerð var tekinn upp á Landspítala í nóvember 2001. Helstu þættir aðgerðarinnar verða kynntir á myndbandi.

**E 26 Interleukín-1 breytileiki og tengsl við magakrabbamein**

**Ólöf Dóra Bartels Jónsdóttir**<sup>1</sup>, Birna Berndsen<sup>1</sup>, Bjarki Jónsson Eldon<sup>1</sup>, Sturla Arinbjarnarson<sup>1</sup>, Sigfús Nikulásason<sup>2</sup>, Albert Imsland<sup>1</sup>, Steinunn Thorlacius<sup>1</sup>, Eiríkur Steingrímsson<sup>1,3</sup>, Bjarni Þjóðleifsson<sup>4,5</sup>, Jónas Magnússon<sup>4,6</sup>

<sup>1</sup>Urður Verðandi Skuld, <sup>2</sup>Rannsóknastofa Háskólans í meinafræði, <sup>3</sup>Lífefna- og sameindalíffræði, Læknadeild Háskóla Íslands, <sup>4</sup>Læknadeild Háskóla Íslands, <sup>5</sup>Meltingar- og innkirtlasjúkdómadeild Landspítala Hringbraut <sup>6</sup>Skurðeild Landspítala Hringbraut

**Inngangur:** *Helicobacter pylori* (HP) sýking í magaslímhúð eykur líkur á magakrabbameini. Viðvarandi sýking getur leitt til frumu-breytinga sem síðan getur þróast yfir í krabbamein. Nýlega var sýnt fram á fylgni milli erfðabreytileika í stýrisvæði interleukín 1 beta (IL-1B) gensins og aukinnar áhættu á magakrabbameini hjá HP sýktum einstaklingum. Breyting þessi veldur aukinni tjáningu IL-1B gensins en próteinafurð þess er bólguörvandi cytókín (IL-1B) sem meðal annars hindrar sýruseytun í maga. Einnig hafa fundist tengsl milli breytileika í interleukín 1 RN (IL-1RN) geni og aukinnar áhættu á magakrabbameini, en afurð þess, IL-1Ra (receptor antagonist), binst IL-1 viðtökum og hefur þannig áhrif á virkni IL-1B í maga. Rannsóknir El-Omar og fleiri (Nature 2000; 404: 398-402) bentu til aukinnar áhættu á magakrabbameini ef einstaklingar báru annað hvort T samsætuna í stýrisvæði IL-1B eða voru arfhreinir um IL-1RN\*2 samsætuna í IL-1RN geninu. Markmið verkefnisins var að kanna tengsl milli þessara erfðabreytileika og áhættu á magakrabbameini á Íslandi.

**Aðferðir:** Erfðaefni 125 magakrabbameinssjúklinga (42 konur, 83 karlar) og 202 viðmiða (95 konur, 107 karlar) var greint með tilliti til ofangreindra erfðabreytileika. Breytileiki í stýrisvæði IL-1B gensins var greindur með PCR og raðgreiningu, en breytileiki IL-1RN gens var greindur með PCR og stærðargreiningu. Tengsl milli erfðabreytileika og áhættu á magakrabbameini voru metin með áhættuhlutfalli.

**Niðurstöður:** Áhættuhlutfall þeirra sem bera T samsætu í IL-1B



geni (stöðu -31) var 1,50 (95% vikmörk 0,67-3,32) miðað við arfhreina CC einstaklinga. Áhættuhlutfall þeirra sem eru arfhreindir fyrir samsætunni IL-1RN\*2 í geni IL-1RN var 0,85 (95% vikmörk 0,34-2,13) miðað við arfblendna einstaklinga og þá sem ekki bera þessa samsætu. Ekki reyndist marktækur munur á áhættu á magakrabbameini milli þeirra einstaklinga sem bera TT og TC í IL-1B geni eða þeirra sem eru arfhreindir um IL-1RN\*2 í geni IL-1RN.

