

Nieuwe richtlijn proximale galweg- en galblaascarcinoom

New guidelines for proximal bile duct and gallbladder cancer

T.M. van Gulik, E. Sieders, J.J.F. de Groot en M.J. Bruno, namens de IKNL-werkgroep Richtlijn galweg- en galblaascarcinoom

Samenvatting

Een IKNL-werkgroep heeft onlangs een nieuwe richtlijn galweg- en galblaascarcinoom opgesteld. Deze richtlijn werd in april 2013 geautoriseerd. De hoofdpunten van de nieuwe richtlijn worden in dit artikel belicht. (*Ned Tijdschr Oncol* 2013;10:288-90)

Summary

A task-force of the Dutch National Comprehensive Cancer Centre has recently renewed the guidelines for proximal bile duct and gallbladder cancer. These guidelines were authorized in April 2013. The key points of these new guidelines are presented in this paper.

Inleiding

Extrahepatische galwegcarcinomen kunnen worden onderverdeeld in het galblaascarcinoom en het distale en proximale galwegcarcinoom. Laatstgenoemde is de meest voorkomende vorm van galwegkanker en wordt ook wel hilar cholangiocarcinoom of Klatskintumor genoemd. Het distaal galwegcarcinoom wordt gerekend tot de tumoren in het pancreaskopgebied en komt aan bod in de richtlijn voor het pancreascarcinoom (zie www.oncoline.nl).

De Landelijke Werkgroep Gastro-intestinale Tumoren gaf aan behoefte te hebben aan revisie van de richtlijnen galgangcarcinoom en galblaascarcinoom daterend van respectievelijk oktober 2003 en mei 2004. In de werkgroep voor het samenstellen van de nieuwe richtlijn werd besloten beide richtlijnen te bundelen in 1 nieuwe richtlijn. De lage incidentie van zowel het galgangcarcinoom als het galblaascarcinoom brengt met zich mee dat er relatief weinig onderzoeksresultaten beschikbaar zijn. De werkgroep die de richtlijn reviseerde heeft om deze reden gekozen voor een 'consensus-based' - in plaats van de aanvankelijk door de landelijke werkgroep beoogde 'evidence-based' - revisie van de richtlijn. Een 'consensus-based' gereviseerde richtlijn maakt uitdrukke-

lijk ook gebruik van wetenschappelijke literatuur, echter zonder voorafgaande zoektocht naar en beoordeling van literatuur door een externe methodoloog/onderzoeker. De richtlijn is in april 2013 geautoriseerd en is in te zien op www.oncoline.nl. In het navolgende worden de hoofdpunten van de richtlijn samengevat.

Doel van de richtlijn

Deze richtlijn bevat aanbevelingen gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg voor patiënten met een proximale galweg- of galblaascarcinoom. De richtlijn is bestemd voor alle professionals die betrokken zijn bij de diagnostiek, behandeling en begeleiding van patiënten met deze tumoren (maag-darm-leverartsen, chirurgen, internisten/medisch oncologen, pathologen, radiologen, radiotherapeuten en verpleegkundigen).

Epidemiologie

- Er zijn wat betreft proximale galweg- en galblaascarcinoom weinig Nederlandse cijfers over incidentie en prevalentie, sterfte en overleving. De Nederlandse Kankerregistratie (NKR) maakt pas sinds 2010 onderscheid tussen het distaal en het proximale galwegcarcinoom.

Auteurs: dhr. prof. dr. T.M. van Gulik, chirurg, afdeling Chirurgie, Academisch Medisch Centrum, dhr. dr. E. Sieders, chirurg, afdeling Chirurgie, Universitair Medisch Centrum Groningen, dhr. drs. J.J.F. de Groot, adviseur richtlijnen, Integraal Kankercentrum Nederland, dhr. prof. dr. M.J. Bruno, MDL-arts, afdeling Maag-darm-leverziekten, Erasmus MC. Correspondentie graag richten aan dhr. prof. dr. T.M. van Gulik, chirurg, afdeling Chirurgie, Academisch Medisch Centrum, Meibergdreef 9, 1105 AZ Amsterdam, tel.: 020 566 55 70, e-mailadres: t.m.vangulik@amc.nl
Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Trefwoorden: cholangiocarcinoom, galblaascarcinoom, galwegcarcinoom, galwegen, richtlijn

Key words: bile duct carcinoma, biliary tract, cholangiocarcinoma, gallbladder carcinoma, guidelines

- Met een incidentie anno 2010 (bron: NKR) van 171 voor proximale galwegcarcinoom en 148 voor galblaascarcinoom is sprake van laag volume.

