

ХИРУРШКИ ТРЕТМАН ПОЛИПОИДНИХ ЛЕЗИЈА ЖУЧНЕ КЕСЕ

Миљко А. ПЕЈИЋ¹, Драган Ј. МИЛИЋ²

1. Хируршко одељење, Здравствени центар, Ужице; 2. Хируршка клиника, Клинички центар, Ниш

КРАТАК САДРЖАЈ: Са побољшањима која су постигнута у ултрасонографији, све више полипоидних лезија жучне кесе (ПЛЖК) бива откривено. Третман ових лезија остаје контроверзан. Ретроспективно су анализирани демографски, радиолошки и патохистолошки подаци код 38 пацијената у којих су ултрасонографски детектоване ПЛЖК. Спроведена су истраживања *MEDLINE*-а, као и преглед литературе у вези са проблемима третирања ПЛЖК. Тридесет четворо пацијената је подвргнуто холецистектомији, док је осталих четворо или одбило интервенцију, или им је саветовано да се не оперишу. Од 34 пацијената који су подвргнути холецистектомији, 11 је имало макроскопски и патохистолошки доказане ПЛЖК. Патохистолошке анализе одстрањених жучних кеса откриле су само једну нормалну жучну кесу, седам холестеролских полипа, један полипоидни холециститис и две праве неоплазије жучне кесе: један пацијент је имао аденом, док је други имао тубуловилозни аденом са фокусом инвазивног аденокарцинома у њему. Остали пацијенти су имали хронични холециститис са калкулусом или без њега. Пацијент са неопластичном лезијом жучне кесе имао је солитарни полип већи од једног центиметра у дијаметру. Предложен је протокол за третман ултрасонографски детектованих ПЛЖК. Овај протокол предлаже да пацијенти са детектованим ПЛЖК треба да буду оперисани ако имају симптоматологију или ако су лезије веће од једног центиметра.

Кључне речи: полипи, жучна кеса.

УВОД

Како ултразвучна технологија напредује, тако све већи број полипоидних лезија жучне кесе бива откривен. Неке од ових лезија дају одређену симптоматологију, а неке од њих се откривају случајно приликом прегледа који су предузети из неких других разлога. Разликовање бенигних, потенцијално малигних и малигних лезија је главна дијагностичка дилема и терапеутске опције за решавање ових лезија остају и даље контроверзне. Бенигне полипоидне лезије жучне кесе се могу поделити на туморе и псеудотуморе, при чему су псеудотуморске полипоидне лезије најчешће.

Ова студија је настала због повећаног броја идентификованих полипоидних лезија жучне кесе. Циљ студије је био проучавање карактеристика ових пацијената, као и повезивање радиолошких са патохистолошким налазима. У исто време требало је формулисати протокол испитивања, односно терапију за будуће пацијенте.

Полипи жучне кесе

Карера (*Carrera*) и Охснер (*Ochsner*) [1] су 1958. године патохистолошки анализирали полипе на 1.300 екстирпираних жучних кеса, при чему су описали пет различитих полипоидних лезија: инфламаторне, холестеролске, аденоматозне, аденомиоматозне и карциномске. Кристенсен (*Christensen*) и Исак (*Ishak*) [2] су 1970. године, анализирајући 180 полипоидних лезија жучне кесе, допунили поделу коју су предложили Карера и Охснер, додајући још две групе полипоидних лезија – грануларну и хетеротопичну.

Тренутно прихваћену поделу полипоидних лезија жучне кесе предложио је 1993. године Алборес-Саведра (*Albores-Saavedra*) [3]. Он је класификовао поли-

пе у десет категорија: **лимфоидни полипи**, састављени од лимфоидног ткива које пенетрира у лумен; **полипи грануларног ткива**, обично мањи од 10 *mm* у пречнику, састављени од инфламираног грануларног ткива; **фиброзни полипи**, који су обично удружени са калкулозом жучне кесе и пратећи су налаз код болесника третираних због хроничног холециститиса; **холестеролски полипи**, представљени полипоидним структурама са липидним депозитима у макрофагима; **нодуларна хиперплазија псеудопилоричних жлезда**, која представља лобуле псеудопилоричних жлезда са формирањем нодула; **интестинална метаплазија**, где долази до замене нормалне мукозе жучне кесе цревном мукозом; **папиларна хиперплазија жучне кесе**, која може бити примарна или секундарна; **папиломатоза**, ретко стање које се карактерише мултифокалним папиларним туморима; **аденоми**, који могу бити тубуларни, папиларни или мешовити, и **цистаденоми**, муцинозни цистични тумори.

