

VEGGSPJÖLD

V 01 **Æðaæxli í lifur**

Páll Helgi Möller¹, Linda Myllymäki², Kristín Huld Haraldsdóttir², Björn Ohlsson², Karl-Göran Tranberg²

¹Almenn skurðeild Landspítala Hringbraut, ²skurðeild háskólasjúkrahússins í Lundi, Svíþjóð

Inngangur: Æðaæxli (hemangioma) í lifur finnast oft fyrir tilviljun. Fylgikvillar þeirra eru fáir en geta verið alvarlegir. Meðferð er engin nema ef sjúklingar hafa einkenni, æxlin stækka eða ef bráð blæðing með rofi á sér stað, en í slíkum tilvikum er mælt með aðgerð. Hér verður gerð grein fyrir reynslu okkar af meðhöndun sjúklinga með æðaæxli.

Aðferð: Um er að ræða afturskyggna rannsókn á 38 sjúklingum með greininguna æðaæxli, 25 konur og 13 karla, meðalaldur 50 (bil 31-88) ár, sem voru meðhöndlaðir við skurðeild háskólasjúkrahússins í Lundi á tímabilinu 1970-2000. Sjúklingarnir voru rannsakaðir með ómskoðun (n=35), tölvusneiðmynd (n=34), æðamyndatöku (angiography) (n=7), segulómun (n=16) og/eða sindurritun (scintigraphy) (n=3). Æxlið í lifur var að meðaltali 5,8 (bil 1,0-15) cm í þvermál.

Niðurstöður: Tölf sjúklingar (32%) fóru í aðgerð vegna óklárrar greiningar (n=7), einkenna (n=2) eða vegna bráðrar blæðingar (n=3). Æxlið sem var fjarlægð var að meðaltali 5,4 (bil 2-11) cm í þvermál en 6,0 (bil 1-15) cm fyrir þau æxli sem ekki voru fjarlægð. Greiningin hjá þeim sjúklingum sem fóru í aðgerð var æðaæxli (n=9), æðaæxlissarkmei (hemangiosarcoma) (n=1), bólótt kirtilsarkmei í lifrarpípu (hepatocholangiocystadenocarcinoma) (n=1) og æxli upprunið í lifur (primary liver cancer) (n=1). Sjúklingurinn sem var með æðaæxlissarkmei veiktist með losti og var með mikið blóð í kviðnum. Hinir tveir sjúklingarnir sem voru með illkynja fyrirferð fóru í aðgerð vegna blæðingar og breytingar í stærð og vegna gruns um illkynja breytingu á röntgen. Þrír sjúklingar (25%) fengu fylgikvilla eftir aðgerð, blæðingu og lungnabólgu (n=1), blóðtappa (n=1) og blæðingu (n=1). Skurðdaði var enginn. Einn sjúklingur með krabbamein í kvenköpnum (vulva) reyndist hafa húðtrefjahnúður (sclerosing hemangioma). Sjúklingar sem fengu enga meðferð hafa verið einkennalausir.

Ályktun: Æðaæxli samkvæmt myndgreiningu sem gefa ekki einkenni þarfnast ekki aðgerðar þar sem hættan á bráðri blæðingu virðist vera lítil. Æðaæxli með afbrigðilegt útlit og/eða sem gefa einkenni á að fjarlægja. Í okkar efnivið voru 25% slíkra æxla illkynja.

V 02 **Þétt fyrirferð í lifur af óþekktum uppruna**

Páll Helgi Möller¹, Kristín Huld Haraldsdóttir², Linda Myllymäki², Björn Ohlsson², Karl-Göran Tranberg²

¹Almenn skurðeild Landspítala Hringbraut, ²skurðeild háskólasjúkrahússins í Lundi, Svíþjóð

Inngangur: Staðbundinn hnútóttur vefjaauki (focal nodular hyperplasia, FNH), og kirtilæxli upprunið í lifur (liver cell adenoma, LCA) eru algengustu góðkynja þétta æxlin í lifur. LCA geta orðið illkynja og jafnvel rofnað en slík hætta er ekki álitin vera til staðar hjá FNH. Vandamálið er að geta skilið á milli þessara tveggja æxla og frá illkynja æxlum þar sem útlitið á röntgenmynd er ekki alltaf augljóst.

