

Qualitätsoffensive CCC Niedersachsen: Operative Verfahren im zertifizierten Zentrum

Jörg Pelz

Abteilung für Allgemein-,
Viszeral- und onkologischer
Chirurgie
St. Bernward Krankenhaus,
Hildesheim



St. Bernward Krankenhaus
Für Leib und Seele

Onkologisches Zentrum
Hildesheim

kkn
Mittliches
Krebsregister
Niedersachsen

EINLADUNG

Onkologische Versorgungsrealität
Niedersachsen

Das Pankreaskarzinom Qualitätskonferenz am 29. November 2023, 16 – 18.30 Uhr

Ein relevantes Thema ?



Pankreaskarzinom

28. November 2023



Histopathologie

*„Unterschiedliche Typen des
Pankreaskopfkarzinoms
unterscheiden sich in ihrer
Prognose!“*

Pankreaskarzinom

28. November 2023



Leitlinie

Leitlinien

Konsultationsfassung S3-Leitlinie Exokrines Pankreaskarzinom

Version 3.01 - August 2023

AWMF-Registernummer: 032-0100L

Bei der Konsultationsfassung handelt es sich NICHT um die endgültige von den beteiligten Personen und Organisationen autorisierte Fassung der Leitlinie. Die Konsultation dient allein der Kommentierung durch die (Fach)Öffentlichkeit. Eine Verbreitung der Inhalte der Konsultationsfassung durch Dritte z.B. im Rahmen von Fortbildungs- oder Marketingmaßnahmen ist ausdrücklich **NICHT** gestattet.

S3-Leitlinie zum exokrinen Pankreaskarzinom S3-Guideline Exocrine Pancreatic Cancer

Seufferlein T et al.: Z Gastroenterol 2013; 51: 1395–1440

Autoren

T. Seufferlein¹, M. Porzner¹, T. Becker², V. Budach³, G. Ceyhan⁴, I. Esposito⁵, R. Fietkau⁶, M. Follmann⁷, H. Friess⁴, P. Galle⁸, M. Geißler⁹, M. Glanemann¹⁰, T. Gress¹¹, V. Heinemann¹², W. Hohenberger¹³, U. Hopt¹⁴, J. Izbicki¹⁵, E. Klar¹⁶, J. Kleeff⁴, I. Kopp¹⁷, F. Kullmann¹⁸, T. Langer⁷, J. Langrehr¹⁹, M. Lerch²⁰, M. Löhr²¹, J. Lüttges²², M. Lutz²³, J. Mayerle²⁰, P. Michl¹¹, P. Möller²⁴, M. Molls²⁵, M. Münter²⁶, M. Nothacker²⁷, H. Oettle²⁸, S. Post²⁹, A. Reinacher-Schick³⁰, C. Röcken³¹, E. Roeb³², H. Saeger³³, R. Schmid³⁴, W. Schmiegel³⁵, M. Schoenberg³⁶, J. Siveke³⁴, M. Stuschke³⁷, A. Tannapfel³⁸, W. Uhl³⁹, S. Unverzagt⁴⁰, B. van Oorschot⁴¹, Y. Vashist¹⁵, J. Werner⁴², E. Yekebas⁴³

Institute

Die Institutsangaben sind am Ende des Beitrags gelistet.

„Diagnostisches Dilemma“



Differentialdiagnostik
Malignom vs. chron.Pankreatitis



Resektabilität -
R0-Resektion möglich ?

