

Adenokarcinom i rectumstump ved inflammatoriske tarmsygdomme

Reservelæge Christine N. Rønne Petersen & overlæge Dennis Raahave

Nordsjællands Hospital, Kirurgisk Enhed

Resume

Vi rapporterer om to tilfælde af adenokarcinom i en blindlukket rectumstump opstået ca. 30 år efter en subtotal kolektomi for henholdsvis colitis ulcerosa og Crohns sygdom. Efter at have været symptomfri i mange år fik patienterne blodig sekretion fra rectum, og begge fik konstateret en dissemineret rectumcancer. Da malign degeneration i en rectumstump først vil give symptomer ret sent i sygdomsforløbet, anbefales det at kontrollere patienterne endoskopisk hvert andet år efter en subtotal kolektomi for inflammatorisk tarmsygdom for at have muligheden for at foretage et radikalt kirurgisk indgreb, hvis der påvises neoplasie.

Morbus Crohn (CD) og colitis ulcerosa (UC) er sygdomme, der indebærer risiko for udvikling af dysplasi og kolorektal cancer (CRC), specielt ved tidlig sygdomsdebut og udbredt sygdom [1]. Der har derfor været tradition for rutinemæssig kontrolkoloskopi af disse patientkategorier. Til gengæld findes der ingen retningslinjer for kontrol af rectumstumpen hos disse patienter, når de er kolektomerede (**Figur 1**). Vi rapporterer om to tilfælde af CRC opstået i rectumstumpen hos en langvarigt syg CD- og en ligeledes langvarigt syg UC- patient.

Sygehistorier

I. En 59-årig mand, der var blevet kolektomeret 30 år tidligere for UC med anlæggelse af ileostomi og efterladelse af en rectumstump, blev henvist på grund af nyttilkommen slimafgang per anum som eneste symptom. Han syntes ikke at være blevet rutinemæssigt undersøgt endoskopisk efter kolektomien. Udredningen var langvarig og vanskeliggjort af en fibrøs striktur 10 cm oppe, hvilket forårsagede kraftige smerter ved for-søg på rektoskopi. Ved computertomografi (CT) og rektoskopi i universal anæstesi (UA) med dilatation af strikturen fandt man en tumor oralt for med en biopsi, der viste adenokarcinom. Der påvises desuden lungemestaser, hvorefter patienten blev henvist til onkologisk stråle- og kemoterapi; mors indtrådte fem måneder senere.

II. En 54-årig mand med CD og kolostomi blev henvist med smerter i analregionen, intermitterende pus og blodafgang per anum. Patientens CD debuterede ca. 30 år tidligere og havde nødvendiggjort anlæggelse af en kolostomi på grund af recidiverende fistler og abscesser. Som et tilfældigt fund blev der

bemærket en lille knude på bagsiden af venstre lår. Der blev foretaget anorektoskopi i UA, rektal ultralyd- og MR-skanning, og undersøgelserne viste en stiv, tyk rectumvæg, men mistanken om malignitet opstod først, efter at der i en biopsi fra den kutane tumor på femur blev påvist adenokarcinommetastase. Primærtumoren fandtes efterfølgende ved biopsi af rectumstumpen. Patienten blev herefter henvist til en onkologisk afdeling til kemo- og strålebehandling.

Diskussion

Den mest anvendte operation ved fjernelse af colon ved *inflammatory bowel disease* (IBD) er subtotal kolektomi med efterladelse af en rectumstump i det lille bækken. Hos nogle patienter vil rectumstumpen senere blive fjernet, f.eks. ved anlæggelse af *pouch*, men mange vil leve med deres rectumstump resten af livet.

