

## Preoperatieve voorbereiding

De werkgroep is van mening dat routinematige diagnostische laparoscopie bij het galwegcarcinoom niet wordt aanbevolen.

De werkgroep is van mening dat bij patiënten met galwegcarcinoom waarbij uitgebreide partiële leverresectie is geïndiceerd, een minimaal leverrestvolume van 40% na optimale galwegdrainage wordt nagestreefd. Bij kleiner leverrestvolume dient preoperatieve embolisatie van de contralaterale vena portae te worden overwogen.

De werkgroep is van mening dat voor het galblaascarcinoom dat aanleiding heeft gegeven tot een obstructie-icterus, dezelfde preoperatieve voorbereidingen gelden als bij het galwegcarcinoom. Indien bij het galblaascarcinoom de leverhilus vrij is, hangt de preoperatieve voorbereiding af van de uitgebreidheid van de benodigde partiële leverresectie. Bij een voorgenomen (uitgebreide) rechtszijdige hemihepatectomie wordt een toekomstig restlevervolume van >30% nagestreefd. De werkgroep is van mening dat bij een kleiner restlevervolume, preoperatieve embolisatie van de contralaterale vena portae dient te worden overwogen.

### Literatuurbespreking:

In een aantal centra wordt bij patiënten met galwegcarcinoom die op grond van beeldvormend onderzoek resectabel worden geacht, routinematig een diagnostische laparoscopie verricht. Door dit onderzoek werd bij 25-40% van de patiënten een onnodige laparotomie voorkomen, meestal door het vinden van kleine lever- of peritoneaalmetastasen [134](#) [152](#) [43](#) [59](#). Door de recente, verbeterde opbrengsten van beeldvormende technieken (CT, MRI) heeft diagnostische laparoscopie geen meerwaarde meer. Laparoscopie wordt nu alleen nog aanbevolen in geselecteerde gevallen [117](#).

Bij de voorbereiding voor resectie spelen het volume van de beoogde leverrest en opheffen van de obstructie-icterus een cruciale rol [60](#).

Hoewel bij patiënten met normaal leverparenchym kan worden volstaan met een leverrest van 25-30% van het totale levervolume, wordt bij patiënten met galwegcarcinoom uitgegaan van een minimaal leverrestvolume van 40% na optimale galwegdrainage, gezien het door (recente) cholestase gecompromitteerde leverparenchym [143](#). Bij kleiner leverrestvolume kan preoperatieve embolisatie van de contralaterale vena portae worden uitgevoerd teneinde het volume en de functie van de leverrest te vergroten [91](#) [30](#).

In een beperkt aantal studies is een verband gesuggereerd tussen preoperatieve galwegdrainage en het postoperatief optreden van entmetastasen in operatielittekens door losgeraakte tumorcellen die bij de

resectie van de gal de buikholte kunnen contamineren. In een enkel centrum worden patiënten om deze reden op drie opeenvolgende dagen voor de operatie kortdurend bestraald (3 x 3.5Gy) om de tumorcellen in de gal onschadelijk te maken [154](#). De effectiviteit van deze voorbehandeling is echter niet aangetoond. Voor het galblaascarcinoom dat aanleiding heeft gegeven tot een obstructie-icterus als gevolg van infiltratie van de leverhilus, gelden dezelfde overwegingen als bij het galwegcarcinoom waar een uitgebreide partiële leverresectie voor geïndiceerd is. Indien bij het galblaascarcinoom de leverhilus vrij is, hangt de preoperatieve voorbereiding af van de uitgebreidheid van de benodigde partiële leverresectie. Bij een voorgenomen (uitgebreide) rechtszijdige hemihepatectomie wordt een toekomstig restlevervolume van >30% nagestreefd, en bij (recente) cholestase >40% nagestreefd. Bij een kleiner restlevervolume kan preoperatieve embolisatie van de contralaterale vena portae worden overwogen.

### **Conclusies:**

Er zijn aanwijzingen dat diagnostische laparoscopie geen meerwaarde heeft boven de beschikbare verbeterde beeldvormende technieken (CT, MRI).

Ruys 2011 [117](#)

Bij patiënten met galwegcarcinoom waarbij uitgebreide partiële leverresectie is geïndiceerd wordt uitgegaan van een minimaal leverrestvolume van 40% na optimale galwegdrainage, gezien het door (recente) cholestase gecompromitteerde leverparenchym. Bij kleiner leverrestvolume kan preoperatieve embolisatie van de contralaterale vena portae worden uitgevoerd om het volume en de functie van de leverrest te vergroten.

Nagino 2006 [91](#); Ebata 2012 [30](#)

De werkgroep is van mening dat preoperatieve radiotherapie (3 x 3.5Gy) om vrije tumorcellen in de gal onschadelijk te maken geen bewezen voordeel heeft.

Ten Hoopen 1990 [154](#)

De werkgroep is van mening dat voor het galblaascarcinoom dat aanleiding heeft gegeven tot een obstructie-icterus, dezelfde preoperatieve voorbereidingen gelden als bij het galwegcarcinoom. Indien bij het galblaascarcinoom de leverhilus vrij is, hangt de preoperatieve voorbereiding af van de uitgebreidheid van de partiële leverresectie. Bij een (uitgebreide) rechtszijdige hemihepatectomie wordt een toekomstig restlevervolume van >30% nagestreefd. Bij een kleiner restlevervolume kan preoperatieve embolisatie van de contralaterale vena portae worden overwogen.

### **Overwegingen:**

Het verrichten van galwegresectie in combinatie met partiële leverresectie, heeft geleid tot een groter aantal R0 resecties en verbeterde vijf-jaarsoverleving. Deze uitgebreide resecties gaan echter gepaard met aanzienlijke morbiditeit en mortaliteit (5-10%). Cholangitis en insufficiëntie van de restlever zijn de belangrijkste oorzaken voor deze postoperatieve morbiditeit en mortaliteit. Preoperatieve galwegdrainage en vergroten van het toekomstige restlevervolume door preoperatieve vena portae embolisatie zijn daarom belangrijke preoperatieve maatregelen.