

11. Thomsen RW, Riis A, Norgaard M et al. Rising incidence and persistently high mortality of hospitalized pneumonia: a 10-year population-based study in Denmark. *J Intern Med* 2006;259:410-7.
12. Thomsen RW, Riis A, Christensen S et al. Diabetes and 30-day mortality from peptic ulcer bleeding and perforation: a Danish population-based cohort study. *Diabetes Care* 2006;29:805-10.
13. Lassen A, Hallas J, Schaffalitzky de Muckadell OB. Complicated and uncomplicated peptic ulcers in a Danish county 1993-2002: a population-based cohort study. *Am J Gastroenterol* 2006;101:945-53.
14. Norgaard M, Skriver MV, Gregersen H et al. The data quality of haematological malignancy ICD-10 diagnoses in a population-based hospital discharge registry. *Eur J Cancer Prev* 2005;14:201-6.
15. Charlson ME, Pompei P, Ales KL et al. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis* 1987;40:373-83.
16. de Groot V, Beckerman H, Lankhorst GJ et al. How to measure comorbidity. A critical review of available methods. *J Clin Epidemiol* 2003;56:221-9.

Viden om og handlingsstrategier vedrørende håndeksem i almen praksis

Læge Marianne Hald, læge Dorte Gilså Hansen, læge Jette Blands, overlæge Tove Agner & centerleder Jeanne Duus Johansen

Gentofte Hospital, Videncenter for Allergi, Dermatologisk Afdeling K, Syddansk Universitet, Audit Projekt Odense, Forskningsenheden for Almen Praksis i Odense, Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse, og Roskilde Sygehus, Dermatologisk Afdeling

Resume

Introduktion: Formålet med undersøgelsen var at kortlægge viden om og handlingsstrategier vedrørende håndeksem i almen praksis i forhold til de gældende retningslinjer på området.

Materiale: I alt 700 tilfældigt udvalgte praktiserende læger fik tilsendt et spørgeskema. Spørgeskemaets centrale del var struktureret som en sygehistorie omhandlende et eksempel på erhvervsudløst kontakteksem af fire måneders varighed på hænder og arme. Ud fra de opstillede svarkategorier skulle lægerne stille en tentativ diagnose, ordinere en behandling, rådgive patienten og tage stilling til viderehenvielse.

Resultater: I alt 451 (64%) læger besvarede spørgeskemaet. Diagnosen kontakteksem blev stillet af næsten samtlige læger (98%). Behandling med stærkt virkende lokalsteroid (gruppe III) blev hyppigst ordineret alene eller i kombination med et antibakterielt stof. En del (16%) valgte at behandle med et middelstærkt lokalsteroid (gruppe II). 20% af lægerne ville henvise patienten til en dermatolog med det samme.

Diskussion: Praktiserende læger kan genkende de kliniske symptomer på kontakteksem. De anvendte medikamentelle præparater var for størstedelen i overensstemmelse med anbefalingerne på området, dog var der en tilbøjelighed til at vælge et mindre potent lokalsteroid, hvilket indebærer en risiko for underbehandling. De praktiserende lægers opmærksomhed bør henledes på anbefalinger om, at patienterne skal henvises til allergologisk udredning, såfremt eksemet har varet længere end en måned.

Håndeksem er en udbredt lidelse med en etårsprævalens på ca. 10% blandt den voksne befolkning [1]. Det drejer sig ofte om yngre personer i den erhvervsaktive alder, og sygdommen rammer hyppigst kvinder med den højeste incidensrate i alderen 20-29 år [2]. Håndeksem har en betydelig tendens til kronicitet typisk i et forløb med vekslende sygdomsintensitet. Knap halvdelen af patienterne vil således efter 15 år fortsat have symptomer [3, 4]. Sygdommen vil ofte have indflydelse på patienternes daglige aktiviteter og medføre en nedsat livskvalitet [5].

