

Jakub ZASADA
Kazimierz REMBIASZ
Andrzej BUDZYŃSKI
Anna GWÓŹDŹ
Maciej MATŁOK
Piotr BUDZYŃSKI
Grzegorz DYDUCH

Endoskopowa, kęsowa polipektomia dużego polipa gruczolakowatego dwunastnicy

Endoscopic piecemeal removal of large adenomatous duodenal polyp

II Katedra Chirurgii Ogólnej
Collegium Medicum UJ, Kraków
Kierownik Katedry:
Prof. dr hab. med. *Danuta Karcz*

Dodatkowe słowa kluczowe:

polip
dwunastnica
endoskopia

Additional key words:

polypus
duodenum
endoscopy

Polipy dwunastnicy są rzadko spotykaną zmianą. Mogą być mnogie jak np. w rodzinnej polipowatości okrężnicy czy zespole Gardnera lub występować pojedynczo. Histologicznie są to zazwyczaj zmiany o charakterze łagodnym: mięśniaki gładkokomórkowe, tłuszczaki, gruczolaki, rakowiaki, gruczolaki z gruczolów Brunnera lub zmiany hamartomatyczne. Zmiany o charakterze złośliwym dotyczą głównie okolicy brodawki Vatera i są to zazwyczaj gruczolakoraki. Jeżeli polipy są niewielkie i znajdują się w opuszcze lub części zstępującej dwunastnicy – dostępnej endoskopii – usuwane są właśnie tą metodą. Dalsza lokalizacja lub duży rozmiar polipa wymaga postępowania operacyjnego. Największe rozmiary – do kilku centymetrów – osiągają gruczolaki. Powodują najczęściej objawy niedokrwistości lub niedrożności. W niniejszej pracy prezentowany jest przypadek 52 letniej chorej z objawami anemii, u której stwierdzono w trakcie diagnostyki ogromny polip opuszki dwunastnicy średnicy ok. 7 cm. Został on usunięty endoskopowo metodą kęsową przy pomocy pętli koagulacyjnej. W badaniu histopatologicznym okazał się być polipem gruczolakowatym z II stopniem dysplazji.

Wstęp

Polipy dwunastnicy są stosunkowo rzadko spotykaną zmianą. Mogą być pojedyncze lub mnogie. Histologicznie są to zazwyczaj zmiany o charakterze łagodnym: mięśniaki gładkokomórkowe, tłuszczaki, gruczolaki, rakowiaki, gruczolaki z gruczolów Brunnera lub zmiany hamartomatyczne jak np. polipy w zespole *Peutz-Jaghersa*. Często spotykane są również wszczepy śluzówki żołądka określane w języku angielskim jako gastric heterotopia. Zmiany o charakterze złośliwym dotyczą głównie okolicy brodawki Vatera i są to gruczolakoraki, ale mogą zdarzyć się w dowolnym odcinku dwunastnicy. Spotykane są również zmiany złośliwe dwunastnicy o charakterze przerzutowym w tym najczęściej opisywane przerzuty raka płuc, jajnika, nerki i czerniaka [11].

Pośród łagodnych, zmian znajdują się polipy, które osiągając znaczne rozmiary dają objawy kliniczne niedrożności, czy też poprzez utajone krwawienie prowadzą do

Duodenal polyps are rare pathologies. They can be single or multiple, like in familial adenomatous polyposis or Gardner syndrome. Histologically they are usually benign: adenomas, myomas, lipomas, carcinoids, Brunner adenomas or hamartomas. Malignant lesions are mainly adenocarcinomas localized in the ampulla of the Vater area. Small polyps localized in the superior or descending segment of duodenum can be usually removed endoscopically. Larger or more distally localized polyps must be excised surgically. The largest polyps, up to several centimeters, are adenomas. Ileus or anemia are the main symptoms. Here we report the case of a 52 year old woman with a large polyp (7 cm diameter) localized in the duodenal bulb presenting with anemia. The polyp was removed endoscopically with a piecemeal method using diathermic loop. Histopathologic examination revealed that it was a adenoma with grade II dysplasia.

anemizacji chorego. Przy znacznych rozmiarach polipa rodzi się pytanie, w jaki sposób może on być bezpiecznie usunięty. Uznawanymi sposobami leczenia są endoskopowa polipektomia i laparotomia [7, 13].

