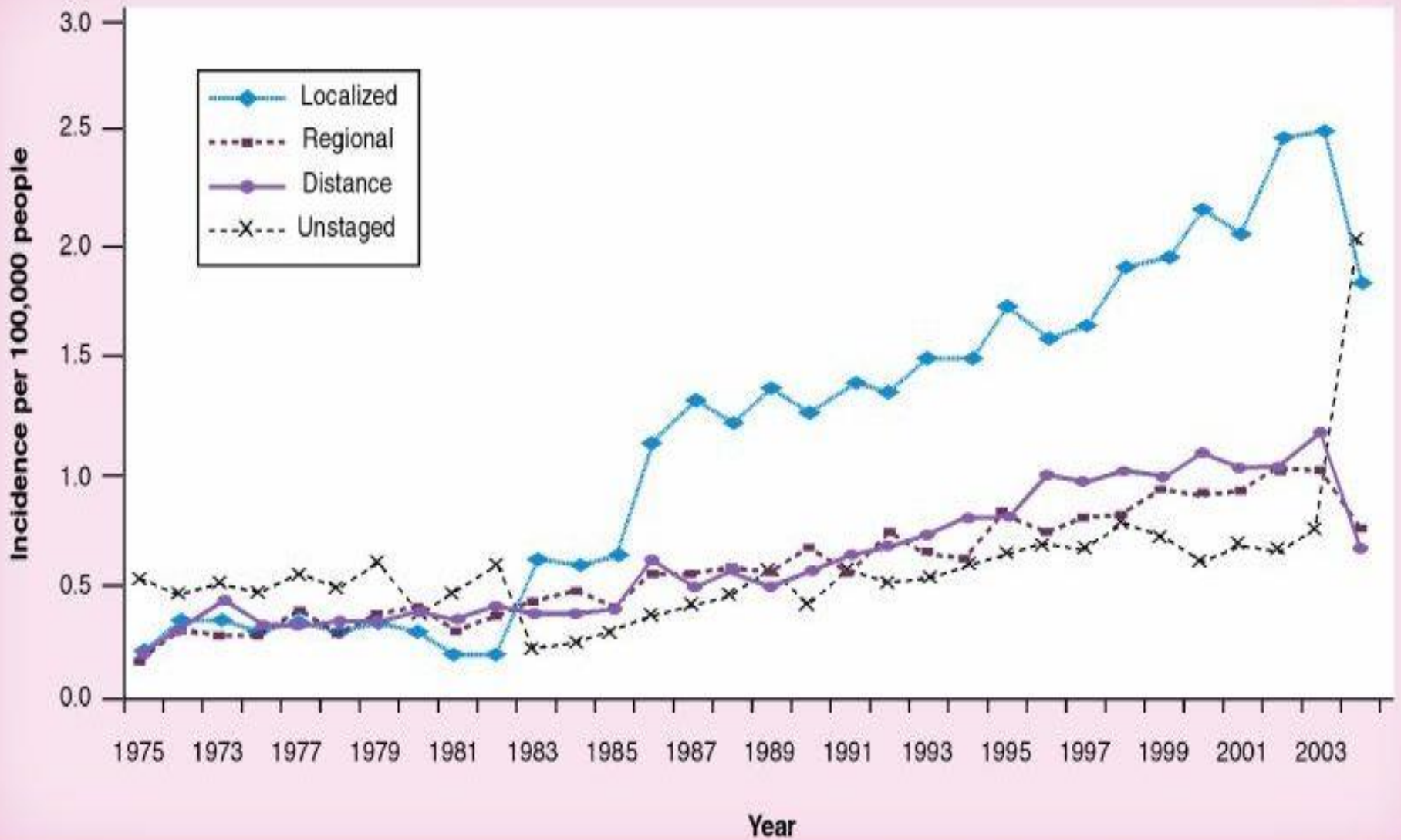


ROLA I MIEJSCE CHIRURGII W ROZSIANYCH NOWOTWORACH NEUROENDOKRYNNYCH UKŁADU POKARMOWEGO

Andrzej Cichocki

**Centrum Onkologii-Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie
WARSZAWA**





Source: Expert Rev Endocrinol Metab © 2010 Expert Reviews Ltd

Incidence of malignant neuroendocrine tumors between 1973 and 2003 by disease stage