Холестеролски полипи су најчешћа врста псеудотумора жучне кесе. Могу бити солитарни или мултипли и најчешће су мањи од једног центиметра у пречнику. Није регистрован малигни потенцијал ових псеудотумора.

Инфламаторни полипи су ретки. Понекад су удружени са калкулозом жучне кесе и знак су постојања хроничног холециститиса.

Хиперпластични полипи су релативно чести. Присутни су код пацијената са калкулозом жучне кесе, хроничним холециститисом и другим инфламаторним лезијама.

Лимфоидни полипи су слични оним који се виђају и у другим деловима дигестивног тракта и обично су удружени са хроничним холециститисом или лимфоидном хиперплазијом. Често су мањи од 5 *mm* и могу се наћи у свим слојевима зида жучне кесе.

Фиброзни полипи су повезани са акутним и хроничним холециститисом, као и са калкулозом жучне кесе.

Гранулативни полипи су грануломи или инфламаторне гранулације које су мање од једног центиметра у пречнику и удружене су са хроничним или акутним холециститисом. Хистолошки су слични аденому дојке.

Холестеролоза је поремећај који се карактерише депозитима естара холестерола и других липида у макрофагима ламине проприје. У више од једне трећине случајева ове полипоидне лезије су мање од једног милиметра у пречнику.

Аденоми су најчешће бенигне неоплазме жучне кесе. Немају посебно предилекционо место у жучној кеси и могу бити повезани са калкулозом жучне кесе или холециститисом. Малигни потенцијал ових лезија остаје и даље контроверзан, при чему бројни аутори сматрају да су они само међуфаза у настанку аденокарцинома.

Конвенционална ултрасонографија се рутински користи у дијагностици обољења жучне кесе и незамењива је метода при детекцији ПЛЖК (Слика 1).

Уено (Ueno) и сарадници [4] су недавно употребили колор доплер (Doppler) ултрасонографију у испитивањима лезија жучне кесе. Мишљења су да ова техника може бити од велике користи у дијагностици малигних лезија жучне кесе. Будуће студије ће показати евентуалну предност ове технике над конвенционалним ултразвуком. Ву (Wu) је са групом сарадника [5] применио тзв. перкутану трансхепатичну аспирацију танком иглом (*percutaneous transhepatic fine needle aspiration*) како би анализирао полипе жучне кесе. Анализирајући 17 болесника са полипом жучне кесе већим од 10 mm у пречнику, аутори овог рада су констатовали да ова техника има користи у евакуацији холестеролских полипа, али не и карцинома. Роа (Roa) [6] је у свом раду проценио да је потребно да прође 15 година од настанка дисплазије до развоја карцинома жучне кесе.

МЕТОД РАДА

Ретроспективно смо анализирали 38 пацијената са ултрасонографски детектованим ПЛЖК у периоду од јануара 1995. до децембра 2000. године, третираних на Хируршком одељењу Здравственог центра у Ужицу и на Хируршкој клиници Клиничког центра у Нишу. Анализирани су демографски подаци пацијената, као и њихови симптоми и радиолошки налази. У циљу ехосонографске диференцијације ПЛЖК од калкулуса жучне кесе, ПЛЖК смо дефинисали као лезије које се пројектују у лумен жучне кесе, које не дају ултразвучну сенку и не померају се у зависности од положаја пацијента. Ако је пацијент подвргнут хируршкој процедури, макроскопски изглед лезија је поређен са резултатима који су добијени патохистолошким прегледом, као и са преоперативним ултразвучним налазом.



СЛИКА 1. Ултразвучно детектован полип жучне кесе код болесника старог 58 година.

Статистичке анализе су рађене уз коришћење Витнијевог (*Whitney*) теста, а статистичка сигнификантност је узимана за $p < 0,05$.

