

7.1.5. Galblaas-carcinoom

1. Algemeen

Het galblaascarcinoom is een relatief zeldzame tumor die pas laat symptomen geeft.

Hoewel het galblaascarcinoom soms als toevallsbevinding bij pathologisch onderzoek (20%) na cholecystectomie wordt gevonden, is bij symptomen meestal geen curatie meer mogelijk. Door de snelle lymfogene en hematogene metastasering en ingroei in de lever is de prognose zeer slecht. De mediane overleving is ongeveer 6 maanden na het stellen van de diagnose maar is sterk afhankelijk van de staging bij presentatie.

Risicofactoren zijn het hebben van galstenen, een hoge leeftijd en een chronische ontsteking van de galblaas welke meestal gerelateerd is aan galstenen. De incidentie is bij vrouwen 2-6 maal hoger dan bij mannen.

Er zijn geen familiale tumoren van de galblaas bekend.

2. Screening

Gezien de lage incidentie is er geen plaats voor screening.

3. Diagnostiek

Anamnese

Biliaire kolieken, palpabele massa, icterus, anorexia en gewichtsverlies.

Lichamelijk onderzoek

Palpatie buik, ascites, icterus, krabeffecten.

Laboratoriumonderzoek

Bilirubine, AF, gamma-GT, stollingsonderzoek

Beeldvormend onderzoek

T: echografie adomen (spiraal) CT-abdomen. Vasculaire betrokkenheid kan ook met echo-doppler worden aangetoond. Bij icterus kan middels ERCP of MRCP uitbreiding naar de galwegen worden vastgesteld. Middels ERCP of PTC kan preoperatieve drainage worden bewerkstelligd. Expandable (Wall) stents worden alleen geplaatst indien chirurgie niet meer overwogen wordt.

N: (spiraal) CT-scan abdomen, evt. endoscopische echografie

M: (spiraal) CT)scan abdomen. Diagnostische laparoscopie voorafgaand aan chirurgie is optioneel voor peritoneale metastase en lokale tumoruitbreiding.

Pathologie

- Bij potentieel resectabele tumor hoeft geen preoperatieve punctie verricht te worden.
- Indien bij de patiënt geen curatieve resectie verricht kan worden, kan bevestiging van de diagnose middels cytologische punctie van metastase, ascites of primaire tumor verricht worden.

4. TNM classificatie 8^e editie

Bij de **TNM classificatie** (UICC, achtste editie, 2017) mogen klinische, radiologische en operatiebevindingen in acht genomen worden:

Primaire tumor (T)

- Tx primaire tumor niet evalueerbaar
T0 Geen evidentie voor primaire tumor
Tis carcinoma in situ
T1 tumor beperkt tot in de lamina propria of de spierlaag
T1a tumor beperkt tot in de lamina propria
T1b tumor beperkt tot in de spierlaag
T2 tumor invadeert buiten de spierlaag tot in perimusculair bindweefsel; geen uitbreiding tot in de serosa of in de lever
T2a Tumor invadeert buiten de spierlaag tot in perimusculair bindweefsel aan de peritoneale zijde, zonder uitbreiding tot in de serosa
T2b Tumor invadeert buiten de spierlaag tot in perimusculair bindweefsel aan de leverzijde zonder uitbreiding tot in de lever
T3 Tumor penetreert de serosa (visceraal peritoneum) en/of ingroei direct in de lever en/of een ander omliggend orgaan of structuur, zoals de maag, duodenum, colon, pancreas, omentum of extra-hepatische galwegen
T4 tumor invadeert de hoofdpoortader of hepatische arterie of invadeert 2 of meer extra-hepatische organen of structuren

Regionale lymfeklieren (N)

- Nx lymfeklier metastasen niet vast te stellen
N0 geen regionale lymfeklier metastasen
N1 regionale lymfeklier metastasen in 1 tot 3 lymfeklieren
N2 lymfekliermetastasen in meer dan 4 lymfeklieren

Metastasen op afstand (M)

- M0 geen metastasen op afstand
M1 metastasen op afstand

Stadiumindeling

- 0 Tis N0, M0
I T1 N0, M0
II T2, N0, M0
III T3, N0, M0; T1-3, N1, M0
IVA T4, N0-1, M0
IVB elke T, N2, M0; elke N, M1.

5. Conclusie van diagnostiek

T resectabel (T1a, T1b en T2 tumoren)

T irresectabel (T3 en T4 tumoren)

T met metastasen (lymfogene en hematogene metastasering).

6. Behandeling

T resectabel

Medisch technisch

De enige mogelijkheid op curatie van het galblaascarcinoom is een radicale chirurgische resectie. Voor stadium I (T1a) tumoren is cholecystectomie als behandeling voldoende. Stadium I (T1b): verdere diagnostiek onder vorm van CT / MRT en zo resectabele, resectie van galblaasbed en aanliggend leverweefsel met lymfklierresectie, excisio trocar poorten, galwegresectie.

Indien preoperatief een galblaascarcinoom overwogen wordt dient een cholecystectomie i.v.m. de hogere kans op spill niet laparoscopisch uitgevoerd te worden. Indien de tumor aan het grensvlak met de lever ligt valt excisie van het aangrenzende leverweefsel te overwegen. Bij stadium II (T2) tumoren dient cholecystectomie te worden verricht tezamen met een resectie van aanliggend leverweefsel (segment V en IVb) en een lymfklierdissectie. Indien peroperatief een galblaascarcinoom wordt vermoed wordt vriescoupe gedaan om eventueel een uitgebreidere resectie te kunnen verrichten. Bij T3 en T4 tumoren lijkt het nut van uitgebreide chirurgie te betwijfelen gezien de zeer slechte prognose. Alleen indien een R0 resectie kan worden verkregen bij ingroei in het leverweefsel lijkt een resectie bij deze tumoren gerechtvaardigd.

Indien een galblaascarcinoom bij toeval bij pathologisch onderzoek wordt gevonden na cholecystectomie wordt bij stadium II (T2) geadviseerd om na disseminatie onderzoek een resectie van het aangrenzende leverweefsel (segment V en IVb) met een lymfklierdissectie te verrichten. Bij stadium I (T1) tumoren is de behandeling door de cholecystectomie reeds voldoende als deze radicaal was.

Adjuvante therapie

Er is geen indicatie voor (neo-) adjuvante chemotherapie of radiotherapie.

T irresectabel of T met metastasen (lymfogeen en hematogeen)

Medisch technisch

Bij stadium III en IV lijkt het nut van chirurgie te betwijfelen gezien de zeer slechte prognose. Alleen bij resectabele tumoren en een N1 status valt resectie te overwegen. Indien icterus bestaat dienen de galwegen gedraineerd te worden middels stentplaatsing via ERCP of PTC. Bij duodenumobstructie kan een duodenumstent geplaatst worden. Hoewel soms een gastro-enterostomie noodzakelijk is voor adequate voedselpassage is chirurgische biliaire drainage zelden een goede optie.

Palliatieve chemotherapie of radiotherapie in overleg.
Bij pijn kan soms radiotherapie gegeven worden.

7. Follow-up

Behoudens voor begeleiding en palliatie lijkt er geen nut van nacontrole te bestaan. Het vaststellen van recidivering of metastasering heeft bij asymptomatische patiënt geen consequenties. Follow-up derhalve alleen richten op symptomen zoals pijn, icterus en cholangitis. Dus te individualiseren.

8. Behandeling lokaal recidief en metastasen

De behandeling van het lokaal recidief of van metastasering is hetzelfde als voor de primair irresectabele of gemetastaseerde tumoren.