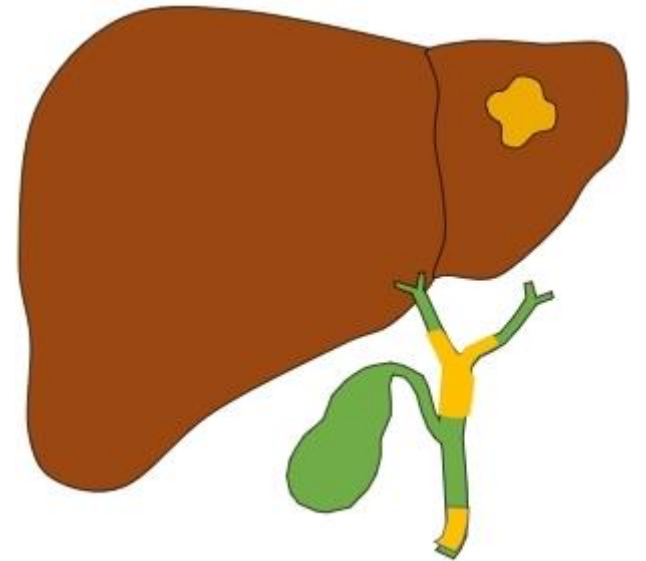


# Cholangiocarcinom

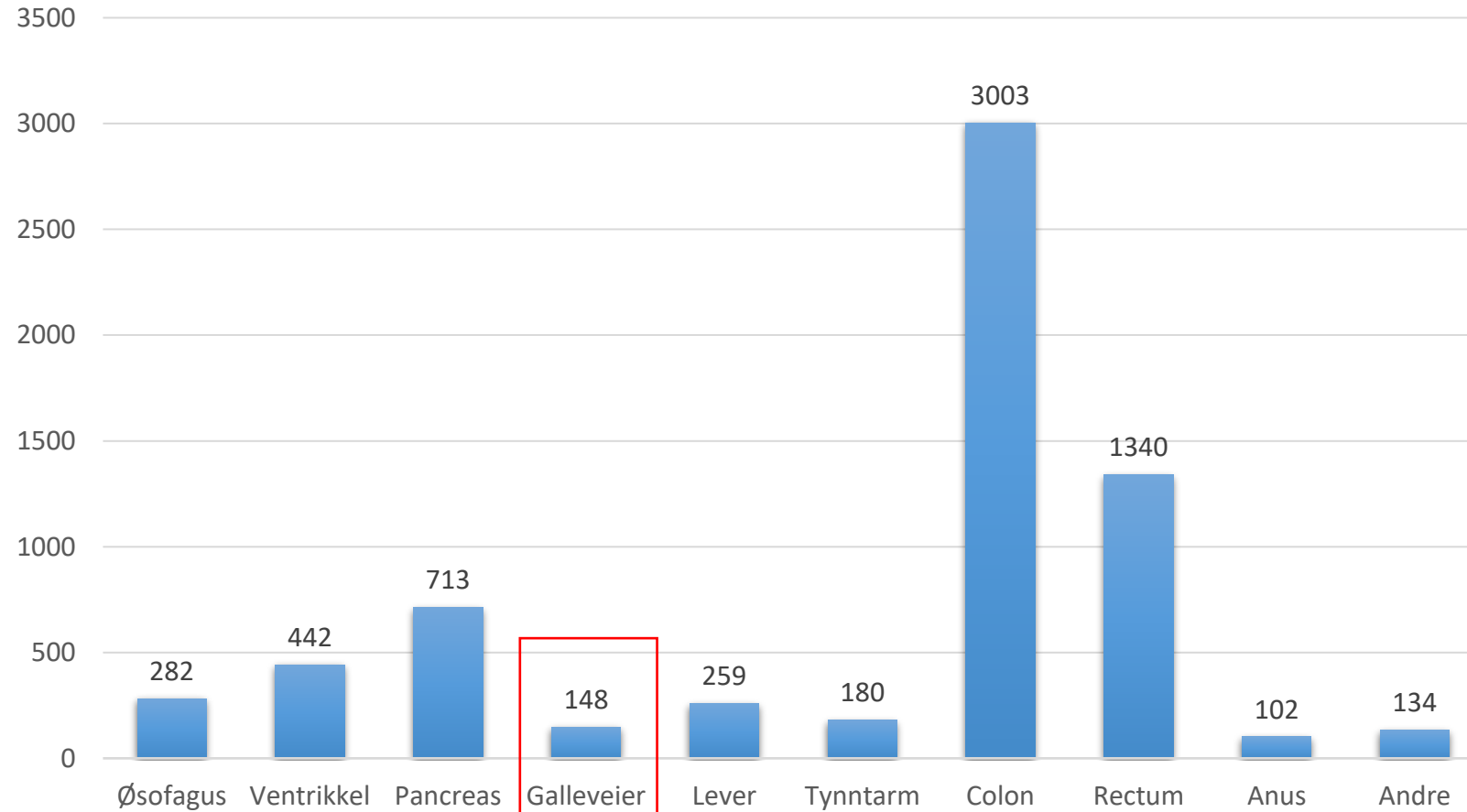
Jon-Helge Angelsen

Overlege | Gastrokirurgis avdeling | Haukeland Universitetssykehus

