

Veggspjöld

V – 1 Íslenska krabbameinsverkefnið – Gagnabanki fyrir krabbamein í blöðruhálskirtli

Rafn Hilmarsson¹, Eiríkur Jónsson¹, Ársæll Kristjánsson¹, Baldvin Kristjánsson¹, Valur Þór Marteinsson², Eiríkur Steingrímsson³, Steinunn Thorlacius³

¹Pvágfæraskurðeild Landspítala Hringbraut, ²Fjórðungssjúkrahúsið á Akureyri, ³UVS
rafnh@hotmail.com

Inngangur: Krabbamein í blöðruhálskirtli er algengasta krabbamein karla á Íslandi með árlegt nýgengi um 150 og fjöldi sjúklinga á lífi um 1030. Til þess að öðlast betri skilning á eðli sjúkdómsins hefur í tengslum við ÍK verið búinn til gagnabanki með klíniskum upplýsingum og blóðsýnum frá sjúklingum með krabbamein í blöðruhálskirtli.

Efniviður og aðferðir: Heildarfjöldi sjúklinga í gagnabankanum eru nú 602. Skoðaðar voru sjúkraskrár og önnur fyrirbyggjandi gögn, svo sem rannsóknarniðurstöður, vefjagreiningar, bæði frá sjúkrahúsum sem og gögn frá stofum sérfræðinga.

Niðurstöður: Sjúklingum er skipt í fjóra undirhópa eftir klínískri stigum. Hópur I (T1a) eru sjúklingar með huldumein og greinast fyrir tilviljun við TURP. Hópur II (T1b-T2) eru sjúklingar með staðbundinn sjúkdóm. Hópur III (T3) eru sjúklingar með staðbundna útbreiðslu og hópur IV (T4) eru með ífarandi vöxt og/eða eitla eða fjarmeinvörp. Meðfylgjandi tafla sýnir dreifingu sjúklinga í undirhópa og sjúkdómsmynd þeirra.

Hópur	Fjöldi sjúklinga	Gleason meðaltal	PSA meðaltal	Hlutfall 1998-2000*
Huldumein I	113 (19%)	3,5	6,2	11%
Staðbundin II	369 (61%)	5,4	24,5	53%
Staðbundin útbreiðsla III	56 (9%)	6,6	60	17%
Útbreiddur sjúkdómur IV	58 (9%)	7,1	464	19%
Óþekkt	6 (1%)			
Alls	602 (100%)	5,4	71	100%

* Upplýsingar frá Krabbameinsfélagi Íslands

Ályktanir: Með tilkomu gagnabanka um krabbamein í blöðruhálskirtli skapast einstakt tækifæri til þess að rannsaka sjúkdóminn hjá íslenskum körlum.

V – 2 Endursköpun á fæti með fríum latissimus dorsi vöðva – Sjúkratífelli

Antonios Koumouridis, Rafn A. Ragnarsson, Jens Kjartansson, Guðmundur M. Stefánsson

Lýtalækningadeild Landspítala
akoumouridis@web.de

Inngangur: Latissimus dorsi flipinn er stærsti einstaki flytjanlegi hluti líkamans. Hann er vel aðgengilegur og hefur mikla fjölvirgni. Flipinn getur verið notaður sem stílkauður eða frír, sem vöðvi/húð,

vöðvi/húðgræðingur eða einungis vöðvi eftir því hvað hentar í hverju tilviki.

Tilfelli: Fjórutíu og sex ára gömul kona varð fyrir slæmum áverka á vinstra fæti 1997. Um var að ræða afhönskun á svæði yfir laterala ökkla og alla ristina. Sárið var hreinsað og grætt með húðágræðslu tveimur vikum eftir slysið. Fljótlega fór að bera á sýkingum í örberðinu sem hafa verið viðvarandi með stuttum hléum. Hún hefur haft talsverða verki í fætinum.

Nýlegar röntgenrannsóknir kveiktu ákveðinn grun um beinátu. Með tilliti til stærðar áverkasvæðisins og sýkingarinnar var ákveðið að endurskapa fótinn með fríum latissimus dorsi vöðva/húðgræðlings-flipa og fór sú aðgerð fram í nóvember 2002.

