



ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ-από το Α ως το Ω»



Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

"Ογκολογική πρόγνωση του παγκρεατικού καρκίνου σε ασθενείς με συρίγγιο έναντι ασθενών χωρίς συρίγγιο"

υπό

Ιωάννη Κανάκη

Ειδικευμένου Χειρουργικής

Υπεβλήθη για την εκπλήρωση μέρους των
απαιτήσεων για την απόκτηση του
Διπλώματος Μεταπτυχιακών Σπουδών
«ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ-από το Α ως το Ω»

Λάρισα 2024

Επιβλέπων Καθηγητής:

Δημήτριος Ζαχαρούλης, Καθηγητής Χειρουργικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

Δημήτριος Ζαχαρούλης, Καθηγητής Χειρουργικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Δημήτριος Συμεωνίδης, Επίκουρος Καθηγητής Χειρουργικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Αλέξανδρος Διαμαντής, Εντεταλμένος Διδάσκων, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Τίτλος εργασίας στα αγγλικά: Oncological prognosis of pancreatic cancer with or without postoperative fistula (POPF)

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να εκφράσω τις ειλικρινείς μου ευχαριστίες στον επιβλέποντα καθηγητή και συντονιστή του μεταπτυχιακού προγράμματος κ. Δημήτριο Ζαχαρούλη. Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τους υπολοίπους καθηγητές για την αφοσίωση και την θέληση τους να μεταλαμπαδεύσουν τις πολύτιμες και αξιόλογες γνώσεις τους στους νεότερους συνάδελφους. Ακόμα θα ήθελα να ευχαριστήσω τον συντονιστή διευθυντή του νοσοκομείου που εργάζομαι Ιωάννη Δημητρίου για την ευκαιρία και την άδεια να συλλέξω τα δεδομένα από περιστατικά της κλινικής μας και να επιτευχθεί η διπλωματική που ακολουθεί. Τέλος τις θερμές μου ευχαριστίες θα ήθελα να εκφράσω στην Σύζυγο μου Σοφία και στους γονείς μου για την πολύτιμη και ακούραστη υποστήριξη τους.

Περίληψη

Ο καρκίνος του παγκρέατος βρίσκεται στην τρίτη θέση μεταξύ των κακοήθων νεοπλασιών του πεπτικού (προέχουν ο καρκίνος του στομάχου και του παχέος εντέρου -ορθού).

Την περασμένη 10ετία ο καρκίνος του παγκρέατος ήταν υπαίτιος για συνολικά 411.600 θανάτους παγκοσμίως.

Η ακριβής αιτιολογία για τον παγκρεατικό καρκίνο είναι άγνωστη, με κάποιους από τους αιτιοπαθογενετικούς παράγοντες να είναι η χρόνια παγκρεατίτιδα, ο χρόνιος αλκοολισμός, το κάπνισμα και ο ζαχαρώδης διαβήτης.

Σκοπός

Σκοπός της συγκεκριμένης εργασίας είναι η μελέτη και διαπίστωση αν ένα μετεγχειρητικό συρίγγιο/φίστουλα επηρεάζει την ογκολογική πρόγνωση του ασθενούς.

Μεθοδολογία Στην πτυχιακή εργασία συλλέχτηκαν τα στοιχεία συνολικά 26 ασθενών που έχουν χειρουργηθεί στην κλινική μας, όπως και διενεργήθηκε αναζήτηση δημοσιευμένων άρθρων και μελετών στις ηλεκτρονικές πλατφόρμες αναζήτησης Pubmed και Google Scholar

Συμπεράσματα

Το χειρουργείο σε συνδυασμό με την προεγχειριστική (neoadjuvant) και μετεγχειριστική χημειοθεραπεία είναι η κύρια θεραπευτική αντιμετώπιση του παγκρεατικού καρκίνου. Η μετεγχειριστική χημειοθεραπεία σε ασθενείς με καρκίνο του παγκρέατος είναι μείζονος σημασίας για το προσδόκιμο και ποιότητα της εναπομένοντα ζωής των ασθενών.

Δυστυχώς δεν υπάρχουν έρευνες οι οποίες να ταξινομούνται σε ασθενείς που έχουν λάβει χημειοθεραπεία με μετεγχειριστική φίστουλα, καθώς ένας ασθενής λόγω της ανοσοκαταστολής του κατά την περίοδο της χημειοθεραπείας για να λάβει μια μετεγχειριστική χημειοθεραπεία η ανοσοθεραπεία, θα πρέπει να έχουν επουλωθεί όλες οι πληγές του χειρουργείου και των παροχετεύσεων.

Συνεπώς καταλήγουμε στο συμπέρασμα απλής λογικής ότι ο χρόνος που κάνει μια φίστουλα να επουλωθεί είναι για τον ασθενή ένας πολύτιμος χαμένος χρόνος χημειοθεραπείας ο οποίος θα μπορούσε να δώσει μια παράταση ή μια διαφορετική ποιότητα ζωής στον εναπομεινώνοντα χρόνο για την υπόλοιπη ζωή του.

Τέλος θα πρέπει να επικεντρωθούμε και να προβληματιστούμε στα αίτια και στις τεχνικές τις οποίες θα μπορέσουν να καλυτερεύσουν την ποιότητα του χειρουργείου έτσι ώστε να αποφευχθεί ένα μετεγχειρητικό συρίγγιο. Έτσι ώστε να είναι εφικτό με κάθε δυνατό τρόπο ο ασθενής να μπορεί να λάβει μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα την κανονική προγραμματισμένη χημειοθεραπεία.

Λέξεις- Κλειδιά: Παγκρεατικό Συρίγγιο, χημειοθεραπεία, Προσδόκιμο ζωής

Abstract

Pancreatic cancer ranks third among malignant neoplasms of the digestive tract (preceded by stomach and colorectal cancer). In the last 10 years pancreatic cancer was responsible for a total of 411 600 deaths worldwide. The exact aetiology for pancreatic cancer is unknown, with some of the aetiopathogenic factors being chronic pancreatitis, chronic alcoholism, smoking and diabetes mellitus.

Aim

The aim of this study is to investigate and determine whether a postoperative fistula/fistula affects the oncological prognosis of the patient.

Methodology

In this thesis, the data of a total of 50 patients operated in our clinic were collected, and a search of bipublished articles and studies in Pubmed and Google Scholar search platforms was conducted.

Conclusions

Surgery in combination with preoperative (neoadjuvant) and postoperative chemotherapy is the main therapeutic treatment for pancreatic cancer. Post-operative chemotherapy in patients with pancreatic cancer is of minor importance for the expectation and quality of patients' remaining life. Unfortunately, there are no studies that classify patients who have received chemotherapy with postoperative fistula, as a patient due to immunosuppression during the period of chemotherapy to receive a postoperative chemotherapy or immunotherapy, all wounds of the surgery and drains must have healed.

We therefore conclude by simple logic that the time it takes for a fistula to heal is for the patient a valuable lost time of chemotherapy which could give an extension to the time of remission for the rest of his life.

Finally, we should focus on reasons and techniques that can improve the quality of surgery to avoid a postoperative fistula. In this way the patient will be able to receive within a month the normal scheduled chemotherapy.

Key words: Pancreatic fistula, Chemotherapy, Expectation of life

Πίνακας Περιεχομένων

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1 Εισαγωγή.