1. Amanuensis | Institutt for klinisk medisin (K1) | Universitetet i Bergen



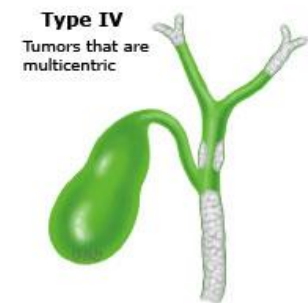
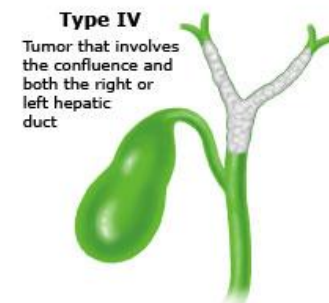
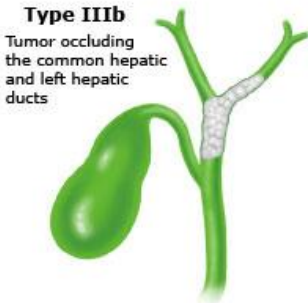
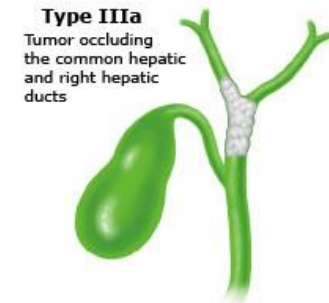
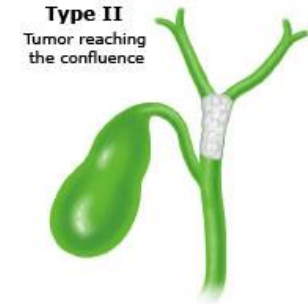
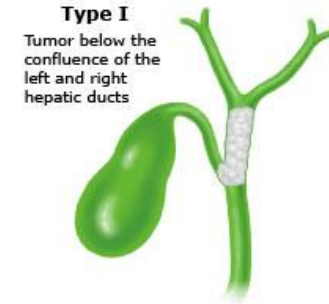
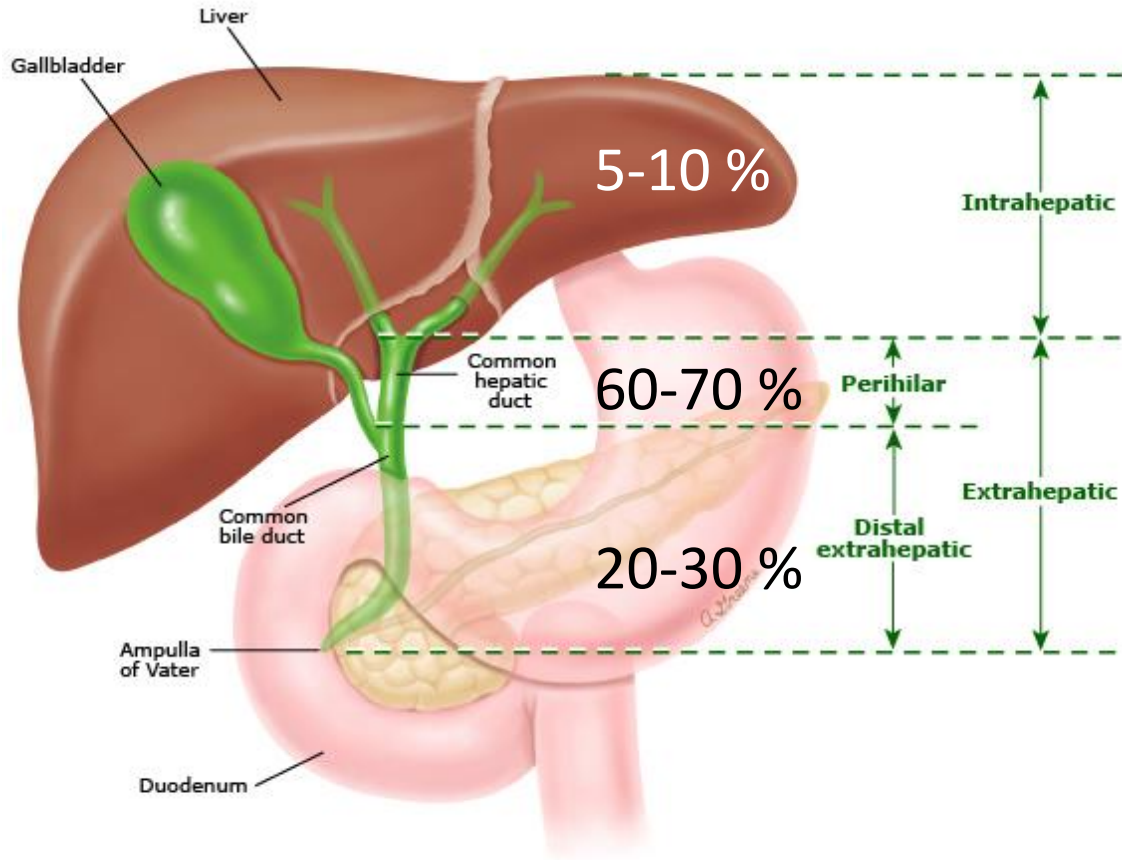
# Gastrointestinal cancer i Norge



