

EXOCRIENE PANCREASTUMOREN

1. Tumor:

1.1. TNM classificatie:

Voor carcinomen van de exocriene pancreas.

Tumoren van de kop: rechts van de linkerrand van de v. mesenterica superior, processus uncinatus is deel van de kop.

Tumoren van het lichaam: tussen de linkerrand van de v. mesenterica superior en de linkerrand van de aorta.

Tumoren van de staart: tussen de linkerrand van de aorta en de milthilus.

T: primaire tumor

Tx	niet evalueerbaar
T0	geen tumor
Tis	carcinoma in situ, PanIN III (hooggradige pancreatische intra-epitheliale neoplasie)
T1	beperkt tot pancreas, ≤ 2 cm
T2	beperkt tot pancreas, > 2 cm
T3	buiten pancreas maar zonder invasie van coeliacus of a. mesenterica superior
T4	invasie van coeliacus of a. mesenterica superior

N: regionale lymfeklieren

Superior: superior van kop of lichaam van pancreas.

Inferior: inferior van kop of lichaam van pancreas.

Anterior: anterior pancreaticoduodenaal, pyloorstreek (enkel voor tumoren van de kop) en proximaal mesenteriaal.

Posterior: posterior pancreaticoduodenaal, choledochus en proximaal mesenteriaal.

Splenisch: milthilus en pancreasstaart (enkel voor tumoren van lichaam en staart).

Coeliacaal: enkel voor tumoren van kop.

Nx	niet evalueerbaar
N0	geen*
N1	aanwezig

*opmerking: adequate pN: histologisch onderzoek van het resectiespecimen zou minstens 10 lymfeklieren moeten omvatten. Indien er minder werden onderzocht doch ze zijn allen negatief, wordt toch pN0 gebruikt.

M: metastasen

Mx	niet evalueerbaar
M0	geen
M1	aanwezig

1.2. Stadiumindeling:

Stadium 0	Tis	N0	M0
Stadium IA	T1	N0	M0
Stadium IB	T2	N0	M0
Stadium IIA	T3	N0	M0
Stadium IIB	T1, T2, T3	N1	M0
Stadium III	T4	elke N	M0
Stadium IV	elke T	elke N	M1

2. Staging

- anamnese (inclusief familiaal, gebruik van alcohol en tabak)
- klinisch onderzoek inclusief lengte en gewicht
- oesofagogastroduodenoscopie + biopsies
- echo-endoscopie ter evaluatie van de relatie met de grote vaten en de aanwezigheid van pathologische adenopathieën. Eventueel punctie zo diagnostisch probleem.
- CT abdomen en/of MRI met specifieke aandacht voor de relatie van de tumor met de vaatstructuren (v. porta en v. mesenterica superior)
- RX thorax of CT thorax (in combinatie met CT bovenbuik)
- labo, inclusief CEA en CA 19.9. Eventueel chromogranine A zo mogelijkheid van neuro-endocriene tumor.
- preoperatieve oppuntstelling zo potentieel operabel (EKG, longfunctie, oppuntstelling comorbiditeit).
- optionele en facultatieve onderzoeken:
 - laparoscopie

3. Therapeutisch beleid

Het beleid wordt op basis van de volledige oppuntstelling op het MOC beslist. Het MOC verslag wordt opgesteld en het registratieformulier wordt ingevuld.

3.1. Operabele tumoren:

Zo geen metastasen, geen invasie van a. hepatica en/of a. mesenterica superior en geen trombus in v. porta.

Het type chirurgie wordt bepaald door de localisatie en de uitbreiding van de tumor.

Bij een localisatie in de kop wordt een (pyloorsparende) Whipple uitgevoerd waarbij toch een uitruiming van de klierstations ter hoogte van de a. mesenterica superior rechts, de leverhilus en aortocavaal wordt beoogd.

Postoperatief:

R0-resectie met positieve klierstatus: adjuverende chemotherapie (Gemzar) te overwegen na bespreking op het MOC (3 tot 6 maanden).

R1 en R2 resectie: radiochemotherapie te overwegen na bespreking op het MOC.

Schema: radiotherapie 50.4 Gy/28 fracties/6 weken op klierstreken hoogpara-aortisch en leverhilus + continu infuus 5FU (225 mg/m²/dag gedurende radiotherapie)

Alternatief: monotherapie met Gemcitabine 1000 mg/m² (zie infra)

3.2 Locoregionaal inoperabele tumoren:

Zo arteriële invasie: inoperabel.

Zo veneuze invasie: verwijzing naar tertiair centrum overwegen.

Bij geselecteerde patiënten is radiochemotherapie te overwegen of inductiechemotherapie met Gemcitabine 1000 mg/m² (met herevaluatie na 2 cycli).

Eventueel in tweede tijd gevolgd door resectie nadat een laparoscopie is uitgevoerd om peritoneale meta's uit te sluiten.

Bij symptomatische patiënten (obstructieve icterus, intestinale obstructie, ...) wordt een dubbele derivatie aangelegd of stenting. Steeds biopsies nemen.

3.3 Metastasen op afstand.

Gemcitabine 1000 mg/m², dag 1, week 1-3 en week 5-7; week 9 = week 1.

Herevaluatie na 2 cycli met tumormerker en CT.

De behandeling wordt enkel verdergezet zo geen progressie op CT en subjectief verbetering of stabilisatie.

Gemcitabine-Cisplatinum.

Cisplatin 50 mg/m² om de 14 dagen + modified de Gramont schema (zie colon).

Folfirinox.

Tarceva 100 mg po dagelijks in medical need + Gemcitane (1000 mg/m² 3 weken geven, gevolgd door 1 week rust).