

TUMORBOARD

Onkologie aus multidisziplinärer Sicht

Zeitschrift für Diagnostik, Therapie und Nachsorge maligner Erkrankungen



Submukosaler Tumor (SMT) des Rektums – Ein Fallbericht aus dem Tumorboard

Zacherl J, Hölbling N, Albinni S, Brodowicz T, Dolak W

Bader T, Wrba F

Tumorboard 2014; 3 (1), 10-12

Homepage:

www.kup.at/tumorboard

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

Indexed in EMBASE/Scopus/Excerpta Medica

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

TUMORBOARD e-Abo **kostenlos**

Datenschutz:

Ihre Daten unterliegen dem Datenschutzgesetz und werden nicht an Dritte weitergegeben. Die Daten werden vom Verlag ausschließlich für den Versand der PDF-Files des Journals Tumorboard und eventueller weiterer Informationen das Journal betreffend genutzt.

Lieferung:

Die Lieferung umfasst die jeweils aktuelle Ausgabe des Journals Tumorboard. Sie werden per E-Mail informiert, durch Klick auf den gesendeten Link erhalten Sie die komplette Ausgabe als PDF (Umfang ca. 5–10 MB). Außerhalb dieses Angebots ist keine Lieferung möglich.

Abbestellen:

Das Gratis-Online-Abonnement kann jederzeit per Mausklick wieder abbestellt werden. In jeder Benachrichtigung finden Sie die Information, wie das Abo abbestellt werden kann.

Das e-Journal

Tumorboard

- ✓ steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) stets internetunabhängig zur Verfügung
- ✓ kann bei geringem Platzaufwand gespeichert werden
- ✓ ist jederzeit abrufbar
- ✓ bietet einen direkten, ortsunabhängigen Zugriff
- ✓ ist funktionsfähig auf Tablets, iPads und den meisten marktüblichen e-Book-Readern
- ✓ ist leicht im Volltext durchsuchbar
- ✓ umfasst neben Texten und Bildern ggf. auch eingebettete Videosequenzen.

Submukosaler Tumor (SMT) des Rektums – Ein Fallbericht aus dem Tumorboard

J. Zacherl¹, N. Hölbling¹, S. Albinni¹, T. Brodowicz⁴, W. Dolak³, T. Bader², F. Wrba⁵

■ Einführung

Fallbericht eines 72-jährigen polymorbiden Patienten mit einem persistierenden submukosalen Tumor (SMT) des Rektums bei Z. n. partieller Tumorektomie. Die histologische

Erstdiagnose ist ein High-risk-GIST, die Therapie mit Imatinib ist von beeinträchtigenden Nebenwirkungen begleitet. In dieser Situation wird der Patient dem interdisziplinären Tumorboard vorgestellt.

■ Kasuistik

Ein 72-jähriger männlicher Patient wird mit einer mehrjährigen Vorgeschichte eines SMT des Rektums vorgestellt und zur weiteren Therapie übernommen. Der Patient weist zu diesem Zeitpunkt diverse Begleiterkrankungen auf: Adipositas Grad II, NIDDM, arterielle Hypertonie, COPD Gold II, eine Defäkationsstörung, rezente Harnwegsinfektion mit ESBL und eine inzipiente Maculadegeneration, sowie stark ausgeprägte Degenerationszeichen der LWS.

