

Aki Uutela, Helka Parviainen ja Ville Sallinen

Sappirakon polyyppi – vähemmän seurantaa ja hoitoa?

Sappirakon polyyppi on melko tavallinen sattumalöydös vatsan kaikukuvauksessa. Sen esiintyvyys on eri aineistojen mukaan 0,3–12 %, tyypillisesti noin 5 % (1–3). Suurin osa polyypeistä on niin kutsuttuja pseudopolyyppeja, joihin ei liity pahanlaatuistumisriskiä ja jotka saattavat jopa kutistua itsestään (4,5). Näistä tavallisin on kolesterolipolyyppi, jonka riskitekijöitä ovat ikä, ylipaino sekä suurentuneet kolesterolin ja maksa-arvot (6). Muita pseudopolyyppeja ovat krooniseen sappirakkotulehdukseen liittyvä tulehduksellinen polyyppi, paikallinen adenomyomatoosi ja adenomatootinen hyperplasia (7,8). Sappirakon polyypeista 8–10 % sen sijaan on varsinaisia hyvänlaatuisia kasvaimia eli adenoomia, jotka saattavat pahanlaatuistua (1,7). Kiinnostus sappirakon polyyppeihin liittyy mahdolliseen syöpäriskiin, joka onneksi on pieni, 5 482 sappirakkopolyyppipotilaan aineistossa vain 0,57 % (1). Sappirakkosyövän ilmaantuvuus Suomessa on noin 1,32/100 000 (9).

Koska pseudopolyyppi ja adenooma voivat kaikukuvauksessa näyttää aivan samanlaisilta, joudutaan polyyppilöydöksen jatkotutkimustarvetta arvioimaan melko usein. Sappirakkopolyyppien hoidosta ja seurannasta on tuoreeltaan julkaistu päivitetty eurooppalainen hoitosuositus, jonka ovat laatineet eurooppalaiset vatsan alueen radiologiaa, kirurgiaa ja endoskopiaa edustavat järjestöt ESGAR, EAES, EFISDS ja ESGE (10). Hoitosuosituksen pohjana toimi aiempi suositus vuodelta 2017 (11). Sokkoutettuja eteneviä tutkimuksia ei sappirakkosyövän harvinaisuuden vuoksi ole tehty, ja kaikki saatavilla oleva tieto perustuu seuran-