Poniżej zaprezentowany przypadek z II Katedry Chirurgii jest dowodem, że kęsowa polipektomia może być skutecznym, a zarazem bezpiecznym sposobem postępowania.

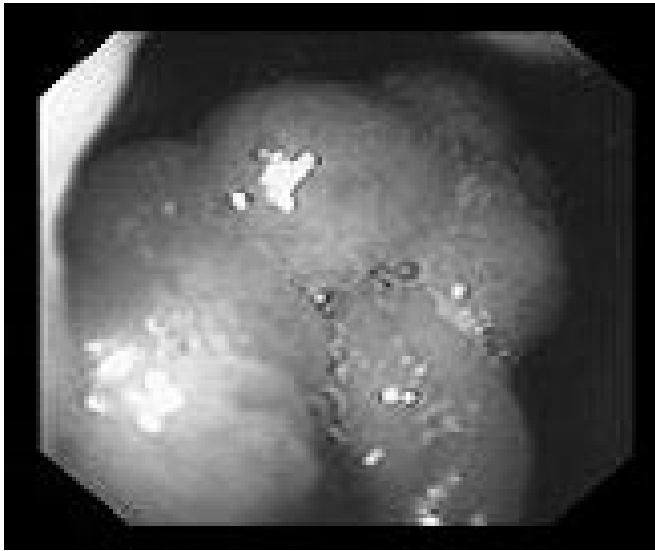
Opis przypadku

52 letnia chora została przyjęta w grudniu 2004 roku do II Katedry Chirurgii celem dalszej diagnostyki i leczenia olbrzymiego polipa dwunastnicy. Nr historii choroby 3664/04.

We wrześniu 2004 roku u chorej w kontrolnych badaniach krwi stwierdzono cechy anemii. Wartości morfologii wynosiły: Erytrocyty – 2540000/mm³; Hemoglobina – 4,6 g/l; Hematokryt – 22%; Leukocyty – 5400/mm³; Płytki – 238000/mm³. Parametry krzepnięcia oraz elektrolity były w granicach normy. Chora została przyjęta do Specjalistycznego Szpitala Powiatowego w Jasle, gdzie rozpoczęto diagnostykę anemii. W zebranych wywiadzie chorego nie zgłaszała dolegliwości bólowych ze strony jamy

Adres do korespondencji:

Jakub Zasada
II Katedra Chirurgii Ogólnej CM UJ
31-501 Kraków, ul. Kopernika 21
Tel. 12 424 82 01; Fax. 12 421 34 56
j_zasada@interia.pl



Zdjęcie 1



Zdjęcie 2

brzuszej, nie podawała nudności, wymiotów czy spadku masy ciała. Brak również było uchwytnej klinicznie cech krwawienia z przewodu pokarmowego. Do tej pory chora nie chorowała. Nie zażywała na stałe leków. Nie paliła papierosów i nie nadużywała alkoholu. Również wywiad rodzinny był negatywny w kierunku chorób nowotworowych przewodu pokarmowego w tym obecności polipów. Chora podała uczulenie na aspirynę. Badanie fizykalne oprócz bledzi powłok nie wykazało odchyłań od normy. W badaniu gastroskopowym wykonanym w Szpitalu Specjalistycznym w Jasle opisano polipowatą, egzofityczną zmianę średnicy 2,5 cm wypełniającą całą opuszkę dwunastnicy. Nie stwierdzono cech czynnego krwawienia z polipa. Włączono do leczenia preparaty żelaza, blokery pompy protonowej (pantoprazol w dawce 2 x 40 mg) i skierowano chorą do II Katedry Chirurgii Collegium Medicum UJ.