I mange tilfælde er håndeksem arbejdsbetinget og/eller arbejdsforværret. Erhvervsbetingede eksemer giver ofte anledning til sygemelding, jobskifte, revalidering og i nogle tilfælde førtidspension [4, 6]. Hudsygdomme udgør ca. 17% af alle anmeldte erhvervsbetingede sygdomme i Danmark med 1.316 tilfælde i 2005 og er den hyppigst anerkendte arbejdsbetingede lidelse [7]. Mere end 95% af de anmeldte hudsygdomme er kontakteksemer, af hvilke håndeksem er den dominerende diagnose [8].

Det har prognostisk betydning at få afklaret ætiologien til håndeksemet, så patienten får mulighed for at undgå/minimere eksponeringen over for de stoffer, der har initieret og efterfølgende vedligeholder eksemet [9]. Ætiologisk opdeles kontakteksem i to hovedgrupper: allergisk og irriterende udløst kontakteksem. Det allergiske kontakteksem er en type IV-reaktion, som opstår efter en forudgående sensibilisering over for veldefinerede kemiske stoffer. Nikkel, parfume, konserveringsmidler og gummitilsætningsstoffer er nogle af de hyppigste årsager. Kronisk irriterende eksem opstår efter gentagen udsættelse for svagere irriterende traumer. Det kan være kemiske forbindelser som vand, vaskemidler, skæreolie, opløsningsmidler, syrer og baser, men også fysiske traumer som friktion, varme og kulde. Hos den enkelte patient kan der være flere konkurrerende årsager, hvilket gør udredningen mere kompleks. Klinisk eller histologisk er det ikke muligt at adskille irriterende og allergisk betingede eksemer. En ætiologisk diagnose

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

kræver en allergologisk udredning, som primært består af en epikutantest suppleret med en ofte omfattende eksponeringsanalyse i forhold til patientens erhvervs miljø og private miljø. Udredningen er en specialstopgave, som i Danmark varetages af dermatologer. For at minimere de socioøkonomiske konsekvenser bør undersøgelsen finde sted så tidligt som muligt og som minimum hos alle med håndeksem af mere end en måneds varighed [10].

Alment praktiserende læger har en central funktion i varetagelsen af patienter med håndeksem. Som patientens første lægekontakt vil det være den praktiserende læges opgave at stille den overordnede diagnose håndeksem og derefter henviser til en dermatologisk speciallæge til yderligere udredning. Det er vigtigt, at patienten tidligt får en relevant medicinsk behandling og en grundig information om hudbeskyttende foranstaltninger. Hvis det skønnes relevant, skal der foretages en anmeldelse til Arbejdsskadestyrelsen.

Formålet med denne spørgeskemaundersøgelse var at belyse praktiserende lægers viden og handlingsstrategier vedrørende patienter med håndeksem med henblik på at afklare behov for optimering af uddannelse og retningslinjer for udredning og behandling af denne sygdom. Endvidere var formålet at indhente oplysninger om ventetider og samarbejdsformer mellem alment praktiserende læger og speciallæger i dermatologi.

Materiale og metoder

I alt 700 praktiserende læger blev tilfældigt udtrukket via Lægeforeningens medlemsregister til at deltage i undersøgelsen efter godkendelse fra Datatilsynet. Et spørgeskema blev sendt ud i januar 2006. En påmindelse blev sendt til de læger, som ikke svarede primært. Udviklingen af skemaet indbefattede en pilottest på ti tilfældigt udtrukne praktiserende læger.

Spørgeskemaet var opdelt i to dele: I den første del af skemaet blev der fokuseret på lægernes vaner og mulighed for dermatologisk assistance. Lægerne skulle angive den forventede ventetid på en dermatologisk konsultation ved ikkematige hudsygdomme, muligheden for telefonisk at konferere med en dermatolog, og hvor ofte de benyttede sig af det. Desuden blev de spurgt, om der var adgang til teledermatologi i deres område, og om de var tilsluttet. Anden del af skemaet var baseret på følgende fiktive sygehistorie illustreret af to fotografier: »En 33-årig, tidligere hudrask mand henvender sig i konsultationen. Han har de sidste syv år været metalarbejder. Gennem de sidste fire måneder har han haft hudforandringer med udslæt af vekslende styrke og udbredelse. Udslættet er somme tider helt væk« (Figur 1). Sygehistoriens idegrundlag var, at den illustrerede en typisk anamnese og klinisk billede på et erhvervsudløst kontakteksem på hænderne.

