

I Informationszentrum
S für
T Standards
O in der
O Onkologie



Gallenblasenkarzinom

Auszug aus

Kurzgefasste Interdisziplinäre Leitlinien 2002

Diagnostik und Therapie maligner Erkrankungen

3. Auflage



W. Zuckschwerdt Verlag
München · Bern · Wien · New York

Koordination:

**Informationszentrum für
Standards in der Onkologie (ISTO)**

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Hanauer Landstraße 194
60314 Frankfurt/Main
Tel: (0 69) 63 00 96 - 0
E – Mail: isto@krebsgesellschaft.de

Produkthaftung:

Für Angaben über Dosierungsanweisungen oder Applikationsformen kann vom Verlag oder den Autoren trotz sorgsamer Erarbeitung keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen oder der Fachinformationen der Hersteller auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

D⁹ Gallenblasenkarzinom

Die klinischen Symptome sind unspezifisch und umfassen Oberbauchbeschwerden (~50%), Ikterus (~50%), Gewichtsverlust (~30%), Anorexie (~20%), Übelkeit und Erbrechen (~20%). Die Diagnose eines Gallenblasenkarzinoms ergibt sich nicht selten als Zufallsbefund nach Cholecystektomie wegen eines Gallensteinleidens oder einer Cholezystitis.

D 9.1 Prätherapeutische Diagnostik

Notwendige Untersuchungen

- ▶ Anamnese und klinische Untersuchung
- ▶ Sonographie Abdomen
- ▶ Röntgen-Thorax in zwei Ebenen.
- ▶ Endoskopisch-retrograde Cholangiographie (ERC) mit Stenteinlage bei Ikterus
- ▶ Perkutane transhepatische Cholangiographie und Drainage (PTCD) bei erfolgloser ERC.
- ▶ Leberfunktionsteste bei Ikterus (Basislabor)

Im Einzelfall nützliche Untersuchungen

- ▶ Spiral-Computertomographie oder Magnetresonanztomographie (MRT)
- ▶ Weiterführende Diagnostik des Magens, Duodenums oder Kolons bei Verdacht auf Tumorbefall

D 9.2 Präoperative mikroskopische Diagnostik

Die diagnostischen Möglichkeiten bei Patienten mit Verdacht auf ein primäres Karzinom der Gallenblase sind begrenzt. Bei gegebener Operabilität wird eine histologische Sicherung des Karzinoms ggf. intraoperativ vorgenommen.

D 9.3 Therapie

Neoadjuvante Therapie

Studien zur neoadjuvanten Therapie bei Gallenblasenkarzinom liegen nicht vor.

Chirurgische Therapie mit kurativem Ansatz

Beim Carcinoma in situ (Tis), Mukosakarzinom (T1a) und Primärtumor der Kategorie T1b (Infiltration der Muscularis) ist die Entfernung der Gallenblase ausrei-

chend. Bei Tumoren der Kategorie T2 und mehr muss die Resektion des Gallenblasenbettes mit einem ca. 3 cm breiten Saum angeschlossen werden oder eine anatomische Leberresektion (Resektion der Segmente IVb und V) mit Lymphadenektomie entlang des Ligamentum hepatoduodenale durchgeführt werden. Bei Infiltration des Ductus choledochus kann eine Mitresektion des Ductus choledochus indiziert sein. Selten ist bei ausgedehntem Tumor eine Hemihepatektomie möglich und sinnvoll.

Intraoperative Schnellschnittdiagnostik

Sie sollte immer bei Verdacht auf Vorliegen eines Karzinoms erfolgen.

Vorgehen bei postoperativ nachgewiesenem Gallenblasenkarzinom

Die Cholecystektomie ist bei präinvasivem Karzinom (Tis) und T1-Karzinom ausreichend, sonst Re-Operation entsprechend o.a. Vorgehen. Nach laparoskopischer Cholecystektomie sind die Trokarkanäle bei der Re-Operation zu exzidieren.

