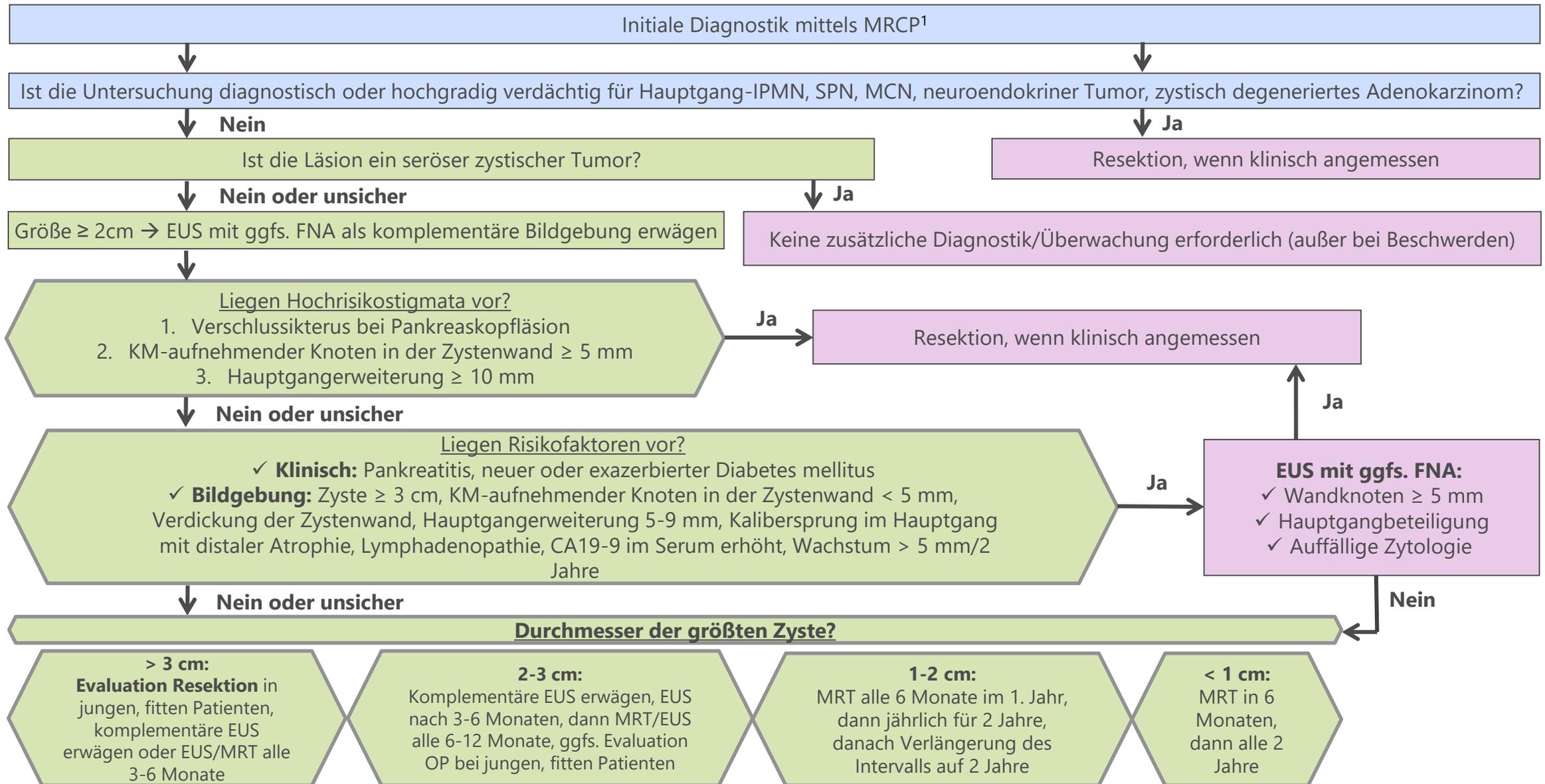


Zystische Pankreasneoplasien

Verantwortlich: Dr. R. Käser, Prof. Dr. M. Quante, Dr. S.
Chikhladze, PD Dr. D. Ruess
Freigabe: Interdisziplinärer Qualitätszirkel
Stand 11/2024, gültig bis 11/2025
Version 1



Evaluation und Management zystischer Pankreasneoplasien

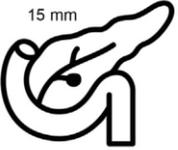


¹ Eine Pankreasprotokoll-Computertomographie ist eine Alternative für Patienten, die sich keiner MRT unterziehen können.