Lægerne blev bedt om via de opstillede svarkategorier at stille en tentativ diagnose blandt fem mulige (svampeinfektion, kontakturticaria type I-allergi/immunglobulin E, irritativ kontakteksem, allergisk kontakteksem type IV-allergi og

atopisk eksem) med mulighed for at afkrydse mere end en diagnose. Dernæst skulle de vælge en behandling blandt 12 præparater. Lægen kunne ordinere flere forskellige præparater, alternativt undlade medicinsk intervention. Lægerne blev spurgt om rådgivning af patienten med hensyn til sekundær forebyggelse af eksemet i form af anvendelse af beskyttelseshandsker, fugtighedscreme og minimering af håndvask. Endvidere blev de spurgt, om de ville udlevere skriftligt informationsmateriale, og hvor tidligt i forløbet de ville henviser patienten til dermatolog. Skemaet indeholdt desuden spørgsmål om relevante demografiske data.

Besvareelserne blev vurderet ud fra rekommandationer i [10] og [11].

I vurderingen blev der lagt vægt på følgende behandlingsstrategier: Lokalsteroider er førstevalgspræparat til behandling af håndeksem. Styrken af lokalsteroid vælges ud fra hensigten om en hurtigt indsættende og effektiv behandling rettet mod at gøre patienten symptomfri, og generelt skal håndeksem behandles med stærkt virkende lokalsteroid (gruppe III) 1-2 gange dagligt i 2-3 uger, hvorefter frekvensen af applikationer nedtrappes, alternativt skiftes til et præparat med en reduceret styrke. Ved lettere inficerede eksemmer kan der være indikation for at benytte kombinationspræparater i form af lokalsteroid suppleret med en antibiotisk komponent. Hudbeskyttende foranstaltninger er et vigtigt aspekt, som indbefatter bl.a. anvendelse af beskyttelseshandsker og fugtighedscreme samt minimering af håndvask [10, 12-15]. De generelle beskyttelsesforanstaltninger findes opsummeret i form af »De ti gode



Figur 1. Kontakteksem.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

råd« (Tabel 1). Evidensen bag de enkelte råd kan findes på Videncenter for Allergis hjemmeside: www.videncenterforallergi.dk, hvorfra rådene også kan printes. Ifølge Referenceprogram om kontakteksem bør patienter med kontakteksem på hænderne af mere end en måneds varighed henvises til en speciallæge til ætiologisk udredning [10].

Statistik

I den statistiske behandling af data blev der anvendt SPSS 13,0. Sammenligningen mellem aldersgennemsnittet og kønsfordelingen for respondenterne og alle alment praktiserende læger i Danmark blev udført via henholdsvis en ensidet t-test og χ^2 -test. Korrelationen mellem tid før henvisning og den forventede ventetid til dermatolog blev beregnet ved hjælp af Spearmans korrelationsfaktor rho for rangordnede data. Til sammenligninger blev der anvendt et signifikansniveau på 0,05.

Resultater

Af de 700 udsendte spørgeskemaer blev 451 (64%) returneret, og fire besvarelser var blanke. 67% af deltagerne var mænd, hvilket svarer til den generelle kønsfordeling af alment praktiserende læger i Danmark ($p > 0,2$). Respondenterne havde en gennemsnitsalder på 52,6 år (SEM = 0,352). Den gennemsnitlige alder for de deltagende læger var således marginalt lavere

end de 54 år, som er landsgennemsnittet for alment praktiserende læger ($p < 0,001$).

Diagnose

Ætiologisk kunne det dreje sig om et allergisk såvel som et irriterativt eksem. Næsten alle lægerne 444 (98%) foreslog en eller begge diagnoser. Godt halvdelen havde ikke anført andre diagnoser (Tabel 2).