РЕЗУЛТАТИ

У нашој студији било је 38 пацијената који су имали просечну старост од 51,2 године (са стандардном девијацијом од 12,8 година; опсег 26-80 година). Био је једнак број мушкараца и жена (19:19), са просечном старашћу мушкараца од 53,1 године ($SD=9,4$ године; опсег 27-66 године) и жена од 53,3 године ($SD=15,4$ године; опсег 26-80 година).

Укупно 36 пацијената било је са симптомима који су се могли повезати са симптомима обољења жучне кесе. Међу њима, 32 пацијента су имала болове у горњем десном квадранту абдомена који је личио на билијарну колику, а два су имала симптоме акутног холециститиса. Од преосталих четворо двоје пацијената је имало урађено скенирање доњег абдомена, које је било рађено у циљу испитивања болова у доњем абдомену. Један болесник је имао пирекисију непознатог порекла, а полипи су му били откривени случајно у току ултразвучног прегледа. Други пацијент је имао епизоде жутице непознате етиологије, а на његовом ултразвучном налазу није утврђена дилатација билијарног тракта.

Преоперативни ултразвучни налази су били неконзистентни по свом садржају. Величина ПЛЖК је забележена у само 18 од 38 пацијената, а број лезија је такође био забележен у истом броју. Од 34 пацијента који су били подвргнути холецистектомији, само је 11 болесника имало и макроскопски и патохистолошки потврђене ПЛЖК у препарату добијеном оперативним путем. Од 11 пацијената који су имали ПЛЖК њих седам је имало урађену и оралну холецистографију, као додаток ултрасонографији, а у петоро њих је резултат био нормалан, што поменутој методи даје сензитивност од 29%.

Патохистолошке анализе одстрањених жучних кеса откриле су само једну нормалну жучну кесу, седам холестеролских полипа, један полипоидни холециститис и две праве неоплазије жучне кесе: један пацијент је имао аденом, док је други имао тубуловилозни

аденом са фокусом инвазивног аденокарцинома у њему. Стопа малигнитета је била 2,94% (један од 34). Није било статистички значајне разлике у односу на просечну старост пацијената који су имали хронични холециститис (52,3 године) и неопластичне полипе (52,4 године), док је онај један аденокарцином пронађен у пацијента који је имао 61 годину.

Сви пацијенти са неопластичним полипима имали су солитарну лезију већу од једног центиметра у дијаметру, док су они са неопластичним лезијама имали мултипле лезије мање од једног центиметра у пречнику.

Сви пацијенти, осим једног пацијента, који су подвргнути операцији имали су абнормалну патохистолошку слику жучне кесе и ти су резултати говорили да је свуда био присутан хронични холециститис, чак и када полипи нису нађени.

ДИСКУСИЈА

Тода (*Toda*) са сарадницима [7] објавио је серију од 103 болесника са полипима жучне кесе, при чему је холестеролских полипа било 66%, 14% аденомиоматозних, 10% аденома и 10% карцинома. У овој студији није било карцинома у полипима који су били мањи од 10 *mm* у дијаметру. Међу полипима који су били већи од 10 *mm*, 23% су дијагностиковани ултрасонографски као карциноми, док је патохистолошки код 40% потврђен малигнитет. Кубота (*Kubota*) и сарадници [8] истражили су 72 болесника са полипима жучне кесе. Утврдили су да је 47 болесника имало холестеролске полипе, осам аденоме, 16 карциноме и један болесник инфламаторни полип. Од свих бенигних полипа, 80% је имало петелку, а 61% су били мањи од 10 *mm* у пречнику. Међу карциномима, 88% су били већи од 10 *mm*, а 56% су били сесилни. Међу узнапредовалим карциномима, 100% су били већи од 18 *mm* у пречнику, а 75% су били сесилни. У посебној студији Кубота [9] је анализирао 26 болесника са полипом жучне кесе, где је 21 болесник имао холестеролске полипе, два болесника аденоме, а три аденокарциноме. Ова три аденокарцинома су преоперативно дијагностиковани као холестеролски полип код једног болесника и као аденоми код преостала два болесника.