Aðferð: Um er að ræða afturvirka rannsókn á 42 sjúklingum, 38 konur og fjórum körlum, með meðalaldur 40 (bil 8-78) ár, sem

voru meðhöndlaðir við skurðeild háskólasjúkrahússins í Lundi á árunum 1970-2000. Sjúklingarnir voru með eitt eða fleiri þétt æxli í lifur sem oftast greindust við rannsókn á óljósum kviðverkjum eða við aðgerð vegna annars sjúkdóms. Æxlið var að meðaltali 6 (bil 1-18) cm í þvermál. Rannsókn var gerð við ómskoðun (n=33), tölvusneiðmynd (n=36), æðamyndatöku (angiography) (n=15), sindurritun (scintigraphy) (n=12) og/eða segulómun (n=11). Ekki var hægt að útiloka illkynja greiningu með vissu jafnvel þótt flestar rannsóknirnar bentu til góðkynja æxlis og þá oftast FNH.

Niðurstöður: Úrnám (resection) var framkvæmd hjá 33 sjúklingum (79%), kviðarholsskurður og taka vefjasýnis (biopsy) hjá sex (14%) og kviðsjárspeglun með töku vefjasýnis hjá þremur (7%). Endanleg greining var FNH (n=28), LCA (n=5), lifrarpípu kirtilæxli (hepatobiliary) (n=1), staðbundin fituhrönnun (focal steatosis) (n=3), illkynja (oncocyoma) (n=1), krabbamein upprunið í lifur (primary liver cancer) (n=2), gallblöðrukrabbamein (n=1) og hnútótt netjuhersli (nodular fibrosis) (n=1). Af þeim sjúklingum sem talið var að væru með LCA voru þrír sjúklingar með gallblöðrukrabbamein, krabbamein upprunið í lifur eða illkynja og var meðferðin blóðflæðisskerðing til lifrar (dearterialisation) (n=1) eða úrnám (n=2). Einn sjúklingur sem talinn var vera með FNH reyndist hafa krabbamein upprunið í lifur. Eftir aðgerð fengu tveir (6%) af þeim 33 sjúklingum sem fóru í lifrarúrnám kviðarholssýkingu (intraabdominal abscess) og tveir aðrir (6%) minniháttar fylgikvilla. Skurðdaði var enginn.

Ályktun: Þrátt fyrir sterk en ekki örugg klínísk eða röntgenologísk merki um góðkynja þétta fyrirferð í lifur var endanleg greining illkynja hjá 10% sjúklinganna. Lifrarúrnám, eða í völdum tilfellum sýnataka, er mikilvægur hluti af meðhöndlun sjúklinga með þétta fyrirferð í lifur, sérstaklega ef hægt er að framkvæma aðgerðina með lágri tíðni fylgikvilla og skurðdaða.

V 03 **Endurkoma þekjufrumukrabbameins 34 árum eftir frumgreiningu. Sjúkratilfelli**

Torfi Þ. Höskuldsson¹, Bjarni A. Agnarsson², Páll Helgi Möller¹, Höskuldur Kristvinsson¹

¹Almenn skurðeild, ²rannsóknarstofa Háskólans í meinafræði, Landspítala Hringbraut

Um er að ræða 69 ára gamla konu sem leitar til læknis vegna nokkurra mánaða sögu um vaxandi þrýstingstilfinningu frá grindarholi, krampakennda verki og hægðatregðu.

