



Klinična pot napotitve v gastro-onkološko ambulantno Kliničnega oddelka za gastroenterologijo, UKC Ljubljana

Clinical pathway of referral to the gastro-oncology outpatient of the Clinical department of gastroenterology, UKC Ljubljana

Saša Štupar*¹, Martin Zaplotnik², Zvezdana Hlebanja¹

¹ Klinični oddelek za gastroenterologijo, Interna klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Japljeva ulica 2, 1000 Ljubljana

² Klinični oddelek za gastroenterologijo, SPS Interna klinika, UKC Ljubljana

Slovenian Journal of Gastroenterology / Gastroenterolog 2025; 3: 96–99

Ključne besede: onkologija, smernice, klinična pot

Keywords: oncology, guidelines, clinical pathway

UVOD

V Gastro-onkološki ambulanti (GOA) Kliničnega oddelka za gastroenterologijo (KOGJE) UKC Ljubljana zdravimo paciente z naslednjimi raki prebavil:

- hepatocelularni karcinom (HCC),
- raki žolčnih poti,
- rak trebušne slinavke in
- nevroendokrinimi neoplazmami (NEN).

V nadaljevanju je predstavljena klinična pot napotitve pacientov z raki žolčnih poti, rakom trebušne slinavke ter HCC v GOA. Obravnava pacientov z NEN je opisana v ločenem dokumentu.

Podlago za klinično pot predstavljajo smernice ESMO za rake žolčnih poti in raka trebušne slinavke ter smernice EASL in Barcelonski kriteriji (BCLC) za zdravljenje HCC.

RAKI ŽOLČNIH POTI IN TREBUŠNE SLINAVKE

Ob sumu na rak žolčnih poti ali rak trebušne slinavke najprej opravimo zamejitvene preiskave – CT abdomna in CT prsnega koša. CT naj bo opravljen največ štiri tedne pred pričetkom zdravljenja.

S CT preiskavo opredelimo značilnosti in anatomsko lokacijo primarnega tumorja:

- raki žolčnih poti: intrahepatalni, perihilarni ali distalni holangiokarcinom ali rak žolčnika,
- raki trebušne slinavke: tumorji glave, uncinatusa, trupa ali repa trebušne slinavke.

Izvid CT mora vsebovati podatke o velikosti tumorja, lokalni razširjenosti, prisotnosti metastaz ter morebitni prizadetosti žilnih in limfnih struktur. Če je mogoče, CT opravimo pred vstavitvijo opornice v žolčevod.

*Saša Štupar, dr. med., specialist gastroenterolog

Klinični oddelek za gastroenterologijo, Interna klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Japljeva ulica 2, 1000 Ljubljana

Email: sasa.stupar@kelj.si

MR-slikanje je indicirano, kadar je CT nekonkluziven, kadar želimo natančneje opredeliti lokalno razširjenost ali prisotnosti jetrnih zasevkov, ali pri alergiji na jodno kontrastno sredstvo. V teh primerih je treba MR slikanje trebušnih organov dopolniti s CT prsnega koša (brez kontrasta).

Endoskopski ultrazvok (EUZ) je uporaben za dodatno oceno lokalne razširjenosti bolezni ali za pridobitev tkiva za histološko analizo.

