

## ERINDI

## SK 01 Ættlægni blöðruhálskirtilskrabbameins á Íslandi

Bjarki Jónsson Eldon<sup>1</sup>, Albert Kjartansson Imsland<sup>1</sup>, Jón Tómasson<sup>2</sup>, Eiríkur Jónsson<sup>2</sup><sup>1</sup>Urður, Verðandi, Skuld, <sup>2</sup>Þvagfæraskurðeild Landspítala Hringbraut

**Tilgangur:** Blöðruhálskirtilskrabbamein (bhk) er algengasta tegund krabbameins meðal íslenskra karla. Fjölskyldusaga um blöðruhálskirtilskrabbamein er talin vera einn af áhættuþáttum krabbameinsins. Meginmarkmið þessarar rannsóknar var að meta áhættu á blöðruhálskirtilskrabbameini meðal ættingja íslenskra ættvísa með slíkt krabbamein.

**Efniviður og aðferðir:** Ættir ættvísa sem greindust með blöðruhálskirtilskrabbamein á árunum 1983-1987 voru raktar til þriðja stigs ættingja hvers ættvísar af erfðafræðinefnd. Ættirnar voru tengdar krabbameinsskrá Krabbameinsfélags Íslands.

Alls fengust upplýsingar um krabbameinstilfelli hjá fjölskyldum 370 ættvísa. Aldursdreifing ættingja var fundin fyrir hvert ár frá 1955 til og með 1999. Væntanlegur fjöldi ættingja var síðan fundinn með því að margfalda saman fjölda ættingja á hverju aldursbili hvers árs með nýgengi sama aldursbils og árs. Áhættan á krabbameini var metin sem hlutfall fjölda fundinna krabbameinstifella og væntanlegs fjölda.

**Niðurstöður:** Áhætta (RR) fyrsta stigs ættingja á blöðruhálskirtilskrabbameini var marktækt aukin (fjöldi = 1832; áhættuhlutfall = 1,7; 95% vikmörk 1,28-2,34). Áhættan var ekki marktækt meðal annars stigs ættingja (fjöldi = 5604; áhættuhlutfall = 1,3; vikmörk = 0,91-1,72) og var lægst, en þó marktækt aukin meðal þriðja stigs ættingja (fjöldi = 10.649; áhættuhlutfall = 1,2; vikmörk = 1,01-1,47). Áhættan á blöðruhálskirtilskrabbameini var einnig metin eftir því, hvort ættvísar hefðu greinst með huldumein eða látist úr sjúkdómnum. Áhættuaukning ættingja fyrrnefndu ættvísanna var ekki marktækt. Hún var hins vegar marktækt fyrir fyrsta og annars stigs ættingja þeirra ættvísa sem létust úr blöðruhálskirtilskrabbameini.

**Ályktanir:** Þessar niðurstöður styðja mikilvægi fjölskyldusögu sem áhættuþáttar blöðruhálskirtilskrabbameins.

## SK 02 Ættlægni nýrnafrumkrabbameins á Íslandi

Ásgeir Thoroddsen<sup>1</sup>, Tómas Guðbjartsson<sup>1,2</sup>, Guðmundur V. Einarsson<sup>1</sup>, Póra J. Jónasdóttir<sup>3</sup>, Guðrún M. Jónsdóttir<sup>3</sup>, Kristján Jónasson<sup>3</sup>, Kristleifur Kristjánsson<sup>3</sup>, Jeffrey Gulcher<sup>3</sup>, Kári Stefánsson<sup>3</sup>, Laufey P. Ámundadóttir<sup>3</sup><sup>1</sup>Þvagfæraskurðeild Landspítala Hringbraut, <sup>2</sup>hjarta- og lungnaskurðeild Háskólasjúkrahússins í Lundi, <sup>3</sup>Íslensk erfðagreining, <sup>4</sup>læknadeild HÍ

**Inngangur:** Nýrnafrumkrabbamein (adenocarcinoma rennis) eru á meðal 10 algengustu greindra krabbameina á Íslandi. Lítið er vitað um orsakir sjúkdómsins og þáttur erfða og tengsl við umhverfis- og áhættuþætti eru óljós. Markmið þessarar rannsóknar var að kanna ættlægni nýrnafrumkrabbameins á Íslandi síðastliðin 45 ár.

**Efniviður og aðferðir:** Alls voru 1078 Íslendingar (660 karlar og 418 konur), sem greindust með nýrnafrumkrabbamein á tímabilinu 1955 til 1999, teknir með í rannsóknina. Upplýsingar um einstaklinga sem greinst hafa með nýrnafrumkrabbamein fengust úr

sjúkraskrá, vefjasvörum og krabbameinsskrá Krabbameinsfélags Íslands. Skrá yfir alla greinda sjúklinga var síðan borin saman við ættfræðigrunn Íslenskrar erfðagreiningar. Þar er að finna upplýsingar á tölvutæku formi um nær alla núlifandi Íslendinga auk forfeðra aftur að landnámi, alls um 630.000 manns. Fjölskyldutrú sjúklinga voru skoðuð og ættlægni sjúkdómsins rannsökuð með því að reikna skyldleikastuðul (kinship coefficient, KC) annars vegar og áhættuaukningu (relative risk, RR) ættingja hins vegar, fyrir bæði sjúklingahóp og samanburðarhópa.

**Niðurstöður:** Alls greindust 205 fjölskyldur (samtals 630 einstaklingar) með tvo eða fleiri einstaklinga með nýrnafrumkrabbamein (fimm meiósúr) og í 49 fjölskyldum (samtals 280 einstaklingar) voru fjórir eða fleiri einstaklingar með nýrnafrumkrabbamein. Sjúklingahópurinn (n=1078) er marktækt skyldari en samanburðarhópar. Meðalskyldleikastuðull sjúklinga reyndist um það bil fjórum staðalfrávikum hærri en fyrir 1000 samanburðarhópa (p<0,001). Þegar fyrstu gráðu sambönd voru fjarlægð var skyldleikastuðullinn enn marktækt aukinn eða um þremur staðalfrávikum frá meðaltali samanburðarhópa (p= 0,007). Áhættuaukning ættingja og maka er sýnd í meðfylgjandi töflu.

Tengsl	Áhættuhlutfall	95%-öruggisbil	p-gildi	Fjöldi tengslafólks (alls/í sjúklingaskrá)
Systkini	2,46	1,6-3,1	<0,001	3867/74
Foreldri	2,22	1,5-3,8	<0,001	848/15
Systkini foreldra	1,15	0,8-1,6	0,156	4476/41
Tvímenningur	1,60	1,2-1,9	<0,001	8750/109
Maki	1,80	0,7-5,5	0,102	839/12

**Ályktanir:** Niðurstöður rannsóknarinnar sýna að nánir ættingjar sjúklinga með nýrnafrumkrabbamein (systkini og foreldrar) eru í rúmlega tvöfaldrí áhættu að fá nýrnafrumkrabbamein. Þáttur erfða hefur áður verið óljós en virðist geta átt marktækan hlut að tilurð sjúkdómsins. Styrkur rannsóknarinnar er að hún byggir á ættfræðigrunni frá heilli þjóð og á öllum tilfellum sem greindust á landinu á löngu tímabili. Slíkar niðurstöður hafa ekki verið birtar áður fyrir nýrnafrumkrabbamein. Leit stendur nú yfir að meingeni sjúkdómsins.

## SK 03 Skurðdaði eftir brotnámsaðgerð á nýra vegna nýrnafrumkrabbameins

Ásgeir Thoroddsen<sup>1</sup>, Guðmundur Víkar Einarsson<sup>2,4</sup>, Þorsteinn Gíslason<sup>2</sup>, Tómas Guðbjartsson<sup>3</sup><sup>1</sup>Handlækningadeild Landspítala Hringbraut, <sup>2</sup>Þvagfæraskurðeild Landspítala háskólasjúkrahússins, <sup>3</sup>hjarta- og lungnaskurðeild Háskólasjúkrahússins í Lundi, <sup>4</sup>læknadeild HÍ

**Inngangur:** Meðferð staðbundins nýrnafrumkrabbameins er nýrabrottnám en í völdum tilvikum kemur einnig til greina að fjarlægja nýru hjá sjúklingum með fjarmeinvörp í líknandi tilgangi. Nýrabrottnám er viðamikil skurðaðgerð en lítið er vitað um algengi eða ástæður andláts eftir slíka aðgerð.

**Efniviður og aðferðir:** Rannsóknin er afturskyggn og nær til allra sjúklinga sem gengust undir nýrabrottnám vegna nýrnafrumkrabbameins á Íslandi 1971-1999. Lítið var sérstaklega á sjúklinga sem létust innan 30 daga frá aðgerð (hópur A), samanber viðtekna skilgreiningu á skurðdaða, og þeir bornir saman við þá sem ekki

létust eftir aðgerð (hópur B). Markmið rannsóknarinnar var að kanna tíðni skurðdauða á rannsóknartímabilinu, dánarorsakir og ástand sjúklinga fyrir aðgerð. Borin voru saman tímabil I: 1971-1985 og tímabil II: 1986-1999.

**Niðurstöður:** Frá 1971 til 1999 greindust 843 sjúklingar með nýrnafrumkrabbamein og gengust 544 (65%) þeirra undir nýrabrottnámsaðgerð, þar af 80% með lækningu í huga (Robsons stig I-III). Aðgerðirnar voru framkvæmdar af 32 skurðlæknum á átta sjúkrastofnunum og framkvæmdu níu lækna yfir 20 aðgerðir og 15 lækna fimm aðgerðir eða færri. Skurðdauði reyndist 2,9% á öllu tímabilinu (n=16) og dreifðist jafnt á milli spítala, 2,3% á tímabili I (n=5) af 214 aðgerðum og 3,3% á tímabili II (n=11) af 330 aðgerðum, sem er ekki marktæk aukning (p=0,5). Sjúklingarnir létust 2-24 dögum frá aðgerð (miðgildi 10 dagar), þar af sex í fyrstu vikunni. Enginn lést í aðgerð. Meðalaldur í hópi A var 72,6 ár og 63,9 ár í hópi B (p<0,05). Ekki reyndist marktækur munur á stigum sjúkdóms hjá hópum A og B (p>0,05) en sjö sjúklingar í hópi A reyndust á stigi I (44%) og voru fimm þeirra greindir fyrir tilviljun. Átta sjúklingar í hópi A voru með áhættumat (ASA) 3 eða hærra fyrir aðgerð en áhættumat fyrir hóp B liggur ekki fyrir. Ekki var marktækur munur á stærð æxla í hópum A og B. Algengustu dánarorsakir í hópi A voru blæðing/lost fimm, og fóru fjórir í enduraðgerð vegna blæðinga, hjartsláttartruflanir þrjár, sýkingar/sýkingalost þrjár, lungnarek tveir, nýrnabilun tveir og fjölkerfabilun einn.

**Ályktanir:** Skurðdauði eftir nýrabrottnám hér á landi er vel samþærilegur við erlendar rannsóknir og ekki hefur orðið marktæk breyting á tíðni skurðdauða síðustu þrjú áratugin. Algengustu dánarorsakir eftir nýrabrottnám eru tengdar blæðingum, hjartsláttaróreglu og sýkingum. Sjúklingar sem deyja eftir aðgerð eru eldri en hafa ekki útbreiddari sjúkdóm né stærri æxli en þeir sem lifa af aðgerðina.

#### SK 04 Tilviljanagreind nýrnafrumkrabbamein og áhrif þeirra á lífshorfur

Tómas Guðbjartsson<sup>1,2</sup>, Ásgeir Thoroddsen<sup>2</sup>, Kjartan Magnússon<sup>3</sup>, Þorsteinn Gíslason<sup>2</sup>, Sverrir Harðarson<sup>4</sup>, Vigdís Pétursdóttir<sup>1</sup>, Þóra Jónasdóttir<sup>5</sup>, Laufey Ámundadóttir<sup>6</sup>, Kári Stefánsson<sup>6</sup>, Guðmundur Víkar Einarsson<sup>2,6</sup>

<sup>1</sup>Hjarta- og lungnaskurðeild Háskólasjúkrahússins í Lundi, <sup>2</sup>Þvagfæraskurðeild Landspítala Hringbraut, <sup>3</sup>krabbameinlækningadeild Landspítala Hringbraut, <sup>4</sup>Rannsóknastofa Háskólans í meinafræði, <sup>5</sup>Íslensk erfðagreining, <sup>6</sup>læknadeild HÍ

**Inngangur:** Nýrnafrumkrabbamein er óvenju algengt á Íslandi en ástæður þessa eru ekki þekktar. Erlendis er vaxandi nýgengi að verulegu leyti rakið til fleiri tilviljanagreindra æxla (incidentalom). Í þessari rannsókn voru kannaðar breytingar á nýgengi og lífshorfum frá 1955-1999 en einnig litið nánar á sjúklinga greinda 1971-1999 með sérstöku tilliti til tilviljanagreiningar og áhrifa hennar á lífshorfur.

**Efniviður og aðferðir:** Rannsóknin nær til allra sem greindust með nýrnakrabbamein (adenocarcinoma renis) á Íslandi 1955-1999, alls 1108 einstaklinga (665 karlar og 443 konur). Af þeim greindust 194 (18%) við krufningu og 72 (6%) voru greindir klínískt án vefjagreiningar. Tveir síðustu hóparnir voru aðeins teknir með í útreikninga á nýgengi og meðalaldri sem var 65 ár (bil 17-96 ár).

