

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | KASUISTIK

gelig med hensyn til at stille diagnosen. Vi foreslår, at man på afdelinger, hvor man ønsker at kunne opdage urinretention, har tilgang til en blæreskanner og at man, såfremt man som supplement ønsker at gøre brug af klinisk vurdering, er opmærksom på de skitserede begrænsninger, herunder at en større abdominalkirurgisk gruppe var ekskluderet i dette studie. En forudsætning er desuden, at den enkelte kliniker opøver og vedligeholder færdigheden – i praksis nok kun muligt for læger, der dagligt færdes på afsnit med adgang til en blæreskanner. Håndgrebet vil af den grund miste sin relevans, efterhånden som blæreskanning bliver mulig hos alle postoperative patienter.

Korrespondance: Lars Møller Pedersen, Slotsvænget 8, DK-2800 Kgs. Lyngby.  
E-mail: larsmoellerp@yahoo.dk

Antaget: 30. juni 2006  
Interessekonflikter: Ingen angivet

## Litteratur

1. Bødker B, Lose G. Postoperative urinary retention in gynecologic patients. *Int Urogyn J Includ Pelv Floor Dysfunct* 2003;14:94-7.
2. Pavlin DJ, Rapp SE, Polissar NL et al. Factors affecting discharge time in adult outpatients. *Anesth Analg* 1998;87:816-26.
3. Tammela T, Konturri M, Lukkarinen O. Postoperative urinary retention. II. Micturition problems after the first catheterization. *Scand J Urol Nephrol* 1986;20:257-60.
4. Bjarnesen J, Lose G. Postoperativ urinretention. *Ugeskr Læger* 1991;153:1920-4.
5. Greig JD, Mahadaven M, John TG et al. Comparison of manual and ultrasonographic evaluation of bladder size in patients prior to laparoscopy. *Surg Endoscop* 1996;10:432-3.
6. Brouwer TA, Eindhoven BG, Epema AH et al. Validation of an ultrasound scanner for determining urinary volumes in surgical patients and volunteers. *J Clin Monitor Comput* 1999;15:379-85.
7. Rosseland LA, Stubhaug A, Breivik H. Detecting postoperative urinary retention with an ultrasound scanner. *Acta Anaesth Scand* 2002;46:279-82.
8. Byun SS, Kim HH, Lee E et al. Accuracy of bladder volume determinations by ultrasonography: are they accurate over entire bladder volume range? *Urology* 2003;62:656-60.
9. Bland JM, Altman DG. Statistical methods for assessing agreement between two methods of clinical measurement. *Lancet* 1986;8:307-10.

## Rabdomyosarkom i urogenitalregionen hos et barn

Reservelæge Olga Nikitina & overlæge Karen Andersen Tilma

Sygehus Vendsyssel, Hjørring, Pædiatrisk Afdeling

Rabdomyosarkom (RMS) er en sjælden sygdom. Den udgør 10-15% af alle solide maligne tumorer i barnealderen. Tumoren har mesodermal oprindelse og kan opstå i bindevæv og muskelvæv overalt i kroppen. Den hyppigste lokalisation er hoved-hals-regionen, men 20-25% af RMS er lokaliseret i urogenitalregionen [1]. Tumoren opstår sædvanligvis før 20-års-alderen, mere end 50% af patienterne er over 10 år. Der er let drengedominans, ca. 60% [1, 2].

Histologisk inddeles RMS i fire typer: embryonale, alveolære, pleomorfe og andre (ikke differentierede). Behandlingen består oftest i en kombination af kirurgi, strålebehandling og kemoterapi.

Tidlig diagnose og behandling er afgørende for en god prognose, hvorfor vi vil gøre opmærksom på tilstanden ud fra denne sygehistorie.

### Sygehistorie

En 15 måneder gammel pige, sædvanligvis rask, blev indlagt på et sygehus pga. udfyldning i vagina efter en måned varende abdominalsmerter og vekslende feber. Objektivt sås en mørk rød udfyldning, der var 2 × 3 cm, slimhindebeklædt, let blødende og udfyldte introitus (**Figur 1**).

Ultralydskanning af nyre og urinveje (gentaget to gange) viste normale forhold, fraset let urinretention. Laboratorietal viste normale værdier for C-reaktivt protein, alaninaminotransferase, laktatdehydrogenase, alkalisk fosfatase, natrium, kalium, kreatinin, karbamid, hæmoglobin, leucocyter og trombocyter. En urinstiks viste hæmaturi. En cystoskopi i generel anæstesi viste en 3,5 cm lang og 1,5 cm bred polyp, der prominerede ud gennem urethra med udgangspunkt i druelignende ekskrescenser på ca. 5 cm i diameter i højre side af blæren. Polypen blev fjernet, og en mikroskopisk undersøgelse viste botroid RMS. En efterfølgende magnetisk resonans (MR)-skanning viste en 2 × 2 × 2 cm stor tumor i blærevæggen uden tegn på spredning. Der var ingen fjerne metastaser. Konklusion: RMS stadium I med inkomplet resektion af tumor.