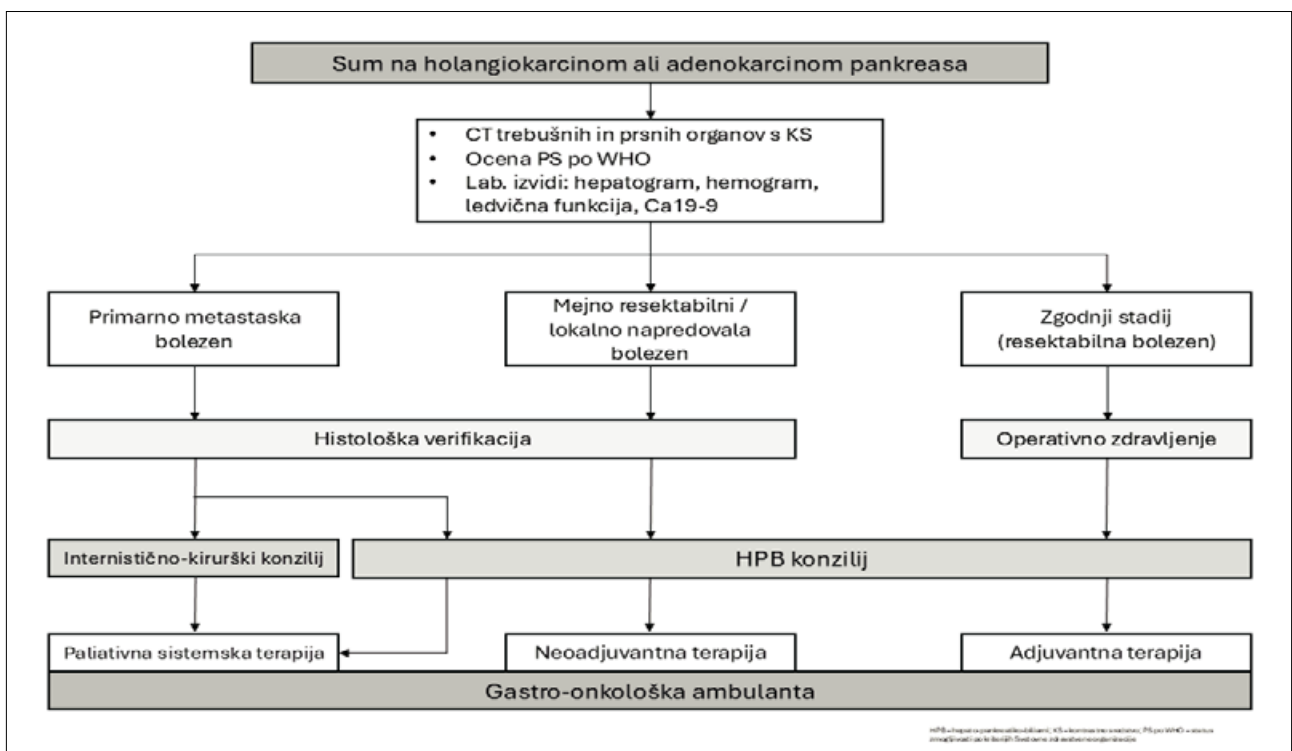
Če pacient ni kandidat za kakršnokoli kirurško zdravljenje, je pred uvedbo zdravljenja potrebna histološka verifikacija. Za lokalizirano bolezen priporočamo EUZ vodeno biopsijo, pri metastatski bolezni pa perkutana biopsija najlažje dostopnega tumorskega mesta. Pri jasno resektabilnih primerih biopsija praviloma ni potrebna, histologija se v teh primerih pridobi ob operaciji.

Smernice ESMO za zdravljenje raka trebušne slinavke dopuščajo možnost, da se lahko multidisciplinarni konzilij odloči za uvedbo sistemskega zdravljenja brez histološke potrditve, če sta bila izvedena vsaj dva neuspešna poskusa histološke

verifikacije ter se z diagnozo adenokarcinoma trebušne slinavke skladajo slikovne preiskave in povišan marker Ca19-9. Pri rakih žolčnih poti takšno priporočilo ni bilo sprejeto.

Vsi pacienti potrebujejo sveže laboratorijske izvide hepatograma, hemograma in ledvične funkcije. Pred predstavitvijo na konziliju je treba oceniti telesno zmogljivost po validiranem točkovniku (najpogosteje uporabljamo oceno stanja zmogljivosti po lestvici Svetovne zdravstvene organizacije – PS po WHO) ter evidentirati komorbidnosti.

Po opravljenih preiskavah pacientovo dokumentacijo predstavimo na Hepato-pankreatiko-biliarnem (HPB) konziliju, kjer pregledamo slikovno dokumentacijo. Če je bolezen resektabilna, predlagamo kirurško zdravljenje. Če je bolezen lokalno napredovala ali je metastatska, je potrebna histološka verifikacija, nato pa pacienta po sklepu konzilija napotimo v GOA za oceno zmožnosti za paliativno sistemsko zdravljenje (shema 1). Ob odločitvi za izključno simptomatsko podporno zdravljenje to izvajamo v okviru paliativne službe področne zdravstvene ustanove.



Shema 1. Klinična pot napotitve pacientov z rakom žolčnih poti in trebušne slinavke.

HEPATOCELULARNI KARCINOM

HCC je najpogostejši primarni rak jeter. Algoritem obravnave je prikazan na shemi 2. Ob novi sumljivi leziji na ultrazvoku, CT ali MR je treba najprej opredeliti stopnjo tveganja za HCC.