**Niðurstöður:** Aldursstaðlað nýgengi fyrir karla jókst úr 7,3 á

100.000 á ári 1955-1960 í 16 á 100.000 á ári 1991-1995 (p=0,028). Hjá konum sást ekki marktæk aukning í nýgengi á sömu tímabilum, eða 6,6 og 8,6 á 100.000 á ári. Frá 1971 til 1999 greindust 503 af 671 sjúklingi með einkenni og voru kviðverkir (54%) og blóðmiga (44%) algengustu einkennin. Rómur helmingur sjúklinga greindist innan 12 vikna frá upphafi einkenna. Eitt hundrað sextíu og átta sjúklingar greindust fyrir tilviljun (25%), 44 eftir nýrnamyndatöku, 35 eftir ómskoðun, 24 við sneiðmyndatöku og 23 við uppvinnslu smásjárrar blóðmigu. Tilviljanagreindum æxlum fjölgaði úr 12% tilfella 1971-1980 í 32% tilfella 1996-1999 (p<0,05). Tilviljanagreindu æxlin reyndust minni (5,4 cm.) en æxli sjúklinga með einkenni (8,1 cm.) (p<0,05). Blóðrauði við greiningu var 129 g/L og sökk 40 mm/klukkustund (bil 0-168 mm/klukkustund). Flestir greindust á stigi I, eða 36%, en 33% á stigi IV. Fleiri tilviljanagreind æxli greindust á stigi I (68% á móti 25%) og aðeins 8% á stigi IV (p<0,05). Fimm ára lífshorfur voru 44% fyrir allt tímabilið og jukust úr 16% 1955-1960 í 37% 1966-1970. Frá 1971 varð ekki marktæk breyting á lífshorfum (p=0,416). Við einþáttagreiningu bætti tilviljanagreining lífshorfur umtalsvert (p<0,001) en lágur blóðrauði (p<0,001), hátt sökk, stigun og tímallengd einkenna lengur en þrjár mánuðir (p=0,002) drógu marktækt úr lífshorfum. Einu sjálfstæðu forspárþættir lífshorfa við fjölbreytugreiningu reyndust hár aldur (p=0,016), sökk (p=0,006) og stigun (p<0,001).

**Ályktanir:** Nýgengi nýrnafrumkrabbameins er vaxandi hjá körlum á Íslandi sem að hluta til skýrist af fleiri tilviljanagreindum æxlum. Sjúklingar með tilviljanagreind æxli eru með betri lífshorfur en þeir sem greinast með einkenni vegna lægri stigunar æxlanna. Aukning tilviljanagreindra æxla hefur ekki verið nægilega mikil hér á landi til að bæta heildarlífshorfur sjúklinga með nýrnafrumkrabbamein. Stöðnun lífshorfa í þessum sjúklingahópi er áhyggjuefni og mikilvægt að finna leiðir til úrbóta.

#### SK 05 Vaxandi nýgengi og stórbættar lífshorfur karla með krabbamein í eistum á Íslandi 1955-1999

Tómas Guðbjartsson<sup>1,2</sup>, Kjartan Magnússon<sup>3</sup>, Jón P. Bergþórsson<sup>4</sup>, Rósa B. Barkardóttir<sup>4</sup>, Bjarni A. Agnarsson<sup>5</sup>, Laufey Ámundadóttir<sup>6</sup>, Ásgeir Thoroddsen<sup>2</sup>, Kári Stefánsson<sup>6</sup>, Guðmundur Víkar Einarsson<sup>2,7</sup>

<sup>1</sup>Hjarta- og lungnaskurðeild Háskólasjúkrahússins í Lundi, <sup>2</sup>Þvagfæraskurðeild Landspítala Hringbraut, <sup>3</sup>krabbameinlækningadeild Landspítala Hringbraut, <sup>4</sup>rannsóknastofa H.Í. í frumulíffræði, <sup>5</sup>Rannsóknastofa Háskólans í meinafræði, <sup>6</sup>Íslensk erfðagreining, <sup>7</sup>læknadeild Háskóla Íslands

**Inngangur:** Eistnakrabbamein er algengasta krabbameinið sem greinist í karlmönnum á milli 20 og 40 ára aldurs. Á sjöunda áratugnum komu á markað frumudrepani lyf, með cisplatín í broddi fylkingar, sem bættu horfur sjúklinga með krabbamein í eistum. Tilgangur þessarar rannsóknar var að kanna breytingar á nýgengi og hegðun sjúkdómsins hér á landi með sérstaka áherslu á lífshorfur sjúklinga eftir meðferð.

**Efniviður og aðferðir:** Allir íslenskir karlar sem greindust með eistnakrabbamein á 45 ára tímabili, 1955-1999, voru teknir með í rannsóknina og var stuðst við sjúkraskrár, vefjasvör og gögn úr krabbameinsskrá Krabbameinsfélags Íslands. Aldursstaðlað nýgengi var reiknað fyrir allt tímabilið en hegðun sjúkdómsins á tímabilinu 1970-1999 (n=172) könnuð nánar. Lífshorfur voru reiknaðar með Kaplan-Meier aðferð.

**Niðurstöður:** Af 198 sjúklingum greindust 113 (58%) með sáðkrabbamein (SK) og 82 (42%) með önnur frjófrumuæxli en sáðkrabbamein (ÖFS). Nýgengi (3,9 á 100.000 karla) jókst á rannsóknartímabilinu fyrir bæði sáðkrabbamein og önnur frjófrumuæxli en sáðkrabbamein ( $p < 0,001$ ) og 1995-1999 ( $n=40$ ; 5,3 á 100.000 karla) greindust rúmlega fjórum sinnum fleiri eistnakrabbamein en 1955-1959 ( $n=9$ ; 2,2 á 100.000 karla). Meðalaldur við greiningu var 34 ár (bil 2-62 ár), 38 ár fyrir sáðkrabbamein og 29 ár fyrir önnur frjófrumuæxli en sáðkrabbamein ( $p < 0,05$ ), og hélt óbreyttur á tímabilinu ( $p=0,144$ ). Fyrirferð í pung var algengasta einkennið (86%) en næst komu verkir í eista (56%) og einkenni meinvarpa (7%). Flestir greindust innan átta vikna frá upphafi einkenna en 12% eftir meira en sex mánuði. Meðalþvermál æxlanna var 4,9 cm. og fór minnkandi á rannsóknartímabilinu ( $p < 0,02$ ). Sáðkrabbameinsæxlin reyndust 0,7 cm. stærri en önnur frjófrumuæxli en sáðkrabbamein (4,5 cm.) ( $p < 0,05$ ) Langflestir ( $n=110$ ) greindust á Boden-Gibb stigi I (68%) og 32% á stigi II-IV, þar með taldir 9% með fjarmeinvörp (stig IV). Allir sjúklingarnir gengust undir brottnám á eista, með eða án geisla- og/eða frumudrepandi lyfjameðferðar. Fimm ára lífshorfur fyrir hópinn í heild voru 88% 1955-1999 og jukust úr 67% 1955-1977 í 96% 1978-1999. Frá 1978 til 1999 voru fimm ára lífshorfur sjúklinga á stigi I 97% en 94% á stigum II-V. Einungis hafa tveir sjúklingar látist úr sjúkdómnum frá 1978. Við fjölbreytugreiningu (Cox) reyndust stig sjúkdómsins ( $p < 0,02$ ) og greiningarár sjálfstæðir áhættuþættir ( $p < 0,001$ ), en vefjagreining, tímalengd einkenna, stærð æxlis og aldur sjúklings ekki marktækir áhættuþættir.

**Ályktanir:** Nýgengi eistnakrabbameins hefur tæplega þrefaldast á síðustu fjórum áratugum á Íslandi sem er svipuð þróun og sést hefur á hinum Norðurlöndunum. Eftir að cisplatínmeðferð var tekin upp hér á landi í kringum 1977 hafa lífshorfur þessa sjúklingahóps batnað umtalsvert. Núna má gera ráð fyrir að rúmlega 96% sjúklinga með staðbundinn sjúkdóm lækni og sjúklingar með fjarmeinvörp eiga jafnvel góða möguleika á lækningu. Þessi árangur í meðferð eistnakrabbameins sem hér er lýst er með því besta sem þekktist.

SK 06 Fyrstu 10 nýblöðru á þvagrás á Sjúkrahúsi Reykjavíkur / Landspítala Fossvogi  
Eiríkur Orrí Guðmundsson, Eiríkur Jónsson

Þvagfæraskurðeild Landspítala Fossvogi

**Inngangur:** Undanfarin ár hafa á Sjúkrahúsi Reykjavíkur, síðar Landspítala Fossvogi, verið framkvæmdar aðgerðir þar sem þvagblaðra sjúklings hefur verið fjarlægð og sköpuð ný blaðra úr görn sem síðan hefur verið tengd á þvagrás

**Markmið:** Að rannsaka afdrif fyrstu 10 sjúklinganna sem gengist hafa undir brottnám á þvagblöðru og fengið nýblöðru á þvagrás. Markmið rannsóknarinnar er að meta árangur aðgerðarinnar og kanna afdrif sjúklinganna.

**Aðferð:** Sjúkraskrár sjúklinganna voru yfirfarnar og sjúklingarnir svöruðu spurningalista.

**Niðurstöður:** Níu sjúklingar gengust undir aðgerðina vegna ífarandi krabbameinsvaxtar í þvagblöðru og einn vegna interstitial cystitis,

níu karlar og ein kona. Tveir sjúklingar hafa látist af völdum sjúkdóms. Sjúklingarnir voru á aldrinum 46-76 ára (meðaltal 63,4 ár). Meðallengd aðgerðar var 368 mínútur og blæðing í aðgerð að meðaltali 1372 ml. Meðallegutími var 21 dagur. Meðalrymd nýblöðrunnar er 540 ml. Af átta karlmönnum með krabbamein í þvagblöðru reyndust fjórir einnig hafa krabbamein í blöðruhálskirtli. Meðallengd eftirlits var 24 mánuðir. Snemmkomnir fylgikvillar voru glíðnun á skurðsári, garnalömun vegna samvaxta og þrenging á þvagleiðara. Síðkomnir fylgikvillar voru þrenging á mótum þvagrásar og nýblöðru, fistill milli nýblöðru og garnar og fistill milli nýblöðru og legganga. Sjúklingarnir hafa almennt mjög jákvætt viðhorf til aðgerðarinnar og afleiðinga hennar og myndu allir kjósa nýblöðru fram yfir Brickersblöðru og úróstómíu, þyrftu þeir að taka þá ákvörðun nú.

**Ályktanir:** Nýblaðra á þvagrás er góður valkostur ef nema þarf þvagblöðru brott. Sjúklingar virðast vilja mikið til vinna til að losna við úróstómíu á húð með tilheyrandi þvagpoka, jafnvel þó að þeir þurfi að nota bindi vegna þvagleka eða framkvæma hreina sjálfþæmingu. Þessar aðgerðir eru þó flóknari og tímafrekari en Brickersblaðra og þeim geta fylgt ýmsir fylgikvillar sem skurðlæknirinn þarf að vera tilbúinn að leysa, jafnframt því sem eftirlit eftir aðgerðina þarf að vera nákvæmt og meðferðarfylgni sjúklinga trygg.

SK 07 Árangur beinskurðar í sköflung á Fjórðungssjúkrahúsinu á Akureyri 1982-1997  
Andri Már Þórarinnsson, Júlíus Gestsson, Þorvaldur Ingvarsson

Bæklunardeild Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri

**Tilgangur:** Markmið rannsóknarinnar var að meta árangur beinskurðar (osteotomy) á bæklunardeild FSA og bera saman við erlendar niðurstöður. Meta hversu lengi aðgerðirnar duga sjúklingum (hversu lengi er hægt að seinka gerviliðaaðgerð í hné). Er hægt að mæla með beinskurði sem meðferð?

**Efniviður og aðferðir:** Fengnar voru upplýsingar úr sjúklingabókhalda FSA um sjúklinga sem hafa gengist undir beinskurð á bæklunardeild FSA á árunum 1982-1997 og þær upplýsingar bornar saman við gerviliðaskrá 1982-2000 sem er til á FSA.

**Niðurstöður:** Alls voru framkvæmdar 75 aðgerðir á 67 sjúklingum (33 konum og 34 körlum) meðalaldur 55 (31-69) ár fyrir konur og 58 (33-69) ár fyrir karla. Á tímabilinu voru settir gerviliðir í 25 hné sem áður hafði verið framkvæmdur beinskurður á. (Meðaltími frá beinskurði til gerviliðaaðgerðar var fimm ár (1-14).) Hjá þeim sem ekki hafa farið í gerviliðaaðgerð enn, eftir beinskurð eru að meðaltali liðin níu ár eftir beinskurðinn (4-15). Sé tekið tillit til þeirra sem hafa farið í gerviliðaaðgerð þá virðist beinskurður geta seinkað gerviliðaaðgerð um átta ár að meðaltali.

**Umræða:** Beinskurður í hnám hefur verið framkvæmdur á FSA í 18 ár, þetta er viðurkennd meðferð sem getur seinkað gerviliðaaðgerð um átta ár að meðaltali. Árangur aðgerða á FSA er sambærilegur við erlendar niðurstöður.

Hægt er að mæla með þessari aðgerð sérstaklega á ungu fólki. Margar spurningar vakna:

1. Skiptir máli hvort viðkomandi hefur slit í báðum hnám?
2. Skiptir máli hvort viðkomandi hefur slit í mjöðm og hné?

3. Skiptir máli hvort viðkomandi hefur handarslitgigt?  
4. Skiptir máli hvort um frumslitgigt eða áunna slitgigt er að ræða?

