



Rannsóknarráðstefna sérnámslækna í lyflækningum 4. júní 2021

Ágrip

Lýðgrunduð rannsókn á áhættu á primary biliary cholangitis meðal sjúklinga með mótefni gegn mótefnavökum hvatbera en ekki önnur merki um sjúkdóminn.

^{1,3}Kristján Torfi Örnólfsson, ^{1,2,3}Einar Stefán Björnsson

¹Landspítali – háskólasjúkrahús; ²Meltingarlækningadeild Landspítala; ³Lyflækningasvið Landspítala

Inngangur: Mótefni gegn mótefnavökum hvatbera (e. antimitochondrial antibodies, AMA) finnast hjá yfir 90-95% sjúklinga sem uppfylla greiningarskilmerki fyrir primary biliary cholangitis (PBC). Lítið er hins vegar vitað um afdrif þeirra sjúklinga sem reynast hafa slík mótefni en uppfylla þó ekki greiningarskilmerki PBC. Tilgangur rannsóknarinnar var því að nýta lýðgrunduð gögn heillar þjóðar til að varpa skýrara ljósi á afdrif þess hóps sjúklinga sem mælist með mótefni gegn mótefnavökum hvatbera en uppfyllir ekki greiningarskilmerki PBC.

Efniviður og aðferðir: Aflað var upplýsinga um allar mælingar á AMA sem framkvæmdar hafa verið á Íslandi á tímabilinu 2006-2019. Einnig voru allar mælingar á ANA, SMA og GPC yfirfarnar m.t.t. þess hvort jákvætt AMA svar hafi komið fram. Athugað var hvort AMA jákvæðir sjúklingar uppfylltu greiningarskilmerki PBC á þeim tíma sem AMA mælingin var framkvæmd (viðvarandi hækkun á alkalískum fosfatasa eða breytingar sem samræmast PBC á lifrarsýni). Athugað var hvort að þeir AMA jákvæðu sjúklingar sem ekki uppfylltu greiningarskilmerki PBC á þeim tíma sem AMA mælingin var fengin kæmu til með að uppfylla þau síðar.

Niðurstöður: 343 sjúklingar höfðu jákvæða AMA mælingu á rannsóknartímabilinu. Þar af fundust fullnægjandi gögn fyrir 265 (77%) til að unnt væri að meta hvort greiningarskilmerki PBC væru þá uppfyllt. Af þeim uppfylltu 198 greiningarskilmerki PBC við fyrstu jákvæðu AMA mælingu. Fyrir þá 67 sjúklinga sem ekki uppfylltu greiningarskilmerki PBC voru fullnægjandi gögn til staðar fyrir 34 (51%) til að unnt væri að meta hvort sjúkdómurinn hefði síðar komið fram. 10 (29%) þeirra sjúklinga sem ekki uppfylltu greiningarskilmerki PBC við fyrstu jákvæðu AMA mælingu komu til með að gera það síðar (miðgildi eftirfylgdartíma 9,8 ár, IQR 9,2 ár).

Ályktanir: Niðurstöðurnar benda til þess að algengt sé að sjúklingar með mótefni gegn mótefnavökum hvatbera sem ekki uppfylla greiningarskilmerki PBC í upphafi þrói síðar með sér sjúkdóminn og þarfnist því náinnar eftirfylgdar.

Faraldsfræði heilkenni lengingar á QT bili á Íslandi.

Bára Dís Benediktsdóttir¹, Garðar Sveinbjörnsson², Gunnlaugur Sigfússon¹, Daníel F. Guðbjartsson², Hilma Hólm², Davíð O Arnar^{1,2}, Kári Stefánsson²

¹Landspítala háskólasjúkrahúsi, ²Íslenskri erfðagreiningu.