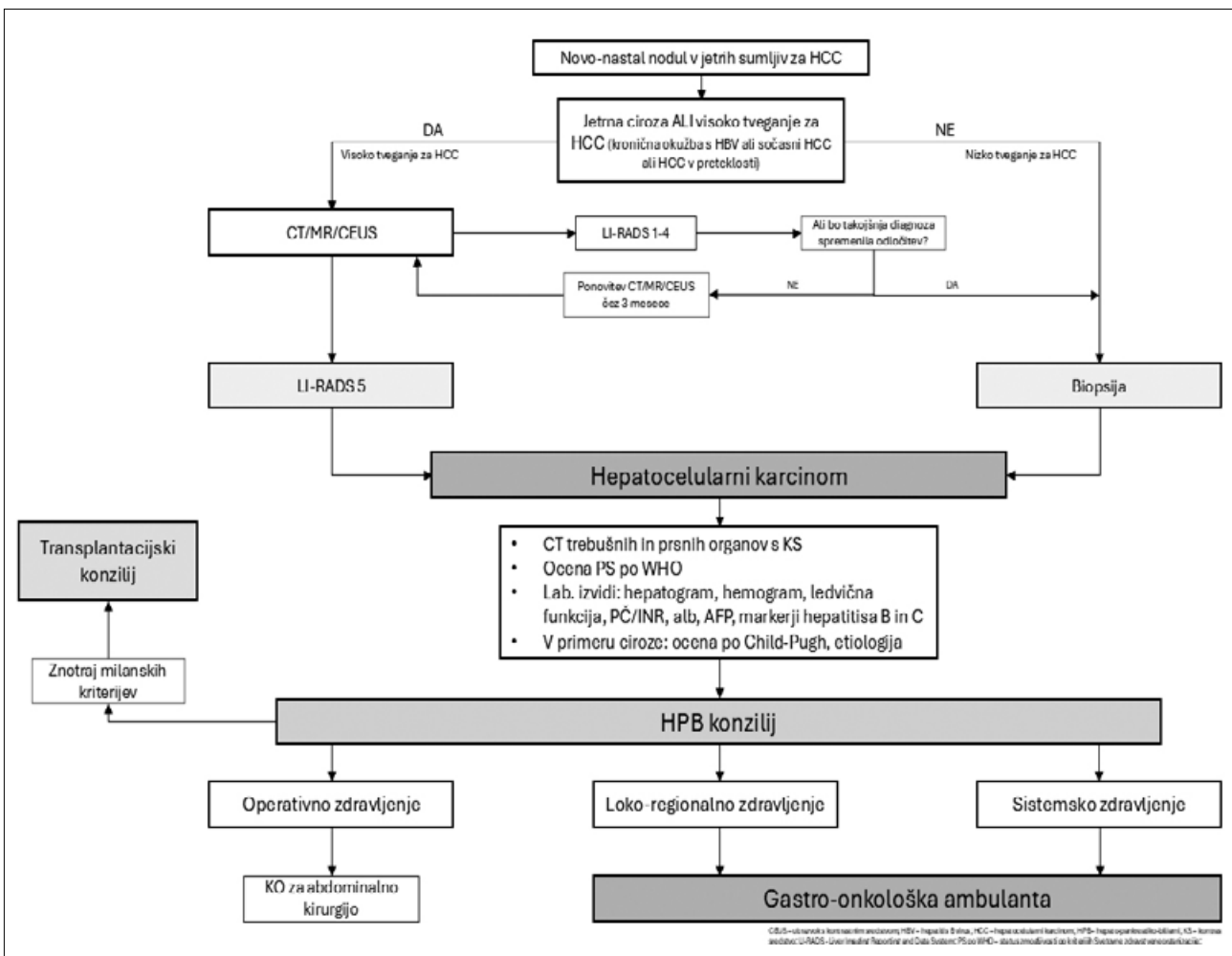
Pacienti z jetrno cirozo, kronično okužbo z virusom hepatitisa B ali že znanim HCC (aktivno zdravljenim ali anamnezo HCC v preteklosti) imajo visoko tveganje za razvoj HCC. Pri njih lezijo ovrednotimo s CT, MR ali ultrazvokom s kontrastnim sredstvom po LI-RADS sistemu (angl. *Liver Imaging Reporting and Data System*). V primeru, da gre za LI-RADS 5 lezijo, lahko diagnozo HCC postavimo brez histologije. Pri pacientih z visokim tveganjem za HCC in LI-RADS 1–4 lezijo, se lahko odločimo bodisi za biopsijo ali pa ponovitev morfoloških preiskav po treh mesecih. Pri pacien-

tih z nizkim tveganjem za HCC je biopsija za postavitev diagnoze HCC nujno potrebna. Histološka potrditev je zaželena tudi pred uvedbo sistemskega zdravljenja.

