

## Preoperatieve diagnostiek

Gezien de beperkte sensitiviteit van weefselonderzoek om de diagnose te bevestigen en de hoge pretest likelihood op maligniteit bij een sterke klinische verdenking (inclusief bevindingen bij beeldvormend onderzoek) op een galwegcarcinoom, is het geen absolute noodzaak om preoperatief de diagnose pathologisch te bevestigen.

### Literatuurbespreking:

Patiënten met een proximale gelokiseerd galwegcarcinoom presenteren zich frequent met een pijnloze icterus. Bij beeldvormend onderzoek wordt dilatatie gevonden van de intrahepatische galwegen, maar niet van de extrahepatische galwegen. CT of MR scan toont een centrale massa of indirecte tekenen hiervan met centrale obstructie van segmentele galwegen. Differentieel diagnostische overwegingen betreffen in eerste instantie een maligniteit, maar een benigne oorzaak behoort tot de mogelijkheden en wordt gerapporteerd met een frequentie tussen de 8% en 24% <sup>65</sup>. In een serie van 185 patiënten die een chirurgische resectie ondergingen in verband met de verdenking op een hilar galwegcarcinoom bleek dat er in 17,3% geen sprake was van maligniteit <sup>32</sup>. In bijna de helft van de gevallen betrof het een IgG4 gerelateerde scleroserende cholangitis. Vanwege dit relatief hoge percentage van benigne ziekte zou het logisch zijn te stellen dat alvorens een resectie wordt overwogen er eerst bewijs moet zijn van kwaadaardige ziekte. Helaas is het niet altijd mogelijk om (met de thans ter beschikking staande technieken), preoperatief een betrouwbare cytologische of histologische diagnose te verkrijgen. Deze technieken omvatten het verkrijgen van weefsel tijdens Endoscopische Retrograde Cholangio- en Pancreaticografie (ERCP) zoals cytologie van gal verkregen door middel van intraductale aspiratie, endobiliaire forceps biopsie, en endobiliaire brush cytologie. Via EUS-FNA kan getracht worden materiaal te verkrijgen vanuit de primaire tumor of verdachte lymfklieren. Brush cytologie heeft een specificiteit van bijna 100%, maar een beperkte sensitiviteit van 20-60% <sup>24</sup>. Betreffende de waarde en opbrengst van EUS-FNA is slechts beperkt informatie beschikbaar, maar in een recente serie werd gemeld dat de sensitiviteit 59% bedroeg <sup>87</sup>. Deze beperkte opbrengst wordt verklaard door geringe cellulariteit en uitgebreide desmoplastische veranderingen bij het galwegcarcinoom. Een dergelijke sensitiviteit is onvoldoende om in geval van een negatieve brush cytologie af te zien van een resectie. Dit zou betekenen dat 40 tot 80% van de patiënten ten onrechte een operatie zou worden ontzegd.

Extra aandacht is gewenst indien een auto-immuun gemedieerde cholangitis wordt overwogen als mogelijke verklaring voor het klinische beeld. In de eerder genoemde serie van 185 patiënten bleek hiervan sprake in 8% van de patiënten. Het is onduidelijk of al deze patiënten ook een verhoogd IgG4 in het serum hebben. Indien wordt overwogen om een patiënt te behandelen met corticosteroiden is het belangrijk om een afgrensbare periode van maximaal 2-4 weken te stellen, waarin de behandelrespons wordt geëvalueerd en tevens een eenduidig te evalueren criterium voor respons te hanteren. Indien een patiënt nog geen biliare drainage heeft ondergaan en er hiertoe geen klinische noodzaak bestaat (cholangitis), is het verdwijnen van de icterus en cholestase de beste maat van respons. In andere gevallen moet men varen op regressie van de tumormassa en normalisatie van het cholangiogram. Eventueel moet hiertoe een ERCP worden herhaald. De mogelijke verdenking en behandeling van een auto-immuun gemedieerde cholangitis mag niet leiden tot een onverantwoorde delay in een noodzakelijke resectie.

**Conclusies:**

Het is aangetoond dat de test karakteristieken van (de thans ter beschikking staande) technieken om een preoperatieve weefsel diagnose te verkrijgen onvoldoende zijn om altijd een betrouwbare preoperatieve PA diagnose te verkrijgen.

De Bellis 2002 [24](#); Mohamadnejad 2011 [87](#)

Het is aangetoond dat bij 8% tot 24% van de patiënten die - op grond van een klinische verdenking van een proximale gelokaliseerd galwegcarcinoom - een resectie ondergaan er sprake blijkt van een benigne ziekte.

Kloek 2008 [64](#)

**Overwegingen:**

Indien een auto-immuun cholangitis wordt overwogen als verklaring van de klinische presentatie en de patiënt wordt behandeld met corticosteroïden is het belangrijk om een afgrensbare periode van maximaal 2-4 weken te stellen waarna de behandelrespons wordt geëvalueerd en tevens een eenduidig te evalueren criterium voor respons te hanteren.

De mogelijke verdenking en behandeling van een auto-immuun gemedieerde cholangitis mag niet leiden tot een onverantwoorde delay in een noodzakelijke resectie van een proximale gelokaliseerd galwegcarcinoom.

In het geval van palliatieve chemo- en/of radiotherapie dient wel pathologische bevestiging van maligniteit te worden verkregen.