ZESPÓŁ RAKOWIAKA

WYSTĘPOWANIE

**2% wszystkich nowotworów
złośliwych.**

Zachorowalność: 0,4/100 000

EPIDEMIOLOGIA

SKALA PROBLEMU

- ✘ GEP/NET: ok. 30/1000000 zachorowań rocznie
- ✘ 50% - rakowiaki, następna grupa NET to nowotwory trzustki
- ✘ GUZY NET STANOWIĄ 1 – 3% WSZYSTKICH NOWOTWORÓW TRZUSTKI
- ✘ Trudno zaplanować badania prospektywne
>>> rejestry narodowe

TAKTYKA LECZENIA CHIRURGICZNEGO

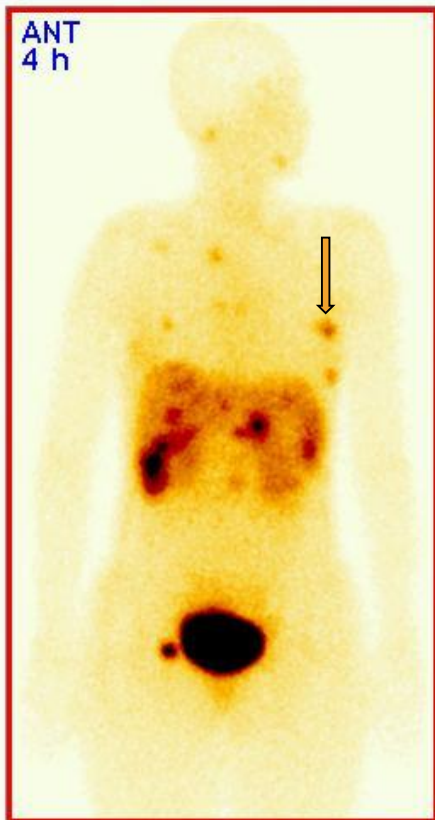
- ✘ Kiedy operować?
- ✘ Jak rozległy zabieg wykonać?
- ✘ Czy i kiedy usuwać ognisko pierwotne?
- ✘ Kiedy odstąpić od zabiegu?
- ✘ Czy w ogóle operować?
- ✘ HIPEC?

TAKTYKA CD.

- ✘ INSULINOMA – wyłuszczenie guza
- ✘ MEN – wieloogniskowość
- ✘ GASTRINOMA – rokowanie przy przerzutach tylko do węzłów regionalnych jest takie samo jak przy guzie bez przerzutów
- ✘ **STOPIEŃ ZRÓŻNICOWANIA / WIELKOŚĆ GUZA / INWAZYJNOŚĆ** – odmienna taktyka postępowania (0-1-2 CM)
- ✘ ZESPÓŁ RAKOWIAKA – główna przyczyna zgonu to zaburzenia krążenia
- ✘ ROZLEGŁE PRZERZUTY DO WĄTROBY – transplantacja?

PRZYPADKI ZAAWANSOWANE

(WŁAŚCIWY STAGING I PLAN LECZENIA)



Octreoscan, 111 In, 200 MBq

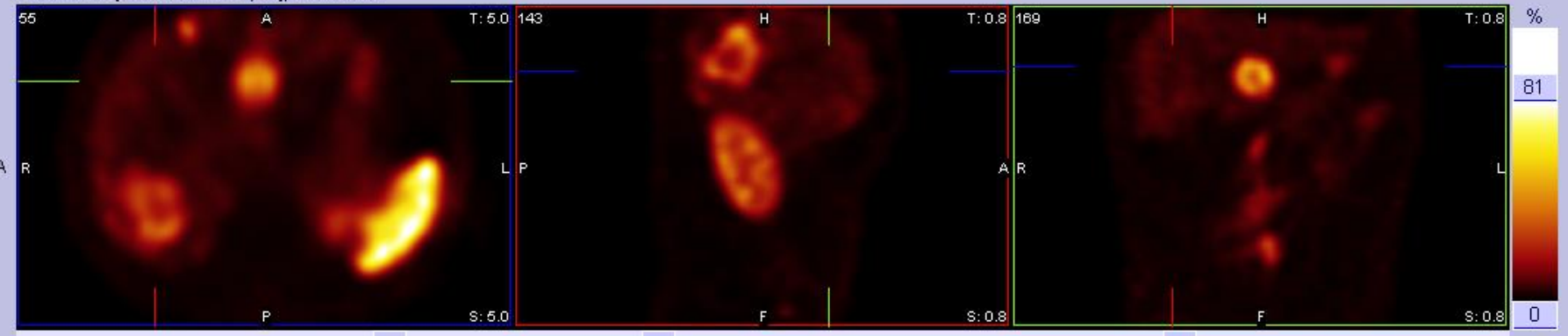
RAK NEUROENDOKRYNNY - ROZSIEW

Transverse

Sagittal

Coronal

Bone Tomo [Transformed Object], 10/05/2006



Bone Tomo [Transformed Object], 10/05/2006



LECZENIE PRZYPADKÓW ZAAWANSOWANYCH

- ✘ **Redukcja nadmiaru hormonów dających bezpośrednio objawy kliniczne w guzach hormonalnie czynnych**
- ✘ **Zwiększenie skuteczności leczenia np. radioizotopowego**
- ✘ **Kontrola objawów wynikających z lokalizacji i wielkości guza (żółtaczka, niedrożność, krwawienie)**
- ✘ **POCHODNE SOMATOSTATYNY**

