

# ติ่งเนื้อถุงน้ำดี (Gallbladder polyps)

อ.พพ. สว่างพงษ์ จันดี

อ.พญ. นัยชนา จำริญกุล

สาขาวิชาทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

## นิยาม

ติ่งเนื้อถุงน้ำดีคือติ่งเนื้อซึ่งงอกจากผนังชั้นในถุงน้ำดี มักพบโดยบังเอิญจากการทำอัลตราซาวด์หรือจากชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาที่ได้จากการผ่าตัดถุงน้ำดี<sup>1-3</sup> ส่วนใหญ่ของติ่งเนื้อถุงน้ำดีเป็นติ่งเนื้อชนิด hyperplastic และติ่งเนื้อที่เกิดจากการมีไขมันสะสม (cholesterolosis) มากกว่าติ่งเนื้อชนิด neoplastic ปัญหาที่สำคัญของการดูแลภาวะนี้คือการพิจารณาความจำเป็นในการผ่าตัดถุงน้ำดี เพราะลักษณะทางรังสีเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอสำหรับการแยกติ่งเนื้อที่เป็นมะเร็ง (gallbladder carcinoma) หรือติ่งเนื้อที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็ง (premalignant adenomas) ออกจากติ่งเนื้อธรรมดา (benign polyp) ได้ และในผู้ป่วยบางรายถึงแม้จะเป็นติ่งเนื้อธรรมดาก็สามารถที่จะก่อให้เกิดอาการได้เหมือนกับอาการที่เกิดจากนิ่วในถุงน้ำดีได้

ในระยะหลังมีการนำอัลตราซาวด์มาใช้มากขึ้นในเวชปฏิบัติ ทำให้อุบัติการณ์ของการตรวจพบติ่งเนื้อถุงน้ำดีเพิ่มขึ้นตามไปด้วย แต่แนวทางปฏิบัติในการประเมินและจัดการกับภาวะดังกล่าวยังไม่ชัดเจนและเป็นที่ยกเถียงกันอยู่

## ระบาดวิทยา

การตรวจพบติ่งเนื้อถุงน้ำดีมีความชุกอยู่ที่ประมาณร้อยละ 0.004-13.8 ของการผ่าตัดถุงน้ำดี<sup>1</sup> และร้อยละ 1.5- 4.5 จากการทำอัลตราซาวด์<sup>2,3</sup> พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันระหว่างการตรวจพบติ่งเนื้อถุงน้ำดีกับอายุ เพศ น้ำหนัก จำนวนครั้งของ



การตั้งครุฑ หรือการใส่ฮอร์โมนเพศหญิง รวมถึงปัจจัยเสี่ยงอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการตรวจพบนิ่วในถุงน้ำดี<sup>3</sup>

## การจำแนกประเภทของติ่งเนื้อถุงน้ำดี

ติ่งเนื้อของถุงน้ำดีสามารถจำแนกเบื้องต้นเป็นติ่งเนื้อชนิดธรรมดา (benign polyps) และติ่งเนื้อชนิดเนื้อร้าย (malignant polyps) โดยติ่งเนื้อชนิดธรรมดาสามารถแบ่งย่อยอีกเป็นติ่งเนื้อชนิด neoplastic และ non-neoplastic<sup>4,5</sup> (ตารางที่ 1) โดยติ่งเนื้อชนิดธรรมดาประเภท neoplastic ที่พบบ่อยที่สุดคือติ่งเนื้อ adenoma

**ตารางที่ 1** การจำแนกประเภทของติ่งเนื้อถุงน้ำดี (ดัดแปลงจาก Weedon, D. Benign mucosal polyps. In pathology of the gallbladder, Mason, New York 1984. p.195. and Laitio, M, Pathol Res Pract 1983: 178:57).

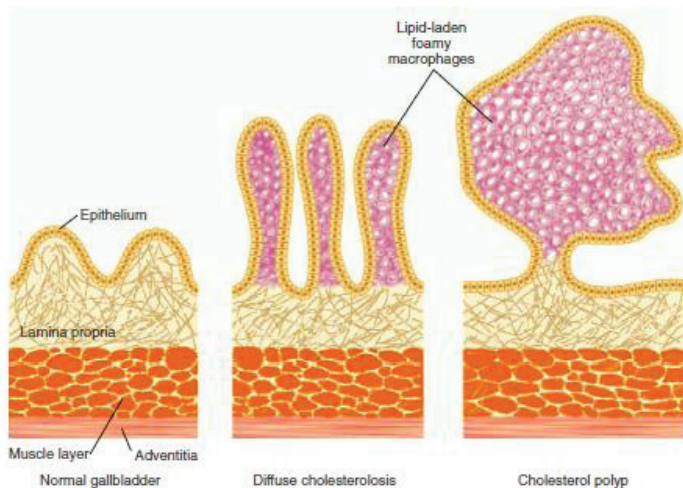
| ชนิดของติ่งเนื้อถุงน้ำดี                           | ความชุก   |
|--|-----------|
| <b>ติ่งเนื้อชนิดธรรมดา (benign polyps)</b>         |           |
| Non neoplastic polyps                              |           |
| ติ่งเนื้อ cholesterol                              | ร้อยละ 60 |
| ติ่งเนื้อ adenomyomas                              | ร้อยละ 25 |
| ติ่งเนื้อที่เกิดจากการอักเสบ (inflammatory polyps) | ร้อยละ 1  |
| Neoplastic polyps                                  |           |
| ติ่งเนื้อ adenomas                                 | ร้อยละ 4  |
| อื่นๆ  | ร้อยละ 1  |
| Leiomyomas   |           |
| Fibromas   |           |
| Lipomas  |           |
| <b>ติ่งเนื้อชนิดเนื้อร้าย (malignant polyps)</b>   |           |
| ติ่งเนื้อ adenocarcinoma                           | ร้อยละ 80 |
| อื่นๆ  | ร้อยละ 20 |
| Mucinous cystadenomas                              |           |
| Squamous cell carcinoma                            |           |
| Adenoacanthomas                                    |           |