GI cancer totalt: 6603 (20 %)  
Cancer totalt: 32827

Kreftregisteret 2016

# Terminologi- klassifisering CCA



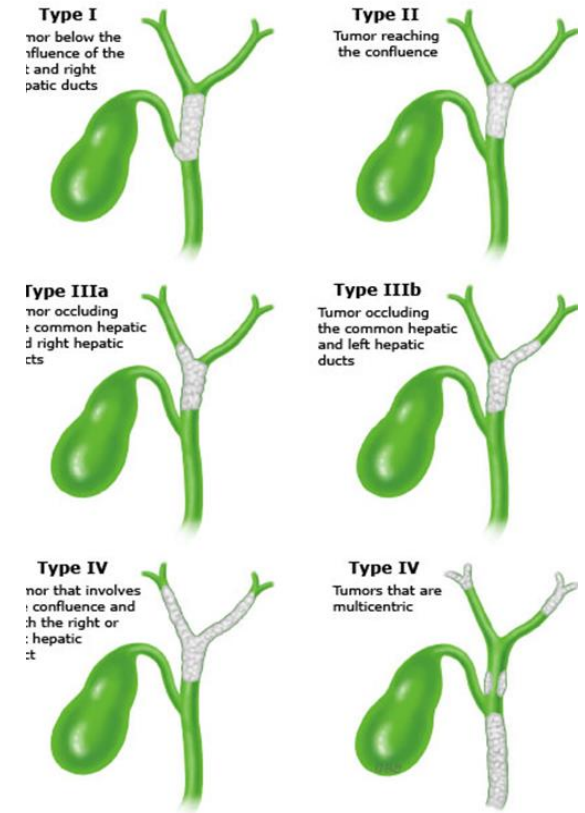
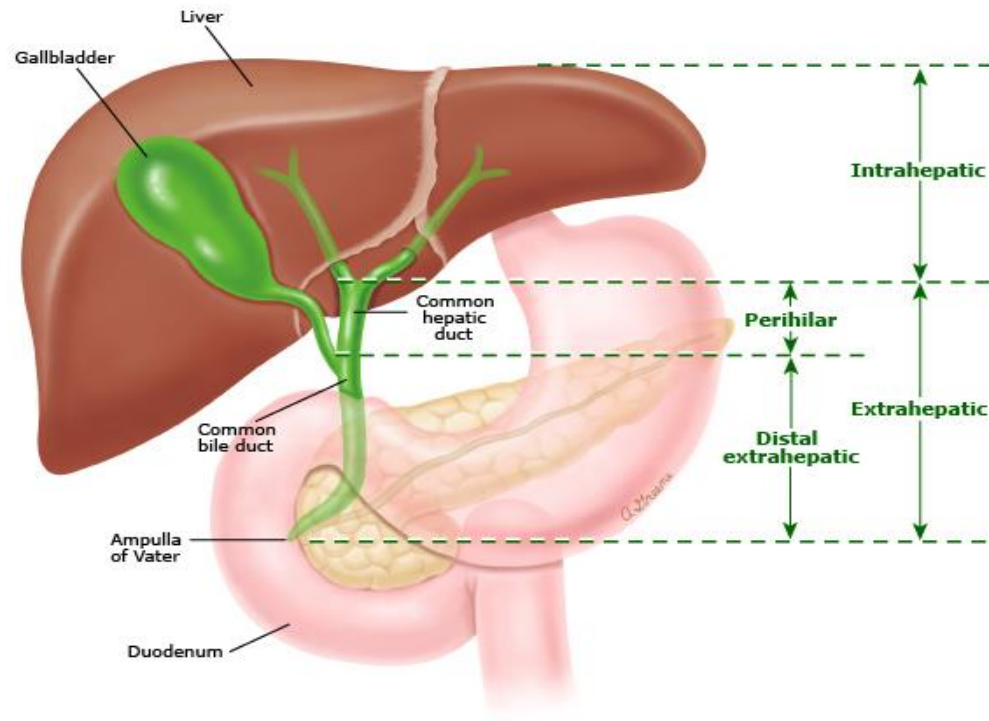
# Risikofaktorer

- Idiopatisk
- Skleroserende cholangitt Inflammatorisk tarmsykdom
- Parasitter i lever (Asia)
- Hepatolithiasisi
- Kronisk leversykdom og cirrhose
- Carolis sykdom og choledochuscyster (15 % sjanse for CCA)

# Risikofaktorer – Primær skleroserende cholangitt

- Ca 30 % av alle nye tilfeller med CCA
- Ca 1 % årlig risiko og 5-15 % livstidsrisiko for CCA hos pas med PSC
- Ca 30 % CCA i autopsi
- Yngre pasienter (30-50 år)
- Genetisk variasjon i NK-celle reseptor øker risiko for CCA hos PSC pas.
- Røyking og alkohol øker risiko for CCA hos PSC pas

# Risikofaktorer - Choledochuscyster



# Risikofaktorer – Choledochuscyster

- Usikkert – men ca 30 % livstidsrisiko for utvikling av CCA
- Patogenese:
  - Refluks av pancreasjuice (common trunk)
  - Kronisk inflammasjon
  - Aspirasjon av galle (Amylase > 5-8000)
- Retrospektiv studie: Ca 50 % av alle med CCA hadde common trunk ved regranskning av MRCP-bilder.