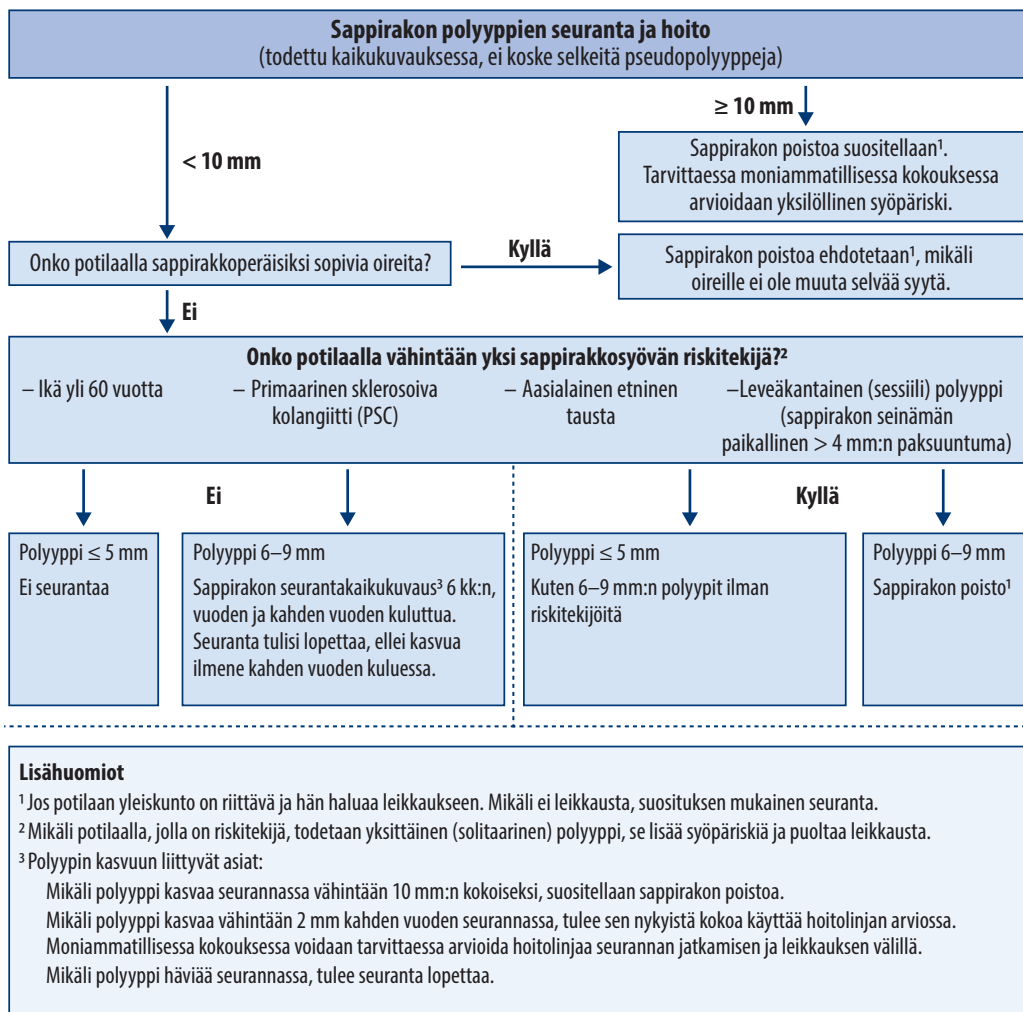
ta- ja rekisteritutkimuksiin sekä niistä tehtyihin meta-analyyseihin.

Sappirakossa havaitun polypoottisen muutoksen pääasialliseksi seurantamenetelmäksi suositellaan vatsan kaikukuvausta, jonka negatiivinen ennustearvo varsinaisen polyyppin osalta on jopa 99,7 %, vaikka positiivinen ennustearvo onkin vain 14,9 % varsinaisen polyyppin ja 7 % syövän osalta (12). Kaikukuvauksen heikon tarkkuuden takia täydentäviä tutkimusmenetelmiä, kuten tehostekaikukuvausta tai endo-

skoopista kaikukuvausta, voidaan käyttää ennen mahdollista leikkauspäätöstä, mutta näiden hyödyistä ei suosituksessa löydetty riittävää näyttöä. HUS:n elinsiirto- ja maksakirurgian yksikössä leikkausharkinnassa olevien sappirakkopolyyppien lisäselvittelynä käytetään tarvittaessa ylävatsan gadoliniumtehosteista magneettikuvausta yhdistettynä magneettikolangiografiaan. Täydentävän kuvantamisen tavoite on havaita tehostuminen eli erottaa merkittävät löydökset pseudopolyypeista.

Sappirakkosyövän riskitekijöiksi hoitosuosituksessa tunnistetaan yli 60 vuoden ikä, primaarinen sklerosoiva kolangiitti (PSC), aasialainen etninen tausta ja polyyppin leveäkantaisuus (sessiili polyyppi, mukaan lukien sappirakon seinämän paikallinen yli 4 mm:n paksuuntuma). Mikäli potilaalla on vähintään yksi näistä riskitekijöistä, suositellaan sappirakon poistoa, kun polyyppin koko on vähintään 6 mm. Sappirakkosyöpään on kuvattu liittyvän sappikiviä useammin kuin hyvänlaatuisiin polyyppeihin, mutta kiviä ei katsota varsinaiseksi syövän riskitekijäksi (4,10). Ensisijainen leikkausmenetelmä on tavallinen laparoskooppi-

Hidas kasvu on polyypeille luonteenomaista eikä välttämättä lisää syöpäriskiä



Creative commons -lisenssi <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

KUVA. Sappirakon polyypien seuranta ja hoito (10).

nen kolekystektomia, ellei selkeää syöpäepäilyä ole. Mikäli riskitekijöitä ei ole, suositellaan kolekystektomiaa, jos polyypin koko on vähintään 10 mm. Jos potilaalla on sappityyppisiksi sopivia kipuja ja polyypilöydös, suositellaan myös harkitsemaan leikkausta. Jos kyseessä on selvä pseudopolyyppi, ei seurantaa tai hoitoa tarvita.