และติ่งเนื้อชนิดธรรมดาประเภท non-neoplastic ที่พบบ่อยที่สุดคือติ่งเนื้อที่เกิดจากการสะสมของไขมัน (cholesterol polyps) ตามด้วยติ่งเนื้อ adenomyomas โดยทั้งคู่จัดอยู่ในติ่งเนื้อประเภท hyperplastic ตามกลไกการเกิด<sup>6</sup> สำหรับติ่งเนื้อชนิดเนื้อร้ายพบว่า adenocarcinoma เป็นติ่งเนื้อที่พบบ่อยที่สุดและพบได้บ่อยกว่าติ่งเนื้อ adenoma ซึ่งตรงข้ามกับอุบัติการณ์ของติ่งเนื้อในลำไส้ใหญ่ที่พบ adenoma มากกว่า adenocarcinoma

## ติ่งเนื้อถุงน้ำดีที่เกิดจากการมีไขมันสะสม (cholesterolosis and cholesterol polyps)

การสะสมของไขมันในผนังถุงน้ำดีชั้นใน (cholesterolosis) เป็นภาวะที่เกิดขึ้นโดยมีการสะสมของคอเลสเตอรอล เอสเทอร์ (cholesterol esters) และไตรกลีเซอไรด์ (triglyceride) อย่างมากมายอยู่ภายในมาโครฟาจ (macrophages)<sup>7</sup> (รูปที่ 1) โดยทั่วไปมักพบโดยบังเอิญจากการตรวจทางพยาธิวิทยาหลังการผ่าตัดถุงน้ำดี และ



รูปที่ 1 แสดงลักษณะจำลองของชั้นถุงน้ำดีปกติ (normal gallbladder), ภาวะที่มีการสะสมของไขมันในผนังชั้นในถุงน้ำดีชนิดกระจาย (diffuse cholesterolosis) และติ่งเนื้อถุงน้ำดีที่เกิดจากการมีไขมันสะสม (cholesterol polyp), ดัดแปลงจาก Sleisenger 9<sup>th</sup> edition chapter 67

พบได้บ่อยโดยมีความชุกอยู่ที่ร้อยละ 9-26 เมื่ออ้างอิงจากการศึกษาที่มาจาก การผ่าตัด<sup>8</sup> และร้อยละ 12 จากการศึกษาที่มาจาก การชันสูตร (autopsy)<sup>9</sup> และพบได้ เท่ากันระหว่างผู้ชายและผู้หญิง

## ลักษณะทางพยาธิวิทยา

การที่ตัวเนื้อมีการสะสมของไขมันอย่างกระจายภายในผนังชั้นในของน้ำดีทำให้ สามารถมองเห็นด้วยตาเปล่าเป็นจุดสีเหลืองบนพื้นผิวสีแดงจากการที่มีเลือดมา เลี้ยงเป็นจำนวนมาก (hyperemic mucosa) และให้ลักษณะคล้ายผลสตรอเบอรี่ (strawberry gallbladder) โดยการสะสมของไขมันดังกล่าวไม่สัมพันธ์กับระดับ คอเลสเตอรอลในเลือด

ลักษณะทางจุลทรรศน์จะพบมาโครฟาจที่มีไขมันสะสมอยู่เป็นจำนวนมาก (foamy) แทรกตัวอยู่ภายในวิลโลที่ยืดยาว (elongated villi) เป็นลักษณะเด่น (**รูปที่ 2**) โดยการสะสมของไขมันเหล่านี้สามารถแบ่งได้เป็น 4 รูปแบบด้วยกันดังนี้<sup>7</sup>

1. การที่มีการสะสมของไขมันภายในผนังของน้ำดีอย่างกระจายทั่วไป (diffuse): พบได้ร้อยละ 80
2. มีการสะสมของไขมันเป็นลักษณะตั้งเนื้อ (cholesterol polyps): พบ



**รูปที่ 2** แสดงลักษณะทางจุลทรรศน์ของการที่มีการสะสมของไขมันภายในผนังของน้ำดีอย่างกระจาย (diffuse cholesterosis), ตัดแปลงจาก Sleisenger 9<sup>th</sup> edition, chapter 67

ได้ร้อยละ 10

3. ลักษณะผสม (combined): พบได้ร้อยละ 10

4. มีการสะสมของไขมันเพียงเฉพาะส่วน (focal cholesterolosis)

และเนื่องจากผนังพื้นผิวของตังเนื้อไขมันเหล่านี้มีลักษณะเปราะง่าย จึงอาจมีการปริแตกและหลุดลอกของเซลล์ที่บรรจุไขมันดังกล่าว และอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้เช่นเดียวกับนิ่วขนาดเล็กในถุงน้ำดี

