

I Informationszentrum
S für
T Standards
O in der
O Onkologie



Ampullenkarzinom (Papillenkarzinom)

Auszug aus

Kurzgefasste Interdisziplinäre Leitlinien 2002

Diagnostik und Therapie maligner Erkrankungen

3. Auflage



W. Zuckschwerdt Verlag
München · Bern · Wien · New York

Koordination:

**Informationszentrum für
Standards in der Onkologie (ISTO)**

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Hanauer Landstraße 194
60314 Frankfurt/Main
Tel: (0 69) 63 00 96 - 0
E – Mail: isto@krebsgesellschaft.de

Produkthaftung:

Für Angaben über Dosierungsanweisungen oder Applikationsformen kann vom Verlag oder den Autoren trotz sorgsamer Erarbeitung keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen oder der Fachinformationen der Hersteller auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

D¹¹ Ampullenkarzinom (Papillenkarzinom)

Nach dem makroskopischen Befund wird zwischen Ampullen-, Duodenal- und gemischtem Typ unterschieden. Beim Ampullentyp liegt der Tumor in der Ampulle (intraampullär), beim Duodenaltyp sind die Oberfläche der Papille und die angrenzende Duodenalschleimhaut befallen.

D 11.1 Prätherapeutische Diagnostik

Notwendige Untersuchungen

- ▶ Anamnese und klinische Untersuchung
- ▶ Sonographie des Abdomens
- ▶ Endoskopie und Biopsie
- ▶ Endoskopisch-retrograde Cholangio-Pankreatikographie (ERCP)
- ▶ Spiral-Computertomographie des Oberbauchs
- ▶ Röntgen-Thorax in zwei Ebenen

Im Einzelfall nützliche Untersuchungen

- ▶ Endosonographie
- ▶ Magnetresonanztomographie des Oberbauchs

Tumormarker besitzen keine diagnostische Bedeutung.

D 11.2 Prätherapeutische mikroskopische Diagnostik

Bei ulzerierten Ampullenkarzinomen ist die histologische Diagnose an Zangenbiopsien bei Gastroduodenoskopie in der Regel problemlos möglich. Bei polypösen Tumoren ergeben Zangenbiopsien bisweilen nur den Befund von Adenomanteilen bzw. einer niedrig- oder hochgradigen Dysplasie, da die Invasion der Lamina propria mucosae nicht erfasst wurde. Gleiches gilt für Biopsien nach Papillensonodierung bei ausschließlich intraampullärem Wachstum. In solchen Fällen ist zur definitiven Klärung die Schlingenbiopsie oder die chirurgische lokale Exzision (Ampullenexzision) erforderlich. Bei Patienten ohne erhöhtes Operationsrisiko und großen polypoiden Tumoren (≥ 2 cm) kann die partielle Duodeno-pankreatektomie auch ohne präoperative histologische Sicherung eines invasiven Karzinoms indiziert sein, insbesondere bei makroskopischem Tumorverdacht oder Nachweis hochgradiger Dysplasien in den Biopsien.

D 11.3 Therapie

Neoadjuvante Therapie

Beweisende Untersuchungen für die Wirksamkeit neoadjuvanter Maßnahmen liegen nicht vor. Sie sollten nur in Studien zur Anwendung kommen.

Operative Therapie mit kurativem Ziel

Zur operativen Therapie mit kurativem Ziel stehen die konventionelle partielle Duodenopankreatektomie sowie die pyloruserhaltende partielle Duodenopankreatektomie zur Verfügung. Nach onkologischen Kriterien sind beide Verfahren als gleichwertig anzusehen. Die geringeren funktionellen Beschwerden sprechen für das magenerhaltende Vorgehen. Bei Tumorbefall des Duodenums ist die (klassische) partielle Duodenopankreatektomie vorzuziehen.

Die Entfernung der regionären Lymphknoten entsprechend dem Vorgehen bei Pankreaskopfkarzinom (s. Leitlinie Exokrines Pankreaskarzinom) empfiehlt sich aus onkologischen Überlegungen und zum genauen Tumorstaging. Der therapeutische Nutzen ist allerdings bislang nicht erwiesen.