#### SK 08 Erfðir slitgigtar í mjöðmum á Íslandi

**Porvaldur Ingvarsson**<sup>1,4</sup>, Stefán Einar Stefánsson<sup>2</sup>, Ingileif B. Hallgrímsdóttir<sup>2</sup>, Halldór Jónsson jr.<sup>3</sup>, Jeff Gulcher<sup>2</sup>, Helgi Jónsson<sup>3</sup>, Jón Ingvar Ragnarsson<sup>3</sup>, L. Stefan Lohmander<sup>4</sup>, Kári Stefánsson<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Fjórðungssjúkrahúsið á Akureyri, <sup>2</sup>Íslensk erfðagreining, <sup>3</sup>Landspítali háskólasjúkrahús, <sup>4</sup>Háskólasjúkrahúsið í Lundi

**Tilgangur:** Að kanna í Íslendingum erfðir slitgigtar í mjöðmum sem leiða til gerviliðaaðgerða.

**Aðferðir:** Erfðir slitgigtar voru kannaðar með því að keyra saman tvo gagnabanka. A. Gerviliðaskrá sem inniheldur alla einstaklinga sem hafa gengist undir gerviliðaaðgerðir vegna slitgigtar í mjöðm á árunum 1972-1996. B. Ættfræðiupplýsingar úr Íslendingabók sem inniheldur upplýsingar um stóran hluta Íslendinga fædda á síðustu 10 öldum.

**Erfðaþátturinn var kannaður á fernen hátt:** A. Með því að finna fjölskyldur með slitgigt í mjöðm. B. Með því að nota svonefnt MFT próf, þar sem minnsti fjöldi af forfeðrum er fundinn sem tengir saman alla sjúklinga (2713) sem hafa fengið gervilið í mjöðm vegna slitgigtar, borið saman við meðaltal forfeðra í samanburðarhópum. C. Með því að reikna skyldleikastuðul (kinship coefficient, KC) fyrir sjúklinga með slitgigt og samanburðarhópa. D. Með því að reikna áhættu þess að ættingjar sjúklinga með gerviliði vegna slitgigtar í mjöðm fái gervilið vegna slitgigtar. Í öllum tilfellum voru niðurstöður bornar saman við 1000 samanburðarhópa úr Íslendingabók sem eru jafnstórir og upprunalegi hópurinn.

**Niðurstöður:** Fjöldi fjölskyldna fannst, MFT prófið sýndi að sjúklingar með gerviliði í mjöðmum vegna slitgigtar áttu færri sameiginlega forfeður en samanburðarhópar ( $p < 0,001$ ). Meðaltalsgildi skyldleikastuðuls var hærra hjá sjúklingum með gerviliði í mjöðmum vegna slitgigtar en í samanburðarhópum ( $p < 0,001$ ). Áhætta hjá börnum slitgigtarsjúklinga er 3,05 (2,52-3,10) ( $p < 0,001$ ).

**Umræða, ályktanir:** Þessi rannsókn sýnir að sjúklingar með gerviliði í mjöðm vegna slitgigtar eru innbyrðis marktækt skyldari hver öðrum en samanburðarhópar. Þessi skyldleiki náði út fyrir hefðbundnar kjarnafjölskyldur. Þessar niðurstöður benda til að auk umhverfisþátta séu erfðaþættir mikilvægir sem orsök slitgigtar og hvetja til áframhaldandi leitar af genum sem geta orsakað sjúkdóminn.

#### SK 09 Árangur gerviliðaaðgerða í mjöðmum á bækunardeild Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri 1982-2000

Jónas Franklín jr., Júlíus Gestsson, Ari H. Ólafsson, **Porvaldur Ingvarsson**

Bækunardeild Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri

**Tilgangur:** Að kanna árangur gerviliðaaðgerða á mjöðm á bækunardeild FSA 1982-2000 og bera saman við niðurstöður erlendis sem hérlendis.

**Efniviður og aðferðir:** Aflað var upplýsinga úr sjúklingabókheldi, sjúkraskrá og frá gerviliðaskráningu FSA. Skráð voru aldur, kyn, ábending og orsök fyrir aðgerð og enduraðgerð. Til að kanna hvort

sjúklingar hefðu leitað annað til enduraðgerða var leitað upplýsinga á sjúkrahúsunum í Reykjavík og á Akranesi.

**Niðurstöður:** Á árunum 1982-2000 voru gerðar 736 Exeter gerviliðaaðgerðir á 585 sjúklingum á bækunardeild FSA. Sex hundruð fjörtíu og sjö aðgerðir voru framkvæmdar sem fyrsta aðgerð en 89 enduraðgerðir voru framkvæmdar á tímabilinu. Þar af voru 32 aðgerðir vegna Exeters gerviliða sem settir voru í á FSA en 57 voru vegna annarra gerviliða, mest McKee Arden sem voru settir inn á Landspítalanum. Meðalaldur sjúklinga var 68 ár og var hlutfall kynja mjög svipað. Ábendingar fyrir fyrstu aðgerð voru: vegna slitgigtar 568, liðbólgu 17, brota 41, annars 24. Enduraðgerðir voru flestar gerðar vegna loss á gerviliði eða 22, vegna liðhlaupa voru sjö aðgerðir og fjórar vegna sýkinga. Enduraðgerðir vegna Exeter gerviliða voru á þessum tíma 4,4%.

**Umræða, ályktanir:** Árangur Exeter gerviliðaaðgerða á Akureyri stentst fyllilega alþjóðlegan samanburð og gott betur. Aðgerðartími og innlagnarlengd hefur styst. Ekki er að sjá að meðalaldur sjúklinga hafi breyst á tímabilinu. Það vekur athygli að einungis tveir sjúklingar hafa farið í enduraðgerð vegna sýkingar. Tíðni vegna sýkinga er því 0,35% sem stentst allan alþjóðlegan samanburð. Exeter gerviliðurinn stentst fyllilega tímans tönn og árangur af notkun hans er mjög góður.

#### SK 10 Lærleggshálsbrot er komu til meðferðar á Fjórðungssjúkrahúsinu á Akureyri 1981-1994

Cecilia Rönnfjörð, Nanna Úlfarsdóttir, Hjörtur Jónsson, Júlíus Gestsson, **Porvaldur Ingvarsson**

Frá bækunardeild Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri

**Tilgangur:** Markmið rannsóknarinnar var að kanna árangur aðgerða vegna brota á lærleggshálsi á bækunardeild Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri.

**Efniviður og aðferðir:** Upplýsingar voru fengnar úr sjúklingabókheldi FSA frá árunum 1981-1994. Leitað var eftir greiningum ICD-9 820.0 og 820.1 (lærleggshálsbrot), 820.2 (brot á stærri lærhnútu (perthrochanteric fracture), lærhnútbrot (subthrochanteric fracture)). Sjúkraskrár allra sjúklinga voru teknar fram og upplýsinga aflað um eftirfarandi: hvaðan sjúklingur kom, meðferð, afdrif (lifun), enduraðgerðir og orsakir þeirra.

**Niðurstöður:** Þrjú hundruð níutíu og sjö brot í 371 einstaklingi komu til meðferðar á þessu tímabili (303 konum og 94 körlum). Tuttugu og sex brotnuðu báðum megin. Lærleggshálsbrot voru 252 (63%), brot á stærri lærhnútu voru 134 (34%) og lærhnútbrot voru 12 (3%). Brot vinstra megin voru 197 og hægra megin 200. Meðalaldur var 80 ár (28-101), 84% voru 70 ára og eldri. Að heiman komu 195, 75 af dvalarheimilum, 65 af hjúkrunarheimilum, 13 af öldrunardeildum, 23 af öðrum sjúkrahúsum, 22 af öðrum deildum FSA og tveir úr þjónustuíbúðum.

Allir nema sex gengust undir skurðaðgerð (LIH=159, DHS=130, gerviliður=4, hálf gerviliður=51, Rydell=24, Ender=22).

**Afdrif:** Tæp 20% sjúklinga létust á fyrsta árinu eftir aðgerð. Tuttugu og fimm prósent sjúklinga hafa gengist undir enduraðgerð vegna brotsins. Flestir vegna eymsla frá nöglum og þeir því teknir.

**Umræða, ályktanir:** Ekki verður séð af þessari rannsókn að nýgengi lærleggshálsbrota hafi aukist á upptökusvæði FSA á tímabilinu. Þó

fer öldruðum fjölgandi. Meðalaldur sjúklinga og lifun eftir aðgerð eru mjög svipuð og í erlendum rannsóknum. Þó er lifun ívið betri. Fjöldi enduraðgerða kemur ekki á óvart en velta má því fyrir sér hvort ekki sé rétt að setja gervilið eða hálf-gervilið í fólk eldra en 80 ára með lærleggshálsbrot sem er mikið úr lagi fært.

#### SK 11 Þörf fyrir gerviliðaaðgerðir næstu 30 árin á Íslandi Þorvaldur Ingvarsson

Bæklunardeild Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri

**Tilgangur:** Að meta þörf fyrir gerviliðaaðgerðir í mjöðm og hné á Íslandi næstu 30 árin.

**Efniviður og aðferðir:** Fengnar voru tölur um fjölda aðgerða úr gerviliðaskrá fyrir árin 1982-2000. Niðurstöðurnar voru aldursstaðlaðar. Upplýsingar um fólksfjölda og spá um mannfjöldaþróun fyrir næstu 30 ár voru fengnar frá Hagstofu Íslands og aldursstöðluðu tölurnar notaðar til að spá fyrir um fjölda aðgerða sem þarf að framkvæma næstu 30 árin.

**Niðurstöður:** Frá árinu 1982 hefur gerviliðaaðgerðum á mjöðm fjölgað jafnt og þétt úr 100 aðgerðum 1982 í um 300 aðgerðir árið 2000. Sama fjölgun hefur orðið á aðgerðum á hnjám og árið 2000 voru framkvæmdar um 200 gerviliðaaðgerðir, þannig voru gerðar samtals 500 gerviliðaaðgerðir árið 2000. Á síðasta áratug kemur í ljós að framkvæmdar eru sífellt fleiri aðgerðir á fólki yfir 80 ára. Gildir það sama um hné og mjaðmir. Enduraðgerðir eru um 40-50 á ári á síðasta áratug. Þegar tekið er tillit til mannfjöldaþróunar næstu 30 árin er talið að aðgerðum þurfi að fjölga um 30% á næstu 15 árum og 60% á næstu 30 árum. Þetta jafngildir því að fjölga þurfi aðgerðum um 10 árlega.

**Umræða, ályktanir:** Á næstu árum þarf að reikna með auknu fé í gerviliðaaðgerðir ef biðlistar eiga ekki að aukast enn, en um áramótin 2000-2001 voru 500 sjúklingar á biðlista eftir gerviliðaaðgerðum. Ef tekið er tillit til þeirra 500 sjúklinga sem voru um síðustu áramót á biðlista eftir gerviliðaaðgerð þá þarf að stórauka fé til þessa málaflokks strax. Ef miðað er við að sjúklingar þurfi einungis að bíða aðgerðar í sex mánuði er þörfin strax komin í 750 aðgerðir á árinu 2001 sem er sami fjöldi og spáð er að þurfi að framkvæma árið 2015.

Ef fólk með slitgigt á að fá eðlilega þjónustu í heilbrigðiskerfinu þá þarf að stórauka fé til gerviliðaaðgerða. Líklega um 60-70 milljónir á ári.

#### SK 12 Árangur skálarauka við Howse gervimjöðm

Elsa B. Valsdóttir, Ríkarður Sigfússon, Svavar Haraldsson, Halldór Jónsson jr.

Bæklunarskurðeild Landspítala Hringbraut

**Inngangur:** Við endurtekin liðhlaup gervimjaðma getur þurft að grípa til enduraðgerðar þar sem settur er inn svokallaður skálarauki, en þá er tekinn randhluti úr nýrri plastskál sem er skrúfaður á afturbrún gömlu skálarinnar.

**Tilgangur:** Að kanna árangur enduraðgerða þar sem settur er skálarauki við Howse gervimjaðmir vegna liðhlaupa.

**Efniviður og aðferðir:** Gerð var afturskyggn rannsókn og upplýsingar fengnar úr sjúkraskrá þeirra sjúklinga sem fengu Howse gervilið á tímabilinu 1984-1999, hrukku úr liði og fóru á sama tímabili í enduraðgerð og fengu skálarauka. Árangur var metinn eftir því hvort ítrekuð liðhlaup urðu eftir skálaraukaásetningu.

**Niðurstöður:** Af 39 sjúklingum sem hrukku úr liði var 31 sem hrökk úr liði oftar en einu sinni (80%). Af 31 sem hrökk oftar en einu sinni úr liði fengu 23 skálarauka (75%). Einungis þrjár af þessum 23 hrukku úr liði eftir skálarauka (13%), þar af hrökk einn alls átta sinnum úr liði og annar fimm sinnum.

**Ályktanir:** Við teljum að skálaraukaaðgerð sé heppileg aðgerð þegar um er að ræða endurtekin liðhlaup. Ástæða margra liðhlaupa fyrir aðgerð er sú að almennt hefur verið beðið eftir þremur liðhlaupum áður en gripið er til skálarauka. Í ljósi niðurstaðna okkar og þess að aðgerðin er tiltölulega einföld og hefur ekki haft sýkingar í för með sér, teljum við að framvegis þurfi ekki að bíða svo lengi.