## ลักษณะทางคลินิก

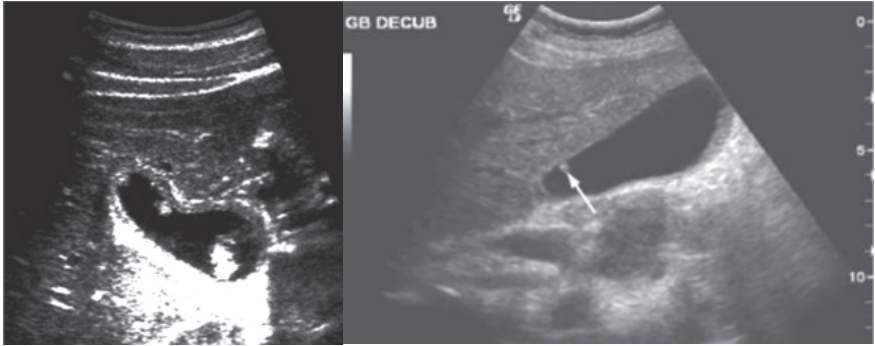
โดยทั่วไปมักไม่ก่อให้เกิดอาการ แต่มีส่วนน้อยอาจมาด้วยอาการจุกแน่นบริเวณลิ้นปี่หรือขวาบนในลักษณะของอาการปวดที่เกิดจากระบบทางเดินน้ำดี (biliary pain) ได้ ซึ่งยืนยันภายหลังการผ่าตัด ถุงน้ำดีและผู้ป่วยอาการดีขึ้น<sup>10</sup> นอกจากนี้ยังอาจเป็นสาเหตุของตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน (acute pancreatitis) และภาวะเหลืองจากการอุดตันทางเดินน้ำดี (obstructive jaundice)

## การวินิจฉัย

ส่วนใหญ่ผลการตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยาจะชัดเจนในกรณีที่มีการสะสมของไขมันจนเป็นลักษณะตังเนื้อแล้ว (polypoid form) ซึ่งจากอัลตราซาวด์อาจเห็นเป็นตังเนื้อเดี่ยว หรือตังเนื้อจำนวนมากหลายตังไม่เคลื่อนที่ตามการพลิกตัวของผู้ป่วย มีลักษณะเฉพาะคือ non-shadowing, และให้ลักษณะของ echogenicity ที่มากกว่าเนื้อตับข้างเคียง ส่วนใหญ่มีขนาดเล็กประมาณ 2 ถึง 10 มิลลิเมตร (รูปที่ 3) และมีความแม่นยำจะมากขึ้นเมื่อทำส่องกล้องอัลตราซาวด์ (EUS) พบลักษณะการรวมกลุ่มของ hyperechoic spots<sup>11</sup>

## การรักษา

เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไม่มีอาการ จึงไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษาจำเพาะหากมีการวินิจฉัยชัดเจนแล้วว่าเป็นตังเนื้อชนิดนี้ แต่ในผู้ป่วยส่วนน้อยที่มีอาการจาก polyps ดังที่กล่าวไปแล้วข้างต้นและไม่มีเหตุอื่นซึ่งสามารถอธิบาย



**รูปที่ 3** ภาพอัลตราซาวด์แสดงติ่งเนื้อถุงน้ำดีที่เกิดจากการสะสมของไขมัน (cholesterol polyps) ซึ่งมีลักษณะจำเพาะคือ non shadow, hyperechoic ส่วนใหญ่มีขนาดไม่เกิน 1 เซนติเมตร, ตัดแปลงจาก Uptodate, Courtesy of Salam F Zakko, MD, FACP. และ Sleisenger 9<sup>th</sup> edition, chapter 67

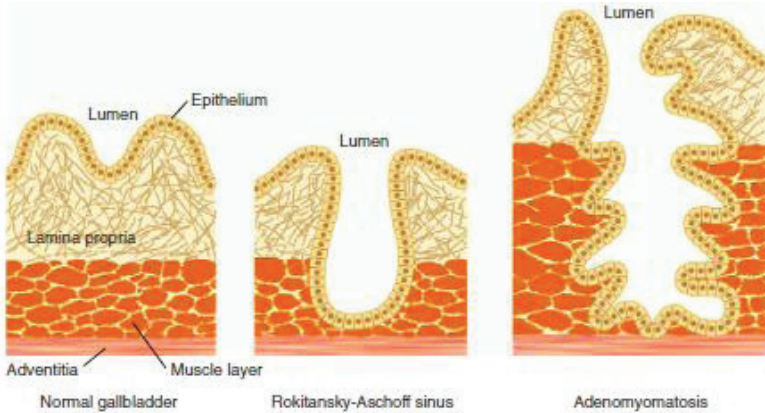
อาการของผู้ป่วยได้ การผ่าตัดถุงน้ำดีออกก็มีข้อมูลพบว่ามีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่มีอาการดีขึ้นหลังผ่าตัด<sup>10</sup> ซึ่งต้องพิจารณาเป็นรายๆไป

### ติ่งเนื้อ Adenomyomatosis

เป็นความผิดปกติที่ไม่ได้เกิดขึ้นแต่กำเนิด เกิดจากการมีการเจริญที่ผิดปกติของผนังถุงน้ำดีชั้นใน (overgrowth of the mucosa) เข้าไปใน (invagination) ชั้นกล้ามเนื้อที่มีการหนาตัวขึ้นอย่างมาก (thickening of the muscle wall)<sup>12</sup> (**รูปที่ 4**) และพบว่ามีความสัมพันธ์กับการตรวจพบนิ่วในถุงน้ำดี (cholelithiasis) อย่างชัดเจน ในผู้ที่ติ่งเนื้อ adenomyomatosis ชนิด segmental โดยมีรายงานพบได้กว่า ร้อยละ 89<sup>13</sup>

