

Kirurgisk og onkologisk behandling af lokalavancerede pancreas tumorer

Claus Hovendal

Optimal udvælges til resektion?

- Teknisk muligt sammen med
- Afvejning med morbiditet, mortalitet
 - 20% og <1-3%

og

- Overlevelse + livskvalitet

Overfor:

- Pallierende og onkologisk behandling

Overlevelse

■ Ekstensiv resektion:

- Samme morbiditet og mortalitet

Siriwardana Br. J. Surg. 2006

■ Overlevelse i sammenlignende studier

- Ikke bedre end onkologisk palliation

Shimada Ann Surg oncol 2006

Al-Haddad J Gastrointest Surg 2007

Wang Gastrointest Surg 2008

■ Stor variation i overlevelse afhængig af:

- Graden af indvækst
- Lymfeknude involvering
- Spredning i øvrigt

Solid udvælgelse + mere

- Avanceret LAPC med **forbehandling**:
 - “Bedre overlevelse”

Sasson J Gastrointest Surg 2002

- Dansk studie
 - Samme overlevelse som ved ikke LAPC

Helle Jensen Ugeskr. Læg 2008

Resultater efter primær operation



Pancreas	N	Median overlevelse	1 år	3 år	I live
R0-resektion	38	31,4 (19,2-)	76% (59-87%)	47% (31-62%)	17
R1-resektion	3	10,4	33%	0%	0
R2-resektion	2	11,1	50%	0%	0
Ingen resektion	107	4,3 (3,0-5,3)	15% (9-22%)	0%	0

Hvad er budskabet !!

- LAPC skal man udvælge en gruppe til **downstaging** og herefter ny evaluering mhp. resektion
- Lav **strikte kriterier** for resektabilitet og udvælgelse
- Hvordan: ”**Pålideligt diagnostisk værktøj**”
(Krav til lymfeknude evaluering og indvækst)
- Histologisk dokumentation ved fravælgelse af kirurgi (Laparoskopisk el. endoskopisk)

Diagnostiske værktøjer

- ERCP
- CT inkl.. PET-CT, CT-angio
- UL
- EUS
- LUS
- Angiografi evt. som CT el. MR angio
- Peroperativt

Hvad gør vi ?

- Definer non-resektabilitet
- Vurder mulighed for down-staging
- Efter down staging reevalueres og resekeres
- Avancerede resektioner
 - Lokal skrælning af arterie og vene
 - Venetransplantation
- Metastase resektion – har det en plads?
 - Frantz tumor(solid og cystisk) hos børn

Lokalt kriminelle strukturer

Indvækst i:

- Vena porta
- Arteria og vena mesenterica sup.
- Arteria hepatica
- Truncus coeliacus
- Vena cava
- Mesocolon transversum

Non resektabilitet

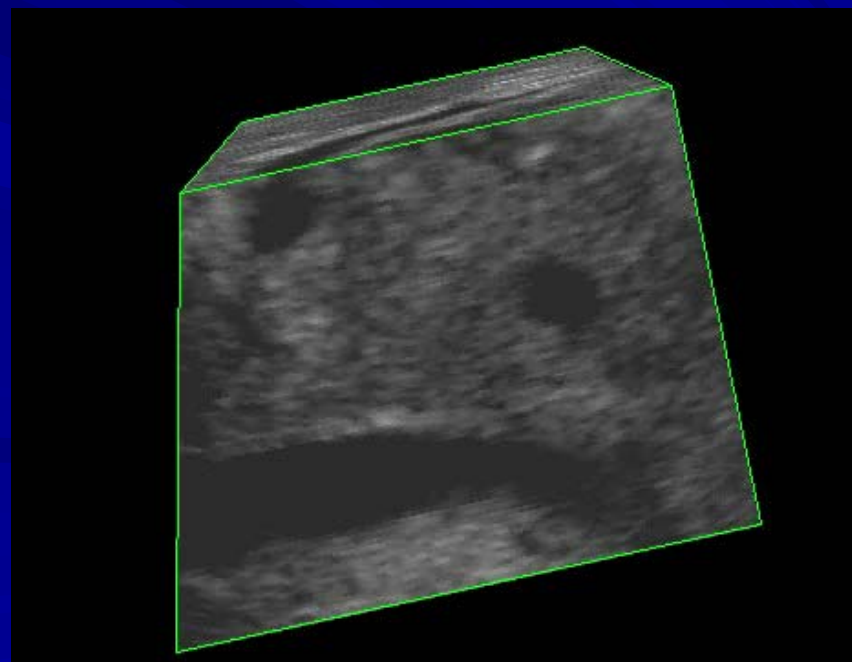
- *Fjernmetastaser (inkl. tumorfjerne lymfeknuder og carcinose)*