Chora została przyjęta do II Katedry Chirurgii w grudniu 2005 roku z wyrównanymi wartościami morfologii: Erytrocyty – 3700000/mm³; Hemoglobina – 10,3 g/l; Hematokryt – 32%; Leukocyty – 12100/mm³ oraz prawidłowymi wartościami elektrolitów i parametrów krzepnięcia. W wywiadzie pojawiły się poposilkowe nudności i wymioty. Chorej wykonano gastroskopię. W badaniu stwierdzono niewielką przepuklinę rozworu przełykowego i kilka niewielkich zmian angiodyplastycznych w trzonie żołądka. W opuszcze dwunastnicy obecny był wcześniej opisany polip, widoczny już w kanale odźwiernika, częściowo wpuklający się do żołądka wielkości 4 x 3 cm, schodzący dolnym brzegiem do poziomu brodawki *Vatera*. Polip wypełniał całą opuszkę dwunastnicy (zdjęcie 1,2).

Zdecydowano o próbie endoskopowego usunięcia zmiany. Wykonano kęsovą polipektomię za pomocą pętli koagulacyjnej usuwając polipa w pięciu fragmentach dochodząc do jego podstawy średnicy 1cm. Poszczególne fragmenty polipa usunięto za pomocą koszyka do usuwania ciał obcych (zdjęcie 3).

Niewielkie krwawienie z podstawy szczytu oponowano ostrzykując miejsce krwawienia roztworem adrenaliny. W dalszym przebiegu u chorej nie wystąpiły żadne powikłania. Po badaniu włączono dożylnie blocker pompy protonowej (Pantoprazol) w dawce 2 x 40 mg, i podawano środki alkalinizujące (Alugastrin) 3 x 15 ml. W dniu badania chora otrzymywała płyny wyłącznie dożylnie. Monitorowano również tętno i ciśnienie krwi w odstępach godzinnych przez pierwszą dobę. Następnego dnia chora otrzymała zimne płyny doustnie uzupełnione wlewami dożylnymi, w drugiej dobie płynne pokarmy, a w trzeciej normalną dietę. Została wypisana w dobrym stanie ogólnym w 4 dobie po polipektomii. Do domu zalecono leczenie: Pantoprazol 1 x 40 mg oraz alkalina 3 x 15 ml.

Usunięty polip makroskopowo był policykliczny, miał gładką, lśniąca powierzchnię koloru różowego bez cech nadżerek, owrzodzeń czy martwicy. Pofragmen-



Zdjęcie 3

towny polip przekazano do badania histopatologicznego, które wykazało, iż jest to polip gruczolakowaty o drugim stopniu dysplazji. Nie znaleziono w preparacie ognisk utkania nowotworu złośliwego* (zdjęcie 4, 5).

*Badanie wykonano w Katedrze Patomorfologii CM UJ w Krakowie, kierownik Prof. J. Stachura.

W miesiąc po usunięciu polipa wykonano gastroskopię, w której stwierdzono bliznę po polipektomii i pobrano z niej serię wycinków do badania histopatologicznego, w którym stwierdzono przewlekły proces zapalny, oraz cechy ogniskowej adenomiatozy z dysplazją małego stopnia. Zalecono dalsze przyjmowanie blockerów pompy protonowej i kontrolę za sześć miesięcy.

W kolejnej kontrolnej gastroskopii, do której chora zgłosiła się we wrześniu 2005 roku stwierdzono niezmienną błonę śluzową żołądka i opuszkę dwunastnicy bez zmian – bez śladu polipa. Chora nie zgłaszała dolegliwości. Również wartości kontrolnej morfologii pozostały prawidłowe (Erytrocyty – 4780000/mm³; Hemoglobina – 9,0 g/l; Hematokryt – 42,9%; Leukocyty – 4800/mm³).