Postoperative pathohistologische Diagnostik

Die Prognose beim Karzinom der Gallenblase wird wesentlich von der anatomischen Ausbreitung bestimmt, wie sie in der TNM-Klassifikation (3) erfasst wird. An die postoperative histologische Aufarbeitung sind deshalb folgende Minimalanforderungen zu stellen:

1. Histologische Typisierung und Grading der Tumoren nach den Richtlinien der WHO (1)
2. pT-Klassifikation nach den Richtlinien der UICC (3). Hierbei ist besonders auf ein organüberschreitendes Wachstum zu achten: Serosapenetration, Infiltration von Leber, Ligamentum hepatoduodenale, Omentum und extrahepatischen Gallengängen
3. Vollständigkeit der lokalen Tumorentfernung: Untersuchung der Resektionsflächen der Leber und des Absetzungsrandes am Ductus cysticus oder der extrahepatischen Gallengänge, retroperitonealer Resektionsrand (lateral Rand). Bestimmung des minimalen Abstandes zur Resektionsfläche der Leber
4. Beschreibung des makroskopischen Wachstumsverhaltens, z.B. polypös, solide, diffus-infiltrativ
5. Der Status der regionären Lymphknoten wird nach der pN-Klassifikation der UICC (3) beschrieben. In jedem Falle sollte die Zahl der untersuchten und der befallenen Lymphknoten angegeben werden. Einer verlässlichen pNO-Diagnose sollte die histologische Untersuchung von mindestens drei Lymphknoten zugrunde liegen.

Adjuvante Therapie

Die Wirksamkeit adjuvanter Therapiemaßnahmen bzw. einer postoperativen medikamentösen Tumorthherapie ist bisher nicht erwiesen.

Palliative Therapie

Bei Beteiligung der intra- und extrahepatischen Gallengänge können endoskopische und interventionell-radiologische Behandlungsverfahren zur Anwendung kommen. Im Einzelfall kann eine chirurgische extrahiläre Gallengangsableitung sinnvoll sein (s. Therapie der extrahepatischen Gallengangstumoren). Bei symptomatischen Patienten in gutem Allgemeinzustand kann eine Chemotherapie erwogen werden.

Tumorrezidiv bzw. Fernmetastasen

Beim lokalen Tumorrezidiv bringt eine erneute Resektion nur in Ausnahmefällen Erfolg. Meist sind lediglich palliative und supportive Maßnahmen möglich. Das gleiche gilt für Karzinome mit Fernmetastasen. Bei symptomatischen Patienten in gutem Allgemeinzustand kann eine Chemotherapie erwogen werden.

D 9.4 Nachsorge (2)

Eine verbindliche Empfehlung für die zeitliche und inhaltliche Struktur eines Nachsorgeprogramms kann nicht gegeben werden, da keine kontrollierten Untersuchungen vorliegen, die einen Einfluss eines Nachsorgeprogramms auf die Prognose der Patienten gezeigt haben. Die Nachbetreuung der Patienten sollte auf Anamnese und klinische Untersuchung beschränkt werden. Wenn sich hieraus ein Handlungsbedarf für weiterführende Untersuchungen ergibt, so wären alle diejenigen Untersuchungen zu veranlassen, aus denen sich eine zu erwartende therapeutische Konsequenz ableiten lässt.

D 9.5 Rehabilitation

Der Auftrag der Rehabilitation ist die Sicherung bzw. Verbesserung der Lebensqualität des Betroffenen. Voraussetzung für die Einleitung sind ein definierter Rehabilitationsbedarf und die individuelle Rehabilitationsfähigkeit. Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen sollten so weit notwendig ausschließlich in besonders erfahrenen Tumornachsorgekliniken durchgeführt werden, die mit der speziellen somatischen, psychischen, sozialen oder beruflichen Rehabilitationsbedürftigkeit der Patienten vertraut sind.