Häufige Arten von Pankreaszysten und ihre Charakteristika

| Zystentyp | Häufigkeit | Patientencharakteristika und klinische Präsentation | Lokalisation | Bildgebung | Malignität | Management | FNA Kriterien |
|------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------|---|--|---|--|
| Pseudozyste | 20–40% bei chronischer Pankreatitis | assoziiert mit vorausgehender akuter oder chronischer Pankreatitis | Ubiquitär | Unilokulär oder multilokulär, evtl. mit Ganganschluss | 0% | Endoskopische oder chirurgische Intervention bei Beschwerden | Viskosität gering CEA normal Lipase/Amylase ↑↑ |
| SCN | 15% | vorwiegend bei Frauen (60% der Fälle), tritt in der 5. bis 7. Lebensdekade auf, meist asymptomatisch | Korpus/Schwanz > Kopf | Mikrozystisch oder oligo-multizystisch „Honigwaben“ Kein Ganganschluss | Sehr selten | Überwachung (Resektion nur bei schnellem Wachstum oder Symptomen) | Viskosität gering CEA normal Lipase/Amylase normal |
| SPN | 3-5% | Fast ausschließlich bei Frauen (90% der Fälle), tritt in der 2. oder 3. Lebensdekade auf, meist asymptomatisch | Ubiquitär | Heterogen Solide und zystische Anteile Kein Ganganschluss | 10-20% | Resektion, da biologisches Verhalten unklar | Viskosität gering CEA normal Lipase/Amylase gering |
| MCN | 20% | Fast ausschließlich bei Frauen (90% der Fälle), tritt in der 4. bis 6. Lebensdekade auf, meist asymptomatisch | Meist Korpus/Schwanz | Unilokulär oder oligolokulär Verdickte Wand Wandknoten | 10-34% | Resektion | Viskosität hoch CEA ↑↑ Lipase/Amylase normal |
| Hauptgang-IPMN | 20% | Gleichmäßige Geschlechterverteilung, tritt in der 5. bis 7. Lebensdekade auf, meist asymptomatisch, kann Pankreatitis verursachen | Eher Kopf | Ganganschluss, Gangaufstau/Kalibersprung „Fischmaul-Papille“ | 33-85% | Differenziert (abh. von Hauptgangdiameter und Risikofaktoren) | Viskosität hoch CEA ↑↑ Lipase/Amylase normal oder erhöht |
| Seitengang-IPMN | 40% | | Ubiquitär | Häufig multifokal Ganganschluss | 1-38% (abh. von Risikofaktoren und Histologie) | Differenziert (abh. von Größe und Risikofaktoren) | Viskosität hoch CEA ↑↑ Lipase/Amylase ↑ |

Häufige Arten von Pankreaszysten und ihre Charakteristika

| | Größe nach 5 Jahren | Alter nach 5 Jahren | |
|---|--|---|---|
| Niedrig- Risiko Seitengang IPMNs |  30 mm |  75 years or more | Evaluation Beendigung der Überwachung |
| |  15 mm |  65 years or more | |
| | kein WF oder HRS | | |

Das Tumorrisiko nach 5-jähriger Überwachung ohne Änderung der Größe ≤ 30 mm bei >75 Jahren und ≤ 15 mm bei >65 Jahren entspricht dem Tumorrisiko der generellen altersentsprechenden Bevölkerung.

