

Litteratur

1. Haverkamp W, Breithardt G, Camm A et al. The potential for QT prolongation and proarrhythmia by non-antiarrhythmic drugs: clinical and regulatory implications. *Eur Heart J* 2000;21:1216-31.
2. Akerman M. The long QT syndrome: Ion channel diseases of the heart. *Mayo Clin Proc* 1998;73:250-69.
3. Walker BD, Singleton CB, Bursill JA et al. Inhibition of the human ether-a-go-go-related gene (HERG) potassium channel by cisapride: affinity for open and inactivated states. *Br J Pharmacol* 1999;128:444-50.
4. Wysowski DK, Corken A, Gallo-Torres H et al. Postmarketing reports of QT prolongation and ventrikular arrhythmia in association with Cisapride and food and drug administration regulatory actions. *Am J Gastroenterol* 2001;96:1698-703.
5. Pham TV, Rosen MR. Sex, hormones, and repolarization. *Cardiovascular Research* 2002;53:740-51.

Infliximabbehandling af peristomal pyoderma gangraenosum ved colitis ulcerosa

Reservelæge Aleksander Ahm Krag &

1. reservelæge Peter Gjersøe

H:S Hvidovre Hospital, Gastroenheden, Medicinsk Sektion

Pyoderma gangraenosum (PG) er en sjælden immunmediert inflammatorisk tilstand af ukendt genese, som er karakteriseret ved udvikling af kroniske ulcerative hudlæsioner. 15-20% af tilfældene ses hos patienter med inflammatorisk tarmsygdom (IBD), hvor PG afficerer 1-2% og forekommer lige hyppigt ved morbus Crohn og colitis ulcerosa [1], uden sikker relation til aktivitet i den intestinale sygdom [2]. PG udvikles hyppigt på underekstremiteterne, men kan også ses på andre hudområder, blandt andet peristomalt. Diagnosen PG stilles dels på det klassiske udseende: en ulceration med rød-blå, overhængende sårrende og en nekrotisk base, og dels ved at udelukke infektioner, neoplasi, vaskulit. Ved peristomal PG ses der tillige kontaktdermatitis, irritation fra tarmsaft eller Crohn-forandringer.

Peristomal PG er en variant af PG, som er mere refraktær for behandling. Denne variant ses ved IBD efter abdominalkirurgi med anlæggelse af ileo- eller kolostomi. Ulcerationen kan optræde tidligt eller sent efter stomianlæggelsen.

Pathergy refererer til det fænomen, at sårene ofte udvikles på stedet for et tidligere traume (kirurgi, irritation fra tarmsekret mv.).

Sygehistorie

En 52-årig kvinde havde haft colitis ulcerosa gennem et år og sygdomsdebut med pankolitis uden respons på systemisk steroidbehandling. Patienten fik foretaget subtotal kolektomi med anlæggelse af ileostomi. Postoperativt var der fortsat aktivitet i rektalstumpen, som blev behandlet med hydrocortison (Colifoam). Seks måneder efter stomianlæggelsen opstod

der et peristomalt sår, som voksede og var meget smertefuld. Man konstaterede peristomal PG, og patienten påbegyndte behandling med tablet prednisolon 75 mg daglig. Efter 12 dages højdosissteroid var der ingen betydende effekt på den peristomale PG (**Figur 1**). Derfor forsøgte man behandling med infliximab 5 mg pr. kg givet i uge 0, 2 og 4. Sideløbende blev patienten udtrappet af prednisolon. En uge efter var der eklatant bedring af den peristomale PG med god sårheling. Efter seks uger og tre infliximabbehandlinger var den peristomale PG helt svundet, og såret var helet (**Figur 2**). Prednisolonbehandlingen blev kortvarigt genoptaget på grund af et mindre recidiv af peristomal PG tre uger efter sidste infliximabbehandling. Fem uger senere fik patienten anlagt ileoanal anastomose (J-pouch).



Figur 1. Peristomal pyoderma gangraenosum før infliximabbehandling.



Figur 2. Peristomal pyoderma gangraenosum efter infliximabbehandling.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | KASUISTIK

Diskussion

Systemisk steroid er den hyppigst anvendte behandling til PG, men der anvendes også intralæsionel steroid, forskellige immunmodulatorer, antibiotika, 5-aminosalicylater og kirurgi [3]. Kirurgi er ikke effektivt, da PG ofte gendannes på stedet for det kirurgiske traume. Medicinsk behandling er effektivt i de fleste tilfælde (70%), men kræver ofte systemisk steroidbehandling, og helingen er langsom (i gennemsnit 11,4 måneder i en serie på 20 patienter) [4].