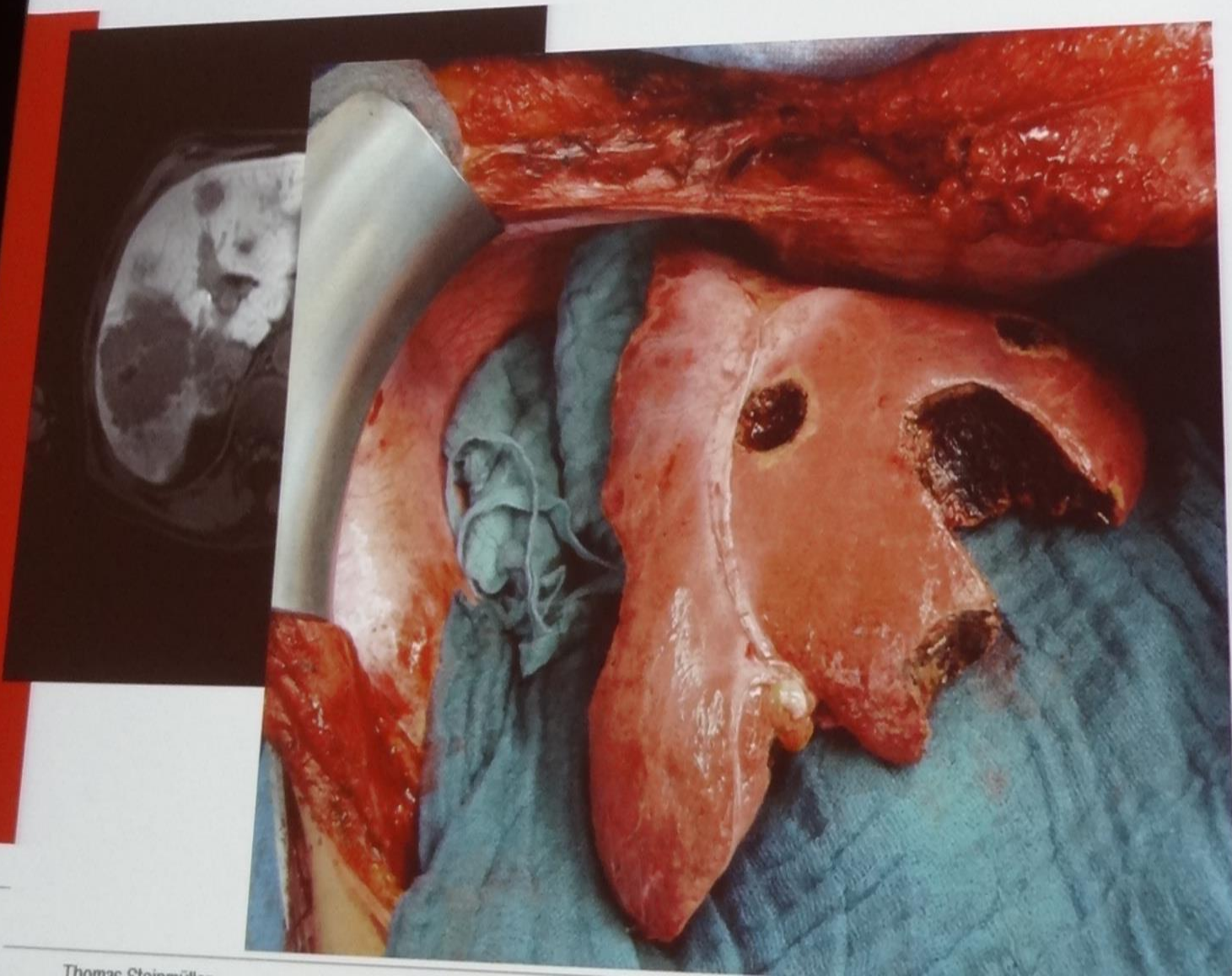
CEL I MOŻLIWOŚCI LECZENIA CHIRURGICZNEGO W PRZYPADKACH ZAAWANSOWANYCH

- × Cytoredukcja
- × Paliacja
- × Leczenie wyłącznie objawowe
- × Wyleczenie?
- × *GRANICE MIĘDZY TYMI ZAMIERZONYMI
CELAMI SĄ CZĘSTO ZATARTE*



