

* bij normale portale druk en bilirubine en solitaire nodus: resectie ongeacht grootte nodus
figuur 2: BCLC-schema (bewerkt)

samenvatting richtlijn hepatocellulair carcinoom

Alle patiënten in Nederland hebben recht op de best mogelijke zorg tijdens en na hun behandeling. Samen met u geeft IKNL invulling aan de integrale aanpak en continue verbetering van de oncologische en palliatieve richtlijnen. Extra kaarten zijn te bestellen via www.iknl.nl

Datum goedkeuring richtlijn:
10-02-2013 | versie 1.0
Verantwoording: landelijke werkgroep
Gastro intestinale tumoren

Het is gewenst dat u als zorgverlener deze richtlijn kent. Raadpleeg de meest recente versie van de richtlijn op: www.oncoline.nl

hepatocellulair carcinoom

Epidemiologie

Primaire leverkanker is wereldwijd de zesde meest voorkomende vorm van kanker en de derde meest voorkomende oorzaak van overlijden door kanker. Bij ongeveer 90% van de patiënten met primaire leverkanker is er sprake van een hepatocellulair carcinoom (HCC). Meestal betreft het patiënten met onderliggend chronisch leverlijden. In Nederland komt HCC relatief weinig voor; ongeveer 400 nieuwe patiënten per jaar. De incidentie neemt toe.

Surveillance bij patiënten met chronisch leverlijden

Echografie met een interval van zes maanden alleen voor patiënten met:

- chronische hepatitis B en cirrose
- specifieke patiënten met chronische hepatitis B zonder cirrose:
 - Oost-Aziatische mannen > 40 jaar
 - Oost-Aziatische vrouwen > 50 jaar
 - afkomstig uit sub-Sahara Afrika > 20 jaar
 - HCC in de familie
- non-hepatitis B cirrose: hepatitis C, alcoholische cirrose, hemochromatose en primair bilaire cirrose

Diagnostiek en stadiëring

- Diagnostiek door meefasen-CT met intraveneus contrast of dynamische MRI met intraveneus contrast van de lever.
- Tumorbiopt van primaire tumor is voorbehouden aan centra met HCC-expertise als beeldvorming geen eenduidige diagnose oplevert. Het diagnostisch traject voor een verdachte nodus in de lever is weergegeven in figuur 1.
- Verdere stadiëring bij een patiënt met een HCC door een CT Thorax.

Behandeling

Bij de keuze van behandeling is leidend de omvang van het HCC maar ook de ernst van het onderliggend leverlijden (Child-Pugh) en de performance status (PS) van de patiënt.

- Selectie van patiënten voor chirurgische en niet-chirurgische behandeling op basis van het Barcelona Clinic Liver Cancer (BCLC)-schema, figuur 2.
- Indicatiestelling en wijze van selectie voor levertransplantatie op basis van Landelijk Overleg Levertransplantatie-protocol: www.transplantatievereniging.nl/richtlijnen
- De behandeling dient te worden verleend in een expertisecentrum.

Pathologie

Geadviseerd wordt de volgende items in het pathologieverslag van het resectiepreparaat te vermelden:

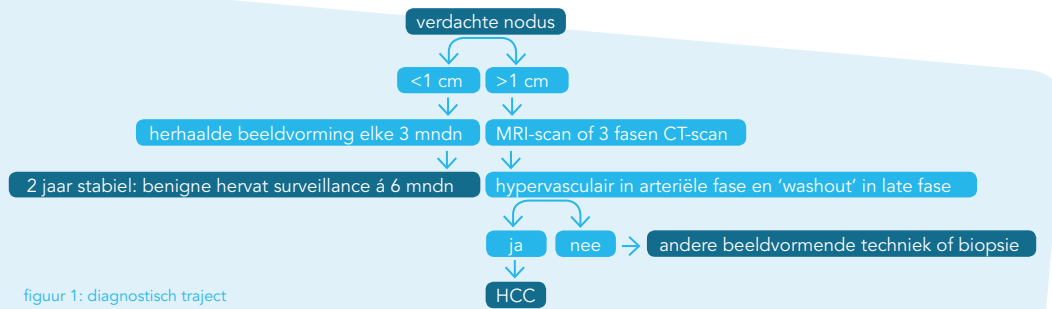
- tumorgrootte (de maximale diameter van de grootste nodus)
- aantal en afmetingen overige tumorhaarden en indien van toepassing aanwezigheid satellietnodi
- differentiatiegraad (advies; volgens WHO 2009)
- status resectiemarge
- aan- of afwezigheid van vaso-invasieve groei
- aan- of afwezigheid tumorruptuur
- beoordeling omliggend leverweefsel

Follow up (na behandeling)

- Evaluatie van tumorrespons na systemische behandeling middels CT of MRI.
- Na lokale therapie is vroege detectie van een lokaal recidief of de novo tumor zinvol omdat kleine tumoren lokaal behandeld kunnen worden.
- Er is geen evidence voor wat het beste follow-up schema is. Een follow-up schema kan zijn; iedere drie maanden het Alfa-FoetoProteïne (AFP) bepalen, als deze bij eerste manifestatie van het HCC verhoogd was. Daarnaast ieder half jaar een CT-scan verrichten. Na vijf jaar volgt reguliere surveillance.

(Organisatie van) (na)zorg

- Maak een individueel nazorgplan voor iedere patiënt.
- Zie richtlijnen 'Herstel na kanker', 'Detecteren behoefte psychosociale zorg' en 'Oncologische revalidatie'.
- Diagnostiek en behandeling door multidisciplinaire leverwerkgroep met minimaal 1 x per week overleg.
- Voor palliatieve richtlijnen zie www.pallialine.nl



figuur 1: diagnostisch traject