#### SK 13 Orsök liðhlaups í Howse gervimjöðm

Elsa B. Valsdóttir, Ríkarður Sigfússon, Svavar Haraldsson, Halldór Jónsson jr.

Bæklunarskurðeild Landspítala Hringbraut

**Inngangur:** Algengasti fylgikvilli þess að hafa gervilið í mjöðm er liðhlaup. Þó tiltölulega auðvelt sé að kippa gerviliði í lið veldur þetta þeim sem í því lenda umtalsverðum óþægindum, kvíða og óöryggi. Fyrir um 17 árum var byrjað að nota Howse gervilið í mjaðmir á bæklunarskurðeild Landspítalans.

**Tilgangur:** Að kanna hvort hægt væri að finna áhættuþætti þess að hrökkva úr liði í þeim tilgangi að draga úr tíðni liðhlaupa.

**Efniviður og aðferðir:** Gerð var afturskyggn rannsókn og upplýsingar fengnar úr sjúkraskrá þeirra sjúklinga sem fengu Howse gervilið á tímabilinu 1984-1999 og hrukku úr liði. Meðal annars voru metnir þættir eins og aldur og kyn sjúklings, lyfjanotkun fyrir og eftir aðgerð, halli á skálarhluta gerviliðarins og við hvaða aðstæður liðhlaupið varð.

**Niðurstöður:** Á rannsóknartímabilinu voru settar inn 1108 Howse gervimjaðmir. Þrjátíu og níu sjúklingar fundust með alls 100 liðhlaup, 28 konur og 11 karlar. Tuttugu og tveir sjúklingar (56%) höfðu aðrar ábendingar fyrir aðgerð en slitgigt, svo sem brot, aðra gigt sjúkdóma eða endurisetningu á gervimjöðm. Tuttugu sjúklingar (51%) hrukku úr liði á fyrstu 30 dögnum eftir aðgerð. Tuttugu og níu sjúklingar (75%) voru skýrir þegar liðhlaupið varð, enginn var ruglaður eftir aðgerðina. Skýring á liðhlaupi fannst á legu gervimjaðmahlutanna samkvæmt röntgenmynd hjá 17 sjúklingum (44%), það er of mikill halli á bollanum. Aðrar orsakir voru til dæmis áverki eða áfengisneysla. Engin skýring eða áhættuþáttur fyrir liðhlaupi fannst hjá sjö sjúklingum (18%).

**Umræða:** Miðað við aðrar rannsóknarniðurstöður er liðhlaupstíðni gervimjaðma almennt talinn 2-5%. Við teljum niðurstöður okkar benda til að orsökina hjá okkur sé frekar tengd ástandi viðkomandi sjúklings og ákveðnum sjúklingahóp og ekki gerviliðnum sjálfum.

**SK 14 Fremri hryggstólpaáðgerð í lendhrygg. Nýir aðgerðarmöguleikar og fyrsti árangur**

Halldór Jónsson jr., Bogi Jónsson

Bæklunarskurðeild Landspítala Hringbraut

**Inngangur:** Á síðustu árum hafa ýmsir meðferðarmöguleikar þróast til aðgerða á liðþófabili hryggsúlunnar. Má þar nefna gerviliði, gervipófa og málmstólpa. Við vekjum athygli á títan málmstólpum eða hryggstólpum. Þeir eru af tvenns konar gerð, BAK og Proximity og eru settir inn fram í frá.

**Efniviður og aðferðir:** Gerð var afturskyggn rannsókn á ástæðu aðgerðar, fjölda liðbila, breytingu á verkjalyfjanotkun, breytingu á einkennum í fótum, breytingu á vinnugetu og aukaverkunum aðgerðar.

**Niðurstöður:** Á einu og hálfu ári (12.05.99-31.12.00) fóru 16 sjúklingar (11 konur, fimm karlar) í aðgerð, meðalaldur var 38 ár (26-51). Ástæðan var verkir vegna: miðlægrar hryggþófabungunar (central disc protrusion) þrjár, hryggþófaáverki (post-trauma disc collapse) tveir, eftir brjóslosaðgerð (post-discectomy) sjö, hryggskrið (spondylolisthesis) einn, eftir aftari speningu (posterolateral fusion L4-S1) þrjár. Aðgerð var framkvæmd á einu liðbili hjá ellefu sjúklingum (tveimur á L4-5 og níu á L5-S1) og hjá fimm á tveimur liðbilum (L4-5 + L5-S1). Hjá öllum nema tveimur (L4-5 aftan lífhimnu (retroperitoneal)) var aðgerðin í gegnum lífhimnu (transperitoneal). Aðgerðartími var 90 mínútur á liðbil. Einn fékk rifu í vena iliaca. Allir fengu sýklalyf og blóðþynningu. Meðallegutími var sex dagar.

Allir urðu verkjaminni. Einungis sjúklingar sem voru spengdir 360° (aftari spening fyrir) héldu áfram á meðalsterkjum verkjalyfjum og hafa ekki orðið vinnufærari. Allir losnuðu strax við fótaverki nema ein kona (hafði áður brjóslos), sem fékk aftur verk í fótinn. Enginn karlanna fékk bakskot (retrograd ejaculation);

**Ályktanir:** Fremri hryggstólpaáðgerðir í lendhrygg hafa reynst vel hjá okkur og eru stórt framfaraskref miðað við fyrri möguleika. Árangur okkar er sambærilegur niðurstöðuviðmiði framleiðanda. Vegna þessa höfum við einnig byrjað notkun fremri hryggstólpa í háls hrygg og munum innan skamms einnig nota þá frá hlið í brjósthrygg og efra lendhryggjarsvæði.

**SK 15 Augnslys**

Stefán Haraldsson, Brynjólfur Mogensen, Jón Baldursson

Slysa- og bráðamóttaka Landspítala Fossvogi

**Inngangur:** Augnáverkar, aðskotahlutur í augum og áverkar á augnumgjörð eru mjög algengir. Ástæður áverkanna og aðskotahlutanna eru margvíslegar. Markmið rannsóknarinnar var að athuga fjölda og orsakir augnáverka, aðskotahluta í augum og áverka á augnumgjörð þeirra sem komu á slysa- og bráðamóttöku Landspítala Fossvogi árin 1998 til ársloka 2000.

**Efniviður og aðferðir:** Leitað var í alþjóðlegu slysa- og sjúkdóma-skránni (ICD 10) vegna allra sem komu á slysa- og bráðamóttöku Landspítala Fossvogi frá 1. janúar 1998 til og með 31. desember 2000 með augnáverka, aðskotahlutur í augum eða áverka á augnumgjörð. Jafnframt var leitað að orsökum slysa í Norræna

slysa-skráningarkerfinu fyrir sama tímabil.

**Niðurstöður:** Alls leituðu 5833 einstaklingar á slysa- og bráðamóttöku vegna augnáverka, aðskotahluts í auga eða áverka á augnumgjörð. Vegna augnáverka komu 1264, aðskotahluts í auga 2367 og vegna áverka á augnumgjörð, til dæmis áverka á augnloki eða brots á augnumgjörð komu 2202. Karlmennt voru í miklum meirihluta í öllum þremur flokkunum, samtals 4554 á móti 1279 konum. Fólki á aldrinum 20-29 ára er hættast við aðskotahlut eða áverka (áverki á auga 297, aðskotahlutur í auga 722 og áverka á augnumgjörð 537). Af áverkum á augnumgjörð virðist áverka af mannavöldum algengastur.

Aðskotahlutir og áverkar á augum og augnumgjörð hjá börnum eru algengir. Mestar líkur voru á því að verða fyrir augnáverka eða áverka á augnumgjörð á laugardegi og sunnudegi en að fá aðskotahlutur í auga á fimmtudegi. Fremur jöfn dreifing er yfir mánuðina.

**Umræða:** Augnáverkar, aðskotahlutir í auga og áverkar á augnloki eða augnumgjörð eru mjög algeng ástæða fyrir komu á slysa- og bráðamóttöku Landspítala Fossvogi. Flestir koma með lítilsháttar áverka. Mannlegi þátturinn virðist alls ráðandi og börn virðast þurfa meiri aðgæslu. Fræðsla og forvarnarstarfsemi gæti orðið til bóta.

**SK 16 Skíða- og snjóbrettaslys**

Gísli E. Haraldsson, Brynjólfur Mogensen, Jón Baldursson

Slysa- og bráðamóttaka Landspítala Fossvogi

**Inngangur:** Fremur lítið er vitað um hversu algeng skíða- og snjóbrettaslys eru og hvers eðlis þau eru hér á landi. Áverkar eftir slík slys geta verið margs konar. Markmið rannsóknarinnar var að athuga fjölda og tegund slysa og gerð áverka hjá þeim sem komu á slysa- og bráðamóttöku Landspítala Fossvogi árin 1998 til ársloka 2000 vegna áverka eftir skíða- og snjóbrettaslys.

**Efniviður og aðferðir:** Leitað var í Norræna slysa-skráningarkerfinu að öllum sem komu á slysa- og bráðamóttöku Landspítala Fossvogi frá 1. janúar 1998 til og með 31. desember 2000 eftir slys við iðkun skíðaþróttu.

**Niðurstöður:** Alls leituðu 726 slasaðir á slysa- og bráðamóttöku eftir skíða- og snjóbrettaslys. Skíðaslysin voru samtals 491 en snjóbrettaslysin 235. Af höfuðborgarsvæðinu komu 670 einstaklingar. Karlar voru 430 en konur 296. Langflest slysa (675) eiga sér stað í janúar til og með apríl ár hvert, þar af flest í apríl, samtals 206. Jafnframt verða flest slys á laugardögum og sunnudögum. Af skíðaslysum eiga flest slysa (362) sér stað hjá einstaklingum á aldrinum 10-19 ára en elsti einstaklingurinn var kominn yfir áttrætt. Flestir slasast þegar þeir detta en aðeins lítil hluti slasast í árekstri við aðra í brekkunum. Áverkar á handlegg og öxl voru áberandi og rúmlega helmingur af öllum greiningum. Mar, tognanir og brot voru algengustu greiningarnar á hendi, handlegg og öxl og áttu við í 436 tilvikum af samtals 822 greiningum. Áverki á höfði greindist 68 sinnum. Af 726 tilfellum þurfti að leggja 55 inn á sjúkrahús.

**Umræða:** Skíða- og snjóbrettaslys eru algeng ástæða fyrir komu á slysa- og bráðamóttöku Landspítala Fossvogi fyrstu fjóra mánuði ársins ár hvert meðan vetur ræður ríkjum. Hlutfall innlagðra á sjúkrahús er hátt og hærra en vegna slysa í flestum öðrum

íþróttagreinum. Ekki er vitað hversu stórt hlutfall þeirra sem slösuðust voru utan brauta. Ekki var heldur vitað um skíðafæri eða hjálmanotkun. Til þess að hægt sé að veita markvissa fræðslu er þörf á ítarlegri rannsóknunum.

#### SK 17 Botnlangataka hjá sjúklingum sem þjást af offitu. Samanburður á kviðsjáraðgerð og hefðbundinni botnlangatöku

Tómas Guðbjartsson<sup>1</sup>, Lars Enochsson<sup>4</sup>, Anders Hellberg<sup>2</sup>, Claes Rudberg<sup>2</sup>, György Fenyö<sup>4</sup>, Eric Kullman<sup>5</sup>, Ivar Ringquist<sup>3</sup>, Stefan Sörensen<sup>3</sup>, Jörgen Wenner<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Skurðeild Lasarettet Helsingborg, <sup>2</sup>skurðeild Centralsjukhuset Västerås, <sup>3</sup>rannsóknadeild Centralsjukhuset Västerås, <sup>4</sup>skurðeild Södersjukhuset Stokkhólm, <sup>5</sup>skurðeild Universitetssjukhuset Linköping

**Inngangur:** Verkir eru minni eftir botnlangatöku með kviðsjá (KA) samanborið við hefðbundna opna aðgerð (OA) og sjúklingar eru yfirleitt fljótari að jafna sig. Opnar skurðaðgerðir eru tæknilega erfiðari hjá sjúklingum sem þjást af offitu og fylgikvillar eru tíðari. Lítið er vitað um árangur botnlangatöku með kviðjá í þessum hópi sjúklinga og var markmið rannsóknarinnar að bæta úr því.

**Efniviður og aðferðir:** Rannsóknin er hluti af sænsku KLAPP-rannsókninni og voru teknir með í rannsóknina 106 sjúklingar af 500 slembuðum sem höfðu þyngdarstuðul (body mass index, BMI (þyngd/hæð<sup>2</sup>) yfir 26,4 (efsti 1/5 hópsins). Fimm tíu sjúklingar gengust undir opna botnlangatöku (hópur A) og 56 undir kviðsjáraðgerð (hópur B) og eru hóparnir bornir saman innbyrðis og við sjúklinga með eðlilega þyngd (EP) (þyngdarstuðull undir 26,3). Eftirfarandi þættir voru bornir saman í hópunum: svæfingar- og aðgerðartími, verkir eftir aðgerð, sjúkrahúsdvöl, færni viku eftir aðgerð, fjarvistir úr vinnu og tíminn sem leið þar til fullri færni var náð eftir aðgerð.

