

# Galdeblærepolyp viste sig at være metastase fra malignt melanom

Helene Juul Würtz<sup>1</sup>, Sönke Detlefsen<sup>2</sup> & Alan Patrick Ainsworth<sup>1</sup>

## KASUISTIK

1) Kirurgisk Afdeling A, Odense Universitetshospital  
2) Afdeling for Klinisk Patologi, Odense Universitetshospital

Ugeskr Læger  
2018;180:V01180034

Man vil typisk konstatere en eller flere polypper i galdeblæren hos omkring 5% af de patienter, der får foretaget ultralydskanning af abdomen [1]. I nyligt publicerede guidelines anføres det, at hvis en polyp er større end 10 mm, bør patienten tilbydes kolecystektomi, da der er en forøget risiko for, at det drejer sig om galdeblærecancer, mens malignitet er ekstremt sjældent ved mindre polypper [1]. I Sundhedsstyrelsens specialevejledning for kirurgi er det ikke angivet, på hvilket sygehusniveau man bør udføre operationer for galdeblærepolyper [2]. I det følgende præsenteres en sygehistorie, hvoraf vigtigheden af, at patienter med større polypper i galdeblæren henvises til vurdering på et af landets leverkirurgiske centre, fremgår.

## SYGEHISTORIE

En 52-årig kvinde blev henvist til videreudredning/behandling, idet en CT-skanning udført på grund af træthed, sure opstød, øvre mavesmerter og et ufrivilligt væggtab (halvandet kg på en uge) havde vist en 2,5 cm stor polypøs forandring i galdeblæren (**Figur 1A**). Patienten var ellers rask, fraset at hun otte år tidligere havde fået fjernet et superficielt spredende malignt me-

lanom (Clarks level IV med en tykkelse på 1,19 mm) på ryggen. Opfølgningen var blevet afsluttet efter fem år. På mistanke om galdeblærecancer planlagde man laparoskopi inklusive laparoskopisk ultralydskanning og eventuel samtidig kolecystektomi samt fjernelse af lymfeknuder i det hepatoduodenale ligament. Ved operationen fandt man ved laparoskopisk ultralydskanning tre 5 mm store malignitetssuspekterede områder i leveren, og frysemikroskopi gav mistanke om metastase fra et malignt melanom. Polyppen i galdeblæren voksede ikke ned i leveren, hvorfor der blev foretaget åben kolecystektomi med deling af ductus cysticus helt tæt på ductus choledochus (inklusive frysemikroskopi af resektionsranden) samt fjernelse af de lokale lymfeknuder som planlagt. Det postoperative forløb var uden komplikationer. Makroskopisk var polyppen i galdeblæren sortfarvet og havde en diameter på 3,5 cm (**Figur 1B**). Mikroskopi af galdeblærepolypen (**Figur 1C + D**) og forandringerne i leveren viste begge steder metastase fra et malignt melanom. Patienten blev henvist til viderebehandling på sygehusets onkologiske afdeling.

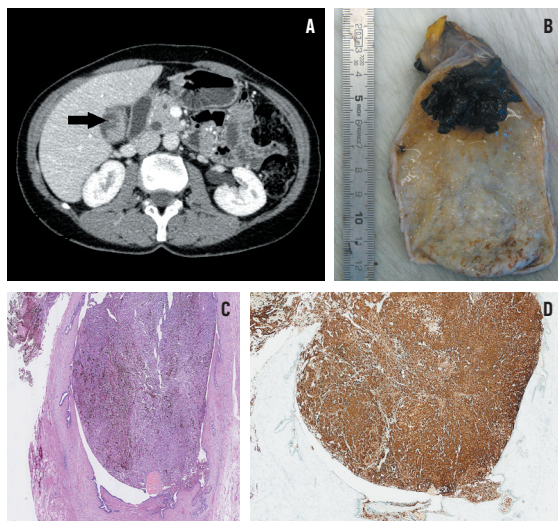
## DISKUSSION

Malignt melanom i galdeblæren forekommer yderst sjældent [3]. Der kan være tale om en primærtumor eller om en metastase, idet førstnævnte defineres som de tilfælde, hvor der ikke tidligere har været konstateret malignt melanom hos patienten. Patienten i sygehistorie havde tidligere haft et malignt melanom på ryggen, hvorfor tumoren blev opfattet som en metastase, idet der også blev konstateret metastaser til leveren. Da metastase fra et malignt melanom til galdeblæren som anført har en meget lav hyppighed, baseres behandlingsforslag typisk på kasuistikker. Oftest udføres der kolecystektomi [3], hvilket også blev foretaget hos patienten i sygehistorien, men om en sådan *debulking*-operation forlænger overlevelsen, er usikkert. Indgrebet blev dog udført i dette tilfælde, da patienten i højre øvre kvadrant havde smerter, der lignede galdestenssmerter, og man heller ikke peroperativt havde mistanke om malignt melanom-metastase til galdeblæren.

