

**Pseudozysten als Langzeitfolge der
Pankreatitis: Die optimale
Behandlungsstrategie - Intervention oder
Operation?**

K. DITTRICH

Korneuburg

Zystische Pankreastumore

- » **Intraduktale papilläre muzinöse Neoplasie - IPMN**
20-25%, Hauptast-IPMN 60-90% -, Nebenast-IPMN 10-40%
maligne Entartung, verschiedene Subtypen
- » **Muzinös zystische Neoplasie - MCN** 40-50%, nur bei Frauen, ovarienartiges Stroma, potentiell malignen (10% bei Diagnose), uni- oder multilokulär
- » **Serös zystische Neoplasie - SCN**
30%, mikrozystische Adenome, benignen, Caput pancreatis
- » **Solid pseudopapilläre Neoplasie - SPN (Franz-tumor)**
Frauen>Männer, potentiell malignen, Fernmetastasierung
- » **Pseudozysten**

Pankreaspseudozysten

- » Häufigste zystische Pankreasveränderung 70-80%
- » **Ursache:**
 - chron. Pankreatitis 60-70%
 - akute Pankreatitis 10-15%
 - Trauma
- » **Charakteristik:**
 - Bindegewebskapsel, keine Epithelauskleidung,
 - Verbindung zum Gangsystem
- » **Inhalt:**
 - serös / blutig, Zelldetritus / Nekrosereste,
 - Enzyme: Amylase, Lipase, Enterokinasen (zB Trypsin)

Pankreaspseudozysten

» **Lokalisation:**

intra-, peripankreatisch, retroperitoneal, Bursa omentalis,
selten mediastinal

» **Komplikationen:**

Blutung

Infektion / Sepsis

Obstruktion: Cholestase / Nahrungspassage

Maligne Entartung ?

» **Symptome:**

Unklare Oberbauchschmerzen,

Völlegefühl, Übelkeit, Erbrechen

Koliken

Pankreaspseudozysten

» Diagnostik:

Sonographie und EUS mit Feinnadelbiopsie (Sensivität 83%), Cave: falsch neg. Befund

CT

MRT, MRCP: Sensitivität 84%, Spezifität 93%

ER(C)P: nicht mehr Standard

- » S3 - Leitlinie Chronische Pankreatitis: Diagnostik, Klassifikation und Therapie für die Radiologie. Schreier et al. 2014: 1002-1008
- » S3 - Leitlinie Chronische Pankreatitis: Definition, Ätiologie, Diagnostik und konservative, interventionell endoskopische und operative Therapie der chronischen Pankreatitis. Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS). Hofmeister et al. 2012: - 204

Pankreaspseudozysten

» **Indikationen zur Therapie:**

Größe > 5 cm mehr als 6 Wochen nach Diagnosestellung

Okklusion von Gallengang, Magen oder Duodenum

Unklarheit bezüglich der Dignität

Klinisch symptomatisch

» **„Wait and see“ - Strategie:**

Regression der Größe bzw. keine Progression

Symptomlosigkeit

Pankreaspseudozysten

» **Interventionell: Punktion und Drainage**

Percutan: Sonographie- oder CT-gezielt

Endoskopisch: Transgastral (Gastro/Zystostomie)

Choledochusstent bei mechanischem Ikterus

» **Chirurgisch: Drainage mit/ohne Resektion, offen/laparoskopisch**

Zysto/Jejunostomie, -Duodenostomie, -/Gastrostomie

Operationsvarianten nach Partington-Rochelle, Beger,

Frey, Izbicki in Abhängigkeit vom Ausmaß der

chronischen Pankreatitis

(Pankreaskopfresektionen)

Pseudozysten als Langzeitfolge der Pankreatitis: Die optimale Behandlungsstrategie - Intervention oder Operation?

- » **Konservativ** als primäre Option
- » **Interventionell:**
 - Radiologie
 - Gastroenterologie
- » **Operativ (offen/laparoskopisch):**
 - Komplizierter Verlauf
 - Nicht gut zugängliche Lokalisation
 - Rezidiv
 - Karzinomverdacht
- » **Patientenwunsch**