Diagnostiek

- Diagnose en behandeling van patiënten met vermoeden op een galweg- of galblaascarcinoom vindt bij uitstek plaats in multidisciplinair verband.
- Het is moeilijk een onderscheid te maken tussen een carcinoom of een goedaardig, stricturerend proces van de galwegen in het leverhilusgebied. De sensitiviteit van weefselonderzoek (biopten en 'brushes') is beperkt. Dit in combinatie met de hoge a-priorikans op maligniteit maakt dat het geen absolute noodzaak is om preoperatief de diagnose pathologisch te bevestigen.
- Wanneer met CT de resectabiliteit niet is uitgesloten, wordt een MRI met MRCP geadviseerd om meer inzicht te krijgen in met name de proximale, ductale uitbreiding van de tumor.
- Vasculaire uitbreiding wordt bepaald met 2-fasen--MDCT (laat arterieel, portaalveneuze fase).
- Beeldvorming (CT, MRI) vindt bij voorkeur voor galwegdrainage en plaatsen van een stent plaats om tumoruitbreiding van de tumor beter te kunnen beoordelen.
- Voor detectie van locoregionale lymfekliermetastasen en metastasen op afstand wordt geadviseerd CT thorax en abdomen met contrast te maken in ten minste een portaalveneuze fase. Bij twijfel over de pathologie van lymfeklieren wordt een cytologische punctie door middel van endo-echografie en FNA geadviseerd.
- Bij patiënten die in aanmerking komen voor galwegresectie in combinatie met uitgebreide partiële leverresectie dient voldoende restlevervolume (>40%) te worden behouden. Bij kleiner leverrestvolume kan preoperatieve embolisatie van de contralaterale vena portae worden overwogen.
- Bij patiënten waarbij resectie van de galwegen met een partiële leverresectie wordt voorgenomen, is preoperatieve galwegdrainage van in ieder geval de toekomstige leverrest van toepassing. Gezien de complexiteit van de meestal segmentele galwegobstructies, wordt galwegdrainage in een centrum met expertise aanbevolen.
- Patiënten met een lokaal niet-resectabel galwegcarcinoom komen mogelijk in aanmerking voor levertransplantatie. Geadviseerd wordt contact op te nemen met een van de levertransplantatiecentra.
- Na resectie van een galwegcarcinoom wordt geen standaard adjuvante radiotherapie, chemotherapie of chemoradiotherapie gegeven.
- Bij een porseleingalblaas is er een indicatie voor cholecystectomie.
- Iedere patiënt met (verdenking op) galblaascarcinoom komt in aanmerking voor chirurgische resectie (resectie galblaas met leverbed en lymfadenectomie van het lig. hepatoduodenale) wanneer R0-resectie mogelijk lijkt. De aard van de behandeling is afhankelijk van het T-stadium.
- De werkgroep is van mening dat voor het galblaascarcinoom dat aanleiding heeft gegeven tot een obstructie--

Behandeling

- Behandeling van het galweg- en galblaascarcinoom dient plaats te vinden in een hooggespecialiseerd centrum.
- Resectabiliteit van het galwegcarcinoom hangt af van de lokale anatomie ter plaatse van de galwegconfluens (leverhilus) en dient te worden beoordeeld door endoscopisten, radiologen en chirurgen met expertise in dit gebied. Bij ingroei in de vena portae is resectabiliteit afhankelijk van de mogelijkheden voor resectie en reconstructie van de vena portae.
- Voor het merendeel van de galwegcarcinomen geldt dat gezien de tumoruitbreiding (Bismuth type III/IV) resectie in combinatie met partiële leverresectie is geïndiceerd. Deze uitgebreide resecties leiden tot een groter deel R0-resecties en daarmee verbeterde overleving. De operatietechniek bestaat uit resectie van de leverhilus en extrahepatische galwegen 'en bloc' met (uitgebreide) hemihepatectomie en meenemen van segment 1 (lobus caudatus) en segment 4.