Suositus ehdottaa kahden vuoden kaikukuvaukseuranta 6–9 mm:n kokoisille polyypeille, jos potilaalla ei ole sappirakkosyövän riskitekijöitä. Jos riskitekijöitä on, tulisi myös pienempiä polyyppeja seurata kaksi vuotta, mutta muiden potilaiden alle 6 mm:n polyyppeja ei huomioida (seuranta-algoritmi, **KUVA**). Tämän jälkeen seuranta lopetetaan, mikäli polyyppi ei

kasva. Seurantaan ei oteta potilaita, jotka eivät yleiskuntonsa puolesta sovellu leikkaukseen tai jotka eivät halua leikkausta. Jos polyypissa todetaan selkeä kasvutaipumus, tulee seurantaa jatkaa tai harkita leikkaushoitoa. Hidas kasvu on polyypeille luonteenomaista eikä välttämättä lisää syöpäriskiä (13).

Uusi eurooppalainen suositus eroaa aiemmasta siinä, että pienten polyypien seurantaväliä on harvennettu ja seuranta-aikaa on lyhennetty, vasta 60 vuoden ikä huomioidaan riskitekijänä aiemman 50:n sijaan eikä 2 mm:n kasvu enää välttämättä johda leikkaussuositukseen. Vastaavasti American College of Radiologyn (ACR) vuoden 2013 suosituksen

mukaan alle 7 mm:n polyypppeja ei tarvitsisi seurata lainkaan, 7–9 mm:n polyypppeja seurataan vuosittain kaikukuvauksella ja 10 mm:n tai suuremmat suositellaan leikkaamaan (14). Canadian Association of Radiologistsin (CAR) vuoden 2020 suositus noudattaa muutoin yhdysvaltalais-suositusta, mutta riskipotilaiden ensimmäinen seuranta suositellaan tehtäväksi jo kuuden kuukauden kuluttua (15).

Alle 10 mm:n polyyppien syöpäriski on niin pieni, että vuoden mittaisen seurannan jälkeen on arvioitu tarvittavan 95 624 seurantakaiku-

kuvausta yhden syöpätapausten löytymiseen (13). Tätä on luonnollisestikin vaativaa perustella, kun terveydenhuollon resurssien rajallisuus huomioidaan. Oma näkemys on, että ainakaan eurooppalaista suositusta raskeampaa seurantaprotokollaa ei nykytietämyksen valossa voida perustella. Lisääntyvä kuvantaminen tulee lisäämään kaikkien sattumalöydösten havaitsemista, myös sappirakon (pseudo)polyyppien, ja yhteiskunnallista keskustelua resurssien kohdentamisesta tarvitaan. ■



AKI UUTELA, LL, gastroenterologisen kirurgian erikoislääkäri
HUS, Helsingin yliopistollinen sairaala, Helsingin yliopisto
Royal Infirmary of Edinburgh

HELKA PARVIAINEN, LKT, radiologian erikoislääkäri, vatsaradiologian lisäkoulutus
Vaasan keskussairaala
Helsingin yliopisto
Kustannus Oy Duodecim

VILLE SALLINEN, LKT, dosentti, gastroenterologisen kirurgian erikoislääkäri
HUS, Helsingin yliopistollinen sairaala ja Helsingin yliopisto

SIDONNAISUUDET

Aki Uutela: Apuraha (Amgen, Eli Lilly, Merck KGaA, Roche Oy, Sanofi, Servier)