У студији коју су објавили Ћиђиива (*Chijiwa*) и Танака (*Tanaka*) [10] међу 716 холецистектомисаних пацијената 44 пацијента су имала полипе, при чему је 32 болесника имало бенигне лезије а 12 карциноме. Значајни индикатори присуства малигнитета били су: лезије веће од 10 *mm* у пречнику, солитарне лезије и старост већа од 60 година. Пол, симптоми и калкулуса нису имали предиктивни значај у смислу постојања малигнитета. Кога (*Koga*) и сарадници [11] су, анализирајући резултате код 411 холецистектомисаних пацијената, открили 32 болесника са бенигним полипоидним лезијама и осам болесника са аденокарциномима. Међу болесницима који су имали бенигне лезије, 69% су били млађи од 60 година, а

94% је имало полипе мање од 10 *mm* у дијаметру. Насупрот овоме, 75% болесника са карциномом били су старији од 60 година и 88% је имало полипе веће од 10 *mm* у пречнику. Чоловић и сарадници [12] су код 476 оперисаних болесника са хроничним калкулосним холециститисом забележили 11 полипоидних лезија жучне кесе. Код девет болесника се радило о холестеролским полипима чији је број варирао од један до четири, а величина од два до шест милиметара. Знаци малигнитета нису нађени ни у једном случају. Ишикава (*Ishikawa*) и сарадници [13] испитали су полипе код 97 холецистектомисаних болесника. Нашли су девет карцинома код 67 полипа са петелком и 10 карцинома код 30 сесилних полипа. Сесилни полипи су имали просечну величину међу бенигним лезијама од 9 ± 4 *mm*, односно 14 ± 4 *mm* међу малигним полипима, што није статистички значајно. Фаринон (*Farinon*) [14] је у трогодишњем периоду анализирао 2.145 екстирпираних жучних кеса и нашао свега 11 аденоматозних полипа. Ниједан од полипа није био већи од 10 *mm* у пречнику, нити је показивао малигну алтерацију.

Анализом 4.343 болесника у једној јапанској болници [15] открило се укупно 111 полипа жучне кесе (2,5%), при чему су два болесника имала аденокарцином (1,8%). Ова сазнања истичу могућност трансформације полипа жучне кесе у карцином. Немачки аутори [16] предлажу холецистектомију за све полипе жучне кесе који су већи од 10 *mm* у дијаметру и за све лезије жучне кесе са сумњивим ултрасонографским критеријумима, посебно сесилне лезије или конкомитантно задебљање зида жучне кесе. Кинеско удружење хирурга [17] наглашава да је неопходна интервенција у случајевима када полип жучне кесе премаше величину од једног центиметра у пречнику, када су лезије солитарне, када постоји калкулуса или ако су болесници старији од 50 година. Италијански хирурзи [18] сматрају да је неопходна хируршка интервенција у свим случајевима када полип достигне 1 *cm* у пречнику или ако се током поновљених ултразвучних прегледа констатује нагли раст лезије.

У нашој серији постојала је једнака дистрибуција међу половима, док је у другим серијама постојала преминација жена, а неки су други аутори пронашли слабу преминацију мушкараца. ПЛЖК се јављају у свим годинама, почев од треће деценије па надаље, али су најчешће присутне у четвртој, петој и шестој деценији.

Фактори ризика за настајање ПЛЖК нису исти као они за настајање жучних каменаца, са изузетком неких јапанских серија у којима је пронађена веза са гојазношћу. Неке студије су показале постојање релације између пушења и настанка ПЛЖК.

Пацијенти су се обично жалили на болове у горњем десном квадранту који су били слични онима који су се јављали у симптоматској холелитијази. Ређа презентација укључивала је холециститис, хемобилију и опструктивну жутицу у вези са дислокацијом полипа.

Холестеролски полипи су најчешћи од ПЛЖК и одговорни су за око 33% бенигних лезија које су екстирпирани [19]. Макроскопски је лако видети холестеролске депозите у жучној кеси. Прави бенигни и малигни тумори се појављују у свакој серији са сличном фреквенцијом, од 5 до 10 %. Проблем је у томе што је веома тешко разликовати бенигне од потенцијално малигну и малигну лезија на ултразвучку. Сам ултразвук је показао сензитивност од 45 до 90 %. Ипак, то није био случај у нашој серији, где је сензитивност била 32%. Орална холецистографија је показала сензитивност од само 20% у већини серија, мада понекад може да буде од користи. Компјутерска томографија (КТ) има сензитивност за ПЛЖК од 60%, а ЕРЦП је од веома мале помоћи. Извештаји указују на то да колор доплер ултрасонографија може помоћи у преоперативној дијагнози.

