

Galblaaspoliepen

Er wordt geadviseerd indien een galblaaspoliep < 10 mm een expectatief beleid te voeren en indien de galblaaspoliep ≥10 mm een cholecystectomie uit te voeren.

Er wordt geadviseerd om in het geval van bijkomende risicofactoren, zoals primair scleroserende cholangitis (PSC), de indicatie tot cholecystectomie te stellen indien de galblaaspoliep ≥ 5 mm.

De werkgroep is van mening dat in geval van een expectatief beleid bij galblaaspoliepen een screeningsinterval van 12 maanden een redelijke periode is.

De werkgroep is van mening dat het niet mogelijk is om op basis van wetenschappelijke argumenten een uitspraak te doen over de duur van follow-up bij galblaaspoliepen.

De werkgroep is van mening dat bij een galblaaspoliep groter dan 15 mm een open cholecystectomie verricht moet worden. Bij een galblaaspoliep kleiner dan 15 mm zonder enige aanwijzing op maligniteit kan laparoscopische cholecystectomie overwogen worden.

Literatuurbespreking:

Poliepen in de galblaas worden over het algemeen bij toeval gevonden bij transabdominale echo, endoscopische ultrasonografie (EUS), CT of MR scan. Van klinisch belang is het onderscheid tussen:

- neoplastische poliepen (adenomen, carcinoma in situ) en
- niet-neoplastische poliepen bijvoorbeeld adenomyomatosis, cholesterol poliepen of inflammatoire poliepen.

De niet-neoplastische varianten zijn verantwoordelijk voor 95% van alle galblaaspoliepen ¹⁰⁷. Adenomyomatosis van de galblaas is een degeneratieve, goedaardige aandoening welke bij beeldvorming wordt gekarakteriseerd door een verdikte galblaaswand met intramuraal divertikels (sinussen van Rokitansky-Aschoff). Adenomyomatosis is meestal asymptomatisch. In geval van symptomen en indien andere differentiaal diagnostische overwegingen gelden, inclusief de verdenking op een mogelijke maligniteit, is een cholecystectomie aangewezen.

Er wordt algemeen aangenomen dat ook de overgrote meerderheid van de neoplastische galblaaspoliepen geen klinische symptomen veroorzaakt. De klinische relevantie van galblaaspoliepen is gelegen in de kans dat een adenomateuze galblaaspoliep maligne ontaardt. De frequentie waarmee dit gebeurt is onbekend. Wel is een aantal risicofactoren bekend waarvan de poliepgrootte de beste correlatie toont met het risico op maligne ontaarding. In een Japanse serie van 1605 patiënten die een galblaas resectie ondergingen werd bij 18 patiënten een galblaasadenoom (poliep) gevonden waarvan 7 foci bevatten met maligne cellen ⁷². Alle maligne ontaarde poliepen waren >12 mm. Een Japanse multicenter datareview betreffende 503 galblaaspoliepen <20 mm, toonde dat in poliepen <10 mm de incidentie van maligniteit 6% bedroeg maar dat bij poliepen tussen de 10 en 20 mm dit opliep tot 37,5% ¹⁶³. In een andere serie van 411 patiënten werd bij 32 (8%) een benigne en in 8 (2%) een maligne poliep in het galblaasresectiepreparaat gevonden. Het grootste deel van de benigne poliepen betroffen cholesterol poliepen en geen adenomen. Van de benigne poliepen was 94% <10 mm, 88% van de kwaadaardige poliepen waren >10 mm ⁶⁸. Overige risicofactoren voor maligne ontaarding van een adenomateuze galblaaspoliep die in de literatuur worden gemeld zijn:

- leeftijd ^{132 164}
- multipel voorkomen van galblaaspoliepen ¹²⁴
- combinatie met galblaasstenen ⁴¹
- bijkomende premaligne condities zoals een PSC (primair scleroserende cholangitis) ⁷⁸

Mede op basis van de eerder genoemde data werd in de literatuur veelvuldig en consistent geadviseerd om in geval van galblaaspoliepen >10 mm een cholecystectomie te verrichten. Een tweetal recentere studies stellen de 10 mm grens ter discussie en opperen een lagere bovengrens omdat zij een klinische relevant hogere percentage maligne poliepen <10 mm vonden ^{100 165}. Het betreft hier echter wel tertiaire verwijscentra waarbij mogelijk selectie bias een rol speelt. In het geval van een patiënt met een PSC (pre-maligne conditie) verdient het in ieder geval de overweging deze bovengrens naar beneden bij te stellen en een cholecystectomie uit te voeren bij poliepen >5 mm.

Er bestaat weinig literatuur of, in geval van een galblaaspoliep >10 mm, een open dan wel laparoscopische cholecystectomie verricht moet worden. In een Japanse studie, waarbij in 16 van 72 patiënten met galblaaspoliepen een carcinoom werd vastgesteld, werd geconcludeerd dat indien een poliep <18 mm was, laparoscopisch cholecystectomie verricht kan worden ⁷³. Deze grens werd aangenomen aangezien 7 van de 8 carcinomen in een vroeg stadium in een poliep < 18 mm waren ontstaan. In een andere studie werd bij 6 van 153 patiënten na laparoscopische cholecystectomie met galblaaspoliepen kleiner dan 15 mm een carcinoom vastgesteld ⁵². Bij twee van de zes werd aanvullende chirurgie verricht in verband met een T2 carcinoom. Met een follow-up variërend van 2-8 jaar zonder recidief tumor, concludeerden de auteurs dat laparoscopische cholecystectomie bij poliepen <15 mm gerechtvaardigd is. Op basis van deze studies menen ook anderen dat laparoscopische cholecystectomie verricht kan worden bij galblaaspoliepen <15 mm zonder verdenking op carcinoom ⁷⁵. Transabdominale echografie lijkt het onderzoek van keuze om poliepen die niet voor resectie in aanmerking komen te vervolgen vanwege de goede mogelijkheid van visualisatie van de galblaas, kosten en beschikbaarheid. Een alternatief is EUS (endoscopische endosonografie).

Conclusies:

Het is aannemelijk om de grootte van een poliep als indicatie te gebruiken voor het opstellen van een expectatief beleid (<10 mm) of een cholecystectomie (≥10mm).

Kozuka 1982 ⁷²; Collective review 1986 ¹⁶³; Koga1988⁶⁸

Er zijn aanwijzingen om in geval van bijkomende risicofactoren, zoals bijvoorbeeld een (primair scleroserende cholangitis) PSC, de bovengrens voor poliep grootte naar beneden bij te stellen tot 5.

Terzi 2000 ¹³²; Yang 1992 ¹⁶⁴; Shinkai 1998 ¹²⁴; Goldin 2009 ⁴¹; Leung 2007 ⁷⁷

Er zijn aanwijzingen dat het veilig is om galblaaspoliepen kleiner dan 15 mm te verwijderen door middel van laparoscopische cholecystectomie.

Kubota 1995 ⁷³; Huang 2001 ⁵²

Er zijn geen eenduidige literatuurgegevens met betrekking tot het optimale tijdsinterval bij follow-up maar de meeste clinici houden een periode van 12 maanden aan.

Het is niet mogelijk om op basis van wetenschappelijke argumenten een uitspraak te doen over de duur van follow-up bij galblaaspoliepen.

Overwegingen:

De belangrijkste risicofactor is de grootte van de adenomateuze poliep. Deze risicofactor wordt geassocieerd met maligne ontaarding.

Transabdominale echografie is een geschikte techniek om galblaaspoliepen te vervolgen.