

ZUFALLSBEFUND ZYSTISCHER PANKREASTUMOR – OFT HEILBARE VORSTUFEN VON KARZINOMEN

Von **PROF. DR. MED. JAN SCHMIDT**, Facharzt für Chirurgie FMH, speziell Viszeral- und Gefässchirurgie

MIT DER IMMER BESSER VERFÜGBAREN UND OPTIMIERTEN BILDGEBENDEN DIAGNOSTIK STEIGT DIE ZAHL VON PATIENTEN, BEI DENEN IM RAHMEN EINER ABKLÄRUNG VON UNCHARAKTERISTISCHEN BAUCHSCHMERZEN UND/ ODER BEI EINEM CHECK-UP EINE ZYSTISCHE RAUMFORDERUNG IN DER BAUCHSPEICHELDRÜSE GEFUNDEN WIRD. WIE SOLL MIT SOLCHEN BEFUNDEN WEITER VERFAHREN WERDEN?

Generell haben Pankreaskarzinome noch immer eine schlechte Prognose. Dasselbe gilt auch für zystische Pankreaskarzinome, obwohl deren Prognose etwas besser ist. Im Gegensatz zum klassischen dukталen Pankreaskarzinom durchlaufen viele zystische Pankreastumore eine Adenom-Karzinom-Sequenz ähnlich den Kolonpolyphen. Das bedeutet, dass mögliche, häufig zufällig entdeckte präkanzeröse Vorstufen auch dann bezüglich einer Behandlung evaluiert werden sollten, wenn sie noch keine Symptome oder eindeutigen Malignitätskriterien entwickelt haben. In diesem Stadium besteht die Chance zu handeln, bevor ein invasives Karzinom entsteht.

UNTERTEILUNG DER ZYSTISCHEN PANKREASTUMORE

Die häufigsten zystischen Neubildungen der Bauchspeicheldrüse sind seröse Zystadenome, die fast immer gutartig sind, muzinöse zystische Neoplasien und die intraduktalen papillären muzinösen Neoplasien. Letztere sind potenziell prä-maligne Läsionen.

Benigne: seröse Zystadenome

Prä-maligne/Maligne: Muzinöse Zystadenome (MZN), Intraduktale papilläre muzinöse Neoplasie (IPMN), Haupt- oder Seitengangtyp, gemischter Typ, Muzinöse zystische Neoplasie (MZN), Solid pseudopapillärer Pankreastumor (SPT), seltene zystische Tumoren (z.B. neuroendokrine Tumore)

MRT/MRCP UND ENDOSONOGRAPHIE

Wichtig für die Einschätzung der zystischen Neubildungen der Bauchspeicheldrüse sind Alter und Komorbidität des Patienten, Gangdilatation, Wachstum, Durchmesser und murale Knoten. Diese Informationen lassen sich am besten mit einem hochauflösenden MRT/MRCP und mit einer Endosonographie gewinnen. Nachfolgend zwei Beispiele:

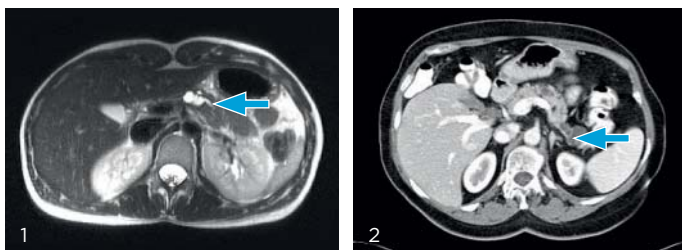


Abb. 1: zystische Läsion im Schwanzbereich. Der Pankreasgang distal ist dilatiert. Prä-maligne Läsion, Hauptgang IPMN mit hochgradigen Dysplasien.

Abb. 2: zystischer Tumor im Pankreasschwanz, deutliche Dilatation und Atrophie distal, maligne Läsion. Der Pfeil zeigt die distal gelegene Läsion.

