Pankreaskarzinom

Ernst Klar^a Hans Seifert^b

^a Abteilung für Allgemeine, Thorax-, Gefäß- und Transplantationschirurgie, Chirurgische Klinik und Poliklinik, Universität Rostock,

^b Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Diabetologie, Klinikum Oldenburg, Deutschland

Das Pankreaskarzinom, dessen Inzidenz zunimmt, hat trotz großer Anstrengungen zum Verständnis der Tumorbilogie und zur Verbesserung der Therapie über Jahre nahezu unverändert eine enttäuschend schlechte Prognose mit einer 5-Jahres-Überlebensrate von unter 5%. Bei der Erstpräsentation der Patienten besteht in 80% Irresektabilität. Damit stellt es eine der ganz großen Herausforderungen für die onkologische Viszeralmedizin dar.

Das vorliegende Heft gibt eine Übersicht über den derzeitigen Stand der Diagnostik sowie der chirurgischen und chemotherapeutischen Behandlung. Ein Hauptfokus dieses Themenhefts besteht in der Analyse der Resektabilität [1]. Die grundsätzlichen Kriterien müssen fachübergreifend bekannt sein, da Daten aus den USA darauf hinweisen, dass unter dem Eindruck der schlechten Gesamtprognose der Erkrankung auch durchaus resektable Befunde dem Chirurgen nicht immer vorgestellt werden. Dieser Nihilismus ist beim Pankreaskarzinom heute ungerechtfertigt. Die Resektion des Tumors muss wann immer möglich durchgeführt werden [2, 3]. Die 5-Jahres-Überlebensrate liegt bei Tumorentfernung ohne Lymphknotenbefall und mit adjuvanter Chemotherapie bei 20–25%. An entsprechenden Zentren ist auch die Entfernung großer, das Pankreas weit überschreitender Tumoren operativ technisch möglich. In mehreren Beiträgen dieses Hefts wird sehr kritisch die onkologische Sinnhaftigkeit palliativer Operationen analysiert.

R2-Resektionen sind mit einer deutlichen Einschränkung der Überlebenszeit verbunden und sollten geplant nicht erfolgen. Wenn die Resektion an einem «point-of-no-return» durchgeführt werden muss, so kann festgestellt werden, dass die meisten Patienten auch von dieser palliativen Resektion profitieren. Galleabfluss und Nahrungspassage sind gesichert, stentassoziierte Probleme entfallen. Besonders hoch bewerten muss man jedoch den psychologischen Befreiungsschlag für den Patienten gegenüber dem deprimierenden Gefühl der Inoperabilität. Diese Patienten profitieren aber nur dann, wenn die Operation reproduzierbar mit niedriger Morbidität

durchgeführt wird. Nach übereinstimmenden Literaturdaten fordern wir heute eine Mortalität von unter 5%, wobei eine Korrelation von Fallzahl und positivem Outcome für die Pankreaskopfresektion nachgewiesen wurde.

Die Resektion von Teilen der mesenterikoportalen Achse bei Tumordinfiltration hat in mehreren Serien ähnliche Langzeitergebnisse wie bei fehlender venöser Infiltration. Demgegenüber gilt die arterielle Infiltration von Truncus coeliacus, Arteria hepatica oder Arteria mesenterica superior weiterhin als Kriterium der Irresektabilität, da hiermit meistens eine Lymphangiosis carcinomatosa zum Retroperitoneum oder der Mesenterialwurzel verbunden ist. Für diese Fälle stellt sich die Frage der neoadjuvanten Therapie, die bei bisher fehlender Datenbasis jedoch Einzelentscheidungen vorbehalten bleibt.