OP-Indikation und Kontraindikation

Pankreaskarzinom

28. November 2023

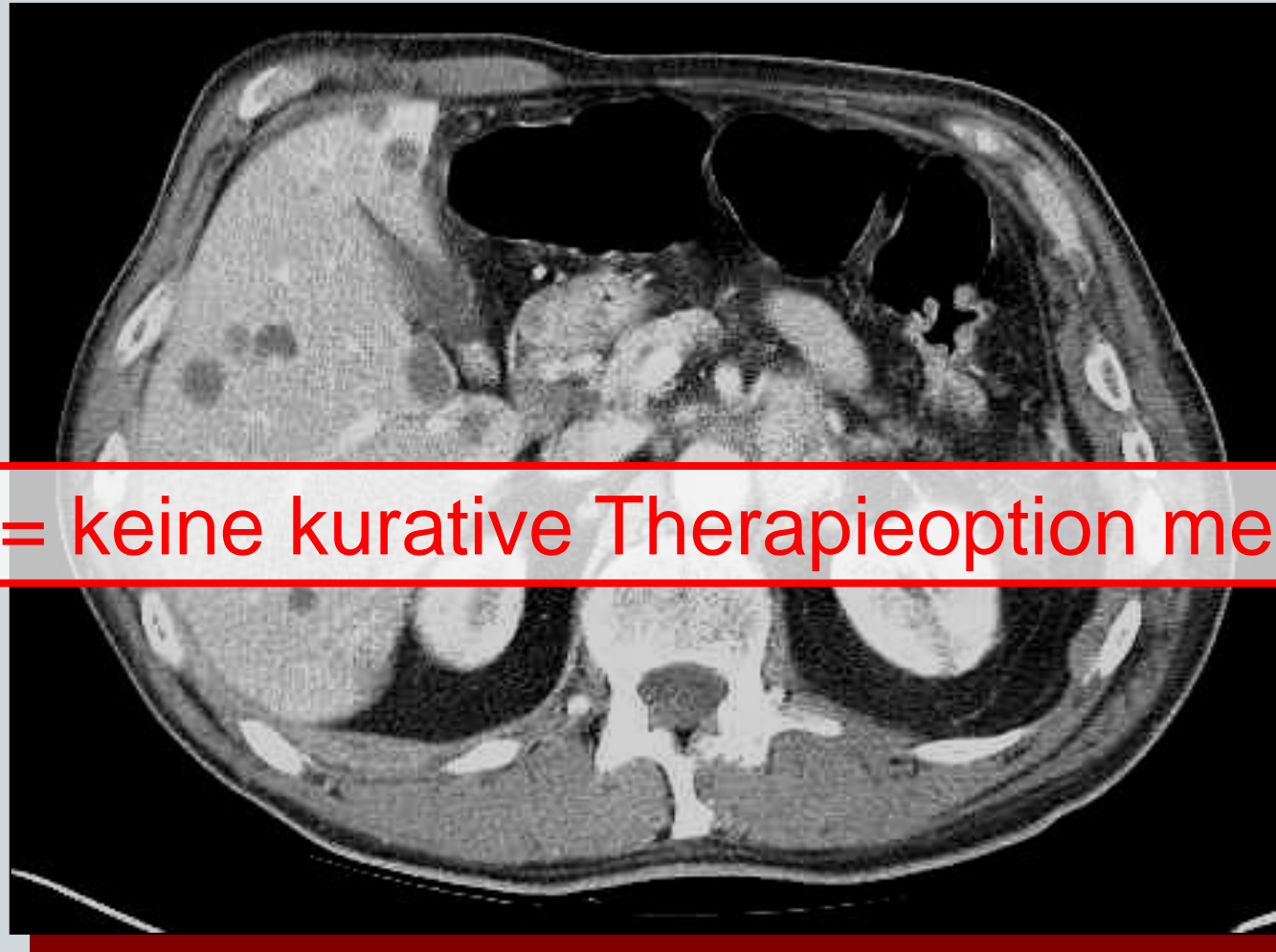
6.1.	Evidenzbasiertes Statement	2013		
Level of Evidence 1b-	Die chirurgische Therapie ist das einzige potenziell kurative Therapieverfahren beim Pankreaskarzinom.			
6.8.	Evidenzbasierte Empfehlung	2013		
Empfehlungsgrad 0	Trotz einer Infiltration von Nachbarorganen kann ein Pankreaskarzinom im Gesunden resektabel sein.			
	Starker Konsens			
6.5. (2013)	Ziel der Resektion beim Pankreaskarzinom soll die Resektion im Gesunden sein (R0).	A	1a-	[156-168]

Kontraindikationen gegen kurative chirurgische Resektion

- **Fernmetastasen**
- **Gefäßinfiltration**
 - **arteriell** – A. hepatica, A. mesenterica sup.
 - (venös – V. portae, V. mesenterica sup.)
- **Großflächige retroperitoneale Infiltration**
- **Ausgedehnte Infiltration der Mesenterialwurzel**

- **Fernmetastasen**
- Gefäßinfiltration
 - arteriell – A. hepatica, A. mesenterica sup.
 - venös – V. portae, V. mesenterica sup.
- Großflächige retroperitoneale Infiltration
- Ausgedehnte Infiltration der Mesenterialwurzel

