

over for metastatisk tumor, især i forbindelse med biopsimateriale hvor kun en ganske lille del af tumoren er repræsenteret. I tilfælde af en ukendt primærtumor er de immunhistokemiske farvninger en afgørende hjælp.

Langt hovedparten af de tidligere tilfælde af primært *clear-celle*-adenokarcinom i colon er beskrevet hos ældre mænd, og tumoren har været lokaliseret i venstre side af colon [3] ligesom i den her omtalte sygehistorie. Det samtidige fund af adenomrest i mange af de beskrevne tilfælde støtter teorien om, at adenom-karcinom-sekvensen for kolorektal cancer også gælder for denne variant. Hvorvidt denne tumorform er mere aggressiv end det almindelige adenokarcinom af glandulær type i colon vides ikke, idet antallet af tilfælde er få, og opfølgningen er ufuldstændig. Noget tyder på, at denne variant i hvert fald ikke er mindre aggressiv end andre former for kolorektal cancer, idet der i de fleste tilfælde er rapporteret om et højt proliferationsindeks.

Proliferationsindekset for kolorektale adenokarcinomer er varierende, men generelt langt lavere.

I enkelte tilfælde har man set en kombination af tubulært adenom/adenokarcinom og *clear-celle*-adenom/adenokarcinom, hvor cellerne med *clear-celle*-præg overvejende ses i hhv. den invasive del af tumoren og i metastaserne [4]. Kun i én anden sygehistorie fik patienten som patienten i denne sygehistorie adjuverende kemoterapi i form af den gængse behandling til kolorektalcancerpatienter [5].

KORRESPONDANCE: Anne-Marie Kanstrup Fiehn, Afdeling for Klinisk Patologi, Næstved Sygehus, Ringstedgade 61, 4700 Næstved.

E-mail: ankf@regionsjaelland.dk

ANTAGET: 14. marts 2012

FØRST PÅ NETTET: 30. april 2012

INTERESSEKONFLIKTER: ingen

LITTERATUR

1. Braumann C, Schwabe M, Ordemann J et al. The clear cell adenocarcinoma of the colon: case report and review of the literature. *Int J Colorectal Dis* 2004;19:264-7.
2. Hellstrom HR, Fisher ER. Physaliferous variant of carcinoma of colon. *Cancer* 1964;17:259-63.
3. Soga K, Konishi H, Tatsumi N et al. Clear cell adenocarcinoma of the colon: a case report and review of literature. *World J Gastroenterol* 2008;14:1137-40.
4. Furuya Y, Kishimoto T, Yanagie H. Clear cell adenocarcinoma with enteroblastic differentiation of the ascending colon. *J Clin Oncol* 2011;29:647-9.
5. Hao LS, Zhu X, Zhao LH et al. Clear cell adenocarcinoma of colorectum: a case report and review of the literature. *Acta Gastroenterol Belg* 2007;70:235-8.

Udvikling af perforeret ulcus ventriculi under højdosisprednisolon i barnealderen

Kirstine Moll Harboe¹, Helle Midtgaard², Vibeke Wewer³ & Dina Cortes^{3,4}

KASUISTIK

- 1) Klinisk Farmakologisk Afdeling, Bispebjerg Hospital
- 2) Gastroenheden, Hvidovre Hospital
- 3) Børneafdelingen, Hvidovre Hospital
- 4) Københavns Universitet

Perforation som komplikation i forbindelse med gastroduodenalt ulcus hos børn er en sjælden, men velbeskrevet tilstand, der er ledsaget af en mortalitet på 4-14% [1, 2]. I øjeblikket beskrives der i kliniske vejledninger ikke risiko for udvikling af ulcus ved højdosissteroidbehandling af børn med nefrotisk syndrom [3].

I sygehistorien beskrives en seksårig patient, der blev behandlet med højdosissteroid på grund af nefrotisk syndrom og fik perforeret ulcus.