Aðgerð: Skurðaðgerðin var framkvæmd af tveimur skurðlækna-teymum til þess að stytta aðgerðartíma. Annað teymið frílagði flipann á meðan hinir hreinsuðu sárið á fætinum. Þá var flipinn lagður yfir sárið og æðar tengdar. Húð var tekin af læri og grædd á vöðvann. Aðgerðin tók 230 mínútur og gekk vel. Eftir aðgerð heilsaðist sjúklingi vel. Flipinn tók í heild sinni og engin merki voru um sýkingar. Hún útskrifaðist 21 degi eftir aðgerð með sérsmíðaða skó. Reiknað var með þriggja mánaða endurhæfingu og vinnu í framhaldi af því.

Ályktun: Latissimus dorsi vöðvi og húðgræðingur hefur í nokkrum tilvikum verið notaður við endursköpun á krónískum sárum á fótum. Reynsla okkar af þessum aðgerðum er mjög góð og er leitast við að útskýra það nánar með þessu sjúkratífelli.

V – 3 Eósínósækin blöðrubólga – tvö tilfelli og læknisfræðileg yfirferð

Daði Þór Vilhjálmsson, Valur Þór Marteinsson

Handlækningadeild FSA
dadiogelva@simnet.is

Eósínósækinni blöðrubólgu (eosinophilic cystitis) var fyrst lýst 1960 og ljóst að sjúkdómurinn er fátíður, en orsök óþekkt. Greining er einungis möguleg með vefjarannsókn sem sýnir aukningu á fjölda rauðkyrninga (granulocytus eosinophylicus) í slímubeð og vöðvahjúp þar sem aðrar orsakir eru útilokaðar. Sjúkdómurinn getur greinst á öllum aldurs skeiðum og einkennist af tíðum þvaglátum, bráðamigu, blöðmigu og verkjum. Sjúkdómurinn verður oft langvinnur. Við blöðruspeglun getur sjúkdómurinn líkst mjög illkynja æxlisvexti sem er ein aðal mismunagreiningin auk annarra bólgusjúkdóma í þvagblöðru. Meðferðarúræði eru mismunandi eftir einkennum og útbreiðslu, en yfirleitt ráðlagt blöðruvefnsnám um þvagrás (TURB) auk hugsanlegrar steramedferðar, sýklalyfja- og andhistamínjafar. Lýst er tveimur tilfellum þar sem eósínófilísk blöðrubólga kom fram við meinafræðirannsókn eftir blöðruvefnskurð um þvagrás.

Sjúkratífelli 1: 76 ára karlmaður með endurtekna blöðmigu í fimm ár, verki yfir blöðrustað og í meðallagi mikil þvaglátaeinkenni. Grunur var um illkynja æxlisvöxt í blöðrupaki við blöðruspeglun og TS sýndi verulega þykknun á blöðruvegg. Eósínófilflar voru ekki auknir í deilitalningu. Gert var blöðruvefnsnám um þvagrás í tvígang sem sýndi eósínófilíska blöðrubólgu. Blöðmigan hætti og sjúklingur varð einkennalaus. Líðan hans hefur verið góð í tvö ár eftir aðgerð án annarrar meðferðar og ómun hefur sýnt eðlilegan blöðruvegg.

Sjúkratilfelli 2: 67 ára gömul kona með áralanga sögu um tíð þvaglát og bráðamigu, verki um neðanverðan kvið auk þess sem fyrirferð sást við ómun á vinstri eggjastokk. Blöðruspeglun sýndi hvítleitan, þykk-an æxlisvöxt í blöðrubotni er líktist helst bólgústandi með bandvefsmýndun. Endurtekinn blöðruvefsskurður um þvagrás sýndi mikinn örvefsvöxt auk bólgu af langvinnum og eósínósæknum toga. Endurtekin speglun, síðast fjórum árum eftir greiningu, sýndi eðlilegt ástand, en sjúklingur hefur verið með mismikla bráðamigu af óþekkt-um uppruna.

Gerð verður ítarleg grein fyrir helstu greiningaraðferðum, mis-munagreiningum, meðferð og horfum.

V – 4 Viðgerð á skurðhaul eftir notkun á vefjastrekkjara – sjúkratilfelli

Antonios Koumouridis, Jónas Magnússon, Jens Kjartansson

Almenn skurðdeild og Lýtalækningadeild Landspítala
akoumouridis@web.de

Inngangur: Í sumum tilfellum er kviðvegg ekki lokað eftir aðgerð eða aðgerðir. Þá getur reynst nauðsynlegt að skilja sjúkling eftir opinn og síðan hylja garnirnar með „split“ húðgræðlingi. Þetta er gert til að leyfa sjúkdómsástandi í kvið að ganga yfir þar sem lokun myndi gera ástandið verra. Þegar gripið er til þessa ráðs þarf að gera við stóran skurðhaul þegar sjúklingur er búinn að ná sér. Rectus-kantarnir dragast til sitt hvorrar hliðarinnar vegna togs í hliðarvöðvum og gapið verður umtalsvert og haullinn stór. Ef ekki er um vefjatap að ræða þá er mögulegt að gera við slíka haula án þess að nota net.

