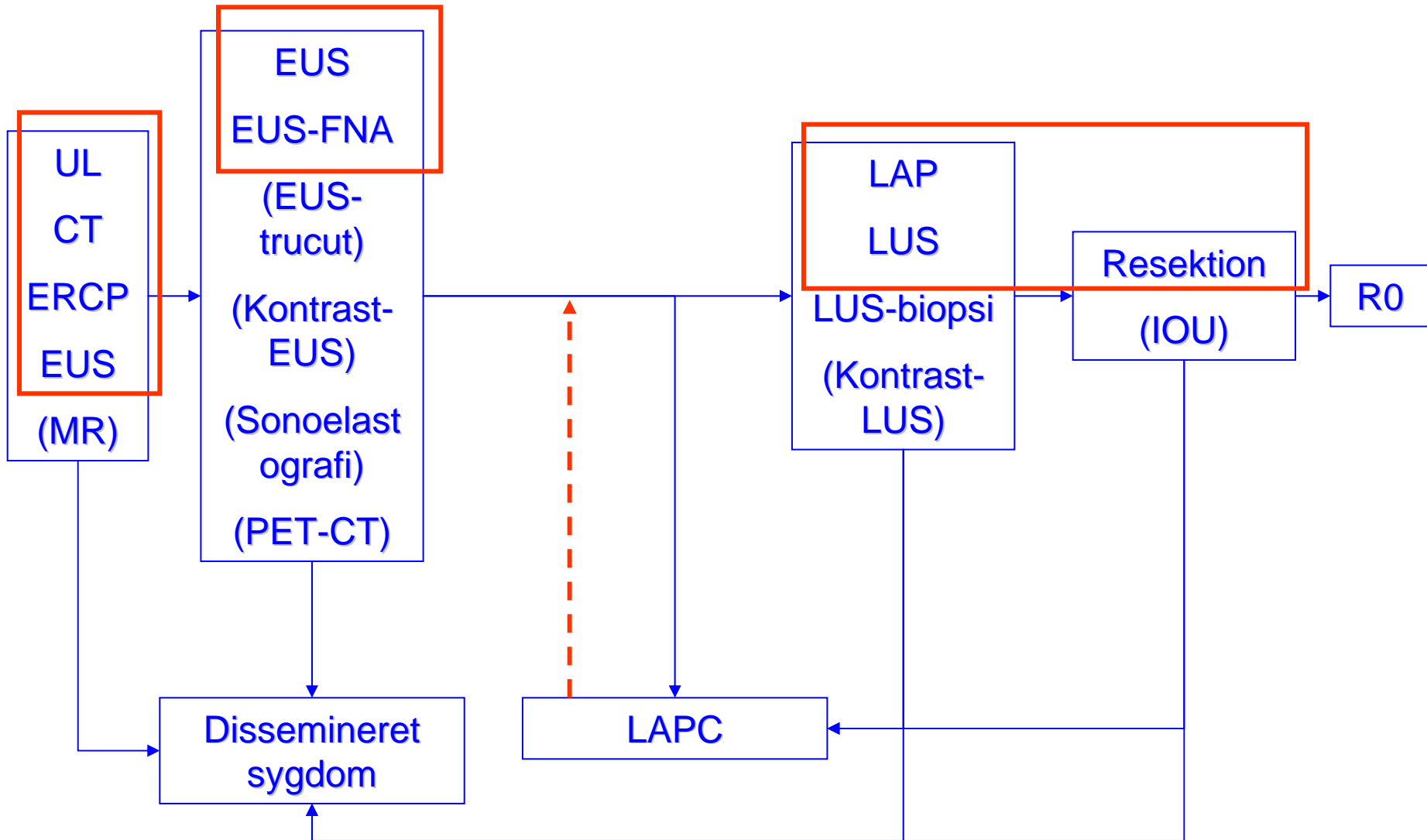




Dansk Pancreas Cancer Gruppe
Danish Pancreatic Cancer Group

PANCREAS CANCER – Diagnostik og behandling anno 2008 -

EUS, ERCP og LAP/LUS i udredningen





ERCP

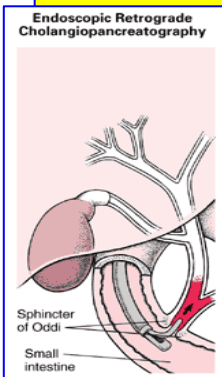
Stentning bør om muligt vente til efter endt stadium- og resektabilitetsvurdering
- T-stadium accuracy falder signifikant ved stentning