1.1. (Το Πάγκρεας)	9
1.2. (Πόροι Παγκρέατος)	11
1.3 (Αιμάτωση του Παγκρέατος)	12
1.4. (Λεμφική Παροχέτευση και Λεμφαδένες του Παγκρέατος)	12
1.5. (Φυσιολογία του Παγκρέατος)	13

Κεφάλαιο 2

2.1 Περιγραφή της Νόσου	15
2.2. Συμπτώματα Ασθενών	15
2.3. Διαγνωστική διαδικασία	16
2.4. Θεραπευτική διαδικασία	16
2.4.1. Χειρουργική Θεραπεία	17
2.4.2. Φαρμακευτική θεραπεία	19
2.5. Πρόγνωση	21

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 3

3.1 Παγκρεατικό συρίγγιο	23
3.2 Δείγμα Ασθενών	24
3.3 Πίνακας συλλογής δεδομένων	25
3.4 Εξαγωγή δεδομένων	26

Κεφάλαιο 4

Αποτελέσματα και Σύνθεση αποτελεσμάτων	28
---	-----------

Κεφάλαιο 5

Σύνοψη Διατριβής **29**

Βιβλιογραφία **30**

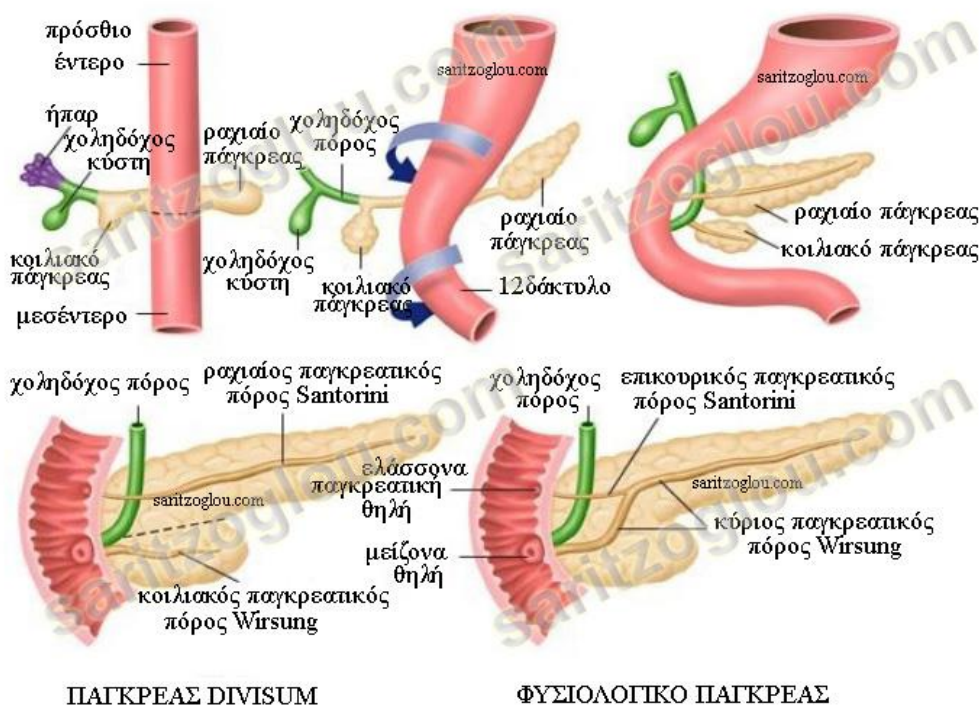
Κεφάλαιο 1

1.1. Ανατομία παγκρέατος

Η πρώτη ανατομική περιγραφή του παγκρέατος έγινε περί το έτος 100 μετά χριστόν από τον Ρούφο τον Εφέσιο. Πέρασαν αρκετοί αιώνες μέχρι να διαπιστωθεί ότι αυτό το όργανο ήταν αδένας και συγκεκριμένα αυτό πραγματοποιήθηκε το 1642 από τον Wirsung και ακριβέστερα έγινε ο προσδιορισμός του το 1664 ως σιελογόνος αδένας της κοιλιάς, από τον Regmerus de Graaf. Τόσο η ανατομία όπως και η παθολογική του φυσιολογία καθιστά το συγκεκριμένο όργανο κατά τη λαπαροτομία δυσκολοπρόσιτο, καθώς βρίσκεται στον οπίσθιο περιτοναϊκό χώρο.

Η εμβρυολογική ανάπτυξη του παγκρέατος αρχίζει την πέμπτη εβδομάδα της ενδομήτριας ζωής και συγκεκριμένα από το ραχιαίο η οπίσθιο εκκόλπωμα του πρωτογενούς γαστρεντερικού σωλήνα και από τη προεκβολή του ουραίου τμήματος του κοιλιακού εκκόλψματος.

Εν συνέχεια θα σχηματιστεί από το πρώτο εκκόλπωμα σταδιακά το άνω τμήμα της κεφαλής του αδένος, έπειτα το σώμα και η ουρά. Το κατώτερο τμήμα της κεφαλής προέρχεται από μια προεκβολή του ωραίου τμήματος του κοιλιακού εκκόλψματος από όπου και σχηματίζεται σταδιακά η χοληδόχος κύστη ο κυστικός πόρος ο χοληδόχος πόρος, η συνένωση των 2 εκκόλψμάτων γίνεται μετά τη στροφή του κοιλιακού εκκόλψματος προς τα δεξιά. Κάθε ένα από τα εκκόλψματα αυτά διαθέτει τον δικό του πόρο. Κατά τη συνένωση των περιφερικών τμημάτων των 2 πόρων κατά τον έβδομο εμβρυϊκό μήνα σχηματίζεται ο μείζων παγκρεατικός πόρος ή αλλιώς πόρος του Wirsung. Επίσης ο επικουρικός πόρος ή αλλιώς πόρος Σαντορίνη προέρχεται από το κεντρικό τμήμα το πόρου του ραχιαίου εκκόλψματος. Όταν το κατώτερο τμήμα της κεφαλής του παγκρέατος προέρχεται από την προεκβολή του ουραίου τμήματος του κοιλιακού εκκόλψματος ο πόρος του Wirsung και ο χοληδόχος πόρος έχουν κοινή προεκβολή στο δωδεκαδάκτυλο αυτό συμβαίνει στο 65 έως 89% των περιπτώσεων. Στις περιπτώσεις εκείνες που το τμήμα της κεφαλής σχηματίζεται από ανεξάρτητο εκκόλπωμα του αρχέγονου γαστρεντερικού σωλήνα τότε οι 2 αυτοί πόροι εκβάλλουν στο δωδεκαδάκτυλο απομονωμένα. Αυτό ισχύει στο 12 έως 35% των περιπτώσεων.



Φωτογραφία από το αρχείο του Dr. Saritzoglou

Το πάγκρεας είναι ο δεύτερος μεγαλύτερος αδένας στο ανθρώπινο σώμα μετά το ήπαρ και έχει άμεση σχέση τόσο ανατομικά όσο και λειτουργικά με το πεπτικό σύστημα του ανθρώπου. Διαθέτει ενδοκρινή και εξωκρινή μοίρα και βρίσκεται στο βάθος της άνω κοιλίας και κατά το μεγαλύτερό του μέρος οπισθοπεριτοναϊκά. Συνολικά το μήκος του κυμαίνεται στα 20 έως 25 cm και το βάρος του στα 70 έως 90 g όταν αυτό είναι χωρίς παθολογικά ευρήματα το χρώμα του είναι λευκό ρόδινο ή υποκίτρινο στα παχύσαρκα άτομα, η εμφάνιση του λοβώδη, η σύστασή του μαλακή και το σχήμα του θυμίζει πιστόλα του δέκατου όγδοου αιώνα.

Ανατομικά εκτείνεται λοξά από τα δεξιά και κάτω προς τα αριστερά και άνω παρεμβάλλει μεταξύ της 12 δακτυλικής αγκύλης και των πυλών του σπληνός αντίστοιχα προς το ύψος του Ο3 σπονδύλου και Θ12. Η ουρά του παγκρέατος ενδέχεται να έχει άμεση επαφή με τον σπλήνα ενώ στις περισσότερες περιπτώσεις έχει μια απόσταση από αυτόν γύρω στα 4 cm και συνδέεται με τις πύλες του σπληνός από τον παγκρεατικοσπληνικό σύνδεσμο.