### ระบาดวิทยา

โดยทั่วไปพบได้ไม่บ่อย โดยมีรายงานตรวจพบเพียงร้อยละ 1 จากการศึกษาก่อนที่อ้างอิงจากการทำผ่าตัดถุงน้ำดี<sup>13</sup> ทั้งนี้พบว่าเพศหญิงมีความชุกของการตรวจพบมากกว่าเพศชายในสัดส่วน 3 ต่อ 1 และเพิ่มขึ้นตามอายุ



**รูปที่ 4** แสดงลักษณะจำลองของผนังถุงน้ำดีปกติซึ่งจะไม่มีชั้น muscularis mucosae เหมือนกับทางเดินอาหารส่วนอื่น ๆ, Rokitansky-Aschoff sinus ซึ่งโดยทั่วไปตรวจพบได้ประมาณร้อยละ 90 ของคนปกติและ adenomyomatosis ดัดแปลงจาก Sleisenger 9<sup>th</sup> edition, chapter 67

## พยาธิวิทยา

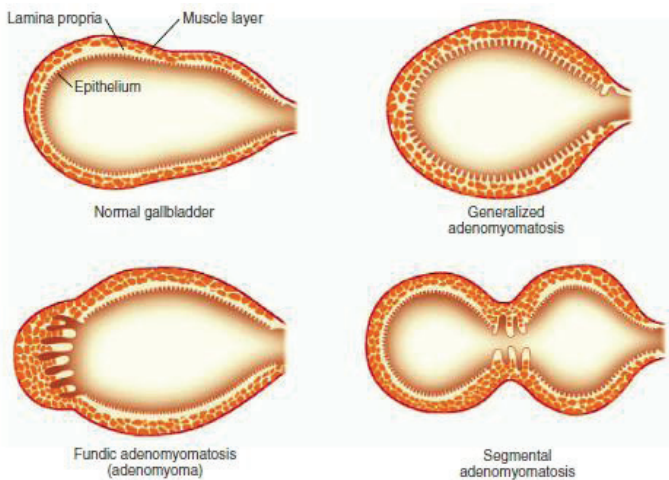
ตั้งแต่ adenomyomatosis สามารถแบ่งเป็น 3 ประเภทคือ generalized, localized และ segmental adenomyomatosis (**รูปที่ 5**) ซึ่งจะพบว่ามี การหนาตัวอย่างมากของผนังถุงน้ำดีอาจถึง 1 ซม.หรือมากกว่า นอกจากนี้ลักษณะทางจุลทรรศน์จะพบว่ามี การ hyperplasia ของชั้นกล้ามเนื้อ และผนังเยื่อบุด้านในบางครั้งพบเป็นลักษณะ intestinal metaplasia และพบหลักฐานของการอักเสบเรื้อรังในระดับอ่อน (mild chronic inflammation) พบร่วมได้บ่อย

## ลักษณะทางคลินิก

โดยทั่วไปมักไม่มีอาการและตรวจพบโดยบังเอิญ แต่อาจพบอาการที่เกิดจากนิ่วในถุงน้ำดีซึ่งพบรวมกันได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีติ่งเนื้อชนิดนี้ติ่งเนื้อที่กล่าวไปแล้วข้างต้น

## ความสัมพันธ์ระหว่างติ่งเนื้อ adenomyomatosis และมะเร็งถุงน้ำดี

มีหลายรายงานที่พบมะเร็งงอกอยู่ในบริเวณของติ่งเนื้อชนิดนี้โดยเฉพาะติ่ง



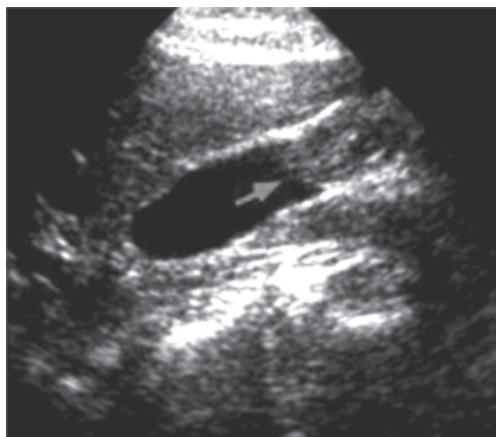
**รูปที่ 5** แสดงตึ่งเนื้อ adenomyomatosis ประเภทต่าง ๆ ตัดแปลงจาก Sleisenger 9<sup>th</sup> edition, chapter 67

เนื้อ adenomyomatosis ประเภท segmental และ fundal แต่ความล้มพันธ์ดังกล่าวยังมีข้อขัดแย้งในหลายการศึกษา ดังนั้นจึงยังสรุปไม่ได้ว่าการมีตึ่งเนื้อ adenomyomatosis เพิ่มความเสี่ยงของการเกิด มะเร็งถุงน้ำดีหรือไม่ แต่ถ้ามีก็เป็นเพียงเล็กน้อย (ไม่เกิน 2 เท่าของความเสี่ยงโดยเฉลี่ย)<sup>14-17</sup> แต่ที่ชัดเจนคือการมีตึ่งเนื้อดังกล่าวล้มพันธ์กับการตรวจพบมะเร็งถุงน้ำดีในระยะท้ายซึ่งเชื่อว่าเป็นผลจากความยากในการตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยาของมะเร็งถุงน้ำดีระยะต้นในผู้ป่วยที่มีตึ่งเนื้อชนิดนี้<sup>18</sup>