**Niðurstöður:** Eftir opna aðgerð var aðgerðartími marktækt lengri í hópi A samanborið við sjúklinga með eðlilega þyngd (40 á móti 35 mínútum ( $p < 0,005$ )), en eftir kviðsjáraðgerð sást ekki munur á hópi B og sjúklingum með eðlilega þyngd. Hins vegar var aðgerðar- og svæfingartími lengri í hópi B en hópi A ((55 á móti 40 mínútum ( $p < 0,001$ )) og 125 á móti 100 mínútum ( $p < 0,001$ )). Sjúklingar í hópi A höfðu mun meiri verki eftir aðgerð en sjúklingar í hópi B. Enginn munur var á fylgikvillum í hópi A og B. Sjúkrahúsdvöl var lengri hjá hópi A en sjúklingum með eðlilega þyngd eftir opna aðgerð (3,0 á móti 2,0 dögum ( $p < 0,01$ )) og þeir voru lengur frá vinnu (17 á móti 13 dögum ( $p < 0,01$ )). Hjá sjúklingum sem gengust undir kviðsjáraðgerð (það er hópur B borinn saman við sjúklinga með eðlilega þyngd) sást ekki slíkur munur á sjúkrahúsdvöl, fjarvistum úr vinnu, verkjum né heldur færni eftir aðgerð. Sjúklingar í hópi A voru lengur að ná fullri færni en sjúklingar í hópi B (22 á móti 15 dögum ( $p < 0,001$ )).

**Ályktanir:** Sjúklingar sem þjást af offitu og gangast undir botnlangatöku með kviðsjá hafa minni verki eftir aðgerð og eru fljótari að jafna sig en þeir sem fara í opna botnlangatöku. Árangur kviðsjáraðgerða virðist ekki síðri hjá þessum hópi sjúklinga samanborið við sjúklinga með eðlilega þyngd sem gangast undir botnlangatöku með kviðsjá. Botnlangataka með kviðsjá virðist því fýsilegur kostur hjá þessum hópi sjúklinga.

#### SK 18 Tíðni endurtekinna kviðslita í Karlskrona Fritz Berndsen<sup>1</sup>, Dan Sevoni<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Skurðeild Háskólasjúkrahússins í Malmö, <sup>2</sup>Blekinge sjúkrahúsið í Karlskrona

**Inngangur:** Jacques Borelius var skurðlæknir í Karlskrona í lok 19. aldar. Hann var brautryðjandi í aðgerðum á nárvæðslitum og tileinkaði sér aðgerð þá sem lýst var af Bassini árið 1887. Tíðni endurtekinna kviðslita (hernia recidivans) hjá Borelius var 12% sjö árum eftir aðgerð og hafði hann miklar áhyggjur af þessari háu tíðni. Árið 1993 var meðferð nárvæðslita í Karlskrona breytt með tilkomu nýrra aðgerðarmöguleika. Markmið rannsóknarinnar var að kanna árangurinn af nárvæðslitaðgerðum 1990, það er áður en áður nefndar breytingar voru gerðar.

**Efniviður og aðferðir:** Afturskyggn rannsókn var gerð á sjúkkraskrá allra sjúklinga og aðgerðartækni og tíðni fylgikvillar voru athugaðar. Spurningalisti var sendur til allra sjúklinga og þeir spurðir um óþægindi eftir aðgerð og einkenni um endurtekið kviðslit. Þeir sjúklingar sem lýstu óþægindum eða grun um endurtekið kviðslit, gengust undir lækni skoðun.

**Niðurstöður:** Árið 1990 gengust 147 fullorðnir sjúklingar undir aðgerð við nárvæðslitum við sjúkrahúsið í Karlskrona og voru 17% aðgerðanna vegna endurtekens kviðslits. Meðalaldur sjúklinga var 58 ár. Aðgerðirnar voru framkvæmdar af 19 læknum, níu skurðlæknum og 10 aðstoðarlæknum. Flestar aðgerðir voru gerðar með McVay aðferð en erfitt var að meta hvaða aðgerð var notuð í 35% tilvika. Í öllum tilvikum var notaður þráður sem eyðist. Tíðni fylgikvillar var 13%. Svörum við spurningalista var 96%. Tíðni endurtekinna kviðslita var 27% fimm árum eftir aðgerð, 20% hjá þeim sjúklingum sem voru skornir í fyrsta skipti en 64% hjá þeim sjúklingum sem voru skornir við endurteknu kviðsliti. Enginn marktækur munur var á árangri skurðlækna og aðstoðarlækna ( $p > 0,05$ ).

**Ályktanir:** Rannsóknin sýnir að meðferð nárvæðslita í Karlskrona árið 1990 var verulega ábótavant og árangur óviðunandi en meðferðinni var breytt mikið 1993. Frá 1994 er gerð framskyggn skráning á öllum nárvæðslitssjúklingum og árangur metinn reglulega. Þessi rannsókn sýnir hve gæðaeftirlit er mikilvægt í skurðlækningum.

#### SK 19 Slembirannsókn á kviðsjáraðgerð (TAPP) og Shouldice aðgerð við nárvæðslitum - skammtímaárangur

Fritz Berndsen<sup>1</sup>, Agneta Montgomery<sup>1</sup>, Dag Arvidsson<sup>2</sup>, Carl Eric Leijonmarck<sup>3</sup>, Claes Rudberg<sup>4</sup>, SMIL-hópurinn

<sup>1</sup>Skurðeild Háskólasjúkrahússins í Malmö, <sup>2</sup>skurðeild Karólínska sjúkrahússins í Stokkhólmi, <sup>3</sup>skurðeild St. Görans sjúkrahússins í Stokkhólmi, <sup>4</sup>skurðeild sjúkrahússins í Västerås

**Inngangur:** Áhugi á meðferð nárvæðslita hefur aukist verulega síðustu ár, bæði vegna nýrra aðgerðarmöguleika og vegna aukinnar vitneskju um ófullnægjandi árangur eldri aðgerða. Árið 1992 var myndaður rannsóknarhópur skurðlækna frá átta sjúkrahúsum í Svíþjóð (SMIL-hópurinn: Swedish Multicenter trial of Inguinal hernia repair by Laparoscopy) til að meta árangur kviðsjáraðgerða við nárvæðslitum. Aðalmarkmið þessarar rannsóknar er að bera saman árangur kviðsjáraðgerðar (Trans-Abdominal Preperitoneal Patch, TAPP) og Shouldice aðgerðar með tilliti til tíðni

endurtekinna kviðslita fimm árum eftir aðgerð. Markmið þessa hluta rannsóknarverkefnisins sem hér er lýst er að meta skammtímaárangur.

**Efniviður og aðferðir:** Rannsóknin er slembuð þar sem TAPP aðgerð (518 sjúklingar) var borin saman við opna Shouldice aðgerð (524 sjúklingar). Í rannsóknina voru valdir 1042 karlmenn 30-70 ára sem gengust undir aðgerð vegna nárvíðslits í fyrsta skipti. Upplýsingar fyrir og eftir aðgerð voru skráðar. Verkir eftir aðgerð og verkjalyfjanotkun var metin fyrstu vikuna og verkir síðan metnir reglulega í 12 vikur með VAS-kvarða.

**Niðurstöður:** Aðgerðartími var marktækt lengri við TAPP aðgerð en við Shouldice aðgerð (68 á móti 54 mínútum;  $p < 0,001$ ). Ekki var marktækur munur á tíðni fylgikvilla í sambandi við aðgerð (TAPP aðgerð: 17%; Shouldice aðgerð: 14%;  $p > 0,1$ ) og voru flestir fylgikvillar vægir. Hópurinn sem gekkst undir TAPP aðgerð var með mun minni verki eftir aðgerð en hópurinn sem gekkst undir Shouldice aðgerð. Miðgildi samanlagðra VAS-gilda einum, tveimur, þremur, fimm og sjö dögum eftir aðgerð voru 90 í hópnum sem gekkst undir TAPP aðgerð en 160 í hópnum sem gekkst undir Shouldice aðgerð ( $p < 0,0001$ ). Hópurinn sem fór í TAPP aðgerð notaði samanlagt þrjár verkjartöflur (paracetamól/dextró-próþoxyfen) fyrsta, annan, þriðja, fimmta og sjöunda dag eftir aðgerð (miðgildi) en hópurinn sem fór í Shouldice aðgerð notaði samanlagt 12 verkjartöflur ( $p < 0,0001$ ). Veikindaleyfi voru marktækt styttri hjá hópnum sem gekkst undir TAPP aðgerð (10 dagar á móti 14 dögum;  $p < 0,001$ ). Þremur mánuðum eftir aðgerð voru sjúklingar með meiri óþægindi eftir Shouldice aðgerð en eftir TAPP aðgerð.

**Ályktanir:** Rannsókn þessi, sem er sú stærsta sinnar tegundar í heiminum, sýnir að TAPP aðgerð við nárvíðsliti er örugg og hentug aðgerð. Tíðni fylgikvilla er ekki hærra en við Shouldice aðgerð. Sjúklingar eru með minni verki en við Shouldice aðgerð auk þess sem þeir eru styttri tíma frá vinnu.

SK 20 **Meðferð tvíhliða nárvíðslita með kviðsjáraðgerð**  
Fritz Berndsen, Agneta Montgomery, Ulf Petersson

Skurðeild Háskólasjúkrahúsins í Málmei

**Inngangur:** Aðgerðir á nárvíðsliti eru meðal algengustu skurðaðgerða. Á síðasta áratugi hefur meðferð nárvíðslita breyst verulega með tilkomu nýrrar aðgerðartækni og vegna aukins gæðaeftirlits í skurðlækningum. Um 15-20% sjúklinga með nárvíðslit hafa tvíhliða (bilateral) kviðslit. Áður voru þessir sjúklingar meðhöndlaðir með tveimur aðgerðum með nokkurra vikna millibili en með tilkomu kviðsjáraðgerða og opinna aðgerða með netinnlögn, eru báðir nárar í auknum mæli meðhöndlaðir í sömu aðgerð. Markmið rannsóknarinnar var að meta árangur kviðsjáraðgerða við meðferð á tvíhliða nárvíðsliti.

**Efniviður og aðferðir:** Afturskyggn rannsókn var gerð á sjúkrahúsi allra sjúklinga. Aðgerðartækni, skurðtími, fylgikvillar og legutími voru athuguð. Spurningalisti var sendur til allra sjúklinga og þeir spurðir um óþægindi eftir aðgerð og einkenni um endurtekið kviðslit. Níutíu og fimm prósent af sjúklingunum svaraði heimsendum spurningalista. Þeir sjúklingar sem lýstu óþægindum

eða grun um endurtekið kviðslit gengust undir lækni skoðun.

**Niðurstöður:** Frá 1993 til 1998 voru 168 sjúklingar meðhöndlaðir með kviðsjáraðgerð vegna 336 tvíhliða nárvíðslita en 25% voru endurtekin kviðslit. Meðalaldur sjúklinga var 65 ár (spönnun: 26-86). Flestir sjúklingar lágu inni í sólahring eftir aðgerð en 45% sjúklinganna fóru heim aðgerðardag. TAPP aðgerð (Trans-Abdominal Preperitoneal Patch) var notuð hjá 83% sjúklinga en TEP aðgerð (Totally Extraperitoneal Patch) hjá 13%. Aðgerðartími (miðgildi) var 75 mínútur (spönnun: 32-165). Tíðni fylgikvilla var 13,8% og voru flestir vægir en skurðdaði var enginn. Tíðni endurtekinna kviðslita var 2,7%, þremur árum eftir aðgerð. Af þeim sem svöruðu spurningalista höfðu 15,5% einhver óþægindi eftir aðgerðina en þau voru í allflestum tilfellum væg.

**Ályktanir:** Niðurstöður okkar sýna að kviðsjáraðgerð er örugg meðferð við tvíhliða nárvíðslitum og tíðni fylgikvilla og endurtekinna kviðslita er ekki hærra en lýst er við kviðsjáraðgerð á nárvíðsliti öðrum megin.

SK 21 **Brjóstakrabbamein á Íslandi 1989-1993, meðferð og horfur**  
Andri Konráðsson<sup>1</sup>, Páll Helgi Möller<sup>1</sup>, Höskuldur Kristvinsson<sup>1</sup>, Jón Gunnlaugur Jónasson<sup>2</sup>, Helgi Sigurðsson<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Skurðeild Landspítala Hringbraut, <sup>2</sup>Rannsóknarstofa Háskólans í meinafræði, <sup>3</sup>krabbameinslækningadeild Landspítala Hringbraut

**Inngangur:** Brjóstakrabbamein er algengasta krabbamein kvenna á Íslandi. Handlækisfræðileg meðferð sjúkdómsins hefur orðið inngripsminni á síðustu árum og æ meira gert af svokölluðum brjóstasparandi aðgerðum. Hefðbundið er þó enn að gera holhandarskurð til stigunar og fleira hjá öllum konum með brjóstakrabbamein. Ný tækni sem fyrirhugað er að taka upp á Landspítala háskólasjúkrahúsi mun breyta þessu. Svokölluð „Sentinel node biopsy“ tækni gerir kleift að úrskurða hvort holhandarmeinvörp eru fyrir hendi, og þannig er hægt að komast hjá holhandarskurði hjá þeim stóra hópi kvenna sem ekki hefur holhandarmeinvörp. Slíkt er tvímælalaust ávinningur þar sem helstu fylgikvillar brjóstakrabbameins stafa af holhandarskurðinum.

Tilgangur rannsóknarinnar er að meta nýgengi brjóstakrabbameins á Íslandi, meðferð og lifun. Einnig að kanna sérstaklega algengi holhandarmeinvarpa hjá konum með æxli minni en 2 cm. enda mun þeim helst gagnast þessi tækni. Ennfremur að bera saman lifun við mismunandi skurðaðgerðir og algengi staðbundinnar endurkomu æxlis.

