

**П. Карагъзов,
И. Добрева,
В. Митова,
И. Жечева,
И. Тишков**

*Отделение по Интервенционална Гастроентерология, „Аджисиадем
Сити Клиник Болница Токуда“ – София*

Рак на панкреаса - роля на гастроентеролога в диагностиката и лечението

Ключови думи:
аденокарцином, панкреас, обструкция, ендоскопия, ендоскопска ехография, ендоскопска ретроградна холангиопанкреатография (ERХПГ).

Всеки ден около 1200 души по света получават диагнозата карцином на панкреаса. По данни на Световната здравна организация (СЗО), от 18 милиона регистрирани случая на карцином през 2018 г., близо 450 000 са на злокачествени тумори в една от най-важните жлези в човешкото тяло: панкреаса^[1]. Средната продължителност на живот без провеждане на лечение е 3-6 месеца. Диагнозата се поставя обикновено в късен стадий, като 5-годишната преживяемост е около 5%, оставайки почти непроменена за последните 20 години, въпреки напредъка в хирургичното и медикаментозно лечение. Съвременното ендоскопско, палиативно лечение значително подобрява качеството на живот на инoperабилните пациенти: осигуряване на билиарен дренаж с помощта на ендоскопската ретроградна холангиопанкреатография и ехоендоскопия, купиране на болковия синдром чрез извършване на невролиза на плексус целиакус, както и ендоскоцкото протезиране на доуденална стеноза^[1,7].

В крайна сметка, ненавременното диагностициране на злокачествените заболявания на панкреаса води до значителна заболеваемост и смъртност.

ДЕФИНИЦИЯ, ЕПИДЕМИОЛОГИЯ

Аденокарциномът на панкреаса (рак на панкреаса) е онкологична нозологична единица с нарастваща честота, заемаща според последни епидемиологични проучвания за Европа четвърто място като причина за смърт от злокачествено заболяване както сред мъжете, така и сред жените^[2]. Рискът от появя на рак на панкреаса нараства с възрастта. Съществуват и известни географски различия - повишена честота в западния свят (Швеция, Австрия, Дания, САЩ - 12-20 на 100 000 население). Значително по-рядък е в Кувейт, Индия, Сингапур – от порядъка на 0.7-2.1 на 100 000^[2].

ЕТИОЛОГИЯ

По-голямата част от панкреасните карциноми (над 80%) възникват на базата на спорадично настъпили мутации и само малка част са следствие от наследствени мутации.

Следните гени са обект на наследствени мутации, носещи значителен, в различна степен повишен риск за възникване на панкреасен карцином: PRSS1/PRSS2 (асоцииран с възникване на хередитарен панкреатит с 80 пъти по-висок риск за развитие на карцином в сравнение с индивиди, които не са носители на мутация), BRCA2 (чиято мутация е отговорна за фамилни форми на рак на гърдата и яйчиците и около 6 пъти по-висока честота на рак на панкреаса), MMR (генна мутация при фамилния неполипозен колоректален карцином с до 10 пъти по-висока честота и на панкреасен карцином), STK11 (срещана при синдрома на Peutz-Jeghers и асоциирана с над 130 пъти увеличен рисък за рак на панкреаса)^[1,2].

РИСКОВИ ФАКТОРИ

Доказана е позитивната връзка на карцинома на панкреаса с напредналата възраст, тютюнопушенето,

затлъстяването (20-40% по-висока смъртност от рак на панкреаса при $BMI >30$; туморогенезата се потенцира от излишната мастна тъкан вероятно, използвайки механизми на нарушен глукозен метаболизъм), хроничния панкреатит (отговорен за 5% от случаите на аденокарцином). Фактори с второстепенна роля са алкохолът, захарният диабет, диетата, различни химични субстанции, инфекция с Хеликобактер пилори^[1].

ПАТОГЕНЕЗА

Панкреасният аденокарцином възниква следвайки последователност от мутации, развивайки се от нормална мукоза през прекурсорна лезия до инвазивен тумор. Трите най-добре проучени прекурсорни лезии подредени по честота са панкреасната интраепителна неоплазия (PanIN), интрандукталната папиларно-муцинозна неоплазма (IPMN) и муцинозната кистична неоплазия (MCN)^[4].