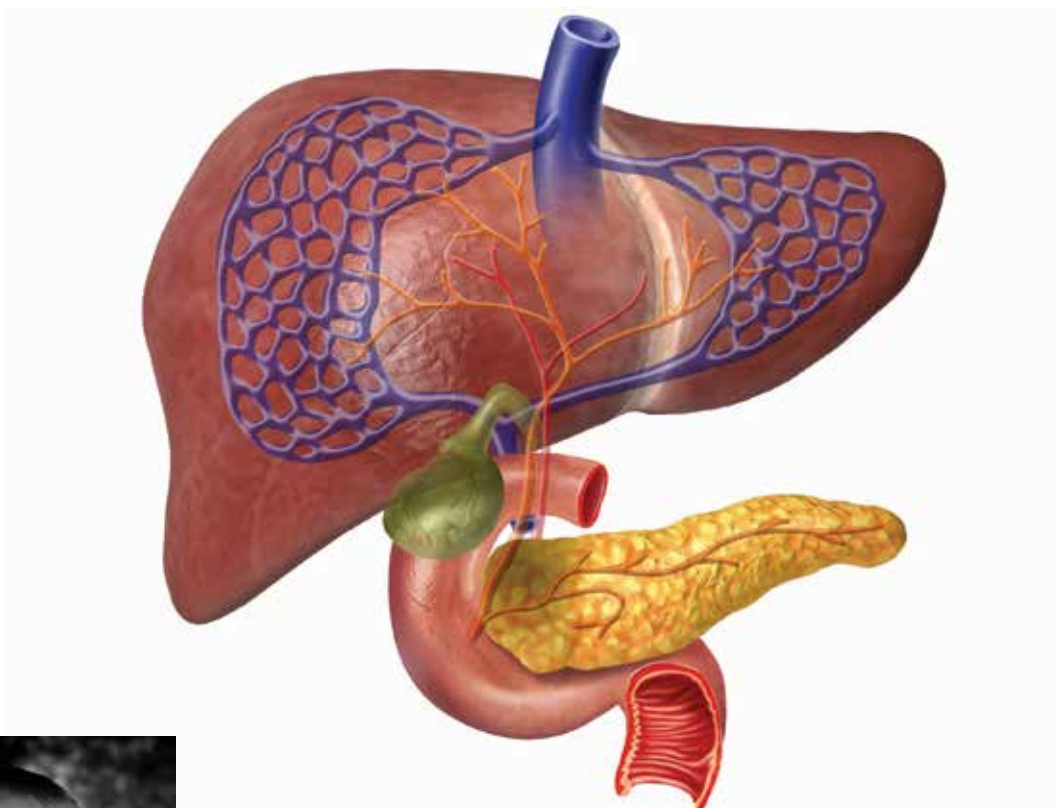


Καρκίνος Παγκρέατος – Χειρουργική Αντιμετώπιση



Από τον
Μιχάλη Βασιλόγλου Γκανή, MD
Χειρουργό,
Διευθυντή Τμήματος Χειρουργικής
Ήπατος – Χοληφόρων - Παγκρέατος
Ιατρικού Π. Φαλήρου