Fernmetastasen

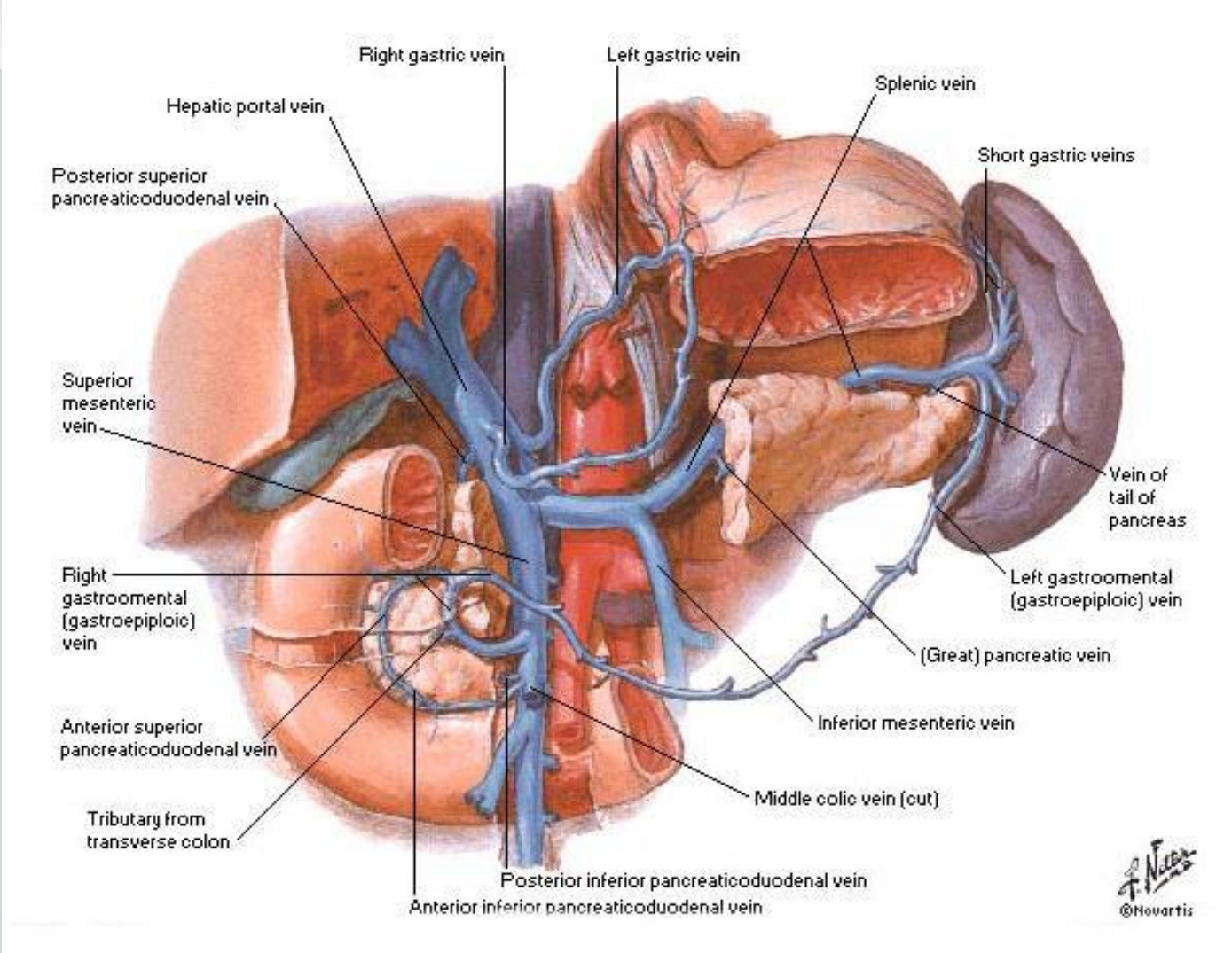


= keine kurative Therapieoption mehr

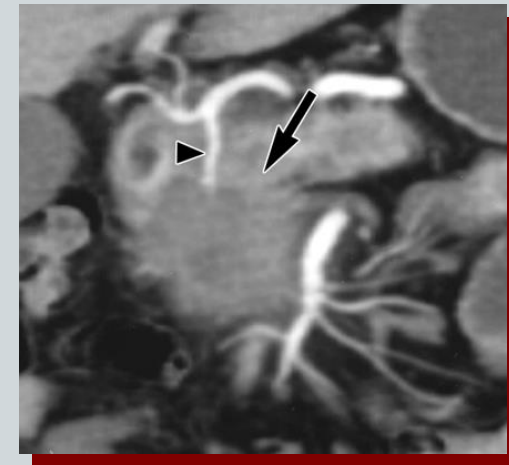
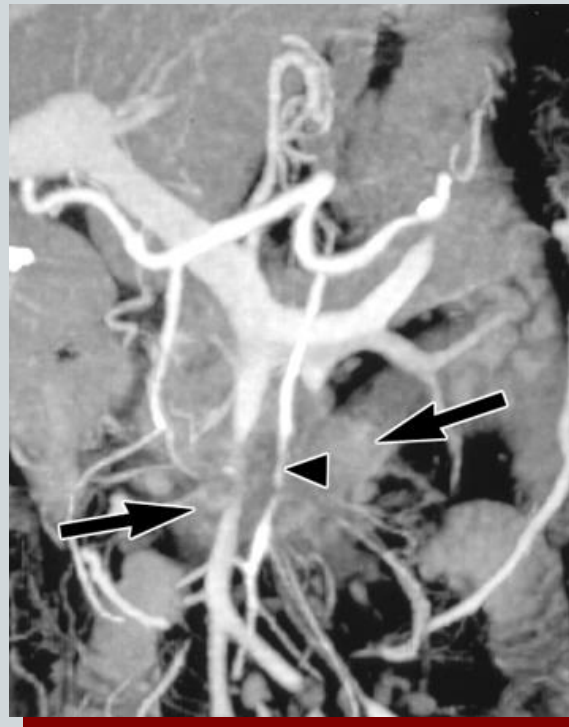
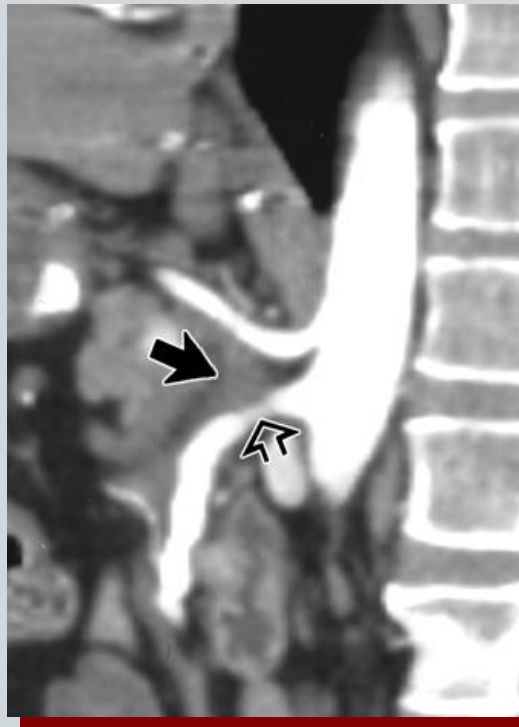
- **Fernmetastasen**
- **Gefäßinfiltration**
 - arteriell – A. hepatica, A. mesenterica sup.
 - venös – V. portae, V. mesenterica sup.
- **Großflächige retroperitoneale Infiltration**
- **Ausgedehnte Infiltration der Mesenterialwurzel**