SYGEHISTORIE

En seksårig dreng blev henvist til hospitalet med diagnosen nefrotisk syndrom. Ved en objektiv undersøgelse blev der påvist perifere ødemer samt udspilet, blødt og uømt abdomen. Der blev udført følgende udredningsprogram: urinstiks 3+ for protein og døgnurin for protein 1,7 g/l, svarende til 1,2 g/m²/døgn. S-albumin-koncentrationen var svært nedsat til 9 g/l

(normalværdier: 36-48 g/l), og kolesterolkoncentrationen var forhøjet til 7,5 mmol/l (normalværdi: < 5 mmol/l). Ved en ultralydskanning (UL) af abdomen blev der påvist acites og pleuravæske basalt bilateralt. Et røntgenbillede af thorax viste et mindre, højresidigt infiltrat.

Drengen havde let astma og var i behandling med budesonid 200 mikrogram × 2 dagligt, men var i øvrigt rask. Der blev institueret behandling med prednisolon 60 mg/m², svarende til 60 mg prednisolon dagligt, jf. klaringsrapport om nefrotisk syndrom hos børn [3]. Herudover blev han behandlet med peroralt administreret penicillin i ti dage. Efter en uges behandling var proteinurien ophørt, og S-albumin-koncentrationen var steget til 17 g/l.

Efter 13 dages prednisolonbehandling blev han genindlagt med mavesmerter og feber. Han var bleg, svedende og perifert kold. Abdomen var opdrejet og uømt med sparsomme tarmlyde, og leveren var pal-

pabel to fingerbredder under kurvaturen. Laboratorieværdier: leukocyt-koncentrationen var $38 \times 10^9/l$, koncentrationen af C-reaktivt protein var inden for normale værdier, og urinstiksprøver viste normale forhold. En røntgenoversigt over abdomen (OOA) viste svær ventrikelretention, dilaterede tyndtarms-slynger med væskespejl samt store mængder fæces i colon. Ved UL af abdomen blev der påvist ascites og en let forstørret lever. Ventrikelaspirat var ublodigt. Behandling med trestofantibiotika givet intravenøst og antiobstipationsmedikamina: klyksma (docusat og sorbitol) samt macrogol blev initieret. Bloddyrknin-ger viste intet abnormt.

Den kliniske tilstand bedredes, omend patienten fortsat havde lette abdominalsmerter og smertefuld defækation samt var meget sulten og humørsvin-gende. Efter 27 dages prednisolonbehandling påviste man ved UL en moderat forstørret lever med normal struktur. Laboratorieværdier med følgende koncen-trationer: alaninaminotransferase 189 U/l, laktatde-hydrogenase 350 U/l, faktor 2, 7 og 10 0,72 U/l og albumin 29 g/l. Serologisk undersøgelse for Epstein-Barr-virus var negativ for immunglobulin (Ig)M og positiv for IgG. Test for Parvo B19, hepatitis A, B, C og cytomegalovirus var negative.

Efter 30 dages prednisolonbehandling blev pa-tienten genindlagt med stærke smerter i venstre side af abdomen. Objektivt var han smertefor-pint, bleg, cushingoid og afebril. Abdomen var opdre-vet, ømt og spændt. Ved OOA sås der fri luft over leveren (**Figur 1**). Ved eksplorativ laparotomi blev der påvist et 2×2 mm stort perforeret ulcus højt på corpus af ventri-kelens forflade. Ulcus blev oversyet med omentsnip, og der blev behandlet med antibiotika i ti døgn og med omeprazol, indtil prednisolon blev seponeret i hen-hold til vejledning [3]. Antigen for *Helicobacter pylori* i fæces var negativ. Det postoperative forløb var ukompliceret. Efter fire måneder blev det vha. UL påvist, at leveren var normaliseret, og levertallene var normale. Patienten blev ikke behandlet med non-steroide antiinflammatoriske stoffer.

Ulcus ventriculi er meldt til Lægemiddelstyrelsen som mulig bivirkning af prednisolon.