**Umræða:** Engin tengsl fundust milli erfðabreytileika í IL-1B eða IL-1RN genum og magakrabbameins í íslenska úrtakinu. T samsætun var algengari en C samsætun í IL-1B-31 og reyndist ekki tengjast aukinni áhættu á magakrabbameini. Engin tengsl fundust heldur milli IL-1RN samsæta og aukinnar tíðni magakrabbameins. Ekki hefur því verið sýnt fram á tengsl Interleukín-1 breytileika og magakrabbameins í íslenskum sjúklingum.

#### E 27 Skurðaðgerðir vegna skjaldkirtilskrabbameins á Landspítalanum 1985-1996

**Snorri Björnsson**, Kristín Huld Haraldsdóttir, Páll Helgi Möller, Höskuldur Kristvínsson

Almenn skurðeild Landspítala Hringbraut

**Inngangur:** Skurðaðgerð er fyrsta meðferð við skjaldkirtilskrabbameini. Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna árangur aðgerðar á Landspítalanum.

**Efniviður og aðferðir:** Kannaðar voru sjúkrasögur allra sjúklinga sem gengust undir aðgerð vegna skjaldkirtilskrabbameins á Landspítalanum á tímabilinu 1985-1996. Um var að ræða 56 sjúklinga þar af 42 konur, meðalaldur 49 (bil 26-86) ár, og 12 karlar, meðalaldur 66 (bil 46-81) ár. Átta skurðlækna framkvæmdu ofangreindar aðgerðir.

**Niðurstöður:** Einkenni fyrir aðgerð voru stækkaður kirtill eða hnútur ( $n = 53$ ), kyngingarörðugleikar ( $n=15$ ) og/eða hæsi ( $n=5$ ). Sextán sjúklingar höfðu fyrri sögu um skjaldkirtilssjúkdóm.

Flestir sjúklinganna fóru í lungnamynd fyrir aðgerð ( $n=51$ ) en hjá rúmlega helming sjúklinga var finnárbiopsía ( $n=29$ ) tekin. Krabbameinið var einhreiðra (unifocal) hjá 39 sjúklingum en fjölhreiðra (multifocal) hjá 16.

Hjá 30 sjúklingum var gerð skjaldkirtilsbrotnám (complete thyroidectomy), 14 skjaldblaðsnám (lobectomy) en aðrar aðgerðir á skjaldkirtli hjá 12 sjúklingum. Vegna óljósrar greiningar var sent í frýstiskurð hjá 21 sjúklingi og var hann jákvæður hjá 14 þeirra.

Vefjagreining sýndi totumyndandi krabbamein hjá 42 sjúklingum, skjaldbúsmeini hjá 12, totumyndandiskjaldbúsmeini hjá einum og einn sjúklingur var með villuvaxtarmeini.

Fylgikvillar eftir aðgerð voru skaði á afturhvarfstaug barkakýlis ( $n. laryngeus recurrens$ ) ( $n=3$ ), krampi (tetanus) ( $n=3$ ), blóðgúll ( $n=2$ ), sermigúll (seroma) ( $n=1$ ) og sárásýking ( $n=1$ ). Sjúklingar sem urðu fyrir taugaskaða voru með staðbundinn alvarlegan sjúkdóm. Sjúkrahúslengd eftir aðgerð var að meðaltali 7 (bil 2-26) dagar. Í lok árs 2000 voru átta sjúklingar látnir vegna skjaldkirtilskrabbameins en auk þess höfðu sjö sjúklingar fengið endurkomu sjúkdóms.

**Umræða:** Í upphafi ofangreinds tímabils voru aðgerðir á skjaldkirtli í höndum margra skurðlækna en undanfarin ár hefur þeim skurðlæknum fækkað sem framkvæma þessar aðgerðir. Í kjölfar þess að sérhæfing hefur aukist hefur tíðni fylgikvilla minnkað. Þar sem sjúkdómurinn er lengra genginn staðbundið þar er meiri hætta á taugaskaða.

#### E 28 Holsjáróm skoðun (EUS) – ný rannsóknaraðferð á Íslandi Ásgeir Theodórs<sup>1</sup>, Hjörtur Gíslason<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Meltingarsjúkdómadeild Landspítala Fossvogi og St Jósefsspítala, Hafnarfirði, <sup>2</sup>handlækningadeild Landspítala Fossvogi.

