

Galblaascarcinoom

Landelijke richtlijn, Versie: 1.1

Datum Goedkeuring: 10-05-2004

Methodiek: Consensus based

Verantwoording: Landelijke werkgroep
GI-tumoren

Inhoudsopgave

<u>Algemeen</u>	1
<u>Screening</u>	2
<u>Diagnostiek</u>	3
<u>Medisch technisch</u>	3
<u>Communicatie</u>	3
<u>Conclusie van diagnostiek</u>	3
<u>Behandeling</u>	4
<u>T resectabel</u>	4
<u>Medisch technisch</u>	4
<u>Communicatie en Ondersteuning</u>	4
<u>Continuïteit van zorg</u>	4
<u>Spreiding en concentratie, infrastructuur</u>	5
<u>Adjuvante therapie</u>	5
<u>T irresectabel of T met metastasen (lymfogeen en hematogeen)</u>	5
<u>Medisch technisch</u>	5
<u>Communicatie en Ondersteuning</u>	5
<u>Continuïteit van zorg</u>	5
<u>Continuïteit van zorg</u>	6
<u>Follow-up</u>	7
<u>Behandeling lokaal recidief en metastasen</u>	8
<u>TNM classificatie</u>	9
<u>Disclaimer</u>	10

Algemeen

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

Hoewel het galblaascarcinoom soms als toevalsbevinding bij pathologisch onderzoek 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 stagering 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.

Screening

Gezien de lage incidentie is er geen plaats voor screening.

Diagnostiek

Dit hoofdstuk is onderverdeeld in subhoofdstukken en/of paragrafen. Om de inhoud te kunnen bekijken klikt u in de linkerkolom op de subhoofdstuk- en/of paragraaftitel.

Medisch technisch

Anamnese

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

Lichamelijk onderzoek

Palpatie buik, ascites, icterus, krabeffecten.

Laboratorium onderzoek

Bilirubine, AF, gamma-GT, stollingsonderzoek.

Beeldvormend onderzoek

I: Echografie abdomen, (spiraal) CT-scan 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 metastasen 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.

"Per 1 januari 2010 heeft TNM 7 zijn intrede gedaan. In de richtlijnen op Oncoline wordt nu verwezen naar TNM 5. De richtlijn galblaascarcinoom gaat binnenkort in revisie. TNM 7 zal worden opgenomen in de gereviseerde richtlijn, die in 2011 wordt verwacht."

Communicatie

Patiënt

- Relevante informatie over de ziekte en prognose.
- Uitleg omtrent aard en doel van de onderzoeken.

Intramuraal

Overleg na diagnostiek en voorafgaand aan behandeling in multidisciplinair team.

Transmuraal

Relevante informatie over de ziekte en prognose.

Conclusie van diagnostiek

T resectabel (T1 en T2 tumoren)

T irresectabel (T3 en T4 tumoren)

T met metastasen (lymfogene en hematogene metastasering)

Behandeling

Dit hoofdstuk is onderverdeeld in subhoofdstukken en/of paragrafen. Om de inhoud te kunnen bekijken klikt u in de linkerkolom op de subhoofdstuk- en/of paragraaftitel.

T resectabel

Dit hoofdstuk is onderverdeeld in subhoofdstukken en/of paragrafen. Om de inhoud te kunnen bekijken klikt u in de linkerkolom op de subhoofdstuk- en/of paragraaftitel.

Medisch technisch

De enige mogelijkheid op curatie van het galblaascarcinoom is een radicale chirurgische resectie. Voor stadium I (T1) tumoren is cholecystectomie als behandeling voldoende. 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.

"Per 1 januari 2010 heeft TNM 7 zijn intrede gedaan. In de richtlijnen op Oncoline wordt nu verwezen naar TNM 5. De richtlijn galblaascarcinoom gaat binnenkort in revisie. TNM 7 zal worden opgenomen in de gereviseerde richtlijn, die in 2011 wordt verwacht."

Communicatie en Ondersteuning

Patiënt

- Uitleg omtrent aard, indicatie van de verschillende behandelingsmogelijkheden en bijwerkingen.
- Schakel zonodig een oncologieverpleegkundige, psychosociale c.q. paramedische zorgverlener in.

Intramuraal

Multidisciplinair overleg na de behandeling.

Transmuraal

- Uitleg omtrent aard, indicatie van de verschillende behandelingsmogelijkheden en bijwerkingen.
- Bericht over informatie aan de patiënt en familie.

Continuïteit van zorg

Afspreken wie de transmurale zorg na intiële behandeling op zich neemt.

Spreiding en concentratie, infrastructuur

Gezien de zeldzaamheid en complexiteit van uitgebreide chirurgisch resecties dient dit bij voorkeur in een centrum plaats te vinden.

Adjuvante therapie

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

T irresectabel of T met metastasen (lymfogeen en hematogeen)

Dit hoofdstuk is onderverdeeld in subhoofdstukken en/of paragrafen. Om de inhoud te kunnen bekijken klikt u in de linkerkolom op de subhoofdstuk- en/of paragraaftitel.

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 gasto-enterostomie noodzakelijk is voor adequate voedselpassage is chirurgische biliaire drainage zelden een goede optie.

Er is geen bewezen plaats voor palliatieve chemotherapie of radiotherapie, hoewel bij pijn soms radiotherapie gegeven wordt.

"Per 1 januari 2010 heeft TNM 7 zijn intrede gedaan. In de richtlijnen op Oncoline wordt nu verwezen naar TNM 5. De richtlijn galblaascarcinoom gaat binnenkort in revisie. TNM 7 zal worden opgenomen in de gereviseerde richtlijn, die in 2011 wordt verwacht."