Pankreaskarzinom

28. November 2023



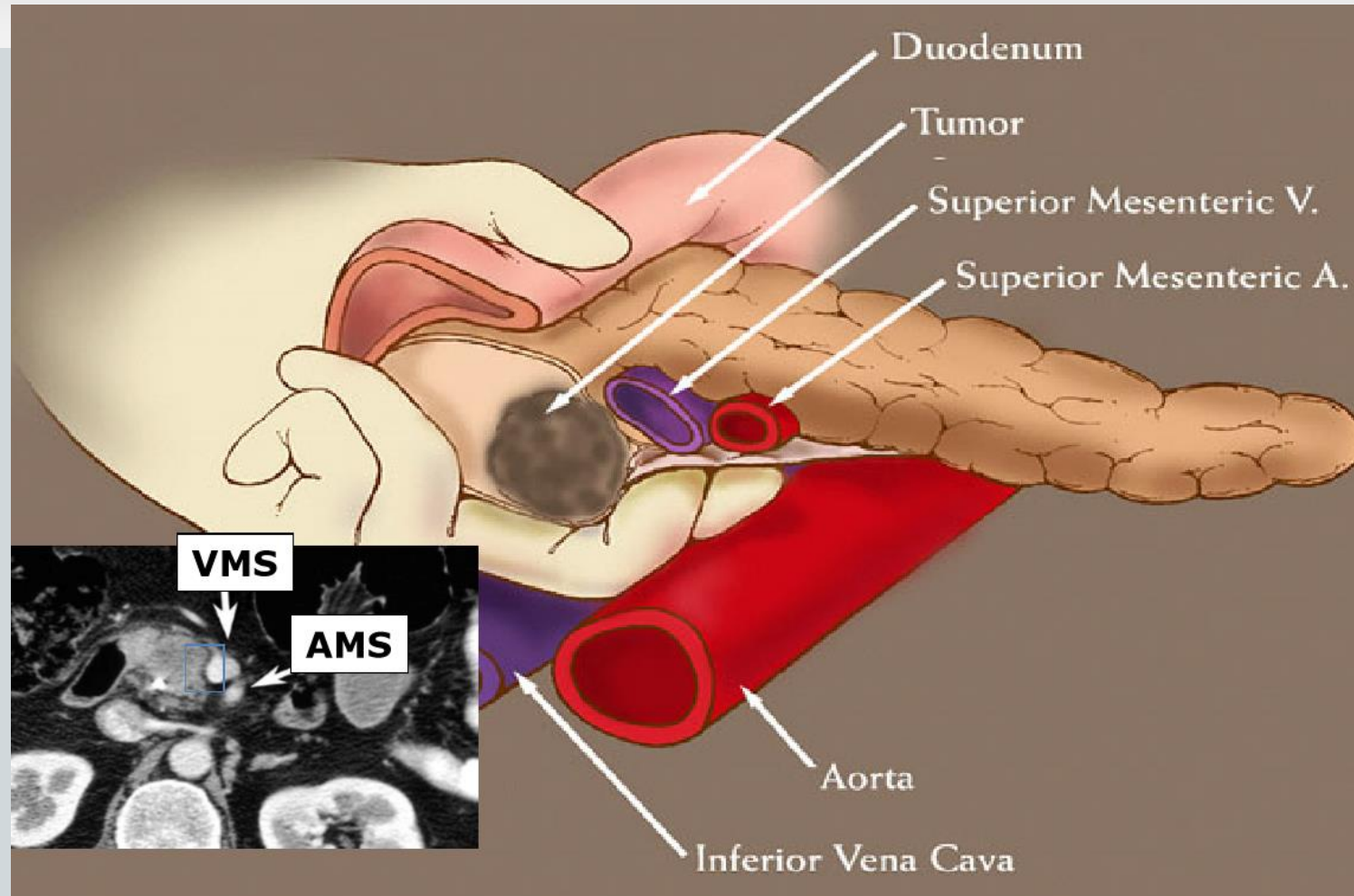
Gefäßinfiltration



Multidetektor CT Angiographie

Pankreaskarzinom

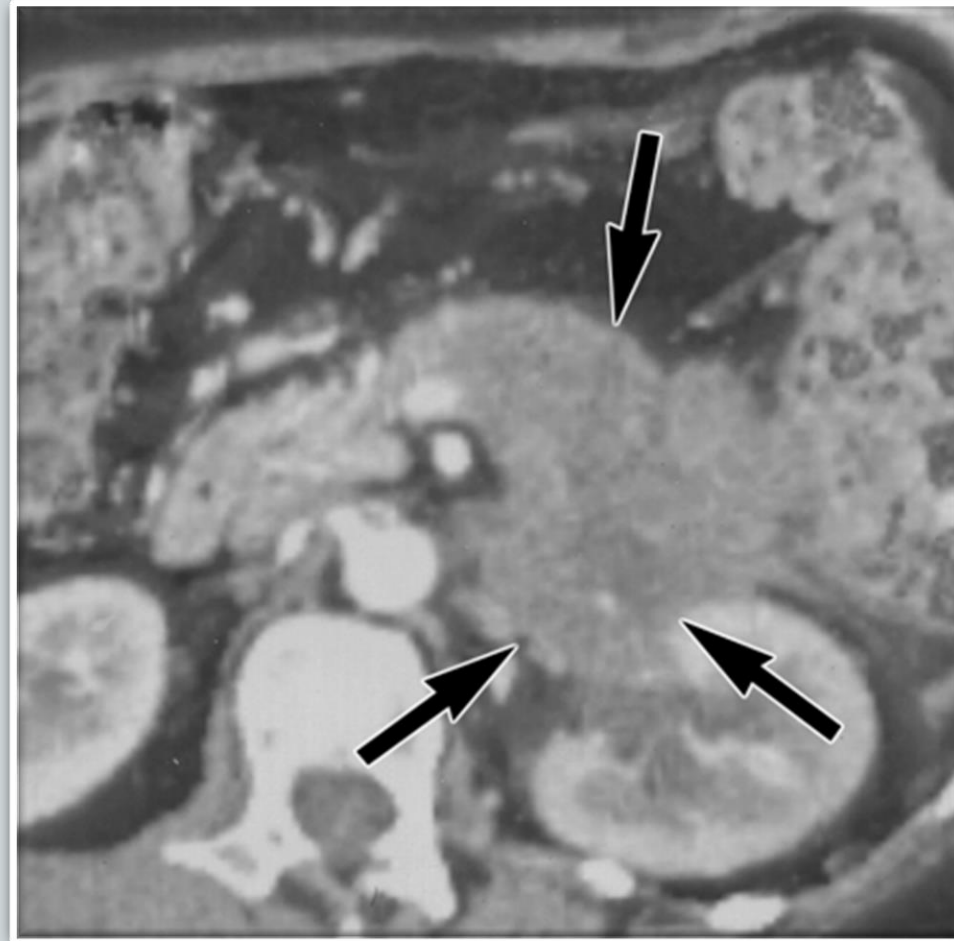
28. November 2023



C. Bruns et al.

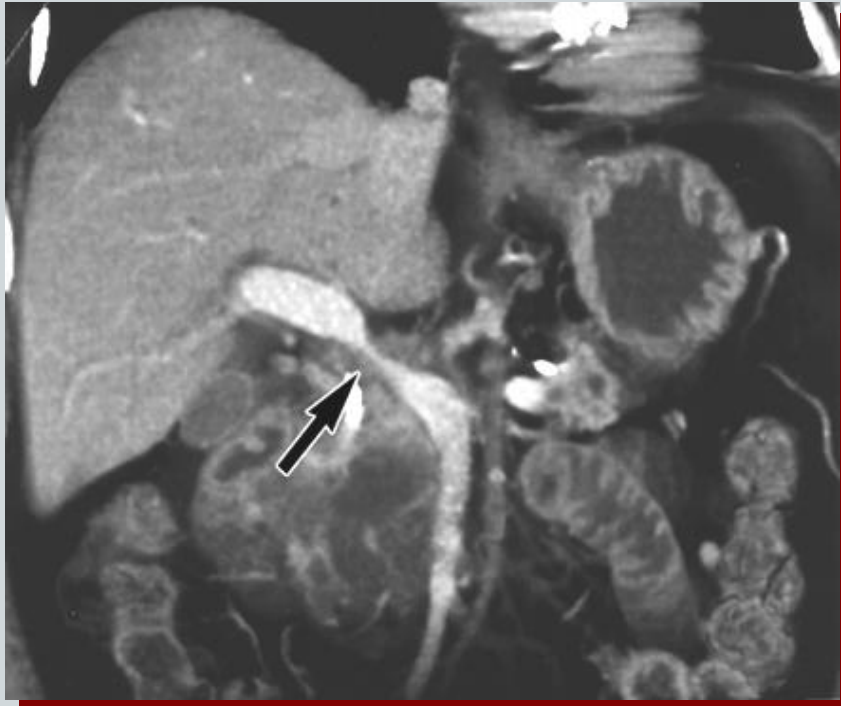
- **Fernmetastasen**
- **Gefäßinfiltration**
 - arteriell – A. hepatica, A. mesenterica sup.
 - (venös – V. portae, V. mesenterica sup.)
- **Großflächige retroperitoneale Infiltration**
- **Ausgedehnte Infiltration der Mesenterialwurzel**

Großflächige retroperitoneale Infiltration



- **Fernmetastasen**
- **Gefäßinfiltration**
 - arteriell – A. hepatica, A. mesenterica sup.
 - (venös – V. portae, V. mesenterica sup.)
- **Großflächige retroperitoneale Infiltration**
- **Ausgedehnte Infiltration der Mesenterialwurzel**

Ausgedehnte Infiltration der Mesenterialwurzel



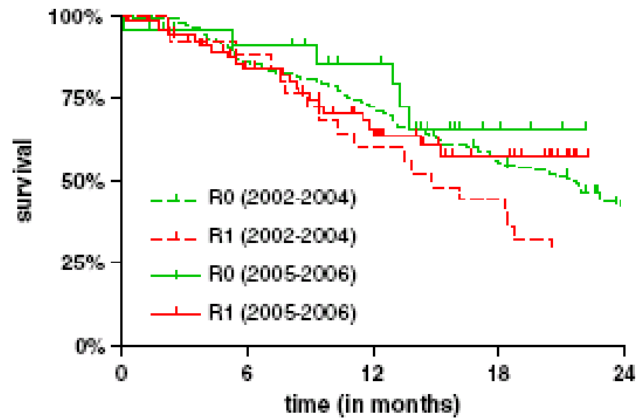
Operationsindikation

Die **Indikation zur Operation** ist immer gegeben, wenn eine **R0-Resektion** potentiell möglich erscheint

