

Nádory slinivky břišní

- **prekurzorové léze**
 - pankreatická intraepitelová neoplazie (PanIN)
 - intraduktální papilární mucinózní neoplázie (IPMN)
 - mucinózní cystická neoplázie (MCN)
- **benigní nádory** se vyskytují velmi zřídka
 - lipomy, cystadenomy, dermoidní cysty, teratomy, apudomy
 - cystadenomy inklinují k malignizaci, odstraňují se
- **maligní nádory** – odlišujeme ampulární nádory a pak karcinom pankreatu

Regionální uzliny pankreatu

- horní skupina – nad hlavou a tělem
- dolní skupina – pod hlavou a tělem
- přední skupina – pankreatoduodenální, pylorické a proximální mezenterické uzliny
- zadní skupina – zadní pankreatoduodenální, pericholedochální, mezenterické
- lienální skupina – uzliny v hilu sleziny

Prekurzorové léze

Cysty pankreatu lze rozdělit dle lokalizace na **periferní** (v periferních vývodech slinivky) a **intraduktální** (nasedající na hlavní vývod pankreatu, ductus pancreaticus. Intraduktální cysty mají **vyšší riziko malignizace** (kolem 10% oproti 1% u periferních útvarů).^[1]

Ampulární (periampulární) nádory

- nejčastěji to je dobře diferencovaný adenokarcinom s papilárně exofytickými projevy
- dříve naprosto raritní, dnes je to až pátá nejčastější příčina smrti na rakovinu
- postihuje osoby starší 50 let
- prognosticky příznivé je, že se záhy projeví obstrukčním ikterem – proto je až 4x častěji indikován k resekci než karcinom hlavy pankreatu
- metastázy nastupují později

Karcinom

 *Podrobnější informace naleznete na stránce Karcinom pankreatu.*

- dle lokalizace rozeznáváme – karcinom hlavy, těla a kaudy pankreatu
- výskyt
 - je stále častější (v současnosti asi 2x více než v meziválečném období)
 - tvoří přes 10 % malignit GITu, přes 3 % všech malignit
- příčiny – je známa řada predispozičních faktorů – obezita, alkohol, kouření, DM, biliopankreatický reflux, chronická pankreatitida
- lokalizace – 65-70 % je v hlavě, 15 % v těle, 5 % v oblasti kaudy
- histologie – 90 % jde o adenokarcinom z duktálního epitelu, velmi špatnou prognózu má karcinom z acinárních buněk

Stádia nádorového procesu

- stádium I – T1 nebo 2, N0, M0
- stádium II – T3 (infiltrace do žaludku, cév...), N0, M0
- stádium III – jakékoli T, N1, M0
- stádium IV – jakékoli T, N, ale M1

Klinický obraz

- zpočátku
 - syndrom „dyskomfortu“ – nechuť k jídlu, pocit plnosti, úbytek hmotnosti a trávicí obtíže
 - tyto příznaky by měly vést k podezření na malignitu pankreatu
- bolesti – v nadbřišku a pásovitě vystřelují do zad
- u tumoru hlavy – obstrukční ikterus – typický bezbolestný nástup

Diagnóza

- rozhodující jsou zobrazovací metody
- kontrastní rtg – typické rozšíření duodenálního okénka „C“



Karcinom hlavy pankreatu po aplikaci kontrastní látky na CT

- USG – identifikuje tumorovou masu, umožní FNAB
- ERCP– zobrazovací funkce a odběr pankreatické šťávy k cytologii
- CT
- arteriografie – důležitá pro stanovení operability tumoru (infiltrace porty nebo mezenterik – téměř to vylučuje radikální výkon)
- onkomarkery – CEA, CA 19-9, CA 50
- dif.dg. – benigní tumory, pankreatické pseudocysty, chronická pankreatitida

Terapie

- optimálně je chirurgická
- Whippleova operace – při postižení hlavy – kefalická parciální duodenopankreatektomie
- postižení kaudy – levostranná resekce pankreatu
- totální duodenopankreatektomie, spojení trubice gastrojejunoanastomózou
- paliace
 - při útlaku žlučových cest – bilidigestivní anastomózy (viz výše)
 - při hrozícím útlaku duodena – gastrojejunoanastomóza
- pooperační opatření – kontrola glykémie, příp. terapie iatrogenního DM – **tento diabetes je velmi těžce ovlivnitelný pro absenci glukagonu! – velké tendence k hypoglykemiím!!!**
 - substituce pankreatických enzymů
- adjuvance – perkutánní konvenční RT, na CHT je ca málo senzitivní, používá se jen paliativně

Prognóza

- velmi nepříznivá, operační letalita je 5–15 %
- u včas diagnostikovatelného karcinomu je 5-leté přežití stále jen 3 %

Odkazy

Reference

1. CSOMOR, Ján. *Choroby pankreatu* [přednáška k předmětu Gastroenterologie, obor LEK VŠEOB, 1.LF UK]. Praha. 11.10.2023.

Zdroj

- BENEŠ, Jiří. *Studijní materiály* [online]. [cit. 6.5.2010]. <<http://jirben.wz.cz>>.