Communicatie en Ondersteuning

Patiënt

- Uitleg omtrent aard, indicatie van de verschillende behandelingsmogelijkheden en bijwerkingen.
- Schakel zonodig een oncologieverpleegkundige, psychosociale c.q. paramedische zorgverlener in.

Intramuraal

Multidisciplinair overleg na de behandeling.

Transmuraal

- Uitleg omtrent aard, indicatie van de verschillende behandelingsmogelijkheden en bijwerkingen.
- Bericht over informatie aan de patiënt en familie.

Continuïteit van zorg

Afspreken wie de transmurale zorg na intiële behandeling op zich neemt.

Continuïteit van zorg

Afspreken wie de transmurale zorg na initiële behandeling op zich neemt.

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 en icterus en cholangitis.

Behandeling lokaal recidief en metastasen

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

TNM classificatie

"Per 1 januari 2010 heeft TNM 7 zijn intrede gedaan. In de richtlijnen op Oncoline wordt nu verwezen naar TNM 5. De richtlijn galblaascarcinoom gaat binnenkort in revisie. TNM 7 zal worden opgenomen in de gereviseerde richtlijn, die in 2011 wordt verwacht."

Bij de **TNM classificatie (UICC, vijfde editie, 2002)** mogen klinische, radiologische en operatiebevindingen in acht worden genomen:

Primaire tumor:

Tx: Tumoruitbreiding niet vast te stellen

T0: Tumor niet aantoonbaar

Tis: Carcinoma in situ

T1: Tumor beperkt tot in de muscularis

T1a: Tumor beperkt tot in lamina propria

T1b: Tumor beperkt tot in de spierlaag

T2: Tumor invadeert buiten de spierlaag tot in perimusculair weefsel

T3: Tumor invadeert door de serosa (peritoneum) en/of een aanliggend orgaan (invasie in de lever < 2cm)

T4: Tumor invadeert de lever > 2cm en/of meerdere aangrenzende structuren.

Nx: Lymfeklier metastasen niet vast te stellen

N0: Geen lymfeklier metastasen

N1: Regionale lymfeklier metastasen (bij ductus cysticus, pericholedochal en/of in lever hilus (in lig. Hepatoduodenale)

N2: Lymfkliermetastasen buiten regionale klieren (langs de pancreas, duodenum, portaal, coeliacus en/of mesenterica superior

Afstandsmetastasen :

Mx: Afstandsmetastasen kunnen niet worden vastgesteld

M0: Geen afstandsmetastasen

M1: Afstandsmetastasen

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 T, elke N, M1

Disclaimer

Disclaimer:

De informatie op de website www.oncoline.nl en op afgeleide producten van deze website is met de grootst mogelijke zorgvuldigheid samengesteld. Het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) sluit iedere aansprakelijkheid voor de opmaak en de inhoud van de richtlijnen alsmede voor de gevolgen die de toepassing van de richtlijnen in de patiëntenzorg mocht hebben uit. Het IKNL stelt zich daarentegen wel open voor attendering op (vermeende) fouten in de opmaak of inhoud van de richtlijnen. Men neme daartoe contact op met de IKNL middels e-mail: oncoline@iknl.nl

Juridische betekenis van richtlijnen

Richtlijnen bevatten aanbevelingen van algemene aard. Het is mogelijk dat deze aanbevelingen in een individueel geval niet van toepassing zijn. Er kunnen zich feiten of omstandigheden voordoen waardoor het wenselijk is dat in het belang van de patiënt van de richtlijn wordt afgeweken. Wanneer van een richtlijn wordt afgeweken, dient dit beargumenteerd gedocumenteerd te worden. De toepasbaarheid en de toepassing van de richtlijnen in de praktijk is de verantwoordelijkheid van de behandelende arts.

Houderschap richtlijn

De houder van de richtlijn moet kunnen aantonen dat de richtlijn zorgvuldig en met de vereiste deskundigheid tot stand is gekomen. Onder houder wordt verstaan de verenigingen van beroepsbeoefenaren die de richtlijn autoriseren. Het IKNL draagt zorg voor het beheer en de ontsluiting van de richtlijn.

Intellectuele eigendomsrechten

De intellectuele eigendomsrechten met betrekking tot de site www.oncoline.nl en afgeleide producten van deze website berusten bij het IKNL en houder van de richtlijn. Het is de gebruiker van deze site niet toegestaan de inhoud van richtlijnen (gedeeltelijk) te verveelvoudigen en/of openbaar te maken, zonder de uitdrukkelijke schriftelijke toestemming van het IKNL en houder van de richtlijn. U kunt een verzoek voor toestemming richten aan het IKNL, Postbus 19079, 3501 DB Utrecht. Het IKNL behandelt dit verzoek samen met de relevante houder van de richtlijn.

Het is toegestaan een deeplink op te nemen op een andere website naar de website www.oncoline.nl of naar richtlijnen op deze website. Tevens mag de informatie op deze internetsite wel worden afgedrukt en/of gedownload voor persoonlijk gebruik.

Externe links

De website www.oncoline.nl en afgeleide producten van deze website bevatten links naar websites die door andere partijen dan het IKNL worden aangeboden. Deze links zijn uitsluitend ter informatie. Het IKNL heeft geen zeggenschap over deze websites en is niet verantwoordelijk of aansprakelijk voor de daarop aangeboden informatie, producten of diensten.

Bescherming persoonsgegevens

Door gebruikers verstrekte persoonsgegevens ten behoeve van de mailservice of de inlogmogelijkheid van <http://www.oncoline.nl/> zullen door het IKNL vertrouwelijk worden behandeld. Gegevens zullen niet worden verstrekt aan derden.