

Acute doorbloedingsstoornissen van de darm: een soepele buik kan toch acuut zijn

I.a.van der waaij, a.j.a.m.van der ven, p.j.g.jörning, g.f.nelis en r.h.geelkerken

Dames en Heren,

Een acute doorbloedingsstoornis van het mesenteriale vaatbed (acute mesenteriale ischemie) is een potentieel letale aandoening die op alle leeftijden voor kan komen. Gerichte diagnostiek en adequate therapie kunnen in een vroeg stadium levensreddend zijn, waarbij een goed functionerende tractus digestivus behouden kan blijven. Herkenning van het klinische beeld is in een vroeg stadium echter vaak moeilijk. Dit komt mede, omdat de zeer hevige buikpijn vaak in aanvallen komt, het abdomen bij het lichamenlijk onderzoek opvallend normaal lijkt en het laboratoriumonderzoek geen specifieke afwijkingen laat zien. Wij zullen een en ander illustreren aan de hand van 3 casussen van patiënten tussen de 40 en 50 jaar die de afgelopen jaren bij ons opgenomen waren.

Patiënt A, een 50-jarige man met in de voorgeschiedenis een cholecystectomie, had sinds het wakker worden 's morgens een continue zeurderige pijn in de bovenbuik. Bij het lichamenlijk onderzoek was hij matig ziek en had hij veel buikpijn. Hij had een normale temperatuur en een regulaire pols. Er was spaarzame peristaltiek en hoewel palpatie pijnlijk was, was de buik volstrekt soepel. Er waren geen souffles over de bloedvaten te beluisteren. Het laboratoriumonderzoek toonde een BSE van 5 mm/1e h, een concentratie C-reactieve proteïne (CRP) van 186 mg/l, een leukocytose van $19 \times 10^9/l$, een licht verhoogde serumamylaseactiviteit van 200 U/l (referentiewaarde < 160), een verhoogde urineamylaseactiviteit van 2000 U/l (< 825) en een licht verhoogde lactaatehydrogenase(LDH)-activiteit van 391 U/l (< 320). Er werd een gastroscopie verricht, waarbij een zeer ernstige hemorragische gastritis en oesofagitis aan het licht kwamen. Dit werd als een mogelijke verklaring voor de klachten en laboratoriumafwijkingen beschouwd en er werd gestart met de toediening van omeprazol. De dagen hierna varieerde de temperatuur tussen 37,5-38,5°C en de leukocytose tussen $14-24 \times 10^9/l$. Patiënt had 's avonds enkele keren aanvallen van zeer hevige buikpijn bij een soepele buik. De diagnose 'mesenteriale

ischemie' werd wel overwogen, maar omdat patiënt 's ochtends bij de visite steeds slechts geringe buikklasten had, werd afgezien van angiografie van de mesenteriale vaten. Op de 13e dag kreeg patiënt weer een hevige aanval van buikpijn, waarop laparotomie plaatsvond. Er bleek een scherpbegrensde transmurale necrose vanaf het jejunum tot aan het colon ascendens te bestaan en een embolus in de A. mesenterica superior op 7 cm vanaf de origo. Ook bleken er multipale kleine veneuze trombi in het mesenterium aanwezig. Het necrotische stuk darm werd geresceerd. Bij een 'second look'-operatie de volgende dag bleek nog een deel van het jejunum transmuraal necrotisch; na resectie bleef slechts 30 cm vitale dunne darm over. In verband met deze 'short bowel' kreeg patiënt een Port-A-Cath geplaatst voor waarschijnlijk levenslange parenterale voeding. Trombofilieonderzoek en echografie van het hart lieten geen afwijkingen zien. Het ging patiënt daarna redelijk goed.