Prinzipiell gilt: Jede Erweiterung des Pankreasganges ist in Abwesenheit einer belegten chronischen Pankreatitis malignitätsverdächtig, vor allem, wenn kein Alkoholabusus vorliegt.

POTENZIELL MALIGN AUCH UNTER 3 CM

In den überarbeiteten Sendai-Kriterien¹ wird empfohlen, dass zystische Tumore ab einem Durchmesser von 3 cm operativ behandelt werden sollten. Allerdings wächst die Anzahl von Studien, die zeigen, dass auch bei kleineren Tumoren ein hohes Malignitätsrisiko besteht. So zeigte eine grosse chirurgische Arbeit aus Heidelberg², dass operierte Läsionen unter 1 cm bereits in ca. 6–7% der Fälle Malignitätskriterien aufwiesen, diejenigen zwischen 1 und 2 cm in ca. 14% und zwischen 2 und 3 cm sogar in 25% bösartig waren. Dem stehen aber auch Studien gegenüber, die zeigen, dass die klinisch evidente maligne Entartung in 5–8 Jahren nur zwischen 2.4 und 8% liegt. Beim alten (>80) und multimorbiden Patienten darf daher meist weiter beobachtet werden. Die Ausnahme bildet ein IPMN im Hauptgang, das zu mehr als 50% maligne ist und deswegen wenn möglich immer operiert werden sollte.

ORGANSCHONENDE OPERATION SENKT DIABETESRATE

Neben den klassischen Eingriffen, wie z.B. die Pankreaskopf- oder Schwanzresektion, haben sich in den letzten Jahren auch organschonende Verfahren etabliert. So können z.B. bei nur geringem Malignitätsverdacht die Tumore ausgeschält und mittels Schnellschnitt untersucht werden; vielfach ist dies auch laparoskopisch möglich. Auch eine Pankreassegmentresektion mit Erhalt des inselreichen Schwanzteils zwecks Vermeidung von Diabetes ist möglich und oft sinnvoll. Eine radikale Entfernung ist nur bei gesichertem oder wahrscheinlichem Karzinom indiziert.

FAZIT

Tritt bei einem Patienten ohne akute Entzündung eine zystische Pankreasveränderung auf, sollte diese weiter abgeklärt werden, da zystische Pankreastumore keinesfalls harmlos, sondern potenziell maligne sein können. Ein MRT/MRCP und die Endosonographie bringen meistens die gewünschten Informationen über die Art und das Ausmass der Veränderung. Bei Gangdilatation besteht unabhängig vom Durchmesser bereits Malignitätsverdacht mit Notwendigkeit der onkologischen Resektion. Tumore über 3 cm ohne Gangdilatation sollten organschonend operiert werden. Unter 3 cm bedarf es eines individuellen Vorgehens, aber auch hier ist nicht selten vor allem bei jüngeren Patienten eine Operation die bessere Alternative als regelmässige, oft über Jahrzehnte notwendige MRT-Kontrollen, um die prä-maligne Läsion rechtzeitig zu entfernen.

WEITERE INFORMATIONEN:

JAN.SCHMIDT@HIRSLANDEN.CH
CHIRURGISCHES ZENTRUM ZÜRICH, T 044 208 20 50
WWW.CHIRURGISCHESZENTRUM.CH

¹ International consensus guidelines 2012 for the management of IPMN and MCN of the pancreas. • Tanaka M, Fernández-del Castillo C, Adsay V, Chari S, Falconi M, Jang JY, Kimura W, Levy P, Pitman MB, Schmidt CM, Shimizu M, Wolfgang CL, Yamaguchi K, Yamao K; International Association of Pancreatology • Pancreatology. 2012 May-Jun;12(3):183-97. • ² Small (Sendai negative) branch-duct IPMNs: not harmless. • Fritz S, Klaus M, Bergmann F, Hackert T, Hartwig W, Strobel O, Bundy BD, Büchler MW, Werner J. • Ann Surg. 2012 Aug;256(2):313-20.