

MR-skanning ved rektal stromal tumor

Claus Dam¹, Jan Lindebjerg² & Søren Rafael Rafaelsen¹

KASUISTIK

1) Røntgenafdelingen, Vejle Sygehus, Sygehus Lillebælt

2) Klinisk Patologisk Afdeling, Vejle Sygehus, Sygehus Lillebælt

Gastrointestinale stromale tumorer (GIST) er mesenkymale tumorer, der udgår fra tarmvæggens »pacemakerceller« (Cajalceller) [1]. Selvom de fleste maligne tumorer i rectum er adenokarcinomer, er kendskab til billeddiagnostiske karakteristika ved GIST vigtigt.

SYGEHISTORIE

En 39-årig mand blev henvist fra egen læge til udredning i rectumpakken, da han havde defækationssmerter, seks måneders tiltagende frisk blødning per rectum og en stor rektal tumor, der var fundet ved digital eksploration. På kirurgisk afdeling fandt man ved fleksibel sigmoideoskopi en rectumtumor, der blødte ved berøring og biopsitagning. Biopsien viste nekrotisk materiale. Magnetisk resonans (MR)-skanning af det lille bækken viste 5,5 cm oppe på forvæggen af rectum en velafgrænset ekstraluminal tumor på 7 cm i diameter. Tumoren var hyperintens på T2-vægtede sekvenser (**Figur 1**) og således ikke karakteristisk for det hypointense adenokarcinom, hvorfor GIST blev anført som differentialdiagnose. En transrektal ultralydskanning viste en hyperekkøisk tumor med central nekrose. Computertomografi (CT) af thorax og abdomen med intravenøst kontraststof viste ingen metastaser. Der blev ikke påvist patologisk udseende lymfeknuder ved hverken transrektal ultra-

lydskanning, MR-skanning eller CT. Fornyet endoskopisk biopsi viste en tencellet tumor med positiv immunhistokemisk farvning for CD117 (kit-tyrosinkinase) og CD34, hvilket er diagnostisk for GIST. Der var højst en mitose pr. ti *high power field* (HPF). Patienten blev overflyttet til Odense Universitetshospital, hvor han undergik komplet kirurgisk resektion med frie resektionsrande og fik udført permanent kolostomi. I præparatet var der to mitoser pr. 50 HPF. En mutationanalyse viste mutation i kit-exon 11. Tumoren blev klassificeret som intermediær risiko. Der blev ikke givet nogen efterbehandling. Der blev planlagt opfølgende kontrol med CT af thorax og abdomen hvert halve år.

DISKUSSION

GIST varierer fra asymptomatiske, tilfældigt fundne tumorer til store, aggressivt voksende, rumopfyldende ulcererende processer med gastrointestinal blødning, mavesmerter og masseeffekt. Hos ca. 7% af patienterne sidder GIST i rectum [2]. Halvdelen af patienterne har metastaser på diagnosetidspunktet med leveren som hyppigste sted efterfulgt af peritoneum.

Den billeddiagnostiske udredning af GIST i rectum afviger ikke fra udredningen af andre rektale tumorer. MR-skanning af det lille bækken udføres for at afgøre graden af lokal invasion, og CT af thorax og abdomen med kontrast udføres for at opspore mulige metastaser. De billeddiagnostiske karakteristika, der er beskrevet i sygehistorien, er afgørende, når man skal skelne GIST fra andre cancerte [2]. På MR-skanningsbilleder kan det være vanskeligt at skelne GIST fra et lymfom, hvor der dog ofte er patologiske lymfeknuder [3]. Ultralydskanning viste en hyperekkøisk tumor, hvilket taler for GIST og ikke det lavekkøiske lymfom. Biopsi af GIST bør undgås, dels på grund af risiko for tumor-seeding og blødning og dels for bevarelse af en intakt kapsel. Specielt bør der ikke biopteres gennem andre kompartmenter. Hos den her omtalte patient blev der biopteret endoluminalt to gange. Almindeligvis udredes rektale tumorer med biopsi, men patienter, der har GIST, eller hvor man har mistanke om GIST, bør i stedet henvises til et sarkomcenter.

Komplet kirurgisk resektion med frie resektionsrande er den primære behandling. Ved potentielt re-

FIGUR 1

Sagittal T2-vægtet magnetisk resonansskanning med en stor velafgrænset tumor med central nekrose i forvæggen af rectum.



sektabel tumor, som vil nødvendiggøre multivisceral resektion, og ved nonresektabel, dissemineret eller recidiverende sygdom, behandles med tyrosinkinase-inhibitoren imatinibmesylat. Imatinib har en responsrate på 40-70% og er godkendt til adjuverende behandling, som anbefales fortsat i mindst et år efter komplet kirurgisk resektion hos patienter med intermedier til høj risiko for recidiv af GIST [4]. Brugen af neoadjuverende imatinib til patienter med primært resektabel GIST undersøges p.t. Nogle patienter har primær resistens mod imatinib, og hos næsten to tredjedele udvikles der sekundær resistens pga. sekundære genmutationer [1].