De werkgroep die de 'Richtlijn proximale galweg- en galblaascarcinoom' reviseerde bestond uit (in alfabetische volgorde): prof. dr. M.J. Bruno (namens NVMDL), mw. prof. dr. A.S.H. Gouw (namens NVVP), prof. dr. T.M. van Gulik (namens NVvH, voorzitter), dr. E. van der Linden (namens NVvR), mw. prof. dr. I.D. Nagtegaal (namens NVVP), mw. A. Ormeling (namens NFK), mw. C. Pek (namens V&VN Oncologie), prof. dr. D.J. Richel (namens NIV), ir. H.J. Roelants (namens NFK), mw. A. Schoorlemmer (namens V&VN Oncologie), dr. E. Sieders (namens NVvH) en dr. G. van Tienhoven (namens NVRO). Drs. J.J.F. de Groot (procesbegeleider) en mw. S. Janssen-van Dijk (secretaresse) zorgden voor begeleiding van de werkgroep vanuit IKNL.

icterus, dezelfde preoperatieve voorbereidingen gelden als bij het galwegcarcinoom.

- Bij de behandeling van het galblaascarcinoom moet onderscheid worden gemaakt tussen het preoperatief verdacht of bewezen carcinoom, het peroperatief verdacht galblaascarcinoom en het incidenteel (postoperatief) gevonden galblaascarcinoom.
- Bij een peroperatief vastgesteld galblaascarcinoom, of indien peroperatief de verdenking hierop ontstaat, wordt aanbevolen direct een radicale oncologische resectie uit te voeren of de operatie af te breken en patiënt te verwijzen naar een gespecialiseerd centrum.
- Bij palliatieve behandeling van het galweg- of galblaascarcinoom is adequate endoscopische drainage van de galwegen van het eerste belang.
- Bij patiënten met een locoregionaal uitgebreid of gemetastaseerd galweg- of galblaascarcinoom wordt palliatieve chemotherapie geadviseerd (combinatie gemcitabine met cisplatine).

Galblaaspoliep

- Bij een galblaaspoliep <10 mm kan een expectatief beleid worden gevoerd, bij een galblaaspoliep \geq 10 mm wordt een cholecystectomie geadviseerd. Bij poliepen <15 mm is het veilig cholecystectomie laparoscopisch uit te voeren.
- Bij asymptomatische adenomyomatosis van de galblaas is er geen indicatie voor cholecystectomie.

Pathologie

- Voor zowel het galweg- als het galblaascarcinoom gaat de voorkeur uit naar een standaardverslag dat zowel de onderdelen van macroscopisch als microscopisch onderzoek bevat.

Follow-up en nazorg

- Er is onvoldoende wetenschappelijk bewijs dat vroege detectie van nieuwe manifestaties van een galweg- of galblaascarcinoom leidt tot winst in duur of kwaliteit van leven.
- Geadviseerd wordt regelmatig vroege (fysieke en/of psychosociale) gevolgen van galweg- of galblaascarcinoom te signaleren.
- Voor elke patiënt wordt geadviseerd een individueel nazorgplan te maken, afgestemd op restklachten en behoeften.

Conclusie

Diagnostiek en behandeling van het galweg- en galblaascarcinoom zijn complex en vereisen specifieke expertise. De werkgroep is van mening dat behandeling van deze tumoren dient plaats te vinden in een hooggespecialiseerd centrum.

Referentie

Voor een uitgebreide lijst van geraadpleegde literatuur wordt verwezen naar de richtlijn op www.oncoline.nl.

Ontvangen 8 april 2013, geaccepteerd 8 augustus 2013.