

# Chirurgiczne leczenie polipa pęcherzyka żółciowego – opis przypadku i przegląd piśmiennictwa

**\*Konrad Wroński, Michał Tenderenda**

Oddział Kliniczny Chirurgii Onkologicznej Katedry Onkologii Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie  
Kierownik Oddziału: prof. nzw. dr hab. n. med. Michał Tenderenda

## SURGICAL TREATMENT OF GALLBLADDER POLYP – CASE REPORT AND REVIEW OF LITERATURE

### Summary

Gallbladder polyps are usually detected incidentally during abdominal ultrasonography. It is believed that between 5 to 7% of healthy people have in the gallbladder polypoid lesion. Clinical symptoms associated with the presence of polyps in the gallbladder are different. In the case of gallbladder polyps larger than 10 mm it is possible the process of neoplastic transformation. Proceedings of gallbladder polyps still raises many controversies.

In this article the authors present a case of patient who were treated surgically because of gallbladder polyp and also reviewed the recent literature relating to this disease and its treatment.

Key words: polyp, gallbladder, treatment, surgery

### WPROWADZENIE

Po raz pierwszy polip pęcherzyka żółciowego został opisany przez Virchowa w 1863 roku (1, 2). Polipy pęcherzyka żółciowego rozpoznawane są najczęściej przypadkowo podczas ultrasonografii jamy brzusznej (1-4). Uważa się, że od 5 do 7% zdrowych osób ma w pęcherzyku żółciowym zmianę polipowatą (2-5). Polipy pęcherzyka żółciowego rozpoznawane są w 2-12% pęcherzyków wyciętych podczas cholecystektomii (1-5).

Ze względu na niewielką liczbę krajowych publikacji na temat postępowania z polipami pęcherzyka żółciowego, a także kontrowersje co do ryzyka wystąpienia raka pęcherzyka żółciowego w polipie, autorzy niniejszego artykułu postanowili przedstawić przypadek pacjenta leczonego chirurgicznie z powodu polipa pęcherzyka żółciowego i dokonać przeglądu najnowszego piśmiennictwa odnoszącego się do tej choroby i metod jej leczenia.

### OPIS PRZYPADKU

60-letni chory został skierowany do oddziału chirurgicznego z powodu rozpoznanego w badaniu USG brzucha polipa pęcherzyka żółciowego wielkości 12 mm. W wywiadzie chory od kilku miesięcy przed wykonaniem USG brzucha zgłaszał sporadycznie występujące bóle w podżebrzu po stronie prawej i nudności. W badaniu przedmiotowym brzuch był miękki i nie stwierdzono dolegliwości bólowych zlokalizowanych w podżebrzu prawym. Zdecydowano o powtórzeniu ultrasonografii jamy

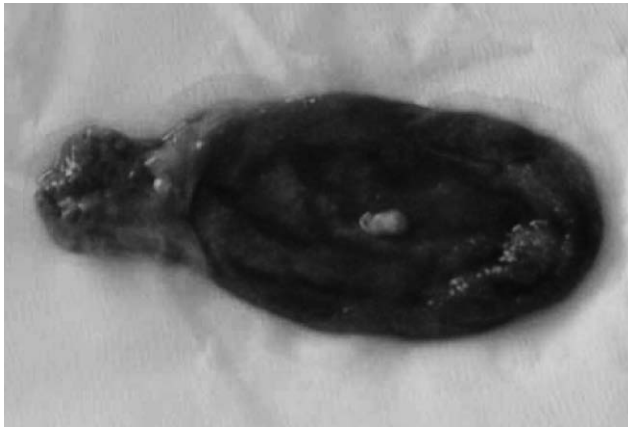
brzuszej i miednicy, w której opisano polip pęcherzyka żółciowego o wielkości około 11 mm. W badaniu tym nie stwierdzono zmian patologicznych w obrębie innych narządów położonych w jamie brzusznej i miednicy. W badaniach laboratoryjnych u chorego nie stwierdzono odchyłań od normy.

Pacjentowi zaproponowano leczenie chirurgiczne w trybie planowym, na które chory wyraził zgodę. W znieczuleniu ogólnym wykonano cholecystektomię laparoskopową. Po wykonanym zabiegu operacyjnym pęcherzyk żółciowy przecięto i stwierdzono polip o średnicy około 10 mm (ryc. 1). Materiał przesłano do rutynowego badania histopatologicznego, w którym rozpoznano gruczolaka według podziału Christensena.

Przebieg pooperacyjny u pacjenta był niepowikłany. Gojenie rany pooperacyjnej prawidłowe. Chorego wypisano do domu w stanie ogólnym dobrym.

### OMÓWIENIE

Polipy pęcherzyka żółciowego są najczęściej wykrywane przypadkowo podczas badania ultrasonograficznego jamy brzusznej i miednicy. Należy pamiętać, że nie u wszystkich chorych z rozpoznanymi w USG polipami pęcherzyka żółciowego, są one stwierdzane w badaniu histopatologicznym. W artykule Huangy i wsp. (6) stwierdzono brak zmian polipowatych w 7% wyciętych pęcherzyków żółciowych, pomimo opisywanej obecności takich zmian w badaniu ultrasonograficznym. Zamiast obecności polipów stwierdzono



Ryc. 1. Zdjęcie wykonane po zabiegu operacyjnym przedstawiające polip pęcherzyka żółciowego.

małe kamienie, niedające cienia akustycznego, i bezpostaciowe kamienie, tzw. szlam (6).