Tilfelli: Fjórutíu og tveggja ára maður fór í opna botnlangaaðgerð á Kanaríeyjum í janúar 2002. Kviðverkir lagast ekki og 48 stundum síðar kom rofið skeifugarnarsár í ljós og var því lokað með opinni aðgerð. Var á gjörgæslu vegna sepsis og sýkingar í hægri síðu. Vegna magablæðingar var gert magahögg með Billroth II tengingu. Nýrnabilun í kjölfarið. Í febrúar kom hann á Landspítala með sjúkraflugi í öndunarvél. Fékk svo duodenal „blow out“, abcess í hægri flanka, retroperitoneal blæðingu. Hann var skorinn upp margsinnis á þessum tíma. Á fjórum mánuðum fór hann í fjórar aðgerðir á Spáni og níu á Landspítalanum. Í mars hreinsast öll sárin upp og split húð frá vinstra læri er sett beint á garnirnar í miðlínusári. Græðlingurinn tekur og kviðurinn grær. Lá í þrjú mánuði á gjörgæslu. Útskrifast í maí, fór í endurhæfingu á Reykjalundi. Fór í aðgerð í nóvember vegna incisional ventral hernia.

Aðgerð: Undirbúningur: vefjastrekkjari settur í sarakantana og sár dregið saman á nokkrum dögum. Við endanlega aðgerð var græðlingurinn tekinn, þrjú lítil göt á mjögirni voru saumuð saman en annars gekk vel að ná græðlingnum af. Rectus-kantarnir voru færðir saman og gekk það auðveldlega. Aðgerð tók 150 mínútur, gekk vel. Eftir aðgerð var líðan ágæt miðað við aðstæður, öll sár greru og útskrifaðist sjúklingur á níunda degi eftir aðgerð.

Samantekt: Split húðgræðlingur á garnir getur verið notaður sem einfaldar varanlegar lífrænar umbúdir (dressing). Toglaus lokun er möguleg. Þessi meðferð hefur sýnt langvarandi árangur, komplikationir hafa reynst minniháttar og er þetta ein þeirra meðferða sem mælt er með þegar um stóra kviðveggiagalla er að ræða.

V – 5 Memokath® þvagrásarleggur við meðferð þvagrásarþrengsla

Valur Þór Marteinsson

Handlækningadeild FSA
valmart@fsa.is

Áunnin þvagrásarþrengsla hafa verið algengust eftir skurðaðgerðir um þvagrás, en sjaldnar eftir áverka og sýkingar. Þvagrásarþrengsla hjá körlum krefjast misflókinna úrlausna eftir orsök og staðsetningu. Meðferð getur ýmist verið þvagrásarútvíkkun eða innri þvagrásarskurður, endurteknar útvíkanir framkvæmdar af heilbrigðisstarfsmanni eða sjúklingi sjálfum, auk opinna skurðaðgerða. Ýmiss konar stöðleggir (stents) úr málmblöndum hafa verið reyndir með misjöfnum árangri til lengi tíma lítið til að gera meðferðina einfaldari og árangursríkari. Helstu fylgikvillar slíkra stöðleggja hafa verið sýkingar, tilfærsla á legg, steinasöfnun, stíflur og verkir.

Memokath® þvagrásarleggir eru gormlaga og gerðir úr títaníum málmblöndu sem hefur þann eiginleika að þenjast út og þar með festa sig í sessi við sprautun á 50 °C heitu vatni yfir sig og mýkjast þegar sprautað er 10 °C köldu vatni. Þessi eiginleiki auðveldar ísetningu eftir hefðbundna þvagrásarútvíkkun og brottnáðm við þvagrásarspeglun sem unnt er að gera í staðdeygingu ásamt verkjalyfjagjöf. Leggjar þessir eru til í lengdunum 30-50 mm og eru Ch 22-24 að þvermáli við ísetningu, en geta þanist í Ch 34-44 eftir staðsetningu í þvagrás. Innri endinn hefur nokkurs konar akkerislögun eftir þenslu. Þeir sjást auðveldlega við röntgenskygningu. Misjafnt er hversu lengi slíkir leggjar eru hafðir í þvagrás, en almennt ráðlagt að fjarlægja þá eftir 6-12 mánuði.