Patiënt B, een 46-jarige vrouw met een blanco voorgeschiedenis, had drie weken vóór opname een periode met diarree en braken na een barbecue. Aanvankelijk ging het wat beter, maar de laatste week had zij toenemend diffuse buikpijn, hevige aanvallen van pijn in epigastrio, met uitstraling naar de rug, en misselijkheid. Bij lichamenlijk onderzoek was patiënte matig ziek, braakte zij en had zij veel buikpijn. De temperatuur was normaal en de buik was wat gevoelig bij palpatie in epigastrio, maar overigens volstrekt soepel.

Het laboratoriumonderzoek was als volgt: BSE 30 mm/1e h, CRP 100 mg/l, leukocytenaantal $20 \times 10^9/l$, amylase 300 U/l, LDH 546 U/l. De urineamylaseactiviteit was met 7250 U/l duidelijk verhoogd. De huisarts had de afgelopen drie weken ook tweemaal bloedonderzoek gedaan, waarbij het leukocytenaantal achtereenvolgens 16 en $18 \times 10^9/l$ was.

Op de dag van opname werd echografie van het abdomen verricht, met de vraagstelling abces of pancreaszwellings. Hierbij werden geen afwijkingen gezien. De volgende dag was het leukocytengetal $43 \times 10^9/l$ en vond een proeflaparotomie plaats, omdat mesenteriale ischemie werd vermoed. Hierbij werden normale pulserende darmvaten gevonden zonder tekenen van ischemie. Op de derde dag was het leukocytenaantal $31 \times 10^9/l$ en kreeg patiënte weer een aanval van zeer hevige buikpijn, bij een soepele buik. Gezien het sterke klinische vermoeden van mesenteriale ischemie werd, ondanks de normale bevindingen bij de laparotomie, een spoedangiografie van de mesenteriale vaten verricht. Hierbij

Sophia Ziekenhuis, Zwolle.

Afd. Interne Geneeskunde: L.A.van der Waaij, assistent-geneeskundige (thans: Academisch Ziekenhuis, afd. Interne Geneeskunde, Postbus 30.001, 9700 RB Groningen); dr.A.J.A.M.van der Ven, internist; dr.G.F.Nelis, gastro-enteroloog.

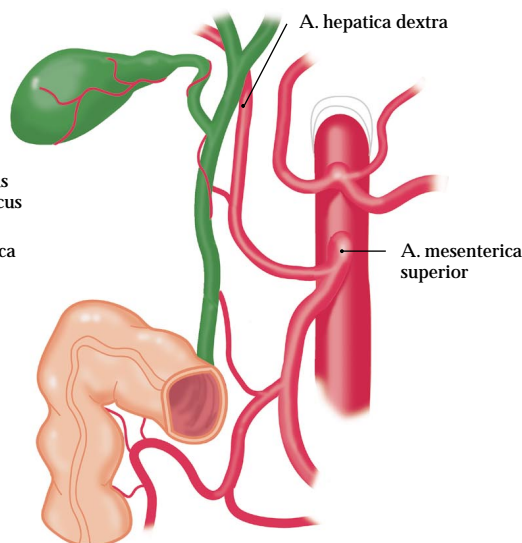
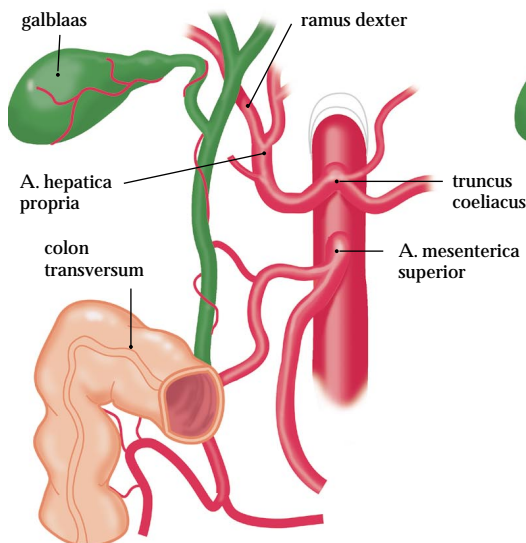
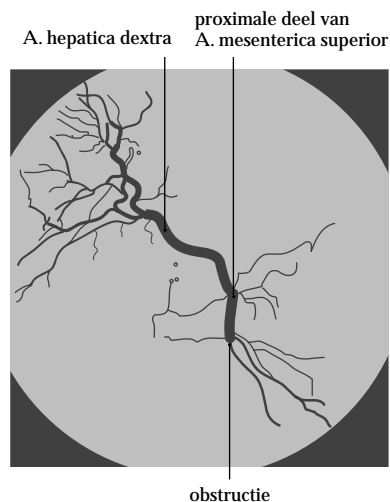
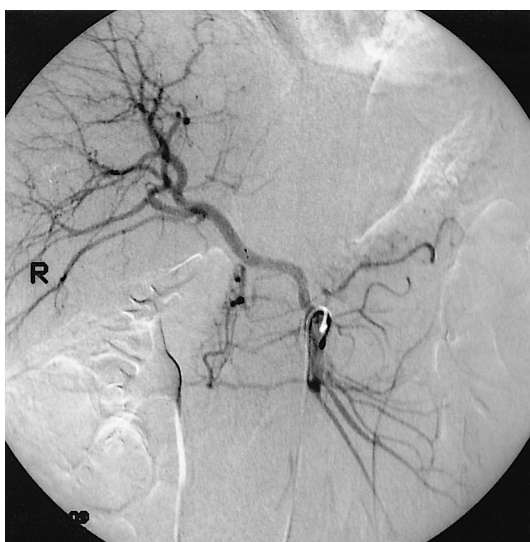
Afd. Heelkunde: dr.P.J.G.Jörning, vaatchirurg. Medisch Spectrum, afd. Vaatchirurgie, Enschede. Dr.R.H.Geelkerken, vaatchirurg.