Stentning bør undgås forud for resektion

- Den gavnlige effekt af præoperativ stentning i dyremodeller kan ikke sikkert reproduceres i kliniske studier
- Risikoen synes mindst ved præop.anlæggelse af SEMS
- (afventer større randomiseret studium afventes)

Valg af stent bør afspejle det videre behandlingsforløb

- (Undgå SEMS ved resektable tumorer eller patienter som skal downstages)
- SEMS synes bedst til permanent aflastning hos ikke-resektable patienter



(Fusaroli et al Endoscopy 2007)
(Lawrence et al. Gastrointest Endosc 2006)
(Van der Gaag et al. BMC Surg 2007)



EUS

Med hensyn til diagnostik/differentialdiagnostik giver EUS med EUS-FNA en sensitivitet, specificitet, negativ og positiv prædiktiv værdi på 95-100%

EUS bør primært anvendes til evaluering af T- og N-stadiet samt lokal resektabilitet, mens CT bedst screener for fjerne metastaser

EUS og EUS-FNA finder 70-90% af patienterne med non-resektable tumorer

EUS-FNA bør foretrækkes frem for perkutan UL vejledt biopsi, såfremt patienten henvises til downstaging

EUS-FNA alene ændrer den kliniske beslutning hos 30%



- (Mortensen et al. Endoscopy 2001)
- (Harewood et al. Am J Gastroenterol 2002)
- (Micames et al. Gastrointest Endosc 2003)
- (Klapman et al. Am J Gastroenterol 2005)
- (Witmann et al. Cytopathology 2006)
- (Mortensen et al. Br J Surg 2006)

EUS-FNA

EUS-FNA er den eneste metode til præterapeutisk, bioptisk verificering af N1-stadium

Dette er vigtigt i relation til fremtidige protokoller vedrørende (ex. neoadjuverende behandling ved N1 sygdom)

(Cahn et al. Am J Surg 1996)

(Mortensen et al. Endoscopy 2001)

(Peng et al. Diagn Cythopathol 2008)

Re-EUS-FNA hos patienter mistænkt for pancreas cancer (men med tidligere negative/ikke diagnostiske fund) stiller en korrekt diagnose hos >80%

(Eloubeidi et al. J Gastroenterol Hepatol 2008)



LAP/LUS

T-stadium accuracy 80%

N-stadium accuracy 76%

Identifikation af non-resektabilitet 89%

(Durup et al. Surg Endosc 1999)



EUS i kombination med LAP/LUS

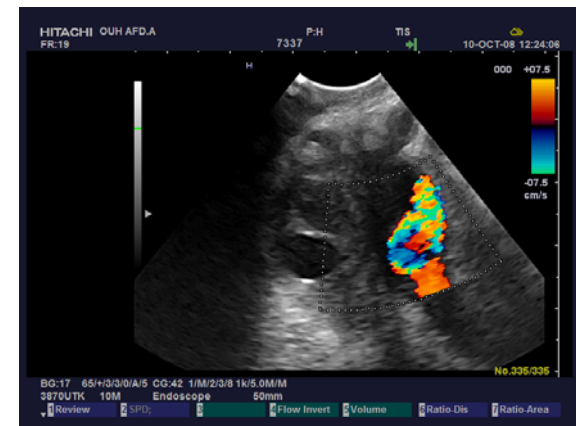
Forudsiger R0 med 90% sikkerhed

Antallet af futile laparotomier reduceres til 5%

(Mortensen et al. Br J Surg 2006)
(Frstrup et al. HPB 2006)