# Risikofaktorer – Hepatolihiasis og parasittsykdommer

- Parasittsykdommer (Asia)
  - Clonorchis sinensis, Opisthorchis species, and Fasciola hepatica
- Taiwan: 50-70 % av alle med CCA har hepatolihiasis
- HIV, HBV, HCV og levercirrhose
- Annet
  - Genetisk (eks Lynch syndrom)

Over 50 % av alle med CCA har ingen kjente risikofaktorer



# Patogenese cholangiocarcinom

- >90 % er adenocarcinom
- Precursors
  - Biliary intraepithelial neoplasia
  - Intraductal papillary mucinous neoplasm
- Morfologi
  - Skleroserende (ca 95 %)
    - Desmoplastisk reaksjon (biopsi og cytologi ikke representative)
    - Tidlig invasjon av dypere vegglag
    - Radiologisk likhet med PSC
  - Andre: nodulær og papillær
- Spredning:
  - Lokal spredning til lever, perinevralt, LK og peritoneum

# Pakkeforløp galleveiskreft

- **Inngang til pakkeforløp**

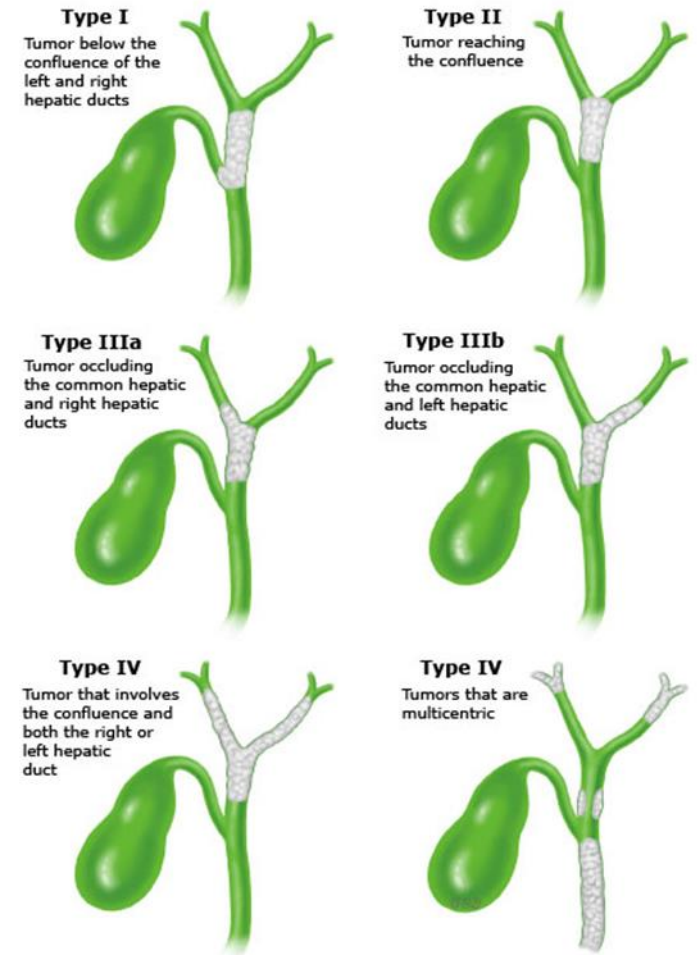
- *Gulsott/ikterus* med tegn på gallegangsobstruksjon som ikke kan forklares av sten alene
- Bildediagnostiske funn av *tumor i galleveier*

# Pakkeforløp galleveiskreft

Forløpsbeskrivelse		Forløpstid
Fra henvisning mottatt til første fremmøte utredende avdeling		6 kalenderdager
Fra første fremmøte i utredende avdeling til avsluttet utredning (beslutning tas)		21 kalenderdager
Fra avsluttet utredning til start behandling	Kirurgisk behandling	21 kalenderdager
Fra avsluttet utredning til start behandling	Medikamentell behandling	14 kalenderdager
Fra avsluttet utredning til start behandling	Strålebehandling	21 kalenderdager
Fra henvisning mottatt til start behandling	Kirurgisk behandling	48 kalenderdager
Fra henvisning mottatt til start behandling	Medikamentell behandling	41 kalenderdager