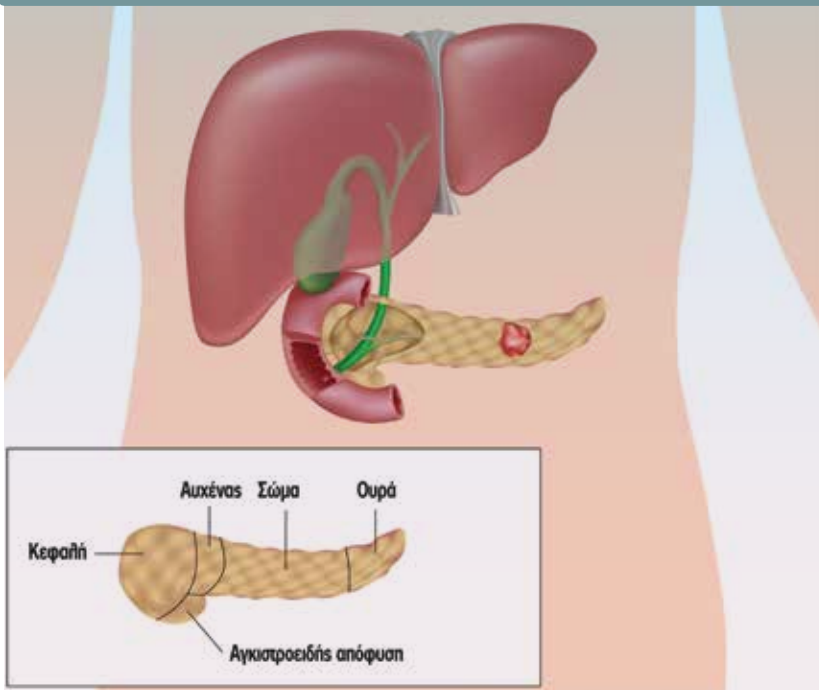
Το πάγκρεας είναι σημαντικός και σύνθετος μεικτός αδένας του πεπτικού συστήματος με ενδοκρινή και εξωκρινή μοίρα, ο οποίος παράγει σημαντικές ορμόνες για τον οργανισμό, με κυριότερες την ινσουλίνη, το γλυκαγόνο και την αυξητική ορμόνη και για την πέψη το παγκρεατικό υγρό, πλούσιο σε ένζυμα που συμμετέχουν στην απορρόφηση λιπιδίων, πρωτεϊνών και υδατανθράκων.

Η συχνότητα εμφάνισης του παγκρεατικού καρκίνου στον πληθυσμό είναι 1,2 νέα κρούσματα ανά 10.000 πληθυσμό. Ο καρκίνος του παγκρέατος αποτελεί την τέταρτη κατά σειρά αιτία θανάτου στις ΗΠΑ, μετά από τον καρκίνο των πνευμόνων, του παχέος εντέρου και του μαστού. Η συχνότερη μορφή καρκίνου το παγκρέατος είναι το **διηθητικό αδενοκαρκίνωμα** (85%) και ακολουθούν οι **κυστικοί όγκοι**, οι **νευροενδοκρινικοί όγκοι** του παγκρέατος (pNETs), τα **θηλώδη κυστικά νεοπλασμάτα**

(IPMNs), το **λέμφωμα του παγκρέατος** κ.ά. Η συχνότερη εντόπιση του είναι στην **κεφαλή** του οργάνου (70-75%) ακολουθεί στην **ουρά** του οργάνου (15-20%) και στο **σώμα** (10-15%).

Πρόκειται για ένα «ύπουλο» νεόπλασμα που αργεί να δώσει συγκεκριμένη κλινική συμπτωματολογία και ξεκινάει με άτυπα συμπτώματα, όπως ανορεξία, ανεξήγητη απώλεια βάρους, απαστροφή προς ορισμένες τροφές, δυσπεπτικά ενοχλήματα, που αποδίδονται αρχικά σε άλλα αίτια. Όταν προχωρήσει η νόσος τα συμπτώματα είναι πιο θορυβώδη, όπως ο αποφρακτικός ίκτερος, ο πόνος και η έντονη οσφραγία.

Η **διάγνωσή** του γίνεται κυρίως με την **αξονική τομογραφία κοιλίας**, ενώ συμπληρωματικές πληροφορίες για τον χειρουργό δίνονται από την **αξονική αγγειογραφία κοιλίας**, την **μαγνητική απεικόνιση** και το **ενδοσκοπικό υπερηχογράφημα**.



Η χειρουργική αφαίρεση του όγκου είναι η μόνη θεραπευτική επιλογή, η οποία δυναμικά μπορεί να οδηγήσει στην ίαση.

Η αντιμετώπιση του καρκίνου του παγκρέατος αποτελεί ένα πολυσύνθετο πρόβλημα, λόγω της καθυστερημένης διάγνωσης, της ανάγκης εξειδικευμένης χειρουργικής αντιμετώπισης, του μεγάλου αριθμού υποτροπών και της περιορισμένης επιβίωσης.