og/eller

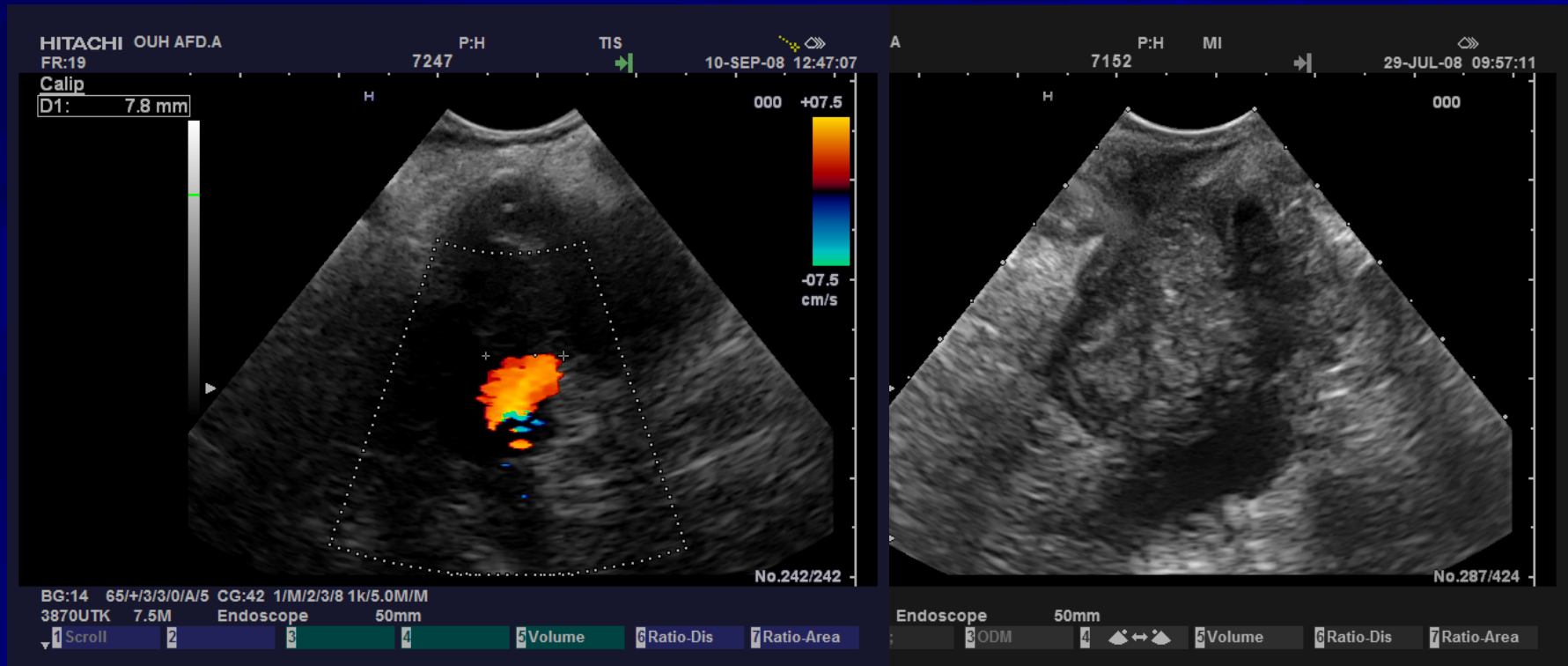
- *Indvækst i aorta, v.cava inferior, truncus cøliakus, a.hepatica propria, a.hepatica communis, galdeblære, galdeveje (proximalt for extrahepatisk ductus hepaticus), ligamentum hepatoduodenale, tyndtarmskrøs, colon transversum. Anslag/infiltration mod a/v mesenterica superior over et stykke på mere end 30mm og/eller mere end 1/2 af karrets cirkumferens. Eller hvis mindre end 4/5 af karrets lumen er tilbage på grund af tumorinfiltration.*

Eksempler:

- Veneinvolvering til downstaging



Downstaging



Hvis billedet er efter downstaging vil jeg overveje om grænsen ikke trods alt er tumor fri. Hvis ikke overvejes transplantation af vene eller palliativ skrælning.

Involverings grad af venen

- Mere end 2/3 encasement kræver venetransplantation
- Encasement længere end 3 cm kræver transplantation
- Mindre encasement over < 1 cm som regel lokal resektion og frys af laterale resektionsrand.
- Alt afhængig af tilstand og alder på pt.

Multimodale behandling

- Multidisciplinære konferencer
- Præoperativ behandling inkluderer:
 - Optimering af tilstanden
 - Ernærings vejledning og tilbud om oral impact
 - Nikotin plaster til rygere
 - PræOp 2 t. før anæstesi
 - Blodsukker kontrol x8 postoperativt (bls 4,6-6,1)
- Speedy metoden til resektable

Effektiv udredning



Øvre G-I gruppe Odense

Præoperativ udredning !



Tak for opmærksomheden