Correspondentieadres: L.A.van der Waaij.

werd op 7 cm vanaf de origo een occlusie van de A. mesenterica superior gevonden (figuur). Bij relaparotomie waren nu tekenen van dunnedarmischemie te zien. Er vond embolectomie plaats, waarna de darm goed doorbloed was. Patiënte herstelde zonder complicaties. Gezien de embolie vond transoesofageale echografie van het hart plaats, waarbij er een trombus in het proximale deel van de aorta descendens bleek te zijn. Hierop werd patiënte gehepariniseerd en op acenocoumarol ingesteld. Voor de bijzondere lokalisatie van de trombus werd geen verklaring gevonden. Patiënte had daarna geen klachten meer.

Patiënt C, een 45-jarige vrouw, presenteerde zich op de spoedopvang in verband met 18 uur geleden peracut ontstane krampende pijn in de rechter onderbuik. Zij herkende haar klachten als passend bij een uretersteen

in de voorgeschiedenis. Patiënte was niet ziek. Zij had een temperatuur van 38,6°C en haar buik was wat gevoelig bij palpatie. Routinelaboratoriumonderzoek gaf normale uitslagen, afgezien van een leukocytose van $19,3 \times 10^9/l$. Er was een geringe microscopische hematurie. Een buikoverzichtsfoto en echografie van de buik gaven normale uitslagen. Patiënte werd opgenomen met de werkhypothese 'uretersteenkoliek' en na een paar uur was zij klachtenvrij. De volgende dag (dag 2) was het leukocytengetal gedaald en werd zij ontslagen. Na 24 uur kwamen de klachten echter geleidelijk weer terug en op dag 4 werd zij in toenemende mate misselijk, wat gepaard ging met buikpijn. Wij zagen toen een zieke vrouw met druk- en loslaatpijn in de onderbuik. Het leukocytenaantal was $26 \times 10^9/l$. Differentiaaldiagnostisch werd onder andere gedacht aan mesenteriale ischemie, diverticulitis met perforatie en een torsio ovarii. Er volgde



Selectieve angiografie van de A. mesenterica superior van patiënt B (anterior-posterior). Er is een totale occlusie op 7 cm van de origo. Het meest proximale deel van de A. mesenterica superior staat loodrecht op het vlak van de foto. De A. hepatica dextra is een anatomische variant die bij 25% van de mensen aanwezig is.