Много је лезија именовано као ПЛЖК. Класификација на бенигне и малигне туморе са даљом класификацијом на праве и псеудотуморе чини се најлогичнијом. Као што је то и у нашој серији, обично је присутан и хронични холециститис. Постоје докази да, као што постоји у колону, тако постоји и у жучној кеси повезаност аденом – аденокарцином. Целуларна атипична и дисплазија од средњег до тешког типа могу бити присутне у аденомима и у многим примерима је нађено присуство фокуса инвазивног карцинома у аденому, што је био случај и у нашој серији. Постоје извештаји о аденомима који се боје позитивно на онкофеталне антигене, као што је карциноембрионски антиген и алфа-фетопротеин.

Фактори који повећавају шансе да полип у жучној кеси буде малиган су старост већа од 50 година, присуство појединачног полипа, полип већи од 1 cm,

присуство каменаца, сесилна лезија чак и ако је мања од 1 cm, као и брза промена у његовој величини на серији ултразвучних налаза. Постоје докази да сесилне лезије мање од једног центиметра у дијаметру имају повећану инциденцију малигнитета у поређењу са оним променама које имају петелјку.

Коректан хируршки третман ПЛЖК је контроверзан. Слажемо се у мишљењима да пацијентима са симптоматским променама треба да буде понуђена холецистектомија и то радије лапароскопском методом. Али, шта треба радити са асимптоматичним пацијентима? За велике полипе са великим малигним потенцијалом прихваћено је да треба радити отворену холецистектомију да би могли да изведемо и процедуру ширих размера ако то буде неопходно. Ипак, други су предложили да лапароскопска холецистектомија може да буде сасвим довољна за малигне лезије ако нису пробиле ван жучне кесе, односно ако нису пробиле њену серозу. Предлаже се коришћење кесе за изношење жучне кесе као мера предострожности у циљу избегавања имплантације малигну ћелија на местима увођења троакара.

У овој студији немогуће је било предвидети природу ПЛЖК пре операције, а забрињавајуће је то што су неоплазије биле присутне, како бенигну, тако и малигну типа. Ипак, укупан број пацијената у овој студији је био мали, тако да се на основу њега не може проценити стварна стопа јављања малигну промена.

Узимајући у обзир нашу студију, као и друге студије поменуте у раду, предложили смо протокол који се може применити за наше будуће пацијенте (Схема 1). Сви пацијенти са симптоматским ПЛЖК треба да буду лапароскопски оперисани. Како ултразвук није тачна метода за дијагностику, пацијенте треба рескенирати



СХЕМА 1. Оптимални приступ у терапији полипа жучне кесе.

и, ако се други пут утврди постојање лезије, онда им треба понудити лапароскопску холецистектомију. Ако поновљени скен не покаже постојање ПЛЖК, онда га треба поновити после шест месеци и пацијент се након тога, ако лезије не постоје, може отпустити са лечења. Пацијенти који одбију операцију посматрају се шест месеци и, ако се лезије повећавају, онда им треба опет понудити хируршко лечење.

ЗАКЉУЧАК

Иако су полипи жучне кесе ретки, они представљају значајан медицински проблем јер могу претходити појави карцинома жучне кесе. На основу доступних података, предлажемо уклањање жучне кесе у случајевима постојања:

1. симптоматских лезија без обзира на њихову величину;
2. полипа већих од 10 *mm*, због могућности малигне алтерације;
3. полипа који показују брз раст, због опасности малигне алтерације.

Полипи мањи од 10 *mm* у пречнику који се случајно откривају требало би да се прате ултрасонографски, периодично на шест месеци. У случају да је болесник старији од 50 година и/или има калкулозу жучне кесе, односно сесилну лезију, требало би му предложити холецистектомију. Ако се у току поновљених контролних ултразвучних прегледа установи раст полипоидне лезије, болеснику такође треба препоручити холецистектомију.

