

Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja Pancreastumor

Készítette: A Gasztroenterológiai Szakmai Kollégium

I. Alapvető megfontolások

1. Panaszok/Tünetek/Általános jellemzők

- Patológiailag 90%-ban ductalis adenocarcinoma, és 2/3-a a pancreasfejen fordul elő.
- Retroperitonealis elhelyezkedésük miatt lappangva növekszenek, nehezen diagnosztizálhatók, a jellegzetes tünetek jelentkezésekor pedig az elváltozások 75%-a már általában inoperábilis.

2. A betegség leírása

Incidencia/Prevalencia/Morbiditás/Mortalitás Magyarországon

A karcinómák között a pancreastumor a 4. leggyakoribb halálok. A diagnózis után a betegek 90%-a egy éven belül meghal, de az évet túlélők csak az operált betegek közül kerülnek ki. Az 5 éves túlélés az elmúlt 40 év alatt 1%-ról 13%-ra emelkedett.

3. Jellemző életkor

Gyakoribb 50 és 70 év között.

4. Jellemző nem

Gyakoribb a férfiak, mint a nők között.

5. Kockázati tényezők

Gyakoribb a dohányzók, mint a nemdohányzók között.

II. Diagnózis

1. Anamnézis

Valószínű a pancreastumor kapcsolata az anamnézisben szereplő krónikus pancreatitisszel és a magas zsírtartalmú étrenddel.

2. Fizikális vizsgálatok

- A beteg fizikális vizsgálata: különösképpen korai állapotban tünetszegény, specifikus vizsgálati jelek nincsenek.
- Ezért a vizsgálatok első sorozatában kiterjedt biokémiai laborvizsgálatokra kerül sor.

3. Laboratóriumi vizsgálatok

Speciális laborvizsgálatok

Tumormarker-vizsgálat: néhány tumorasszociált antigén- (TAAs) vizsgálat gyakran használt módszer a diagnosztikában és a pancreaskarcinómás betegek követésében. A carcinoembryonalis antigén (CEA) és a karbohidrát antigén (CA 19-9) adják a leghatásosabb diagnosztikus lehetőséget, pancreastumornál 70%, illetve 80%-ban emelkedett értékeket

mutatnak.

4. Képképző vizsgálatok

- A noninvazív vizsgálati technika határfoka – a jelentős fejlődés ellenére is – különösen korai megbetegedésnél elégtelen.
- **Ultraszonográfia:** pancreasdaganat esetén többnyire az első választott vizsgálat. Szenszitivitása 70%, specificitása 95% körüli. Color-Doppler-vizsgálatokkal az erek esetleges érintettsége vizsgálható.
 - A daganat stádiummeghatározására nem igazán alkalmas.
 - Az ultraszonográfia segíthet a további diagnosztikus út kiválasztásában.
- **Komputertomográfia (CT):** a második választandó műszeres vizsgálat az UH után. (Kivéve, ha a betegnek icterusa van, mert ilyenkor az UH után ERCP következik.)
 - Szenszitivitása 80%, specificitása 95% körüli.
 - A 2 cm-nél nagyobb elváltozásokat jól kimutatja.
 - Kimutatja az esetleg malignus cystát.
 - Megmutatja a daganatos obstrukció okozta tágult pancreasvezetékét vagy a kalcifikálódott szűkült-tágult szakaszt, mely elsősorban krónikus pancreatitisre lehet jellemző (de ez az állapot is lehet malignus malformáció kiindulása).
 - Jól használható az operabilitás elbírálására staging felállításánál.
 - Megmutatja, ha az elváltozás már nem reszekálható, ilyenkor további megerősítés nem szükséges. A reszekabilitás kimondása viszont bizonytalan lehet a fals negatív képek miatt.

5. Kiegészítő diagnosztikai vizsgálatok

- **Magnetic resonance imaging (MRI):** hatásos vizsgálat a pancreasbetegségek diagnosztikájában.
 - Különösképpen választandó vizsgálat lecsökkent vesefunkciónál vagy jóderzékenység (kontrasztanyag!) esetén.
 - A kisebb, szervdeformitással még nem járó eseteknél is mutathatja az elváltozást és segítheti a vezetett biopsziás mintavételt.
 - Különösen ajánlott vizsgálat megnagyobbodott pancreasfej esetén, ahol CT-vel nem lehetett véleményt formálni az elváltozásról.
- **Magnetic resonance cholangiopancreatography (MRCP):** kiemelten fontos vizsgálat sárgasággal együtt járó állapotokban. Ez a noninvazív technika pontos információt ad a máj és a pancreas parenchyma állapotáról, az intrahepaticus és intrapancreaticus vezetékek tágasságáról, kontrasztanyag alkalmazása nélkül!
- **Endoszkópos retrograde cholangiopancreato-graphia (ERCP):** szenszitivitása 94%, specificitása 97–100%. Az elsődleges cél a duodenum és az ún. periampullaris régió vizsgálata, az epe- és pancreasvezetékek ábrázolása. A másodlagos cél a biopsziás, ill. citológiai mintavétel.
- **Ultrahang-, CT- vagy MRI-vezérelt aspiráció, illetve tűbiopszia:** 83%-os szenszitivitást és 99%-os specificitást tud mutatni.
- **Endoszkópos ultraszonográfia:** magas szenszitivitású és specificitású vizsgálat a fokális pancreaselváltozások megítélésében.
 - Akkor célszerű választani, ha a CT, MRI és az ERCP bizonytalan eredményt ad. (A