I alt 420 (93%) af lægerne skønnede, at der var indikation for at sætte patienten i medicinsk behandling med det samme. Stærkt virkende lokalsteroid (gruppe III) var det fortrukne behandlingsmiddel, som 228 (51%) ville benytte, mens 128 (28%) valgte et kombinationspræparat med gruppe III-lokalsteroid og et antibakterielt stof. I alt 319 (71%) havde valgt et eller begge af denne type præparater. Et middelstærkt virkende lokalsteroid (gruppe II) blev valgt af 70 (16%) (Tabel 3). De læger, som valgte topikal antimykotisk behandling, havde alle vurderet, at der kunne være tale om en svampeinfektion.

Hudplejeråd

I alt 260 (58%) læger angav, at de ville informere patienten om at minimere frekvensen af håndvask, 407 (90%) ville anbefale brug af handsker ved hudbelastende opgaver, og 412 (91%) ville anbefale at anvende fugtighedscreme. Skriftlig information ville blive udleveret af 85 (19%).

Henvisning til dermatolog

Som det fremgår af Tabel 4 valgte 91 (20%) med det samme at henvise patienten til en dermatolog. Forholdet mellem den forventede ventetid på en dermatologisk konsultation og ønsket om at henvise patienten tidligere i forløbet viste en mindre ikke signifikant korrelation (Spearmans rho -0,41; $p = 0,386$).

Dermatologisk tilgængelighed

Den gennemsnitlige ventetid til dermatologisk speciallæge, ved ikkemaligne hudsygdomme blev anslået til at være 4,7 uger med en spændvidde på 0-16 uger for hele materialet. Inden for de enkelte amter blev den gennemsnitlige ventetid ligeledes estimeret meget forskelligt. Størst var variationen i Sønderjyllands Amt, hvor ventetiden var 1-16 uger.

Den overvejende del af lægerne 370 (82%) havde mulighed for telefonisk at konferere med en dermatolog, en mulighed 100 (27%) regelmæssigt gjorde brug af, mens 268 (72%) sjældent eller aldrig konfererede telefonisk. En alternativ kommunikationsvej i form af teledermatologi var et tilbud for 75 (17%). Heraf var kun en tredjedel tilsluttet, med en koncentration i Århus Amt og Ringkjøbing Amt. Blandt dem, som ikke havde tilbuddet eller ikke var tilsluttet, udtrykte 212 (47%) et ønske om at blive tilsluttet.

Diskussion

Det kræver et stort overblik at kunne diagnosticere og iværk-

Tabel 1. De ti gode råd. Evidensen bag de enkelte råd kan fås på: www.videncenterforallergi.dk, hvorfra rådene også kan printes.

Ti gode råd om hudpleje ved forebyggelse og behandling af håndeksem

- Brug handsker ved vådt arbejde
- Handsker anvendes så lang tid som nødvendigt, men så kort tid som muligt
- Handsker skal være intakte, rene og tørre
- Brug bomuldshandsker under beskyttelseshandsker
- Vask hænder i køligt vand, skyl og tør dem godt
- Alkoholbaserede desinfektionsmidler kan anvendes i stedet for sæbevask, når hænderne ikke er synligt snavsede
- Bær ikke fingerringe på arbejde
- Anvend en fugtighedscreme med højt fedtindhold og uden parfume
- Fugtighedscremen skal fordeles over hele hånden, inkl. fingre og håndrygge
- Pas godt på hænderne i fritiden, brug handsker ved vådt arbejde i hjemmet og brug varme handsker udendørs om vinteren

Tabel 2. Tentativ diagnose stillet af 451 praktiserende læger på baggrund af en sygehistorie om en 33-årig mand med kontakteksem. Det var muligt at afkrydse flere diagnoser.

Tentativ diagnose	Antal læger (%)
Irritativt kontakteksem	397 (88)
Allergisk kontakteksem, type IV-allergi	343 (76)
Svampeinfektion	95 (21)
Kontakturticaria, type I-allergi/Immunglobulin E	71 (16)
Atopisk eksem	66 (15)
Andet ^a	18 (4)
Ved ikke	1 (0,2)

a) Diagnoseforslag stillet af respondenterne: psoriasis, herpes, scabies og dyshidrotisk eksem.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

Tabel 3. Valg af medicinsk behandling. Det var muligt at afkrydse flere præparater.