### การวินิจฉัย

การทำอัลตราซาวน์ไม่มีลักษณะที่จำเพาะชัดเจน อาจพบเพียงลักษณะหนาตัวเฉพาะที่ของถุงน้ำดีที่มากกว่า 4 มม. (**รูปที่ 6**) การทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์และคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า ตรวจพบ differential enhancement ของผนังถุงน้ำดี, พบช่อง Rokitsansky-Aschoff อยู่ภายในกล้ามเนื้อที่หนาตัว และตรวจพบ subserosal fatty proliferation เป็นลักษณะจำเพาะที่ตรวจพบได้ในตึ่งเนื้อชนิดนี้ เช่นเดียวกับการทำ





**รูปที่ 6** แสดงตึ่งเนื้อ adenomyomatosis บริเวณ fundus ตัดแปลงจาก Uptodate, Courtesy of Salam F Zakko, MD, FACP.

ส่องกล้องอัลตราซาวน์ซึ่งจะตรวจพบ multiple microcysts ร่วมกับการขยายตัวของ Rokitansky-Achoff sinuses อย่างมาก<sup>11</sup>

## การรักษา

ในกรณีที่ไม่มีอาการ ไม่มีความจำเป็นในการผ่าตัดถุงน้ำดี และอย่างที่กล่าวไปแล้วข้างต้นว่าความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งถุงน้ำดียังไม่มีข้อมูลชัดเจน จึงไม่แนะนำให้ผ่าตัดในผู้ป่วยทุกราย จะทำในกรณีที่ลักษณะทางคลินิกและรังสีวิทยา สงสัยหรือแยกไม่ได้ว่าอาจมีมะเร็งเกิดร่วมหรือไม่เท่านั้น อาทิเช่น ผู้ที่ตรวจพบตึ่งเนื้อชนิดนี้เป็นลักษณะ segmental และภาพรังสีพบลักษณะเป็นก้อนหรือตึ่งเนื้อที่มีขนาดมากกว่า 1 ซม.<sup>14-18</sup>

## ตึ่งเนื้อถุงน้ำดีที่เกิดจากการอักเสบ (inflammatory polyps)

พบได้ไม่บ่อย มีลักษณะเป็น sessile หรือ pedunculate ก็ได้จากการทำอัลตราซาวน์ โดยประกอบไปด้วยเนื้อเยื่อ granulation และพังผืดที่มีเซลล์พลาสมาและลิมโฟไซต์แทรกตัวอยู่ โดยทั่วไปมีขนาดประมาณ 5-10 มม.<sup>19</sup>



## ติ่งเนื้อชนิด adenoma (Adenomas)

พบได้น้อยมาก โดยมีรายงานพบน้อยกว่าร้อยละ 0.5<sup>20</sup> และพบน้อยกว่า มะเร็งถุงน้ำดี (adenocarcinoma) โดยทั่วไปมักพบเป็นติ่งเดี่ยวในลักษณะที่ยื่นยาวออก (pedunculated masses) มีขนาดประมาณ 5-20 มม. และสามารถเกิดในตำแหน่งใดก็ได้ภายในถุงน้ำดี ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยอาจพบติ่งเนื้อจำนวนมากกว่าหนึ่ง โดยอาจมีจำนวน 2 ถึง 5 ติ่งเนื้อ

ติ่งเนื้อชนิดนี้สามารถแบ่งย่อยได้เป็น 2 ชนิดคือ papillary และ nonpapillary<sup>21</sup> นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยกว่าครึ่งที่มีติ่งเนื้อชนิดนี้ มักตรวจพบนิ่วในถุงน้ำดีร่วมด้วย

## ความสัมพันธ์ของติ่งเนื้อ adenoma และมะเร็งถุงน้ำดี

ความถี่ของการที่ติ่งเนื้อ adenoma จะพัฒนากลายเป็น adenocarcinoma ยังไม่เป็นที่ทราบชัดเจน แต่พบว่ามีความสัมพันธ์กับขนาดของติ่งเนื้ออย่างชัดเจน โดยเฉพาะติ่งเนื้อ adenoma ที่มีขนาดใหญ่มากกว่า 1-1.2 ซม. โดยมีการตรวจพบ foci ของ adenocarcinoma ภายในติ่งเนื้อขนาดดังกล่าวได้มากกว่าติ่งเนื้อ adenoma ขนาดเล็ก<sup>20,22,23</sup>

## ลักษณะทางคลินิก

เช่นเดียวกับติ่งเนื้อถุงน้ำดีชนิดอื่นๆที่มักไม่เกิดอาการและตรวจพบโดยบังเอิญจากการตรวจอัลตราซาวด์และรังสีวิทยา หรือการผ่าตัดถุงน้ำดี หรือหากมีอาการก็จะเป็นอาการปวดท้องที่เป็นลักษณะ biliary type ซึ่งอาจเกิดจากการที่มีการโผล่ยื่น (prolapsed) ของติ่งเนื้อเข้าไปที่ Hartmann's pouch ในขณะที่ถุงน้ำดีบีบตัว ซึ่งอาจมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดถุงน้ำดี หากสามารถตัดเหตุอื่นที่อาจเป็นสาเหตุของอาการปวดท้องออกไปแล้ว

## การวินิจฉัย

อัลตราซาวด์จะพบติ่งเนื้อที่มีลักษณะ homogeneous และ isoechoic กับ



**รูปที่ 7** แสดงติ่งเนื้อถุงน้ำดีชนิด adenoma ซึ่งมีลักษณะ homogeneous และ isoechoic กับเนื้อตับข้างเคียง ดัดแปลงจาก Uptodate, Courtesy of Salam F Zakko, MD, FACP.

