

Pankreaskarzinom

Vorbemerkungen

Das Pankreaskarzinom ist als 5. häufigste Krebstodesursache ein Karzinom mit einer sehr schlechten Prognose. Die einzige Aussicht auf Heilung ist nach wie vor die chirurgische Therapie. In den letzten Jahren haben sich im Rahmen multimodaler Therapien neue Aspekte für eine Verbesserung der chirurgischen Ergebnisse und des Langzeitüberlebens ergeben. Hier ist allerdings noch Raum für viel Verbesserungen.

Risikofaktoren

Zu den bekannten Risikofaktoren des Pankreaskarzinoms sind neben einer seltenen familiären Veranlagung vor allem das Rauchen und die chronische Entzündung der Bauchspeicheldrüse zu nennen.

Vorsorge

Eine Vorsorgeuntersuchung im eigentlichen Sinne gibt es für das Pankreaskarzinom nicht. Lediglich Familien mit bekanntem, vererbtem Risiko ist eine regelmäßige Untersuchung mit Ultraschall und ggf. mit Hilfe der Computertomographie sinnvoll. Bei Patienten mit einer chronischen Pankreatitis sollte im Zweifel, bei unklarem Befund eine operative Klärung erfolgen.

Einteilung/Klassifikation

Man unterscheidet vor allem 2 große Subgruppen, das duktales Adenokarzinom und die neuroendokrinen Tumoren. Sowohl Entstehung als auch Krankheitsverlauf sind vollkommen unterschiedlich, wobei die Adenokarzinome die wichtigere Gruppe bilden. Außerdem gibt es Cystadenome, die ein gewisses Risiko der Entartung haben und sich aufgrund ihrer zystischen Struktur oft schwierig von den eigentlichen Cysten abgrenzen lassen.

Die Einteilung der bösartigen Tumoren erfolgt nach der TNM-Klassifikation (T = Tumorgroße, N= Lymphknotenbefall, M= Fernmetastasen) der UICC (Union internationale contre Cancer). Je nach Stadium ergibt sich eine unterschiedliche Überlebensprognose. Daraus leiten sich auch die Empfehlungen für eine Vor- oder Nachbehandlung ab.

Klinik

Klinische Beschwerden treten meist erst zu einem relativ fortgeschrittenen Erkrankungszeitpunkt auf und sind eher unspezifisch. Neben einem diffusen Oberbauchschmerz ist das häufigste Symptom der schmerzlose Ikterus. Er stellt auch ein Warnsignal für eine zügige Diagnostik dar.

Diagnostik

Neben der klinischen Untersuchung und der Laboruntersuchung mit Leber- und Pankreaswerten sollten die Tumormarker CEA (carcino-embryonales antigen) und CA 19-9, die vor allem für den Therapieverlauf eine Rolle spielen, bestimmt werden. Bei der Bildgebung ist die Computertomographie, die Angio-Computertomographie für die Abgrenzung der Gefäße und die MRCP (kernspintomographische Darstellung des Gallengangssystems) etabliert und für die weitere Festlegung der Therapie bedeutsam. Zusätzlich dient die Endosonographie zu genauen Größen- und Infiltrationsbestimmung. Eine Biopsie kann im positiven Fall das weitere Vorgehen vor allem im Hinblick auf eine Vorbehandlung mit Chemotherapie und Bestrahlung beeinflussen.

Therapie

Tumoren der Bauchspeicheldrüse, die operativ entfernt werden können, sollten radikal reseziert werden. Für Tumoren des Pankreaskopfes ist das die s.g. Whipple'sche Resektion, bei der aus Radikalitätsgründen neben dem Pankreaskopf auch der Zwölffingerdarm, das untere Magendrittel und der unteren Gallengang mit Gallenblase entfernt werden. Bei Tumoren des Pankreasschwanzes ist in einigen Fällen neben der Pankreasteilresektion auch eine Milzentfernung notwendig. In seltenen Fällen ist die vollständige Entfernung der Bauchspeicheldrüse erforderlich. Postoperativ tritt je nach Ausdehnung der Organentfernung eventuell ein insulinpflichtiger Diabetes mellitus auf.

Nachbehandlung

Sollte nach kurativer Entfernung des Tumors ein Befall der angrenzenden Lymphknoten nachgewiesen werden, empfiehlt sich im Einzelfall die adjuvante Therapie mit Chemotherapie und ggf. Bestrahlung.

Bei Nachweis eines lokal fortgeschrittenen Tumors, der aber noch auf das Organ und die unmittelbaren Nachbarstrukturen beschränkt ist, ist in einigen Fällen eine Vorbehandlung mit Radiochemotherapie sinnvoll. Ziel ist es in diesem Fall, den Tumor vor der operativen Therapie zu verkleinern und damit das Ergebnis zu verbessern.

Bei fortgeschrittenen Tumoren, insbesondere bei bereits nachweisbaren Tochtergeschwülsten, ist unter Umständen die operative Entfernung des Tumors nicht sinnvoll. Hier greifen alternative Behandlungsverfahren, wie die Chemotherapie, zur Wachstumskontrolle des Tumors sowie so genannte palliative Maßnahmen, die die Gelbsucht und die Nahrungsaufnahme behandeln (endoskopische Stent oder chirurgische Bypassverfahren).

Alle Patienten werden in der wöchentlichen Tumorkonferenz in einem interdisziplinären Kreis von Pathologen, Chirurgen, Onkologen, Gastroenterologen und Strahlentherapeuten besprochen. Somit ist eine individuelle und auf den jeweiligen Patienten speziell zugeschnittene Therapie möglich.