Die onkologischen Grenzen der Pankreaschirurgie werden aktuell sehr kritisch ausgetestet. Für diese Situationen können noch keine Literaturdaten herangezogen werden. Es kann aber durchaus akzeptiert werden, dass eine Lebermetastase bei oberflächlicher Lage simultan mit dem Pankreastumor reseziert wird und nicht mehr als absolute Kontraindikation gilt. Die Diskussion über die Resektion von Lokalrezidiven hat erst begonnen. Die Indikation ist sehr individuell und abhängig von der Lagebeziehung des Rezidivtumors und dem Beschwerdebild des Patienten.

In der palliativen Therapie der gastroduodenalen Obstruktion bei Pankreaskarzinom sind in zwei randomisierten Studien die Applikation eines selbstexpandierbaren Metallstents der Gastrojejunostomie gleichwertig allerdings bei sehr kurzen Überlebenszeiten von 105 bzw. 165 Tagen. Die Stentbehandlung scheint ein Ansatz bei hinfalligen Patienten im fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung und sollte in weiteren Serien geprüft werden.

Müller und Caca [4] diskutieren in ihrem Beitrag die Vorteile endoskopisch eingesetzter Metallstents im Vergleich zur Gastrojejunostomie bei der palliativen Behandlung von Duodenalstenosen.

Eine sorgfältige Analyse der zum Teil widersprüchlichen und verwirrenden – und jedenfalls insgesamt enttäuschenden – Daten zur Chemotherapie geben die Beiträge von Frank Kullmann [5] und Alexander Hamm [6]. Bei marginalem Nutzen eines Therapieregimes für nur wenige hat die Diskussion mit den Patienten im Einzelfall größtes Gewicht.

Andrén-Sandberg et al. [7] von der Karolinska Universität aus Stockholm begründen die Hoffnung auf bessere Ergebnisse in der Zukunft durch besserer Früherkennung, vielleicht sogar Screening von Risikogruppen, und differenziertere chirurgische und medikamentöse Strategien, basierend auf einem

vertieften Verständnis der Tumorbiologie. Darüber hinaus beschreiben sie die Pankreas-Stammzelle als zentrales Steuerungselement in der Signalkaskade der Tumorphysik und als eine mögliche Zukunftsentwicklung in der Tumorkontrolle.

Die chirurgische Technik in der Behandlung des Pankreaskarzinoms hat einen hohen Standard erreicht. Gegenüber dem historischen Vergleich ist eine heute mögliche 5-Jahres-Überlebensrate von 25% zwar ein Quantensprung, dokumentiert aber gleichzeitig die große Herausforderung für additive Therapiestrategien.

Literatur

- 1 Witzigmann H, Jungnickel H, Kißenkötter S: Pankreaskarzinom: Kriterien und Grenzen der Resektabilität. *Viszeralmedizin* 2010;26(2):78–82.
- 2 Deutsch LS, Bockhorn M, Cataldegirmen G, Izbicki JR: Pankreaskarzinom: Ist die operative Therapie gerechtfertigt bei R2-Resektion, Lebermetastasen oder Rezidivtumor? *Viszeralmedizin* 2010;26(2):103–108.
- 3 Hackert T, Büchler MW: Pankreaskarzinom – Standards der chirurgischen Therapie. *Viszeralmedizin* 2010;26(2):97–102.
- 4 Müller MA, Caca K: Minimal invasive Therapie von malignen gastroduodenalen Obstruktionen bei Inoperabilität: Stent oder Gastrojejunostomie? *Viszeralmedizin* 2010;26(2):84–88.
- 5 Kullmann F: Pankreaskarzinom: Algorithmus der palliativen Chemotherapie. *Viszeralmedizin* 2010; 26(2):91–96.
- 6 Hamm A, Büchler MW, Weitz J: Neoadjuvante und adjuvante Therapiekonzepte beim duktalen Pankreaskarzinom – was gibt es Neues? *Viszeralmedizin* 2010;26(2):109–115.
- 7 Andrén-Sandberg Å, Ansorge C, Gilg S: Pancreatic carcinoma: therapeutic future prospects. *Viszeralmedizin* 2010;26(2):116–121.