een diagnostische laparoscopie, waarbij een deel van de dunne darm ischemisch leek. Bij laparotomie bleek 40 cm jejunum transmuraal necrotisch te zijn. De vitaliteit van het overige deel van de dunne darm en het proximale colon was twijfelachtig. De A. mesenterica superior pulseerde heftig aan de oorsprong. Distaal waren er echter nauwelijks pulsaties en ook bij dopplersonderzoek was er nauwelijks flow in het distale dunnedarmvatbed hoorbaar. Ook in de maag- en leverarteriën was een monofasisch pathologisch signaal te horen. De aorta vertoonde duidelijke atherosclerotische veranderingen. Het evident necrotische jejunumgedeelte werd gereceerd, waarna een primaire darmanastomose werd aangelegd. Peroperatief werd patiënte gehepariniseerd (streefwaarde geactiveerde partiële tromboplastinetijd (APTT): 70-90 s). Direct na deze operatie onderging zij een angiografie van de mesenteriale vaten. Er bleek een afsluiting te bestaan van de origo van de truncus coeliacus en er was ook een occlusie van de A. mesenterica superior ongeveer 7 cm vanaf de oorsprong. Proximaal van deze laatste occlusie waren enkele partieel doorgankelijke jejunale en pancreaticoduodenale takken te zien. Er was een teruggaande stroom in de A. hepatica communis. Ook waren er stigmata van uitgebreide atherosclerose in alle afgebeelde arteriën. Patiënte werd overgebracht naar de intensive care, waar haar toestand hemodynamisch werd geoptimaliseerd. Gestart werd met systemische vasodilatatie ter vermindering van de reflectoire mesenteriale vaat spasmen. Op dag 5, 12 uur na de eerste operatie, volgde een second-lookoperatie. Er bleek progressie te bestaan van de ischemie. Het distale dunnedarmbed werd gerevasculariseerd door middel van een veneuze bypass (van de gedesobstrueerde origo van de A. mesenterica superior naar de randarcade van het ileum). Bij een derde operatie op dag 6 bleek de darm geheel vitaal te zijn, de anastomose suffiëent en de bypass doorgankelijk. Het postoperatieve beloop werd gekenmerkt door een traag, maar volledig herstel van de darmfunctie. Ondanks uitgebreid laboratoriumonderzoek werd geen onderliggende stofwisselingsstoornis als oorzaak voor de atherosclerose gevonden. Patiënte had daarna geen klachten meer.

beschouwing

Bij acute mesenteriale ischemie bestaat er een relatief snel optredende doorbloedingsstoornis van het maagdarmkanaal. Met een frequentie van ongeveer 0,1% van alle ziekenhuisopnamen is dit geen zeldzame aandoening.^{1 2} De aandoening kan op alle leeftijden voorkomen, gemiddeld bij 67 jaar. Meestal is het gebied dat verzorgd wordt door de A. mesenterica superior aangetast, waardoor afwijkingen kunnen ontstaan van het duodenum tot het colon transversum. Ischemie die zich beperkt tot het colon (ischemische colitis) of tot de maag (ischemische gastritis) heeft meestal een veel gunstiger verloop en zal hier niet besproken worden. In tegenstelling tot de chronische mesenteriale ischemie bestaat er bij een groot deel van de patiënten met acute mesenteriale ischemie een normaal arterieel mesenteriaal vaatbed zonder ernstige atherosclerose. Acute ischemie ver-

oorzaakt in eerste instantie reversibele mucosale schade in de darm en gaat gepaard met pijn en leukocytose. In een latere fase ontstaat transmurale necrose met peritoneale prikkeling en een hoge sterfte (> 80%). Het is daarom van groot belang de diagnose al in de reversibele fase te stellen. Dit is echter erg moeilijk, omdat de klinische presentatie in deze fase niet erg karakteristiek is en de diagnose alleen met invasieve diagnostiek (angiografie) te stellen valt.