Inngangur: Algengi lengingar á QT bili á hjartalínuriti er áætlað 1:2000 til 1:5000. Algengi arfbera stökkbreytinga sem lengja QT bil gætu þó verið nær 1:1000, en faraldsfræðileg gögn um heilkenni lengingar á QT bili eru takmörkuð. Markmið rannsóknarinnar er að finna og áætla tíðni stökkbreytinga sem valda heilkenni lengingar á QT bili á Íslandi og öðlast þannig mikilvægar upplýsingar um faraldsfræðilega erfðafræði heilkenni lengingar á QT bili.

Efniviður og aðferðir: Arfgerðarupplýsingar voru byggðar á heilraðgreiningu erfðamengis um 45.000 einstaklinga og örflögugreiningu 155.000 einstaklinga. Áhrif stökkbreytinga á QTc bilið var metið út frá 434.000 hjartalínuritum frá 80.694 einstaklingum.

Niðurstöður: Algengi sjaldgæfra stökkbreytinga í útröðum í þekktum genum sem valda heilkenni lengingar á QT bili í íslenska þýðinu er 572 af hverjum 100.000 einstaklingum (1:175). Ef algengustu stökkbreytingunni (p.Val215Met í KCNQ1), sem er tilkomin vegna landnemaáhrifa, er sleppt er algengið 212 af hverjum 100.000 einstaklingum (1:602). Meðal þeirra arfbera sem til er hjartalínurit af, má skoða hlutfall arfbera sem hafa QTc>460 ms á hjartalínuriti og þannig áætla tíðni einstaklinga sem hafa heilkenni lengingar á QT bili á Íslandi. Tíðni heilkenni lengingar á QT bili í íslenska þýðinu er 289 á hverja 100.000 einstaklinga (1:345) eða 145 af hverjum 100.000 (1:688) ef stökkbreytingunni p.Val215Met er sleppt. Alls höfðu 15,718 (19.6%) einstaklingar í hjartalínuritsgagnagrunninum QTc>460 ms óháð stökkbreytingum.

Ályktun: Tíðni stökkbreytinga sem valda lengingu á QTbili á Íslandi er mun hærra en algengistölur hafa áður bent til. Þetta á bæði við um heildarfjölda arfbera og fjölda arfbera sem hafa QTc >460 ms á hjartalínuriti og gætu þannig talist hafa heilkenni lengingar á QT bili.

Briskrabbamein á Íslandi 2010-2019 – Nýgengi, greining, meðferð og lifun

Ásta Ísfold Jónasardóttir¹, Þóra Hlín Þórisdóttir², Kristín Huld Haraldsdóttir¹, Agnes Smáradóttir¹, Jón Gunnlaugur Jónsson^{1,2}, Einar Stefán Björnsson^{1,2}.

¹Landspítali

²Læknadeild Háskóla Íslands

Bakgrunnur: Þótt briskrabbamein sé ekki meðal algengustu krabbameina sem greinast á Íslandi er það í hópi þeirra krabbameina sem hefur hvað verstar horfur. Sjúkdómurinn er í flestum tilfellum langt genginn þegar hann greinist og því takmarkaða meðferð hægt að veita sjúklingum. Undanfarin ár hafa þó orðið ýmsar framfarir í meðferð briskrabbameins, bæði skurðlæknisfræðilegri meðferð, lyfjameðferð og geislameðferð. Nýlega var birt rannsókn á faraldsfræði briskrabbameins á Íslandi á árunum 1986-2009. Í þeirri rannsókn var sýnt fram á að sex mánaða og eins árs lifun sjúklinga var marktækt betri á seinni hluta rannsóknartímabilsins en fyrri, sem gæti endurspeglad framfarir sem orðið hafa á meðferð briskrabbameins á síðustu áratugum. Ekki hefur verið gerð rannsókn af þessu tagi síðan og því ekki vitað hver þróunin hefur verið á síðustu árum. Markmið rannsóknarinnar er því að kanna nýgengi briskrabbameins á árunum 2010-2019, greiningu og meðferð sjúklinganna og horfur þeirra, svo hægt sé að bera saman við niðurstöður úr fyrri rannsókn.

