

Kommentar till filmbidraget om GIST, vecka 21.

Filmen illustrerar laparoskopiskt borttagande av en mesenkymal tumör utgående från magsäcken. Tumören visade sig vara en sk GIST, gastro-intestinal stromacells tumör. Patienten blev sedermera enligt uppgift gastrektomerad och sattes på behandling med det ofta effektiva, specifika, men kostsamma, läkemedlet imatinib. "GIST-tumörer" kännetecknas av att de uttrycker KIT protein, vilket detekteras immunhistologiskt med antikroppen CD117. För mera kunskap om dessa tumörer och deras biologi hänvisas i första hand till en nyligen publicerad doktorsavhandling av Per Bünning, Göteborg (2006).

GIST utgår oftast från magsäck eller tunntarm och utgör i kliniken den vanligaste mesenkymala tumörformen i denna region. Incidensen uppskattas av Göteborgsgruppen vara 14,5 fall per miljon innevånare och år; en siffra som är betydligt högre än vad som angivits i tidigare beräkningar. Sammantaget; då man upptäcker en submukös eller extramuralt växande mesenkymal tumör i (övre delen av) buken har man anledning att misstänka att man har att göra med GIST.

Det finns inga starka evidens som talar om för oss hur vi ska gå tillväga kirurgiskt vid GIST. I stället får vi tills vidare styras av relativt tydligt konsensus om vissa regler. "GIST-tumörer" är fragila och lättblödande. Det anses därför vara olämpligt med preoperativ nålbiopsi (risk för blödning, spridning). PET utnyttjande FDG kan vara av stort värde också i den preoperativa diagnostiken, i synnerhet om man misstänker metastaser. Ofta opereras patienter med GIST således på röntgenfynd, med misstanke möjligt buksarkom.

Det anses i ljuset av dagens kunskap vara olämpligt att operera GIST laparoskopiskt. Det faktum att tumörerna är fragila är ett skäl att operera GIST med öppen teknik. Ett annat bidragande skäl enligt min uppfattning är att det inte sällan uppstår behov av information inhämtat med känselsinnet för att avgöra marginaler, finna och värdera för metastaser suspekta fynd, etc. Går tumören sönder eller man orsakar spill av andra skäl förloras i princip möjligheten att bota patienten. Den möjligheten är bäst vid små tumörer (< 2 cm) med få mitoser per synfält (eller lågt Ki67). Tumörer > 10 cm med högt antal mitoser har mycket hög recidivfrekvens. Patienter som opererats för GIST bör följas aktivt med CT/MR eller PET postoperativt. Åtminstone patienter med stora tumörer och/eller högt proliferationsindex bör följas i multiprofessionellt sammansatta centra med speciellt intresse för denna sjukdom.

Den aktuella laparoskopiska operationen ska således enligt min uppfattning inte alls mana till någon efterföljd. "GIST-tumörer" ska opereras öppet. De är så få - och de negativa konsekvenserna för patienten vid oprofessionell handläggning så potentiellt stora - att GIST-patienter enligt min uppfattning bör skötas på speciellt intresserade centra. Sådana centra finns inom varje region.

Ulf Haglund, Professor i kirurgi, Akademiska sjukhuset, Uppsala