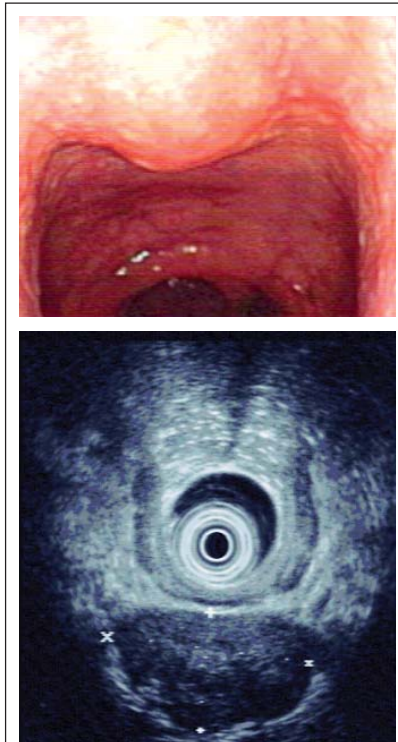


Abbildung 1: Endoskopischer und endosonographischer Aspekt des SMT 2005

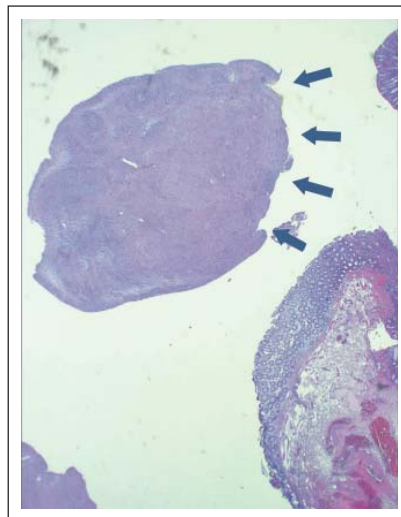


Abbildung 2: Makroschnitt OP-Präparat 11/2011

2004 wurde vom Urologen eine Schwellung an der supra-analen Rektumvorderwand bemerkt, endoskopisch als Lipom eingestuft. Im Mai 2005 wird diese Läsion endosonographisch der Prostata zugeordnet (Abb. 1). Diese Struktur misst sonographisch 46 × 26 mm, es ist auch ein Verkalkungsareal beschrieben. Die Läsion wird weiter beobachtet, sie verändert sich kaum. Letztlich wird Ende 2011 die operative Entfernung

beschlossen und diese im November 2011 durchgeführt (Abb. 2). Aufgrund des intraoperativen Verdachtes der Sphinkterbeteiligung wird beschlossen, den sphinkternahen Tumorest zu belassen und somit den Tumor inkomplett zu resektieren, um keine Inkontinenz zu riskieren. Erst nach histologischer Aufarbeitung des Resektats (spindelzelliger mesenchymaler Tumor, immunhistochemisch einem GIST entsprechend) wird die Diagnose GIST erkannt. Es finden sich deutlich mehr als 5 Mitosen/50 HPF, der Tu-Maximaldurchmesser beträgt 4 cm. Die Kapsel ist als Folge der inkompletten Resektion nicht intakt. Molekulargenetisch findet sich eine Deletions-Mutation in Exon 11 des c-kit-Gens.

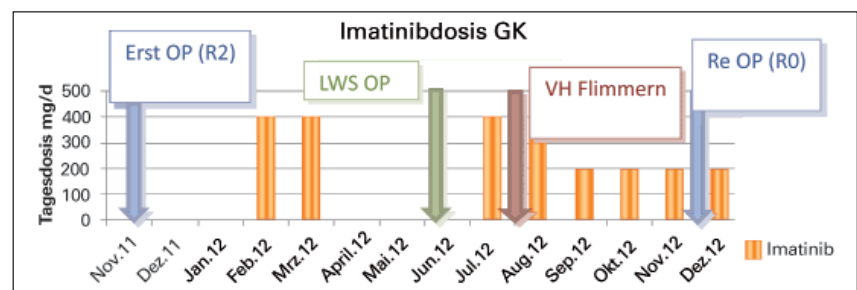


Abbildung 3: Zeitliche Darstellung der Imatinib-Einnahme

Aus der ¹Abteilung für Allgemeinchirurgie und ²Abteilung für Radiologie, Herz-Jesu Krankenhaus, ³Univ.-Klinik für Innere Medizin I, MUW, ⁴Univ.-Klinik für Innere Medizin III, MUW, ⁵Univ.-Klinik für Pathologie, MUW

Korrespondenzadresse: Prim. Univ.-Prof. Dr. Johannes Zacherl, Abt. f. Allgemeinchirurgie, Herz-Jesu-Krankenhaus Wien, A-1030 Wien, Baumgasse 20a, E-mail: johannes.zacherl@kh-herzjesu.at

Ein Monat postoperativ beträgt die Resttumorgroße in der EUS 16 mm im max. DM. Der Patient erhält Imatinib 400 mg p.o. 1 x tgl. Allerdings wird Imatinib ab Februar 2012 wegen ausgeprägter gastrointestinaler Nebenwirkungen und Fatigue nach 2 Monaten pausiert. Nach Reinitiation kommen als Nebenwirkung Vorhofflimmern sowie eine kardiale Dekompensation hinzu. Aus diesem Grund wurde die Dosis halbiert (Abb. 3). Im weiteren Verlauf kommt es endosonographisch in 9 Monaten zu einer Größenzunahme auf 21 mm im max. DM, weswegen der Patient an unserer Abteilung vorgestellt wurde. In der FDG-PET kann unter laufender TKI-Medikation keine pathologisch gesteigerte Aktivität festgestellt werden.

Der Patient wird dem Tumorboard mit der Frage des weiteren Procedere vorgestellt.