krónikus pancreatitis és malignus daganat differenciáldiagnosztikájában önmagában ez a módszer sem ad biztos választ.) Javíthat az eredményen az EUS-vezérelt aspiráció vagy finomtű-biopszia.

III. Kezelés

A) NEM GYÓGYSZERES KEZELÉS

–

B) GYÓGYSZERES KEZELÉS

1. Kiegészítő/Alternatív gyógyszeres kezelés

- **A radioterápia és a kemoterápia** önmagában gyakorlatilag hatástalan.
 - Az 5-fluorouracilt is tartalmazó kemoterápiás kombinációkkal csak 20–25%-os „respons-rate” érhető el a pancreastumoros metasztázis kezelésében.
 - A radioterápia 5-fluorouracil adásával kiegészítve – reszekált és nem reszekálható betegeknél – javította a túlélést.
- **Intraluminalis brachytherápia** (irídium 192) (esetleg külső sugárkezeléssel kombinálva) nem reszekálható daganatoknál hasznos kezelési forma lehet.

C) SEBÉSZETI KEZELÉS

Műtéti indikáció

A betegség korai és gyors progressziója miatt az esetek mintegy 20%-ában van esély reszekciós műtetre. A reszekciót – az esetek többségében – az áttétképződés és a vascularis invázió akadályozza meg.

Műtét

- **Pancreaticoduodenectomy (Whipple-műtét):** (a pancreasfej, duodenum, az epehólyag, a distalis közös epevezeték és az aboralis gyomor rész eltávolítása; rekonstrukció: gastrojejunostomia, choledochojejunostomia, pancreaticojejunostomia) a leggyakrabban végzett, standard műtét a pancreasfej adenocarcinoma potenciálisan kuratív kezelésében. Reszekabilitás: nincs távoli metasztázis, a daganat nem érinti a porta hepaticust, nem infiltrálja a vena portae-t, illetve az arteria mesenterica superiorit.
- **Pylorusmegtartásos Whipple-műtét:** a táplálkozással kapcsolatos posztoperatív problémák (súlyvesztés, hasmenés, dömpingszindróma) elkerülésére, illetve mérséklésére választható ez a műtét. (A lymphadenectomia ezekben az esetekben kevésbé radikális, de úgy tűnik, hogy ennek nincs hatása a túlélési esélyre.) Az operatív mortalitás 5–15% között van. A szövődmények gyakorisága viszonylag magas. A loco-regionális kiújulást 25–67% között adják meg.
- **Totális pancreatectomia:** előnye a fokozottabb radikalizmus (a daganat multicentricitása 40% is lehet), és nem fordul elő a pancreasvezetékkel készült varratelégtelenség. Ennek ellenére hosszabb túlélést nem sikerült elérni, és a posztoperatív diabétesz fokozott gondokkal járt.
 - Ajánlott, ha a reszekciós felszínen daganat van, és ha a mirigyállomány túl „puha” a biztonságos anasztomózis készítéséhez.

- **Palliatív műtét** a leggyakoribb kezelési forma.
 - Obstruktív sárgaságnál cholecysto/cholecho-jejunostomia Roux-formációval.
 - Tumoros gyomorürülési zavar megoldására gastrojejunostomia. (Ez indokolt lehet profilaktikus megoldásként a sárgaság miatt végzett műtétnél is.)

ERCP-, PTC-stent(ek)

(műanyag, öntágulós fémhálóból készült eszközök)

- Az ERCP-, PTC-stent(ek) alkalmazásával összekapcsolva nem reszekálható eseteknél legalább olyan hatásos palliációt nyújthat(nak), mint a sebészi megoldás. Átjárható duodénumnál a választandó eljárás, mert kisebb mortalitással-morbiditással, rövidebb kórházi tartózkodással jár. A stent bevezethetőségi valószínűsége eléri a 90%-ot. A „nyitva maradás” valószínűsége fémstent alkalmazásánál hosszabb.

IV. Rehabilitáció

V. Gondozás

Kezelés várható időtartama / Prognózis

Jelenleg – radikális sebészeti megoldás után – az általános túlélés 12–20 hónap, az 5 éves túlélésre vonatkozó adatok pedig 5–13,5% közöttiek.

A szakmai protokoll érvényessége: 2008. december 31.