

Cholezystolithiasis und Gallenblasen-Carcinom als Zufallsbefund

Zurückhaltung oder Resektion im Gesunden?

Das Gallenblasen-Carcinom wird mit einer Koinzidenz von bis zu 90 % in Verbindung mit einer Cholezystolithiasis beobachtet. Als weitere Risikofaktoren gelten eindeutig eine sog. Porzellangallenblase, Gallenblasenpolypen größer als 0,5 cm, Reflux von Pankreassaft und eine familiäre Häufung.

80 % der Carzinome sind im Fundus-/Korpusbereich der Gallenblase angesiedelt. Die Infiltration erfolgt per continuitatem, lymphogen/hämatogen zunächst in die Leber bzw. in das Ligamentum hepatoduodenale.

Die Inzidenz in Mitteleuropa liegt bei 2,5 - 4,5/100.000 Einwohner/Jahr mit einem deutlichen Übergewicht für Frauen:Männer im Verhältnis 4:1. Der Alterngipfel liegt zwischen dem 60. und 80. Lebensjahr. Es stellt das siebthäufigste Carcinom bei Frauen und das zehnhäufigste Carcinom bei Männern dar.

Unter den Carcinomen des Gastrointestinal-Tractes rangiert es an 5. Stelle. Histologisch handelt es sich in 80 % der Fälle um Adenocarcinome, 10 % sind den undifferenzierten Carcinomen zuzuordnen.

Maßgeblich für die Therapieentscheidung sind die UICC-Stadien, wobei die nodal negativen Stadien chirurgisch sanierbar erscheinen. Die stadiengerechte Therapie kann heute folgender Maßen zusammengefasst werden.

Sofern im Rahmen einer Routine-Cholezystektomie die Stadien T1S, T1a, T1b diagnostiziert werden, ist die einfache Cholezystektomie ausreichend.

Im Stadium T2 wird eine Nachoperation empfohlen. Dabei gilt eine Resektion im Gallenblasenbett (3 cm Parenchymsaum), die Bisegmentektomie (IVb und V), die Lymphadenektomie des Ligamentum hepatoduodenale und die Excision der Trokarkanäle bei laparoskopisch durchgeführte Operationen als notwendig.

Nur in seltenen Ausnahmefällen wird für fortgeschrittene Stadien T3, T4, III, IV eine ausgedehnte Resektion wie die Hemihepatektomie oder die erweiterte Hemihepatektomie empfohlen. Nur in seltenen Fällen ist in diesen Stadien noch eine Kuration zu erwarten.

Abhängig vom analysierten Patientengut erscheinen 15 bis 30% der Gallenblasencarcinome grundsätzlich als resektabel, die 5jahres Überlebensraten werden abhängig vom Kollektiv zwischen 10 und 60 % angenommen. Unter palliativem Gesichtspunkt sollten nach Möglichkeit nur limitierte chirurgische Eingriffe erfolgen, interventionelle Drainageverfahren oder palliative systemische Therapieansätze stehen im Vordergrund.

Prof. Dr. Martin Büsing, Dr. Anita Ide