Der er ingen standarder for opfølgning, men CT udføres for både at opspore recidiv og responsvurdere imatinibbehandlingen [3]. Opfølgningsfrekvensen baseres på tumorstørrelse, lokalisation, mitoser i 50 HPF, $\pm$ intakt kapsel ved resektionen og resultatet af evt. mutationsanalyse. De almindelige Response Evaluation Criteria In Solid Tumors-krite-

rier er ikke optimale til responsvurdering. Positron-emissionstomografi (PET) er en meget sensitiv metode til evaluering af tidlig respons på imatinib-behandling. Igangværende studier tyder på, at diffusionsvægtet MR-skanning er lige så sensitiv som PET til tidlig detektering af behandlingsrespons [5].

KORRESPONDANCE: Claus Dam, Røntgenafdelingen, Vejle Sygehus, Kabbeltoft 25, 7100 Vejle. E-mail: claus.dam@slb.regionsyddanmark.dk

ANTAGET: 23. november 2011

FØRST PÅ NETTET: 20. februar 2012

INTERESSEKONFLIKTER: ingen

En fuldstændig litteraturliste kan fås ved henvendelse til forfatterne.

LITTERATUR

1. Ho MY, Blanke CD. Gastrointestinal stromal tumors: disease and treatment update. *Gastroenterology* 2011;140:1372-6.
2. O'Sullivan PJ, Harris AC, Ho SG et al. The imaging features of gastrointestinal stromal tumors. *Eur J Radiol* 2006;60:431-8.
3. Chourmouzi D, Sinakos E, Papalavrentios I et al. Gastrointestinal stromal tumors: a pictorial review. *J Gastrointest Liver Dis* 2009;18:379-83.
4. Casali PG, Blay JY, ESMO/CONTICANET/EUROBONET Consensus Panel of Experts. Gastrointestinal stromal tumours: ESMO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2010;21(suppl 5):v98-102.
5. Wong CS, Gong N, Chu YC et al. Correlation of measurements from diffusion weighted MR imaging and FDG PET/CT in GIST patients: ADC versus SUV. *Eur J Radiol* 26. sept 2011 (epub ahead of print).

Også gravide skal rektaleksplorerer ved anale symptomer

Helle Manfeld Højgaard¹ & Hans Rahr²

Hæmorider er almindeligt forekommende i graviditeten [1], men også hos gravide må man være opmærksom på differentialdiagnoserne. I denne kasuistik beskrives et tilfælde af fremskreden rectumcancer hos en gravid kvinde (para 1), som havde haft langvarige analsmerter, der havde været tilskrevet hæmorider.

SYGEHISTORIE

En 32-årig gravid kvinde, der ventede sit andet barn, blev ved gestationsalder 36 + 5 tilset hos en jordemoder og angav igennem tre måneder at have haft symptomer fra endetarmen i form af stærke, vedvarende smerter med forværring under defækation. Psykisk var hun grådlabil og opgivende, og hun ønskede svangerskabet afsluttet.

Kvinden var uden effekt forsøgt behandlet for hæmorider med salver og suppositorier. Egen jordemoder konfererede med fødestedets læge, der på mistanke om tromboseret hæmoride henviste kvinden akut til et organkirurgisk ambulatorium. Hun fik til-

lige tid hos en obstetrisk speciallæge med henblik på planlægning af fødselsmetode og evt. igangsættelse.

Ved rektaleksploration og rektoskopi fandt man et hårdt område med sårdannelse og granulationsvæv lige over linea dentata, men undersøgelsen kunne ikke foretages optimalt pga. smerter. Man fik dog en enkelt biopsi, der histologisk viste svær dysplasi. Det var ikke muligt at udelukke adenokarcinom, da svær dysplasi meget vel kan forekomme i randområdet af et sådant.

I samråd med patienten blev det besluttet hurtigst muligt at forløse ved sectio samt rektoskopere og rebioptere i samme anæstesi. I uge 37 + 2 fødte kvinden et raskt barn ved sectio; indgrebet forløb planmæssigt. Ved rektoskopien fandt man på rectums bagvæg en malignt udseende, ikkefikseret tumor på 4 × 4 cm med en 2 cm bred central sårdannelse.

En histologisk undersøgelse viste lavt differentieret adenokarcinom med en immunhistokemisk profil, der var forenelig med primær kolorektal cancer, men

KASUISTIK

1) Gynækologisk
Obstetrisk Afdeling,
Kolding Sygehus
2) Organkirurgisk
Afdeling, Vejle Sygehus