Í heilsufarssögu kemur fram að konan fór í algert brotnám á legi 1966 vegna slímmyndandi krabbameins sem greindist í sepa í leghálsi. Sjö árum síðar greindist samskonar æxlisvöxtur í lífhimnu við þvagblöðru og voru eggjastokkar þá fjarlægðir og kom þá í ljós samskonar æxlisvöxtur í vinstri eggjastokk. Í sömu aðgerð var tekin fyrirferð á buguristli og reyndist það vera meinvarp. Í kjölfar aðgerðar fór konan í geislameðferð á grindarholi og krabbameinslyfjameðferð. Á næstu tveimur árum var gerð kviðsjárspeglun með árs millibili og var ekki hægt að sýna fram á endurkomu krabbameinsins.

Rannsókn nú með tölvusneiðmynd sýndi fyrirferð í grindarholi og ómskoðun gegnum leggöng sýndi aðaríka fyrirferð sem talið var líklegast að væri útgengin frá endaparmi.

Konan var tekin til aðgerðar þar sem gerð var kviðsjárspeglun. Reyndist hún hafa æxli útgengið frá smágirni og var það numið brott. Ekki sáust frekari merki um æxlisvöxt í kviðarholi.

Vefjafræðileg skoðun sýndi að um var að ræða þekjufrumu-krabbamein (carcinoma) sem var nákvæmlega sömu gerðar og æxlið sem fjarlægð var 1966 og því ljóst að í þessu tilfalli er um að ræða endurkomu þekjuæxlis sem ekki hafði gert vart við sig í 27 ára en hafði fyrst verið greint fyrir 34 árum fyrr.

V 04 Ísetning þvagleggja; hagnýt atriði. Að koma undirstöðuatriðum til skila á myndbandi

Eiríkur Jónsson¹, Valdimar Leifsson²

¹Þvagfæraskurðlækningadeild Landspítala Hringbraut, ²Lífsmýnd ehf.

Kennsla lækna og þá sérstaklega skurðlækna er kennsla í handverki. Viðfangsefni myndbands um ísetningu þvagleggja er það hvernig best er að koma grunnatriðum við notkun þvagleggja til skila. Myndbandið er 34 mínútur að lengd, kaflaskipt og tekur fyrir allt frá hefðbundinni ísetningu hjá karlmönnum, konum og drengjum til algengra vandamála í daglegu starfi. Sagt verður frá tilurð og gerð myndbandsins og brot úr því sýnd en hugmyndin var fyrst reifuð á skurðlæknaþingi fyrir ári á Grand Hótel. Erindið á ekki síst að vera hvatning til lækna að búa til kennsluefni á þessu formi þar sem fjallað er um undirstöðuatriði læknisstarfsins.

V 05 Epitheloid sarcoma. Sjúkratilfelli

Snorri Björnsson¹, Guðmundur Már Stefánsson², Helgi J. Ísaksson³, Sigurður Böðvarsson

¹Lýtalækningadeild, ²meinafræðideild, ³krabbameinsdeild Landspítala Hringbraut

Sjúkratilfelli: Kona fædd 1972 hefur verið með fyrirferð á vinstra handarbaki síðan 1980. Fyrst skorin vegna þessa 1982 á FSN, tekinn hnútur á ótilgreindri sin. Ekki sent í vefjagreiningu. Hún er áfram með fyrirferð og er næst skorin 1993. Þá er gerð rannsókn og lýst þykkun og samvöxtum milli sinarslíðurs og ytri sinar, ekki tilgreint hvaða sinar.

Um byrjun árs 2001 vaxandi verkir á vinstra handarbaki og fyrirferð að stækka. Verkir leiddu upp í vinstri öxl og átti hún erfiðara með að krepptu fingurinn inn í lófa, en enga næturverki. Fann helst verki við fínvinnu. Í september 2001 stækkar fyrirferðin ört og nær frá miðhluta handarbaks og upp fyrir úlnlið. Leitaði til heimilislæknis sem taldi að um endurkomandi hnjúthönd væri að ræða og vísaði henni til lýtalæknis. Við skoðun er fyrirferð 6x3 cm föst á vinstra handarbaki og liggur upp undir úlnlið. Ekki þreifast eitlar í holhönd né olnbogabót. Gerð er aðgerð um miðjan nóvember 2001 þar sem tekinn er hnútur á handarbaki.