1.2 Πόροι του παγκρέατος

Διακρίνουμε 3 παγκρεατικούς πόρους στο πάγκρεας

1. Τον κύριο παγκρεατικό η Wirsung
2. Τον επικουρικό η Santorini
3. Τον κατώτερο πόρο

1. Παγκρεατικός ή πόρος του Wirsung

Ο πόρος αυτός διαγράφεται από όλο το μήκος του παγκρέατος. Η πορεία του είναι μόνο ενδοπαρεγχυματική, η κεντρική της θέση ξεκινάει από την ουρά και κατά τη μεσότητα του σώματος είναι επιφανειακή στην πρόσθια επιφάνεια. Στον ισθμό η πορεία του γίνεται λοξή προς τα κάτω και στη συνέχεια θα ευθεία στη και θα καταλήξει εγκάρσια στο δωδεκαδάκτυλο. Η διάμετρος του έχει σταδιακή αύξηση από τα αριστερά στα δεξιά έως την κεφαλή όπου και δημιουργείται ένας αυλός περίπου 2,5 έως 3 mm. Τέλος ο αυλός ξανά στενεύει και καταλήγει στο δωδεκαδάκτυλο με μια διάμετρο περίπου 1-1,5mm .

2. Επικουρικός η πόρος Santorini

Ο συγκεκριμένος πόρος συναντάται σπανιότερα. Είναι πιο επιφανειακός από τον παγκρεατικό πόρο την κεφαλή εκβάλλοντας 2 έως 3 φορές στο δωδεκαδάκτυλο. Η εκβολή του βρίσκεται στο μέσο της απόστασης μεταξύ άνω γόνατος και αγκύλης του δωδεκαδακτύλου.

3. Κατώτερος πόρος της κεφαλής

Είναι ο πόρος που παροχετεύει το μεγαλύτερο μέρος της κεφαλής του αδένος και το μικρό πάγκρεας . Στην πραγματικότητα είναι κλάδος του Wirsung και ο πόρος αυτός κατά τον Lataste εκβάλλει στον δωδεκαδάκτυλο.

1.3. Αιμάτωση του Παγκρέατος

Αρτηριακή αιμάτωση του παγκρέατος

Η αρτηριακή παροχή του παγκρέατος γίνεται μέσω της άνω παγκρεατοδωδεκαδακτυλικής αρτηρίας, η οποία εκφύεται από την κοινή ηπατική αρτηρία. Η κεφαλή του παγκρέατος τροφοδοτείται επίσης από την κάτω παγκρεατοδωδεκαδακτυλική αρτηρία, η οποία εκφύεται από την άνω μεσεντέριο αρτηρία. Ενώ η αρτηριακή αιμάτωση του παγκρέατος στην περιοχή της κεφαλής είναι σχετικά σταθερή, το παγκρεατικό σώμα και η ουρά έχουν μεταβλητή αγγειακή τροφοδοσία, κυρίως μέσω βραχέων αρτηριών που προέρχονται από τη σπληνική αρτηρία και κλάδους της εγκάρσιας παγκρεατικής αρτηρίας.

Φλεβική αιμάτωση του παγκρέατος

Η φλεβική παροχέτευση της κεφαλής του παγκρέατος γίνεται μέσω της άνω μεσεντέριας φλέβας. Το σώμα και η ουρά ανήκουν στην περιοχή εκροής της σπληνικής φλέβας.

1.4. Λεμφική Παροχέτευση και Λεμφαδένες του Παγκρέατος

Λεμφική Παροχέτευση

Η παροχέτευση της λέμφου γίνεται μέσω των περιπαγκρεατικών και των λεγόμενων "συλλεκτικών λεμφαδένων".

N1 οι περιπαγκρεατικοί λεμφαδένες:

- 1: πρόσθιοι δωδεκαδακτυλοπαγκρεατικοί λεμφαδένες
- 2: οπίσθιοι δωδεκαδακτυλοπαγκρεατικοί λεμφαδένες (δεν απεικονίζονται στην Εικ, ραχιαία του 1)
- 3: υπερπαγκρεατικοί λεμφαδένες (α περιοχή κεφαλής, β περιοχή σώματος-ουράς)
- 4: υποπαγκρεατικοί λεμφαδένες (α περιοχή κεφαλής, β περιοχή σώματος-ουράς)
- 5: λεμφαδένες του λαιμού
- 6: υποπυλωρικοί λεμφαδένες

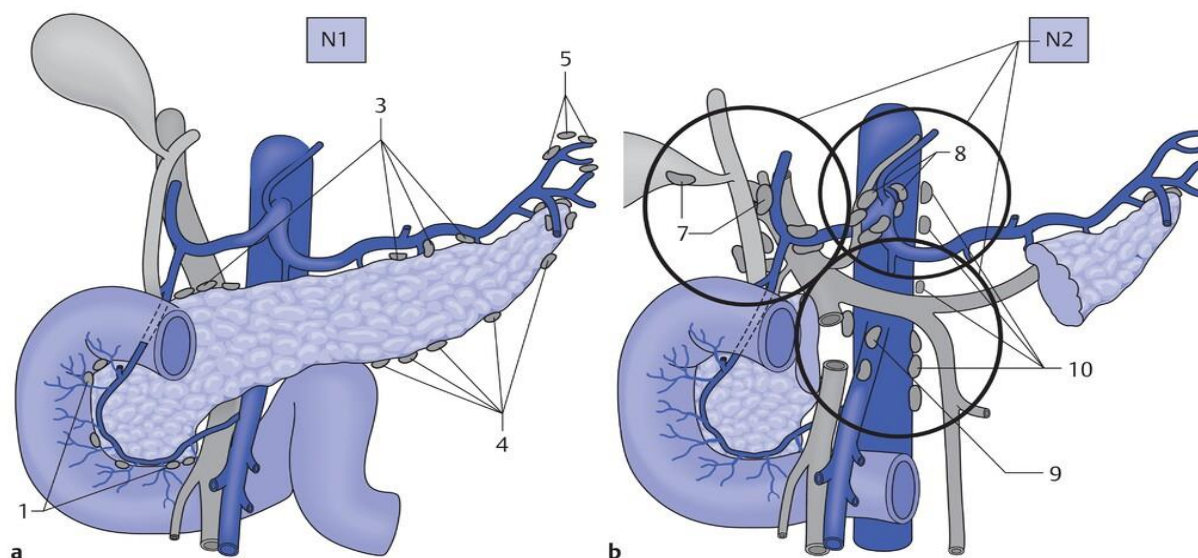
N2 οι συλλεκτικοί λεμφαδένες:

7: Λεμφαδένες στην ηπατική πύλη

8: Κοιλιακοί λεμφαδένες

9: Λεμφαδένες στον κορμό της άνω μεσεντέριας αρτηρίας

10: ανώτεροι παρααορτικοί λεμφαδένες



Φωτογραφία από αρχείο Allgemein und Viszeralchirurgie Nicolas T. Schwarz

1.5. Φυσιολογία του Παγκρέατος

Φυσιολογία

Ιστολογικά, το πάγκρεας χωρίζεται σε ένα εξωκρινές και ένα ενδοκρινές τμήμα ιστού.

Τα νησίδια του Langerhans βρίσκονται κυρίως στο σώμα και στην ουρά του παγκρέατος και παράγουν τις ορμόνες ινσουλίνη, γλυκαγόνη και σωματοστατίνη.

Καθημερινά παράγονται περίπου 1500 ml αλκαλικού παγκρεατικού εκκρίματος, το οποίο περιέχει ηλεκτρολύτες και ένζυμα για τη διάσπαση υδατανθράκων (αμυλάση), λιπών (λιπάση, φωσφολιπάσες), νουκλεϊκών οξέων (ριβο- και δεοξυριβονουκλεάσες) και πρωτεϊνών (θρυψίνη, χυμοθρυψίνη). Οι πρωτεάσες υπάρχουν ως ανενεργά προένζυμα και μετατρέπονται σε ενεργά ένζυμα μόνο στο δωδεκαδάκτυλο από τις εντεροκινάσες, προκειμένου να προστατευθεί το όργανο από την αυτοπεποίθηση.

Η εξωκρινής και ενδοκρινής ισχύς του παγκρέατος είναι τόσο μεγάλη ώστε η έκδηλη ανεπάρκεια (σακχαρώδης διαβήτης, δυσασπορρόφηση) εμφανίζεται μόνο όταν χάνεται

περίπου το 80% του παρεγχύματος.