Memokath® þvagrásarleggir hafa nýlega verið reyndir hjá tveimur sjúklingum á Handlækningadeild FSA. Báðir hafa áralanga sögu um þvagrásarþrengsla og veruleg einkenni tengd þeim. Gerð verður grein fyrir ísetningartækni, kostum og göllum auk fyrsta árangurs slíkrar notkunar.

V – 6 Enduraðgerðir á neðri þvagfærum sökum ótila eftir fyrri þvaglekaaðgerðir

Valur Þór Marteinsson

Handlækningadeild FSA
valmart@fsa.is

Inngangur: Við þvaglekaaðgerðir hjá konum er stundum notaður þráður eða gerviefni er eyðist ekki sem aftur býður hættunni heim ef slíkt brýtur sér leið innan þvagvega eða gefur önnur einkenni. Tilgangur rannsóknarinnar var að yfirfara árangur enduraðgerða sökum vandamála vegna ótila (corpus alienum) eftir þvaglekaaðgerðir hjá konum.

Efniviður og aðferðir: Rannsóknin náði yfir átta sjúklinga sem var vísað til þvagfæraskurðlæknis (greinarhöfundar) vegna vandamála eftir fyrri þvaglekaaðgerðir og þurftu að undirgangast skurðaðgerð vegna staðfesta ótila. Enduraðgerðirnar voru framkvæmdar á tímabilinu mars 1996-nóvember 2002. Öllum sjúklingunum var fylgt eftir aðgerð. Rannsóknin var aftursæ.

Niðurstöður: Miðtala aldurs var 59,5 ár (38-74) og miðtala legudaga sjö dagar (4-13). Algengustu einkenni fyrir aðgerð voru: verkir átta

sjúklingar, endurteknar þvagfærasýkingar sjö sjúklingar, þvagleki fjórir sjúklingar, þvaglátaeinkenni þrjár sjúklingar, þvagteppa tveir sjúklingar. Sjö sjúklingar voru greindir við blöðruspeglun. Þrjár höfðu áður farið í TVT-aðgerð, þrjár í „Sling“-aðgerð og tveir í ofanklyfta aðgerð. Þessar aðgerðir voru gerðar hálfum til 56 mánuðum áður. Fjórir undirgengust opna enduraðgerð þar sem ótilar í formi óuppleysanlegra þráða voru fjarlægðir, hjá tveimur var losað um og skorið á TVT-band neðan þvagrásar, einn fékk fjarlægðan hluta TVT-bands ofanklyfta og hjá tveimur var reynt að ná óuppleysanlegum þræði í blöðru við speglun, en það tókst hjá öðrum þeirra; hinn fór síðar í opna aðgerð auk annars sem fékk fjarlægðan óuppleysanlegan þráð í samskonar aðgerð. Ótili reyndist innan þvagvega hjá sex sjúklingum. Hjá tveimur var gerð ný þvaglekaaðgerð og einn fékk Deflux™ innsprautun í þvagrás. Gangur eftir aðgerðir var góður, en einn sjúklingur fékk yfirborðssýkingu í skurð. Árangur reyndist ágætur/góður hjá öllum sjúklingunum, en einn sjúklingur hefur áfram verið með verki eftir enduraðgerð.

Ályktun: Fylgikvillar eftir þvaglekaaðgerðir þar sem óuppleysanlegir þræðir eða gerviefni eru notuð geta verið mjög þrálátir. Brynt er að útiloka ótila sem orsök slíkra fylgikvilla. Enduraðgerðir geta verið vandasar, en árangur þó góður yfirleitt.

V – 7 **TUR syndrome. Lýst sjúkratilfelli á Handlækningadeild Landspítala Hringbraut**

Svajunas Statkevicius, **Gísli Vigfússon**, Þorsteinn Sv. Stefánsson, Þorsteinn Gíslason

Svæfinga- og gjörgæsludeild og þvagfæraskurðeild Landspítala Hringbraut
gislivig@landspitali.is

Inngangur: TUR syndrome einkennist af skyndlegri lækkun natríums í blóði vegna innstreymis vökva um æðakerfi blöðru eða blöðruhálskirtils. Skyndileg lækkun natríums veldur meðvitundarskerðingu og ef lækkun fer niður fyrir ákveðin mörk koma fram alvarleg einkenni frá miðtaugakerfi, hjarta og æðakerfi. Nútímaskurðtækni, val á heppilegum skolvökum og styttri aðgerðartími minnkar mjög hættuna á þessum lífshættulega fylgikvilla. Lýst er tilfelli af svænsnu TUR syndromi sem upp kom við aðgerð á þvagfæra-deild Landspítala Hringbraut.