Det er næppe rimeligt, at alle patienter med galdeblærepolyper skal opereres på leverkirurgiske centre,

**FIGUR 1**

A. CT-billede af en 2,5 cm stor polyp i galdeblæren. B. Fikseret og opklippet galdeblære efter fjernelse. Der ses en 3,5 cm sortfarvet polyp. C. Mikroskopi af galdeblærepolypen viser, at den er opbygget af melanomceller og indeholder sort melaninpigment (hæmatoxylin og eosin-farvning). D. Der er kraftig expression af melan A i de metastatiske melanomceller (melan A-immunhistokemi).



da flere studier inklusive et dansk viser, at det faktisk kun er ca. halvdelen af patienterne med ultralyddiagnosticerede polypper i galdeblæren, som viser sig at have makroskopisk eller mikroskopisk identificerbare polypper, efter at der er udført kolecystektomi [4]. Ligeledes viser undersøgelser, at hyppigheden af galdeblærecancer blandt patienter, der får foretaget kolecystektomi på grund af galdeblæresten er omkring 1% [5], hvilket man tilsyneladende har accepteret er en så lav sandsynlighed, at kolecystektomi for galdeblæresten kan udføres på ethvert sygehusniveau. Vi foreslår dog, at man på grund af den øgede risiko for malignitet, jævnfør de nyeste europæiske guidelines, henviser en patient til vurdering på et leverkirurgisk center, hvis man på en ultralydskanning har påvist en polyp, der er større end 10 mm, da patienten i forbindelse med henvisningen med fordel kan få foretaget CT af thorax/abdomen også. Denne strategi burde ikke medføre en væsentligt forøget arbejdsmængde på de højtspecialiserede kirurgiske afdelinger, da andelen af højrisikopolypper er ganske lille [4], men den ville øge chancen for, at patienten kunne tilbydes en definitiv behandling ved ét indgreb og er på et hospital, hvor der også findes højtspecialiseret onkologisk behandling.

## SUMMARY

Helene Juul Würtz, Sönke Detlefsen & Alan Patrick Ainsworth:  
Metastasis from a malignant melanoma presenting as a gall bladder polyp  
Ugeskr Læger 2018;180:V01180034

Gall bladder polyps larger than 10 mm hold an increased risk of malignancy. In this case report, a metastasis from a superficial spreading malignant melanoma level IV presented as a large gall bladder polyp in a 52-year-old woman. The melanoma had been surgically resected eight years earlier. The most frequent distant metastatic sites of malignant melanoma are soft tissue, lung, liver, skin and brain, but metastasis to the gallbladder is rare. It is important to refer patients with large gall bladder polyps to centres with expertise in liver surgery.

**KORRESPONDANCE:** Alan Patrick Ainsworth.  
E-mail: alan.ainsworth@dadlnet.dk

**ANTAGET:** 14. marts 2018

**PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK:** 4. juni 2018

**INTERESSEKONFLIKTER:** ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på [ugeskriftet.dk](http://ugeskriftet.dk)

## LITTERATUR

1. Wiles R, Thoeni RF, Barbu ST et al. 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.
2. <https://www.sst.dk/da/planlaegning/specialeplanlaegning/gaeldende-specialeplan//media/12A93E324B40457BB74ED9D7AA49B66C.ashx> (13. jan 2018).

3. Giannini I, Cutrignelli DA, Resta L et al. Metastatic melanoma of the gallbladder: report of two cases and a review of the literature. *Clin Exp Med* 2016;16:295-300.
4. Pedersen MR, Dam C, Rafaelsen SR. Ultrasound follow-up for gallbladder polyps less than 6 mm may not be necessary. *Dan Med J* 2012;59(10):A4503.
5. Muszynska C, Lundgren L, Lindell G et al. Predictors of incidental gallbladder cancer in patients undergoing cholecystectomy for benign gallbladder disease: results from a population-based gallstone surgery registry. *Surgery* 2017;162:256-63.