klinisch beeld en diagnostiek

Het klinisch beeld van de vroege reversibele fase wordt gekenmerkt door: (a) zeer hevige buikpijn (aanvallen), meestal gelokaliseerd rond de navel of in epigastrio, soms koliekachtig van karakter, aanvankelijk zonder tekenen van peritonitis; (b) stille perioden met relatief weinig klachten; (c) relatief weinig afwijkingen bij het lichamelijk onderzoek van de buik (discrepantie ten opzichte van de hevige buikpijn en de leukocytose); (d) leukocytose (vaak > 15 × 10⁹/l). Helaas geldt geen van deze klinische kenmerken of een combinatie hiervan als bewijs voor mesenteriale ischemie. Bij een klein deel van de patiënten staat de pijn wat minder op de voorgrond.

Niet-invasieve röntgendiagnostiek (buikoverzichtsfoto, abdominale echografie of CT) geeft in de vroege reversibele fase van mesenteriale ischemie vaak normale uitslagen. Een echodopplersonderzoek is vaak niet accuraat.³ De diagnose 'acute mesenteriale ischemie' kan daarom in de vroege reversibele fase alleen met invasief onderzoek (selectieve angiografie inclusief veneuze fase of laparotomie) betrouwbaar gesteld worden. Echter, zelfs bij laparotomie worden in de vroege fase soms geen afwijkingen gezien (patiënt B). Intra-abdominaal echodopplersonderzoek van het mesenteriale vaatbed kan dan nuttig zijn. Een veneuze mesenteriale trombose kan aangetoond worden met angiografie of een CT van het abdomen gericht op de veneuze fase.^{4 5}

oorzaken

In 90% van de gevallen is er een arteriële oorzaak van de mesenteriale ischemie (tabel).¹ Hiervan wordt 50-60% veroorzaakt door een embolus, die vrijwel altijd in de A. mesenterica superior terecht komt (patiënt B). Meestal bevindt de embolus zich na de aftakking van de A. colica media, omdat het lumen van de A. mesenterica superior daar nauwer wordt. Dit verklaart waarom

Acute mesenteriale ischemie: oorzaken en therapie

oorzaak	frequentie in %	onderliggende afwijking	therapie*
arteriële embolie	50-60	emboliebron	embolectomie
arteriële trombose	15-25	atherosclerose	revascularisatie
'non occlusive ischemia'	5-30	hemodynamiek	optimaliseren hemodynamiek
veneuze mesenteriale trombose	5-15	trombofilie	heparine

*Onafhankelijk van de oorzaak zijn optimale hemodynamische ondersteuning, vasodilatatie en heparinisatie altijd geïndiceerd.

het colon vaak niet aangetast is. Emboli zijn vrijwel altijd van cardiale origine (atriumfibrilleren, murale trombi), waarbij patiënt B een zeldzame uitzondering is met een trombus in de thoracale aorta.^{6,7} Bij elke patiënt met een arteriële embolie dient daarom een (transoesofageale) echo van het hart gemaakt te worden. Een arteriële trombose is bij 15-25% van de patiënten de oorzaak van de acute mesenteriale ischemie (patiënt C). In dat geval is er vaak een ernstige gegeneraliseerde atherosclerose met uitgebreide lumenvernauwingen.⁸ Zelden is een vasculitis (periarteriitis nodosa of Takayasu-syndroom) de oorzaak van de vaatocclusie. Bij 5-30% van de patiënten zijn er geen vaatafsluitingen, maar zijn lokale vaatspasmen of onvoldoende perfusie bij een lage tensie de oorzaak van de mesenteriale ischemie ('non occlusive mesenteric ischemia').^{1,9}