- Einziges potentiell kuratives Therapieverfahren
- Prognose in erster Linie von Resektabilität bestimmt
- Medianes Überleben bei Irresektabilität: 4-6 Monate
- Resektionsrate für das duktales Pankreaskarzinom
zwischen 15-30 %

Die meisten Pankreasresektionen sind R1-Resektionen!

Standardisiertes patholog. Protokoll: n=111 (2005-2006)
 Nicht-standardisiertes patholog. Protokoll: n=188 (2002-2004)



No. at risk	0	6	12	18	24
R0 resection (2002-2004)	162	137	115	86	58
R1 resection (2002-2004)	26	23	16	12	8
R0 resection (2005-2006)	24	20	15	4	1
R1 resection (2005-2006)	96	46	29	15	1

Characteristic	periods	
	2002-2004	2005-2006
No. of patients	188	111
Sex (F/M)	42%/58%	42%/58%
Median age (IQR) (y)	64 (58-70)	66 (58-73)
Operation, n (%)		
Pylorus-preserving PD	137 (73%)	93 (84%)
Classical PD	40 (21%)	13 (12%)
Total PD	11 (6%)	5 (4%)
pT3	90%	100%
pN1	79%	85%
R0 resection	86%	24%
1-year survival (R0)	71%	86%
R1 resection	14%	76%
1-year survival (R1)	62%	64%