เนื้อตับข้างเคียง ผิวเรียบและ ไม่มี pedicle (**รูปที่ 7**) แต่การใช้อัลตราซาวด์เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอที่จะแยกชนิดของติ่งเนื้อถุงน้ำดีแต่ละชนิดได้ โดยในรายงานหนึ่งพบความแม่นยำของอัลตราซาวด์ในการวินิจฉัยติ่งเนื้อชนิดต่างๆก่อนการผ่าตัดดังนี้<sup>24</sup> ร้อยละ 89 สำหรับติ่งเนื้อชนิดคลอเลสเทอรอล ร้อยละ 81 สำหรับติ่งเนื้อที่เป็นเนื้อร้าย และร้อยละ 50 สำหรับติ่งเนื้อ adenoma โดยความแม่นยำจะมากขึ้นเมื่อตรวจด้วยการส่องกล้องอัลตราซาวด์หรือเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (contrast enhanced CT)

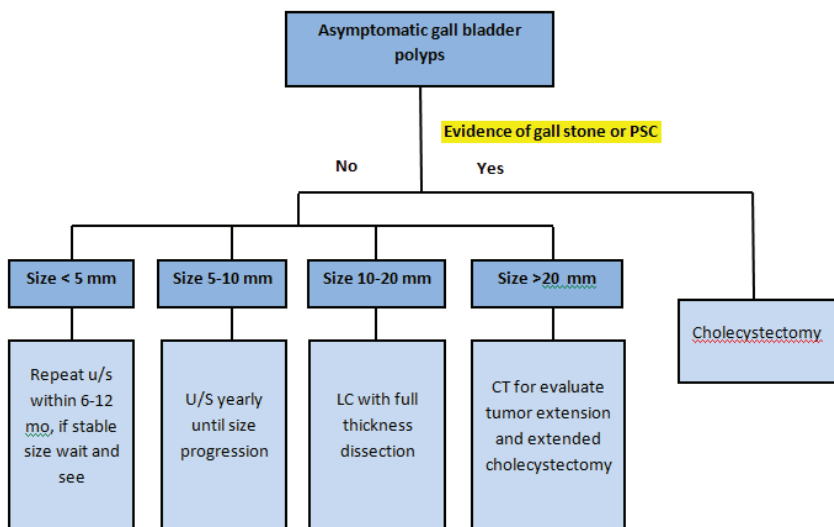
### **การจัดการติ่งเนื้อถุงน้ำดีที่ไม่มีอาการ (asymptomatic gallbladder polyps)**

ถึงแม้ว่าติ่งเนื้อถุงน้ำดีส่วนใหญ่จะไม่ใช่อันตราย แต่การแยกติ่งเนื้อที่มีโอกาสมีมะเร็งร่วมด้วยเพื่อรับการผ่าตัดในระยะต้นก็เป็นเรื่องสำคัญเนื่องจากการพยากรณ์โรคที่ไม่ดีของมะเร็งถุงน้ำดี ร่วมกับที่กล่าวไปแล้วข้างต้นว่าการตรวจทางรังสีวิทยาก็ไม่ได้มีความแม่นยำเทียบเท่ากับการตรวจทางพยาธิวิทยา ดังนั้นจากการ



ทบทวนวรรณกรรมและการศึกษาที่มีมาก่อนหน้านี้ จึงเสนอแนวทางการจัดการกับ ตึงเนื้อถุงน้ำดีที่นอกเหนือจากตึงเนื้อชนิด cholesterol และ adeomyomatosis ดังนี้ (แผนภาพที่ 1 และตารางที่ 2)

- ตึงเนื้อถุงน้ำดีที่พบร่วมกับนิ่วในถุงน้ำดีหรือ primary sclerosing cholangitis โดยไม่ขึ้นกับขนาดของตึงเนื้อ แนะนำให้ผ่าตัดเนื่องจากเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งถุงน้ำดี<sup>25-29</sup>
- ตึงเนื้อถุงน้ำดีที่มีขนาดมากกว่า 18-20 มม.: เนื่องจากตึงเนื้อขนาดนี้ส่วนใหญ่มักเป็นมะเร็งและอาจเป็นมะเร็งที่มีการลุกลาม (advanced cancer) การผ่าตัดถุงน้ำดีในกรณีนี้จึงอาจมีความจำเป็นต้องทำ extended cholecystectomy ร่วมกับ lymph node dissection และ partial hepatic resection บริเวณ gallbladder bed โดยก่อนผ่าตัดมีความจำเป็นที่จะต้องทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์หรือส่องกล้องอัลตราซาวนด์เพื่อประเมินการลุกลามของโรคก่อน<sup>24</sup>
- ตึงเนื้อถุงน้ำดีขนาด 10-20 มม.: เนื่องจากตึงเนื้อในขนาดนี้มีโอกาสที่จะมีมะเร็งซ่อนอยู่ แต่โดยทั่วไปมักเป็นระยะต้น จึงแนะนำให้ทำการผ่าตัดตึงน้ำดีด้วยวิธี