**Inngangur:** Holsjáróm skoðun (endoscopic ultrasound, endosonography, endoscopic ultrasonography, EUS) hefur verið að þróaast á síðustu 20 árum. Tvö tæknisvið, það er holsjáróm skoðun (speglun) og ómskoðun, er komið fyrir í sama tækjabúnaði. Þessi tækni hefur nú haslað sér völl í lækisfræði með skýrar ábendingar.

**Tæknin:** Ómkannanum er komið fyrir á enda holsjárinnar. Með því að koma ómkannanum mjög nærri því sem á að skoða (til dæmis í vélinda, maga, skeifugörn eða endaparmi) verður skerpa ómsins mjög góð. Ómtæknin byggir á tvenns konar útfærslum. Annars vegar er um að ræða „linear“ ómun þar sem ómmyndin er í sama fleti og lengdarás holsjárinnar, en hins vegar „radial“ ómun sem gefur 360° flatarmynd þvert á lengdarás holsjárinnar. Þannig sést við skoðun í vélinda þvert á vélindað og veggurinn allt um kring sést ásamt líffærum umhverfis. Hefðbundinn tækjabúnaður gefur tíðnina 7,5 og 12 MHz, en með sérstökum ómkanna er mögulegt að beita ómun með tíðninni 20 og 30 MHz.

**Ábendingar við greiningu:** Auðvelt er að greina fimm lög veggjarins. Þetta gerir kleift greina og stiga djúpvöxt æxlisins. Í vélinda er því aðgengilegt að greina innvöxt, útbreiðslu í nærliggjandi eitla og innvöxt æxlis í nálæg líffæri (til dæmis æðar). Rannsóknin er nákvæmari en tölvusneiðmynd í stigun slíkra æxla. Sömu upplýsinga má jafnframt afla um æxli í maga, ristli og endaparmi. Utan holu líffæra má skoða brisartil, gallanga og lifur með meiri nákvæmni en hingað til hefur verið mögulegt. Fínnálar vefjasog (fine needle aspiration, FNA) er mikilvæg viðbót við hefðbundna holsjárómun. Ástungu er best að framkvæma með „linear“ tækni.

**Ábendingar við meðferð:** Fínnálar vökvasog (ómstýrt) úr blöðruæxlum og sýndarblöðru (pancreatic pseudocyst) er auðveld aðgerð með þessari tækni. Inndæling efna í taugar (rætur) til að framkvæma taugareyðingu (neurolysis) er framkvæmd með góðum árangri í verkjameðferð, til dæmis vegna brisartilskrabbameins. Með „lita Doppler“ tækni má auðveldlega greina æðar og forðast þær þegar ástunga er framkvæmd.

**Nýjungar í framtíðinni:** Með hærri tíðni, eða 30MHz, er mögulegt að sjá fleiri lög í þarmaveggnum og greina með meiri nákvæmni innvöxt yfirborðslægra æxla sem má eyða með geisla eða slímhúðarskurði (endoscopic mucosal resection, EMR). Prívíddar ómskoðun er til athugunar og gefur nákvæmari mynd af gallvega- og brisartilæxlum (IDUS). Ómstýrð inndæling efna (T lymphocytum, „cytoimplant“) og hátíðni eyðing (RFA) beinast að meðferð á staðbundnu krabbameini.

#### E 29 Holsjáróm skoðun (EUS): Stigun á krabbameinum í efri meltingarfærum Hjörtur Gíslason<sup>1</sup>, Ásgeir Theodórs<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Skurðeild Landspítala Hringbraut, <sup>2</sup>meltingarsjúkdómadeild Landspítala Hringbraut og St. Jósefsspítali Hafnarfirði

Holsjáróm skoðun (endoscopic ultrasound, endosonography, endoscopic ultrasonography) er rannsókn sem víða erlendis er að ryðja sér rúms við greiningu sjúkdóma og stigun illkynja æxla í meltingarvegi. Holsjáróm skoðun hefur verið framkvæmd á Landspítala Fossvogi síðan í júní 2000, en nú hafa verið framkvæmdar 140 rannsóknir.