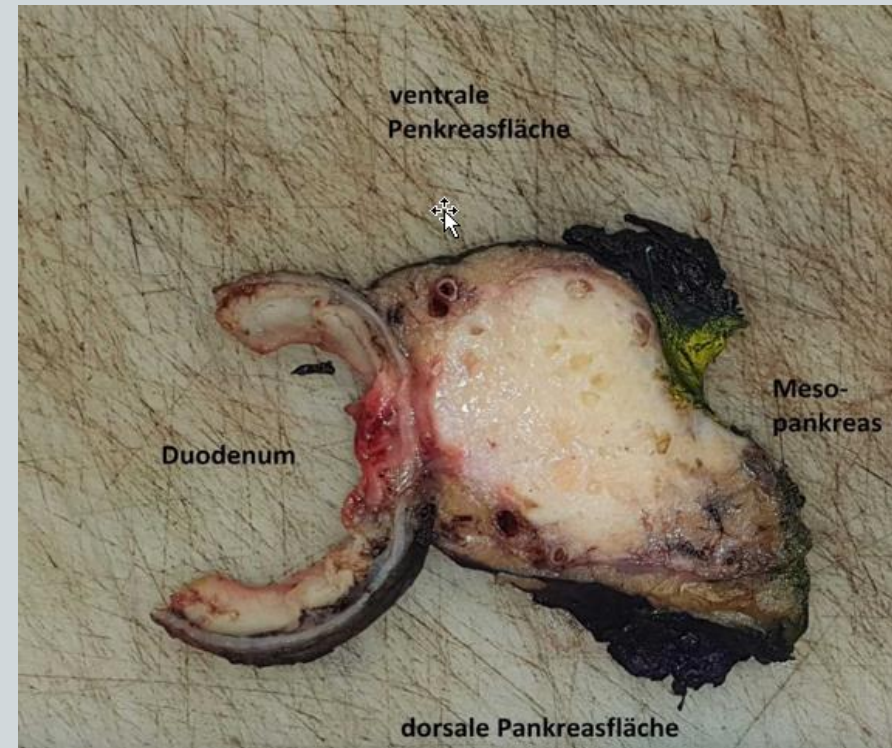
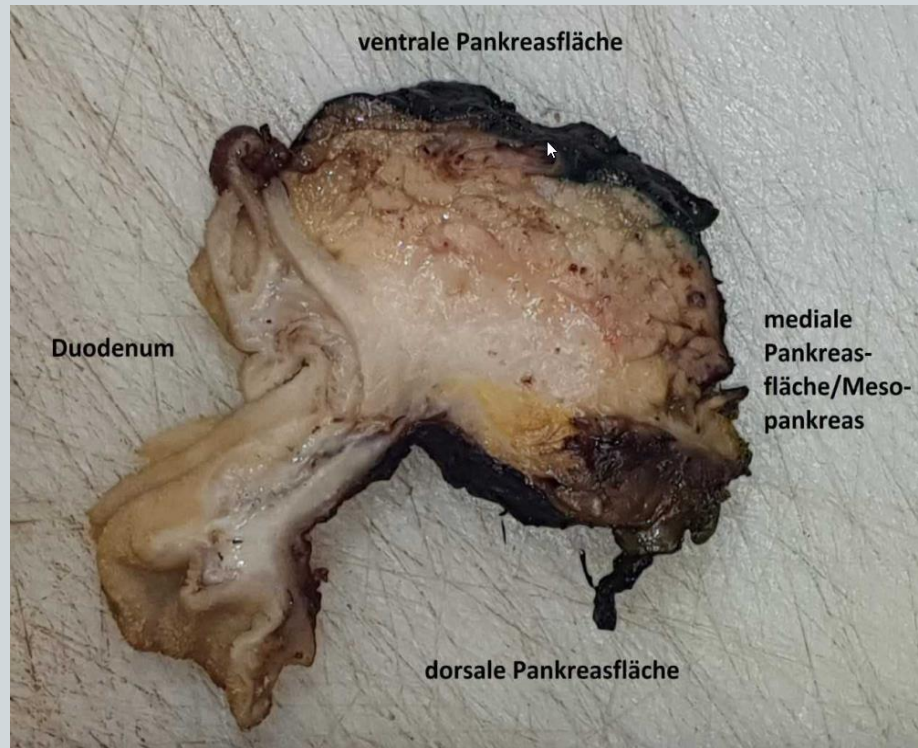
IQR, interquartile range; PD, pancreaticoduodenectomy.