Ordineret præparat	Antal læger ^a (%)
Stærkt virkende lokalsteroid gruppe III	228 (51)
Kombinationspræparat, lokalsteroid gruppe III ^b	128 (28)
Middelstærkt virkende lokalsteroid gruppe II	70 (16)
Perorale antibiotika	38 (8)
Kombinationspræparat, lokalsteroid gruppe II ^b	28 (6)
Peroral antihistamin	28 (6)
Ekstra stærkt virkende lokalsteroid gruppe IV	25 (6)
Topikale antimykotika	18 (4)
Kombinationspræparat, lokalsteroid gruppe I ^b	16 (4)
Topikale antibiotika	7 (2)
Svagt virkende lokalsteroid gruppe I	2 (0,4)
Topikal antihistamin	0 (0)

a) n = 420; b) Lokalsteroid i kombination med et antibiotisk virkende stof.

Tabel 4. Tidspunkt for henvisning til en dermatolog.

Opfølgende tid for henvisning	Antal læger ^a (%)
Henviste med det samme	91 (20)
Henviste efter en måned	304 (67)
Henviste efter tre måneder	42 (9)
Henviste efter 12 måneder eller ønskede ikke at henvise	9 (2)
Ikke besvaret	5 (1)

a) n = 451.

sætte en korrekt behandling blandt de mange forskelligartede sygdomsmanifestationer, man møder som alment praktiserende læge. Det er derfor meget tilfredsstillende, at næsten alle lægerne stillede diagnosen irriterende eksem eller allergisk kontakteksem. En entydig diagnose kan være vanskelig at stille, hvilket illustreres af, at knap halvdelen af lægerne samtidigt havde overvejet andre diagnoser.

Den overvejende del af lægerne ordinerede et stærkt virkende lokalsteroid (gruppe III). Dog foretrak 16% at behandle med middelstærkt virkende lokalsteroid (gruppe II), hvilket indebærer en risiko for at underbehandle. Et sådan valg kan skyldes, at lægen anser behandlingen for sufficient, men frygt for bivirkninger ved en mere potent behandling kan også være en betydende faktor [16]. Dette resultat stemmer overens med resultatet af en tidligere undersøgelse, hvori der blev påvist tilbageholdenhed blandt praktiserende læger sammenlignet med dermatologiske speciallæger i forhold til anvendelse af mere potente lokalsteroide [17]. Lægerne havde generelt et godt kendskab til hudbeskyttende foranstaltninger. Få ville udlevere skriftligt materiale til patienterne, hvilket kan skyldes manglende viden om eksistensen af rådgivningsmaterialet eller vanskeligheder med at skaffe det.

I det sekundære forebyggelsesarbejde omkring kontakteksem er det afgørende, at patienterne via den dermatologiske udredning får en tidlig og grundig information om, hvilke stoffer de skal undgå at komme i kontakt med. Efter fire måneder varende symptomer ville kun 20% af respondenterne

henvise patienten til dermatolog ved første konsultation. Således efterlever relativt få de gældende retningslinjer i Referenciprogram for kontakteksem [10] om, at patienter med håndeksem af mere end en måneds varighed skal henvises til en dermatolog.

Det skønnes, at en praktiserende læge i gennemsnit ser to patienter dagligt med en dermatologisk lidelse [18]. Omkring en fjerdedel af lægerne konfererede jævnlige med deres dermatologiske kollegaer. Traditionen for at konferere telefonisk med læger fra de øvrige specialer er sandsynligvis meget afhængig af, hvilken arbejdsmetode den enkelte læge foretrækker. Tidspres i almen praksis kan ligeledes være en medvirkende faktor, såvel som tilgængeligheden af dermatologer. Tallene afspejler formentlig, at størstedelen af lægerne i tvivlstilfælde, eller hvis problemstillingen overstiger kompetencen, henviser patienterne direkte frem for at konferere telefonisk. Næsten halvdelen af lægerne var interesserede i at anvende teledermatologi. Dette står i kontrast til, at kun få af dem, som har muligheden, anvender teledermatologi. Brugen er koncentreret i få lokalområder, formentlig foranlediget af enkeltpersoners initiativ.