DISKUSSION

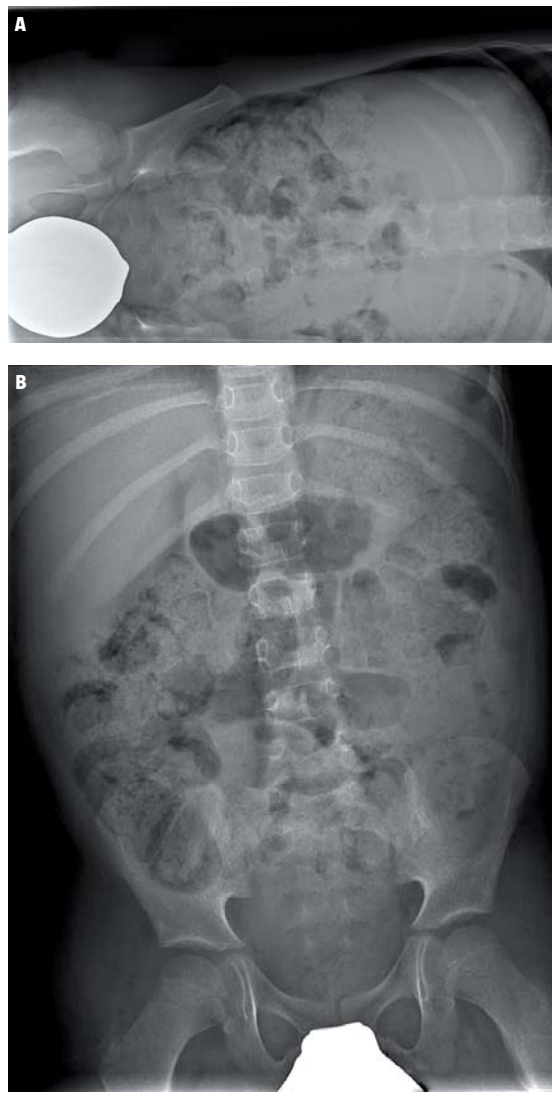
Det diskuteres, om steroidbehandling medfører øget risiko for gastroduodenalt ulcus. Op imod 38% af børn med perforeret ulcus fik steroid på tidspunktet for perforationen [2], og i en europæisk multicenter-undersøgelse fandt man, at 9% af børn med endo-skopisk påvist ulcus var i behandling med steroid [4].

Den profylaktiske effekt af protonpumpeinhibitorer er ikke velbeskrevet, og yderligere undersøgelser anbefales. En metaanalyse viste, at ulcusprofylakse,

FIGUR 1

Oversigt over abdomen hos patienten i sygehistorien, da han pludselig fik stærke abdominalsmerter efter 30 dages behandling med prednisolon. Der blev påvist fri luft over leveren samt fæces i colon.

A. Patienten i venstre sideleje. B. Patienten i rygleje.



primært med H₂-receptor-antagonister, reducerer risiko for blødende stressulcus hos alvorligt syge børn [5].

I den kliniske hverdag er det vigtigt at have mistanke om gastroduodenalt ulcus ved abdominale symptomer hos børn, der er i behandling med systemisk steroid. De hyppigste fund og symptomer hos børn med ulcus er epigastrisk ømhed, natlige mavesmerter, hæmatemese, melæna og vægtstagnation [4]. Ved perforeret ulcus blev der i en større undersøgelse påvist peritonalt abdomen hos 94%, og ved OOA blev der påvist subdiafragmatisk fri luft hos 83% [1].

Behandling med protonpumpeninhibitor må anbefales til børn, som får høje doser steroid og abdominale symptomer, der kan skyldes et ulcus. Gastroskopi må udføres på vid indikation ved abdominal smerter.