Vefjagreining sýnir epitheloid sarcoma gráða 1-2.

Fór í beinaskann sem var eðlilegt og einnig í CT sem sýndi breytningar í lungnavef sem túlkaðar voru af krabbameinslæknum sem ómarktækar og voru eins við endurtekna CT rannsókn í febrúar 2002.

Um miðjan janúar 2002 var gerð aðgerð, æxlið var sent í frystiskurð frá úlnlið sem sýndi tæpar frjár skurðbrúnir en sakir eðlis æxlisins var sjúklingur aflimaður um vinstri framhandlegg u.þ.b. 5 cm ofan við úlnlið.

Fræðileg umfjöllun: Uppruni epitheloid sarcoma er óþekktur en hann birtist oftast í útlimum, helst á höndum eða fótum í sinabyggingu. Hann er að ýmsu ólíkur öðrum sarkmeinum. Hann dreifir sér frekar til aðliggjandi svæða húðar, *sucutant*, fitu og beina. Hann

dreifir sér einnig mjög með eitlabrautum og fyrst til eitla (48%) og lungna (24%).

Hættulegri er staðsetning nær bol á útlím, því stærri eða dýpri því hættulegri, ef blæðing er til staðar eða húðblæðing, drep eða innrás í æðar. Betri lifun er hjá ungu fólki, helst konum á aldrinum 10-49 ára, með æxli utarlega á útlím. Lifun er örlítið betri en hjá öðrum sarkmeinum.

Meðferð er í fyrsta lagi stór skurður eða aflimum á útlím með eitlaskurði. Lyfjameðferð og geislar einungis ef um meinvarp er að ræða.

Umræður: Epitheloid sarcoma er sjaldgæft krabbamein en erfitt í hegðun. Vitað er um tvö tilfalli af epitheloid sarcoma hér á Íslandi. Annað er ofantalið tilfalli, hitt er ungur maður sem greindist fyrir fjórum árum með æxli á hendi. Hann er nú látinn. Endurkomnar fyrirferðir þótt taldar séu góðkynja ber að senda í vefjagreiningu.

V 06 Monotypic epitheloid angiomyolipoma í lifur. Sjúkratilfelli

Sigurður Guðjónsson, Jón Gunnlaugur Jónasson, Sigurður Blöndal

Skurðeild Landspítala Hringbraut

Sjúkratilfelli: 42 ára gömul kona leitaði til heimilislæknis með nokkurra mánaða sögu um óþægindi undir hægra rifjabarði. Óþægindin virtust fæðutengd. Þoldi illa osta, pizzur og rauðvín. Þá var spurning um mjólkuróþol en eftir neyslu mjólkurafurða fékk hún niðurgang. Síðustu fjórar vikur áður en hún leitaði til heimilislæknisins hafði hún verið slöpp og fremur úthaldslítill. Engin saga um megrun. Heilsufarssaga ómarktær. Hafði verið á p-pillunni um langt skeið en hætt fyrir nokkru. Að öðru leyti engin lyfjataka.

Við skoðun var hún fremur föll, BP 130/85, púls 76. Væg eymsli undir hægra rifjabarði, engar fyrirferðir.

Rannsóknir: Blóðhagur sýndi vægt blóðleysi, Hb 114, sökk hækkað í 60, væg hækkan á creatinini 105, lifrarpróf eðlileg. Alphafetoprotein, CEA og C19,9 eðlileg.

Fór í ómskoðun af kvið sem sýndi sjö cm fyrirferð þétt við vinstri lifrarlappa og litlu magabugðu á hlið magans. Á sumum ómsneiðum var hægt að aðskilja meinsemdina frá lifur en á öðrum ekki.

Í framhaldi var gert TS af kvið sem sýndi sjö cm æxli útgengið frá aftari fleti vinstra lifrarlappans. Meinsemdin var gegnheil á útjöðrum en lágþéttisvæði sáust í miðju sem samrýmdist vökva.