Κεφάλαιο 2

2.1.Περιγραφή της νόσου

Ο καρκίνος του παγκρέατος κατατάσσεται στην τρίτη θέση των κακοήθων νεοπλασιών του πεπτικού συστήματος έπειτα από τον καρκίνο του στομάχου και του παχέος εντέρου και περιλαμβάνει περίπου το 10%. Τις τελευταίες δεκαετίες παρουσιάζει σταθερή αύξηση και είναι σήμερα ο τέταρτος πιο κοινός τύπος όγκου που οδηγεί στο θάνατο σε αυτή την ομάδα, με ποσοστό επιβίωσης μικρότερο από 5%. Αυτή η αύξηση φυσικά αποδίδεται και στην εξέλιξη των διαγνωστικών εξετάσεων. Ενώ παλαιότερα νοούταν ότι οι άνδρες προσβάλλονται συχνότερα από τις γυναίκες, οι νέες έρευνες μας δείχνουν ότι άνδρες και γυναίκες προσβάλλονται εξίσου συχνά. Η μέση ηλικία προσβολής είναι τα 57 χρόνια και η επίπτωση είναι 8-10 ανά 100.000 κατοίκους.

Η αιτιολογία του παγκρεατικού καρκίνου είναι μέχρι σήμερα άγνωστη. Η Χρόνια παγκρεατίτιδα, ο αλκοολισμός, ο ζαχαρώδης διαβήτης, το κάπνισμα και η χρήση στεροειδών μπορούν να θεωρηθούν αιτιοπαθογενικοί παράγοντες. Σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία η χρόνια παγκρεατίτιδα και κυρίως κληρονομικής αιτιολογίας ευθύνεται για το 20% των καρκίνων του παγκρέατος.

2.2. Συμπτώματα Ασθενών

Εκτός από τα μη ειδικά συμπτώματα ενός όγκου (απώλεια όρεξης, απώλεια βάρους, μειωμένη απόδοση), μπορεί να εμφανιστεί πόνος στην άνω κοιλιακή χώρα και στην πλάτη (λόγω συμφόρησης εκκρίσεων ή διήθησης του ηλιακού πλέγματος).

Ένας ανώδυνος ίκτερος με ψηλαφητή, μη πιεσμένη χοληδόχο κύστη (σημείο Courvoisier) είναι επίσης ένα κλασικό κλινικό σύμπτωμα.

2.3. Διαγνωστική διαδικασία

Εξακολουθεί να είναι προβληματικό το γεγονός ότι τα καρκινώματα του παγκρέατος γίνονται συμπτωματικά καθυστερημένα.

Η κύρια διαγνωστική διαδικασία είναι το υπερηχογράφημα άνω κοιλίας, το οποίο μπορεί ήδη να ανιχνεύσει περίπου το 70% των παγκρεατικών όγκων. Ωστόσο, όγκοι με διάμετρο μικρότερη από 2 cm και κακοήθειες που εντοπίζονται στην περιοχή της ουράς του παγκρέατος συχνά δεν ανιχνεύονται με υπερηχογράφημα. Εάν υπάρχει υποψία για κάτι τέτοιο, ενδείκνυται μια αξονική τομογραφία ενισχυμένη με σκιαγραφικό (ιδανικά μια 3-φασική αξονική τομογραφία για την εκτίμηση της σχέσης θέσης με τα αγγεία), η οποία παρέχει επίσης καλύτερη απεικόνιση της ανάπτυξης όγκων που εκτείνονται πέραν του οργάνου και των λεμφωμάτων.

Η ERCP χαρακτηρίζεται από υψηλή ευαισθησία και ειδικότητα.

Εάν η διαφοροποίηση μεταξύ νεοπλασματικών και φλεγμονωδών αλλαγών είναι αβέβαιη, η κυτταρολογική εξέταση του ενδοσυνεδριακά λαμβανόμενου καρκινικού στίγματος μπορεί να είναι χρήσιμη.

Ο ειδικός δείκτης όγκου για το καρκίνωμα του παγκρέατος είναι το CA 19-9, το οποίο είναι αυξημένο στο 70-80% των προχωρημένων περιπτώσεων. Ωστόσο, είναι ακατάλληλος ως παράμετρος διαλογής, καθώς αυξημένες τιμές παρατηρούνται επίσης σε παγκρεατίτιδα, χολόσταση και άλλους όγκους του γαστρεντερικού σωλήνα.

Διαδερμική ιστολογική παρακέντηση με λεπτή βελόνα.

Τέλος η διαγνωστική λαπαροσκόπηση με σκοπό την κατάκτηση ιστού για βιοψία.

2.4. Θεραπευτική διαδικασία

2.4.1. Χειρουργική θεραπεία

Η χειρουργική επέμβαση για το καρκίνωμα του παγκρέατος είναι η μόνη δυνητικά θεραπευτική επιλογή. Κριτήρια αποκλεισμού είναι η περιτοναϊκή καρκινωμάτωση, οι ηπατικές μεταστάσεις και άλλες απομακρυσμένες μεταστάσεις. Η τοπική αγγειακή διήθηση μπορεί ενδεχομένως να αντιμετωπιστεί με εκτομή και αγγειακή αποκατάσταση και δεν αποτελεί αυστηρή αντένδειξη.

Οι όγκοι της περιοχής της κεφαλής του παγκρέατος και τα περιπαγκρεατικά καρκινώματα αντιμετωπίζονται με μερική δωδεκαδακτυλοπαγκρεατεκτομή (επέμβαση Whipple ή πυλωροδιατηρητική εκτομή της κεφαλής του παγκρέατος Traverso-Longmire).

Η συνήθης διαδικασία για τα καρκινώματα του σώματος και της ουράς είναι η αριστερή παγκρεατική εκτομή με ή χωρίς σπληνεκτομία. Και στις δύο επεμβάσεις, βελτιωμένα όψιμα αποτελέσματα έχουν επιτευχθεί με συστηματικό λεμφαδενικό καθαρισμό, αλλά όχι με εκτεταμένο ενδο- και οπισθοπεριτοναϊκό λεμφαδενικό καθαρισμό.

Η τοπική θηλωματική εκτομή μπορεί να εξεταστεί για μικρά θηλωματικά καρκινώματα και για ασθενείς με πολύ υψηλό κίνδυνο για μερική δωδεκαδακτυλοπαγκρεατεκτομή.

Η ολική παγκρεατεκτομία δεν οδήγησε σε καλύτερα ποσοστά επιβίωσης, αλλά συχνά συνδέεται με τα σημαντικά προβλήματα της μετεγχειρητικής έξω- και ενδοκρινικής παγκρεατικής ανεπάρκειας.

Βασικές αρχές

Θεραπεία έναντι ανακούφισης

Η χειρουργική επέμβαση με στόχο την εκτομή R0 είναι η μόνη επιλογή για θεραπευτική αγωγή.

Οι ασθενείς με χειρουργήσιμα ευρήματα συνιστάται συνεπώς πάντα να υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση. Εάν δεν υπάρχει δυνατότητα εκτομής ή απομακρυσμένες μεταστάσεις, η κατάσταση θεωρείται επιστημονικά παρηγορητική.

Κριτήρια για τη δυνατότητα εκτομής

Διήθηση γειτονικών οργάνων: δεν αποκλείεται η εκτομή R0- η εκτομή πρέπει να επιδιώκεται εάν φαίνεται χειρουργικά και τεχνικά δυνατή

Διήθηση αρτηριών: Εάν διηθηθεί ο κοιλιακός κορμός (αρτηριακά αγγεία), δεν πρέπει να γίνει εκτομή του παγκρεατικού καρκινώματος. Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες

οδηγίες του NCCN (National Comprehensive Cancer Network), υπάρχει εμπόδιο στην εκτομή εάν ο κοιλιακός κορμός είναι περιτοιχισμένος κατά περισσότερο από 180 μοίρες (Borderline)

Διήθηση φλεβών: Η εκτομή R0 δεν αποκλείεται σε περίπτωση διήθησης της πυλαίας, της σπληνικής και της άνω μεσεντέριας φλέβας. Καθοριστικός παράγοντας εδώ είναι η δυνατότητα ανακατασκευής και τα χειρουργικοτεχνικά της όρια

Οριακά εξαιρέσιμοι όγκοι (κατευθυντήριες οδηγίες NCCN)

Διήθηση της άνω μεσεντέριας φλέβας ή/και της πυλαίας φλέβας. Στην περίπτωση αυτή, επαφή του όγκου με τα αγγεία, αλλά όχι στένωση των αγγείων λόγω συμπίεσης του όγκου στην απεικόνιση.

