



Shrnutí kapitol..

ZOBRAZOVACÍ METODY

Chirurga/onkologa zajímá:

- **Stadium tumoru** Metastatické vs. nemetastatické
- Lokálně resekabilní vs. neresekabilní
- Přítomnost cévních anomálií
- Stenozy viscerálních tepen
- Žilní kolaterály
- **Nutné CT s arteriální a žilní fází**
- Nepřímé známky tumoru

Další metody

- Stagingová laparoskopie u vysokých markerů
- Diagnostické ERCP není indikováno
- EUZ – doplňková metoda

Je to tumor?



Časový faktor

- Progrese z T₁ na T₄ za 14 měsíců
- Operace po CT déle než za 32 dnů – 2x vyšší riziko neresekability
- Vyloučení metastáz v játrech - po CT přesnost do 25 dnů, poté významně narůstá záchyt metastáz peroperačně
- Zvážit odstup operace po vyšetření: cholangitida, malnutrice, špatný interní stav

Náhodný nález ložiska pankreatu

- $\frac{3}{4}$ solidních ložisek jsou maligní nebo potenciálně maligní
- Menší ložiska než u symptomatických pacientů
- Delší přežívání po resekci
- Pokud nelze pankreas bezpečně hodnotit, pak nové CT v pankreatickém protokolu

- 
- Drenáž žlučových cest
- 

Shrnutí – drenáž žlučových cest

- U resekabilních ložisek drenáž výjimečná
- Neprovádět další vyšetření při nálezu tumoru na CT
- Resekční výkon je možný u pacienta v dobrém stavu i při ikteru

- 
- Odběr histologie

Kdy provést biopsii?

- U hraničně resektabilních tumorů před neoadjuvancí
- U inoperabilních ložisek před paliativní CHT
- Nesouhlas pacienta s operací bez histologické verifikace

- 
- Hraničně resekabilní tumory

Hraničně resekabilní tumory

- Anatomicky složitá definice (hlava vs. kauda)
- **Vždy komisionální posouzení**
- Zvážení lokálního nálezu i celkového stavu

Důvody neoadjuvance

- Selekcce pacientů s rychlou progresí choroby do metastatické
- Zvýšení počtu Ro resekci
- Časná léčba mikrometastáz
- **FOLFIRINOX**
- **Nevýhody:** nutnost biopsie, drenáže žlučových cest, odklad operace