



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 T<sub>1</sub> na T<sub>4</sub> 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 nálezn 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 nálezů tumoru na CT
- Resekční výkon je možný u pacienta v dobrém stavu i při ikteru



- 
- Odběr histologie

# Kdy provést biopsii?

- U hraničně resekabilních 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 R0 resekcí
- Časná léčba mikrometastáz
- **FOLFIRINOX**
- **Nevýhody:** nutnost biopsie, drenáže žlučových cest, odklad operace