**Efniviður og aðferðir:** Úr krabbameinsskrá Krabbameinsfélags Íslands voru fengnar upplýsingar um allar konur sem greindust með brjóstakrabbamein á árunum 1989 til 1993. Vefjameinafræðileg svör þeirra sem fóru í skurðaðgerð voru yfirfarin, upplýsingar um geislameðferð á frumæxli eða staðbundið endurkomuæxli voru fengnar frá geislalækningu krabbameinsskrá Landspítala Hringbraut. Kannað var hvort vefjasýni frá staðbundinni endurkomu æxlis innan fimm ára höfðu verið send einhverri þriggja vefjafræðirannsóknastofa sem starfandi voru á tímabilinu.

**Niðurstöður:** Á tímabilinu greindist krabbamein í öðru brjósti 608 kvenna og báðum brjóstum níu kvenna. Aldur þeirra var frá 29 til 97 ára (meðaltal 59,9 ár) og heildar fimm ára lifun 60,9%. Ítarlegri niðurstöður verða kynntar á þinginu.



**SK 22 Holsjárröntgenmyndataka af gallvegum og brisgangi á vegum skurðeildar Landspítala Fossvogi árið 2000**  
Hjörtur Gíslason

Skurðeild Landspítala Háskólasjúkrahúss í Fossvogi

**Inngangur:** Víða erlendis hefur ný myndgreiningartækni (MRCP) leitt til þess að holsjárröntgenmyndatökum af gallvegum og brisgangi (endoscopic retrograde cholangio- pancreatography, ERCP) hefur fækkað verulega og tæknin nýtt fyrst og fremst sem ein af aðgerðum við gallsteinavandamál, æxli og bólgusjúkdóma í brisi og gallvegum. Kynnt er niðurstaða framskyggnar skráningar á sjúklingum sem fóru í holsjárröntgenmyndatöku af gallvegum og brisgangi á vegum skurðeildar Landspítala Fossvogi árið 2000.

**Efniviður og aðferðir:** Alls voru 102 holsjárröntgenmyndatök af gallvegum og brisgangi framkvæmdar hjá 95 sjúklingum, 35 körlum og 60 konum. Meðalaldur var 63 ár (19-93ár).

**Niðurstöður:** Holsjárröntgenmynd af gallvegum og brisgangi var tekin eingöngu til sjúkdómsgreiningar hjá 15 sjúklingum (16%) og hjá 19 sjúklingum (20%) var myndataka til rannsóknar til að útiloka steina í gallgöngum fyrir fyrirhugaða gallkögun. Holsjárröntgenmyndun af gallvegum og brisgangi var því nýtt til sjúkdómsgreiningar hjá 34 sjúklingum (36%).

Holsjár þrengisnám (endoscopic sphincterotomy, ES) var framkvæmt hjá 51 sjúklingi (54%). Hjá 34 sjúklingum voru fjarlægðir gallgangasteinar, hjá sjö sjúklingum var grunur um gallgangasteina en ekkert náðist út við kústun. Hjá sex sjúklingum með gallsteinabriskirtilsbólgu var gert fyrirbyggjandi holsjár þrengisnám. Hjá þremur sjúklingum var holsjár þrengisnám framkvæmt vegna gallleka eftir aðgerð og hjá einum sjúklingi vegna þrengingar í útfærsluopi gallveg (papillastenosis). Holsjár þrengisnám á brisgangi framkvæmt hjá fjórum sjúklingum.

Ellefu sjúklingar (12%) voru meðhöndlaðir með ísetningu af ræsi (stent). Ræsi var sett í gallganga hjá sjö sjúklingum og í brisgang hjá fimm sjúklingum. Holsjárröntgenmyndataka af gallvegum og brisgangi mistókst hjá fjórum sjúklingum.

Fimm sjúklingar fengu fylgikvilla (5,3%): Einn sjúklingur fékk magarið (áður framkvæmt Bilroth II aðgerð og var sjúklingur á sterum) og var tekinn beint í aðgerð. Einn sjúklingur lagðist inn með blóðhægðir/blóðþurrð (melena/anemia) viku eftir holsjár þrengisnám. Þrjú sjúklingar voru lagðir inn með kviðverki og fengu staðfesta briskirtilsbólgu.

**Ályktanir:** Hjá tveimur þriðju sjúklinga okkar var holsjárröntgenmyndun af gallvegum og brisgangi nýtt sem meðferðartæki en hjá þriðjungu sjúklinga var myndataka eingöngu nýtt til greiningar. Betra aðgengi að MRCP rannsókn gæti leyst af hólmi flestar holsjárröntgenmyndatök af gallvegum og brisgangi í greiningarskyni.

**SK 23 Meðferð á sýndarblöðru í brisi. Tvö sjúkratilfelli**

Ari Konráðsson<sup>1</sup>, Kristbjörn Reynisson<sup>2</sup>, Páll Helgi Möller<sup>3</sup>, Hjörtur Gíslason<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Skurðeild Landspítala Fossvogi, <sup>2</sup>röntgendeild Landspítala Fossvogi, <sup>3</sup>skurðeild Landspítala Hringbraut

Ýmsum aðgerðum hefur verið beitt við meðferð sjúklinga með sýndarblöðru í brisi (pancreatic pseudocyst). Árangur af ísetningu á

dreni í gegnum húð til sýndarblöðru er slæmur með marga fylgikvilla. Árangur opinna aðgerða er góður en þar er gerður samgangur milli sýndarblöðru og mjóginis eða maga. Þetta eru þó fremur stórar aðgerðir. Um 40% sjúklinga með sýndarblöðru er hægt að meðhöndla með ræsi með holsjárröntgenmyndatöku af gallvegum og brisgangi.

Kynnt er sjúkrasaga og meðferð tveggja sjúklinga (báðir 48 ára karlmenn) með sýndarblöðru í brisi sem voru meðhöndlaðir með percutan cystogastrotomiu aðgerð sem virðist í flestum tilvikum geta leyst stærri aðgerðir af hólmi.

**SK 24 Gallblöðrunám um kviðsjá á Fjórðungssjúkrahúsinu á Akureyri. Fyrstu 400 tilfelli**

Aðalsteinn Arnarson, Haraldur Hauksson, Valur Þór Marteinsson, Sigurður M. Albertsson, Shreekrishna Datye

Handlækningadeild Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri

Gerð var framskyggn rannsókn á gallblöðrunámum um kviðsjá á tímabilinu 27. júlí 1992 til 2. febrúar 2001 á FSA. Alls voru framkvæmd 426 gallblöðrunám á sjúkrhúsinu, í 26 tilfellum var um hefðbundna opna aðgerð að ræða frá byrjun og þar af átta í tengslum við aðra aðgerð (en passant). Átján aðgerðir voru því gerðar opnar vegna gallblöðrusteinasjúkdóms eingöngu (4,2%). Gallblöðrunám um kviðsjá var reynt hjá 400 sjúklingum.

Um 69% sjúklinga komu frá heilsugæslusvæði Akureyrar og af Eyjafjarðarsvæði, flestir aðrir frá Norðurlandi vestra og eystra. Hlutfall kvenna/karla var 311/89 eða um 3,5/1. Meðalaldur sjúklinga var 51 ár (17-89 ára).

Hjá 41 sjúklingi (10,3%) var um aðgerð vegna bráðrar gallblöðrubólgu að ræða og 359 sjúklingar voru teknir í valaágerð. Snúa þurfti 16 kviðsjáraðgerðum í opna aðgerð (4%) og helstu ástæður voru mikil bólga eða samvextir (níu), grunur um stein í megingallrás (þrjú) og blæðing (tveir). Hlutfall opunar við bráðaaðgerðir var 12,2% á móti 3,1% við valaágerðir ( $p < 0,01$ ). Meðalfjöldi legudaga var 3,6 dagar (1-45 dagar) eftir kviðsjáraðgerðir á móti 12,6 dögum (4-31 dagar) eftir hefðbundnar opnar aðgerðir ( $p < 0,01$ ). Meðalaðgerðartími við fyrstu 100 kviðsjáraðgerðirnar var 89 mínútur og 75 mínútur við síðustu 100 aðgerðirnar ( $p < 0,01$ ). Meðalfjöldi veikindadaga hjá sjúklingum sem fóru í gallblöðrunám um kviðsjá var 13,5 dagar (4-70 dagar). Eftir gallblöðrunám um kviðsjá var tíðni fylgikvilla 11% (44/400). Algengustu fylgikvillar voru sýkingar (3%), steinar í gallgöngum eftir aðgerð (1,5%), blóðsöfnun undir lifur (1%), blæðing (0,75%), gallsöfnun í kviðarhol (0,75%) og dauðsföll (0,5%). Enduraðgerð þurfti að framkvæma hjá fjórum sjúklingum og ástæður þeirra voru gallsöfnun í kviðarhol (tveir), blæðing (einn) og gallsteinn í megingallrás (einn). Enginn gallvegaskaði varð við gallblöðrunám um kviðsjá.

Samkvæmt niðurstöðum okkar er gallblöðrunám um kviðsjá örugg aðgerð á FSA. Hlutfall kviðsjáraðgerða sem breyta þurfti í opna aðgerð er sambærilegt og jafnvel lægra en aðrar innlendar og erlendar rannsóknir sýna. Tíðni fylgikvilla er ekki hærri og færni sjúklinga eftir aðgerð er sambærileg við aðrar rannsóknir.

## SK 25 Krabbamein í endaparmi á Landspítalanum 1980-1995

Tómas Guðbjartsson<sup>1</sup>, Sigríður Másdóttir<sup>2</sup>, Tómas Jónsson<sup>2</sup>, Páll Helgi Möller<sup>2</sup>, Jónas Magnússon<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Hjarta- og lungnaskurðeild Háskólasjúkrahúsins í Lundi, <sup>2</sup>handlækningadeild Landspítala Hringbraut, <sup>3</sup>læknadeild HÍ

**Inngangur:** Skurðaðgerðir við endaparmskrabbameini eru flóknar og fylgikvillar eru tíðir, sérstaklega staðbundið endurvakið krabbamein. Með bættri aðgerðartækni og geislameðferð æxlanna fyrir skurðaðgerð hefur tekist að sýna fram á umtalsvert betri árangur í meðferð þessara krabbameina erlendis. Tilgangur þessarar rannsóknar var að kanna afdrif sjúklinga með endaparmskrabbamein sem voru á Landspítalanum og þá sérstaklega hvaða skurðaðgerðum var beitt og fylgikvilla þeirra.

**Efniviður og aðferðir:** Rannsóknin er afturskyggn og tekur til allra sjúklinga sem greindust með endaparmskrabbamein á Landspítalanum frá 1. janúar 1980 til 31. desember 1995. Alls greindust 43 sjúklingar, 22 karlar og 21 kona og meðalaldur var 73 ár (bil 54-96).

**Niðurstöður:** Algengasta einkennið var blóð í hægðum (77%) en hægðabreytingar (63%) og verkir í kviði/grindarholi (37%) komu þar næst á eftir. Rúmlega 80% sjúklinganna höfðu haft einkenni í meira en mánuð fyrir greiningu og helmingur æxlanna var staðsettur í neðsta þriðjungi endaparmsins. Þriðjungur sjúklinganna greindist með útbreiddan sjúkdóm (Dukes-stig C og D) en 54% voru á stigi B. Fimm ára lífshorfur reyndust 30% fyrir allan hópinn en 52% fyrir sjúklinga á stigi B. Af 43 sjúklingum gekkst 41 undir skurðaðgerð, þar af gengust 30 (73%) undir læknaði aðgerð. Flestir fóru í lágt fremra endaparmshögg/úrnám (n=17) og af þeim greindust tveir með leka í garnatengingu. Næstflestir (n=11) fóru í algert/gagngert brottmál á endaparmi og fjórir sjúklingar með ólæknaði sjúkdóm fengu ristilstóma. Skurðdaði var 0%.

**Ályktanir:** Lífshorfur eru heldur lakari í þessari rannsókn samborið við nýrri rannsóknir á stærri sérdeildum erlendis. Þar hefur tekist að sýna fram á verulega bættan árangur með umfangsmeiri skurðaðgerðum og geislameðferð æxlanna fyrir skurðaðgerð. Síðustu ár hefur sama þróun átt sér stað í meðferð þessara krabbameina hér á landi og margt bendir til þess að horfur þessa sjúklingahóps eigi eftir að vænkast.

## SK 26 Heilkenni aukins kviðarholsprýstings . Áhrif aukins kviðarholsprýstings á nýrnastarfsemi og blóðstyrkt hormóna

Fjölfr. F. Guðmundsson<sup>1</sup>, Knut Svanes<sup>1</sup>, Asgaut Viste<sup>1</sup>, Hjörtur Gíslason<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Handlækningadeild Haukeland Sykehus í Bergen, <sup>2</sup>handlækningadeild Landspítala Fossvogi

**Inngangur:** Heilkenni aukins kviðarholsprýstings kallast það þegar þrýstingur í kviðarholi verður hærri en bláæðaprýstingur og fram koma sjúkleg einkenni svo sem nýrnabilun. Tilgangur rannsóknarinnar var að reyna að varpa betra ljósi á hvaða áhrif það hefur á nýrnastarfsemi og blóðstyrkleika æðaherpanði hormóna þegar þrýstingur í kviðarholi eykst.

**Efniviður og aðferðir:** Tuttugu og einn grís var svæfður. Lærisslagæð var þrædd til mælinga á meðalslagæðaprýstingi og hjartslætti. Lagður var leggur inn í þvagblöðru til mælingar á þvagmagni.