Undersøgelsen er baseret på en enkelt sygehistorie, hvilket kan give anledning til usikkerhed, vedrørende hvilke konklusioner man kan drage af resultatet. Det kan ikke udelukkes, at de opstillede svarkategorier har påvirket resultatet og medvirket til en større overensstemmelse mellem svarene og de generelle anbefalinger på området. Man må dog forvente, at resultatet stemmer rimeligt overens med de faktiske handlemønstre, særligt hvad angår diagnostik, medikamentel behandling og henvisningsmønsteret.

Konklusion

Vurderet ud fra en illustreret klassisk sygehistorie kan praktiserende læger genkende symptomerne på kontakteksem. Den foreslåede medikamentelle behandling er for størstedelen i overensstemmelse med anbefalingerne. De evidensbaserede skriftlige råd vedrørende håndeksem kan med fordel udleveres til patienterne allerede hos den praktiserende læge. Der erindres om, at patienterne skal henvises til allergologisk udredning, såfremt eksemet har varet længere end en måned.

Korrespondance: *Marianne Hald*, Videncenter for Allergi, Ledreborg Allé 40, 1., DK-2820 Gentofte. E-mail: marhal02@geh.regionh.dk

Antaget: 22. december 2006

Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

- Meding B, Jarvholm B. Hand eczema in Swedish adults – changes in prevalence between 1983 and 1996. *J Invest Dermatol* 2002;118:719-23.
- Meding B, Jarvholm B. Incidence of hand eczema – a population-based retrospective study. *J Invest Dermatol* 2004;122:873-7.
- Jungbauer FHW, van der Vleuten P, Groothoff JW et al. Irritant hand dermatitis: severity of disease, occupational exposure to skin irritants and preventive measures 5 years after initial diagnosis. *Contact Dermatitis* 2004;50:245-51.
- Meding B, Wrangsjö K, Jarvholm B. Fifteen-year follow-up of hand eczema: persistence and consequences. *Br J Dermatol* 2005;152:975-80.

5. Skoet R, Zachariae R, Agner T. Contact dermatitis and quality of life: a structured review of the literature. *Br J Dermatol* 2003;149:452-6.
6. Cvetkovski RS, Rothman KJ, Olsen J et al. Relation between diagnoses on severity, sick leave and loss of job among patients with occupational hand eczema. *Br J Dermatol* 2005;152:93-8.
7. Arbejdsskadestyrelsen. Arbejdsskadestatistik. København: Arbejdsskadestyrelsen, 2005.
8. Halkier-Sørensen L. Occupational skin diseases. *Contact Dermatitis* 1996;35:1-120.
9. Holness DL, Nethercott JR. Is a worker's understanding of their diagnosis an important determinant of outcome in occupational contact dermatitis? *Contact Dermatitis* 1991;25:296-301.
10. Agner T, Andersen KA, Avnstorp C et al. Referenceprogram om kontakteksem. *Ugeskr Læger* 1997;159(suppl 6).
11. Hilberg O, Munck A. Allergiske lidelser. Håndbog om udredning og behandling. København: Sundhedsstyrelsen, 2006;59:62.
12. Halkier-Sørensen L, Thestrup-Pedersen K. The efficacy of a moisturizer (Lobase) among cleaners and kitchen assistants during everyday exposure to water and detergents. *Contact Dermatitis* 1993;29:266-71.
13. Held E, Mygind K, Wolff C et al. Prevention of work related skin problems: an intervention study in wet work employees. *Occup Environ Med* 2002;59:556-61.
14. Pedersen LK, Held E, Johansen JD et al. Less skin irritation from alcohol-based disinfectant than from detergent used for hand disinfection. *Br J Dermatol* 2005;153:1142-6.
15. Winnefeld M, Richard MA, Drancourt M et al. Skin tolerance and effectiveness of two hand decontamination procedures in everyday hospital use. *Br J Dermatol* 2000;143:546-50.
16. Thom GA, Halbert AR. Paediatric atopic dermatitis in Perth general practice. *Australas J Dermatol* 2003;44:28-33.
17. Resnick SD, Hornung R, Konrad TR. A comparison of dermatologists and generalists. *Arch Dermatol* 1996;132:1047-52.
18. Christophersen J. Skin diseases in Denmark. København: Det Danske Institut for Klinisk Epidemiologi 1984:48.