Veneuze mesenteriale trombose is in 5-15% van de gevallen de oorzaak van mesenteriale ischemie en kan zowel acuut, subacuut of zelfs subklinisch verlopen. Meestal ligt er een verhoogde stollingsneiging (trombofilie), portale hypertensie of een abdominale ontsteking aan ten grondslag.¹⁰

therapie

Voor een optimale therapie en eventuele reconstructiemogelijkheden is het noodzakelijk de mesenteriale ischemie veroorzakende occlusie te visualiseren (zie de tabel). Hiervoor is een 2-richtingen-overzichtsangiografie en een selectieve angiografie van de mesenteriale vaten nodig.^{1,2} Bij één embolus of enkele emboli is operatieve embolectomie de aangewezen therapie. Als er nog geen uitgebreide transmurale darmnecrose is ontstaan, is een voorspoedig postoperatief herstel met behoud van een goed functionerende darm vaak mogelijk (patiënt B).^{1,11} Bij een lokale arteriële trombus kan het best een autologe revascularisatie plaatsvinden, aangezien trombectomie alléén niet succesvol is (patiënt C).⁸ Bij 'non occlusive ischemia' kan door het optimaliseren van de hemodynamiek verdere infarcering soms worden voorkomen.^{1,9} Bij veneuze mesenteriale trombose treedt slechts bij een klein deel van de patiënten transmurale necrose op.^{12,13} Heparinisatie is bij deze groep dan ook de therapie van keuze.¹²

Bij klinische tekenen van peritonitis is laparotomie altijd noodzakelijk. Alleen de darmgedeelten die zeker transmuraal necrotisch zijn, dienen te worden geresecteerd.^{2,14} Grote gebieden die niet evident necrotisch zijn, zijn vaak nog te revitaliseren, mits adequate reperfusie op korte termijn mogelijk is. Hiermee kan een 'zeer slechte darm' weer tot 'leven' gebracht worden. Als de oorzaak van de ischemie tijdens de operatie niet duidelijk is, dient een angiografie van de mesenteriale vaten verricht te worden voor diagnostiek. Het kan hierbij nodig zijn de operatie te onderbreken en de patiënt onder narcose naar de angiokamer te transporteren om daar kwalitatief goed angiografisch onderzoek te verrichten. Op basis daarvan kan dan een vaatchirurgisch reconstructieplan opgesteld worden (patiënt C). Met deze arbeidsintensieve aanpak is het mogelijk de sterfte te verlagen, met name indien er een embolus bestaat of een

lokale arteriële trombus.^{1,2,15} Tijdens de operatie kan al met het toedienen van heparine gestart worden om re-trombose of een tweede embolus te voorkomen.¹⁵

Bij alle patiënten is het van belang de mesenteriale circulatie zo goed mogelijk te ondersteunen. Hiervoor zijn een goede hemodynamiek, met name een snelle correctie van de ondervulling, en toediening van vasodilatoria (om reflectoire mesenteriale vaatspasmen te bestrijden) noodzakelijk.^{2,16,17}

Dames en Heren, wij willen met deze klinische les uw aandacht vragen voor dit zeer ernstige en in de vroege reversibele fase moeilijk te diagnosticeren ziektebeeld, dat op alle leeftijden kan voorkomen. In de gepresenteerde casussen is een duidelijke leercurve aanwijsbaar. Bij patiënt A werd de diagnose meermalen overwogen, maar stond deze nooit hoog genoeg in de differentiaal-diagnostiek om een angiografie te rechtvaardigen. Bij patiënt B werd er snel aan gedacht, maar werd bij laparotomie alleen op het klinische beeld afgegaan. Bij patiënt C werd er aanvankelijk een andere waarschijnlijkheidsdiagnose gesteld met transmurale necrose als gevolg.