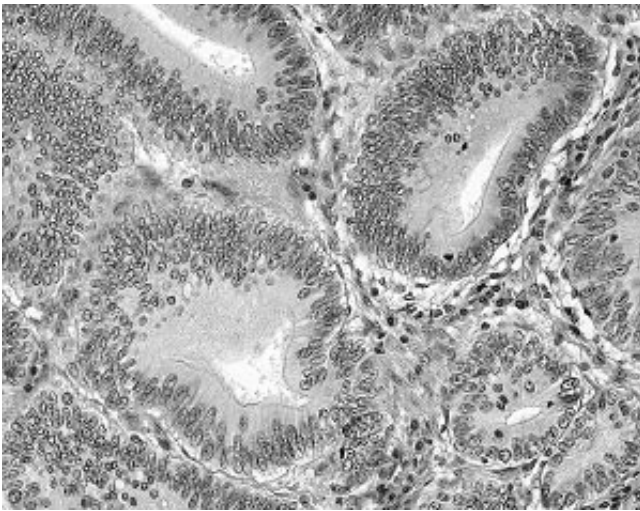
Chora pozostaje w stałej kontroli naszej Kliniki.

Dyskusja

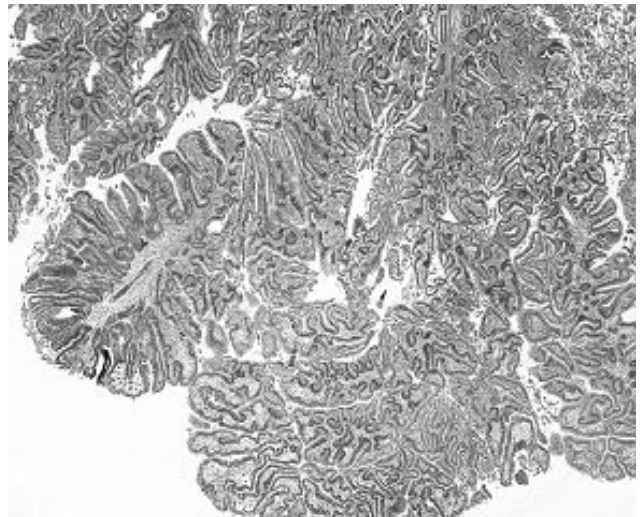
Jepsen i wsp. w prospektywnym badaniu obejmującym 584 chorych, u których

wykonano endoskopię górnego odcinka przewodu pokarmowego 27 (4,6%) miało wykryte polipy w opuszcze i zstępującej części dwunastnicy z czego tylko 2 (0,4% chorych i 7% polipów) okazało się być gruczolakami [6]. W dużych badaniach niemieckich obejmujących 25000 kolejnych gastroskopii znaleziono 378 polipów dwunastnicy, z czego 6,8% było rozpoznanych jako polipy gruczolakowate [9]. *Tajri* i wsp. donoszą, iż z 5080 chorych, u których wykonano gastroskopię 130 (2,6%) miało stwierdzone polipy dwunastnicy, a 20 z nich (0,39% wszystkich chorych i 15,4% wszystkich polipów) okazało się być gruczolakami, wyłączając z badania chorych z rodzinną polipowatością jelita grubego [15].

W polipach gruczolakowatych dwunastnicy podobnie jak w polipach jelita grubego wyróżniane są 3 typy: cewkowe, cewkokosmkowe i kosmkowe (klasyfikacja WHO 1989 rok) [11]. Polipy o utkaniu cewkowym są najczęstsze, stanowiąc 75-80% wszystkich polipów gruczolakowatych dwunastnicy.



Zdjęcie 4



Zdjęcie 5

Pozostały odsetek stanowią polipy cewkowo-kosmkowe i kosmkowe. Oba typy polipów podobnie jak te w jelicie grubym mogą ulegać kolejnym stopniom dysplazji i procesowi karcinogenezy. Polipy kosmkowe pomimo, iż rzadsze, wykazują większy potencjał przemiany nowotworowej i to właśnie w ich obrębie częściej rozpoznawane jest ognisko raka [11]. Należy dodać, iż z tego względu biopsja jakiegokolwiek polipa nie zawsze jest jednoznaczna i nie wyklucza złośliwości zmiany. Wyniki fałszywie negatywne zdarzają się w 25-82% [10].