Fimm sjúkratilfelli verða kynnt, sjúkrasaga þeirra rakin og gerð grein fyrir greiningu og meðferð þeirra: Karlmaður 82 ára með æxli í brisi, karlmaður 56 ára með æxli í vélinda, karlmaður 70 ára með krabbamein í blöðruhálskirtli og stækkaða eitla og fyrirferð við briskirtli, kona 65 ára með æxli í vélinda, kona 86 ára með æxli í maga.

### E30 Staðbundin afturkoma eftir læknanlega aðgerð á krabbameini í endaparmi í Reykjavík 1987-1997

Tryggvi Stefánsson<sup>1</sup>, Ólafur H. Þorvaldsson<sup>2</sup>, Páll H Möller<sup>3</sup>, Tómas Jónsson<sup>3</sup>, Jakob Jóhannson<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Skurðlækningadeild Landspítala Fossvogi, <sup>2</sup>læknadeild Háskóla Íslands, <sup>3</sup>skurðlækningadeild Landspítala Hringbraut <sup>4</sup>krabbameinslækningadeild Landspítala Hringbraut

**Inngangur:** Nýgengi krabbameins í endaparmi á Íslandi er 6,2 á hverja 100.000 íbúa á ári. Skurðaðgerð er mikilvægasta meðferðin við sjúkdómnum. Staðbundin afturkoma krabbameinsins er alvarlegasti síðkomni fylgikvilli aðgerðarinnar. Tíðni staðbundinnar afturkomu er mjög breytileg milli uppgjöra 5%-65%. Tíðnin er háð Dukess stigun, þroska æxlisins, staðsetningu og skurðlækningum sem gerir aðgerðina. Þeir skurðlækna ná bestum árangri sem hafa sérhæft sig í aðgerðum á krabbameini í endaparmi. Tíðni staðbundinnar afturkomu á Íslandi er lítið þekkt, en á Borgarspítalanum 1975-1987 var hún 25%. Tilgangur þessarar afturvirkur rannsóknar var að finna tíðni staðbundinnar afturkomu á sjúkrahúsum í Reykjavík (Borgarspítala, Landakoti og Landspítala) á árunum 1987-1997. **Efniviður:** Allir sjúklingar sem greindust með kirtilfrumkrabbamein í endaparmi á árunum 1987-1997 á sjúkrahúsum í Reykjavík og gengust undir aðgerð í læknanlegum tilgangi. Samtals voru 180 sjúklingar með krabbamein í endaparmi. Óskurðtækir vegna krabbameins voru 40 sjúklingar og vegna aldurs og annars ástands fjórir sjúklingar. Með í rannsókninni voru því 134 sjúklingar, 73 karlar og 61 kona.

**Niðurstöður:** Staðbundin afturkoma á sjúkrahúsum í Reykjavík á árunum 1987-1997 var 23% (31/134).

**Ályktanir:** Tíðni staðbundinnar afturkomu í Reykjavík var há á árunum 1987-1997 og sambærileg við tíðni annars staðar þar sem aðgerðirnar eru ekki gerðar af skurðlæknum sem eru sérhæfðir í aðgerðum á ristli og endaparmi.

### E 31 Árangur meðferðar á krabbameini í endaparmi á Landspítala Fossvogi 1997-2000

Tryggvi Stefánsson<sup>1</sup>, Ólafur H. Þorvaldsson<sup>2</sup>, Friðbjörn Sigurðsson<sup>3</sup>, Sigurður Björnsson<sup>3</sup>, Örn Thorstensen<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Skurðlækningadeild Landspítala Fossvogi, <sup>2</sup>læknadeild Háskóla Íslands, <sup>3</sup>krabbameinslækningadeild Landspítala Fossvogi <sup>4</sup>röntgendeild Landspítala Fossvogi