Esposito I, Büchler M et al., Ann Surg Oncol 2008

C. Bruns et al.

Pankreaskarzinom

28. November 2023



Operabilität vs. Resektabilität

- **Operabilität**

= Operierbarkeit des Patienten
(funktionell)

- **Resektabilität**

= Entfernbarkeit des Tumors
(technisch)

Oft wird
„**Operabilität**“
gleich verwendet

OP-Verfahren

- **Partielle Duodenopankreatektomie**
(Operation nach Whipple, bzw. Kausch und Whipple)
- **Pyloruserhaltende partielle Duodenopankreatektomie**
(PPPD, Operation nach Traverso-Longmire)
- **Pankreaslinksresektion (inklusive Splenektomie)**
- **Subtotale Pankreatektomie**
- **Totale Pankreatektomie**

Kausch-Whipple/ Historie



Walter Carl Eduard Kausch
17.07.1867 – 24.03.1928

Kausch-Whipple/ Historie

1912 Kausch W.

Das Carcinom der Papilla Duodeni und
seine radikale Entfernung
Beitr Klein Chir 78: 439-486

1935 Whipple A.O. et al.

Treatment of carcinoma of the ampulla of Vater
Ann Surg 102: 763-779

Stellenwert der Lymphadenektomie

- LK-Metastasen in bis zu 80 % der resezierten Pankreaskarzinome
- Retrospektive Studien insbesondere aus Japan zeigen Überlebensvorteil für nodal-positive Patienten bei keinem Unterschied im Gesamtüberleben
- In prospektiv randomisierten Studien kein Überlebensvorteil für das Gesamtkollektiv operierter Patienten
- Morbidität der erweiterten Lymphadenektomie nicht unerheblich

Komplikationen & Folgen der Pankreaschirurgie

Pankreaschirurgische Komplikationen

- Anastomoseninsuffizienzen/Gallefistel/ Galleleckage
- postop Postoperatives Komplikationsmanagement !
- septisc
- Magen

Intensivstation
Interventionelle Radiologie
Gastroenterologie

Gesamtmorbidität etwa 40 % !!!!

Pankreaschirurgische Komplikationen

– IQM Daten 2022

Eingriffe an der Bauchspeicheldrüse (Pankreas)				
Todesfälle bei Eingriffen an der Bauchspeicheldrüse ohne Transplantation	Beobachtungswert		9,0%	
Alle Patient:innen > 19 Jahre	1	461	von	5.105
Todesfälle bei operativer Bauchspeicheldrüsenentfernung bei Bauchspeicheldrüsenkrebs	Beobachtungswert		7,4%	
	1	220	von	2.957

Pankreaskarzinom

28. November 2023

IQM Daten Pankreasresektionen	† IHM (%)			
	2015		2016	
Univ. Aachen	12/117	(10,3%)	12/ 71	(16,9%)
Univ. Bonn	4/ 66	(6,1%)	5/ 73	(6,8%)
Univ. Charite	24/203	(11,8%)	17/208	(8,2%)
Univ. Dresden	9/111	(8,1%)	12/128	(9,4%)
Univ. Düsseldorf	12/ 60	(20,0%)	9/ 59	(15,3%)
Univ. Gießen	8/ 65	(12,3%)	9/ 72	(12,5%)
Univ. Halle	1/ 38	(2,6%)	2/ 22	(9,1%)
Univ. Hannover	9/ 70	(12,9%)	6/ 85	(7,1%)
Univ. Heidelberg	16/550	(2,9%)	19/505	(3,8%)
Univ. Jena	7/ 56	(12,5%)	5/ 60	(8,3%)
Univ. Kiel	8/ 45	(17,8%)	7/ 46	(15,2%)
Univ. Lübeck	5/ 94	(5,3%)	3/ 73	(4,1%)
Univ. Magdeburg	5/ 98	(5,1%)	2/ 72	(2,8%)
Univ. Mainz	10/ 83	(12,0%)	7/ 64	(10,9%)
Univ. Marburg	8/ 78	(10,3%)	3/ 72	(4,2%)
Univ. München LMU	1/142	(0,7%)	6/167	(3,6%)
Univ. Ulm	4/ 49	(8,2%)	4/ 44	(9,1%)
Gesamt	143/1925 (7,4%)		128/1821 (7,0%)	

Gefordert wird < 5%

Nachsorge

Nr.	Empfehlungen/Statements	EG	LoE	Quellen
9.33. (2006)	Ein strukturiertes Nachsorgeprogramm kann beim Pankreaskarzinom stadienunabhängig nicht empfohlen werden.	A*	5	

Zusammenfassung

Die operative Therapie ist das einzig potentiell kurative Therapieverfahren

Nur bei wenigen Patienten (15-20%) kann die sinnvolle Indikation zu einer Resektion gestellt werden.

Eine R0 Situation (Lokal und systemisch) ist unbedingt anzustreben.

Die operative Therapie hat eine relativ hohe Morbidität und Mortalität

Fazit

Nicht was machbar ist, ist sinnvoll,
nur was sinnvoll ist, sollte gemacht werden

Vielen Dank !