Badanie ultrasonograficzne pozwala określić liczbę polipów, ich lokalizację, wielkość, a także ocenić kształt ściany pęcherzyka żółciowego. Najczęściej w pęcherzyku żółciowym obserwowane są pojedyncze zmiany polipowate. Według różnych autorów występują one u 55 do 62% chorych (7, 8). Wygląd w ultrasonografii zmian polipowatych świadczy najczęściej o ich charakterze histopatologicznym. Duże i przysadziste polipy bez szypuły mogą świadczyć o zmianie nowotworowej. Nieregularne pogrubienie ściany pęcherzyka żółciowego w USG koreluje z obecnością rozrostu nowotworowego w obrębie pęcherzyka żółciowego (9).

U chorych z polipami pęcherzyka żółciowego dolegliwości bólowe opisywane są u 50 do 100% z nich (8,10). Dolegliwości bólowe są niespecyficzne i podobne jak w przypadku kamicy pęcherzyka żółciowego. Najczęściej występują dolegliwości bólowe i dyskomfort zlokalizowane w rzucie pęcherzyka żółciowego.

Polipy pęcherzyka żółciowego mają najczęściej średnicę do 5 mm. Według Aldouriego i wsp. (9) 83% zmian polipowatych w pęcherzyku żółciowym ma wielkość do 5 mm, polipy o wielkości od 5 do 9 mm stanowią 16,9% ogółu zmian, a wielkości powyżej 10 mm – 0,1%. Od wielkości polipa zależy ryzyko wystąpienia w nim raka. W badaniu Toda i wsp. (11) przeprowadzonym na 103 pacjentach operowanych z powodu polipów pęcherzyka żółciowego stwierdzono, że prawdopodobieństwo wystąpienia raka w polipie powyżej 10 mm wynosi 24%, natomiast nie stwierdzono raka w polipach o średnicy do 10 mm. Natomiast w pracy Shinkai i wsp. (12) stwierdzono, że wśród polipów o średnicy do 5 mm było 6% raków, w polipach o wielkości od 5 do 10 mm było 37% raków, w polipach od 10 do 15 mm – 50% z nich było rakiem, a w polipach o wielkości powyżej 20 mm – u wszystkich stwierdzono raka. Wiele badań potwierdza istnienie zależności istotnej statystycznie pomiędzy wielkością polipa pęcherzyka żółciowego a ryzykiem wystąpienia raka. Przy wielkości polipa pęcherzyka żółciowego przekraczającej 10 mm ryzyko wystąpienia raka jest istotnie statystycznie wyższe (9, 11-13).

W klasyfikacji histopatologicznej polipów pęcherzyka żółciowego używa się najczęściej podziału Christensena (14). W podziale tym wyróżnia się: polipy (cholesterolowe i zapalne), zmiany rozrostowe, gruczolaki, raki i pozostałe guzy. Polipy cholesterolowe występują u 53 do 76% pacjentów, natomiast polipy zapalne stwierdzone są w 2 do 13% przypadków (6, 8, 13). Rozrost gruczolowy i gruczolowo-mięśniowy jest obserwowany w 7 do 20% polipów pęcherzyka żółciowego (6, 8, 11, 13). Gruczolaki stanowią od 2 do 27% wszystkich polipów (6, 11, 13). Według różnych doniesień autorów, prawdopodobieństwo stwierdzenia raka w gruczolaku wynosi do 1% (11, 15). Raki pęcherzyka żółciowego są rozpoznawane w badaniu histopatologicznym do 22% wszystkich polipów (6, 8, 11, 13).

Wielu autorów uważa, że do czynników zwiększających ryzyko rozpoznania raka w polipie pęcherzyka żółciowego należy: wiek chorego powyżej 50. roku życia, wielkość polipa powyżej 10 mm, pojedynczy polip, obecność kamicy pęcherzyka żółciowego, polip przysadzisty bez szypuły i gwałtowny wzrost polipa w badaniu ultrasonograficznym (5, 13).

Leczenie pacjentów z polipami pęcherzyka żółciowego zależy obecnie od ryzyka wystąpienia raka w polipie. Obecnie uważa się, że u pacjentów z polipami pęcherzyka żółciowego o wielkości do 10 mm i bez dolegliwości bólowych powinno się wykonywać co 6-12 miesięcy kontrolną ultrasonografię celem wykluczenia rozrostu nowotworowego (3). W przypadku szybkiego powiększania się polipa zalecane jest wykonanie cholecystektomii laparoskopowej.