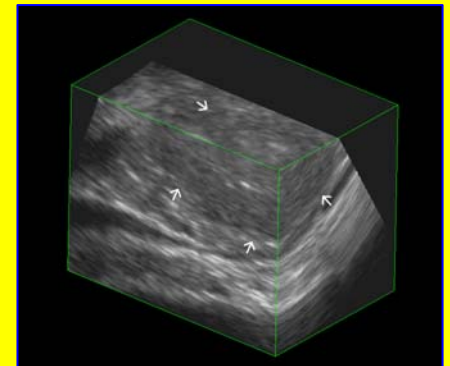
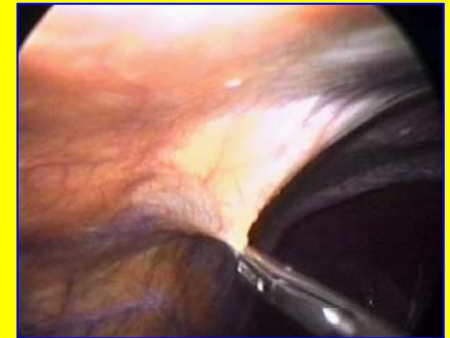
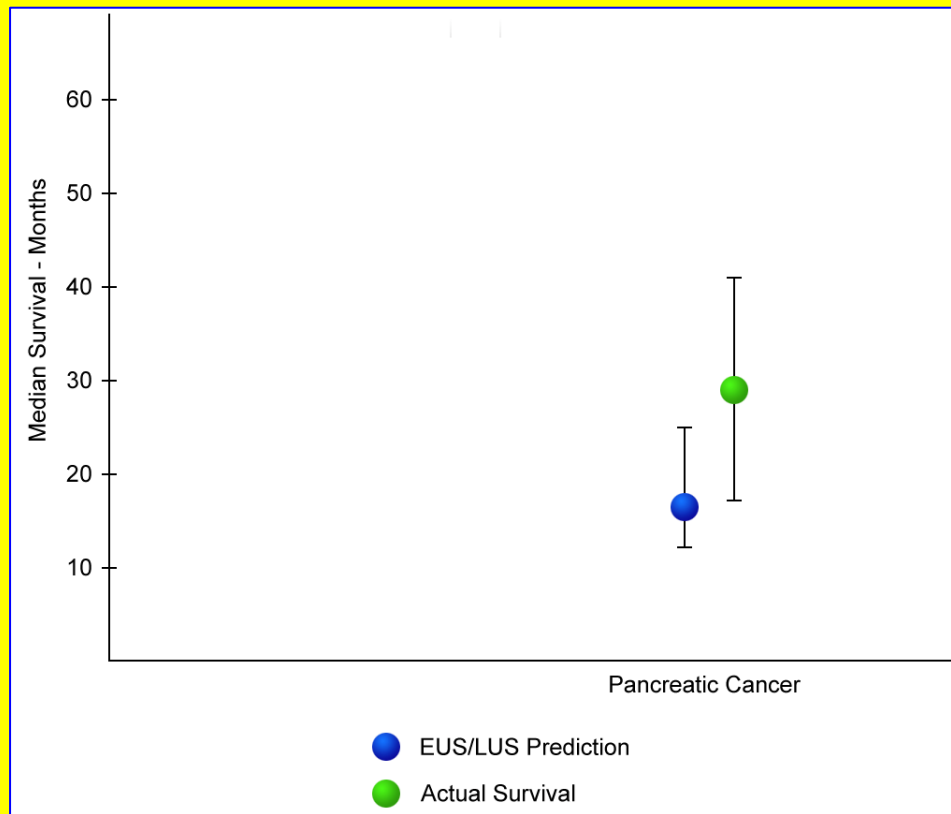
Patientselektion på baggrund af EUS/LAP/LUS giver optimale overlevelsesdata
(>30 mdr median)

(Frstrup et al. Ugeskr Laeger 2008)

