

Aktuální možnosti diagnostiky a léčby karcinomu pankreatu v roce 2024

Radim Němeček^{1,2}, Petr Karásek¹

¹ *Klinika komplexní onkologické péče, Masarykův onkologický ústav Brno*

² *Klinika komplexní onkologické péče LF MU Brno*

SOUHRN

Karcinom pankreatu je nádorové onemocnění se špatnou prognózou, které představuje třetí nejčastější příčinu úmrtí na zhoubný nádor ve vyspělých zemích a jehož incidence a mortalita dle predikcí nadále významným způsobem porostou. Téměř 80 % pacientů je diagnostikováno s pokročilým onemocněním a je tudíž odkázáno na paliativní protinádorovou léčbu s limitovanou účinností. Avšak i u 10-20 % nemocných s lokalizovaným karcinomem pankreatu, kteří úspěšně absolvovali radikální resekci a následnou adjuvantní chemoterapii, obvykle dojde k relapsu do 2-3 let od operace. Příčiny lze hledat v pozdním stanovení diagnózy, v komplikované anatomické lokalizaci, ve výrazné nádorové heterogenitě znesnadňující testování nových léčiv a v neposlední řadě i v přítomnosti denzního nádorového stromatu znesnadňujícího přístup jak cytostatik, tak i cílených léčiv do nádorové tkáně. V tomto sdělení uvádíme souhrn aktuálních možností diagnostiky a léčby lokalizovaných i pokročilých forem karcinomu pankreatu včetně možností molekulární diagnostiky a cílené léčby podskupin.

Klíčová slova: karcinom pankreatu – cílená léčba – FOLFIRINOX – BRCA 1/2

Current diagnostic and treatment options for pancreatic cancer in 2024

SUMMARY

Pancreatic ductal adenocarcinoma is a cancer disease with a very poor prognosis, which poses the third-leading cause of cancer-related deaths and whose incidence and mortality have been predicted to increase significantly in the upcoming years. Almost 80% of patients are diagnosed with advanced unresectable disease and therefore rely on palliative anticancer treatment with limited efficacy. However, even in case of 10-20 % of patients who have successfully undergone radical surgical resection of the localized disease and subsequent adjuvant chemotherapy, the vast majority will relapse within 2-3 years of surgery. The reasons can be found in late diagnosis due to the prolonged clinically asymptomatic course of the disease, complicated anatomical localization, significant tumor heterogeneity, which makes it difficult to test new drugs and, last but not least, in the presence of dense tumor stroma, that complicates the access of cytostatics and targeted drugs into the tumor tissue. Here we present a summary of current treatment options of localized and advanced pancreatic cancer, including molecular diagnostics and targeted treatment of small patients subgroups.

Keywords: pancreatic cancer – targeted therapy – FOLFIRINOX – BRCA 1/2

Cesk Patol 2024; 60(2): 112–119

Karcinom pankreatu (KP) představuje prognosticky nepříznivé nádorové onemocnění rezistentní k léčbě, jehož incidence i mortalita neustále narůstají a průměrné 5leté přežití nepřesahuje 10 % (1). V současné době představuje třetí nejčastější příčinu úmrtí na zhoubný nádor ve vyspělých zemích a dle predikcí se v nadcházejících letech předpokládá posun na místo druhé - hned za nádory plic (2). Incidenci a mortalitu v ČR demonstruje obr. 1.

Rizikovými faktory pro vznik KP jsou zejména chronická pankreatitida, kouření a diabetes mellitus, důležitou roli však hraje i genetická predispozice (3). Přibližně 10 % pacientů s KP má jednoho nebo více příbuzných prvního stupně s tímto onemocněním, jen u 20 % z nich je však diagnostikován některý ze známých hereditárních nádorových syndromů. Ve zbylých 80 % případů zůstává konkrétní příčina na úrovni genů neznámá a používá se pojem „familiární karcinom slinivky břišní“. U osob s vysokým rizikem vzniku KP je indikován screening, který je však

dosud prováděn pouze v režimu klinických studií při velkých akademických centrech (např. studie SCREPAN v Masarykově onkologickém ústavu v Brně), doporučenou metodou screeningu KP je endoskopická ultrasonografie a magnetická rezonance.

Lokalizované (primárně resekabilní nebo hraničně resekabilní) onemocnění je diagnostikováno jen u cca 10-25 % pacientů, u cca 25-30 % pacientů je onemocněním iniciálně lokálně pokročilé (tedy iniciálně inoperabilní) a u cca 50-60 % pacientů je již v době diagnózy potvrzena vzdálená diseminace onemocnění (4).

Klinická symptomatologie a diagnostika

Většina (cca 70-80 %) duktálních adenokarcinomů je lokalizována v hlavě pankreatu, kde s výjimkou obstrukčního ikteru zůstává dlouho klinicky asymptomatická a je tudíž diagnostikována až v pokročilém stádiu. KP často roste infiltrativně do okolí, proniká do retroperitoneální tukové tkáně, prorůstá do okolních cév a nervů (včetně ganglion coeliacum) a infiltruje stěnu duodena. Obvykle metastazuje do regionálních lymfatických uzlin a hematogenně do jater, plic a peritonea. Kromě obstrukčního ikteru mezi typické klinické příznaky patří bolest v epigastriu a/ nebo v zádech případně porucha pasáže při stenóze duodena.

Rozsah onemocnění stanovujeme pomocí celotělového CT s kontrastní látkou a stanovení hladiny nádorového markeru CA 19-9. K histologické verifikaci lokalizovaného KP využíváme endosonografii s tenkojehlovou biopsií k cytologickému (FNAB)

✉ Adresa pro korespondenci:

MUDr. Radim Němeček, Ph.D.

Klinika komplexní onkologické péče MOÚ

Žlutý kopec 7, 656 53, Brno

tel.: 54313 6804/2450

fax: 543132455

e-mail: nemecek@mou.cz