

7.1.6. Cholangiocarcinoma

1. Algemeen

Cholangiocarcinomen kunnen overal in de galwegen optreden. Op basis van lokalisatie worden ze ingedeeld in:

1. Intrahepatisch
2. Perihilair: Klatskin tumoren
3. distaal

De diagnostiek en therapie van distale tumoren is gelijk aan die van pancreaskoptumoren en volgen die richtlijn.

De aanpak van uitsluitend intrahepatische gelegen cholangiocarcinomen is gelijk aan die van levertumoren en volgen die richtlijn.

2. Diagnostiek en staging

2.1. Beeldvormend onderzoek

Afhankelijk van de lokalisatie is een verschillende diagnostiek aangewezen:

- Intrahepatisch: MRI
- Peri-hilair: MRI +/- ERCP+/-brushing cytologie
- Distale galweg: endoscopische biopsiename, MRI, EUS+/-FNAC, +/- ERCP+/-brushing cytologie

- Potentieel resecabele tumor: geen preoperatieve punctie verricht i.v.m. het risico op seeding
- Niet-curabele tumor: liefst bevestiging door punctie (FNAC, brushing of biopsie metastase)

Staging op metastasen: CT thorax-abdomen

2.2. BISMUTH - CLASSIFICATIE

Voor perihilaire tumoren (Klatskin) is de **Bismuth-classificatie** van belang voor de behandeling.

- Type I: tumor betreft alleen de ductus hepaticus communis.
- Type II: tumor betreft de bifurcatie van de ductus hepaticus waarbij geen verbinding tussen rechter en linker ductus bestaat.
- Type IIIA: tumor breidt zich uit tot in de secundaire (segmentale) vertakkingen van de rechter ductus hepaticus.
- Type IIIB: tumor breidt zich uit tot in de secundaire (segmentale) vertakkingen van de linker ductus hepaticus.
- Type IV: tumor breidt zich uit in zowel de rechter als de linker secundaire intrahepatische galwegen.

3. TNM classificatie 8^e editie

Primaire tumor (T)

- Tx primaire tumor niet evalueerbaar
T0 Geen evidentie voor primaire tumor
Tis Carcinoma in situ
T1 Tumor beperkt tot de galweg met uitbreiding tot in de spierlaag of fibreus weefsel

T2a Tumor invadeert voorbij de wand van de galweg naar omliggend adipeus weefsel
T2b Tumor invadeert omliggend leverparenchym
T3 Tumor invadeert unilaterale takken van de vena porta of de hepatische arterie
T4 tumor invadeert de hoofdpootader of zijn takken (bilateraal); of de gemeenschappelijke heupslagader; of unilateraal in de secundaire galkanaaltjes met uitbreiding tot in de contralaterale vena porta of hepatische arterie.

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

4. Behandeling

4.1. Potentieel resecabele tumor

De haalbaarheid van chirurgische excisie met negatieve snijvlakken dient te worden beoordeeld door een hepatobilaire chirurg met expertise in deze setting en wordt besproken in het M.O.C.

4.2. Niet-resecabele tumor

- Intrahepatisch cholangiocarcinoma: SIRS, chemo-embolisatie, systemische palliatieve chemotherapie, of best supportive care
 - Zelden kan een initieel niet-operabele tumor operabel worden gemaakt met SIRS
- Klatskin tumor en distaal cholangiocarcinoom: systemische chemotherapie, stenting (via ERCP hetzij PTC met zo mogelijk extern-interne stenting, zoniet zuiver externe drainage), best supportive care

4.3. Gemetastaseerde tumor

Palliatieve chemotherapie: te individualiseren: gemcitabine +/- cisplatinum, Folfox, cisplatinum-5FU.

5. Adjuvante behandeling

Onvoldoende data, geen standaardtherapie.