Gastrointestinal stromatumor – klinisk og patologisk præsentation

Overlæge Michael Bau Mortensen,
overlæge Knud Erik Larsen, 1. reservelæge Claus Wilki Frstrup &
overlæge Henning Overgaard Nielsen

Odense Universitetshospital, Kirurgisk Afdeling A og Afdelingen
for Klinisk Patologi

Resume

Introduktion: Gastrointestinal stromatumor (GIST) er en sjælden mesenkymal tumor, som identificeres ud fra en positiv immunfarvning (KIT-tyrosinkinase). Den primære behandling er kirurgisk resektion, men i tilfælde af ikke-resektabel tumor eller ved recidiv er medicinsk behandling med en tyrosinkinasehæmmer mulig. I dette studium belyses den kliniske og patologiske præsentation af en dansk GIST-population.

Materiale og metoder: Der blev foretaget en retrospektiv gennemgang af journaler og patologipræparater for patienter, der var blevet undersøgt og/eller behandlet/opfulgt for GIST på Kirurgisk Afdeling A, Odense Universitetshospital, i perioden fra januar 1995 til september 2006.

Resultater: Man fandt 41 patienter med GIST (25 mænd og 16 kvinder, medianalder 62 år). De hyppigste symptomer, som førte til diagnosen, var øvre gastrointestinal blødning og abdominalsmerter, og hovedparten af GIST udgik fra ventriklen (63%) eller tyndtarmen (22%). 95% fik foretaget kirurgisk resektion af tumoren med frie resektionsrande, mens resektion ikke var mulig hos to patienter. Bedømt på tumorstørrelse og mitoseindeks tilhørte 69% af patienterne lav- eller intermediær-risikogruppen for udvikling af metastaserende sygdom. Knap en fjerdedel af patienterne fik medicinsk behandling med tyrosinkinasehæmmer.

Konklusion: GIST er en sjælden mesenkymal tumor, som på bag-

grund af moderne immunfarvning diagnosticeres i stigende grad. Den kliniske og patologiske præsentation af en dansk GIST-population stemmer overens med internationale data.

Gastrointestinal stromatumor (GIST) har været benyttet i mere end 20 år som fællesbetegnelse for flere forskellige gastrointestinale tumorer (f.eks. leiomyomer, leiomyosarkomer og leiomyoblastomer). I slutningen af 1990'erne blev det påvist, at GIST havde samme immunhistokemisk farvemønster som pacemacerceller (Cajalceller) i tarmvæggen, og at GIST formentlig udgår fra denne cellelinje. Fælles for pacemacercellerne og GIST er en positiv immunfarvning over for KIT-tyrosinkinase, CD117 og CD34. Således hviler den patologiske definition af GIST på en positiv immunfarvning for KIT-receptoren, som vil være entydig positiv i 95% [1] af disse tumorer.

Selv om GIST er den hyppigst forekommende mesenkymale tumor i ventriklen, er den samlede forekomsten af GIST beskeden. I et svensk studium har man påvist en årlig incidens på 14,5 tilfælde pr. 1 mio. indbyggere samt en prævalens på 129 pr. 1 mio. indbyggere [2].

Hovedparten af GIST er sporadiske og solitære. Der er ingen forskel i frekvensen blandt mænd og kvinder, og den mediane alder på diagnostetidspunktet er omkring 60 år. De hyppigste debutsymptomer er gastrointestinal (GI) blødning, abdominalsmerter og GI-obstruktion, men GIST kan også være et tilfældigt fund. Set i relation til lagene i tarmen kan tumors hovedkomponent være submukøs, intramural eller eksofytisk. Kirurgisk eller evt. endoskopisk resektion af GIST er den pri-