Η Συμπερίληψη της άνω μεσεντέριας φλέβας ή/και της πυλαίας φλέβας από τον ιστό του όγκου, αλλά τα γειτονικά αρτηριακά αγγεία δεν περικλείονται πλήρως από τον όγκο.

Απόφραξη ή στένωση φλεβικού αγγείου μικρού μήκους λόγω θρόμβου ή παγίδευσης από όγκο, υπό την προϋπόθεση ότι υπάρχει επαρκές αγγειακό υλικό εγγύς και άπω της απόφραξης για ανακατασκευή.

Μικρού μήκους τμηματική συμπερίληψη ή επαφή του όγκου με τη γαστροδωδεκαδακτυλική αρτηρία ή με την ηπατική αρτηρία, εκτός εάν περιλαμβάνεται και ο αλλήρειος τρίποδας (Haller).

Συμπερίληψη του αλλήρειου τρίποδα Haller (κατά λιγότερο από το ήμισυ της περιφέρειας).

Εάν ο υπεύθυνος χειρουργός έχει αμφιβολίες σχετικά με την αφαίρεση του όγκου ή δεν διαθέτει χειρουργική εμπειρία, θα πρέπει να ληφθεί δεύτερη γνώμη από κέντρο παγκρέατος.

2.4.2. Φαρμακευτική θεραπεία

Επικουρική θεραπεία

Σε μελέτες, η ράδιο- και η χημειοθεραπεία δεν έχουν ακόμη οδηγήσει σε σημαντική βελτίωση της μακροπρόθεσμης πρόγνωσης του καρκινώματος του παγκρέατος. Η επικουρική χημειοθεραπεία θα πρέπει να αρχίσει εντός 6 εβδομάδων από τη χειρουργική επέμβαση. Συνιστάται είτε γεμισιταβίνη είτε 5-FU/φολινικό οξύ. Η επικουρική θεραπεία μπορεί να προγραμματιστεί τόσο για τις εκτομές R0 όσο και για τις εκτομές R1. Η νεοεπικουρική χημειοθεραπεία (FOLFORINOX) ή σπανιότερα η ραδιοχημειοθεραπεία μπορούν να εξεταστούν ως μέτρο μείωσης της έκτασης για τοπικά προχωρημένους, μη μεταστατικούς όγκους στο πλαίσιο μελετών.

Αντενδείξεις για επικουρική χημειοθεραπεία

Δείκτης απόδοσης ECOG >2

Κίρρωση του ήπατος >CHILD B

Καρδιακή ανεπάρκεια >NYHA II

Σοβαρή CHD

Χρόνια νεφρική ανεπάρκεια από το στάδιο III

Διαταραγμένη λειτουργία μυελού των οστών

Μη ελεγχόμενη λοίμωξη

Ειδική αντένδειξη για τη γεμισιταβίνη είναι η προϋπάρχουσα περιορισμένη ικανότητα διάχυσης στην εξέταση πνευμονικής λειτουργίας.

Η γεμισιταβίνη έχει μικρότερη τοξικότητα σε σύγκριση με την 5-FU/φολινικό οξύ, τα ποσοστά επιβίωσης είναι παρόμοια μεταξύ των δύο πρωτοκόλλων χημειοθεραπείας.

Η επικουρική χημειοθεραπεία θα πρέπει να πραγματοποιείται μετά από R0 εκτομή σε ασθενείς με καρκίνωμα του παγκρέατος σε στάδιο UICC I-III. (Σύμφωνα με το πρωτόκολλο της DGIM Γερμανικής Γαστρεντερολογικής και παθολογικής εταιρίας)

Παρηγορητική θεραπεία

Σε προχωρημένο ή μεταστατικό καρκίνο του παγκρέατος, ενδείκνυται η συστηματική παρηγορητική χημειοθεραπεία μέχρι την εξέλιξη της νόσου ή μέχρι να εμφανιστεί μη αποδεκτή τοξικότητα.

Τα Χρησιμοποιούμενα θεραπευτικά σχήματα είναι η Γεμισιταβίνη ως μονοθεραπεία πρότυπο στη θεραπεία πρώτης γραμμής. Η γεμισιταβίνη και ο αναστολέας της κινάσης τυροσίνης erlotinib παρουσιάζουν καλύτερη αποτελεσματικότητα σε συνδυασμό. Εάν δεν υπάρχει ακνεϊκό εξάνθημα ακόμη και μετά από 8 εβδομάδες, η erlotinib θα πρέπει να διακοπεί.

Ασθενείς με καλό δείκτη απόδοσης μπορούν να λάβουν και πιο επιθετικά πρωτόκολλα χημειοθεραπείας εάν είναι απαραίτητο με 5-FU/φολινικό οξύ, ιρινοτεκάνη και οξαλιπλατίνη σύμφωνα με το πρωτόκολλο.

FOLFIRINOX ως επιλογή για ασθενείς με ECOG 0-1, επίπεδα χολερυθρίνης όχι μεγαλύτερα από 1,5 φορές των φυσιολογικών ορίων και ηλικία έως 75 ετών.

Ακόμα η γεμισιταβίνη σε συνδυασμό με πακλιταξέλη (nab-paclitaxel, Abraxane) είναι μια άλλη επιλογή για ασθενείς με καλό δείκτη απόδοσης.

Θεραπεία δεύτερης γραμμής

Για εξέλιξη της νόσου και ECOG 0-2 τότε συνίσταται η χρήση 5-FU/φολινικού οξέος (ή καπεσιταβίνης) + ιρινοτεκάνη ή 5-FU + οξαλιπλατίνη. Σε περίπτωση εξέλιξης υπό FOLFIRINOX θα πρέπει να εξετασθεί η θεραπεία με γεμισιταβίνη.

Η παρηγορητική χημειοθεραπεία για τον καρκίνο του παγκρέατος θα πρέπει να πραγματοποιείται με ιδιαίτερη προσοχή στη σημαντικά μειωμένη πρόγνωση.

Εάν οι παρενέργειες είναι έντονες και η ποιότητα ζωής έχει επηρεαστεί σημαντικά τότε η διακοπή της θεραπείας θα πρέπει να συζητείται ανοιχτά!

2.5. Πρόγνωση

Η πρόγνωση για το καρκίνωμα του παγκρέατος είναι δυσμενής. Ο μέσος χρόνος επιβίωσης είναι 3-6 μήνες. Ο κύριος λόγος για αυτό είναι η καθυστερημένη διάγνωση του όγκου, με αποτέλεσμα το 70-80% των καρκινωμάτων να μην είναι πλέον χειρουργήσιμα με θεραπευτική πρόθεση κατά τη στιγμή της διάγνωσης.

Η Υποτροπή του όγκου αναμένεται σε ποσοστό άνω του 95% των ασθενών ακόμη και μετά από εκτομή. Τα πιο ευνοϊκά αποτελέσματα χειρουργικής θεραπείας επιτυγχάνονται με το θηλώδες καρκίνωμα (20-30% ποσοστό 5ετούς ίασης) και το IPMN (40-100% ποσοστό 5ετούς ίασης).