Aðferðir: Afturskyggn faraldsfræðirannsókn sem tekur til sjúklinga sem greindust með briskrabbamein á Íslandi á tímabilinu 1/1 2010 – 31/12 2019. Listi yfir sjúklinga var fenginn frá Krabbameinsskrá Íslands og nauðsynlegum upplýsingum safnað úr sjúkraskrákerfum. Tölfræði er að miklu leyti lýsandi, en lifun skoðuð með Kaplan-Meier gröfum og marktækni með log-rank prófi.

Fyrstu niðurstöður: Nýgengi árin 2010-2014 var 8,9 per 100.000 persónuár. Miðað við fyrri rannsókn reyndist ekki marktækur munur á sex mánaða (64% vs. 52%, $p=0,07$) og eins árs (30,1% vs. 22,7%, $p=0,06$) lifun sjúklinga á rannsóknartímabilinu, en fimm ára lifun reyndist þó marktækt betri eða 3,6% miðað við 0,6% ($p=0,012$).

Ályktanir: Nýgengi briskrabbameins virðist hafa verið nokkuð stöðugt á undanförunum árum. Fyrstu niðurstöður benda til þess að fimm ára lifun sjúklinga með briskrabbamein sé batnandi, en enn á eftir að vinna úr upplýsingum frá árunum 2015-2019 til að geta dregið frekari ályktanir.

Bráð brisbólga af völdum blóðþurrðar sem orsök bráðrar brisbólgu hjá sjúklingum á gjörgæslu

Baldursdóttir MB¹, Andresson JA^{1,2}, Jonsdóttir S², Benediktsson H^{1,3}, Kalaitzakis E⁴, Bjornsson ES^{1,2}.

¹Landspítali, lyflækningasvið, ²Læknadeild, Háskóli Íslands, ³Landspítali, röntgendeild,

⁴Háskólasjúkrahúsið Heraklion, Krít, Grikklandi.

Bakgrunnur: Brisbólga af völdum blóðþurrðar (e. Ischemic Pancreatitis (IP)) hefur aðallega verið lýst sem einstökum tilfellum. Markmið rannsóknarinnar var að meta tíðni, klínísk einkenni og útkomu sjúklinga með IP hjá sjúklingum sem lögðust inn á gjörgæslu vegna brisbólgu.

Efni og aðferðir: Sjúklingar með fyrstu bráðu brisbólgu á milli 2011 og 2018 sem lögðust inn á gjörgæsludeildir Landspítala voru teknir með í rannsóknina. Sjúkraskrár þessara sjúklinga voru skoðaðar afturvirkir. Greiningarskilmerki brisbólgu af völdum blóðþurrðar voru; lost með blóðþrýstingsfalli af hvaða orsök sem er og/eða súrefnisskortur í slagæðablóði ($PaO_2 \leq 60$ mmHg) sem undanfari klínískra einkenna og greiningu brisbólgu. Aðrar orsakir brisbólgu voru útilokaðar. Sjúklingar með IP voru bornir saman við sjúklinga með brisbólgu af öðrum orsökum sem einnig þurftu innlögn á gjörgæslu.

Niðurstöður: Alls voru 67 sjúklingar lagðir inn á gjörgæslu vegna bráðrar brisbólgu á þessu tímabili (miðgildi aldurs 60 ár, 37% kvk). Orsakir brisbólgu voru eftirfarandi; 31% óþekkt orsök, 24% áfengistengd, 22% af völdum blóðþurrðar, 5% gallsteinar og 8% aðrar orsakir. Alls uppfylltu 15 sjúklingar (22%) greiningarskilmerki fyrir IP, 7 kk (64%) miðgildi aldurs 62 ár (IQR 46-65). Orsakir IP voru aðallega lost með blóðþrýstingsfalli og súrefnisþurrð. Aðrar orsakir voru blóðsegar í æðum sem næra bris. Drep í brisi reyndist fátítt og aðeins einn sjúklingur þurfti aðgerð til að fjarlægja drep í brisi. Dánarhlutfall var hærra á meðal þeirra sem höfðu IP samanborið við brisbólgu af öðrum orsökum (33% samanborið við 14%, $P=0.12$)

Ályktun: Brisbólga af völdum blóðþurrðar (IP) greindist hjá talsverðum fjölda sjúklinga sem lagðist inn á gjörgæslu með bráða brisbólgu. Aðal orsakir IP voru lost með blóðþrýstingsfalli og súrefnisþurrð. Dánarhlutfall IP er hátt eða um 30%.