แผนภาพที่ 1 แสดงแนวทางการจัดการตึงเนื้อถุงน้ำดีในผู้ป่วยที่ไม่แสดงอาการ

ตารางที่ 2 จำแนกชนิดของติ่งเนื้อถุงน้ำดีชนิดต่างๆ และลักษณะเฉพาะ

| ชนิดของติ่งเนื้อ<br>ถุงน้ำดีแบ่งตาม<br>พยาธิวิทยา        | ความชุก<br>(ร้อยละ) | คุณสมบัติ<br>ของการเป็น<br>เนื้องอก<br>(neoplastic) | ขนาด<br>(มิลลิ<br>เมตร) | จำนวน<br>ติ่งเนื้อ    | วิจารณ์   |
|--|---------------------|---|-------------------------|-----------------------|---|
| ติ่งเนื้อคลอเลสเทอรอล                                    | 60                  | ไม่ใช่  | 2-10                    | หลายติ่ง              | อาจมีอาการได้เหมือนนิ่วใน<br>ถุงน้ำดี กรณีที่มีการปริแตก  |
| ติ่งเนื้อ adenomyoma<br>(fundic adenomyo-<br>matosis)    | 25                  | ไม่ใช่  | 10-20                   | เดี่ยว                | พิจารณาผ่าตัดเฉพาะกรณีที่<br>ผู้ป่วยมีอาการหรือไม่<br>สามารถแยกการมีเซลล์<br>มะเร็งร่วมด้วย   |
| ติ่งเนื้อที่เกิดจากการ<br>อักเสบ (inflammatory<br>polyp) | 10                  | ไม่ใช่  | 5-10                    | เดี่ยว<br>(กว่าครึ่ง) | ประกอบไปด้วยเซลล์และ<br>เนื้อเยื่ออักเสบ ไม่มีจำเป็น<br>ต้องผ่าตัด  |
| ติ่งเนื้อ adenoma  | 4                   | ใช่   | 5-20                    | เดี่ยว<br>(2 ใน 3)    | - พบได้น้อยมาก โดยทั่วไป<br>เป็นติ่งยื่นและพบร่วมกับนิ่ว<br>ในถุงน้ำดี<br>- ขนาดที่มากกว่า 12 มิลลิ<br>เมตรอาจมีเซลล์มะเร็งร่วมด้วย |
| ติ่งเนื้อชนิดอื่นๆ                                       | <1                  | ใช่   | 5-20                    | เดี่ยว                | พบได้น้อยมาก  |

ดัดแปลงจาก Sleisenger 9<sup>th</sup> edition, chapter 67

laparoscopic cholecystectomy with full thickness dissection<sup>24,29</sup>

● ติ่งเนื้อถุงน้ำดีขนาด 5-10 มม.: สำหรับติ่งเนื้อในขนาดนี้ เนื่องจากมีการ  
ศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่มีขนาดใหญ่ขึ้นของติ่งเนื้อ (ร้อยละ 3.5) และมี  
ส่วนน้อยที่มีโอกาส พัฒนาเป็นมะเร็ง จึงแนะนำให้มีการติดตามขนาดของติ่งเนื้อดัง  
กล่าวโดยอัลตราซาวด์ ประเมินปีละครั้ง และพิจารณาผ่าตัดเมื่อพบว่าติ่งเนื้อมี  
ขนาดใหญ่ขึ้น<sup>29,30</sup>



- ตึงเนื้อถุงน้ำดีขนาดเล็กกว่า 5 มม.: เนื่องจากตึงเนื้อขนาดนี้ส่วนใหญ่ไม่ใช่เนื้อร้าย และมักเป็นตึงเนื้อคลอเรสเตอรอล จึงไม่มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาใดๆ แต่ได้มีการแนะนำให้ทำอัลตราซาวด์ประเมินขนาดซ้ำอีกครั้งที่ 6 และ 12 เดือน โดยไม่มีความจำเป็นต้องติดตามต่อ หากตึงเนื้อดังกล่าวมีขนาดคงที่<sup>31</sup>

## สรุป

ตึงเนื้อของถุงน้ำดีสามารถเป็นได้ทั้งที่ไม่ใช่เนื้อร้ายและเนื้อร้าย โดยตึงเนื้อคลอเรสเตอรอลเป็นตึงเนื้อที่มีลักษณะเฉพาะตัวจากอัลตราซาวด์และพบได้บ่อยที่สุด โดยทั่วไปผู้ที่มิตึงเนื้อของถุงน้ำดีมักไม่มีอาการและตรวจพบโดยบังเอิญจากการทำอัลตราซาวด์หรือผ่าตัด ความสำคัญของตึงเนื้อเหล่านี้อยู่ที่อาการและโอกาสที่จะมีเซลล์มะเร็งร่วมหรือพัฒนาเป็นมะเร็งในอนาคต โดยมีความสัมพันธ์อย่างชัดเจนกับขนาดของตึงเนื้อ และวิธีการรักษาที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการหรือมีความเสี่ยงที่จะมีเซลล์มะเร็งร่วมด้วยตลอดจนตึงเนื้อที่มีโอกาสพัฒนาไปเป็นมะเร็งในอนาคตคือการผ่าตัดถุงน้ำดี