Infliximab er et chimer (mus-human) monoklonalt anti-stof, som neutraliserer tumor-nekrose-faktor α (anti TNF α). Det er godkendt til behandling af svær Crohns sygdom, fistulerende Crohns sygdom og til reumatoid arthritis. I flere kasuistikker om behandling af PG med infliximab meddeles der om god effekt på sårheling og smerter [5, 6]. I et enkelt retrospektivt studie med 13 patienter fik alle komplet heling af ulcerationerne [7]. Kun i to kasuistikker beskrives der behandling af peristomal PG med infliximab. En, hvor et 12-årigt barns ulceration heled i løbet af to uger efter behandling med infliximab 5 mg/kg [8], og en med tre patienter, hvoraf to fik komplet heling og en partiel heling af peristomal PG ved behandling med infliximab 5 mg pr. kg i uge 0, 2, 4, 8 [9].

Infliximabbehandling bør overvejes til patienter med inflammatorisk tarmsygdom og peristomal pyoderma gangrenosum, som ikke responderer på konventionel behandling med steroid.

Korrespondance: *Aleksander Ahm Krag*, Gastroenheden, Medicinsk Sektion, H:S Hvidovre Hospital. E-mail: aleksanderkrag@hotmail.com

Antaget: 19. august 2004
Interessekonflikter: Ingen angivet

Taksigelse: Tak for fotodokumentation til stomisygeplejerske *Per Herlufsen*, Gastroenheden, H:S Hvidovre Hospital.

Litteratur

1. Callen JP. Pyoderma gangrenosum. *Lancet* 1998;351:581-5.
2. Sleisinger MH, Fordtrans JS. Gastrointestinal and liver disease. 6th ed. Philadelphia: Saunders, 1998:443-4.
3. Hughes AP, Jackson JM, Callen JP. Clinical features and treatment of peristomal pyoderma gangrenosum. *JAMA* 2000;284:1546-8.
4. Sheldon DG, Saechuk L, Kozarek RA et al. Twenty cases of peristomal pyoderma gangrenosum. *Arch Surg* 2000;135:564-9.
5. Sapienza MS, Cohen S, DiMarino AJ. Improvement of pyoderma gangrenosum after infliximab treatment for fistulating Crohn's disease. *Am J Gastroenterol* 2001;96(suppl 1).
6. Jenne L, Sauter B, Thuman P et al. Successful treatment of therapy-resistant vegetating pyoderma gangrenosum with infliximab. *Br J Dermatol* 2004;150:380-2.
7. Regueiro M, Valentine J, Plevy S et al. Infliximab for treatment of pyoderma gangrenosum associated with inflammatory bowel disease. *Am J Gastroenterol* 2003;98:1821-6.
8. Batres LA, Mamula P, Baldassana RN. Resolution of severe peristomal pyoderma gangrenosum with infliximab in a child with Crohn disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2002;34:558-60.
9. Mimouni D, Anhalt GJ, Kouba DJ et al. Infliximab for peristomal pyoderma gangrenosum. *Br J Dermatol* 2003;148:813-6.

Folikulært dendritcellesarkom

Klinisk assistent Christian T. Bonde,
stud.med. Sidse Kringelholt Nielsen,
afdelingslæge Anne Mellon Mogensen,
professor Preben Kirkegaard & overlæge Allan Rasmussen

H:S Rigshospitalet, Mave-tarm-kirurgisk Afdeling C og
Patologiafdelingen

Folikulære dendritiske celler (FDC) er ikkelymfoide celler, som er essentielle for antigenpræsentation i lymfefollikler. Tumorer udgaaet fra FDC er sjældne, der er publiceret beretning om et begrænset antal tilfælde [1, 2]. Diagnosen stilles på basis af morfologi og immunhistokemiske fund [3], evt. på basis af elektronmikroskopisk undersøgelse. Da denne type cancer aldrig tidligere er beskrevet på dansk, omtales her et tilfælde, og de klinisk-patologiske karakteristika og udfordringerne ved diagnose og behandling diskuteres.

Sygehistorie

En 30-årig mand blev indlagt med diagnosen tumor intraabdominalis. Ved magnetisk resonans (MR)-skanning og computertomografi (CT) fandt man en 10×13×20 cm stor tumor i højre side af abdomen, sandsynligvis udgaaet fra venstre leverlap og med metastasesuspekter forandringer i leveren. Ultralyd (UL)-vejledt biopsi viste en ikkeklassificerbar tumor. Ved en operation fjernedes en 1,6 kg tung, stilet tumor, der var relateret til caput pancreatis. 2-3 metastatiske foci genfundtes i højre leverlap, men kunne ikke fjernes med hemihepatektomi pga. en atrofisk venstre leverlap. Ved mikroskopi blev der fundet en solid, cellerig tumor med tumularisk cellearrangement, fokalt med et vist fascikulært præg, bestående af en storcellet, udtalt polymorf cellepopulation med mange bizarre kæmpeceller iblandet lymfocytter og plasmaceller (**Figur 1**). Cellekernerne var vesikulære med prominente nukleoler. Mitosetallet var højt. Immunhistokemisk var tumorcellerne CD21 og CD23 positive. Ved elektronmikroskopi påvistes interdigi-