Sarklíki á Íslandi: ættlagi, vefjaflokkun og meðferðarárangur

Berglind Árnadóttir¹, Sigríður Ólína Haraldsdóttir², Ingileif Jónsdóttir^{3,6}, Þorbjörn Jónsson⁴,

Björn Guðbjörnsson^{5,6}.

Lyflækningardeild¹, Lungnadeild², Blóðbankinn⁴ og Rannsóknarstofa í gigtarsjúkdómum⁴, Landspítali. Íslensk Erfðagreining³. Læknadeild⁶, Háskóli Íslands, Reykjavík Ísland.

Sarklíki (e. sarcoidosis) er tiltölulega sjaldgæfur sjúkdómur á Íslandi með nýgengi 4.15/100 000/ár samkvæmt nýlegri rannsókn*. Í þessu verkefni hefur þegar verið safnað ítarlegum klínískum heilsufars- og

Lýðgrunduðum upplýsingum um alla þá sem hafa fengið staðfesta vefjagreiðingu á sarklíki allt frá árinu 1981 til lok árs 2016 eða samtals 418 einstaklingar.

Markið þessa áfanga er að framkvæma ættrækningu í samvinnu við Íslenska erfðagreiningu með aðstoðar Íslandingabókar og skoða hvort tengsl séu á milli ákveðinna HLA/B/C-vefjaflokka við klíniska birtingamynd sjúkdómsins í samvinnu við Blóðbankann. Að lokum verður skoðað ábendingar fyrir meðferð og meðferðarárangur hjá þeim einstaklingum sem fengu meðferð með líftæknilyfjum, þá fyrst og fremst með TNF-hemlum í samvinnu við ICEBIO.

Fyrsti verkhliuti er ættrækning til að kanna hvort fjölskyldutengsl eru fyrir hendi innan þessa sjúklingahóps. Einstakt tækifæri er að framkvæma umrædda rannsókn hér á landi þar sem efniviðurinn er sérlega vel valinn, þ.e. öll þekkt tilfelli með vefjastaðfest sarklíki hér á landi þar sem ættrækningin yrði gerð með Íslandingabók. Þannig ætti að vera unnt að svara þeirri spurningu hvort ættartengsl sé að finna meðal sjúklinga með sarklíki, en þeirri spurningu er ósvarað í alþjóðlegu samhengi þar sem rannsóknar niðurstöður frá nágrannalöndum okkar hafa verið misvísandi, vafalaust vegna bjögunar í sjúklingavali (eingöngu klínísk greining).

Meðferð sjúklinga með lokastignýrnabilun á Íslandi: Yfirlit

Arna Rut Emilsdóttir¹ og Ragnar Pálsson¹

¹ Landspítali Háskólasjúkrahús

Skilunarmeðferð á Íslandi hófst árið 1968. Í dag er boðið upp á blóðskilunarmeðferð á fimm stöðum á landinu auk kviðskilunarmeðferðar sem veitt er í heimahúsum. Meðferðunum er stýrt af nýrnalæknum Landspítala. Núverandi skilunarþýði telur 95 sjúklinga en þar af eru 79 (83%) í blóðskilun og 16 (17%) í kviðskilun. Engin heimablóðskilunarmeðferð fer fram eins og er, þótt fordæmi séu fyrir slíku á Íslandi. Langflestir blóðskilunarsjúklingar fá sína meðferð á Landspítala en alls fá 13 sjúklingar sína meðferð utan Reykjavíkur en í hverjum landsfjórðungi er ein lítil blóðskilunareining.

