

# Organisatie van zorg

De werkgroep is van mening dat de behandeling van het galwegcarcinoom en het galblaascarcinoom dient plaats vinden in een hooggespecialiseerd centrum.

De werkgroep is van mening dat er op termijn gestreefd moet worden de (chirurgische) behandeling verplicht te registreren.

## Literatuurbespreking:

De medische zorg bij patiënten met een galwegcarcinoom is complex en omvat:

- de differentiële diagnostiek
- stadiëring
- preoperatieve of palliatieve drainage van de galwegen (via endoscopische of percutane route)
- preoperatieve vena portae embolisatie
- chirurgische resectie
- chemo(radio)therapeutische behandeling
- PA-beoordeling van het resectie preparaat

Dit brede scala van aandachtspunten en inzet van verschillende medische technieken vereist de input en betrokkenheid van een toegewijd multidisciplinair oncologisch team bestaande uit:

- een (interventie-)MDL arts
- een (interventie-) radioloog
- een hepato-pancreato-biliaire (HPB) chirurg
- een oncoloog
- een patholoog

Interventies bij galwegcarcinomen zoals ERCP of percutane drainage en in het bijzonder chirurgische resectie zijn hoog complexe ingrepen. Er is wetenschappelijk vastgesteld dat concentratie van zorg in hoog volume centra leidt tot significant betere uitkomsten bij hoog complexe chirurgische ingrepen zoals pancreas [77](#) [45](#) [144](#) en slokdarm resecties [82](#). Er is geen reden om aan te nemen dat dit anders is voor complexe interventies zoals leverresecties bij proximale galwegcarcinomen. Om deze reden is door de Nederlandse Vereniging van Heelkunde ook een leverresectie geassocieerd als een hoog complexe laagvolume chirurgische behandeling waarvoor kwalitatieve voorwaarden voor de zorginstelling worden genoemd, aangevuld met een volumenorm van minimaal 20 chirurgische behandelingen per jaar (Zie [Nederlandse Vereniging van Heelkunde 2011](#)).

Omdat het galwegcarcinoom een relatief zeldzame tumor betreft met een geschatte incidentie van 1-2/100.000, treft de ziekte in Nederland een beperkt aantal van ongeveer 170-340 patiënten per jaar. Een minderheid van de patiënten komt in aanmerking voor een in opzet curatieve resectie. Deze getallen maken inzichtelijk dat, om enige expertise in de behandeling van deze patiënten te verkrijgen, het zeer wenselijk is deze zorg te concentreren.

Nog zeldzamer dan het proximale galwegcarcinoom is het galblaascarcinoom met een geschatte incidentie 0,7-1/100.000 (100-170 patiënten per jaar). In de meeste gevallen betreft het een bij toeval gevonden galblaascarcinoom bij een patiënt die een cholecystectomie onderging vanwege galwegstenen. Wanneer een galblaascarcinoom zich klinisch manifesteert, bijvoorbeeld met icterus, gaat het meestal om een gevorderde tumor waarbij curatieve resectie niet mogelijk is. Eventuele chirurgische interventie omvat een oncologische resectie met eventuele partiële leverresectie (en lymfadenectomie) waardoor ook dergelijke ingrepen moeten worden beschouwd als hoog complexe laagvolume chirurgische behandeling.

## Conclusies:

Het is aangetoond dat concentratie van zorg van hoog complexe laagvolume chirurgische behandeling in hoog volume centra leidt tot significant betere uitkomsten.

Lemmens 2011 [77](#); Gooikens 2011 [46](#); Van Heek 2005 [144](#); Markar 2011 [82](#)

Leverresecties zijn door de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde geassocieerd als hoog complexe laagvolume chirurgische behandeling waarvoor kwalitatieve voorwaarden voor de zorginstelling worden genoemd, aangevuld met een volumenorm van minimaal 20 chirurgische behandelingen per jaar.

Nederlandse Vereniging van Heelkunde 2011

**Overwegingen:**

Gezien de complexiteit van de ingreep, waarbij een leverresectie slechts een onderdeel is van de behandeling, lijkt het aannemelijk en redelijk om ook voor de chirurgische behandeling van het proximale galwegcarcinoom te streven naar centralisatie en een minimale volume norm van 20 chirurgische behandelingen per jaar.

Vanwege de lage incidentie van het galwegcarcinoom en de complexiteit van differentieel diagnostische en preoperatieve zorg, inclusief preoperatieve galwegdrainage en eventuele vena portae embolisatie, is het wenselijk de zorg van dergelijke patiënten te concentreren in die centra waar tevens de operatie plaats vindt.

Vanwege de lage incidentie van het symptomatische galblaascarcinoom en de mogelijke indicatie tot een re-resectie in geval van een bij toeval ontdekt galblaascarcinoom in het resectie preparaat, waarbij een kans bestaat dat in het kader van een oncologische resectie een partiële leverresectie noodzakelijk is, moeten dergelijke ingrepen worden beschouwd als hoog complexe laagvolume chirurgische behandeling waarvoor behandeling is aangewezen in een centrum.