Efniviður og niðurstaða: 82 ára karlmaður var lagður inn vegna mikillar blóðmigu sem tókst að halda niðri með blöðruskolun. Þrátt fyrir hana hélt blæðing áfram og því ákveðin blöðruspeglun og aðgerð. Degi fyrir aðgerð reynist natríumþéttni vera 140 mmól/l. Speglun og aðgerð voru framkvæmd í mænuvökvadeyfinu. Þegar liðnar voru um 30 mínútur af aðgerð kvartaði sjúklingur um mikinn slappleika og þreytu og missti meðvitund skömmu síðar. Grunur vaknar strax um TUR syndrome. Sett var niður barkarena í skyndi svo og slagæðaleggur. Mæld blóðgös, sem sýndu natríum 96 mmól/l sem skömmu síðar fór niður í 86 mmól/l. Sjúklingur fékk þvagræsilyf, afsýrunarlyf, ísótóníska saltvatnslausn, blóð og vasóaktív lyf þar sem blóðþrýstingur varð óstöðugur. Hann þurfti mikið súrefni og hafði háa innöndunarþrýstinga. Skurðlæknir hraðaði aðgerð í því augnamiði að ná fram blóðstillingu og var sjúklingur að því loknu fluttur á gjörgæsludeild. Hann fékk áfram ísótóníska saltvatnslausn, auk plasma og blóðs. Natríum hækkaði smám saman og var að

morgni næsta dags 122 mmól/l. Sjúklingur var vakinn og var andlega og líkamlega í lagi og var útskrifaður á deild þann sama dag.

Ályktun: TUR syndrome er sjaldgæft vandamál við þvagfæraaðgerðir en getur dunið yfir mjög skyndilega og eftir stuttan aðgerðartíma eins og ofangreint tilfelli sýnir glögg. Mikilvægt er því að vera vel á verði gagnvart fyrstu einkennum þess og er það best gert með því að framkvæma aðgerðina í mænuvökvadeyfinu svo sjúklingur sjálfur geti gefið fyrstu vísbendingar um yfirvofandi hættu.

V – 8 **Garnastíflur á FSA frá 1996 til 2002**

Daði Þór Vilhjálmsson, Shree Datye

Handlækningadeild FSA
dadiogelva@simnet.is

Inngangur: Kviðarholssamvextir, æxli og haular eru algengustu orsakir þarmastíflu. Á Vesturlöndum hafa orsakir garnastíflna verið að breytast vegna hærri aldurs einstaklinga, hærri tíðni aðgerða hjá öldruðu fólki og breyttis lífsstíls þeirra. Markmið þessarar rannsóknar var að skoða tilfelli garnastíflna á FSA á tímabilinu 1996-2002 og meta orsakir þeirra.

Efniviður og aðferðir: Þetta eru aftursæ uppgjör 130 innlagna á handlækningadeild Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri á tímabilinu 1996-2002 og fengu greininguna garnastífla (560.x samkvæmt ICD 9 og K56.x samkvæmt ICD 10). Skoðaðar voru breyturnar aldur, kyn, lengd einkenna, hvernig greining var fengin, saga um fyrri kviðarholsaðgerðir, hvort aðgerð var gerð eða hvort stuðningsmedferð var beitt, hvaða aðgerðir voru gerðar, orsök garnastíflna (grunnsjúkdómsgreining), lengd sjúkrahússdvalar, fylgikvillar, afdrif sjúklinga og dánartíðni.

Niðurstöður og ályktanir: Alls voru 130 innlagnir á handlækningadeild FSA með greininguna garnastífla á tímabilinu 1996-2002. Niðurstöður rannsóknarinnar verða kynntar á skurðlæknaþinginu.

