Intraduktale papillär muzinöse Neoplasien des Pankreas

Zystische Raumforderungen des Pankreas werden heute in ca. 1–2% aller Patienten als Zufallsbefund diagnostiziert und stellen damit eine relevante Thematik in der täglichen klinischen Praxis dar. Die Mehrheit der Pankreaszysten sind dysontogene Zysten oder Pseudozysten. Darüber hinaus finden sich auch zystische Neoplasien, von denen über 90% eine der folgenden drei Tumorentitäten sind: seröse Zystadenome, muzinöse Zystadenome und intraduktale papillär muzinöse Neoplasien (IPMNs). Während seröse Tumoren im Allgemeinen benigne sind, sind muzinöse Tumoren potenziell maligne. Die Differenzierung der Tumorentitäten ist somit eine Hauptaufgabe der Diagnostik. Die Erkenntnisse zur Diagnostik und Therapie der IPMNs haben sich in den letzten Jahren erheblich verbessert.

» Die Differenzierung der Tumorentitäten ist eine Hauptaufgabe der Diagnostik

IPMNs sind Vorläuferläsionen des Pankreaskarzinoms. Im Gegensatz zum duktalem Pankreaskarzinom, welches in den meisten Fällen erst in einem fortgeschrittenen und metastasierten Stadium diagnostiziert wird, werden IPMNs häufig in prämaligen bzw. präinvasiven Stadien diagnostiziert und sind damit gut kurativ therapierbar. Darüber hinaus haben selbst frühe IPMN-assoziierte Karzinome eine bessere Prognose als vergleichbare Tumorstadien des duktalem Pankreaskarzinoms, während fortgeschrittene Tumorstadien bei beiden Entitäten eine ähnlich schlechte Prognose haben. Da nicht alle

IPMNs maligne entarten, wäre eine Differenzierung zwischen IPMNs mit hohem und solchen mit niedrigem Risiko der malignen Transformation wünschenswert. Bisher werden hierfür die im Rahmen einer Konsensuskonferenz in Sendai im Jahre 2006 erarbeiteten Kriterien verwendet.

Man unterscheidet prinzipiell zwischen Hauptgang- und Seitengang-IPMNs sowie sog. gemischten Typen. Hauptgang-IPMNs haben ein malignes Entartungsrisiko von ca. 70% und sollten chirurgisch onkologisch reseziert werden. IPMNs vom Seitengangtyp dagegen entarten in ca. 30%, sodass ein differenziertes Vorgehen empfohlen wurde. Es wurden aufgrund der damaligen Datenlage morphologische Risikokriterien (u. a. Größe, solide Anteile, Wachstumstendenz) erstellt, die ein höheres Malignitätsrisiko aufzeigen sollten. Die Therapie der Seitengang-IPMNs reicht somit heute von engmaschigen Nachkontrollen und reiner Beobachtung bis hin zu onkologischen Resektionen. Zur Diagnostik und Nachkontrolle wird neben der Schnittbildgebung (Computertomographie, Magnetresonanztomographie mit MR-Cholangiopankreatikographie) vor allem die Endosonographie verwendet. Viele Zentren haben in den letzten Jahren ihre Erfahrung mit den unterschiedlichen diagnostischen und therapeutischen Verfahren publiziert. So werden heute verschiedene histologische IPMN-Subtypen charakterisiert, die eine unterschiedliche Langzeitprognose haben. Trotz erheblicher Fortschritte in der Diagnostik ist allerdings weiterhin unklar, welche Kriterien eine sichere Differenzierung zwischen Läsionen ohne

malignes Potenzial und Läsionen mit Progress und maligner Transformation erlauben. Die bisher gültigen Sendai-Kriterien bedürfen jedenfalls einer kritischen Überarbeitung. Somit sollte bei jedem Patienten bei der Entscheidungsfindung der richtigen Therapie zum einen das Malignitätsrisiko bei der reinen Beobachtung einer prämaligen Läsion und zum anderen das Operationsrisiko betrachtet werden.

Der Wissenszuwachs über Klassifikation, Diagnostik und Therapie von IPMNs war in den letzten Jahren erheblich. In dieser Ausgabe wird in vier Beiträgen zu den wichtigsten Aspekten des Themenkomplexes der aktuelle Wissensstand dargestellt und soll Hilfestellung bei dem klinischen Umgang mit IPMNs geben.

Prof. Dr. J. Werner

Prof. Dr. M.W. Büchler

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. M.W. Büchler

Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie, Universität Heidelberg, Im Neuenheimer Feld 110, 69120 Heidelberg
 Markus.Buechler@med.uni-heidelberg.de