74-89% polipów w badaniu przeprowadzonym przez *Jepsena* i wsp. było mniejszych niż 1cm i większość z nich (83%) miało postać przysadziastą [6]. Jeżeli chodzi o wielkość polipów najczęściej duże rozmiary opisywane są wśród polipów *Brunera* (ok. 5 cm) [8]. *Murray* w 54 przypadkach diagnozowanych polipów gruczolakowatych u 44 udokumentował rozmiar. Średnia wynosiła 15 mm, najmniejszy polip mierzył 3 mm, a największy 70 mm, jednak nie podano sposobu jego usunięcia [9]. Polipy gruczolakowate endoskopowo widoczne są zazwyczaj jako niewielkie, bladoróżowe, błyszczące, policykliczne lub kalafiorowate, miękkie zmiany o nierównej powierzchni. W przypadku przemiany nowotworowej tracą połysk, stają się bardziej nierówne, czerwone i mogą posiadać nadżerki czy owrzodzenia. Polipy gruczolakowate występują częściej jako zmiany przysadziaste, rzadziej jako uszypułowane.

Polipy dwunastnicy nie dają charakterystycznych objawów. Małe polipy są zazwyczaj zupełnie bezobjawowe i najczęściej wykrywane są jako zmiany towarzyszące innym schorzeniom górnego odcinka przewodu pokarmowego. Większe mogą stać się przyczyną krwawienia z przewodu pokarmowego, anemii, wysokiej niedrożności, czy zlokalizowane w okolicy brodawki *Vatera*, żółtaczkę.

Leczenie polipów dwunastnicy pozostaje sprawą dyskusyjną. W literaturze opisywanych jest wiele sposobów w zależności od ilości zmian, wielkości polipa, jego utkania i położenia w dwunastnicy. Wydaje się być oczywiście że endoskopowa polipek-

tomia pozostaje metodą z wyboru jako najmniej inwazyjną [6]. Nawet duże polipy jak ten opisany w niniejszej pracy mogą być bezpiecznie usuwane tą metodą świadczą o tym również liczne publikacje [4,8,14]. Należy wspomnieć o przydatności ultrasonografii endoskopowej (EUS) w wycinaniu zmian położonych bardziej śródściennie (ocena głębokości zmiany). W przypadku braku możliwości zastosowania endoskopii (polipy przysadziaste) do dyspozycji pozostaje laparotomia i operacyjne wycięcie polipa z dojścia przez dwunastnicę [5,8]. Istnieją też próby laparoskopowego usuwania polipów. *Bowers* opisuje laparoskopowe wycięcie rakowiaka opuszki dwunastnicy, zaś *Cuesta* laparoskopowe przezżołądkowe wycięcie polipa dwunastnicy [1,3]. Wydaje się być oczywiste, że procedury takie jak pankreatoduodenektomia zarezerwowane są dla przypadków złośliwych guzów dwunastnicy. W przypadku wielopolipowatości dwunastnicy np. w przebiegu zespołów polipowatości rodzinnej (FAP) podejmowane są z dobrym skutkiem zabiegi wycięcia dwunastnicy z zaoszczędzeniem trzustki [12].

Najczęściej opisywanym powikłaniem polipektomii endoskopowej jest krwawienie z szczytu polipa możliwe do opanowania również endoskopowo. W materiale *Ghaziego* opisano 2 takie powikłania wśród 44 polipektomii [4]. *Caraneros* opisuje krwawienie z szczytu usuniętego polipa w 48 godzin po polipektomii [2]. Potencjalnie możliwe jest również przedziurawienie dwunastnicy. Przy usuwaniu dużych polipów metodą endoskopową należy liczyć się również z trudnością w ich wydobyciu przez żołądek i przełyk.