Flæðinemi (transit time flow probe) var lagður umhverfis vinstri nýrnaslagæð. Vinstri nýrnabláæð var þrædd til mælingar á blóðþrýstingi og til blóðtöku. Lagður var leggur gegnum kviðvegg til innhellingar á Ringers lausn og til þrýstingsmælinga. Þrýstingur var aukinn í 20 mmHg (sjö grísir), 30 mmHg (sjö grísir) 40 mmHg (fjórir grísir) og án þrýstings (sjö grísir). Þessum kviðarholsprýstingi var haldið í 180 mínútur. Dýrin voru síðan aflífuð. Litakúlur (microspheres) voru gefnar inn í hjartað til mælinga á blóðflæði í nýrum. Mældur var styrkleiki eftirtalinnna hormóna í blóði nýrnabláæðar, sem geta haft áhrif á blóðflæði í nýrum og þvagmyndun: adrenalín, noradrenalín, kortisól, renín, aldósterón, ANF og endópelín.

**Niðurstöður:** Þrýstingur í kviðarholi 20 mmHg olli ekki marktækum breytingum á blóðflæði í nýrum eða blóðstyrkleika ofangreindra hormóna. Við 30 mmHg þrýsting hætti þvagútskilnaður og blóðflæði í nýrum féll marktækt og verulega hækkuð mótstaða varð í nýrnaslagæðakerfi. Blóðstyrkt hormóna sem hafa áhrif á æðasamdrátt og þvagmyndun svo sem renín, endópelín, adrenalín, noradrenalín, kortisól og aldósterón jókst verulega við 30 mmHg þrýsting í kviðarholi en var óbreytt við 20 mmHg. Blóðstyrkt ANF breyttist ekki við 30 mmHg þrýsting í kviðarholi. Hugsanlega hefur þessi hormónaaukning áhrif á þvagmyndun og nýrnastarfsemi til viðbótar við minnkaðan gegnflæðiþrýsting í nýrum sem verður við aukinn kviðarholsprýsting.

## SK 27 Ættlægni magakrabbameins

Albert Kjartansson Imsland<sup>1</sup>, Bjarki Jónsson Eldon<sup>1</sup>, Sturla Arinbjarnarson<sup>1</sup>, Steinunn Thorlacius<sup>1</sup>, Valgarður Egilsson<sup>2</sup>, Hjörtur Gíslason<sup>2</sup>, Súsanna Jónsdóttir<sup>1</sup>, Þórgunnur Hjaltadóttir<sup>1</sup>, Shreekrishna, Datye<sup>3</sup>, Reynir Arngrímsson<sup>4</sup>, Jónas Magnússon<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Urður, Verðandi, Skuld, <sup>2</sup>handlækningadeild Landspítala Háskólasjúkrahús, <sup>3</sup>handlækningadeild Fjórðungsjúkrahúsins á Akureyri, <sup>4</sup>erfðalæknisfræði HÍ

**Tilgangur:** Að kanna ættlægni magakrabbameins á Íslandi og meta áhættu ættingja þeirra sem hafa greinst með magakrabbamein.

**Inngangur:** Magakrabbamein var algengasta krabbamein hjá íslenskum körlum en nýgengi þess hefur lækkað síðustu áratugi og er það þakkað breyttu mataræði. Fylgni milli magakrabbameins og umhverfisþátta svo sem mataræðis og sýkinga er því vel þekkt. Ættlægni magakrabbameins á Íslandi hefur hins vegar lítið verið rannsakað og ekki er vitað hvort fylgni er á milli magakrabbameins og annarra krabbameina innan sömu fjölskyldu.

**Efniviður og aðferðir:** Upplýsingar fengnar úr krabbameinsskrá Krabbameinsfélags Íslands. Ættir ættvísa sem eru yfir 60 ára við sjúkdómsgreiningu voru skoðaðar. Fjölskyldutrú allra sjúklinga sem greindust með krabbamein á árunum 1955 til 1999 voru könnuð. Fjölskyldur voru raktar til þriðja stigs ættingja beggja kynja. Fjöldi karlkynsættvísa var 455 og fjöldi kvenkynsættvísa var 161. Könnuð var tíðni krabbameins á meðal þessara ættingja í krabbameinsskrá. Væntanlegur fjöldi krabbameina var reiknaður út frá aldri ættingja og tekið tillit til mismunandi nýgengis eftir aldri og tímabilum. Áhættuhlutfall (RR) reiknað sem hlutfallið *fundid/vænst* og gert ráð fyrir Poisson dreifingu á *fundid* með meðalgildi *vænst*. Öryggismörk (ÖM) fundin samkvæmt Rothman (1986).

**Niðurstöður:** Hlutfallsleg áhætta á magakrabbameini var marktækt aukin á meðal 2846 fyrsta stigs (áhættuhlutfall =2,2; 95% öryggismörk =1,6-3,0) karlkynsættingja en féll síðan marktækt á milli fyrsta og annars stigs (áhættuhlutfall =1,3; 95% öryggismörk =1,0-1,7; N=8658) karlkynsættingja. Áhættan var einnig aukin á meðal fyrsta stigs kvenkynsættingja (áhættuhlutfall =1,6; 95% öryggismörk =1,1-2,6; N=2764). Á meðal fyrsta stigs ættingja beggja kynja þeirra ættvísa sem greinst höfðu með magakrabbamein fyrir 50 ára aldur var áhættan enn aukin (konur áhættuhlutfall =3,2; 95% öryggismörk =1,2-8,7; karlar áhættuhlutfall 2,4; 95% öryggismörk =1,3-4,4). Enginn munur fannst á áhættu ættingja þeirra ættvísa sem sjúkdómsgreindir voru með 'intestinal' magakrabbamein (Lauren 1) og þeirra sem sjúkdómsgreindir voru með dreift (diffuse) magakrabbamein (Lauren 2). Ekki fannst fylgni á milli áhættu á magakrabbameini og aukinni áhættu á öðrum algengum krabbameinum til dæmis ristilskrabbameini, endaparmskrabbamein eða brjóstakrabbameini. Í rannsókninni greindust 58 fjölskyldur með tvo eða fleiri einstaklinga með magakrabbamein og í 26 fjölskyldum voru þrír eða fleiri einstaklingar með magakrabbamein.

**Ályktanir:** Ættingjar sjúklinga með magakrabbamein hafa rösklega tvöfalda áhættu á að fá magakrabbamein. Áhættan er mest fyrir nánustu ættingja sjúklinganna og eykst með lakkandi aldri ættvísis.

SK 28 **Lífsgæði sjúklinga með vélindabakflæði fyrir og eftir aðgerð**  
Sigriður Ása Maack<sup>1</sup>, Kristinn Tómasson<sup>2</sup>, Margrét Oddsdóttir<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Læknadeild HÍ, <sup>2</sup>Vinnueftirlit ríkisins, <sup>3</sup>handlækningsdeild Landspítala Hringbraut

**Inngangur:** Talið er að um 7-10% fólks hafi það mikil einkenni frá vélindabakflæði að það háí því verulega í daglegu lífi. Erlendar rannsóknir sýna að lífsgæði þessa fólks eru skert. Lífsgæðakannanir eru taldar góð leið til að meta árangur meðferðar út frá sjónarhóli sjúklingsins sem viðbót við hin hefðbundnu klínísku viðmið.

**Efniviður og aðferðir:** Tveir spurningalistar, HL=Heilsutengd lífsgæði og GRS=Gastrointestinal Symptom Rating Scale voru lagðir fyrir alla sjúklinga fyrir og eftir aðgerð vegna vélindabakflæðis á Landspítala Hringbraut á tímabilinu 10. janúar-12. apríl 2000 (n=31). Öllum sjúklingum á biðlista eftir vélindabakflæðisaðgerð voru sendir listarnir í pósti (n=210).

**Niðurstöður:** Þrjátíu sjúklingar svöruðu spurningalistunum fyrir og eftir aðgerð. Svörun fólks á biðlista var 76%. Heilsutengd lífsgæði sjúklinga með vélindabakflæði eru marktækt lakari en almennings. Á biðlista kom yngra fólk verr út en eldra en ekki mældist munur á lífsgæðum kvenna og karla. Meðalgildi almennings á kvarða yfir heilsutengd lífsgæði er 50, en sjúklingar fyrir aðgerð voru með 42,3 og eftir aðgerð 49,7 (p<0,0003). Verstu gildin fyrir aðgerð voru fyrir heilsufar, líkamsheilsu og verki, auk lífsgæða í heild. Gildi fyrir fjárhag og sjálfsstjórn voru nánast eðlileg bæði fyrir og eftir aðgerð. GRS stig lækkuðu úr 46,5 fyrir aðgerð í 35,9 eftir aðgerð (p<0,00008). Marktæk lækun varð á kvörðum fyrir bakflæði, kviðverki og niðurgang.

**Ályktanir:** Vélindabakflæði er sjúkdómur sem skerðir lífsgæði sjúklinga og er aðgerð góð meðferð sem bætir heilsutengd lífsgæði verulega. Skerðing heilsutengdra lífsgæða er meiri hjá yngra fólki. Af þessu mætti álykta að löng bið eftir aðgerð sé óæskileg fyrir sjúklinga með vélindabakflæði.

SK 29 **Bandvefsæxli við vélinda-magamótin - brottnám án brottnáms líffæris**

Margrét Oddsdóttir<sup>1</sup>, Jón Gunnlaugur Jónasson<sup>2</sup>, Sigurður Blöndal<sup>1</sup>, Höskuldur Kristvinsson<sup>1</sup>, Jónas Magnússon<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Handlækningsdeild Landspítala Hringbraut, <sup>2</sup>Rannsóknastofa Háskólans í líffærameinafræði

Góðkynja æxli í á vélinda-magamótunum tilheyra flest GIST æxlum eða eru frá sléttum vöðvafrumum. Æxli þessi þarf yfirleitt að fjarlægja vegna einkenna og til að útiloka illkynja vöxt. Til þessa hafa aðgerðir á æxlum á þessu svæði oftast þýtt brottnám á neðri hluta vélindans og efsta hluta magans um annað hvort brjóstholsskurð eða brjósthol- og kviðarholsskurð. Með tilkomu vídeó-holsjáraðgerða hafa aðgerðir orðið mun minna inngríp fyrir sjúklinginn.

Frá mars 2000 til febrúar 2001 hafa fimm sjúklingar komið á skurðdeild Landspítala Hringbraut með fyrirferð við vélinda-magamótin. Einkenni þeirra voru kyngingartruflanir, verkir og hjartsláttarköst. Einkennin höfðu varað frá fjórum mánuðum og upp í meira en 10 ár. Stærð æxlanna voru á bilinu 3-10 cm. Eitt æxlanna var vaxið hringinn í kringum vélindað og náði niður á magann. Tvö voru aðallega í neðri hluta vélindans en náðu niður á cardia magans, en eitt var að mestu í cardia magans en teygði sig upp á vélinda-magamótin. Öll voru æxlin fjarlægð um kviðsjá án brottnáms á vélinda eða maga. Í einni aðgerðinni kom 1 cm. gat á vélinda-magamótin sem var yfirsamað. Engin aðgerðartengd vandamál komu upp eftir aðgerð. Sjúklingarnir útskrifuðust heim á öðrum til sjöunda degi eftir aðgerð. Einn er á H<sub>2</sub>-hemjara vegna vægs bakflæðis.

Brottnám góðkynja æxla á vélinda-magamótum hefur orðið mun einfaldara fyrir sjúklinginn eftir tilkomu kviðsjártækninnar. Maga-vélindamótin og neðri hluti vélindans eru aðgengileg með þessari tækni. Einnig leiðir stækkun á skjánum til þess að tiltölulega auðvelt er að greina til dæmis vöðvaþræði og slímu (mucosa).

SK 30 **Brottnám legs. Afturskyggn samanburðarrannsókn á kviðsjáraðgerðum og kviðskurðaraðgerðum**  
Lovísa Leifsdóttir<sup>1</sup>, Jens A. Guðmundsson<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Læknadeild HÍ, <sup>2</sup>kvinnadeild Landspítala Hringbraut

**Inngangur:** Brottnám legs er algeng aðgerð og eru um 4-500 slíkar aðgerðir framkvæmdar árlega á Íslandi. Harry Reich í New York framkvæmdi fyrstu legnámsaðgerðina í New York 1989, en á kvinnadeild Landspítalans var það fyrst gert af Auðólfi Gunnarssyni árið 1993. Markmið með kviðsjáraðgerðum er minni áverki og skjóttari bati eftir aðgerð.

Tilgangur þessarar rannsóknar var að kanna hvort kviðsjáraðgerðartæknin hefði kosti fram yfir kviðskurð við brottnám á legi, með tilliti til aðgerðartíma, notkunar verkjalyfja eftir aðgerð, fylgikvilla, legutíma og lengdar veikindaleyfis eftir aðgerð.

**Efniviður og aðferðir:** Sjúkraskrár kvenna, sem fóru í brottnámsaðgerð á legi með kviðsjá (hópur LH) á tímabilinu 1. janúar 1997 til 10. mars 2000 á kvinnadeild Landspítalans, voru kannaðar. Viðmiðunarhóp (hópur AH) mynduðu konur sem farið höfði í legnámsaðgerð með kviðskurði á sama tímabili og voru þær valdar

með tilliti til aldurs (+/- 5 ár) og þyngdar legs, sem metin var út frá stærð sýnis sem sent var til vefjarannsóknar. Gerður var samanburður á ofangreindum breytum.