## เอกสารอ้างอิง

1. Yang HL, Sun YG, Wang Z. Polypoid lesions of the gallbladder: diagnosis and indications for surgery. Br J Surg 1992;79:227.
2. Heyder N, Gunter E, Giedel J, et al. Polypoid lesions of the gallbladder. Dtsch Med Wochenschr 1990;115:243.
3. Jorgensen T, Jensen KH. Polyps in the gallbladder. A prevalence study. Scand J Gastroenterol 1990;25:281.
4. Weedon D. Benign mucosal polyps. In: Pathology of the gallbladder. New York: Mason; 1984. p. 195.
5. Laitio M. Histogenesis of epithelial neoplasms of human gallbladder II. Classification of carcinoma on the basis of morphological features. Pathol Res Pract 1983;178:57.
6. Jutras JA. Hyperplastic cholecystoses; Hickey lecture, 1960. Am J Roentgenol



- Radium Ther Nucl Med 1960;83:795.
7. Weedon D. Cholesterolosis. In: Sternberg SS, editor. Pathology of the Gasllbladder. New York: Masson; 1984. p. 161-5.
  8. Salmenkivi K. Cholesterolosis of the gallbladder. A clinical study based on 269 cholecystectomies. Acta Chir Scand Suppl 1964;105: Suppl 324:1.
  9. Feldman M, Feldman M Jr. Cholesterolosis of the gallbladder; an autopsy study of 165 cases. Gastroenterology 1954;27:641.
  10. Kmiot WA, Perry EP, Donovan IA, et al. Cholesterolosis in patients with chronic acalculous biliary pain. Br J Surg 1994;81:112-15.
  11. Akatsu T, Aiura K, Shimazu M, et al. Can endoscopic ultrasonography differentiate nonneoplastic from neoplastic gallbladder polyps? Dig Dis Sci 2006;51:416-21.
  12. Weedon D. Adenomyomatosis. In: Sternberg SS, editor. Pathology of the Gallbladder. New York: Masson; 1984. p. 185-94.
  13. Nishimura A, Shirai Y, Hatakeyama K. Segmental adenomyomatosis of the gallbladder predisposes to cholecystolithiasis. J Hepatobiliary Pancreat Surg 2004; 11:342
  14. Ootani T, Shirai Y, Tsukada K, Muto T. Relationship between gallbladder carcinoma and the segmental type of adenomyomatosis of the gallbladder. Cancer 1992;69:2647.
  15. Nabatame N, Shirai Y, Nishimura A, et al. High risk of gallbladder carcinoma in elderly patients with segmental adenomyomatosis of the gallbladder. J Exp Clin Cancer Res 2004;23:593.
  16. Kim JH, Jeong IH, Han JH, et al. Clinical/pathological analysis of gallbladder adenomyomatosis; type and pathogenesis. Hepatogastroenterology 2010;57:420.
  17. Kasahara Y, Sonobe N, Tomiyoshi H, et al. Adenomyomatosis of the gallbladder: a clinical survey of 30 surgically treated patients. Nihon Geka Hokan 1992; 61:190.
  18. Kai K, Ide T, Masuda M, et al. Clinicopathologic features of advanced gallbladder cancer associated with adenomyomatosis. Virchows Arch 2011;459:573.



19. Maeyama R, Yamaguchi K, Noshiro H, et al. A large inflammatory polyp of the gallbladder masquerading as gallbladder carcinoma. *J Gastroenterol* 1998;33:770.
20. Farinon AM, Pacella A, Cetta F, Sianesi M. "Adenomyomatous polyps of the gallbladder" adenomas of the gallbladder. *HPB Surg* 1991;3:251.
21. Christensen AH, Ishak KG. Benign tumors and pseudotumors of the gallbladder. Report of 180 cases. *Arch Pathol* 1970;90:423.
22. Kozuka S, Tsubone N, Yasui A, Hachisuka K. Relation of adenoma to carcinoma in the gallbladder. *Cancer* 1982;50:2226.
23. [Collective review of 503 cases of small polypoid lesions(less than 20 mm in maximum diameter) of the gallbladder: size distribution in various diseases and the depth of carcinomatous invasion]. *Nihon Shokakibyō Gakkai Aasshi* 1986; 83:2086.
24. 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.
25. Patino JF, Quintero GA. Asymptomatic cholelithiasis revisited. *World J Surg* 1998;22:1119.
26. Terzi C, Sokmen S, Seckin S, et al. Polypoid lesions of the gallbladder: report of 100 cases with special reference to operative indications. *Surgery* 2000;127:622.
27. Buckles DC, Lindor KD, Larusso NF, et al. In primary sclerosing cholangitis, gallbladder polyps are frequently malignant. *Am J Gastroenterol* 2002;97:1138.
28. Schramm C, Lohse AW. Gallbladder polyps in primary sclerosing cholangitis: indication for early intervention. *Hepatology* 2012;56:396.
29. American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE) Standards of Practice Committee, Anderson MA, Appalaneni V, et al. The role of endoscopy in the evaluation and treatment of patients with biliary neoplasia. *Gastrointest Endosc* 2013;77:167.
30. Park JY, Hong SP, Kim YJ, et al. Long-term follow up of gallbladder polyps. *J Gastroenterol Hepatol* 2009;24:219.
31. Yamamoto T. A study of cholesterol gallstone formation in cases of cholesterosis of the gallbladder(author's transl. *Nihon Shokakibyō Gakkai Zasshi* 1979;76:91.