Á árunum 2014-2018 var meðalnýgengi sjúklinga sem hófu meðferð við lokastignýrnabilun $88,4 \pm 32,5$ sjúklingar á milljón íbúa á ári. Meðalaldur þeirra sjúklinga var 60,8 ár og voru 32% konur.

Meðal núverandi skilunarsjúklinga er háprýstingsnýrnamein algengasta skráða orsök nýrnasjúkdóms (31,6%). Þar á eftir koma gauklasjúkdómar (17,9%), sykursýki (14,7%), blöðrusjúkdómur í nýrum (8,4%) og byggingar- og fráflæðisvandamál í þvagvegum (5,4%). Flestir blóðskilunarsjúklingar fá meðferð í gegnum slag- og bláæðarfistol (56%), miðlægur bláæðaleggur er notaður hjá 38% og slag- og bláæðagræðingur hjá 6%. Flestir sjúklingar fara í blóðskilunarmeðferð þrisvar sinnum í viku en meðalblóðskilunartími er 3,72 klukkustundir. Áætlaður kostnaður við hverja blóðskilunarmeðferð á Landspítala er rúmlega 68.000 krónur.

Fyrsta nýrnaígræðsluáðgerðin á íslenskum sjúklingi var gerð í London árið 1970. Ísland er nú hluti af fjölbjóðlegu ígræðslusamtökunum Scandiatransplant. Á árunum 2011-2020 var meðalnýgengi nýrnaígræðslna $40,1 \pm 9,4$ sjúklingar á hverja milljón íbúa á ári. Þar af fékk rúmlega helmingur nýra frá lifandi gjafa.

Ein stærsta áskorunin í meðferð sjúklinga með lokastignýrnabilun á Íslandi er dreifbýlið en dæmi eru þess að fólk þurfi að ferðast langar vegalengdir eða flytjast búferlum til að þiggja meðferð. Sóknarfæri eru þó í kviðskilun og heimablóðskilun fyrir þennan sjúklingahóp auk þess sem fjarlækningar hafa reynst vel.

Árangur nýrnahettubláaæðapræðinga á Íslandi í 10 ár

Hrafnhildur Gunnarsdóttir^{1,2}, Jón Guðmundsson³, Guðjón Birgisson⁴, Helga Ágústa Sigurjónsdóttir¹

¹Lyflækningum Landspítala, ²Læknadeild Háskóla Íslands, ³Röntgenlækningum Landspítala,

⁴Kviðarholsskurðlækningum Landspítala

Inngangur: Frumkomið aldósterónheilkenni (FA) er mikilvæg orsök háþrýstings. Meðferð ræðst af því hvort sjúkdómur er í annarri eða báðum nýrnahettum en nýrnahettubláaæðapræðing er lykilrannsókn til að ákvarða það.

Markmið: Að kanna árangurstölu (e. success rate) nýrnahettubláaæðapræðinga á Landspítala á 10 ára tímabili og bera saman við erlendar niðurstöður.

Aðferðir: Niðurstöður allra nýrnahettubláaæðapræðinga á Landspítala á tímabilinu 2007-2016 voru yfirfarnar. Gildi kortisóls og aldósteróns frá hægri og vinstri nýrnahettubláaæð, neðri holæð og útlægri bláaæð voru skráð. Reiknaður var valvísir (e. selectivity index, SI) til mats á þræðingu inn að hvorri nýrnahettu. Nýrnahettubláaæðapræðing var skilgreind árangursrík ef styrkur kortisóls mældist minnst fimmfalt hærri við nýrnahettu en í útlægri bláaæð, þ.e. SI>5, beggja vegna.