På grund af tumorens udbredelse og risikoen for inkontinens ved radikal operation valgtes primær behandling med kemoterapi i henhold til protokol MMT 95, forudgået af undersøgelse med krom-ethylen-diamin-tetra-acetat (EDTA), som viste normal renal toksisitetsindeks. Efter seks behandlinger med ifosamid, vincristin og actinomycin (IVA), hvilket resulterede i reduktion af tumoren fra 8 cm<sup>3</sup> til 1 cm<sup>3</sup>, blev der foretaget cystoskopisk radikal operation af tumoren. Efter yderligere tre behandlinger med IVA viste en afsluttende statusundersøgelse med MR-skanning, ultralydskanning og cystoskopi komplet remission. Behandlingen blev tålt godt. Pigen fremtrådte rask syv måneder efter afsluttet behandling.

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | KASUISTIK



Figur 1. Tumor prominere ud gennem urethra.

### Diskussion

De hyppigste symptomer ved tumor i blæren er obstruktion af de nedre urinveje, hæmaturi, dysuri, inkontinens, evt. abdominalsmerter og obstipation [2]. RMS kan diagnosticeres prænatalt med ultralydskanning, der ses evt. en forstørret blære med lobulær udfyldning [1].

Diagnostisk udredning indebærer ultralydskanning, MR-skanning, eventuelt krom-EDTA-renografi og knogleskintigrafi til påvisning af evt. metastaser. Diagnosen bekræftes med cystoskopi og biopsi med histologisk undersøgelse. Differentialdiagnostisk overvejes ureterocoele, uretral prolaps og vaginal blødning.

Behandlingen indebærer primær eller sekundær radikal/partiel kirurgi i kombination med aggressiv kemoterapi og evt. efterfølgende strålebehandling under MR-kontrol af tumoren [3]. Aggressiv kemoterapi vil oftest være primærbehandling [4].

Prognosen er generelt god med en multidisciplinær indsats. Femårsoverlevelsen er på 30-90%, afhængigt af tumorens lokalisering, udbredelse, histologi og initialt respons på behandlingen. Urogenitale RMS er sædvanligvis forbundet med en god prognose [4, 5]. En tumor på > 10 cm i diameter kan være resistent over for både kemoterapi og strålebehandling [5], ligesom høj alder alt andet lige betyder dårligere prognose.

RMS er en sjælden sygdom, men da tidlig diagnose og behandling er afgørende for prognosen, er det vigtigt at kende tilstanden. Ved symptomer på urinretention, urinvejsinfektion, hæmaturi, inkontinens eller atypiske abdominalsmerter bør der primært foretages ultralydskanning af nyrer og urinveje. Hvis man ved denne, som i det omtalte tilfælde, ikke påviser abnorme fund, må cystoskopi og/eller MR-skanning

overvejes, specielt ved atypiske urologiske symptomer. I dette tilfælde dominerede tumor ud af urethra, hvorfor diagnosticeringen undtagelsesvist blev enkel.

Korrespondance: *Olga Nikitina*, Blokvej 16, 1-15, DK-9800 Hjørring.  
E-mail: onkt11@yandex.ru

Antaget: 21. oktober 2005  
Interessekonflikter: Ingen angivet

Taksigelse: Tak til overlæge *Henrik Hasle*, Børneafdelingen, Skejby Sygehus, for kritisk gennemlæsning og kommentarer til artiklen.

### Litteratur

1. Matsunaga GS, Shanberg AM, Rajpoot D. Prenatal ultrasonographic detection of bladder rhabdomyosarcoma. *J Urol* 2003;169:1495-6.
2. Beurton D, Magnier M, Cukier J. Bladder tumours in children. *Blad Cancer* 1984;Part B:289-301.
3. Hays DM, Raney RB, Wharam MD et al. Children with vesical rhabdomyosarcoma (RMS) treated by partial cystectomy with neoadjuvant or adjuvant chemotherapy, with or without radiotherapy. *J Ped Hematol Oncol* 1995;17:46-52.
4. Broecker BH, Plowman N, Pritchard J et al. Pelvic rhabdomyosarcoma in children. *Br J Urol* 1988;61:427-31.
5. Rodary C, Gehan EA, Flamant F et al. Prognostic factors in 951 nonmetastatic rhabdomyosarcoma in children: a report from the international rhabdomyosarcoma workshop. *Med Ped Oncol* 1991;19:89-95.

### Nordiska Samarbetsnämnden för Medicinsk Forskning NOS-M

#### CALL FOR PROPOSALS

#### The Joint Committee of the Nordic Medical Research Councils (NOS-M)

offers funding for Nordic researcher seminars in 2007 concerned with:

*Clinical translational research:  
from molecule to man society*

NOS-M has decided to call for proposals for the organization of Nordic researcher seminars within the above theme in 2007, 2008, and 2009, with distinct sub-themes for each year.

In 2007, Nordic scientists are invited to submit proposals on the organization of seminars within the sub-themes:

- Cancer
- Infectious and Inflammatory diseases

The deadline for proposals for seminars to be arranged in 2007 is *March 1, 2007*.

The full text of the calls is available at <http://fist.dk/site/forside/soeg-stoette/opslag-stoetteMuligheder/2007/> or can be obtained from [ah@fist.dk](mailto:ah@fist.dk)