

5 Zusammenfassung

Im Zeitraum von August 1996 bis November 1997 wurden 115 Patienten prospektiv erfaßt, bei denen sich der Verdacht auf eine fokale Pankreasläsion im EUS (Olympus GF-UM 20 Echoendoskop mit Radial-Schallkopf) bestätigte und eine histologische Diagnosesicherung erfolgte. Entsprechend einem prospektiven Protokoll wurden die Raumforderungen, basierend auf ihrer EUS-Morphologie, als benigne oder maligne eingestuft und einer Verdachtsdiagnose zugeordnet. Bei Karzinomverdacht wurde ein Tumorstaging durchgeführt. In einem retrospektiven Studienanteil wurden morphologische EUS-Kriterien für die Diagnosevorhersage und das Tumorstaging überprüft.

Durch die Endosonographie wurden 54 von 59 (92%) Pankreaskarzinomen, 10 von 24 (42%) chronischen Pankreatitiden und 7 von 11 (64%) Papillenkarzinomen treffend diagnostiziert. Der EUS hatte eine Sensitivität von 95%, eine Spezifität von 53% und eine Treffsicherheit von 83% für die Diagnose einer malignen Pankreaserkrankung. Als Klassifikationskriterien für Malignität verwendeten wir dabei: Inhomogene, solide Raumforderung mit unscharfer Begrenzung ohne Zeichen einer chronischen Pankreatitis oder eine peripankreatische Organ- bzw. Gefäßinfiltration. Ursachen für eine Fehlbeurteilung einer chronischen Pankreatitis als Pankreaskarzinom waren eine fokale chronische Pankreatitis ohne diffuse Parenchymalteration (6x) oder eine diffuse Pankreatitis mit unscharfer Organbegrenzung, die eine Infiltration angrenzender Strukturen suggerierte bei gleichzeitiger akuter fokaler Pankreatitis (6x). Pankreaskarzinome wurden wegen fehlender Zeichen einer Invasivität des Tumors bei diffuser Organveränderung einer chronischen Pankreatitis in drei Fällen als chronischen Pankreatitis und einmal wegen eines sehr großen entzündlichen Tumors als akute Pankreatitis fehlgedeutet. Folgende Merkmale waren mit Malignität assoziiert: eine solide Raumforderung, Größe > 20 mm, Zeichen der Gefäßinfiltration und ein ansonsten normales Pankreasparenchym ohne Nachweis von Kalzifikationen.

In der vorliegenden Studie fand sich mit 20% (12 von 59) eine hohe Rate kleiner Pankreaskarzinome < 20 mm. Dies unterstreicht die Bedeutung des EUS für eine möglichst frühe Karzinomdetektion.

Der histopathologische Befund zeigte bei 10 Patienten einen neuroendokrinen Tumor. Bei keinem dieser Patienten bestand vor Durchführung des EUS der Verdacht auf eine neuroendokrine Neoplasie und die Tumoren wurden in keinem Fall durch EUS korrekt identifiziert.

Das EUS-Staging bei fortgeschrittenen Karzinomen (pTx N1 oder pT3 Nx) war in 75% der Fälle korrekt. Hauptfehlerquelle für das Overstaging war eine peritumoröse Pankreatitis, die eine Gefäßinfiltration vortäuschte. Als mögliche Gründe für ein Understaging zeigten sich die Schwierigkeiten der Endosonographie, eine durch große Tumoren veränderte Anatomie oder eine Mikroinvasion in benachbarte Strukturen darzustellen. Die Infiltration der Vena portae konnte mit einer Treffsicherheit von 92% diagnostiziert werden. Sensitivstes (37%) Einzelkriterium war eine endosonographisch sichtbare Tumorinfiltration des Gefäßes. Die Vorhersage einer Lymphknoteninfiltration bei Pankreaskarzinomen gelang in 70% der Fälle mit einer Spezifität von 31%.

Die FNAB zeichnete sich durch eine hohe Spezifität von 100% aus, jedoch gelang es nur in 44% der Fälle, Malignität treffend durch FNAB zu diagnostizieren, so daß im Zweifel die klinische Präsentation in die weitere Therapieplanung mit einfließen sollte.