

incidence stoupá

pětileté přežití menší než 1%

resekabilní nádory pankreatu – průměrné přežití 17 – 20 měsíců, 5leté přežití 10%

ca roste neobvykle rychle -krátké přežívání nemocných (od dg několik měsíců)

etiologie-neznámá

alterace onkogenu K-ras, relativně častá exprese onkogenu c-erb-B2 (HER-2/neu)

alterace tumorsupresorových genů p53 a p16

rizikové faktory: kouření, déletrvající DM, chronické pankreatitida (déle než 10 let)

neprokázala se souvislost s pitím černé kávy, alkoholu

histologie

přibližně 90% tvoří **duktální adenokarcinom** (vývodné cesty) – progresivní růst, vysoký maligní potenciál

mucinózní carcinom – z buněk pankreatických vývodů

klinický obraz

časná stádia většinou asymptomatická

epi- a mezogastriická **bolest** – asi u 90% všech nemocných

bolest se objevuje asi 3 měsíce před vznikem ikteru

expanzivní růst do retroperitonea vede ke vzniku viscerálního typu bolesti (trvalá, velice špatně ovlivnitelná)

ca v oblasti kaudy a tlak nádoru na paravertebrální nervové pleteně – úleva v předklonu nebo při schoulení se na břicho

ikterus – především při postižení hlavy – důsledek obstrukce žlučového náborovými masami

až při pokročilé chorobě **pokles hmotnosti** – důsledek malabsorpce a poklesu energetického přívodu hepatomegalie

DM-asi u 80% abnormální glc tolerance

časné zakládání metastáz- játra, peritoneální rozsev, plíce

komplikace- krvácení do GIT, ascites, splenomegalie, migrující tromboflebitida

diagnostika-většinou pozdní

anamneza

fyzikální vyšetření

Courvoisierův příznak – bezbolestný vznik ikteru a při palpaci břišní stěny zjištěný velký, hmatný, nebolestivý žlučník

může být ascites nebo palpce nádorovým mas

USG – senzitivita 75%, specifita 85%

USG a CT umožňují provedení perkutánní aspirace a získání cytologického materiálu

ERCP – senzitivita 95%, specifita 90%

MRCP, PET

endoskopická USG – dif. dg mezi benigní a nádorovou lézí (možnost provedení cílené punkce), významná metoda pro staging

neexistují spolehlivé, citlivé a specifické sérologické markery – nejčastěji se stanovuje CA19-9, CA 50, DUPAN-2 – senzitivita 50 – 70%

vyšetření protoonkogenu K-ras – vyskytuje se i u 20% nemocných s chronickou pankreatitidou

terapie

chirurgická-pokud je ca resekabilní-*Wippleova operace*- resekce žaludku, duodenektomie, hemipankreatektomie s Wirsung-jejuno anastomózou a choledoch- jejuno anastomózou

paliativní výkony – korigují příznaky biliární nebo duodenální obstrukce

endoskopicky lze zavést biliární drén (plastikový nebo kovový – self-expanding stent), choledoch-jejuno anastomóza při obstrukci ductus choledochus

chemoterapie

může zlepšit kvalitu života a přispět k prodloužení doby přežití

gemcitabin, jeho kombinace s oxaliplatinou

účinné mohou být i kombinace s fluorouracilem

léčba bolesti-problematická

běžná analgetika nemají dostatečnou účinnost -podávání anodyn

někdy ani kontinuální a peridurální aplikace opiátů bolesti neutiší

zvážit intraoperační nebo perkutánní neurolyzu plexus coeliacus

paliativní radioterapie

ca bývá provázen exokrinní pankreatickou nedostatečností - podávání pankreatické

substitute

terapie inzulinem závisí na stupni poruch glukózové tolerance

prognóza: u pokročilého ca medián přežití 2 – 4 měsíce, po chemoterapii medián přežití až 10 měsíců