ЛИТЕРАТУРА

1. Carrera GM, Ochsner SF. Polypoid mucosal lesions of gallbladder. *JAMA* 1958; 166:888-892.
2. Christensen AH, Ishak KG. Benign tumors and pseudotumors of the gallbladder. *Arch Pathol* 1970; 90:423-432.
3. Albores-Saavedra J, Vardaman CJ, Vuitch F. Non-neoplastic polypoid lesions and adenomas of the gallbladder. *Pathol Annu* 1993; 28:145-177.
4. Ueno N, Tomiyama T, Tano S, et al. Diagnosis of gallbladder carcinoma with color Doppler ultrasonography. *Am J Gastroenterol* 1999; 91:1647-1649.
5. Wu S-S, Lin K-C, Soon M-S, et al. Ultrasound-guided percutaneous transhepatic fine needle aspiration cytology study of gallbladder polypoid lesions. *Am J Gastroenterol* 1996; 91: 1591-1594.
6. Roa I, Araya JC, Villaseca M, et al. Preneoplastic lesions and gallbladder cancer: an estimate of the period required for progression. *Gastroenterology* 1996; 111:232-236.
7. Toda K, Souda S, Yoshikawa Y, et al. Significance of laparoscopic excisional biopsy for polypoid lesions of the gallbladder. *Surg Laparosc Endosc* 1995; 4:267-271.
8. 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.
9. Kubota K, Bandai Y, Otomo Y, et al. Role of laparoscopic cholecystectomy in treating gallbladder polyps. *Surg Endosc* 1994; 8: 42-46.
10. Chijiwa K, Tanaka M: Polypoid lesion of the gallbladder: indications of carcinoma and outcome after surgery for malignant polypoid lesion. *Int Surg* 1994; 79:106-109.
11. Koga A, Watanabe K, Fukuyama T, et al: Diagnosis and operative indications for polypoid lesions of the gallbladder. *Arch Surg* 1988; 128:26-29.
12. Čolović R, Savić M, Havelka M, Grbić R, Čolović M, Dimitrijević A. Benigni tumori žučne kese. *Acta Chir Jug* 1987; 34:13-20.
13. Ishikawa O, Ohhigashi H, Imaoka S, et al. The difference in malignancy between pedunculated and sessile polypoid lesions of the gallbladder. *Am J Gastroenterol* 1989; 84:1386-1390.
14. Farinon AM, Pacella A, Cetta F, et al. Adenomatous polyps of the gallbladder. adenomas of the gallbladder. *HPB Surg* 1991; 3:251-258.
15. Moriguchi H, et al. Natural history of polypoid lesions in the gall bladder. *Gut* 1996 Dec; 39(96):860-2.
16. Reck T, et al. Polypoid lesions of the gallbladder—preventive cholecystectomy? *Chirurg* 1992 Jun;63(6):506-10.
17. Yang HL, et al. Polypoid lesions of the gallbladder: diagnosis and indications for surgery. *Br J Surg* 1992 Mar;79(3):227-9.
18. Farinon AM, et al. „Adenomatous polyps of the gallbladder” adenomas of the gallbladder. *HPB Surg* 1991 Apr; 3(4):251-8.
19. Čolović R, Perišić-Savić M, Havelka M, Čolović M, Krivokapić Z. Holesterolski polip žučne kesice. *Srp Arhiv Cel Lek* 1985; 113: 1049-54.

SURGICAL TREATMENT OF GALLBLADDER POLYPOID LESIONS

Miljko A. PEJIĆ¹, Dragan J. MILIĆ²

1. Surgical Department, Health Centre, Užice; 2. Surgical Clinic, Clinical Centre, Niš

INTRODUCTION

Polypoid lesions of the gallbladder can be divided into benign and malignant categories. Malignant polypoid lesions include carcinomas of the gallbladder, which is the fifth most common malignancy of the gastrointestinal tract and the most common malignancy of the biliary tract. Benign polypoid lesions of the gallbladder are divided into true tumors and pseudotumors. Pseudotumors account for most of polypoid lesions of the gallbladder, and include polyps, hyperplasia, and other miscellaneous lesions. Adenomas are the most common benign neoplasms of the gallbladder. Cholesterol polyps are the most common pseudotumors of the gallbladder. The polyps can be single or multiple, usually less than 10 mm in size. They have no predilection for any particular gallbladder site, and usually are attached to the gallbladder wall by a delicate, narrow pedicle. No malignant potential has been identified for this type of pseudotumor. Adenomas are the most com-