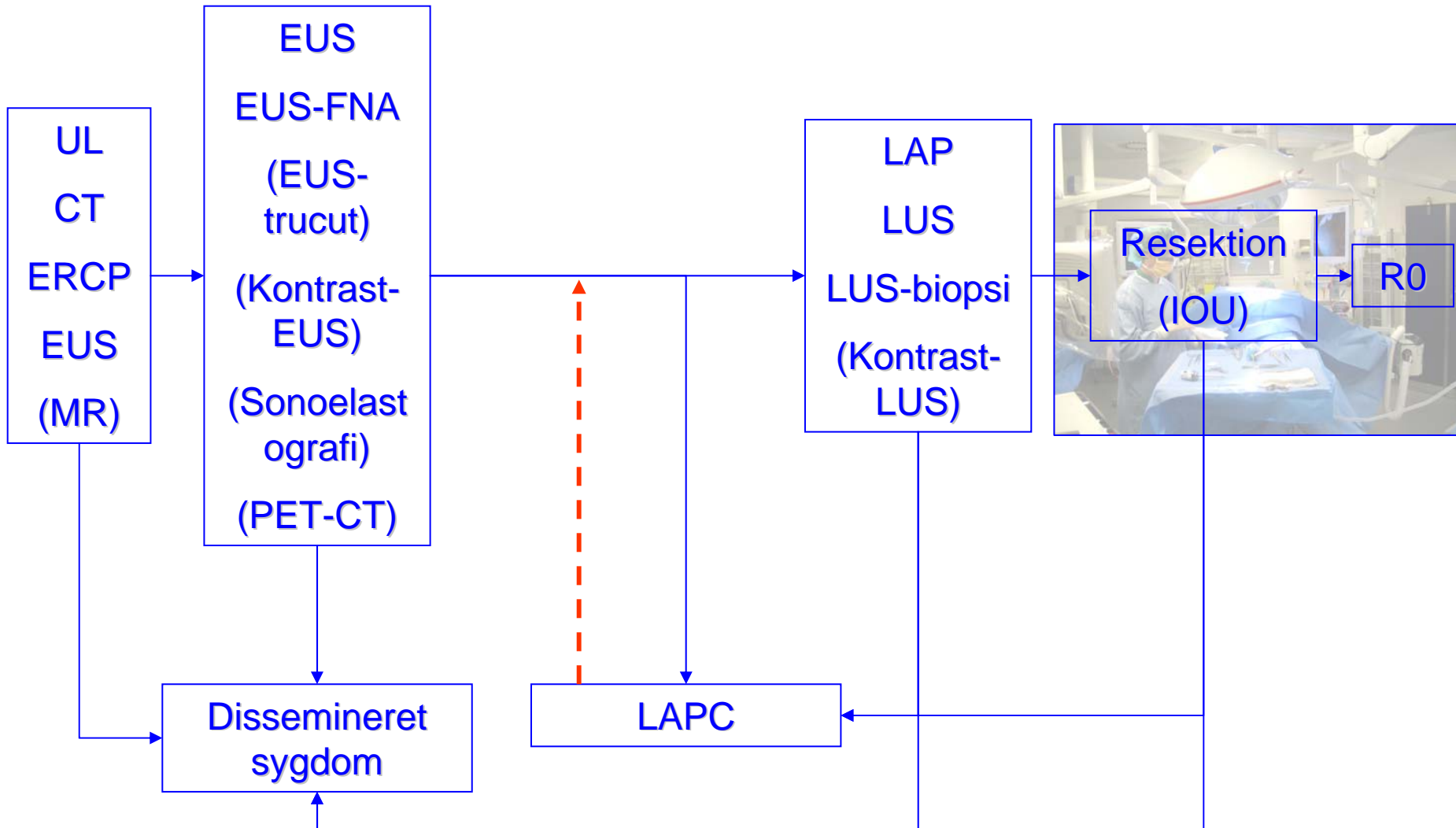


EUS i kombination med LAP/LUS

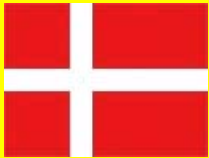
EUS/LAP/LUS forudsiger langtidsoverlevelsen



(Mortensen et al. submitted)



DPCD: 87% af patienterne (n=315) gennemgik 3 eller færre us.



MÅL

**FOKUSERET, NØJAGTIG OG SKÅNSOM
UDREDNING INDEN FOR MAXIMALT 2 UGER**