Opisana przez nas chora została skutecznie wyleczona małoinwazyjną metodą endoskopową. Uniknęła bardziej skomplikowanego, obciążonego wyższą śmiertelnością zabiegu operacyjnego. Hospitalizacja wyniosła zaledwie 4 dni. Potwierdzony został histopatologicznie łagodny charakter guza. Kolejne kontrole potwierdziły skuteczność przeprowadzonego leczenia. Powyższe dane świadczą, iż endoskopowa kęsowa polipektomia dużych polipów dwunastnicy jest metodą bezpieczną, godną polecenia, ale powinna być stosowana w ośro-

dkach o dużym doświadczeniu endoskopowym z zabezpieczeniem sali operacyjnej na wypadek wystąpienia powikłań.

Piśmiennictwo

- Bowers S.P., Smith C.D.:** Laparoscopic resection of posterior duodenal bulb carcinoid tumor. *Am. Surg.* 2003, 69, 792.
- Caraneros J.A., de la Caba C., Fradejas P. et al.:** Gastrointestinal bleeding after endoscopic treatment of polypoid hamartoma (adenoma of Brunner's glands). *Gastroenterol. Hepatol.* 2003, 26, 549.
- Cuesta M.A., Eijsbouts Q.A., Felt-Bersma R.J., van den Berg M.:** Transgastric endoluminal laparoscopic resection of a duodenal polyp. *Surg. Laparosc. Endosc.* 1998, 8, 322.
- Ghazi A., Ferstenberg H., Shinya H.:** Endoscopic gastroduodenal polypectomy. *Ann. Surg.* 1984, 200, 175.
- Hartenfels I.M., Dukat A., Burg J., Hansen M., Jung M.:** Adenomas of Vater's ampulla and of the duodenum. Presentation of diagnosis and therapy by endoscopic interventional and surgical methods. *Chirurg.* 2002, 73, 235.
- Jepsen J.M., Person M., Jakobsen N.O. et al.:** Prospective study of prevalence and endoscopic and histopathologic characteristics of duodenal polyps in patients submitted to upper endoscopy. *Scand. J. Gastroenterol.* 1994, 29, 483.
- Karcz D.:** Chirurgia endoskopowa w diagnostyce i leczeniu schorzeń przewodu pokarmowego. Krakowskie wydawnictwo medyczne. Kraków 2000.
- Khawaja H.T., Deakin M., Colin-Jones D.G.:** Endoscopic removal of a large ulcerated Brunner's gland adenoma. *Endoscopy* 1986, 18, 199.
- Murray M.A., Zimmerman M.J., Ee H.C.:** Sporadic duodenal adenoma is associated with colorectal Neoplasia. *Gut* 2004, 53, 261.
- Ohishi T., Puse Y., Okano H. et al.:** Endoscopic studies of polypoid lesions on the duodenal bulb. *Gastroenterol. Endosc.* 1984, 26, 1489.
- Robins:** Pathology. Chapter 10 Neoplastic lesions of the small intestine.
- Sarmiento J.M., Thompson G.B., Nagorney D.M. et al.:** Pancreas-sparing duodenectomy for duodenal polyposis. *Arch. Surg.* 2002, 137, 557; discussion 562.
- Silverstein F.E., Tytgat G.N.J.:** Endoskopia przewodu pokarmowego - ATLAS. Medycyna Praktyczna 1998 r.
- Tai M., Yoshikawa I., Kume K. et al.:** A large Brunner's gland hamartoma resected by endoscopic polypectomy. *Gastrointest. Endosc.* 2001, 53, 207.
- Tajiri H., Yoshimori M., Nakamura K. et al.:** An endoscopic study on elevated lesions of the duodenum: mainly about malignant tumors of the duodenum. *Prog. Dig. Endosc.* 1982, 20, 147.