Een in de vroege reversibele fase gestelde diagnose 'mesenteriale ischemie' kan levensreddend zijn. De volgende aanpak kan dan ook een belangrijk deel van de sterfte en morbiditeit voorkomen. Ongeacht de leeftijd wordt bij elke patiënt met leukocytose en hevige buikpijn, nadat andere oorzaken zoveel mogelijk zijn uitgesloten, binnen enkele uren een adequate angiografie verricht van de mesenteriale vaten. Met behulp van deze angiografie kan de diagnose vaak gesteld worden en indien nodig een vaatchirurgisch reconstructieplan gemaakt worden. Een intensieve ondersteuning van de vitale functies, een snelle correctie van de ondervulling en adequate heparinisatie zijn van groot belang in de perioperatieve fase. Als de diagnose pas tijdens laparotomie duidelijk wordt, moet overwogen worden de operatie te onderbreken om eerst een kwalitatief goede angiografie te maken. Bij de laparotomie dienen alleen evident transmuraal necrotische darmdelen geresecteerd te worden.

abstract

Acute disorders in intestinal perfusion: a nonrigid abdomen may still be acute. - Three patients, a man aged 50 years and two women aged 46 and 45 years, with abdominal pains and an undistended abdomen, were found to have acute mesenteric ischaemia. The causes were: unknown, a thrombus in the descending aorta and severe atherosclerosis, respectively. In the male patient, only 30 cm of vital small intestine ultimately remained; in one woman embolectomy sufficed, in the other, resection of a limited portion of the jejunal tract. All three patients fully recovered. Acute mesenteric ischaemia is a potentially lethal disease. Diagnosis in the first reversible phase makes full recovery of the intestine possible. This may be difficult since the clinical signs and symptoms are not specific in this phase and invasive diagnostic procedures (angiography) are required for accurate diagnosis. By making an angiogram of the mesenteric vessels in each patient with severe abdominal pain, no signs of peritonitis and leukocytosis, without an-

other diagnosis, reversible mesenteric ischaemia can be diagnosed and a vascular surgical reconstruction can be planned.

literatuur

- ¹ Kaley RN, Sammartano RJ, Boley SJ. Aggressive approach to acute mesenteric ischemia. *Surg Clin North Am* 1992;72:157-82.
- ² Geelkerken RH. Ischemic disorders of the splanchnic circulation [proefschrift]. Leiden, 1996.
- ³ Moawad J, Gewertz BL. Chronic mesenteric ischemia. Clinical presentation and diagnosis. *Surg Clin North Am* 1997;77:357-69.
- ⁴ Sitges-Serra A, Mas X, Roqueta F, Figueras J, Sanz F. Mesenteric infarction: an analysis of 83 patients with prognostic studies in 44 cases undergoing a massive small-bowel resection. *Br J Surg* 1988; 75:544-8.
- ⁵ Kurland B, Brandt LJ, Delany HM. Diagnostic tests for intestinal ischemia. *Surg Clin North Am* 1992;72:85-105.
- ⁶ Sharifi M, Sorkin R, Lakier J, Chaitra S. Thoracic aortic thrombosis as a cause of bowel ischemia. A case report. *Angiology* 1994;45:973-7.
- ⁷ Batellier J, Kieny R. Superior mesenteric artery embolism: eighty-two cases. *Ann Vasc Surg* 1990;4:112-6.
- ⁸ Ottinger LW. The surgical management of acute occlusion of the superior mesenteric artery. *Ann Surg* 1978;188:721-31.
- ⁹ Watt-Boolsen S. Non-occlusive intestinal infarction. *Acta Chir Scand* 1977;143:365-9.