Πιθανότητα 5ετούς επιβίωσης (όλων των καρκίνων του παγκρέατος): <2%

Διάμεσος χρόνος επιβίωσης

Μετά από εκτομή R0: 17-28 μήνες

Μετά από R1/2 εκτομή: 8-22 μήνες

Θνησιμότητα μετά από χειρουργική αφαίρεση του καρκινώματος

Θνησιμότητα 30 ημερών: 3-10% ανάλογα με το χειρουργικό κέντρο

Θνησιμότητα 1 έτους: 25%

2.6. Παθολογία

Εντοπισμός: Συνηθέστερη εντόπιση παγκρεατική κεφαλή (70%)

Ιστολογική ταξινόμηση

- Κυρίως αδenoκαρκινώματα αγωγών: Τροποποιημένες δομές αγωγών με ανομοιομόρφο, πολυστρωματικό επιθήλιο.
- Σπάνια αδenoκαρκινώματα των ακτινικών κυττάρων: Αλλοιωμένα ακτινικά κύτταρα με κυτταρόπλασμα θετικό σε PAS.
- Σπάνιοι νευροενδοκρινείς όγκοι (NET)
- Ινσουλινώματα
- Γαστρίνωμα
- VIPoma

- Γλυκαγόνωμα

Ταξινόμηση R για τις εκτομές καρκίνου του παγκρέατος

Οι κατευθυντήριες γραμμές απαιτούν από τον χειρουργό να επισημαίνει τα όρια της εκτομής, ώστε ο παθολόγος να μπορεί να τα αξιολογήσει σωστά.

Όπως και στον καρκίνο του ορθού, προσδιορίζεται η απόσταση από το καρκινικό κύτταρο έως το περιθώριο εκτομής ("περιφερικό περιθώριο εκτομής")

Απόσταση καρκινικού κυττάρου >1 mm - "πραγματικό R0"

Απόσταση καρκινικού κυττάρου <1 mm - "στενό R0"

Κεφάλαιο 3

3.1.Παγκρεατικά συρίγγια

Σε περίπτωση αναστομωτικής ανεπάρκειας (διαφυγή) μετά από παγκρεατική εκτομή, οι παγκρεατικές εκκρίσεις που διαρρέουν στην ελεύθερη κοιλιακή κοιλότητα μπορεί να οδηγήσουν σε διάβρωση γειτονικών αγγείων ή αναστομώνσεων και σε περαιτέρω επιπλοκές εάν η παροχέτευση είναι ανεπαρκής.

Κοινός ορισμός του παγκρεατικού συριγγίου: >3 φορές αυξημένη συγκέντρωση αμυλάσης στο υγρό παροχέτευσης από την 3η μετεγχειρητική ημέρα (σε σύγκριση με τη συγκέντρωση αμυλάσης στον ορό).

Βαθμοί σοβαρότητας

Βαθμός Α η „Βιοχημική διαρροή”: Κλινικά αδιάφορος ασθενής, επίμονο συρίγγιο πάνω από την παροχέτευση, χωρίς συσσώρευση ενδοκοιλιακού υγρού (στην αξονική τομογραφία).

Θεραπεία: Δεν υπάρχουν θεραπευτικές συνέπειες, η νοσηλεία γενικά δεν παρατείνεται, η παροχέτευση παραμένει στη θέση της για έως και 3 εβδομάδες, εάν είναι απαραίτητο.

Βαθμός Β: Αύξηση της συγκέντρωσης αμυλάσης, ανάγκη αλλαγής της παροχέτευσης, παρέμβαση σε περίπτωση αιμορραγίας ή σημείων λοίμωξης- περιπαγκρεατικό υγρό (στην αξονική τομογραφία) που δεν απομακρύνεται πλήρως μέσω του τοποθετημένου σωλήνα παροχέτευσης.

Θεραπεία: Χορήγηση αντιβιοτικών, αποχή από την τροφή δια στόματος, επεμβατική παρέμβαση εάν είναι απαραίτητη (παροχέτευση με αξονική τομογραφία), σε αυτή την περίπτωση η διάρκεια της νοσηλείας είναι συνήθως παρατεταμένη.

Βαθμός Γ: Κλινικά ασταθής ασθενής με οργανική ανεπάρκεια λόγω σήψης ή/και ανάγκη επανεπέμβασης.

Θεραπεία: Μονάδα εντατικής θεραπείας, επεμβατική παροχέτευση ή επαναληπτική λαπαροτομία- συχνά εμφανίζονται αιμορραγικές επιπλοκές, η θνητότητα είναι σημαντικά αυξημένη.

Διαχείριση παροχέτευσης για παγκρεατικό συρίγγιο

Σε ήδη υπάρχουσα παροχέτευση τότε διατηρείται στη θέση της και εξασφαλίζεται ασφαλή στερέωση της. Εάν το παγκρεατικό συρίγγιο έχει μολυνθεί τότε θα πρέπει να παρθεί ένα επίχρισμα και να ξεκινήσει αντιβιοτική αγωγή.

Εάν η στοχευμένη παροχέτευση έχει ήδη αφαιρεθεί τότε θα πρέπει να τοποθετηθεί εκ νέου είτε με αξονική τομογραφία με την βοήθεια επεμβατικού ακτινολόγου είτε με ενδοσκοπική-διαγαστρική παροχέτευση.

3.2.Δείγμα ασθενών

Στην αναδρομική μου μελέτη συμμετείχαν συνολικά 26 ασθενείς.

Εκ των οποίων οι 11 ήταν γυναίκες και 15 άνδρες.

Οι μετρήσεις πραγματοποιήθηκαν μέσω του αρχείου και της συγκατάθεσης των ασθενών μέσω του StudoQ των νοσοκομείων Marien Hospital Gelsenkirchen Buer και Barbara Hospital Gladbeck.

Στους ασθενείς έγινε κατάταξη ανάλογα με την μετεγχειρητική τους πορεία

1. Το Φύλλο
2. Την Ηλικία
3. Τον τύπο του Χειρουργείου
4. Την παρουσία συριγγίου
5. Την πραγματοποίηση χημειοθεραπείας
6. Το παθολογοανατομικό αποτέλεσμα
7. Το εξιτήριο με ή χωρίς παροχέτευση
8. Την διάρκεια νοσηλείας
9. Την Θνητότητα

