

# Adenokarcinom i ileostomi 41 år efter proktokolektomi på grund af familiær adenomatøs polypose

Jan Luxhøj<sup>1</sup> & Niels Buch<sup>2</sup>

## KASUISTIK

1) Kirurgisk Afdeling D, Sygehus Lillebælt, Kolding Sygehus  
2) Kirurgisk Afdeling K, Odense Universitetshospital, Svendborg Sygehus

Ugeskr Læger  
2014;176:V01130043

Proktokolektomi med eversionsendeileostomi som behandling ved colitis ulcerosa blev beskrevet af Brooke i 1950'erne. Siden da er metoden hyppigt anvendt ved colitis ulcerosa, mb. Crohn, familiær adenomatøs polypose (FAP) og multifokalt colonkarcinom. Der er mange kendte komplikationer i forbindelse med ovennævnte, såsom hudproblemer omkring stomien, stenose, intestinal obstruktion og stomihernie [1]. Derimod er nedenstående sygehistorie et eksempel på en mere sjælden komplikation i form af adenokarcinom i ileostomien, og især behandlingen må tildeles opmærksomhed.

## SYGEHISTORIE

En 74-årig mand var i 1970 blevet proktokolektomeret og rectumeksstirperet pga. FAP. Derudover havde han tidligere været i bicalutamidbehandling for cancer prostatae, som blev erkendt i 2005.

I juli 2011 blev patienten henvist fra egen læge pga. granulomer på endeileostomien. Det drejede sig om et 13 × 10 mm stort og flere mindre granulomer af benign udseende og med en smal stilk. Han var generet af blødning ved skift af stomiplade og havde pga. granulomet problemer med i det hele taget at få pose og plade ordentligt placeret. Granulomet blev fjernet i lokalanalgesi på et kirurgisk dagafsnit.

Histologisvaret viste overraskende, at der var tale om et adenokarcinom med gennemvækst til lamina muscularis. Pga. histologidiagnosen blev der

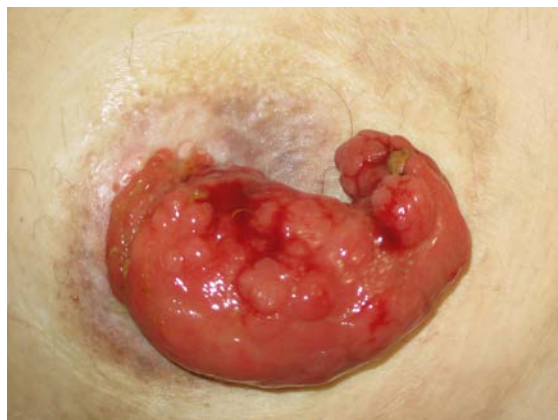
foretaget computertomografi af thorax og abdomen, hvor man fandt normale forhold intraabdominalt og torakalt, fraset en enkelt ca. 1 cm stor glandel i tarmkrøset ved stomien i højre fossa. Glandlen blev radiologisk vurderet til at være reaktiv, men dog lettere suspekt. Der blev foretaget åben revision af ileostomien. Ved operationen fandt man knudret, uregelmæssigt væv i hudovergangen ved stomien. Intraabdominalt fandt man normale forhold, fraset en del adhærensler. Den radiologisk beskrevne lymfeknude gen fandtes ikke, derimod fandt man et mindre granulom i krøset. Ved midtlinjeincision igennem den gamle cicatrice løsnedes adhærensene, og ca. 30 cm af stomien og det peristomale væv blev receseret som et hud- og submukøst fedtvævsrør omkring stomien og ned til fascien. Herefter gendannedes patientens ileostomi i den tidligere position med samtidig indsættelse af et prolenenet. Operationen vurderedes at være makroradikal.

Patienten fik senere et parastomalt hernie, hvorfor han blev henvist til herniesektionen på samme sygehus.

## DISKUSSION

Ved proktokolektomier ved FAP bør man have eventuel malignitet in mente, når der findes polypper og slimhindeforandringer ved ileostomier [2]. I en artikel med gennemgang af litteraturen angives 39 dokumenterede tilfælde af adenokarcinom ved en endeileostomi [3]. Tiden fra anlæggelse af stomien til opdagelse af et adenokarcinom angives at være 3-51 år. Det første tilfælde af adenokarcinom hos en proktokolektomeret og rectumeksstirperet patient med FAP blev beskrevet i 1982 af Roth & Logio [4].

Behandlingen af ovenstående tilstand er biotpering af granulomet mhp. diagnosticering og efterfølgende resektion af stomien inkl. det tilhørende krøs, såfremt der radiologisk ikke er tegn til spredning. Resektionen bør også omfatte peristomalt væv, dvs. både hud, subcutis og fascie. Optimalt bør man flytte stomien til et andet sted, men patienten i sygehistorien ønskede at bevare stomien i det tidligere stimested. Flytning af stomien til et nyt sted skyldes anbefalingen om sufficient resektion af det peristomale væv. Dette kan være problematisk, hvis man ønsker



Et adenokarcinom på en ileostomi.

at bevare stomien i det tidligere sted, pga. risikoen for udvikling af parastomalt hernie, som det også skete for patienten i sygehistorien.

## SUMMARY

Jan Luxhøj & Niels Buch:

Adenocarcinoma in an ileostomy 41 years after proctocolectomy due to familial adenomatous polyposis

Ugeskr Læger 2014;176:V01130043

This case story describes a complication 41 years after a proctocolectomy due to familial adenomatous polyposis. Due to a granuloma the patient experienced problems in bandaging his ileostomy. The granuloma was excised, and a histologic examination revealed an adenocarcinoma. A small bowel resection was performed and 30 cm of the ileum was removed along with 3 cm of surrounding peristomal tissue. The patient did not wish to move the ileostomy, and a peristomal hernia occurred. The recommendation is to excise the stoma including a tube of the surrounding tissue and to move the new stoma to another location, thereby reducing the risk of stomal hernia.

**KORRESPONDANCE:** Jan Luxhøj, Kirurgisk Afdeling D, Kolding Sygehus, Skovvangen 2, 6000 Kolding. E-mail: luxhoi666@msn.com

**ANTAGET:** 8. marts 2013

**PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK:** 29. juli 2013

**INTERESSEKONFLIKTER:** ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

## LITTERATUR

1. Balachandra U, Suryakant M, Sudhakar N et al. Mucinous adenocarcinoma at the ileostomy site after 35 years, in ulcerative colitis. *Ind J Surg* 2006;68:157-9.
2. Quah HM, Samad A, Maw A et al. Ileostomy carcinomas a review: the latent risk after colectomy for ulcerative colitis and familial adenomatous polyposis. *Colorectal Dis* 2005;7:538-44.
3. Mohandas S, Lake S. Primary adenocarcinoma of ileostomy: case report with review of the literature. *Case Report Med* 2010;2010:981328.
4. Roth JA, Logio T. Carcinoma arising in an ileostomy. *Cancer* 1982;2:180-4.