# Utredning cholangiocarcinom

- **CT cholangiocarcinomprotokoll (5 faser)**
  - Tomserie, tidlig og sein arteriell, portovenøs, og seinfase
    - Arteriell og portovenøs fase: Framstiller karstrukturer mtp operabilitet
    - Seinfase: Framstiller sklerosering i gallegang, kontrasten vaskes seint ut.
- **MRCP/MR lever**
  - Framstilling av galletreet med tumor øvre og nedre begrensning (hilære tumores)
  - Levermetastaser
- **ERCP og PTD**
  - Diagnostikk
  - Avlastning preoperativt (**ETTER at diagnostikk er fullført**)
- **Diagnostisk laparoscopi (?)**
- **EUS**
  - Utredning av distale cholangiocarcinom
- (PET CT)



# CA 19-9

- Sensitivitet: 50-90 %
- Spesifisitet: 54-98 %
  
- CA 19-9 >1000 – Høy sannsynlighet for metastaserende sykdom.
- CA 19-9 > 400 – Høy spesifisitet for malign sykdom (ikke-icterisk pas)
- God metode for postoperativ oppfølging ved preoperativ forhøyet verdi.
- CA 19-9: ofte naturlig forhøyet hos pasienter med PSC
  
- **NB: Måle IgG-4**

# Differensialdiagnoser

- Primær skleroserende cholangitt
- IgG-4 assosiert cholangitt/pancreatitt
- Andre benigne stenoser
  - Eks postopr, ischemisk, inflammatorisk

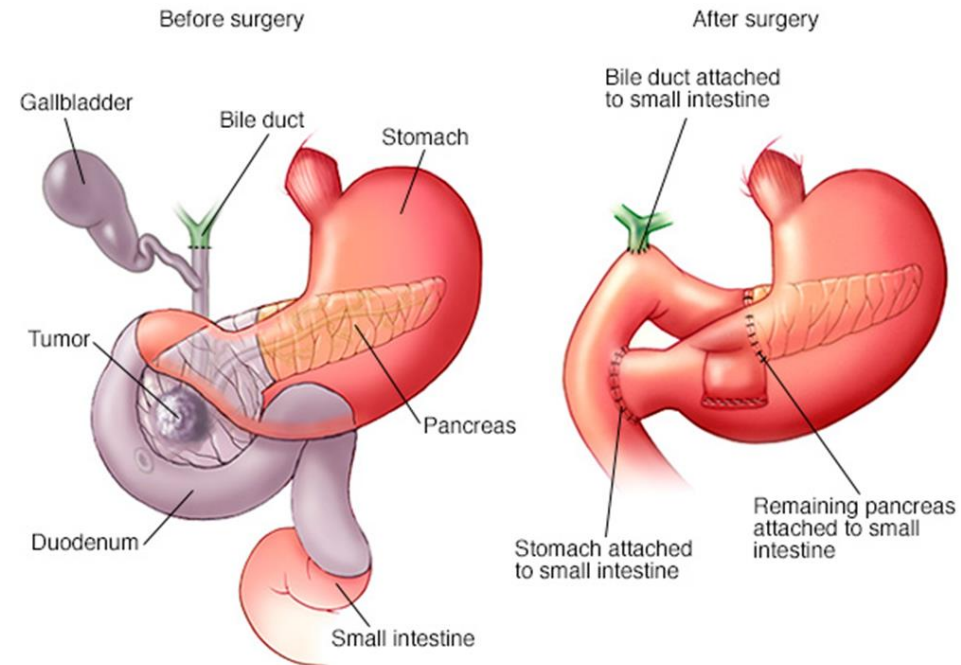
# Symptomer cholangiocarcinom

- Hilære og distale:
  - Stille icterus, sjelden cholangitt
- Intrahepatiske
  - Symptomer kommer ofte senere
  - Tilfeldige funn – screening (PSC)
  - Smerter og fatigue