W przedstawionym przez autorów przypadku, u chorego zdecydowano o wykonaniu cholecystektomii laparoskopowej ze względu na wiek (60 lat), wielkość polipa (11 mm), wynik badania USG (brak cech nieregularnego pogrubienia ściany pęcherzyka żółciowego) i wcześniejsze dolegliwości bólowe w podżebrzu po stronie prawej.

Większość autorów uważa, że podstawowym kryterium do leczenia chirurgicznego polipów pęcherzyka żółciowego jest ich wielkość powyżej 10 mm (3, 8, 9, 11, 13). Uważa się, że w przypadku polipów o wielkości powyżej 20 mm powinno wykonywać się cholecystektomię otwartą ze względu na duże ryzyko raka (3). Drugim kryterium wskazującym na wykonanie cholecystektomii u pacjenta z polipem jest jego wiek – powyżej 60. roku życia (1-5, 8, 9). Innymi czynnikami przemawiającymi za wykonaniem cholecystektomii są: pojedynczy polip, współistnienie z polipem kamicy pęcherzyka żółciowego, nieregularne pogrubienie ściany pęcherzyka żółciowego i szybki wzrost polipa pęcherzyka żółciowego w kontrolnych badaniach ultrasonograficznych (1, 5, 8, 9, 11, 13,15-18). □

#### Piśmiennictwo

1. Azuma T, Yoshikawa T, Araid T et al.: Differential diagnosis of polypoid lesions of gallbladder by endoscopic ultrasonography. *Am J Surg* 2001; 181: 65-70.
2. Sugiyama M, Xie XY, Atomi Y, Saito M: Differential diagnosis of small polypoid lesions of gallbladder: the value of endoscopic ultrasonography. *Ann Surg* 1999; 229: 498-504.
3. Lee KF, Wong J, Li JC, Lai PB: Polypoid lesions of the gallbladder. *Am J Surg* 2004; 188: 186-190.
4. Murguruma N, Tadatsu M, Kusaka Y et al.: Endoscopic sonography in

- the diagnosis of gallbladder wall lesions in patients with gallstones. *J Clin Ultrasound* 2001; 29: 395-400. **5.** Mainprize KS, Gould SW, Gilbert JM: Surgical management of polypoid lesions of gallbladder. *Br J Surg* 2000; 87: 414-417. **6.** Huang CS, Lien HH, Jeng JY, Huang SH: Role of laparoscopic cholecystectomy in the management of polypoid lesions of the gallbladder. *Surg Laparosc Percutan Tech* 2001; 11: 242-247. **7.** Terzi C, Sokmen S, Seckin S et al.: Polypoid lesions of the gallbladder: report of 100 cases with special reference to operative indications. *Surgery* 2000; 127: 622-627. **8.** Sun XJ, Shi JS, Han Y et al.: Diagnosis and treatment of polypoid lesions of the gallbladder: report of 194 cases. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int* 2004; 3: 591-594. **9.** Aldouri AQ, Malik HZ, Waytt J et al.: The risk of gallbladder cancer from polyps in a large multiethnic series. *Eur J Surg Oncol* 2009; 35: 48-51. **10.** Yeh CN, Jan YY, Chao TC, Chen MF: Laparoscopic cholecystectomy for polypoid lesions of the gallbladder: a clinicopathologic study. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2001; 11: 176-181. **11.** Toda K, Souda S, Yoshikawa Y et al.: Significance of laparoscopic excisional biopsy for polypoid lesions of the gallbladder. *Surg Laparosc Endosc* 1995; 122: 267-271. **12.** Shinkai H, Kimura W, Muto T: Surgical indications for small polypoid lesions of the gallbladder. *Am J Surg* 1998; 175: 114-117. **13.** Kubota K, Bandai Y, Noie T et al.: How should polypoid lesions of the gallbladder be treated in the era of laparoscopic cholecystectomy? *Surgery* 1995; 117: 481-487. **14.** Christensen AH, Ishak KG: Benign tumors and pseudo tumors of the gallbladder. Report of 180 cases. *Arch Pathol* 1970; 90: 423-432. **15.** Smok G, Bentjerdot R, Csendes A: Benign polypoid lesions of the gallbladder. Their relation to gallbladder adenocarcinoma. *Rev Med Chil* 1992; 120: 31-35. **16.** Collett JA, Allan RB, Chisholm RJ et al.: Gallbladder polyps: prospective study. *J Ultrasound Med* 1998; 17: 207-211. **17.** Csendes A, Burgos Am, Csendes P et al.: Late follow-up of polypoid lesions of the gallbladder smaller than 10 mm. *Ann Surg* 2001; 234: 657-660. **18.** Meyers RP, Shaffer EA, Beck PL: Gallbladder polyps: epidemiology, natural history and management. *Can J Gastroenterol* 2002; 16(3): 187-194.

otrzymano/received: 02.08.2012  
zaakceptowano/accepted: 10.09.2012

Adres do korespondencji:  
\*Konrad Wroński  
Oddział Kliniczny Chirurgii Onkologicznej  
Katedra Onkologii Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego  
Al. Wojska Polskiego 37, 10-228 Olsztyn  
tel. +48 (89) 539-85-42  
e-mail: konradwronski@wp.pl