

samenvatting richtlijn galweg- en galblaascarcinoom

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:
15-04-2013 | versie 2.0
Verantwoording: richtlijnwerkgroep
Galweg- en galblaascarcinoom

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

galweg- en galblaascarcinoom

Epidemiologie

- De richtlijn heeft betrekking op proximale galweg- en galblaascarcinoom. Voor distaal galwegcarcinoom zie de richtlijn pancreas(kop)carcinoom.
- Er zijn weinig Nederlandse cijfers over incidentie en prevalentie, sterfte en overleving. In de Nederlandse Kankerregistratie wordt pas sinds 2010 onderscheid gemaakt tussen distaal en proximale galwegcarcinoom.
- De incidentie voor respectievelijk 2010 en 2011 is voor proximale galwegcarcinoom 171 en 145, voor galblaascarcinoom 148 en 164. Er is sprake van laag volume.
- Door lage incidentie zijn relatief weinig onderzoeksresultaten beschikbaar. Daarom is de richtlijn consensus based gerevisieerd. Zo'n revisie maakt óók gebruik van wetenschappelijke literatuur, echter zonder voorafgaande systematische zoektocht naar en beoordeling van literatuur door een (externe) methodoloog.

Diagnostiek

- Geen absolute noodzaak om preoperatief de diagnose pathologisch te bevestigen.
- Wanneer met CT de resectabiliteit niet is uitgesloten, MRI met MRCP uitvoeren voor meer duidelijkheid over met name de ductale uitbreiding.
- Vasculaire uitbreiding bepalen met twee fasen MDCT (laat arterieel, portaal veneuze fase).
- Galwegdrainage en stenting ná de beeldvorming (CT, MRI) om overschatting van de tumor te voorkomen.
- Voor detectie van locoregionale lymfklieren en metastasen op afstand CT thorax en abdomen met contrast in tenminste een portaal veneuze fase.

Behandeling

- Behandeling in een hooggespecialiseerd centrum.
- Iedere patiënt met (verdenking op) galblaascarcinoom in aanmerking laten komen voor chirurgische resectie wanneer R0-resectie mogelijk lijkt.
- Bij patiënten met een galwegcarcinoom alleen een chirurgische resectie wanneer een R0-resectie kan worden verkregen met behoud van voldoende restlevervolume (>40%) en met inachtneming van de lokale anatomie van de galwegen in de leverhilus.
- Preoperatieve galwegdrainage (in een hooggespecialiseerd centrum) van in ieder geval de toekomstige leverrest bij patiënten met Bismuth type III/IV galwegcarcinoom waarbij resectie van de galwegen met een partiële leverresectie is geïndiceerd.
- Bij een peroperatief vastgesteld galblaascarcinoom, of indien peroperatief de verdenking hierop ontstaat, direct een radicale oncologische resectie uitvoeren of de operatie afbreken en patiënt verwijzen naar een hepatobiliair centrum.
- Bij tumoren met proximale ingroei in de segmentale galwegen (Bismuth type III/IV), resectie van de leverhilus en extrahepatische galwegen en bloc met (uitgebreide) hemihepatectomie en meenemen van segment 1 (lobus caudatus) en segment 4.
- Contact opnemen met een van de levertransplantatiecentra indien een patiënt met een galwegcarcinoom in aanmerking komt voor levertransplantatie.
- Na resectie van een galwegcarcinoom niet standaard adjuvante radiotherapie, chemotherapie of chemoradiotherapie.
- Bij een galblaaspoliep <10 mm een expectatief beleid voeren; bij een galblaaspoliep ≥10 mm een cholecystectomie uitvoeren.
- Bij palliatieve behandeling van galweg- of galblaascarcinoom is adequate endoscopische drainage van de galwegen belangrijk.
- Bij patiënten met een locoregionaal uitgebreid of gemetastaseerd galweg- of galblaascarcinoom, combinatie gemcitabine met cisplatin als palliatieve chemotherapie aanbieden.

Follow up en nazorg

- Er is onvoldoende wetenschappelijk bewijs dat vroege detectie van nieuwe manifestaties van kanker leidt tot winst in duur of kwaliteit van leven bij een galweg- of galblaascarcinoom.
- Inventariseer regelmatig of er eventueel sprake is van vroege (fysieke en/of psychosociale) gevolgen van galweg- of galblaascarcinoom.
- Maak voor elke patiënt een individueel nazorgplan afgestemd op restklachten en behoeften.