ZESPÓŁ RAKOWIAKA

Bilobar disease – Surgery often feasible



RESEKCJA/ABLACJA

- × Mediana przeżycia – 125 mies.
- × Przeżycia 5- i 10-letnie odpowiednio: 74% i 51%
- × Nawrót choroby w ciągu 5 lat: 94%
- × Największą korzyść odnieśli chorzy z guzami wykazującymi czynność hormonalną (resekcja R0/R1)
- × Brak różnicy w odsetku nawrotów między grupami z ujemnym i dodatnim marginesem resekcji

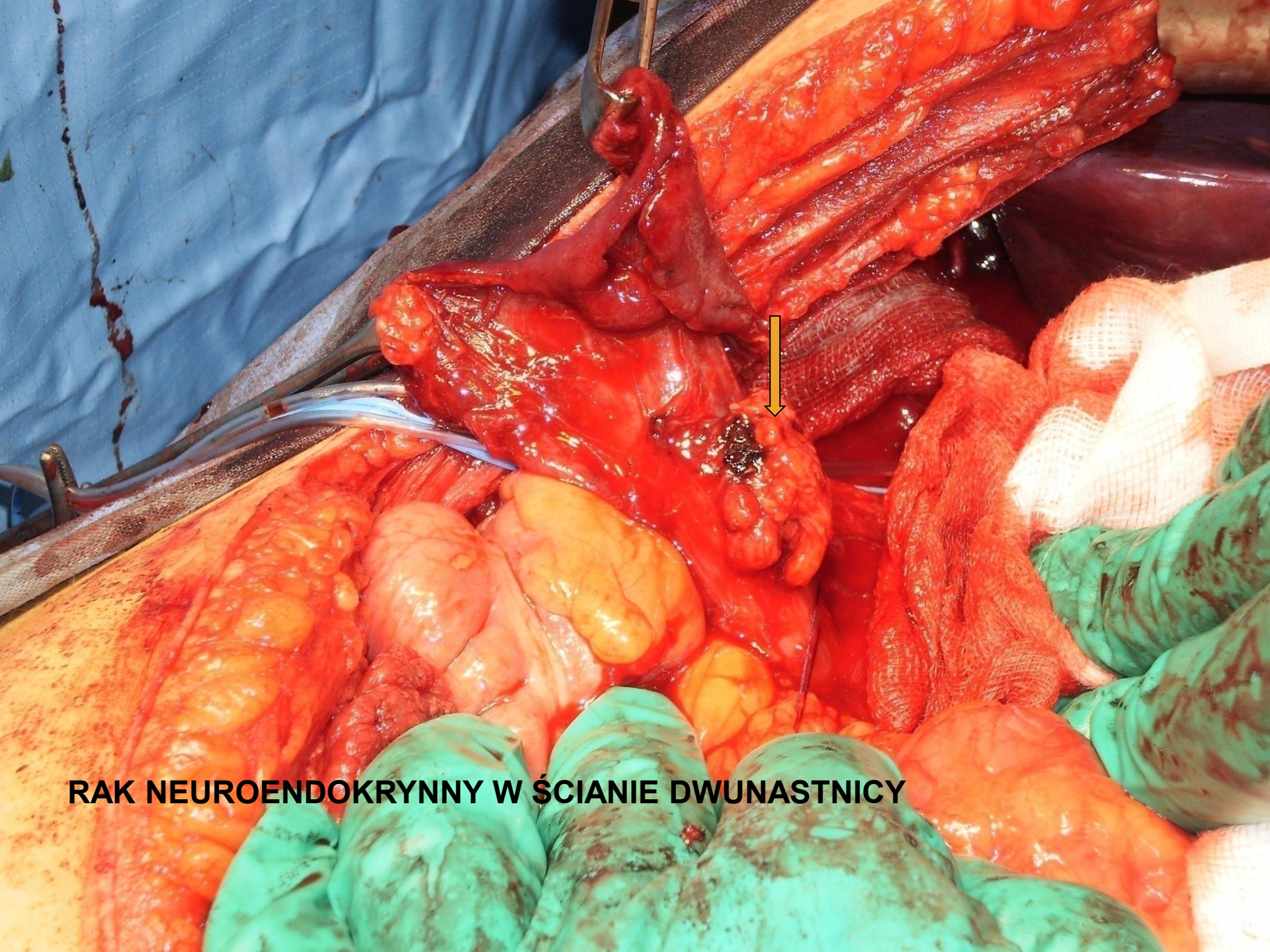
Mayo SC et al. ; Ann Surg Oncol 2011. (John Hopkins University)