- Für Läsionen mit geringem Risiko und jahrelanger Stabilität:
 - Risiko einer Progression minimal
 - Einstellen der Überwachung als valide Option
- Dauer des Follow-Up bei größenkonstanten Seitengang-IPMN wird intensiv diskutiert
 - American Gastroenterological Association (AGA) empfiehlt Beendigung der Überwachung nach 5 Jahren für Niedrigrisiko-Seitengang-IPMN
 - Neuere Studien zeigen erhöhtes Risiko für Pankreaskarzinom auch nach mehr als 5 Jahren
 - Überwachung sollte erfolgen, solange der Patient für eine operative Therapie infrage kommt
 - Aktuelle Daten unterstützen nicht eindeutig das Einstellen der Überwachung
- Gesundheitszustand des Patienten muss regelmäßig neu bewertet werden
 - Veränderung des Gesundheitszustands kann Anpassung der Überwachungsziele erfordern

Quellen

- Ohtsuka T, Fernandez-Del Castillo C, Furukawa T, Hijioka S, Jang JY, Lennon AM, Miyasaka Y, Ohno E, Salvia R, Wolfgang CL, Wood LD. International evidence-based Kyoto guidelines for the management of intraductal papillary mucinous neoplasm of the pancreas. *Pancreatology*. 2024 Mar;24(2):255-270.
- Marchegiani G, Pollini T, Burelli A, Han Y, Jung HS, Kwon W, Rocha Castellanos DM, Crippa S, Belfiori G, Arcidiacono PG, Capurso G, Apadula L, Zaccari P, Noia JL, Gorris M, Busch O, Ponweera A, Mann K, Demir IE, Phillip V, Ahmad N, Hackert T, Heckler M, Lennon AM, Afghani E, Vallicella D, Dall'Olio T, Nepi A, Vollmer CM, Friess H, Ghaneh P, Besselink M, Falconi M, Bassi C, Goh BK, Jang JY, Fernández-Del Castillo C, Salvia R. Surveillance for Presumed BD-IPMN of the Pancreas: Stability, Size, and Age Identify Targets for Discontinuation. *Gastroenterology*. 2023 Oct;165(4):1016-1024.e5.
- Khalid A, Brugge WR. ACG practice guidelines for the diagnosis and management of neoplastic pancreatic cysts. *Am J Gastroenterol* 2007; 102:2339
- Wu J, Jiao Y, Dal Molin M, et al. Whole-exome sequencing of neoplastic cysts of the pancreas reveals recurrent mutations in components of ubiquitin-dependent pathways. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2011; 108:2118
- Singhi AD, McGrath K, Brand RE, et al. Preoperative next-generation sequencing of pancreatic cyst fluid is highly accurate in cyst classification and detection of advanced neoplasia. *Gut* 2018; 67:2131
- McCarty TR, Garg R, Rustagi T. Pancreatic cyst fluid glucose in differentiating mucinous from nonmucinous pancreatic cysts: a systematic review and meta-analysis. *Gastrointest Endosc* 2021; 94:698
- Gonda TA, Cahen DL, Farrell JJ. Pancreatic Cysts. *N Engl J Med*. 2024 Sep 5;391(9):832-843. doi: 10.1056/NEJMra2309041. PMID: 39231345.
- Park JW, Jang JY, Kang MJ, Kwon W, Chang YR, Kim SW. Mucinous cystic neoplasm of the pancreas: is surgical resection recommended for all surgically fit patients? *Pancreatology*. 2014 Mar-Apr;14(2):131-6.
- Vege SS, Ziring B, Jain R, Moayyedi P; Clinical Guidelines Committee; American Gastroenterology Association. American gastroenterological association institute guideline on the diagnosis and management of asymptomatic neoplastic pancreatic cysts. *Gastroenterology*. 2015 Apr;148(4):819-22; quiz12-3.
- Tanno S, Nakano Y, Koizumi K, Sugiyama Y, Nakamura K, Sasajima J, Nishikawa T, Mizukami Y, Yanagawa N, Fujii T, Okumura T, Obara T, Kohgo Y. Pancreatic ductal adenocarcinomas in long-term follow-up patients with branch duct intraductal papillary mucinous neoplasms. *Pancreas*. 2010 Jan;39(1):36-40.

| Gültigkeit | Datum der Aktualisierung | Version | Änderung | Verantwortliche |
|------------------------------|---------------------------------|----------------|-----------------|---|
| November 2024- November 2025 | 19.11.2024 | 1 | Ersterstellung | Prof. Dr. M. Quante, Dr. R. Käser, Dr. S. Chikhladze, PD Dr. D. Ruess |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |