

Galwegcarcinoom

De werkgroep is van mening dat bij patiënten met galwegcarcinoom Bismuth type I/II in de regel kan worden volstaan met lokale resectie van de galweghilus.

Bij tumoren met proximale ingroei in de segmentele galwegen (Bismuth type III/IV) bestaat de operatietechniek 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 is van mening dat bij infiltratie van (de takken van) de vena portae, de bifurcatie van de vena portae ook geresceerd dient te worden in combinatie met een vaatreconstructie.

De werkgroep is van mening dat in alle gevallen resectie gecombineerd dient te worden met een volledige lymfadenectomie van het ligamentum hepatoduodenale.

Tijdens de resectie wordt gestreefd naar een R0 resectie. Dit kan worden bereikt door met behulp van vriescoupeonderzoek de proximale en distale snijranden van de galwegen te controleren.

Herstel van de continuïteit van de galwegen wordt bereikt door aansluiten van de proximale stomp van de ductus hepaticus c.q. de segmentele galwegen van de leverrest op een Roux-Y jejunumlis (hepaticojejunostomie).

Literatuurbespreking:

De chirurgische behandeling van het galwegcarcinoom heeft in de laatste twintig jaar een belangrijke ontwikkeling doorgemaakt. Japanse chirurgen hebben in de jaren 1990 aangetoond dat uitgebreide resecties van de leverhilus in combinatie met partiële leverresectie tot een groter aantal curatieve (R0) resecties leiden [71](#) [122](#). Op grond van deze ervaringen werd in de Westerse wereld overgegaan van overwegend lokale galwegresecties voor galwegcarcinoom naar uitgebreidere resecties met partiële leverresectie [94](#) [57](#) [143](#).

Resectie van het galwegcarcinoom heeft tot doel een R0 resectie te verkrijgen. De uitgebreidheid van de resectie wordt bepaald door de mate van proximale infiltratie in de segmentele galwegen volgens de classificatie van Bismuth-Corlette (zie [classificatie Bismuth Corlette](#)) [11](#). Bij beperkte proximale infiltratie (Bismuth type I/II) kan in de meeste gevallen worden volstaan met een lokale resectie van de galweghilus in combinatie een volledige lymfadenectomie van het ligamentum hepatoduodenale [54](#). Bij uitgebreidere tumoren (Bismuth type III/IV) bestaat de operatietechniek uit resectie van de leverhilus en extrahepatische galwegen *en bloc* met (uitgebreide) hemihepatectomie en meenemen van segment 1 (lobus caudatus) en

segment 4 [157](#) [8](#) [143](#). Hierbij wordt een volledige lymfadenectomie van het ligamentum hepatoduodenale uitgevoerd [63](#) [56](#) en wordt bij infiltratie van (takken van) de vena portae, de bifurcatie van de vena portae mee geresecteerd en een vaatreconstructie verricht [29](#) [86](#) [95](#). Tijdens de resectie worden de snijranden van de galwegen proximaal en distaal (ductus choledochus) door middel van vriescoupeonderzoek gecontroleerd op tumorcellen [149](#).

De proximale stomp van de ductus hepaticus c.q. de segmentele galwegen van de leverrest worden aangesloten op een Roux-Y jejunumlis [143](#).

Conclusies:

Bij beperkte proximale infiltratie (Bismuth type I/II) kan in de regel worden volstaan met een lokale resectie van de galweghilus.

Ikeyama 2007 [54](#); Van Gulik 2011 [143](#)

Bij tumoren met proximale ingroei in de segmentele galwegen (Bismuth type III/IV) bestaat de operatietechniek uit resectie van de leverhilus en extrahepatische galwegen en bloc met (uitgebreide) hemihepatectomie en meenemen van segment 1 (lobus caudatus) en segment 4.

Dinant 2005 [157](#); Baton 2007 [8](#); Van Gulik 2011 [143](#)

De werkgroep is van mening dat bij infiltratie van (takken van) de vena portae, de bifurcatie van de vena portae mee geresecteerd kan worden en een vaatreconstructie kan worden verricht.

Ebata 2003 [29](#); Miyazaki 2007 [85](#); Neuhaus 2008 [95](#)

De werkgroep is van mening dat er in alle gevallen een combinatie van een resectie met een volledige lymfadenectomie van het ligamentum hepatoduodenale plaats kan vinden.

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

Tijdens de resectie wordt gestreefd naar een R0 resectie waarbij de snijranden van de galwegen proximaal en distaal (ductus choledochus) door middel van vriescoupeonderzoek worden gecontroleerd op tumorcellen.

Wakai 2005 [149](#)

Herstel van de continuïteit van de galwegen wordt bereikt door aansluiten van de proximale stomp van de ductus hepaticus c.q. de segmentele galwegen van de leverrest op een Roux-Y jejunumlis.

Van Gulik 2011 [143](#)

Overwegingen:

De chirurgische benadering van het galwegcarcinoom gaat uit van een driedimensionale perceptie van het leverhilusgebied. Hierbij breidt het galwegcarcinoom zich vanuit de galwegconfluens niet alleen langs de naar links en rechts verlopende galwegen, maar ook naar voren in de galwegen van segment 4, en naar achteren in de galwegen van segment 1. Van belang is dat met rechter of linker hemihepatectomie, ook de voor-achterwaartse "as" in de zin van segment 4 en 1 in de resectie wordt betrokken.

Met name bij Bismuth type III/IV tumoren waarbij uitgebreide leverresecties worden verricht, is postoperatieve morbiditeit en mortaliteit aanzienlijk. In de meeste series in de literatuur wordt een ziekenhuis-mortaliteit van 5-10% vermeld [158](#). De belangrijkste oorzaak van de mortaliteit is postoperatief leverfalen.

De belangrijkste factoren om postoperatief leverfalen te voorkomen zijn:

- goede inschatting van de restleverfunctie
- preoperatieve voorbereiding in de zin van optimale galwegdrainage
- eventueel preoperatieve embolisatie van de vena portae