**GENERALNIE UWAŻA SIĘ, ŻE ABY OSIĄGNAĆ
ZADOWALAJĄCĄ KONTROLĘ OBJAWÓW W
GUZACH ZAAWANSOWANYCH POWINNO SIĘ
USUNĄĆ PRZYNAJMNIEJ 70 – 90% MASY
NOWOTWORU**

OEBERG K, JELIC S ; ANN ONCOL 2008



**RAK NEUROENDOKRYNNY –
PRZERZUT DO WĄTROBY**



RAK NEUROENDOKRYNNY W ŚCIANIE DWUNASTNICY

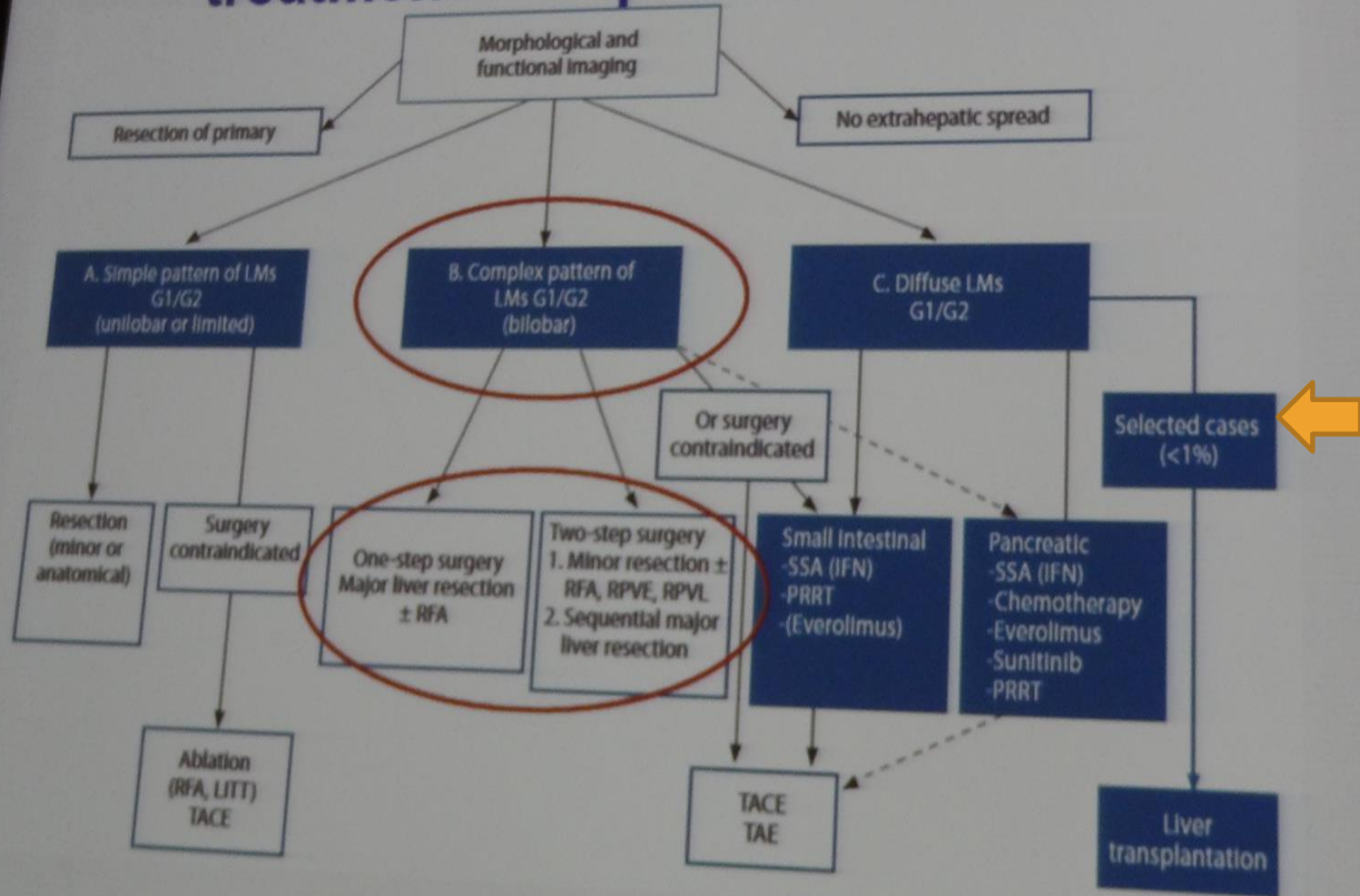


TRANSPLANTACJA

TRANSPLANTACJA WĄTROBY

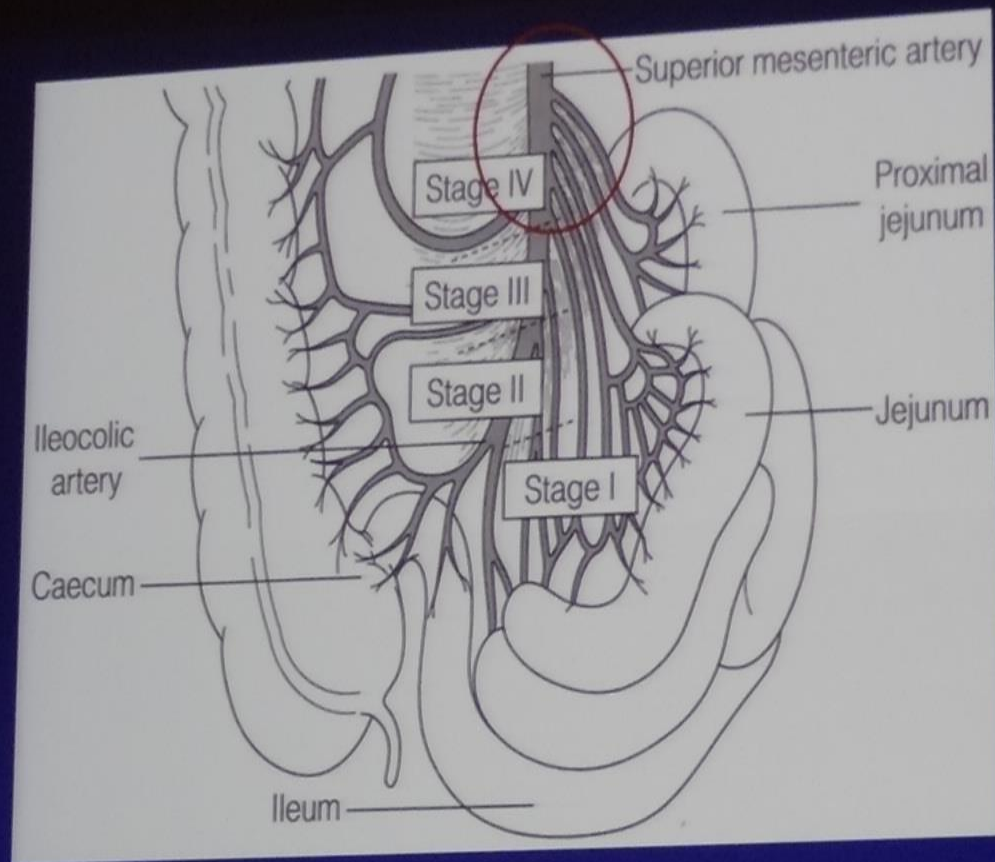
???

ENETS-algorithm for the treatment of hepatic metastases



**CZY USUWAĆ OGNISKO PIERWOTNE W
ZAAWANSOWANEJ CHOROBIE?**

**JEŚLI TO MOŻLIWE, W TRAKCIE ZABIEGU
PALIATYWNEGO/CYTOREDUKCYJNEGO
POWINNO SIĘ DAŻYĆ DO USUNIĘCIA GUZA
PIERWOTNEGO. UMOŻLIWIA TO
SKUTECZNIEJSZE LECZENIE
FARMAKOLOGICZNE LUB RADIOIZOTOPOWE**



A staging has been depicted to describe extension in mesenteric root:

Stage IV tumours growing circumferentially around the mesenteric artery or extending retroperitoneally - inoperable - often originating from jejunal tumours,

(preservation of mid colic artery crucial)

(Öhrvall et al, Method for dissection of mesenteric metastases..)

CARCINOMATOSIS PERITONEI

Peritoneal Carcinomatosis in Patients with Digestive Endocrine Tumors

Cancer 1996; 78:1686-92.

Bérangère Vasseur, M.D.¹

Guillaume Cadiot, M.D.²

Marc Zins, M.D.³

Jean-François Fléjou, M.D.⁴

Jacques Belghiti, M.D.⁵

Jean-Pierre Marmuse, M.D.⁶

Valérie Vilgrain, M.D.³

Pierre Bernades, M.D.¹

Michel Mignon, M.D.²

Philippe Ruszniewski, M.D.¹

BACKGROUND. Peritoneal carcinomatosis (PC) in patients with digestive endocrine tumors (DET) is considered rare but its prevalence is unknown. The objectives of this study were to assess the prevalence and prognostic implications of PC in patients with various types of DET.

METHODS. One hundred and sixteen consecutive patients with DET seen over a 3-year period were studied. Fifty-nine had gastrinomas, 30 had carcinoid tumors, and 27 had other types of endocrine tumors, mainly nonfunctioning ones. Diagnosis of PC was based on clinical symptoms (ascites and König's syndrome), findings of computed tomography scans that were performed at least yearly, and pathologic confirmation of tumor nodules or positive cytology in the peritoneal fluid. Factors associated with PC were investigated and the influence of PC on patients' survival

116 DETs (1996): n=11 PC (9.5%),

8 carcinoid tumors

3 non-gastrinoma PNET

(1996)

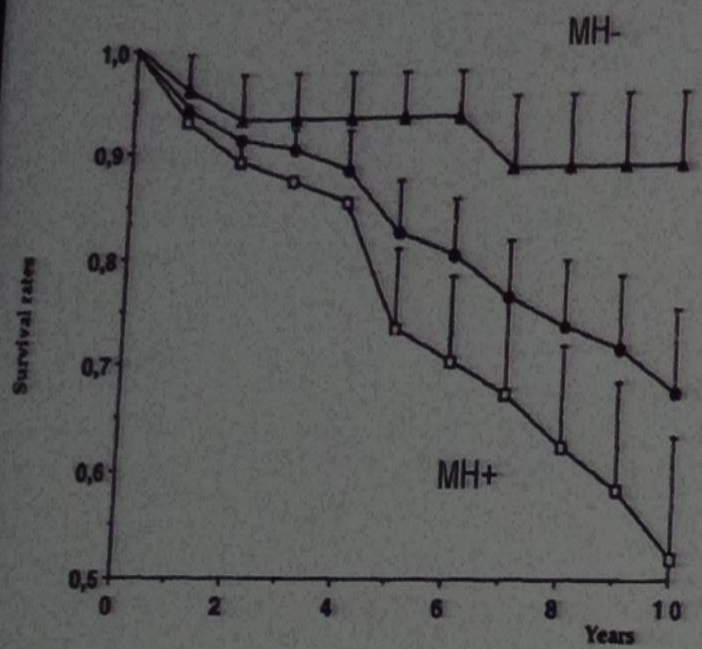


FIGURE 2. Actuarial survival curves of the whole population (●, n = 116), of the 69 patients with (□) and the 47 patients without (▲) liver metastases.

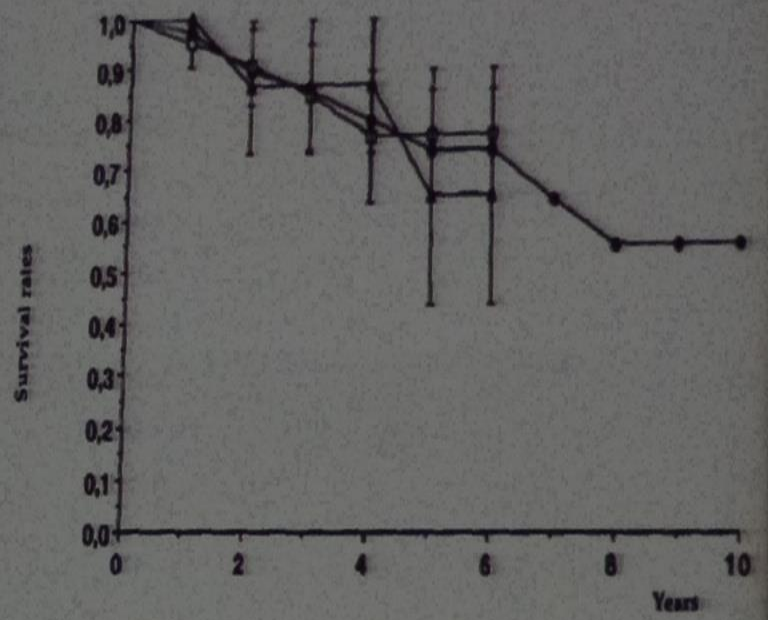


FIGURE 4. Actuarial survival curves of the 30 patients with carcinoid tumors (●) and of the 22 patients without (□) and the 8 patients with (▲) peritoneal carcinomatosis.

**PC is a rare event,
LMs rather than PC, influences significantly the long term survival,
especially for carcinoid tumors.**

Authors does not suggest aggressive treatment of PC for DETs,
unless in highly selected patients



Surgical treatment of peritoneal carcinomatosis from well-differentiated digestive endocrine carcinomas

Dominique Elias, MD, PhD,^a Lucas Sideris, MD, FRCSC,^a Gabriel Liberale, MD,^a
Michel Ducreux, MD, PhD,^b David Malka, MD,^b Philippe Lasser, MD,^a
Pierre Duvillard, MD,^c and Eric Baudin, MD,^b Villejuif, France

(Surgery 2005;137:411-6.)

Background. The presence of peritoneal carcinomatosis (PC) in association with endocrine carcinomas (EC) is generally considered to have no impact on life expectancy, contrary to liver metastases. This study was aimed at assessing the actual prognostic impact of PC and to evaluate a new treatment with respect to survival times.

Patients and methods. Among 111 patients undergoing surgery for progressive, well-differentiated EC, 37 (33%) presented a histologically proven PC, with synchronous liver metastases in 36 of them. The origin was ileal or appendiceal (carcinoid tumors) in at least 81% of cases. The patients were divided into 2 groups. Patients in group 1 (n = 20) could not undergo complete resection of PC, while those in group 2 (n = 17) underwent complete cytoreductive surgery, followed by immediate intraperitoneal chemotherapy. Partial hepatectomy was performed in 65% of patients in group 2. The median follow-up was 6.9 years.

111 DETS (2005): n=37 (33%) dont 36 LMs

20 (54%) ileo-appendiceal origin

N=20 without CS vs N=17 complete CS (+hepatectomy 65%)

(2005)

CCR0/1 resection of PC improved survival

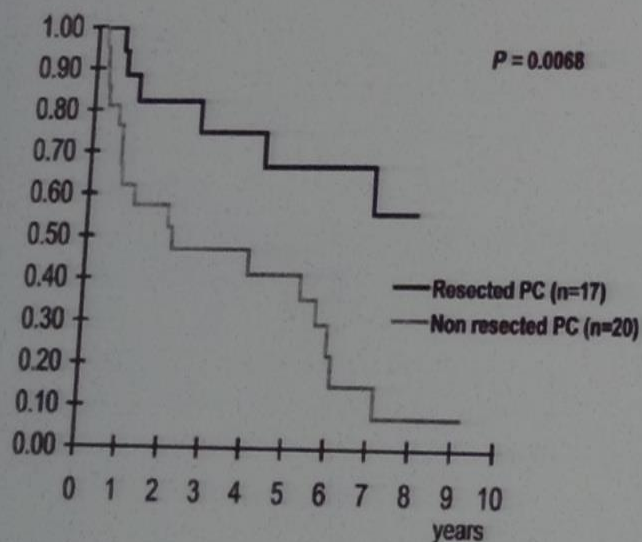


Fig 1. Global survival rates of patients with peritoneal carcinomatosis of endocrine tumors.

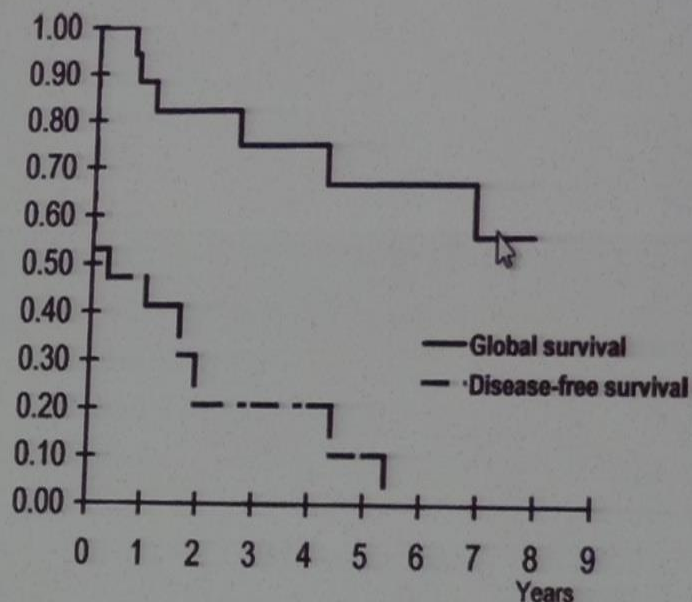


Fig 2. Global and disease-free survival rates of the 17 patients with resected peritoneal carcinomatosis.

High morbidity (47%), due to associated liver and associated resections

Authors suggest to propose resection of both LMs and PC when possible



DZIĘKUJĘ ZA UWAGĘ