mon benign neoplasms of the gallbladder. They have no predilection site in the gallbladder, and may also be associated with gallstones or cholecystitis. The premalignant nature of adenomas remains controversial. Ultrasonography (US) has been demonstrated to be significantly better in detecting polypoid lesions of the gallbladder as compared with computed tomography and cholecystography. A mass fixed to the gallbladder wall of normal thickness, without shadowing, is seen in case of gallbladder polyp. Since gallbladder cancers usually present as polypoid lesions, differentiation between benign polypoid lesion and malignant lesion can be very difficult, even with high-resolution imaging techniques.

PATIENTS AND METHODS

Retrospectively we have analyzed 38 patients with ultrasonographically detected gallbladder polyps during the period from January 1995 to

December 2000, who were treated at surgical department of Health Centre in Uzice and at Surgical clinic of Clinical Centre in Nis. We have analyzed patients demographical data as well as their symptoms and radiographic findings. If the patient was operated, patohistological findings were analyzed also.

RESULTS

In our study 38 examined patients had mean age of 53.2 years (standard deviation of 12.8 years; range 26-80 years). The male-female ratio was 1:1.

Overall 36 patients had symptoms that could be related to gallbladder diseases. Among these patients, 32 had pain in the upper-right quadrant of the abdomen that could be defined as biliar colic, and two had symptoms of acute cholecystitis. Among remaining four patients, two were examined because of the pain in the lower part of the abdomen. One patient had high temperature of unknown origin and the gallbladder polyp was detected accidentally during the ultrasonographic examination of the abdomen. Second patient had jaundice of unknown origin, with ultrasound showing no significant changes in biliary tract.

Preoperative ultrasound findings were inconsistent. The size of the lesion was marked only in 18 out of 38 patients. Among 34 operated patients, just 11 of them had patohistologically verified polipoid lesion.

Patohistological analyzes of extirpated gallbladders showed one normal gallbladder, seven cholesterol polyps, one polipoid cholecystitis, and two real gallbladder neoplasms. One patient had gallbladder adenoma while the other had adenocarcinoma. Malignancy rate was 2.94% (one in 34).

All patients with neoplastic polyps had solitary lesion larger than 1 cm in diameter, while the patients with non-neoplastic lesions had multiple lesions smaller than 1 cm in diameter.

All operated patients, with the exception of one, had pathologically verified abnormal gallbladders. This results showed the presence of chronic cholecystitis even in the absence of the polyps.

DISCUSSION

Generally, no treatment is required in young patients with very small gallbladder polyps who are completely free from any symptoms. A patient with dyspeptic symptoms but no painful episodes consistent with biliary colic should be managed conservatively. Cholecystectomy is also indicated in patients with large gallbladder polyps sized over 10 mm, irrespective of symptomatology. In patients with gallbladder polypoid lesions smaller than 10 mm, cholecystectomy is indicated only if complicating factors are present, e.g., age over 50 years and coexistence of gallstones. If the gallbladder polyp is smaller than 10 mm and complicating factors are absent, the „watch-and-wait“ strategy seems to be recommendable.

CONCLUSION

Although gallbladder polyps are rare, they represent a significant health problem because they may be a precursor to gallbladder cancer. On the basis of the available data, and the results that we have gained in our study we suggest that gallbladder should be extirpated in cases when: 1. symptomatic lesions are present regardless of size; 2. polyps larger than 10 mm are present because they represent a risk for gallbladder cancer; 3. polyps are showing rapid increase in size.

Polyps less than 10 mm that are incidentally identified and not removed should be assessed by ultrasonography at least every six months. This is especially critical for sessile polyps, in which the possibility of a small cancerous polyp is greater than in pedunculated polyps. Also, asymptomatic lesions less than 10 mm in diameter should be removed if patient is older than 50 years or if he has concomitant gallbladder calculosis.

Key words: gallbladder, polyps.

Miljko PEJIĆ
Užičke republike 74, 31000 Užice
E-mail: bmpfive@ptt.yu