Eingeschränkt radikale Verfahren

Eine operative oder endoskopische lokale Tumorexzision (Ampullektomie, Papillenresektion) ist vertretbar bei kleinem Karzinom (Durchmesser ≤ 1 cm) und hohem Patientenrisiko durch einen radikalchirurgischen Eingriffs.

Postoperative pathohistologische Diagnostik

Bei fortgeschrittenen Tumoren ist für die Einordnung als Ampullen-, Gallengangs-, Duodenal- oder Pankreaskarzinom einerseits die Topographie (Lage des Tumorzentrums), andererseits auch die histologische Struktur maßgebend (Ausgang vom intestinalen Epithel der Ampulle).

Die histologische Klassifikation des Tumors und das Grading erfolgen nach der WHO-Klassifikation der Tumoren der Gallenblase und extrahepatischen Gallengänge (1).

Bei der partiellen Duodenopankreatektomie kann sich die Untersuchung der Resektionslinien auf den Absetzungsrand des Choledochus und die retroperitoneale Fläche am Ligamentum hepatoduodenale beschränken. Bei lokalen Tumorexzisionen ist die sorgfältige Untersuchung der Resektionslinien (basal und seitlich) von entscheidender Bedeutung. Für die pT-Klassifikation ist das Verhalten des Tumors zu Duodenum und Pankreas wesentlich, bei Invasion des Pankreasparenchyms ist das Ausmaß der Invasion am histologischen Schnitt zu messen. Einer verlässlichen pN0-Diagnose sollte die histologische Untersuchung von mindestens zehn regionären Lymphknoten zugrunde liegen (3). Die Zahl der untersuchten und befallenen regionären Lymphknoten ist anzugeben.

Adjuvante Therapie

Der Wert adjuvanter Maßnahmen beim Papillenkarzinom ist nicht erwiesen. Eine adjuvante Therapie ist nur in Studien vertretbar.

Palliativmaßnahmen

Als Palliativmaßnahmen stehen medikamentöse, zytostatische, endoskopische, operative, radiotherapeutische und insbesondere supportive Maßnahmen zur Verfügung. Zur Beseitigung eines Ikterus kommen endoskopische und interventionelle Galleableitung zur Anwendung. Bei Duodenalverschluss mit Magenentleerungsstörung erfolgt die konventionell (oder laparoskopisch) durchgeführte Gastroenterostomie, evtl. in Kombination mit einer biliodigestiven Anastomose. Unter Chemotherapie, teilweise kombiniert mit Strahlentherapie, wurden Remissionen beobachtet.

D 11. 4 Nachsorge (2)

Der Wert einer strukturierten Tumornachsorge zur Rezidivfrüherkennung und Prognoseverbesserung ist bisher nicht belegt. Die Nachsorge sollte symptomorientiert erfolgen. Eine strukturierte Nachsorge ist nur in Therapiestudien angezeigt.

D 11.5 Rehabilitation

Der Auftrag der Rehabilitation ist die Sicherung bzw. Verbesserung der Lebensqualität des Betroffenen. Voraussetzung für die Einleitung sind ein definierter Rehabilitationsbedarf und die individuelle Rehabilitationsfähigkeit. Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen sollten so weit notwendig ausschließlich in besonders erfahrenen Tumornachsorgekliniken durchgeführt werden, die mit der speziellen somatischen, psychischen, sozialen oder beruflichen Rehabilitationsbedürftigkeit der Patienten vertraut sind.