**Niðurstöður:** Fjöldi kvenna sem fór í legnámsaðgerð með kviðsjá á tímabilinu var 109, en í þremur tilvikum var aðgerð breytt í kviðskurð. Til viðmiðunar fundust 98 tilfelli. Meðalaldur í tilfellohópi var 46,9 ár, en 46,0 í viðmiðunarhópi ( $p=0,87$ ). Meðalstærð legsýna til vefjarannsóknar var 133 g í tilfellohópi en 140 í viðmiðunarhópi ( $p=0,95$ ). Í töflunni sjást aðrar niðurstöður.

	LH*		AH**		P-gildi
	n	meðaltal	(n)	meðaltal	
Aðgerðartími (mínútur)	109	128	98	76,5	<0,01
Fall blóðrauða (g/l)		22,0		21,6	0,532
Blóðgjafir (n)		6		8	
Legutími (dagar)	109	2,7	98	4,8	<0,001
Veikindaleyfi (dagar)	48	22	30	43	<0,001

\* Konur sem fóru í brottnámsaðgerð á legi með kviðsjáaþgerð.  
\*\* Viðmiðunarhópur.

Konur sem gengust undir kviðsjáraðgerð þurftu minna af verkjalyfjum eftir aðgerð, en konur í viðmiðunarhópi. Fylgikvillar aðgerðar komu fyrir hjá 19 konum (18%) í kviðsjárhópi og 17 konum (18%) í samanburðarhópi, en enginn þeirra var alvarlegur.

**Ályktanir:** Legutími og veikindaleyfi eftir aðgerð voru mun styttri eftir kviðsjáraðgerð en tíðkast eftir hefðbundnar aðgerðir. Kviðsjáraðgerðir valda minni verkjum og leiða til skjótari bata en gerist við hefðbundnar aðgerðir, en aðgerðartími er mun lengri. Þessar niðurstöður vekja spurningu um hvort stefna beri að því að nota kviðsjártækni við flestar brottnámsaðgerðir á legi.

#### SK 31 Árangur meðferðar vegna hótandi dreps í ganglimum Helgi H. Sigurðsson, Jóhanna M. Sigurðardóttir

Æðaskurðeild Landspítala Hringbraut

Við höfum kannað árangur aðgerða vegna hótandi dreps í ganglimum hjá sjúklingum sem komu til meðferðar á æðaskurðlækningadeild Landspítalans á fimm ára tímabili, 1995-1999.

Hópurinn sem skoðaður var, var allur með krífska blóðþurrð, það er með hvíldarverk, blóðþurrðarsár eða ýldudrep (gangrene) við komu.

Hjá 156 sjúklingum voru 165 ganglimir meðhöndlaðir vegna krífskrar blóðþurrðar. Framkvæmdir voru alls 154 aðgerðir; 133 opnar hjáveituaðgerðir, 26 endovascular aðgerðir. Aðeins ein prímer amputation var framkvæmd og fimm fengu prímert líknandi meðferð.

Gerð voru lifunarlínurit með tilliti til lifunar ganglima (amputation free survival) sem meðhöndlaðir voru samanborið við heildarlifun þessa sjúklingahóps.

Við ályktum að hér sé rekin mjög aggressiv stefna í að revasculera krífskt ischemíska ganglimi í þeirri trú að án aðgerða yrði aflimun í flestum tilfellum óhjákvæmileg.

Tíðni prímera aflimana er lág og lifunartölur að minnsta kosti samþæflegar við tölur birtar af háttvirtum erlendum æðaskurðeildum

Par af leiðandi teljum við að þessi sjúklingahópur fái að minnsta kosti fullnægjandi meðferð og bætt lífsgæði þrátt fyrir almennt lélegar langtímahorfur.

Stefnt er að því að reyna að bæta horfur þessara sjúklinga enn meir á næstu árum.

#### SK 32 Árangur lungnasmækkunaraðgerða við langvinna lungnateppu Kristinn B. Jóhannsson<sup>1</sup>, Björn Magnússon<sup>2</sup>, Marta Guðjónsdóttir<sup>3</sup>, Tryggvi Ásmundsson<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Hjarta- og lungnaskurðeild Landspítala, <sup>2</sup>Fjórðungssjúkrahúsið í Neskaupstað, <sup>3</sup>Reykjalundur, <sup>4</sup>lyflækningadeild Landspítala

**Inngangur:** Árið 1996 var byrjað að framkvæma lungnasmækkunaraðgerðir hérlendis hjá sjúklingum með langvinna lungnateppu á lokastigi. Aldur sjúklinga var 59 ár  $\pm$  4. Skilyrði aðgerða var misdreifður sjúkdómur á röntgen- og sneiðmyndum, FEV<sub>1</sub> 30-40% af áætluðu, PaCO<sub>2</sub> <50 mmHg, andlegt jafnvægi og reykleysi auk endurhæfingar í mánuð fyrir og eftir aðgerð.

**Efniviður og aðferðir:** Frá 1996 til 2000 voru framkvæmdar aðgerðir á níu sjúklingum. Þær voru allar gerðar með bringubeinsskurði. Venjulega voru 20-30% af skemmdum lungnavef hvors lunga numin brott. Þessar aðgerðir gengu vel. Dauðsföll voru engin. Allir sjúklingarnir fóru í endurhæfingu að Reykjalundi.

#### Skammtímaáhrif aðgerðar á niðurstöður öndunar- og þolmælinga.

	Fyrir	Eftir	P-gildi
FEV <sub>1</sub> (L)	0,9 $\pm$ 0,1	1,2 $\pm$ 0,3	0,0004
FVC (L)	2,9 $\pm$ 0,8	3,3 $\pm$ 0,9	0,0138
RV/TLC	0,52 $\pm$ 0,04	0,48 $\pm$ 0,67	0,0329
VO <sub>2</sub> hámark (ml/mín)	1031 $\pm$ 256	1062 $\pm$ 294	0,6153
VE/MVV	0,98 $\pm$ 0,2	0,76 $\pm$ 0,19	0,0589

FEV<sub>1</sub> gildi hækkuðu um 280  $\pm$  150 ml. eftir aðgerð en hafa lækkað um 112  $\pm$  135 ml. á ári hjá þeim sem fylgt hefur verið eftir til lengri tíma.

**Niðurstöður:** 1) Lungnasmækkunir hérlendis hafa haft jákvæð áhrif með því að auka útönduangetu og minnka loftleif. 2) Þol breytist ekki en VE/MVV lækkar lítillega eftir aðgerð. 3) Við langtímaeftirlit fellur FEV<sub>1</sub> í fyrra gildi á um þremur árum.

#### SK 33 Sogsvampsmeðferð við miðmætisbólgu eftir opnar hjartaaðgerðir

Ronny Gustafsson, Tómas Guðbjartsson, Richard Ingemansson

Hjarta- og lungnaskurðeild Háskólasjúkrahússins í Lundi

Skurðsýkingar í brjóstholi eru alvarlegir fylgikvillar eftir opnar hjartaskurðaðgerðir og sjást í 1-5% tilfella. Slíkar sýkingar hafa yfirleitt verið meðhöndlaðar í upphafi með því að hreinsa upp sárið og skilja það síðan eftir opið með dúkum eða loka sárinu og beita skolmeðferð í gegnum kera. Síðar hefur brjóstbeininu verið lokað með stálvír eða flutt miðmætisfita og/eða brjóstholsvöðvi til að loka sárinu og þannig flýtt fyrir gróanda. Ofangreindar meðferðir eru flóknar og sjúklingarnir þurfa oftast að liggja lengi á sjúkrahúsi uns meðferð er lokið. Árangur þessara aðgerða hefur þar að auki verið ófullnægjandi en hjá sjúklingum með svæsna miðmætisbólgu hefur dánarhlutfall verið á bilinu 10-40%.

Á hjartaskurðeildinni í Lundi var meðferð þessara sýkinga breytt fyrir tveimur árum. Nú er auk sýklalyfjameðferðar notast við svamp sem komið er fyrir í skurðsárinu eftir að það hefur verið hreinsað. Sárinu er síðan lokað með loftþéttum umbúðum, svampurinn tengdur við sogtæki (VAC® með sog -20 til -200mmHg) og sára-vökvi sogaður úr sýktu sárinu. Skipt er um svamp í svæfingu eftir nokkra daga og sárinu síðan lokað þegar sýkingin er horfin. Þessi meðferð hefur kallast „Vacuum Assisted Closure“ og má beita við aðrar alvarlegar sýkingar, eins og til dæmis í kviðarholi. Ótvíræður kostur meðferðarinnar er hversu fljótt sárin gróa en auk þess eru sárin „lokuð“ og svampurinn dregur þau saman þannig að auðveldara verður að loka þeim.

Í Lundi hefur á annan tug sjúklinga með alvarlegar sýkingar (miðmætisbólgu) eftir hjartaaðgerð verið meðhöndlaður með þessari nýju tækni. Árangur er mun betri en við fyrri meðferðir. Sýnt verður myndband úr aðgerðinni og greint frá helstu niðurstöðum.

#### SK 34 Er hættulítið að fara í hjartaskurðaáðgerð á Íslandi?

Zoran Trifunovic, Bjarni Torfason

Hjarta- og lungnaskurðeild Landspítala Hringbraut

**Inngangur:** Hjartaskurðaáðgerðir eru öflugar lækniáðgerðir en þeim fylgir áhætta. EuroSCORE er viðurkennd aðferð við að meta áætlaða dánartíðni fyrir hjartaskurðaáðgerðir hjá fullorðnum. Gæðaeftirlit innan hjartaskurðeilda er hægt að byggja á samanburði við EuroSCORE, hvað varðar dánartíðni. Tilgangur þessarar rannsóknar er gæðaeftirlit sem felst í því að athuga dánartíðni hjá fullorðnum sem fóru í hjartaskurðaáðgerð á hjarta- og lungnaskurðeild Landspítala Hringbraut árið 2000 og bera niðurstöður saman við áætlaða dánartíðni samkvæmt EuroSCORE.

**Efniviður og aðferðir:** Rannsóknin nær til 228 fullorðinna sjúklinga sem fóru í hjartaskurðaáðgerð á Íslandi árið 2000. Karlar voru 154 og konur 74. Meðalaldur var 64,6 ár (bil: 21-86 ár). Undanskildir eru allir 16 ára og yngri og allir þeir sem ekki fóru í opna hjartaskurðaáðgerð. Reiknað er út EuroSCORE gildi fyrir hvern sjúkling. Sjúklingarnir eru flokkaðir með tilliti til áætlaðrar dánartíðni í aðgerð og fyrstu 30 dagana frá aðgerð og afdrif þeirra könnuð.

**Niðurstöður:** Hjá þeim 228 sjúklingum sem rannsóknin nær til er áætluð dánartíðni í aðgerð og fyrstu 30 daga eftir aðgerð samkvæmt EuroSCORE 6,9 % (bil: 0-18%).

Heildardánartíðni í og eftir aðgerð reyndist 3,5% eða mun lægri en gera mátti ráð fyrir.

Mikill meirihluti (73,7%) sjúklinganna sem rannsóknin nær til var áhættusjúklingar með EuroSCORE gildi hærra en 4. Áætluð dánartíðni í þeim hópi mældist 8,42% fyrir aðgerð, samkvæmt EuroSCORE, en dánartíðni þeirra reyndist þó mun lægri eða 4,8%. Mikill minnihluti (16,3%) sjúklinganna flokkaðist sem áhættulitlir með EuroSCORE gildi 4 eða lægra. Áætluð dánartíðni í þeim hópi mældist 2,83% fyrir aðgerð samkvæmt EuroSCORE en dánartíðni þeirra reyndist þó mun lægri eða 0,0%. Þeir sem létust höfðu EuroSCORE gildi 13,5 að meðaltali (bil:8-18) .

**Ályktanir:** Dánartíðni við hjartaskurðaáðgerðir á Íslandi er mjög lág EuroSCORE er handhæg og áreiðanleg aðferð til að meta

dánartíðni fyrir hjartaskurðaáðgerðir en aðferðin ofmetur áhættuna verulega miðað við íslenskar aðstæður.

#### SK 35 Brjóstholsspeglun með aðstoð myndbandsupptöku í aðgerðum á lungum og fleiðru

Zoran Trifunovic, Þórarinn Arnórsson, Hörður Alfreðsson

Hjarta- og lungnaskurðeild Landspítala Hringbraut

**Inngangur:** Þessi aðgerðartækni er nýorðið notuð víða til að sjá betur líffærafræði og draga úr áverkum í aðgerð. Kröfur sjúklinga um aðgerðir sem valda minni lýtum hafa vaxið, sérstaklega hjá yngri sjúklingum með góðkynja sjúkdóma.

Við segjum frá árangri okkar með því að kynna tvö sjúkratilfelli:

1. Brottnám lungna og brjóstveggfleiðru með brjóstholsspeglun vegna lungnaþans. Sjúklingurinn er 25 ára karlmaður með sögu um að hafa tvisvar fengið brátt sjálfkrafa loftbrjóst.

2. Sýnataka úr lífhinmu gerð í brjóstholsspeglun. Sjúklingurinn er 40 ára kona sem fór í hlutabrottnám á hægri brjósti fyrir 12 árum vegna brjóstakrabbameins og hefur nú greinst með breytingar í fleiðru á röntgenmynd. Sýnataka var gerð í greiningarskyni.

**Ályktanir:** Þessi aðgerðartækni gefur betri yfirsýn í aðgerð, heldur áverka í aðgerð í lágmarki og gefur einnig fagurfræðilega ásættanlegan árangur.

Myndbandsupptökur munu fylgja kynningunni.