Meðferð: Gerð var stigandi kviðspeglun sem sýndi mjög stórt æxli sem náði að mestu yfir hluta II og III í lifur. Æxlið var algerlega frítt frá umhverfi sínu.

Kviðarholsskurður var gerður og hlutar II og III numdir brott. Fékk dálitla blæðingu eftir aðgerð og þarfnaðist blóðgjafar en að öðru leyti var gangur eftir aðgerð fylgikvillalaus og hún útskrifaðist heim fimm dögum eftir aðgerð.

Meinafræði: Æxlið mældist 6,7x2,1 cm í stærsta þvermál og var hvergi vaxið út fyrir hýði lifrarinnar. Stórt svæði með blæðingu fannst í æxlinu. Skurðbrúnir frjár.

Smásjárskoðun sýndi mjög óvenjulega meingerð og var hér um að ræða monotypic epitheloid angiomyolipoma en aðeins einu slíku æxli hefur verið lýst í heimildum (Histopathology 2000, 36, 451-6).

Engin reynsla er fyrir því hvernig þessi æxli hegða sér í lifur en þau eru þekkt í nýrum og eru þar talin geta orðið illkynja.

V 07 Stöðvun blóðrásar með líkamskælingu við skurðmeðferð ósæðarþrengsla hjá fullorðnum

Tómas Guðbjartsson, Manu Mathur, Tom Mihajevic, John G. Byrne, Lawrence H. Cohn

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

Inngangur: Ósæðarþrengsli (coarctatio aortae) eru yfirleitt greind og meðhöndluð fyrir tveggja ára aldur. Eftir skurðmeðferð er hætta á endurteknum þrengslum í ósæðinni og gúlpmyndun síðar á ævinni. Einstaka sinnum greinast þó ósæðarþrengsli fyrst á fullorðinsaldri, oftast hjá sjúklingum með háþrýsting sem svarar illa lyfjameðferð. Hefðbundin skurðmeðferð við ósæðarþrengslum er fólgin í svokallaðri „clamp-and-saw“ tækni þar sem tangir eru settar á ósæðina, þrengsliin fjarlægð og endarnir síðan saumaðir saman. Hjá fullorðnum getur verið erfitt að koma þessari tækni við þar sem ósæðin er oftast kölluð og erfitt að fría æðina frá nærliggjandi vefjum. Kynnt er ný aðferð þar sem beitt er stöðvun blóðrásar og líkamskælingu (hypothermic circulatory arrest) hjá fjórum sjúklingum með ósæðarþrengsli.

Niðurstöður: Fjórir einstaklingar (25, 40, 55 ára og 66 ára), með ósæðarþrengsli við upptök a. subclavia sin voru teknir til aðgerðar og höfðu þrjár þeirra endurtekin þrengsli og gúlpmyndun eftir fyrri aðgerð. Hjarta- og lungnavél var tengd við æðar í vinstri nára og brjósthol opnað undir 4. rífi vinstra megin til að komast að ósæðinni. Blóðrás var stöðvuð (20-30 mín) þegar kjarnhiti var kominn í 13-20°C, og þrengda hluta ósæðarinnar skipt út fyrir gerviað (Hemashield®). Sjúklingarnir voru síðan hitaðir aftur í 37°C og hjarta- og lungnavélin aftengd. Öllum sjúklingunum heilsaðist vel eftir aðgerðina og útskrifuðust þeir 5-20 dögum síðar.

Ályktun: Aðferðin sem hér er lýst við meðferð ósæðarþrengsla hjá fullorðnum er einföld og örugg. Við mælum sérstaklega með stöðvun blóðrásar og líkamskælingu þegar um endurtekin ósæðarþrengsli er að ræða og gúlpmyndun hjá fullorðnum. Aðferðin kemur einnig til greina þegar hliðarblóðrás til mænu og neðri hluta líkamans er ónóg og þar með aukin hætta á þverlömum ef töng er komið fyrir á ósæðinni.