Zu diesem Zeitpunkt lässt sich digital-rektal eine etwa 2 cm große, derbe, tumoröse Struktur unmittelbar oral des Analkanals tasten, die rektoskopisch nur erahnbar ist. Es wird eine MRT des Beckens (Abb. 4) sowie eine CT des Abdomens (Ausschluss von Fernmetastasen) durchgeführt. In der MRT lässt sich ein Rektumvorderwandtumor (max. DM 19 mm) deutlich von der Umgebung abgrenzen, der die Urethra geringgradig imprimiert. Mit Hilfe der MRT ist nun die Sphinkterbeteiligung weitgehend auszuschließen. Seitens des Tumorboards wird die radikale Resektion des Resttumors empfohlen.

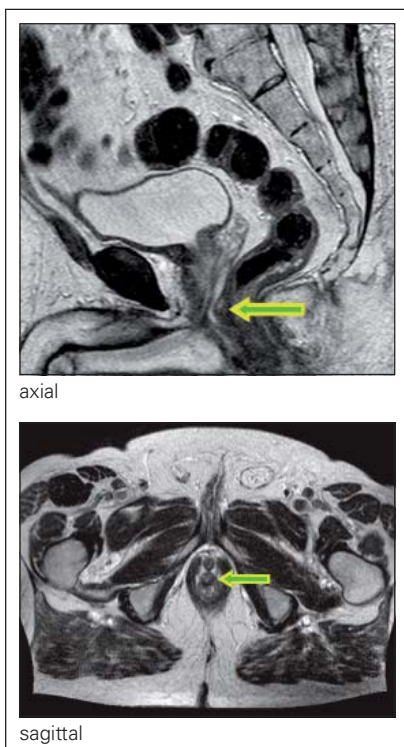


Abbildung 4: MRT axial und sagittal 11/2012 (T2-Gewichtung)



Abbildung 5: OP-Situs 12/2012

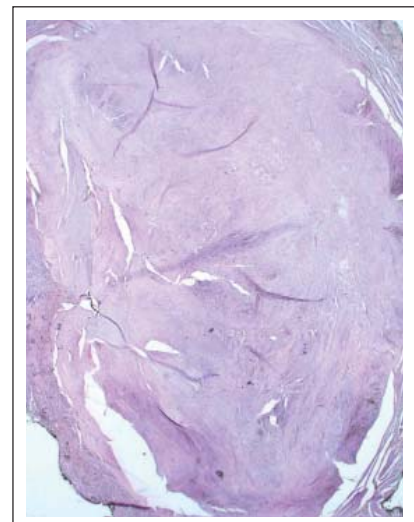


Abbildung 6: Makroschnitt OP-Präparat 12/2012

Diese erfolgt im Dezember 2012 in Jack-knife-Position (Abb. 5). Der Tumor kann radikal im Sinn einer Vollwandexzision an der Rektumvorderwand entfernt werden mit primärer Naht des Rektumdefekts. Der postoperative Verlauf ist komplikationsfrei, der Patient beschreibt postoperativ sogar eine verbesserte Entleerungsfunktion. Die erfolgreiche kontinenzerhaltende Resektion bestätigte die hierorts getätigte Einschätzung, dass eine sphinktererhaltende Operation möglich war. Die histologische und immunhistochemische Aufarbeitung des Präparates beweist die Entfernung im Gesunden, legt aber das Vorliegen eines Leiomyoms des Rektums nahe (IHC: c-kit negativ, Muskelaktin-Marker – SMA, 1A4, Desmin – hoch positiv) (Abb. 6, 7).

Im Tumorboard wird eine weitere Aufarbeitung inklusive molekulargenetischer Abklärung empfohlen. Diese zeigt schwache Positivität für DOG-1 und eine identische c-kit-Mutation (Exon 11) wie im ersten Resektat.

Auf Basis der Mutationsanalyse wird die Indikation für die Reoperation bestätigt. Die TKI-Medikation hat offenbar zu einer Differenzierung von Markern glatter Muskelzellen geführt, wie zuvor von Torihashi et al. beschrieben [1]. In Anerkennung der High-Risk-Situation schon zum Zeitpunkt der Erstoperation und vor allem wegen der initialen Tumoreröffnung wurde beschlossen, die TKI-Medikation mit höchsttolerabler Dosierung (derzeit 200 mg/die) zunächst ohne zeitliche Begrenzung weiterzuführen.

Bislang besteht keine Evidenz eines Rezidives (Stand Juni 2013).

Literatur

1. Torihashi S, Nishi K, Tokutomi Y et al. Blockade of Kit signaling induces transdifferentiation of interstitial cells of Cajal to a smooth muscle phenotype. *Gastroenterol* 1999; 117: 140–8.

