

**REKOMENDACJE  
KONSULTANTA KRAJOWEGO  
W DZIEDZINIE CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ  
ORAZ  
POLSKIEGO TOWARZYSTWA CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ  
W ZAKRESIE DIAGNOSTYKI I LECZENIA CHORYCH  
NA RAKA TRZUSTKI**

**REKOMENDACJE OGÓLNE**

Zaleca się aby chorzy na raka trzustki byli leczeni wyłącznie w specjalistycznych ośrodkach referencyjnych lub w jednostkach z dużym doświadczeniem, w których wykonywanych jest minimum 20 pankreatoduodenektomii i 10 resekcji obwodowych rocznie, przy spełnieniu kryteriów jakości zgodnie z aktualnymi rekomendacjami NCCN. W przypadku raka trzustki ośrodek wykonujący w Polsce więcej niż 40 pankreatoduodenektomii i więcej niż 20 resekcji obwodowych trzustki jest jednostką o bardzo dużym doświadczeniu ("very high volume").

Leczenie chorych na raka trzustki ma charakter wielodyscyplinarny. W zespole wykonującym operacje planową powinno uczestniczyć minimum 3 lekarzy, w tym 2 specjalistów chirurgów w tym jeden specjalista chirurgii onkologicznej. Jeżeli ośrodek nie spełnia kryteriów ilościowych i jakościowych określonych w Rekomendacjach Ogólnych, to zabieg planowy może zostać wykonany w takim ośrodku, przez zespół chirurgiczny, w którym uczestniczy specjalista chirurg onkolog zatrudniony w systemie konsultanckim.

Ośrodki medyczne wykonujące procedury diagnostyczno-terapeutyczne powinny mieć następujące możliwości:

**ORGANIZACYJNE**

1. Możliwość wykonania śródoperacyjnego badania histopatologicznego i kontrastowego badania radiologicznego w miejscu.
2. Możliwość wykonania USG ( z możliwością badania śródoperacyjnego ),
3. Możliwość wykonania KT w miejscu.
4. Możliwość przeprowadzenia leczenia uzupełniającego ( chemioterapia, radioterapia ) w miejscu lub na podstawie umowy z ośrodkiem zewnętrznym.
5. Przy ocenie preparatu po operacjach trzustki wskazana jest właściwa, określona stosownym protokołem, współpraca chirurga i patomorfologa;

6. Konieczna jest możliwość prospektywnego monitorowania wskaźników w następujących aspektach:
- odsetek powikłań chirurgicznych,
  - wskaźnik śmiertelności okołoperacyjnej
  - odsetek miejscowych nawrotów
  - odsetek nieszczelności zespołów

## MERYTORYCZNE

### W zakresie diagnostyki

W przypadku podejrzenia raka trzustki każdy chory powinien mieć wykonane:

1. TK jamy brzusznej; wielofazowe TK jamy brzusznej: trzy fazy po dożylnym podaniu kontrastu, tętnicza, mięśzowa dla trzustki i wrotna. Grubość warstwy dla oceny trzustki powinna wynosić pomiędzy 1 a 3 mm. Jakość wykonania TK pełni kluczową rolę w ocenie resekcyjności guza trzustki.
2. BAC pod kontrolą USG (lub TK lub EUS) zmiany w trzustce i innych podejrzanych ognisk.
  - BAC jest bezwzględnie konieczna w przypadkach zaawansowanych, jeśli planuje się rozpoczęcie leczenia od radiochemioterapii lub chemioterapii, a także wówczas, gdy stwierdza się przeciwwskazania do resekcji;
  - jeśli planowana jest pierwotna resekcja od BAC można odstąpić.
3. Badanie endoskopowe górnego odcinka przewodu pokarmowego (ewentualnie z EUS)
4. Oznaczenie antygenu CA 19-9 (jeśli nie ma towarzyszącej hiperbilirubinemii).

Ponadto:

- Jeśli przebieg kliniczny lub BAC sugerują neuroendokrynnny charakter nowotworu należy wykonać scyntyografię receptorów somatostatynowych, oznaczenie stężenia chromograniny A i/lub PET z użyciem galu (może to wpłynąć na zmianę taktyki leczenia).
- W przypadkach potwierdzenia złośliwego charakteru guza należy rozważyć wykonanie EUS oraz PET/TK (jeśli tych badań nie wykonywano w czasie diagnostyki wstępnej).
- W sytuacjach wątpliwych lub u chorych z dużym ryzykiem operacyjnym w celu oceny zaawansowania choroby nowotworowej należy rozważyć wykonanie laparoskopii diagnostycznej (metodę tę można wykorzystać do weryfikacji nowotworu, jeśli nie udało się potwierdzić raka metodami mniej inwazyjnymi).
- W przypadku żółtaczk mechanicznej (bilirubina >16 mg%) lub znacznego zwężenia dróg żółciowych u chorego należy wykonać EWCP (lub MRCP) i rozważyć protezowanie endoskopowe dróg żółciowo-trzustkowych. Jest ono zalecane

szczególnie u chorych nieoperacyjnych (zły stan ogólny) lub w przypadku stwierdzenia przerzutów odległych.

### **W zakresie leczenia**

- W przypadku zmian uznanych przedoperacyjnie za potencjalnie resekcyjne chory powinien mieć wykonaną częściową lub całkowitą resekcję trzustki (zależnie od lokalizacji guza i zaawansowania choroby - przy guzie głowy trzustki należy wykonać pankreatoduodenektomię z limfadenektomią ze śródoperacyjnym badaniem marginesu cieśni trzustki i marginesu drogi żółciowej (sp. Whipple'a lub Traverso). Kikut trzustki można zespolić z żołądkiem lub jelitem czczym.
- Rozszerzona limfadenektomia nie jest rutynowo zalecana, ale dopuszczalna w zaawansowanych (resekcyjnych) przypadkach.
- Przy zmianach uznanych śródoperacyjnie za bezwzględnie nieresekcyjne (bez przerzutów odległych), a powodujących zwężenie dwunastnicy i/lub przewodu żółciowego wspólnego można wykonać zespolenia omijające żołądkowo-jelitowe i/lub żółciowo-jelitowe.
- U chorych, u których dominującym objawem jest ból, należy rozważyć w trakcie operacji neurolizę splotu trzewnego.
- W przypadku niezweryfikowanych zmian nieresekcyjnych należy pobrać śródoperacyjnie z guza i/lub przerzutów materiał do badania histopatologicznego w celu ewentualnego umożliwienia zastosowania chemioterapii.
- W przypadku zmian uznanych przedoperacyjnie za granicznie resekcyjne należy rozważyć neoadjuwantową radiochemioterapię.
- W przypadkach potwierdzonych zmian złośliwych uznanych przedoperacyjnie miejscowo za nieresekcyjne leczenie należy rozpocząć od radiochemioterapii, a przy stwierdzeniu rozsiewu leczenie należy rozpocząć od chemioterapii.

Po przeprowadzonej chemioterapii (lub radiochemioterapii) należy ponownie rozważyć możliwość wykonania zabiegu resekcyjnego.