Literatur

- 1 Albores-Saavedra J, Henson DE, Sobin LH (1991) Histological typing of tumours of the gallbladder and extrahepatic bile ducts. 2nd ed. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- 2 Hermanek P, Junginger TH, Hossfeld DK, Müller R-P, Fölsch UR (1996) Nachsorge und Rehabilitation bei Patienten mit gastrointestinalen Tumoren. Dtsch Arztebl 96A: 2084–2088
- 3 UICC (1997) TNM-Klassifikation maligner Tumoren. 5. Aufl. Wittekind Ch, Wagner G (Hrsg). Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo

Verfahren zur Konsensbildung

Erstellung durch eine Expertengruppe der
Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft für Onkologie (CAO)
Arbeitsgemeinschaft für Internistische Onkologie (AIO)
Arbeitsgemeinschaft für Radiologische Onkologie (ARO)
Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation und Nachsorge (ARNS)

Mitglieder der Arbeitsgruppe waren

Prof. Dr. H.-D. Becker, Tübingen (CAO); *Prof. Dr. F. Borchard*, Düsseldorf (Pathologie); *Prof. Dr. M. Büchler*, Bern (CAO); *Prof. Dr. W. Dippold*, Mainz (DGVS); *Prof. Dr. V. Eckardt*, Wiesbaden (DGVS); *Prof. Dr. F.W. Eigler*, Essen (CAO); *Prof. Dr. H. Gabbert*, Düsseldorf (Pathologie); *Prof. Dr. G. Grabenbauer*, Erlangen (ARO); *Prof. Dr. P. Hermanek*, Erlangen (ISTO, Pathologie); *Prof. Dr. D.K. Hossfeld*, Hamburg (AIO); *Prof. Dr. Th. Junginger*, Mainz (CAO); *Dr. P. Kruck*, Bad Kreuznach (ARNS); *Prof. Dr. H. J. Meyer*, Solingen (CAO); *Prof. Dr. J. Müller*, Berlin (CAO); *Prof. Dr. R.-P. Müller*, Köln (ARO); *Prof. Dr. P. Neuhaus*, Berlin (CAO); *Frau Dr. F. Roelofsen*, Essen (CAO); *Prof. Dr. J. Scheele*, Jena (CAO); *Prof. Dr. W. Stock*, Düsseldorf (CAO)

Beratend haben mitgewirkt

Prof. Dr. P. Helmich, Düsseldorf (DEGAM)
Prof. Dr. W. Hohenberger, Erlangen (CAO)
Prof. Dr. Ch. Wittekind, Leipzig (Pathologie)
Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie
Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin
Deutsche Gesellschaft für Pathologie
Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)
Deutsche Röntgengesellschaft
Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT)
AK Supportive Maßnahmen der Deutschen Krebsgesellschaft

Aktualisierung 2001

Die Leitlinie wurde vom Leitlinienkoordinator den Mitgliedern der Expertengruppe vorgelegt, Änderungen und Ergänzungen wurden nach Rücksprache mit dem Leitlinienkoordinator eingearbeitet. Anschließend wurde die Leitlinie folgenden Institutionen vorgelegt und deren Änderungswünsche wurden nach Rücksprache mit dem Leitlinienkoordinator berücksichtigt.

Arbeitsgemeinschaften

AEK-P
AIO
ARO
ARNS
CAO
AK Supportivmaßnahmen in der Onkologie

Fachgesellschaften

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM)
Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin
Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO)
Deutsche Gesellschaft für klinische Pharmakologie und Toxikologie (DGPT)
Deutsche Gesellschaft für Pathologie
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin
Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie (DEGRO)
Deutsche Röntgengesellschaft
Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCh)

Kooperierende Institutionen

Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT)
Verband der Angestellten-Krankenkassen (VdAK)
Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDS)

Leitlinienkoordination

Prof. Dr. Th. Junginger
Klinik und Poliklinik für Allgemein- und Abdominalchirurgie
der Johannes-Gutenberg-Universität
Langenbeckstraße 1
D-55101 Mainz

Erste Fassung: September 1998
Zweite Fassung: November 1999

Überarbeitete Fassung: Oktober 2001

Aktualisierung geplant: Frühjahr 2006

Der Leitlinienkoordinator wird außerdem jährlich vom ISTO in einer Umfrage zu notwendigen Aktualisierungen befragt. Falls diese erforderlich sind, wird die aktualisierte Version der Leitlinie im Internet unter <http://www.krebsgesellschaft.de> bzw. unter <http://awmf.org/> veröffentlicht.