Vsem pacientom moramo opraviti CT trebušnih in prsnih organov s kontrastnim sredstvom. Indikacije za MR so podobne kot pri rakih žolčnih poti in trebušne slinavke.

Za odločitev o zdravljenju so potrebni tudi ocena telesne zmogljivosti, laboratorijski izvidi (glej shemo 2), pri jetrni cirozi ocena Child-Pugh in podatki o etiologiji jetrne ciroze.

Dokumentacija se predstavi na HPB konziliju, ki se pri izbiri zdravljenja opira na BCLC klasifikacijo (angl. *Barcelona-Clinic Liver Cancer*).



Shema 2. Klinična pot napotitve bolnikov s HCC.

HEPATO-PANKREATIKO-BILIARNI KONZILIJ

HPB konzilij poteka v UKC Ljubljana na Kliničnem inštitutu za radiologijo vsako sredo ob 9:00.

Stalni člani konzilija so radiolog, interventni radiolog, abdominalni kirurg, onkolog, gastroenterolog in radioterapevt.

Prijava poteka preko spletnega obrazca, ki je dostopen na naslovu:
<https://forms.office.com/r/EFT9uPLX2L>

Ob prijavi mora napotni zdravnik v radiološki informacijski sistem UKC Ljubljana uvoziti vse relevantne slikovne preiskave, opravljene izven UKC Ljubljana in izdati napotnico za multidisciplinarni konzilij (VZS 2655).

Pacienti, prijavljeni na konzilij do ponedeljka do 23:59, so obravnavani v istem tednu. Tisti, prijavljeni kasneje, so obravnavani naslednji teden.

V primeru nepopolne dokumentacije je prijavo treba ponovno v celoti vnesti v obrazec.

Za ustrezno obravnavo je pomembno, da so podatki natančno, pravilno in strukturirano vneseni, s jasno zastavljenim kliničnim vprašanjem. Zaželeno je, da paciente na konziliju predstavljajo njihovi lečeči zdravniki.

Sklep konzilija je v Interoperabilni hrbtenici običajno dostopen naslednji delovni dan po konziliju. Napotni zdravnik je odgovoren za seznanitev pacienta s sklepom, pojasnitev sklepa in izdajo ustreznih napotnic.

INTERNISTIČNO-KIRURŠKI KONZILIJ

Internistično-kirurški konzilij poteka vsak četrtek ob 12:00 na KOGE. Stalni člani so abdominalni kirurg, radiolog, onkolog in gastroenterolog.

Na konziliju lahko obravnavamo paciente z metastatskimi raki žolčnih poti in trebušne slinavke, za katere kirurško ali radiološko zdravljenje ni umestno. Prijave potekajo preko fizičnega obrazca Internistično-kirurškega konzilija.

GASTRO-ONKOLOŠKA AMBULANTA

Napotitev v GOA (VZS 2502P) je mogoča le za paciente s potrjeno maligno boleznijo, na podlagi sklepa ustreznega konzilija.

Sprejemamo napotnice stopnje nujnosti zelo hitro/hitro/redno. Nujnih pregledov za paciente z novo-odkrito maligno boleznijo, ki še niso bili predstavljeni na konziliju, ne izvajamo. Prav tako v GOA ne izvajamo diagnostike pri bolnikih, pri katerih se sumi na maligno bolezen.

Literatura

1. Conroy T, Pfeiffer P, Vilgrain V, et al; ESMO Guidelines Committee. Pancreatic cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2023; 34 (11): 987-1002.
2. Vogel A, Bridgewater J, Edeline J, et al; ESMO Guidelines Committee. Biliary tract cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2023; 34 (2): 127-40.
3. European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines on the management of hepatocellular carcinoma. *J Hepatol.* 2025; 82 (2): 315-74.
4. Reig M, Forner A, Rimola J, et al. BCLC strategy for prognosis prediction and treatment recommendation: The 2022 update. *J Hepatol.* 2022; 76 (3): 681-93.