Literatur

- 1 Albores-Saavedra J, Henson DE, Sobin LH (1991) Histological typing of tumours of the gallbladder and extrahepatic bile ducts. 2nd ed. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- 2 Hermanek P, Junginger Th, Hossfeld DK, Müller R-P, Fölsch UR (1999) Nachsorge und Rehabilitation bei Patienten mit gastrointestinalen Tumoren. Dtsch Arztebl 96 A: 2084–2088
- 3 UICC (1997) TNM-Klassifikation maligner Tumoren. 5. Aufl. Wittekind Ch, Wagner G (Hrsg) Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo

Verfahren der Konsensbildung

Erstellung durch eine Expertengruppe der
Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft für Onkologie (CAO)
Arbeitsgemeinschaft für Internistische Onkologie (AIO)

Arbeitsgemeinschaft für Radiologische Onkologie (ARO)
Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation und Nachsorge (ARNS)

Mitglieder der Arbeitsgruppe waren

Prof. Dr. H.-D. Becker, Tübingen (CAO); *Prof. Dr. F. Borchard*, Aschaffenburg (Pathologie); *Prof. Dr. M. Büchler*, Bern (CAO); *Prof. Dr. W. Dippold*, Mainz (DGVS); *Prof. Dr. V. Eckardt*, Wiesbaden (DGVS); *Prof. Dr. F.W. Eigler*, Essen (CAO); *Prof. Dr. H. Gabbert*, Düsseldorf (Pathologie); *Prof. Dr. G. Grabenbauer*, Erlangen (ARO); *Prof. Dr. P. Hermanek*, Erlangen (ISTO, Pathologie); *Prof. Dr. D.K. Hossfeld*, Hamburg (AIO); *Prof. Dr. Th. Junginger*, Mainz (CAO); *Dr. P. Kruck*, Bad Kreuznach (ARNS); *Prof. Dr. H. J. Meyer*, Solingen (CAO); *Prof. Dr. J. Müller*, Berlin (CAO); *Prof. Dr. R.-P. Müller*, Köln (ARO); *Prof. Dr. P. Neuhaus*, Berlin (CAO); *Frau Dr. F. Roelofsen*, Essen (CAO); *Prof. Dr. J. Scheele*, Jena (CAO); *Prof. Dr. W. Stock*, Düsseldorf (CAO)

Beratend haben mitgewirkt

Prof. Dr. P. Helmich, Düsseldorf (DEGAM)
Prof. Dr. W. Hohenberger, Erlangen (CAO)
Prof. Dr. Ch. Wittekind, Leipzig (Pathologie)
Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT)
AK Supportive Maßnahmen der Deutschen Krebsgesellschaft
Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie
Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin
Deutsche Gesellschaft für Pathologie
Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)
Deutsche Röntgengesellschaft

Aktualisierung 2001

Die Leitlinie wurde vom Leitlinienkoordinator den Mitgliedern der Expertengruppe vorgelegt, Änderungen und Ergänzungen wurden nach Rücksprache mit dem Leitlinienkoordinator eingearbeitet. Anschließend wurde die Leitlinie folgenden Institutionen vorgelegt und deren Änderungswünsche wurden nach Rücksprache mit dem Leitlinienkoordinator berücksichtigt.

Arbeitsgemeinschaften

AEK-P
AIO
ARO
ARNS
CAO
AK Supportivmaßnahmen in der Onkologie

Fachgesellschaften

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM)
Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin
Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO)

Deutsche Gesellschaft für klinische Pharmakologie und Toxikologie (DGPT)
Deutsche Gesellschaft für Pathologie
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin
Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie (DEGRO)
Deutsche Röntgengesellschaft
Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCh)

Kooperierende Institutionen

Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT)
Verband der Angestellten-Krankenkassen (VdAK)
Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDS)

Leitlinienkoordination

Prof. Dr. Th. Junginger, Mainz (CAO)
Klinik und Poliklinik für Allgemein- und Abdominalchirurgie
der Johannes-Gutenberg-Universität
Langenbeckstraße 1
D-55101 Mainz

Erste Fassung: September 1998
Zweite Fassung: November 1999

Überarbeitete, aktualisierte Fassung: Oktober 2001

Nächste Aktualisierung geplant: Frühjahr 2006

Der Leitlinienkoordinator wird außerdem jährlich vom ISTO in einer Umfrage zu notwendigen Aktualisierungen befragt. Falls diese erforderlich sind, wird die aktualisierte Version der Leitlinie im Internet unter <http://www.krebsgesellschaft.de> bzw. unter <http://awmf.org/> veröffentlicht.