**Inngangur:** Skurðaðgerð er aðalmeðferðin við læknanlegu krabbameini í endaparmi. Mikilvægasti þáttur skurðaðgerðarinnar er algjört brotttám endaparmshengjunnar (TME=total mesorectal excision) og er hún þá tekin í heilu lagi án þess að skaða himnuna utan um hana. Með tilkomu þessarar aðferðar hefur tekist að lækka verulega hlutfall staðbundinnar afturkomu krabbameinsins. Geislameðferð fyrir aðgerð og krabbameinslyfjameðferð lækka einnig tíðni staðbundinnar afturkomu. Frá 1997 hafa sjúklingar á Landspítala Fossvogi sem hafa haft læknanlegt endaparmskrabbamein verið meðhöndlaðir með algjöru brotttámi á endaparmshengju, sjúklingar með krabbamein í tveimur neðri þriðjungum endaparmsins hafa fengið geislameðferð, fimm gy á dag í

fimm daga, vikuna fyrir aðgerð og krabbameinslyfjameðferð (5-FU og Leukovorin) hefur verið gefin eftir aðgerð öllum sjúklingum með æxlisvöxt í gegnum garnavegg (Dukes B2) eða dreifingu í eitla (Dukes C). Samvinna hefur skapast milli þeirra sérfræðinga sem hafa stundað sjúklingana og fundir verið haldnir vikulega til að fylgja eftir meðferðinni. Markmið rannsóknarinnar var að taka saman árangurinn á meðferð á læknanlegum krabbameinum í endaparmi á Landspítala Fossvogi 1997-2000.

**Efniviður og aðferðir:** Upplýsingar voru fengnar afturvirkir úr sjúkraskrá. Öllum sjúklingum var fylgt eftir af skurðlækni og öllum sjúklingum sem fengu lyfjameðferð var fylgt eftir af krabbameinslæknum.

**Niðurstöður:** Þrjátíu sjúklingar gengust undir læknanlega aðgerð á krabbameini í endaparmi á Landspítala Fossvogi 1997-2000. Enginn sjúklinganna hefur fengið staðbundna afturkomu. Einn sjúklingur sem hafði alvarlegan hjartasjúkdóm dó á sjúkrahúsinu meira en 30 dögum eftir aðgerðina. Þrjár sjúklingar fóru í endaparmsbrotttám gegnum kvið og spöng og fengu ristilraufun. Aðrir sjúklingar hafa ristilinn tengdan niður í endaparmsop og af þeim fengu þrjú leka á samgötun. Meðallegutími eftir aðgerð voru 16,5 dagar.

**Ályktanir:** Árangur meðferðar á læknanlegu krabbameini í endaparmi á Landspítala árin 1997-2000 er sambærilegur við besta árangur sem náðst hefur annars staðar þar sem sérhæfð teymi sinna meðferðinni.

### E 32 Hátt fremra úrnám við krabbameini í neðri bugðuristli

Helgi Birgisson, Kenneth Smedh

Handlækningadeild, Centrallasarettet Västerås, Svíþjóð

**Inngangur:** Árið 1996 sameinuðust ristil- og endaparmsskurðlækningar í Västmanlandsléni undir eitt teymi við Centrallasarettet í Västerås. Frá sama tíma hefur hátt fremra úrnám (high anterior resection) verið ráðandi aðgerð við krabbameini í neðri bugðuristli (colon sigmoideum) í stað bugðuristilúrnáms. Tilgangur rannsóknarinnar er að bera saman tvö ólík tímabil þar sem mismunandi aðgerðir voru framkvæmdar við æxlum í neðri bugðuristli og komast að því hvor aðgerðin gæfi betri árangur.

**Efniviður og aðferðir:** Mörk neðri bugðuristils voru ákveðin 16-25 cm frá endaparmsopi. Afturskyggn rannsókn þar sem valdir voru allir sjúklingar í Västmanlandsléni þar sem læknanlegt úrnám bugðuristils var framkvæmt vegna krabbameins í neðri bugðuristli á árunum 1991-2000. Gerður var samanburður á tímabilinu 1991-1995 (hópur 1) og 1996-2000 (hópur 2). Lítið var á aðgerðartækni, meinafræðiniðurstöður, fylgikvilla við aðgerðir, sjúkrahúsdauða og endurkomu krabbameins.

**Niðurstöður:** Af 164 sjúklingum með krabbamein í neðri hluta bugðuristils gengust 146 undir ristilúrnámsaðgerð. Aðgerð var talin læknanleg hjá 121 sjúklingi, þar af voru 58 sjúklingar í hópi 1 en 63 í hópi 2. Ekki var marktækur munur á ASA gráðu, aldri eða Duke stigun. Sjá nánari niðurstöður í töflu hér á eftir.