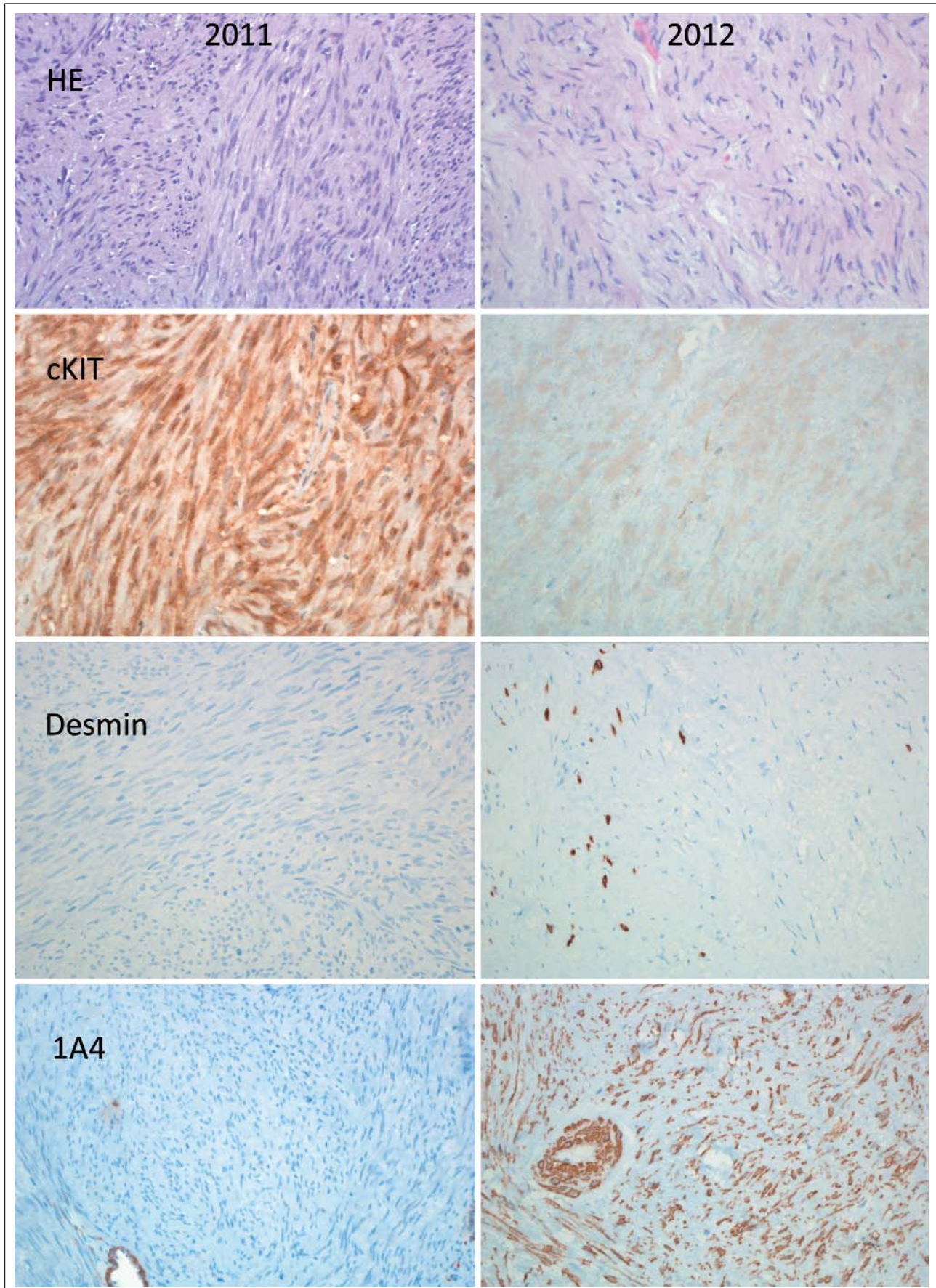


Abbildung 7: Immunhistochemie im Vergleich 2011 und 2012

Mitteilungen aus der Redaktion

Abo-Aktion

Wenn Sie Arzt sind, in Ausbildung zu einem ärztlichen Beruf, oder im Gesundheitsbereich tätig, haben Sie die Möglichkeit, die elektronische Ausgabe dieser Zeitschrift kostenlos zu beziehen.

Die Lieferung umfasst 4–6 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Das e-Journal steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) zur Verfügung und ist auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ **Bestellung kostenloses e-Journal-Abo**

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

☒ **Bilddatenbank**

☒ **Artikeldatenbank**

☒ **Fallberichte**

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

Impressum

Disclaimers & Copyright

Datenschutzerklärung