- ¹⁰ Montany PF, Finley jr RK. Mesenteric venous thrombosis. *Am Surg* 1988;54:161-6.
- ¹¹ Roos WK de, Geelkerken RH, Bockel JH van. Acute mesenteric embolism: an appeal for a pro-active diagnostic approach. *Neth J Surg* 1990;42:110-2.
- ¹² Geelkerken RH, Cannegieter SC, Bouter H, Bockel JH van. Acute splanchnic venous thrombosis: surgical and medical treatment with special emphasis on new aspects of coagulation disorders. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 1997;13:227-32.
- ¹³ Grieshop RJ, Dalsing MC, Cikrit DF, Lalka SG, Sawchuk AP. Acute mesenteric venous thrombosis. Revisited in a time of diagnostic clarity. *Am Surg* 1991;57:573-7.
- ¹⁴ Bulkley GB, Zuidema GD, Hamilton SR, O'Mara CS, Klacsmann PG, Horn SD. Intraoperative determination of small intestinal viability following ischemic injury: a prospective, controlled trial of two adjuvant methods (Doppler and fluorescein) compared with standard clinical judgment. *Ann Surg* 1981;193:628-37.
- ¹⁵ Grace PA, Da Costa M, Qureshi A, Sheehan S, Burke P, Bouchier-Hayes D. An aggressive approach to acute superior mesenteric arterial ischemia. *Eur J Vasc Surg* 1993;7:731-2.
- ¹⁶ Takala J. Splanchnic perfusion in shock. *Intensive Care Med* 1994; 20:403-4.
- ¹⁷ Boley SJ, Brandt LJ. Selective mesenteric vasodilators. A future role in acute mesenteric ischemia? *Gastroenterology* 1986;91:247-9.

Aanvaard op 16 juni 1998

Capita selecta

Immunologie in de medische praktijk. XVII. Immunotherapie bij het gemetastaseerde niercelcarcinoom

c.m.l. van herpen en p.h.m. de mulder*

In 1994 werd in Nederland bij 811 mannen en bij 590 vrouwen een niercelcarcinoom gediagnosticeerd. Wat betreft de incidentie komt het niercelcarcinoom bij de man op de 9e en bij de vrouw op de 12e plaats met respectievelijk 2,4 en 1,6% van alle tumoren.¹ Eénderde deel van de patiënten heeft bij bezoek aan de arts reeds gemetastaseerde ziekte en 50% krijgt na de tumornectomie metastasen op afstand. Bij patiënten met metastasen op afstand is de 5-jaarsoverleving kleiner dan 5% en is de mediane overlevingsduur slechts 6 tot 12 maanden.²

Bij de behandeling van het gemetastaseerde niercelcarcinoom is de rol van chirurgie en radiotherapie zeer beperkt. Het niercelcarcinoom is weinig gevoelig voor chemotherapie en hormonale behandeling. Deze behandelingen hebben geen bewezen effect op de overleving en daarom is er, buiten onderzoeksverband, geen plaats voor.^{3 4}

samenvatting

- Het gemetastaseerde niercelcarcinoom heeft een slechte prognose.
- De effectiviteit van immunotherapie, met onder andere interferon alfa (IFN- α), interleukine-2 (IL-2; aldesleukine) of de combinatie van beide is uitgebreid onderzocht. Het beste behandelingsschema is niet bekend.
- Op basis van 3 prognostische factoren, te weten 'performance status' volgens criteria van de Wereldgezondheidsorganisatie, tijd tussen initiële diagnose en de start van de behandeling voor metastasen, en het aantal orgaanlokalisaties, zijn patiënten in te delen in prognostische groepen.
- Alleen bij patiënten die geclassificeerd zijn in de prognostisch gunstige of intermediaire groep kan men immunotherapie overwegen, omdat zij een langere overlevingsduur kunnen krijgen. Patiënten met slechte prognostische kenmerken zullen van geen enkele systemische therapie voordeel hebben.

immunotherapie bij het gemetastaseerde niercelcarcinoom

Het beloop bij patiënten met een gemetastaseerd niercelcarcinoom is zeer variabel. Soms treedt er snel progressie van de ziekte op, maar ook langdurige stabilisatie en het optreden van spontane remissies na nefrectomie (tot 7%) zijn beschreven.⁵ Daarom wordt verondersteld dat immuunmechanismen een rol spelen

*Mede namens de Werkgroep Immunotherapie Nederland-Oncologie, waarvan de samenstelling aan het eind van dit artikel wordt genoemd.

Academisch Ziekenhuis, afd. Medische Oncologie, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen.

Mw.C.M.L.van Herpen en prof.dr.P.H.M.de Mulder, internisten.

Correspondentieadres: mw.C.M.L.van Herpen.