V – 9 **Fenyö-Lindberg stigakerfi bætir greiningu bráðrar botnlangabólgu**

Tómas Guðbjartsson¹, Lars Enochsson², György Fenyö³, Anders Hellberg⁴, Claes Rudberg⁴, Jörgen Wenner⁵, Ivar Ringqvist⁴, Stefan Sörensen⁴

Skurðeildir ¹Brigham Harvard sjúkrahússins í Boston, ²Huddinge sjúkrahússins, Karolinska Institutet, Stokkhólmi, ³Södersjúkrahússins, Stokkhólmi, ⁴Sjúkrahússins í Västerås, ⁵Háskólasjúkrahússins í Lundi, Svíþjóð
tomasgudbjartsson@hotmail.com

Inngangur: Botnlangabólga er ein algengasta ástæða bráðra kviðarholsaðgerða. Klínísk greining getur verið erfið sem sést best á hárrí tíðni óbólginna botnlanga við aðgerð (15-30%). Til að bæta greiningu sjúkdómsins hafa verið þróuð mismunandi klínísk stigakerfi (score) sem byggja á klínískum upplýsingum. Markmið þessarar rannsóknar var að kanna greiningarhæfni Fenyö-Lindberg stigakerfis í framsýnni rannsókn sem náði til fjögurra stórra sjúkrahúsa.

Efniviður og aðferðir: Stig samkvæmt Fenyö-Lindberg stigakerfi voru skráð hjá 455 sjúklingum sem slembuðust í annaðhvort opna

botnlangatöku eða kviðsjáraðgerð. Ekkert sjúkrahúsanna hafði notað stigakerfið áður. Klínískar upplýsingar voru skráðar af skurðlækni en stigafjöldi var ekki reiknaður út fyrir en eftir botnlangatöku. Skurðlæknir gat því ekki notað stigin við greiningu. Reiknað var út jákvætt forspárgildi (JFG) við greiningu bráðrar botnlangabólgu, neikvætt forspárgildi (NFG), næmi og sértæki. Forspárgildi stigakerfisins var einnig borið saman við forspárgildi klínískrar greiningar skurðlæknis.

Niðurstöður: JFG Fenyö-Lindberg stigakerfis var hærra en JFG skurðlæknis í heildarþýðinu (0,90 á móti 0,79 ($p < 0,001$)). Stigakerfið jók greiningarhæfni hjá konum (0,83 á móti 0,70 ($p < 0,01$)), sérstaklega á aldrinum 15-30 ára þar sem JFG jókst úr 0,69 í 0,82, og á aldrinum 31-50 ára (0,68 í 0,86) ($p < 0,01$). Hins vegar var sértæki prófsins í þessum undirhópum lágt (0,51 og 0,75).

Ályktun: Fenyö-Lindberg stigakerfi er einfalt klínískt tól sem bætir greiningu bráðrar botnlangabólgu, sérstaklega hjá konum á frjósemisæði. Rétt er þó að hafa í huga að sértæki prófsins í þessum undirhópi er lágt. Því getur þurft að framkvæma fleiri rannsóknir og/eða fylgja sjúklingnum eftir séu niðurstöður stigakerfisins neikvæðar eða ósannferandi.

V – 10 Núkleótíðviðtakar og samdráttur í kransæðagræðingum

Tómas Guðbjartsson¹, Catharina Borna², Lingwei Wang², Lena Karlsson³, Sverker Jern³, Malin Malmsjö², David Erlinge²

¹Hjartaskurðeild, ²Hjartadeild háskólasjúkrahússins í Lundi, ³Lyflækniseild, Sahlgrenska háskólasjúkrahússins/Östra, Gautaborg
tomasgudbjartsson@hotmail.com

Inngangur: Vinstri brjóstholsslagæð (LIMA) og ganglimabláæð (v. *saphena magna*) eru algengustu græðingar sem notast er við í kransæðahjáveituaðgerðum (CABG). Tíðni stíflana í bláæðagræðingum er mun hærri en í brjóstholsslagæð (90% á móti 50% stíflaðir tíu árum eftir aðgerð). Orsakir þessa eru ekki þekktar en P2 núkleótíð-viðtakar geta haft þýðingu. Þegar P2 viðtakar eru örvaðir með umfrymis-núkleótíðum (ATP, ADP, UTP og UDP) miðla þeir samdrætti og örva vöxt sléttra vöðvafruma í æðavegnum. Núkleótíðin myndast við tog og súrefnisþurrð í sléttum vöðvafrumum í æðavegnum, blóðflögum, innþekju æða, bólgu- og hjartavöðvafrumum. Í þessari rannsókn voru könnuð áhrif mismunandi P2 viðtaka á samdrátt bláæða- og slagæðagræðinga.