Οι αποφάσεις για τη θεραπεία και την εξαιρεσιμότητα του όγκου θα πρέπει, σύμφωνα με τις διεθνείς οδηγίες (NCCN guidelines), να λαμβάνονται από χειρουργούς εξειδικευμένους στη χειρουργική του παγκρέατος, που έχουν να επιδείξουν την ανάλογη εμπειρία

και παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά εξαιρεσιμότητας, ακόμα και σε περιπτώσεις που παλαιότερα θεωρούνταν ανεχειρήστες, όπως όταν υπάρχει διήθηση της πυλαίας φλέβας ή του μεγάλου μεγέθους του όγκου. Οι περιπτώσεις με παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων αντιμετωπίζονται κατευθείαν από τον ογκολόγο, σε συνεργασία με επεμβατικό ακτινολόγο, για την ανακούφιση των προβλημάτων, όπως ο ίκτερος και η δωδεκαδακτυλική απόφραξη.

Η εξαιρεσιμότητα του όγκου πλέον χαρακτηρίζεται καλύτερα από την απουσία αντενδείξεων για την εκτομή αυτού, οι οποίες είναι:

- Ο όγκος περιβρογχίζει τα αγγεία του κοιλιακού άξονα ή την άνω μεσεντέριο αρτηρία >180°.
- Πλήρης θρόμβωση της πυλαίας φλέβας.

- Απομακρυσμένες μεταστάσεις.

Αξίζει να σημειωθεί ότι πλέον η διήθηση της πυλαίας φλέβας έως και 50% δεν αποτελεί αντένδειξη, καθώς μπορεί να γίνει εκτομή του διηθημένου τμήματος και αποκατάσταση με φλεβικό ή συνθετικό μόσχευμα.

Θα πρέπει να σημειωθεί, επίσης, ότι η επιλογή των ασθενών για χειρουργική επέμβαση θα πρέπει να βασίζεται στην πιθανότητα ίασης, όπως αυτή ορίζεται και από την πλήρη και σε καθαρά όρια εξαίρεση του νεοπλασματος. Άλλοι παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν την ιατρική απόφαση αποτελούν τα συνοδά νοσήματα του ασθενούς και η φυσική του κατάσταση.

Οι χειρουργικές επεμβάσεις για τον καρκίνο του παγκρέατος διακρίνονται στην **κλασική παγκρεατοδωδεκαδακτυλεκτομή (Whipple)** για τους όγκους της κεφαλής του παγκρέατος και του φύματος του vater, στην **περιφερική** αλλιώς και στην **ολική παγκρεατεκτομή**, ανάλογα με την εντόπιση και το μέγεθος του νεοπλασματος.

Λιγότερο εκτεταμένες επεμβάσεις αναφέρονται στη διεθνή βιβλιογραφία, για περιορισμένο αριθμό ασθενών, με μικρού μεγέθους όγκους και χαμηλής κακοήθειας, όπως η εκφυρίνιση ενός ινσουλινώματος με τη βοήθεια διεγχειρητικού υπερηχογραφήματος. Τροποποιήσεις των παραπάνω επεμβάσεων αποτελούν: η παγκρεατοδωδεκαδακτυλεκτομή με διατήρηση του πυλωρού και η παγκρεατεκτομή με διατήρηση του δωδεκαδακτύλου ή του σπληνός.

Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας που παίζει ρόλο τόσο στη συνολική επιβίωση του ασθενούς, όσο και στον έλεγχο της τοπικής υποτροπής, αποτελεί η αφαίρεση των λεμφαδένων του περινευριδιακού αλλιώς και του περιαγγειακού ιστού της περιοχής.

Ο μέσος όρος νοσηλείας μετά από παγκρεατοδωδεκαδακτυλεκτομή είναι μικρότερος από δύο εβδομάδες, ενώ για την περιφερική μία εβδομάδα.

Οι ασθενείς που αντιμετωπίζονται σε τμήματα χειρουργικής παγκρέατος εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά επιβίωσης, χαμηλότερο ποσοστό επιπλοκών και θνητότητας. ♦