KORRESPONDANCE: Dina Cortes, Børneafdelingen, Hvidovre Hospital, Kettegård Allé 30, 2650 Hvidovre. E-mail: dinacortes@hotmail.com

ANTAGET: 13. marts 2012

FØRST PÅ NETTET: 7. maj 2012

INTERESSEKONFLIKTER: ingen

TAKSIGELSER: Tak til patientens mor for tilladelse til at bringe sygehistorien i anonymiseret form. Tak til Røntgenafdelingen, Hvidovre Hospital, for at bringe røntgenbilledet og til fotograf *Susanne Østergaard*, Hvidovre Hospital, for at formatere røntgenbillederne.

LITTERATUR

1. Man-Chin Hua, Man-Shan Kong, Ming-Wei Lai et al. Perforated peptic ulcer in children: a 20-year experience. *J Pediatr Surg* 2007;45:71-4.
2. Edwards MJ, Kollenberg SJ, Brandt ML et al. Surgery for peptic ulcer disease in children in the post-histamine2-blocker era. *J Pediatr Surg* 2005;40:850-4.
3. Hansen A, Cortes D, Thaarup J et al. Anbefalinger for undersøgelse og behandling af børn med ideopatisk nefrotisk syndrom. *Ugeskr Læger* 2003;165(suppl 1).
4. Kalach N, Bontems P, Koletzko S et al. Frequency and risk factors of gastric and duodenal ulcers or erosions in children: a prospective 1-month European multicenter study. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2010;22:1174-81.
5. Reveiz L, Guerrero-Lozano R, Camacho A et al. Stress ulcer, gastritis, and gastrointestinal bleeding prophylaxis in critically ill pediatric patients: a systematic review. *Pediatr Crit Care Med* 2010;11:124-32.

Atypisk debutsymptom i form af perifer emboli efter stumt myokardieinfarkt

Jakob Holm, Mustafa Taskiran & Tonni Nielsen

KASUISTIK

Medicinsk Afdeling,
Kardiologisk Afsnit,
Køge Sygehus

Der præsenteres en sygehistorie med atypisk debutsymptom på myokardieinfarkt i form af perifer embolisering fra en mural trombe i venstre ventrikel. Sygehistorien er tænkt som en påmindelse om muligheden for emboliske tilfælde efter et i øvrigt stumt myokardieinfarkt. Stumme myokardieinfarkter ansås at have en samlet prævalens på 0,5-6% [1].

Tromboemboliske tilfælde med elektrokardiografiske (ekg) forandringer hos i øvrigt kardielt

asymptomatiske patienter bør føre til ekkokardiografisk undersøgelse.

SYGEHISTORIE

En 48-årig tidligere hjerterask mand uden risikofaktorer eller disposition til iskæmisk hjertesygdom, fraset tobakseksposition, henvendte sig i skadestuen pga. tre dage varende symptomer med kølig venstre underekstremitet og smerter ved aktivitet. Gangdistancen var nedsat til 25-30 m, hvorefter han fik voldsomme bensmerter. Patienten havde hverken træthedstendens, hvile/funktionsdyspnø, ortopnø, abdominal-, kæbe-, hals- eller brystmerter. De basale værdier ved indlæggelsen var upåfaldende.

Man kunne ikke finde puls i venstre underekstremitet. Ved Doppler-ultralydundersøgelse fandt man puls, og man vurderede, at der ikke var tale om kritisk iskæmi. Symptomerne fra benet forsvandt under indlæggelsen.

Ekg viste QS-konfiguration i hele forvæggen (afledningerne V1-6 og I) (**Figur 1**).

Man fandt forhøjede troponin (Tn)-I-værdier på 12,02 mikrogram/l (referenceværdi: < 0,04 mikrogram/l) med faldende forløb i det efterfølgende døgn. Den forhøjede TnI-værdi og ekg-forandringerne var forenelige med et nyligt ST-elevationsmyokardieinfarkt.

En ekkokardiografi viste dilateret venstre ventrikel med antero-apikal akinesi med aneurisme og en

FIGUR 1

Elektrokardiogram ved indlæggelse for patienten i sygehistorien.