I flere undersøgelser af ældre dato har man tidligere påvist en øget risiko for udvikling af CRC ved IBD [1], men i nye undersøgelser med store danske patientmaterialer har man ikke kunnet påvise denne sammenhæng [2, 3]. Imidlertid viste disse studier også, at hos en ud af 13 UC-patienter med CRC (8%) var der udviklet cancer i en lukket rectumstump, mens man i en ældre, retrospektiv undersøgelse med 311 patienter efter subtotal kolektomi for UC fandt ni tilfælde af cancer i en rectumstump (3,1%) [4]. I et cochrane-*review* konkluderes det, at selv om der ikke er klar evidens for, at koloskopisk overvågning forlænger overlevelsen hos patienter med udstrakt colitis, er der indirekte evidens for, at cancere opdages på et tidligere tidspunkt, hvorved risikoen for at dø af en IBD-associeret CRC reduceres [5]. Der findes dog ingen klare retningslinjer for hyppigheden af disse kontroller og heller ikke for kontrol af en efterladt rectumstump efter kolektomi for IBD. Vi har her omtalt to tilfælde af CRC udviklet i en blindlukket

Figur 1. Tumor i en rectumstump på en computertomografi.



rectum mere end 30 år efter kolektomien, hvor der ikke var udført endoskopiske kontroller. På diagnosetidspunktet var der disseminering af canceren i begge tilfælde, måske fordi diagnosen var blevet forsinket, da man ikke umiddelbart havde mistanke om malignitet. Det er formentlig også afgørende, at en tumor i rectum først vil give symptomer sent, netop fordi rectum er blindlukket og ikke mere er et led i tarmpassagen. Da der ikke foreligger undersøgelser af forekomsten af CRC i en rectumstump hos kolektomerede IBD-patienter, der har været syge i længere tid, må man nok anbefale fortsat regelmæssig endoskopisk kontrol af rectumstumpen f.eks. hvert andet år, specielt ved tidlig sygdomsdebut og ved aktiv sygdom. Der bør samtidig tages multiple biopsier og eventuelt undersøges for molekulære dysplasimarkører ved udtalte inflammatoriske forandringer. Ovennævnte sygehistorier er også en påmindelse om, at afgang af slim per anum, med eller uden blod, kan være tegn på malignitet. Der bør foretages undersøgelse med en stift eller måske endnu bedre med et fleksibelt endoskop, hvor man må sikre sig, at hele rectumstumpen er overskuet og biopteret, eventuelt foretaget i UA. Herved vil der kunne være en mulighed for kirurgisk indgriben.

Desuden kan man overveje at fjerne rectumstumpen tidligere i forløbet af IBD, ved langvarig sygdom og forventet lang levetid, og hvor der ikke planlægges senere *pouch*-anlægning, eller hvis patienterne ikke skulle ønske endoskopiske kontroller.

Summary

Christine N. Rønne Petersen & Dennis Raahave:

Adenocarcinoma in a closed rectal stump

Ugeskr Læger 2008;170(41):3251

We describe two cases of adenocarcinoma occurring in a closed rectal stump approximately 30 years after subtotal colectomy for ulcerative colitis, respectively, Cohn's disease. After many years disease-free, the patients presented with rectal secretions, including blood, and were diagnosed with metastasizing rectal cancer. Since malignant degeneration of a closed rectal stump may not give rise to symptoms until late in the disease process, it is suggested that the rectum should be controlled endoscopically every 2nd year following a subtotal colectomy for inflammatory bowel disease to enable radical surgery.

Korrespondance: *Christine Petersen*, Herlufsvænge 17, st. th, DK-4700 Næstved. E-mail: *Christine_ronne_petersen@hotmail.com*

Antaget: 25. maj 2007

Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Persson PG, Bernell O, Leijonmarck CE et al. Survival and cause-specific mortality in inflammatory bowel disease: a population-based cohort study. *Gastroenterology* 1996;110:1339-45.
2. Winther KV, Jess T, Langholz E et al. Long-term risk of cancer in ulcerative colitis: a population-based cohort study from Copenhagen County. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2004;2:1088-95.
3. Jess T, Winther KV, Munkholm P et al. Intestinal and extra-intestinal cancer in Crohn's disease: follow-up of a population-based cohort in Copenhagen County, Denmark. *Aliment Pharmacol Ther* 2004;19:287-93.
4. Oakley JR, Lavery IC, Fazio VW et al. The fate of the rectal stump after subtotal colectomy for ulcerative colitis. *Dis Colon Rectum* 1985;28:394-6.
5. Collins PD, Mpofu C, Watson AJ et al. Strategies for detecting colon cancer and/or dysplasia in patients with inflammatory bowel disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006 Apr 19;(2):CD000279.