V 08 Bráðir kviðverkir orsakaðir af meningókokkum. Tvö sjúkratilfelliÁsgeir Thoroddsen¹, Tómas Jónsson¹, Magnús Gottfreðsson²¹Handlækninga- og ²lyflækningadeild Landspítala Hringbraut

Inngangur: Algengasta orsök heilahimnubólgu af völdum bakteríu hérlendis er *Neisseria meningitidis*. Helstu einkenni sjúkdómsins eru vel þekkt og geta afleiðingar hans verið lífshættulegar. Öðrum mun sjaldgæfari birtingarformum meningókokkasýkinga hefur verið lýst sem geta valdið töf í greiningu og meðferð. Hér er greint frá tveimur sjúkratilfellum þar sem kviðverkir eru fyrsta einkenni um meningókokkasýkingu.

Tilfelli 1: Tuttugu og eins árs áður heilsuhaust kona leitaði á bráðamóttöku með nokkurra klst. sögu um kviðverki. Verkirnar hófust skyndilega, voru síðan stöðugir og mestir umhverfis nafla og í neðanverðum kvið. Þessu fylgdi ógleði og uppköst. Við komu var hún mjög lasleg, slæm af kviðverkjum, hiti 38°C, blóðþrýstingur 95/60, púls 120. Kviður var mjúkur en dreifð eymsli og vöðvörn til staðar. Grunur vaknaði um botnlangabólgu. Hiti fór upp í 41°C en endurtekin kviðskoðun óbreytt. Tekin var blóðræktun og ceftri-

axone gefið í æð. Gerð var kviðarholsspeglun þar sem í ljós kom töliverður gróftur í kviðarholi með bólgu umhverfis leg og eggjastokka. Fengið var álit kvensjúkdómalæknis sem taldi líklegast að um eggjaleiðarabólgu væri að ræða. Á gjörgæslu eftir aðgerð þurfti sjúklingur mikinn vökva og súrefni. Blóðstorkupróf sýndu dreifða blóðstorknun (DIC). Úr blóði óx *N. meningitidis*, en rannsóknir á mænuvökva voru eðlilegar. Næstu dagana fór ástand hægt batnandi. Sjúklingur útskrifaðist af gjörgæslu fjórum dögum eftir komu og heim fimm dögum síðar.

Tilfelli 2: Tvitug heilsuhaust kona leitaði á bráðamóttöku LHS með sex klst. sögu um kviðverki. Verkirnar voru stöðugir, staðsettir í hægri neðri fjórðungi og voru verri við hreyfingu. Þessu fylgdi ógleði og uppköst. Við komu var hiti 39°C en önnur lífsmörk eðlileg. Kviður var mjúkur en veruleg eymsli í hægri neðri hluta kviðar. Kvensjúkdómalæknir taldi skoðun ekki samrýmast eggjaleiðarabólgu og því talið var að um botnlangabólgu væri að ræða. Ákveðið var að bíða og fylgjast með einkennum. Verkir og eymsli í kviðgengu til baka og útskrifaðist hún heim. Aðeins sjö klst. síðar kom hún aftur og var þá með hita 39°C, meðtekin af höfuðverk, skert meðvitundarástand, hnakkastíf og með depilblæðingar í húð. Í mænuvökva sást mikið af hvítum blóðkornum og gram-neikvæðum diplococcum. Meðferð var hafin með ceftriaxone í æð. Sjúklingur var flutt á gjörgæslu. Úr mænuvökvanum ræktaðist *N. meningitidis*. Ástand fór síðan batnandi og var hún útskrifuð heim átta dögum frá fyrstu komu.

Umræða: Hér er greint frá tveimur tilfellum þar sem bráðir kviðverkir eru fyrstu og aðaleinkenni ífarandi meningókokkasýkingar. Í fyrra tilvikinu var um kviðarholssýkingu að ræða og engin merki um heilahimnubólgu, en í því seinna voru einkenni frá kvið yfirgnæfandi í upphafi veikindanna, þrátt fyrir að um heilahimnubólgu væri að ræða. Vert er að hafa í huga sjúkdóma á borð við þessa hjá bráðveikum sjúklingum með kviðverki.