# Resektabilitetskriterier cholangiocarcinom

- **Distal CCA**

- Som ved annen periampullær cancer
- Utbredelse, vaskulær innvekst, LK status etc

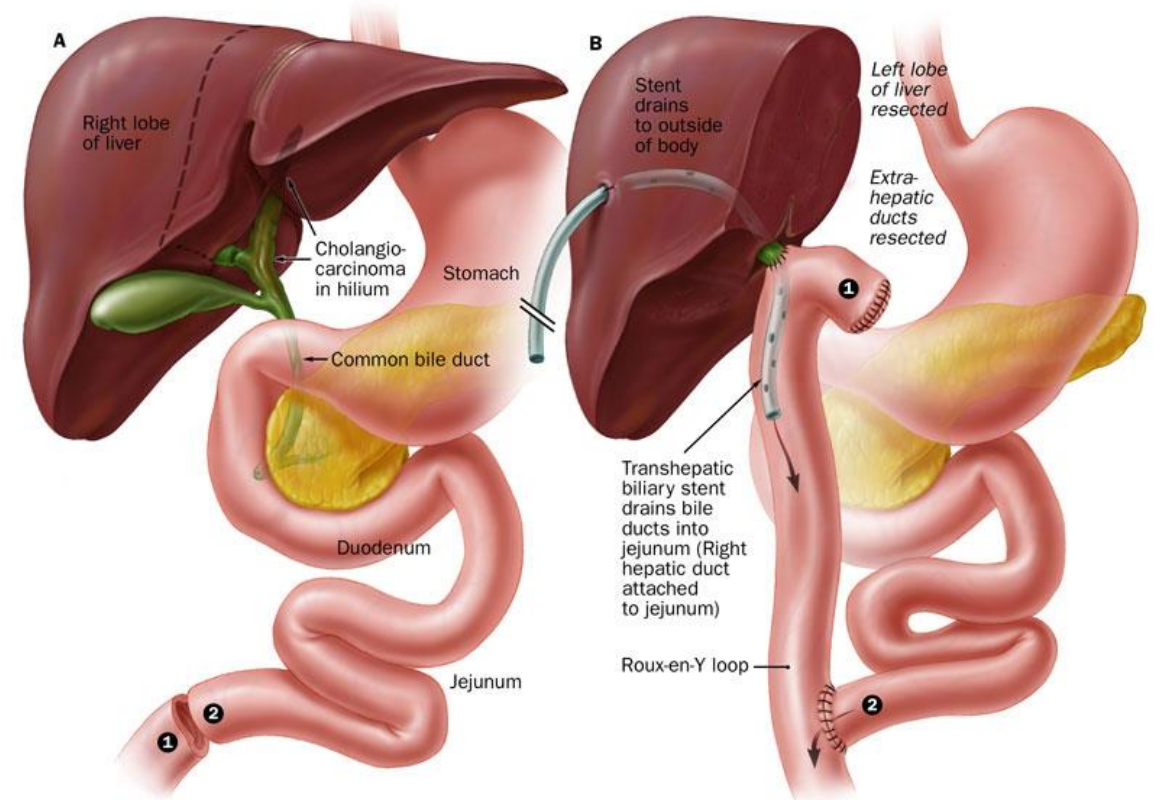




# Resektabilitetskriterier cholangiocarcinom

- **Perihilær CCA**

- Leverreseksjon og gallegangsreseksjon
- Fravær av
  - LK forbi leverligamentet
  - Carcinomatose
  - Kontralaterale levermetastaser
  - Karinnvekst (arterie)
    - PV kan rekonstrueres
- >30 % restlever



# Adjuvant kjemoterapi

- Pasienter kan henvises til vurdering for adjuvant kjemoterapi
- Ingen sikker gevinst av behandling

# Overlevelse (5 år)

- Intrahepatiske
  - 20-30 %
- Hilære
  - 30-40 %

# Videre lesing

- [Retningslinjer | Norsk Gastrointestinal Cancer Gruppe \(ngicg.no\)](https://ngicg.no)