Helka Parviainen: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Suomen radiologiyhdistys), luottamustoimet (Lääkäriliiton Radiologit-alaosaston hallitus; luottamusmies, (JUKO/Lääkäriliitto) ad 1/2022)

Ville Sallinen: Apuraha (Finska Läkaresällskapet, Vatsatautien tutkimussäätiö, Mary och Georg Ehrnrooths stiftelse, Suomen Gastroenterologiyhdistys ry, Martti I. Turusen muistosäätiön yhdistys, Suomen kirurgiyhdistys, HYKS VTR-rahoitus), luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Vantaan kaupunki, Suomen Gastroenterologiyhdistys ry, Novartis, Helsingin yliopisto, Turun yliopisto), korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Astellas)

KIRJALLISUUTTA

- Elmasry M, Lindop D, Dunne DF, ym. The risk of malignancy in ultrasound detected gallbladder polyps: a systematic review. *Int J Surg* 2016;33 Pt A:28–35.
- Myers RP, Shaffer EA, Beck PL. Gallbladder polyps: epidemiology, natural history and management. *Can J Gastroenterol* 2002;16:187–94.
- Heitz L, Kratz W, Grater T, ym. Gallbladder polyps - a follow-up study after 11 years. *BMC Gastroenterol* 2019;19:42.
- Xu A, Zhang Y, Hu H, ym. Gallbladder polypoid-lesions: what are they and how should they be treated? A single-center experience based on 1446 cholecystectomy patients. *J Gastrointest Surg* 2017;21:1804–12.
- Yao G, Bai X, Yang C, ym. Analysis of risk factors for gallbladder polyp formation - a retrospective study based on serial ultrasounds. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2020;32:1154–9.
- Yu Z, Yang C, Bai X, ym. Risk factors for cholesterol polyp formation in the gallbladder are closely related to lipid metabolism. *Lipids Health Dis* 2021;20:26.
- Cocco G, Basilico R, Delli Pizzi A, ym. Gallbladder polyps ultrasound: what the sonographer needs to know. *J Ultrasound* 2021;24:131–42.
- Kwon W, Jang JY, Lee SE, ym. Clinicopathologic features of polypoid lesions of the gallbladder and risk factors of gallbladder cancer. *J Korean Med Sci* 2009;24:481–7.
- Koppatz H, Takala S, Peltola K, ym. Gallbladder cancer epidemiology, treatment and survival in Southern Finland - a population-based study. *Scand J Gastroenterol* 2021;56:929–39.
- Foley KG, Lahaye MJ, Thoeni RF, ym. Management and follow-up of gallbladder polyps: updated joint guidelines between the ESGAR, EAES, EFISDS and ESGE. *Eur Radiol* 2022;32:3358–68.
- Wiles R, Thoeni RF, Barbu ST, ym. Management and follow-up of gallbladder polyps: Joint guidelines between the European Society of Gastrointestinal and Abdominal Radiology (ESGAR), European Association for Endoscopic Surgery and other Interventional Techniques (EAES), International Society of Digestive Surgery - European Federation (EFISDS) and European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE). *Eur Radiol* 2017;27:3856–66.
- Martin E, Gill R, Debru E. Diagnostic accuracy of transabdominal ultrasonography for gallbladder polyps: systematic review. *Can J Surg* 2018;61:200–7.
- Szpakowski JL, Tucker LY. Outcomes of gallbladder polyps and their association with gallbladder cancer in a 20-year cohort. *JAMA Netw Open* 2020;3:e205143.
- Sebastian S, Araujo C, Neitlich JD, ym. Managing incidental findings on abdominal and pelvic CT and MRI, part 4: white paper of the ACR Incidental Findings Committee II on gallbladder and biliary findings. *J Am Coll Radiol* 2013;10:953–6.
- Bird JR, Brahm GL, Fung C, ym. Recommendations for the management of incidental hepatobiliary findings in adults: endorsement and adaptation of the 2017 and 2013 ACR Incidental Findings Committee White Papers by the Canadian Association of Radiologists Incidental Findings Working Group. *Can Assoc Radiol J* 2020;71:437–47.