	Hópur 1	Hópur 2	P
Hátt fremra úrnám	36 %	71 %	< 0,01*
Fleiri en 5 eitlar	24 %	78 %	< 0,05*
Skurðbrún - æxli > 5cm	22 %	67 %	< 0,05*
Fylgikvillar	34 %	22 %	> 0,05
Enduraðgerðir	10 %	0 %	< 0,01*
Staðbundin endurkoma	10 %	3 %	> 0,05

\* Marktækur munur

**Umræður:** Niðurstöður þessarar rannsóknar gefa til kynna að hátt fremra úrnám sé örugg aðgerð og gefi betri árangur en bugðurstils-úrnám við úrnám æxla í neðri bugðurstli. Einnig er líklegt að sameining ristils- og endaparmsskurðlækninga í eitt teymi hafi átt hlut að máli við fækkun fylgikvilla, enduraðgerða og sjúkrahúsdauða.

### E 33 Notkun vefjalíms á slysa- og bráðamóttöku Elín Bjarnadóttir, Brynjólfur Mogensen

Slysa- og bráðamóttöku Landspítala Fossvogi

**Inngangur:** Sárálím hefur verið notað til að líma bæði sár og skurðsár með góðum árangri að því er virðist. Borið saman við hefðbundinn saumaskap þá þarf ekki að deyta sárið og það tekur skemmri tíma að loka því. Þá er talið að sár sýkist síður og ör verði falletgri. Sárálím hefur verið notað á Íslandi um nokkurra ára skeið. Markmið þessarar rannsóknar var að kanna notkun á sárálími (Histocryl®) til meðferðar á höfuðsárum á slysa- og bráðamóttöku (SBM) Landspítala Fossvogi í septembermánuði 2001.

**Efniviður og aðferðir:** Skoðaðar voru sjúkkrákrar allra sjúklinga sem fengu greininguna „höfuðmeiðsl“ og komu á slysa- og bráðamóttöku í september 2001. Ef sárálím var notað var aldur og kynskipting skoðuð, hvort sjúklingar þurftu að koma í endurkomu og hvort einhverjar aukaverkanir hefðu átt sér stað.

**Niðurstöður:** Alls leituðu 437 einstaklingar á SBM vegna höfuðmeiðsla í septembermánuði 2001. Af þeim voru 347 með sár á höfði en 126 voru með maráverka. Af þeim sem voru með sár voru 204 (59%) saumuð en hjá 73 (21%) voru sárin límd með sárálími. Hjá 60 (17%) þurftu ekkert að gera og hjá 10 (3%) voru sárin límd með Steri-Strip. Af þeim sárum sem límd voru með sárálími voru 20 í hársverði en 53 í andliti. Karlar voru 52 en konur 21. Meðalaldur sjúklinga var 15 ár (11 mánaða-84 ára) en meirihluti, eða 43, var yngri en níu ára. Sjúklingahópurinn sem var meðhöndlaður með sárálími var lítið meiddur (áverkaskor minna en þrjár) og engan þurfti að leggja inn. Ekki voru skráðar neinar aukaverkanir eins og að sár hafi rifnað upp að nýju eða sár hafi sýkst. Aðeins einn þurfti á endurkomu að halda.

**Ályktanir:** Árangur meðferðar með sárálími á minniháttar sár á höfði virðist góður. Lítið slösuð börn voru í meirihluta. Helstu kostir sárálíms eru að ekki þarf að deyta viðkomandi, fljótlegt er að líma sárið saman og ekki þörf á endurkomu nema í undantekningartilvikum. Hugsanlega er hægt að líma mun meira en gert er.

### E 34 Alvarleiki áverka Brynjólfur Mogensen

Slysa- og bráðamóttöku Landspítala Fossvogi

**Inngangur:** Slysu eru eitt alvarlegasta heilbrigðisvandamál þjóðarinnar og það dýrasta. Árlega slasast um 50 þúsund manns. Flest starfsár tapast vegna slysa þar sem það er aðallega ungt fólk sem fellur í valinn langt um aldur fram.