3.3. Πίνακας συλλογής δεδομένων

	Φύλο	Ηλικία	Χειρουργείο	Συρίγγιο	Χημειοθεραπεία	Ιστολογική εξέταση	Ε με Παροχέτευση	Διάρκεια νοσηλείας	Θνητότητα
1	A	68	Παγκρεατεκτομή	Όχι	Ναι	IPMN, St. IA	Όχι	12	Όχι
2	A	63	Traverso-Longmire	Nai Grad 2	Nai	Νευροενδοκρινικό καρκίνωμα DHC	Nai	14	Όχι
3	A	64	Traverso-Longmire	Nai Grad 2	Όχι	Τετράτομα	Όχι	95	όχι
4	A	83	Traverso-Longmire	Όχι	Όχι	Μέτρια διαφοροποιημένο Αδένωμα του Πόρου	Όχι	14	όχι
5	A	84	Περιφερική παγκρεατεκτομή με σπληνεκτομία	Nai Grad 2	Υπήρχε ένδειξη αλλά λόγω συρίγγιου δεν έλαβε	Νευροενδοκρινείς όγκος (NET G1) της ουράς του παγκρέατος Gut differenzierter neuroendokriner Tumor (NET G1) des Pankreasschwanzes	Nai	43	Όχι
6	A	49	Lap. Περιφερική Παγκρεατεκτομή με σπληνεκτομία	Όχι	Όχι	Ωριμο καλοήθες τετράτομα της ουράς του παγκρέατος Reifes benignes Teratom des Pankreasschwanzes	Όχι	8	Όχι
7	A	63	Παγκρεατεκτομή με σπληνεκτομία	Όχι	Όχι	Νεκρωτική παγκρεατίτιδα	Όχι	102	όχι
8	A	80	Whipple	Όχι	Υπήρχε ένδειξη αλλά ο ασθενής κατέληξε	Κακώς διαφοροποιημένο αδενοκαρκίνωμα αγωγού της κεφαλής του παγκρέατος με διήθηση του περιακρορρικόζικου περιπαγκρεατικού λιπώδους ιστού Schlecht differenziertes duktales Adenokarzinom des Pankreaskopfes mit Infiltration des perikolischen peripankreatischen Fettgewebes	όχι	16	10ημ Μετά το εξιτήριο, πνευμονία
9	Γ	85	Περιφερική Παγκρεατεκτομή με σπληνεκτομία	Nai Grad 2	Όχι	Αγγειακή δυσπλασία του παγκρεατικού σώματος Vaskuläre Malformation des Pankreaskorpus	Nai	15	Όχι
10	Γ	83	Σαλπιγγεκτομή αμφω με τμηματική εκτομή του πυελικού περιτονίου, αριστερή κολεκτομή με σπληνεκτομία και μερική περιφερική παγκρεατεκτομή	Nai Grad 2	Έλαβε 3 μήνες αργότερα 6 κύκλοι Carboplatin-Taxol, Avastin και από τον 2 ^ο κύκλο BRCA-έλεγχο, και πιθανόν Olaparib η Niraparib με Avastin	Τοπικά προχωρημένος και περιτονιακά μεταστατικός υψηλού βαθμού Καρκίνος αριστερής Ωοθήκης	Nai	65	Όχι μέχρι Ιανουαριο 2024 Follow Up
11	A	74	Whipple	Nai Grad 2	Υπήρχε ένδειξη αλλά ο ασθενής κατέληξε	Βλεννώδες αδενοκαρκίνωμα της Αμπούλας Muzinosem Adenokarzinom (high grade) der Ampulle	-	124	Nai
12	A	52	Περιφερική Παγκρεατεκτομή με σπληνεκτομία	Όχι	Όχι	Ψευδοκυστή αριστερού επινεφρίδιου	όχι	9	όχι
13	Γ	66	Lap. Περιφερική Παγκρεατεκτομή με σπληνεκτομία	Όχι	Όχι	Intraduktal papillär-muzinöse Neoplasie (IPMN, gastral Subtyp) mit niedriger Dysplasie des Pankreashauptgangs und der Seitengänge in Pankreaskorpus und Schwanz, nicht im Gesunden entfernt	Όχι	9	Όχι
14	Γ	67	Whipple	Nai Grad 1	Nai έλαβε 3 μήνες μετά Adjuvante Chemotherapie mit 12 Kursen mFOLFIRINOX-Protokoll (Kurs 9-12 ohne Irinotecan) από 04 έως 11/2023	Χαμηλού βαθμού αδενοκαρκίνωμα αγωγού στην κεφαλή του παγκρέατος Low grade duktales Adenokarzinom im Pankreaskopf	Nai	45	Όχι τελευταίο follow Up Μάρτιος 2024
15	A	58	Παγκρεατεκτομή, δεξιά ημικολεκτομή και εκτομή του εγκάρσιου, του κατώτερου στομάχου και δωδεκαδακτύλου, σπληνεκτομία	Όχι	Όχι	Νεκρωτική παγκρεατίτιδα	-	40	Nai
16	A	60	Traverso-Longmire	Όχι	Όχι	Νεκρωτική παγκρεατίτιδα	Όχι	13	Όχι
17	Γ	63	Traverso- Longmire	Όχι	Όχι	Νεκρωτική παγκρεατίτιδα με συμμετοχή του δωδεκαδακτύλου	Όχι	12	Όχι
18	Γ	65	Αριστερή περιφερική Παγκρεατεκτομή με σπληνεκτομία	Όχι	Όχι μόνο follow up	Καλά διαφοροποιημένο ελκώδες βλεννώδες αδενοκαρκίνωμα της αριστερής καμψής του παγκρέατος Gut differenziertes ulzeriertes muzinöses Adenokarzinom der linken Kolonflexur	Όχι	12	Όχι
19	A	76	Whipple	Όχι	Nai, επικουρική	Αδενοκαρκίνωμα της κεφαλής του παγκρέατος Duktales Adenokarzinom des Pankreaskopfes	Όχι	12	Όχι
20	Γ	68	Whipple	Όχι	Υπήρχε ένδειξη	Κακώς διαφοροποιημένο διηθητικό αδενοκαρκίνωμα αγωγού της κεφαλής του παγκρέατος Schlecht differenziertem invasivem duktalem Adeno-karzinom des Pankreaskopfes	-	6	Κατέληξε την 6 ^η μετεγχειρητική ημέρα
21	Γ	53	Αριστερή περιφερική Παγκρεατεκτομή με σπληνεκτομία	Όχι	Όχι	Οξεία νεκρωτική παγκρεατίτιδα με πτώδη περιτονίτιδα	Όχι	15	όχι
22	A	67	Whipple	Όχι	Όχι	IPMN της κεφαλής του Παγκρέατος	Όχι	10	Όχι
23	A	70	Traverso Longmire	Όχι	Όχι	IPMN του κύριου παγκρεατικού πόρου	Όχι	9	Όχι
24	Γ	76	Traverso Longmire	Nai Grad 3	Όχι	Χαμηλού βαθμού σιληνοειδές αδένωμα της Papille Vateri	-	27	Κατέληξε 27 ^η μετεγχειρητική ημέρα

						Tubuläres Adenom Low grade der Papille			
25	Γ	66	Traverso Longmire	Nai Grad 2	Όχι	Χαμηλού βαθμού αδένωμα της Papille Vateri Low Grade Adenom der Papilla Vateri	Nai	16	Όχι
26	Γ	59	Whipple	Διαφυγή της χολοπεπτικής αναστόμωσης Nahtinsuffizienz der biliodigestiven Anastomose	Παρακολούθηση	Μέτρια διαφοροποιημένο ελκωτικό αδενοκαρκίνωμα του δωδεκαδακτύλου mäßig differenzierten ulzerierten Adenokarzinoms des Duodenums	Όχι	9	Όχι δεν

3.4 Εξαγωγή δεδομένων

Από τον παραπάνω πίνακα βγαίνουν τα εξής δεδομένα:

- 8 ασθενείς υποβλήθηκαν σε Παγκρεατεκτομή της κεφαλής του παγκρέατος με την τεχνική Traverso Longmire
- 7 ασθενείς έλαβαν την τεχνική Kausch Whipple
- 3 ασθενείς έλαβαν ολική παγκρεατεκτομή και τέλος
- 8 άτομα έλαβαν περιφερική Παγκρεατεκτομή με σπληνεκτομία εκ των οποίων οι 2 διενεργήθηκαν λαπαροσκοπικά
- Ο μέσος όρος ηλικίας των ασθενών που χειρουργήθηκαν ήταν τα 67,8 έτη.
- Ο μέσος όρος ηλικίας των γυναικών ήταν τα 68,2 έτη ενώ των ανδρών τα 67,4 έτη αντίστοιχα
- Ο μέσος όρος νοσηλείας στο νοσοκομείο μετεγχειρητικά ήταν 28 ημέρες, με την μικρότερη νοσηλεία να είναι 9 ημέρες και τη μεγαλύτερη 124 ημέρες
- Στους συνολικά 26 ασθενείς οι οποίοι έλαβαν μια χειρουργική θεραπεία 10 από αυτούς εμφάνισαν μετεγχειρητικό συρίγγιο ενώ στους υπολοίπους 16 αφαιρέθηκε η παροχέτευση πριν να λάβουν εξιτήριο από το νοσοκομείο
- Ενώ 6 από τους συνολικά 10 ασθενείς με συρίγγιο έλαβαν εξιτήριο με παροχέτευση
- Οι ασθενείς οι οποίοι παρουσίασαν συρίγγιο είχαν μέσο ορό διάρκεια νοσηλείας 45,3 ημέρες
- 3 ασθενείς με συρίγγιο έλαβαν χημειοθεραπεία μετά από 3 μήνες
- 1 ασθενής με συρίγγιο δεν έλαβε καθόλου χημειοθεραπεία
- 1 ασθενής με συρίγγιο κατέληξε πριν προλάβει να λάβει χημειοθεραπεία
- 2 ασθενείς λάβανε μετεγχειρητικά εντός 1 μηνά χημειοθεραπεία καθώς δεν τους παρουσιάστηκε μετεγχειρητικό συρίγγιο
- από τα 10 άτομα με συρίγγιο κατέληξαν 2
- 5 από τους συνολικά 26 ασθενείς κατέληξαν σε διάστημα 60 ημερών