Efniviður og aðferðir: Notaðir voru 1-2 cm bútar af vinstri brjóstholsslagæð og ganglimabláæð hjá 16 sjúklingum sem gengust undir hjáveituaðgerð. Innþekja æðanna var fjarlægð, æðabútunum komið fyrir í mælitæki og gerandefnum (agónistum) beitt á þá *in vitro*. Samdráttur (isometric tension) var skráður sem hlutfall af K^+ styrkt. Fjölforma PCR tækni var notuð til að mæla mRNA P2 viðtaka.

Niðurstöður: Gerandefnið fyrir P2X₁ viðtaka, $\alpha\beta$ -MeATP, olli mestum samdrætti með kröftugri samdrætti í bláæð ($K_{25} = 5,19$, $C_{max} = 76 \pm 10$) en slagæð ($K_{25} = 4,15$, $C_{max} = 24 \pm 13$, $p < 0,05$). Gerandefnið fyrir P2Y₆ viðtaka, UDPBS, olli einnig kröftugri samdrætti í bláæð en slagæð ($K_{25} = 4,99$, $C_{max} = 80 \pm 30$ vs. $K_{25} = 4,28$, $C_{max} = 42 \pm 14$, $p < 0,05$). UDPBS olli ennfremur langvarandi samdrætti (> 2 klukkustundir) sem skýrist af hægri ónæmingu P2Y₆ við-

taka. Samdrátt vegna ATP var ekki hægt að upphæfa með ónæmingu P2X₁ viðtaka ($\alpha\beta$ -MeATP), eða P2Y_{2/4} viðtaka (UDPBS), sem gefur vísbendingu um að fleiri ATP-viðtakar séu til staðar sem miðla samdrætti. Samkvæmt PCR mælingum virðist P2Y₁₁ geta verið slíkur viðtaki.

Ályktun: P2 viðtakar eru ólíkir í brjóstholsslagæð og bláæðum ganglima. P2Y₆ og P2X₁ viðtakar valda kröftugri samdrætti í bláæða- en slagæðagræðingum. Þar sem P2Y₆ viðtakar örva einnig vöxt sléttra vöðvafruma í æðavegg er hugsanlegt að þeir eigi þátt í stíflun bláæðagræðinga. Niðurstöður okkar geta hugsanlega skýrt muninn á endingu bláæða- og slagæðagræðinga. Fræðilega gætu sértækir hemjarar fyrir P2X₁ og P2Y₆ viðtaka komið í veg fyrir samdrátt og stíflu í bláæðagræðingum eftir kransæðahjáveituaðgerð.

V – 11 GIST í endaparmi. Sjúkratilfelli

Þórarinn Kristmundsson¹, Páll Helgi Möller¹, Helgi J. Ísaksson², Eiríkur Jónsson³, Þorvaldur Jónsson¹

¹Skurðlækningadeild, ²Pvgfæraskurðeild Landspítala, ³Rannsóknarstofu háskólans í meinafræði
pallm@landspitali.is

Sextíu og fimm ára gamall karlmaður gekkst undir nýblöðruaðgerð í október 2000. Við reglubundið eftirlit hjá þvgfæraskurðlækni í nóvember 2002 kom í ljós 2x2 cm stór fyrirferð í bakvegg endaparms. Það var ekki saga um verki, blæðingar, breytingar á hægðavenjum eða óþægindi frá endaparmi.

Ristilspeglun sýndi fyrirferð undir heilli slímhúð en var eðlileg að öðru leyti. Æxlið var fjarlægt með einfaldri skurðaðgerð og sjúklingur útskrifaður af sjúkrahúsi daginn eftir aðgerð.

Vefjagreining sýndi spólfrumuæxli með jákvæðri mótefnasvörum fyrir c-kit próteini (CD -117) sem samræmist GIST æxli. Það voru engin merki um drep í æxlinu og engar frumuskiptingar sjáanlegar. Æxlið var því dæmt góðkynja og sjúklingur talinn læknaður án frekari meðferðar.

GIST eru bandvefsæxli sem geta átt uppruna sinn hvar sem er í meltingarveginum. Oftast finnast þau í maga (50%), smágirni (25%), ristli (10%) eða vélinda (5%) en mjög fáum tilfellum hefur verið lýst í endaparmi. Flestir sjúklinganna eru einkennalausir við greiningu.