Niðurstöður: Á 10 ára tímabilinu voru framkvæmdar 66 nýrnahettubláaæðapræðingar á 58 FA sjúklingum á Landspítala. Alls voru 57 af 66 þræðingum árangursríkar – árangurstala 86%. Í 7 þræðingum (11%) var SI<5 hægra megin og í þremur (5%) vinstra megin. Í einni (2%) áðurnefndra þræðinga reyndist SI<5 beggja vegna. Sjö þræðingar voru endurteknar vegna erfiðleika við að þræða inn að hægri nýrnahettu.

Ályktun: Árangurstala nýrnahettubláaæðapræðinga á Landspítala er góð (86%). Árangurinn er nálægt því sem gerist í Gautaborg í Svíþjóð, 92%, og á Mayo Clinic í Bandaríkjunum, 96%, en öllu betri en birt árangurstala frá Lundúnum í Bretlandi, 72%. Þræðingarnar voru í umsjón eins og sama sérfræðilæknis allt rannsóknartímabilið sem telst lykilinn að þessum góða árangri. Niðurstöður okkar undirstrika einnig hve vandasamt er að þræða inn að hægri nýrnahettu.

IL2 forgenameðferð og T stýrifrumur draga úr bólgu og liðskemmdum í *Staphylococcus aureus* liðsýkingu í músum

Berglind Bergmann^{1*}, Ying Fei², Pernilla Jirholt^{1†}, Zhicheng Hu^{1,2}, Maria Bergquist^{1§}, Abukar Ali¹, Catharina Lindholm^{1†}, Olov Ekwall^{1,5}, Guillaume Churlaud^{3,4}, David Klatzmann^{3,4}, Tao Jin^{1¶} and Inger Gjertsson^{1¶}

¹Department of Rheumatology and Inflammation Research, Institute of Medicine, Sahlgrenska Academy University of Gothenburg, Gothenburg, Sweden, ²Department of Microbiology and Immunology, GuiZhou Medical University, P.R. China, ³AP-HP, Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière, Biotherapy (CIC-BTi) and Inflammation-Immunopathology-Biotherapy Department (i2B), Paris, France, ⁴Sorbonne Université, INSERM, Immunology-Immunopathology-Immunotherapy (i3); Paris, France and ⁵Department of Pediatrics, Institute of Clinical Sciences, Sahlgrenska Academy University of Gothenburg, Gothenburg, Sweden.

Bakgrunnur: Bráð liðsýking af völdum *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*) er alvarlegur liðsjúkdómur sem getur valdið varanlegum liðskemmdum innan fárra daga, þrátt fyrir sýklalyfjameðferð. Ónæmiskerfið er nauðsynlegt til þess að vinna bug á sýkingunni, en hins vegar er það sterka ónæmissvar sem virkjast við sýkinguna ein aðalorsökin fyrir sjálfum liðskemmdunum. Í rannsókn þessari var hlutverk IL2 og T stýrifrumna í *S. aureus* liðbólgu skoðað í vel þekktu músamódeli okkar. Tilgáta okkar var sú að með því að

auka þátt ónæmisstyringar í *S. aureus* liðsýkingu með stækkun T stýrifrumuhólfsins væri hægt að koma í veg fyrir skaðlega þætti ónæmissvarsins sem valda liðskemmdum án þess að hindra verndandi hlutverki ónæmissvarsins. Gjöf lágskammta interleukín 2 (IL2) hefur sértæk áhrif á T stýrifrumuhólfið og stækkar það en margar rannsóknir á áhrifum lágskammta IL2 meðferðar á ýmsa sjálfónæmissjúkdóma eru í bígerð.

Aðferðir: *S. aureus* LS-1 eða Newman var sprautað í æð á C57BL/6 eða NMRI músum sem veldur blóðbornu *S. aureus* smiti og *S. aureus* liðsýkingu. Hlutverk IL2 og T stýrifrumna var metið með eftirfarandi leiðum: recombinant adeno-associated veiruvigur (rAAV) stuðlar að innrænni IL2-losun og var sprautað í mýs áður en komið var á smiti, T stýrifrumum var eytt með antiCD25 mótefnum fyrir og eftir að komið var á smiti, T stýrifrumur voru gefnar sem meðferð áður en smiti var komið á, og að lokum var IL2 notað sem meðferð frá degi 3 eftir að smiti var komið á. Dánartíðni, þyngdartap, bólgumiðlar, bakteríuhreinsun og liðskemmdir voru m.a. þau áhrif íhlutunar sem skoðuð voru.

