

Nádory slinivky břišní

- **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

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

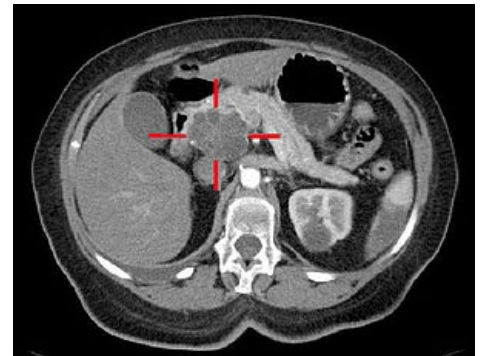
- zpočátku
 - syndrom „dyskomfortu“ - nechuť k jídlu, pocit plnosti, úbytek hmotnosti a trávicí obtíže
 - tyto příznaky by měly vést k podezření na malignitu pankreatu
- bolesti - v nadbřišku a pásovitě vystřelují do zad
- u tumoru hlavy - obstrukční ikterus - typický bezbolestný nástup

Diagnóza

- rozhodující jsou zobrazovací metody
- kontrastní rtg - typické rozšíření duodenálního okénka „C“
- 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 gastrojejunostomózou
- paliace
 - při útlaku žlučových cest - bilidigestivní anastomózy (viz výše)
 - při hrozícím útlaku duodena - gastrojejunostomóza
- 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



Karcinom hlavy pankreatu po aplikaci kontrastní látky na CT

Prognóza

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

Odkazy

Zdroj

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

Citováno z „https://www.wikiskripta.eu/index.php?title=Nádory_slinivky_břišní&oldid=295762“