Munurinn á illkynja og góðkynja GIST er ekki alltaf augljós en stærð æxlis og fjöldi frumuskiptinga hefur sennilega mesta þýðingu. Meðferðin er skurðaðgerð en ný lyfjameðferð sem veldur minnkun á æxlisvexti hefur sýnt góðan árangur.

V – 12 Rof á vélindahaul. Sjúkratilfelli

Hulda María Einarsdóttir¹, Páll Helgi Möller¹, Kristinn Jóhannsson², Gunnar H. Gunnlaugsson¹, Jónas Magnússon¹

¹Skurðlækningadeild og ²Hjarta- og brjóstholsskurðlækningadeild Landspítala
pallm@landspitali.is

Vélindahaul (*epiphrenic diverticulum*) er útbungun á slímhúð og slímubed gegnum vöðvalagið á neðstu 10 cm vélindans. Þetta er tal-

ið gerast vegna samdráttar í veldabolnum. Flestir aðhyllast einhvers konar hreyfitruflanakenningar. Þar sem orsakir eru á reiki er ekki að vænta að samstaða sé um meðferð. Sjúkdómurinn er sjaldgæfur og samanburðarrannsóknir þess vegna óframkvæmanlegar. Einkennin eru margslunin; lítil sem engin, kyngingarörðugleikar, brjóstverkur, andremma, megrun, bakflæði og ásvelging.

50 ára gamall almennt hraustur karl leitaði á bráðamóttöku með tæplega sólarhrings sögu um verki um ofanverðan kviðinn. Í sögu kom fram nokkurra vikna saga um minnkaða matarlyst, ógleði og kyngingarörðugleika. Við skoðun var hann með hita (38,4 °C) og hraðan hjartslátt en að öðru leyti var skoðun eðlileg. Fyrirhuguð var vélindaspeglun næsta vinnudag en í millitíðinni fór sjúklingur heim í leyfi.

Daginn eftir kom sjúklingur með versnandi kviðverki. Hann gat ekki legið flatur vegna verkja og andþyngsla. Sjúklingur var veikindalegur, með hita (38,6 °C), hraðan hjartslátt og tíða öndun. Öndunarhljóð voru minnkuð hægra megin og hann var með eymsli hægra megin í kvið og bankeymsli yfir hægri nýrnastað. Hvít blóðkorn og CRP voru hækkuð. Lungnamynd sýndi vanþenslu (atelectasis) og mögulega íferð hægra megin. Tölvusneiðmynd af brjóstholi sem var ófullkomin sýndi þéttingu í hægri lunga, vökva í fleiðruholi og grun um stóran þindarhaul. Sjúklingur var lagður inn, settur á sýklalyf og fyrirhuguð ný tölvusneiðmynd næsta morgun. Á

röntgenfundi vaknaði grunur um frítt loft kringum vélindaútvíkkunin. Fengin var kyngingarmynd sem sýndi stóran vélindahaul og leka á skuggaefni. Í framhaldi af því var sjúklingur tekin til aðgerðar.

Brjóstholið var opnað hægra megin, hreinsað af grafrarsulli og skolað og vélindahaulinn fundinn. Bæði rofið og háls haulsins voru um 1 cm í þvermál. Sett var T-dren í rofið til veita afrás frá vélindanu og brjóstholskeru. Gerð var magastóma og næringarsonda sett í smágirni.

Gangur eftir aðgerð var eftir atvikum góður. Hiti á 16. degi leiddi í ljós gröft í hægri fleiðru sem var tæmt ómstýrt. Rúmlega þremur vikum eftir aðgerð var búið að fjarlægja kera aðra en T-kera sem teknir voru á 25. degi. Lekamynd tveimur dögum síðar sýndi engan leka og sjúklingur útskrifaðist heim.

Nokkrum vikum seinna lagðist hann aftur inn með gangfistil milli vélinda og húðar og gröft í fleiðru sem hreinsaður var út. Þrýstingsmæling neðst í vélinda sýndi staðbundinn háan þrýsting. Til að hindra áframhaldandi leka og halda vélindanu opnu var lagt stent. Gangurinn lokaðist strax og sjúklingur útskrifaðist. Nokkrum vikum seinna var vinstra brjósthol opnað, vélindahaulinn fjarlægður og vöðvaskurður (myotomy) gerður frá maga að ósæðaboga. Gangur eftir aðgerð var fylgikvillalaus og sjúklingnum sem er útskrifaður heilsast nú vel tveimur vikum eftir aðgerð.