Niðurstöður: Fjölgun T stýrifrumna með IL2 genameðferð áður en komið er á sýkingu hefur jákvæð áhrif á ónæmissvarið í *S. aureus* liðsýkingu og olli minni liðskemmdum og bólgusvörun á sama tíma sem bakteríuhreinsun var aukin.

Ályktanir: IL2 genaformeðferð (pre-treatment) hemur skaðlega þætti ónæmisviðbragðisins í *S. aureus* liðsýkingu en viðheldur verndandi þáttum þess.

Ábendingar og aukaverkanir amiodarone á Íslandi

Páll Guðjónsson¹, Karl K. Andersen^{1,2}.

¹Landspítali háskólasjúkrahús, ²Læknadeild Háskóla Íslands.

Inngangur: Amiodarone er taktstillandi lyf til að fyrirbyggja hjartsláttaróreglu frá sleglum eða gáttum þegar önnur lyf hafa brugðist. Lyfið getur haft margvíslegar aukaverkanir t.d. lungnatrefjun, of- og vanvirkni á skjaldkirtli, lifrarakaverkanir og úttaugamein. Mikilvægt er að lyfinu sé ávísað á réttum forsendum. Rannsóknin kannar ábendingar og eftirlit með ávísunum amiodarone á Íslandi ásamt því að meta tíðni aukaverkana.

Efniviður og aðferðir: Fenginn var listi úr lyfjagagnagrunni Landlæknis sem inniheldur þá 1056 Íslendinga sem fengu amiodarone ávísað árið 2014. 36 manns voru útilokaðir frá rannsókninni vegna ónægra gagna eða tóku aldrei lyfið. Leitað var í sjúkraskrá eftir ábendingu lyfsins, upphafs- og lokadagsetningu lyfjainntöku ásamt aukaverkunum. Sérstaklega var leitað eftir skjaldkirtils- og lifrarprufum ásamt nýjasta EKG. Sjúkragögn voru skoðuð á Landspítala Háskólasjúkrahúsi, Læknasetrinu og Hjartamiðstöðinni. Til að uppfylla kröfur um eftirlit þurftu einstaklingar að hafa skjaldkirtils- og lifrarprufur ásamt hjartalínuriti 6 mán á undan 1. feb 2018.

Niðurstöður: Tíðni aukverkana var eftirfarandi: Vanstarfsemi skjaldkirtils 24,3%, ofvirkni á skjaldkirtli 11,2%, lungnatrefjun 4,4 %, úttaugamein 1,6% og skorpulífur 0,6%. Algengasta ábending er gáttatif, þar á eftir sleglahraðtaktur, sleglatif og hjartastopp.

Við mat á eftirliti voru 613 hættir á lyfinu. Þar af létust 194, 105 hættu vegna króníks gáttatífs, 49 voru aðeins tímabundið eftir hjartaaðgerð, 47 vegna sinus til lengri tíma, 47 vegna thyrotoxicosu og 37 eftir brennslu. Því voru 407 manns á lífi og ennþá á lyfinu í feb 2018. Af þeim uppfylltu 174 (42,8%) öll skilyrðin um eftirlit. Nánar tiltekið áttu 285 (70%) rit innan 6 mánaða, 242 (59,5%) TSH mælingu og 105 (55%) lifrarprufur.

Ályktanir: Gáttatif er algengasta ábending amiodarone á Íslandi. Eftirliti með amiodarone er ábótavant á Íslandi. Skjaldkirtilstengdar aukaverkanir eru algengari en búist hafði verið við. Aðrar aukaverkanir eru sambærilegar við samanburðarlönd.