

Resectiecriteria galwegcarcinoom

Er wordt geadviseerd om bij patiënten met een galwegcarcinoom een chirurgische resectie alleen dan te doen, 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.

De werkgroep is van mening dat het galwegcarcinoom dat zowel in de vena porta als in de arteria hepatica van de toekomstige restlever infiltreert, niet in aanmerking komt voor resectie.

De werkgroep is van mening dat bij resectie van de galwegen met een partiële leverresectie er > 40% volume van de lever dient te resteren.

De werkgroep is van mening dat bij een te kleine leverrest (< 40%) er embolisatie plaats dient te vinden van de contralaterale vena portae.

Er wordt geadviseerd om patiënten met een galwegcarcinoom én met metastasen op afstand niet in aanmerking te laten komen voor een resectie.

Literatuurbespreking:

De belangrijkste prognostische factor voor overleving na resectie van galwegcarcinoom is het verrichten van een R0 resectie [149](#) [8](#) [65](#) [25](#). Resectabiliteit van het galwegcarcinoom wordt bepaald door [57](#) [141](#) [94](#) [143](#):

- de mate van proximale infiltratie in de segmentele galwegen,
- de afwezigheid van afstandsmetastasen,
- mate van tumor ingroei in het leverparenchym,
- ingroei in (takken van) de arteria hepatica en/of vena portae en
- het volume van de toekomstige restlever.

De indeling van het galwegcarcinoom volgens de [Bismuth-Corlette classificatie](#) berust op proximale ingroei van de tumor in de eerste segmentele vertakkingen van de linker en rechter ductus hepaticus in de lever [11](#). Voor een galwegcarcinoom dat zich beperkt tot de confluens van de linker en rechter ductus hepaticus zonder uitbreiding proximaal in de segmentele galwegen (Bismuth type I en sommige type II tumoren) volstaat lokale resectie van de extrahepatische galweg [54](#). Bij unilaterale betrokkenheid van de segmentele galwegen (Bismuth type IIIa of IIIb) wordt het galwegcarcinoom verwijderd in combinatie met een (uitgebreide) hemihepatectomie [71](#) [122](#). Bilaterale ingroei in de segmentele galwegen (Bismuth type IV tumoren) werd voorheen als een contra-indicatie voor resectie beschouwd. Bij bilaterale segmentele ingroei geldt dat de resectabiliteit wordt bepaald door de lokale anatomie van de galwegen [8](#) [142](#). Intra- of extrahepatische metastasering is in de regel een contra-indicatie voor resectie. Bij lymfekliermetastasen beperkt tot het ligamentum hepatoduodenale (N1) is er een overlevingsvoordeel voor resectie met lymfadenectomie van het ligamentum hepatoduodenale [63](#) [56](#). Lymfekliermetastasen langs de arteria hepatica communis en/of truncus coeliacus wordt in het algemeen als een contra-indicatie voor resectie beschouwd.

De nauwe relatie van (takken van) de arteria hepatica en vena portae tot het galwegcarcinoom in de leverhilus maakt dat vaak sprake is van vasculaire ingroei hetgeen mede de resectabiliteit van de tumor bepaalt. Bij ingroei in het gebied van de vena portae bifurcatie, is resectabiliteit afhankelijk van de mogelijkheden voor resectie en reconstructie van de vena portae [94](#) [29](#) [95](#). Ingroei in (takken van) de arteria hepatica naar de toekomstige restlever is meestal een contra-indicatie voor resectie [86](#) [141](#).

Bij patiënten met galwegcarcinoom die resectie van de galwegen met een partiële leverresectie dienen te ondergaan, wordt uitgegaan van een minimaal leverrestvolume van 40% (CT volumetrie) na optimale galwegdrainage, gezien het door (recente) cholestase gecompromitteerde leverparenchym. Bij kleiner leverrestvolume kan preoperatieve embolisatie van de contralaterale vena portae worden uitgevoerd om het leverrestvolume te vergroten [60](#) [91](#) [30](#).

Conclusies:

De werkgroep is van mening dat de resectabiliteit van het galwegcarcinoom wordt bepaald door de mate van proximale infiltratie in de segmentele galwegen volgens de [classificatie van Bismuth-Corlette](#) en de lokale anatomie van de galwegen in de leverhilus.

Baton 2007 [8](#); Van Gulik 2007 [142](#)

De werkgroep is van mening dat bij aanwezigheid van metastasen op afstand er geen resectie van het galwegcarcinoom moet plaatsvinden.

Kitagawa 2001 [63](#); Ito 2010 [56](#)

De werkgroep is van mening dat de resectabiliteit van het galwegcarcinoom wordt bepaald door de ingroei in (de takken van) de arteria hepatica en/of vena portae. Bij ingroei in de vena portae is resectabiliteit afhankelijk van de mogelijkheden voor resectie en reconstructie van de vena portae.

Neuhaus 1999 [94](#); Ebata 2003 [29](#); Neuhaus 2008 [95](#)

De werkgroep is van mening dat ingroei in (de takken van) de arteria hepatica naar de toekomstige restlever een contra-indicatie is voor resectie.

Miyazaki 2007 [86](#)

De werkgroep is van mening dat de resectabiliteit van het galwegcarcinoom mede wordt bepaald door het volume van de toekomstige restlever vastgesteld door middel van CT-volumetrie. Bij een geschat leverrestvolume van <40% kan preoperatieve vena portae embolisatie worden overwogen.

Kawasaki 2003 [60](#); Nagino 2006 [91](#); Ebata 2012 [30](#)

Overwegingen:

Beoordeling van resectabiliteit is in belangrijke mate afhankelijk van de interpretatie van de lokale anatomie ter plaatse van de galwegconfluens door endoscopisten, radiologen en chirurgen met expertise in dit gebied. Bij ingroei in de vena portae bifurcatie of hoofdstam is resectabiliteit sterk afhankelijk van de mogelijkheden voor resectie en reconstructie van de vena portae. De werkgroep is van mening dat tumorinfiltratie in zowel de vena porta als de arteria hepatica van de toekomstige restlever, een reden is om van resectie af te zien. Resectabiliteit wordt in deze gevallen bepaald door de mogelijkheid een R0 resectie te verkrijgen. Patiënten met lymfekliermetastasen beperkt tot het ligamentum hepatoduodenale (N1) komen in aanmerking voor resectie. Metastasen op afstand vormen een contra-indicatie voor resectie.