μετεγχειρητικά

- 18 από τους Συνολικά 26 ασθενείς δεν είχαν ένδειξη για μετεγχειρητική χημειοθεραπεία σύμφωνα με το ογκολογικό συμβούλιο

Κεφάλαιο 4

Αποτελέσματα και Σύνθεση αποτελεσμάτων

Το 30,77 % των ασθενών έλαβαν την τεχνική Traverso-Longmire, Το 27% των ασθενών έλαβαν την τεχνική Kausch-Whipple. 11,5% των ασθενών έλαβαν ολική παγκρεατεκτομή και τέλος το υπόλοιπο 30,77% έλαβε περιφερική παγκρεατεκτομή με σπληνεκτομία. Το 42,3% ήταν γυναίκες ενώ το 57,7% ήταν άνδρες με το συνολικό μέσο όρο ηλικίας τα 67,8 έτη. Το 38,5% των ασθενών παρουσίασαν μετεγχειρητικό συρίγγιο. Το 61,5 % των ασθενών δεν παρουσίασε μετεγχειρητικό συρίγγιο και οι παροχετεύσεις αφαιρέθηκαν πριν από το εξιτήριο τους. Η θνητότητα σε διάστημα 60 ημέρων μετά το χειρουργείο ανέρχεται στο 19,2%. Το 69% των ασθενών δεν είχαν σύμφωνα με το ιστολογικό αποτέλεσμα ένδειξη για μετεγχειρητική χημειοθεραπεία. Το 30% των ασθενών με συρίγγιο έλαβαν χημειοθεραπεία μετεγχειρητικά καθυστερημένα. Ενώ φαίνεται από τον παραπάνω πίνακα ότι η συνολική διάρκεια νοσηλείας των ασθενών με συρίγγιο είναι εμφανώς παρατεταμένη σε σύγκριση με τους υπολοίπους ασθενείς. Η διεξαγωγή της έρευνας των παραπάνω ασθενών αναδείχθηκε κρίσιμης σημασίας για την απόκτηση συγκριτικών δεδομένων και την ανάδειξη των πιθανών προοπτικών ίσως για μια μελλοντική και παρατεταμένη έρευνα. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν αποκάλυψαν ενδιαφέρουσες πτυχές που θα μπορούσαν να χρησιμεύσουν ως βάση για περαιτέρω ανάπτυξη του θέματος. Σίγουρα η έρευνα αποκάλυψε κάποιες αντιφάσεις μεταξύ των δεδομένων, οι οποίες απαιτούν πρόσθετη ανάλυση και εξήγηση. Ακόμα ήταν δυνατόν να αναδειχθούν διαφορές μεταξύ των διάφορων παραμέτρων και να εξεταστούν οι συνέπειες τους σε επίπεδο ταξινομητικής ακρίβειας. Το καίριο εύρημα αποτελεί το σημαντικότερο στοιχείο που πρέπει να ληφθεί υπόψη κατά την εκπόνηση μελλοντικών ερευνών στον τομέα αυτόν.

Κεφάλαιο 5

Συζήτηση

Συμπερασματικά λοιπόν καταλήγουμε σε ένα εμπειρικό αποτέλεσμα ότι η ογκολογική πρόγνωση ασθενών με ένα μετεγχειρητικό συρίγγιο είναι σαφώς χειρότερη από αυτή ενός ασθενή χωρίς συρίγγιο, στον οποίο θα μπορέσει να χορηγηθεί σε σχετικά σύντομο μετεγχειρητικό χρονικό διάστημα μια χημειοθεραπεία.

Αυτό γίνεται καθώς η ύπαρξη ενός συριγγίου και χωρίς την σωστή επούλωση του τραύματος καθυστερεί την ανάρρωση του ασθενή όπως και το εξιτήριο του, με αποτέλεσμα να μην είναι στην κατάλληλη φυσική κατάσταση για την λήψη της χημειοθεραπείας.

Απορίας άξιο και έρευνας ενδιαφέρον είναι αν θα πρέπει να γίνεται στους ασθενείς μια προεγχειρητική χημειοθεραπεία Neoadjuvant έχοντας η μη ήδη προεγχειρητικά ένα ιστολογικό επιβεβαιωμένο κακοήθες αποτέλεσμα.

Προφανώς ο κάθε ασθενής είναι και μια ξεχωριστή περίπτωση και θα πρέπει να εξετάζεται και να συζητείται ξεχωριστά με την συνολική ομάδα και το ογκολογικό συμβούλιο.

Βιβλιογραφία

- [1] Fitzmaurice C, Seiler CM, Büchler MW, Diener MK. Survival, mortality and quality of life after pylorus-preserving or classical Whipple operation. A systematic review with meta-analysis. *Chirurg*. 2010 May;81(5):454-71 Suche in: [PubMed](#) [Google Scholar](#)
- [2] Grobmyer SR, Pieracci FM, Allen PJ, Brennan MF, Jaques DP (2007) Defining morbidity after pancreaticoduodenectomy: use of a prospective complication grading system. *Journal of the American College of Surgeons* 204: 356–364. pmid:17324768 Suche in: [PubMed](#) [Google Scholar](#)
- [3] Sameer A. Dhayat, Ahmad N. et al., Postoperative pancreatic fistula affects recurrence-free survival of pancreatic cancer patients, Published: June 4, 2021 journal.pone.0252727 Suche in: [PubMed](#) [Google Scholar](#)
- [4] Amin MB, Edge S, Greene F et al., eds. American Joint Committee On Cancer. *AJCC Cancer Staging Handbook*. 7th ed. New York: Springer; 2010 Suche in: [PubMed](#) [Google Scholar](#)
- [5] Bradley EL, 3rd. A clinically based classification system for acute pancreatitis. Summary of the International Symposium on Acute Pancreatitis, Atlanta, September 11–13, 1992. *Arch Surg* 1993; 128: 586–590 Suche in: [PubMed](#) [Google Scholar](#)
- [6] Grützmann R, Saeger HD. Chronische Pankreatitis. *Viszeralchirurgie up2date* 2008; 6: 431–452 Suche in: [PubMed](#) [Google Scholar](#)
- [7] Grützmann R, Post S, Saeger HD et al. Intraduktale papillär-muzinöse Neoplasie des Pankreas: aktueller Stand der Diagnostik, Therapie und Prognose. *Dtsch Arztebl Int* 2011; 108: 788–794 Suche in: [PubMed](#) [Google Scholar](#)
- [8] Kroner C, Kasperk R. Chirurgische Therapie der akuten Pankreatitis. In: Schumpelick V, Siewert JR, Rothmund M. *Praxis der Viszeralchirurgie. Gastroenterologische Chirurgie*. 2. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer; 2006 Suche in: [PubMed](#) [Google Scholar](#)
- [9] John P. Neoptolemos, M.D., Deborah Stocken, M.Sc., et al Chemoradiotherapy and Chemotherapy after Resection of Pancreatic Cancer

Ελληνική Βιβλιογραφία

- [10] Γεωργίου Κ., Αγαθαγγέλου Α. Η Θεραπευτική προσεγγιση των ασθενών με καρκίνο του παγκρέατος, Πάτρα 2021
- [11] Μπάλας Π. Χειρουργική , Αθήνα 1989
- [12] Μανωλάς Κ. Οι ενδοκρινικοί όγκοι του γαστρεντερικού σωλήνα. Το εγχειρίδιο χειρουργικής Παθολογίας, Αθήνα 1982
- [13] Φωτόπουλος Α. Παθήσεις των Χοληφόρων, Αθήνα 1984
- [14] Δεληκάρης Π. Γαστρεντερικές Ορμόνες. Εγχειρίδιο χειρουργικής Παθολογίας, Αθήνα 1982