Til eru margs konar kerfi til þess að meta slasaða á vettvangi, í flutningi eða alvarleika áverka slasaðra á sjúkrahúsum. Það sem er notað þarf að vera einfalt, öruggt og áreiðanlegt.

Á vettvangi og í flutningi slasaðra þarf að meta meðvitundarstig, öndun, blæðingu og blóðrás og á hvaða meðferð var byrjað.

Á sjúkrahúsum eru til mörg kerfi til að meta alvarleika áverka slasaðra en einna þekktast er áverkastig (Abbreviated Injury Scale) og áverkaskor (Injury Severity Score) þar sem undirstaðan eru slysgreiningar.

#### Áverkaskor

Stig	Alvarleiki áverka
3<	Lítill
4-8	Meðal
9-15	Mikill
16-24	Alvarlegur
>25	Lífshættulegur
75	Deyr

Á Íslandi hefur ekki verið tekið í notkun samræmt mat á slösuðum á vettvangi, í flutningi eða mat á alvarleika áverka slasaðra inni á sjúkrahúsum.

**Tillaga:** Að við notum „Smart Memo“ sem er einfalt og mjög skilvirkt til að meta slasaða á vettvangi og í flutningi, en áverkaskor til að meta alvarleika slasaðra á sjúkrahúsum.

**Umræða:** Það er mikilvægt að þeir sem standa að frumgreiningu slasaðra á vettvangi, í flutningi og við mat á alvarleika áverka slasaðra þegar á sjúkrahús er komið, meti slasaða á sama hátt. Þannig fæst heildstætt mat á alvarleika áverka hinna slösuðu á hverjum tíma og hvernig hefur til tekist í meðferð þeirra. Þessi þekking er líka nauðsynleg í góðu forvarnarstarfi.

### E 35 Styttir legutími og bætt líðan við gerviliðaaðgerð í mjöðm Brynjólfur Y. Jónsson<sup>1</sup>, Kristín Siggeirsdóttir<sup>2</sup>, Halldór Jónsson jr.<sup>3</sup> Örn Ólafsson<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Sjúkrahúsi Akraness, <sup>2</sup>Janus Endurhæfing og Hjartavernd, <sup>3</sup>Landspítali

**Inngangur:** Spáð fjölgun gerviliðaaðgerða í mjöðm mun valda auknu álagi á bæklunardeildum sjúkrahúsanna. Ein leið til að auka afköstin er að stytta legutímann.

**Efniviður og aðferðir:** Til að mæla áhrif styttri legutíma voru 50 sjúklingar valdir í tvo hópa af biðlistum tveggja sjúkrahúsa samkvæmt slembiúrvali. Fræðsluhóp (FH), með 28 einstaklingum sem fengu fræðslu og heimilisathugun fyrir aðgerð ásamt vitjunum hjúkrunarfræðings, iðju- og sjúkrahjálfa sem gáfu leiðbeiningar heima eftir aðgerð. Samanburðarhóp (SH), með 22 einstaklingum sem fengu hefðbundna endurhæfingu án sérstakrar fræðslu eða vitjana heim eftir aðgerð.

**Niðurstöður:** Legutíminn var marktækt styttri hjá FH, 6,5 dagar að meðaltali miðað við 10 daga hjá SH ( $p > 0.001$ ). Það komu upp sjö minniháttar fylgikvillar í FH og átta í SH á tveimur fyrstu mánuðunum eftir aðgerð, þar á meðal eitt liðhlaup (SH). Engin dauðsföll. SH kom betur út samkvæmt mælitækjunum Harris Hip Score og Meurle d'Abuegine. Þessi munur reyndist ekki marktækur. Samkvæmt mælitækjunum 12-item Hip Score og Nottingham Health Profile náði FH sér marktækt fyrr og leið betur 2 og 4 mánuðum eftir aðgerð miðað við SH.

**Umræða:** Fræðsla og heimilisathugun fyrir gerviliðaaðgerð í mjöðm og leiðbeiningar heima eftir aðgerð virðist vera áhrifarík og örugg aðferð til að stytta legutímann.