

Karcinom pankreatu – slovo úvodem

Roman Havlík

I. chirurgická klinika FN a LF UP Olomouc

Onkologie 2010; 4(6): 332

Karcinom pankreatu je poměrně častá malignita, která má v naší populaci stále mírně stoupající incidenci. V současnosti evidujeme ročně 18 nových případů na 100 000 obyvatel, s 2× častější incidencí u mužů. Jde o nádorové onemocnění s jednou z vůbec nejhorších prognóz.

Terapeutické ovlivnění, respektive vyléčení, je výrazně limitované. Jedinou potenciálně kuraibilní možností je radikální chirurgický výkon.

Bezpečný chirurgický výkon se stal ve vybraných centrech standardem až v posledních desetiletích. Bohužel i tento velký zákrok zajistí vyléčení jen u velmi malého procenta pacientů. Nicméně u ostatních pacientů umožňuje ve srovnání s jinými léčebnými modalitami delší přežití i delší disease-free interval. Všichni pacienti, kteří jsou vyhodnoceni jako operabilní, tedy ve stadiu T3, N1, M0 nebo nižším, by měli být indikováni k resekčnímu výkonu.

Onkologická léčba, a to chemoterapie v režimu 5FU/FA nebo gemcitabinem, má pouze paliativní charakter. Případná kombinace chemoterapie s radioterapií vykazuje stejné výsledky jako chemoterapie samotná. Současné metody biologické léčby mají při této diagnóze velmi omezený význam, a proto nejsou součástí léčebných protokolů.

U mnohých nemocných je pro diagnostiku onemocnění až v pokročilých stádiích možná pouze léčba symptomatická. Tato je zaměřená na zajištění průchodnosti žlučových cest, průchodnosti zažívacího traktu, tlumení často velmi silných bolestí a řešení dalších komplikací, jako poruch trávení či diabetu.

Na některých našich pracovištích se stala resekce nádorů slinivky standardním chirurgickým výkonem s mortalitou pod 4%. Nejobávanější postresekční komplikací je únik z dehiscenční anastomózy zažívacího traktu s pahýlem sli-

nivky. Narůstající počty resekci umožnila rychlá moderní diagnostika a taktéž zlepšující se bezprostřední výsledky chirurgické léčby, které jsou dány nejen vlastní chirurgickou technikou, ale hlavně pokrokem v perioperační péči a rozvojem intenzivní medicíny.

Mnohé probíhající výzkumné práce stanovují nové prognostické faktory či markery karcinomu pankreatu. Například na našem pracovišti sledujeme klinický význam minimální reziduální choroby, tedy detekci volných nádorových buněk v krevním řečišti, peritoneální dutině a kostní dřeni, ve vztahu k pokročilosti a prognóze karcinomu pankreatu. Výsledky současných experimentálních prací mají ale stále omezený a spíše jen experimentální význam a pro široké klinické použití nejsou dosud vhodné.

Co se tedy v posledních letech změnilo? Předně máme sofistikovanou diagnostiku, která umožní validní staging onemocnění a taktéž stanoví chirurgickou resekabilitu. Jako nejvhodnější se dnes jeví spirální CT. Dalším pokrokem je rutinní provádění endosonografického vyšetření slinivky, tedy vlastního nádoru, jeho vztahu k cévním strukturám a vyšetření lymfatických uzlin. Biopsie odebraná při tomto vyšetření umožňuje relativně neinvazivním způsobem stanovení histologické diagnózy. To je důležité zvláště u neresekabilních nálezů při indikaci paliativní onkologické léčby. Dalším pokrokem je vzrůstající povědomí, že nádory slinivky lze operovat a chirurgický výkon může výrazně zlepšit prognózu tohoto onemocnění.

Jak dnes můžeme zlepšit prognózu a výsledky léčby nemocných s karcinomem pankreatu? Předně je nutno na tuto diagnózu pomýšlet a při prvních příznacích provést patřičná vyšetření, minimálně sonografii. Při sonografickém podezření na nádor slinivky, při obstrukci žlučových cest, nebo při výrazné typické klinické

symptomatologii, je vhodné časné provedení kontrastního CT. U ikterických pacientů je často před tímto provedeno ERCP. S patologickým nálezem na CT či při prokázané stenóze při ERCP by měl být pacient referován na pracoviště, které se věnuje komplexní léčbě karcinomu pankreatu. Bohužel i dnes jsou přes jednoznačnost prospěšnosti chirurgické léčby někteří nemocní léčeni pouze paliativně onkologicky a chirurgická léčba jim není nabídnuta. Na specializovaném pracovišti (onkologickém centru) by měl být rychle dokončen staging onemocnění a stanovena další léčba. U všech potenciálně resekabilních následuje chirurgický výkon. Celý tento proces, tedy od první návštěvy lékaře po provedení chirurgického výkonu, by neměl přesáhnout několik málo týdnů, ideálně méně než 3–4 týdny. Bohužel často vídáme pacienty, kteří jsou vyšetřováni po mnoho měsíců. Prodělávají opakovaná vyšetření, na kterých je nádor pankreatu zřejmý, a nestandardně jsou observováni či dále diagnostikováni. Další výzvou je provést jednoznačnou definici chirurgických center zabývajících se pankreatickou chirurgií. Tato centra by měla provádět dostatečné počty výkonů na pankreatu s reprodukovatelnými dobrými výsledky.

U neoperabilních pacientů má po zjištění histologické diagnózy pomocí endosonografické biopsie následovat paliativní onkologická léčba.

doc. MUDr. Roman Havlík, Ph.D.
I. chirurgická klinika FN a LF UP Olomouc
I. P. Pavlova 6, 779 00 Olomouc
roman.havlik@fnol.cz

