



OLGU SUNUMU / CASE REPORT

Karaciğer ve diafragmada senkron hemanjiom

Synchronous haemangioma of liver and diaphragma

Ahmet Gökhan Sarıtaş¹, Kıvılcım Erdoğan², Abdullah Ülkü¹, Tuğsan Ballı³, Atılğan Tolga Akçam¹, Ahmet Rencüzoğulları¹, Figen Doran²

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, ²Patoloji Anabilim Dalı, ³Radyoloji Anabilim Dalı, Adana, Turkey

Cukurova Medical Journal 2018;43(2):480-483

Abstract

The most common benign neoplasm seen in the liver is haemangioma. It is usually asymptomatic and rarely causes complications. Liver and synchronous organ involvement can be seen. It is usually followed by medical. If symptomatic, rapid growth and diagnosis is uncertain, surgical treatment should be performed. In this article, a case who presented with synchronous haemangioma on liver and diaphragma has been reported.

Key words: Haemangioma, liver, diaphragma

Öz

Karaciğerde görülen en sık benign neoplazm hemanjiyomdur. Genellikle asemptomatik olup ender olarak komplikasyon oluşturabilir. Karaciğer ve senkron organ tutulumu görülebilir. Genellikle medikal takip edilir. Semptomatik, hızlı büyüme gösterir ve tanı kesin değilse cerrahi tedavi uygulanmalıdır. Bu yazıda karaciğer ve diaframda aynı dönemde görülen senkron hemanjiyomu olan bir olgu sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Hemanjiyom, karaciğer, diyafragma

GİRİŞ

Hemanjiyom karaciğerde izlenen en sık benign neoplazmadır. İntrahepatik kan damarlarının anormal yoğun kümeleşmesi nedeniyle oluşur. Görülme insidansı % 20'dir, kadınlarda ve 4-5. dekatta daha sık görülür¹⁻⁴. Etiyolojisi tam olarak bilinmemektedir ve östrojen, progesteron, anormal vaskülogenezis ve anjiyogenezin rolü olduğu düşünülmektedir²⁻⁴. Genellikle tek ve 5 cm'den küçük lezyonlardır ve nadiren semptom verir. Boyutu 5 cm'nin üzerinde olduğunda ise dev hemanjiyom olarak adlandırılmaktadır⁵. Ender olarak mide, vasküler yapılar ve ana safra yoluna bası etkisi oluşturma, kanama ve rüptür riski mevcuttur.

Ayrıca hemanjiyom ile birlikte trombositopeni varlığı olarak bilinen Kasabach-Merritt Sendromu, koagülopatiye sebep olabilmesi nedeniyle klinik önem taşımaktadır⁵⁻⁸. Karaciğerdeki solid lezyonları görüntüleme için iyi bir seçenek olan ultrasonografi (USG), bilgisayarlı tomografi (BT) ve magnetik rezonans (MR) hemanjiyom tanısında da kullanılır⁹.

Semptomatik olgularda, bası etkisi oluşturduğunda, kanama, rüptür, koagülopati varlığında, hızlı büyüme gösterdiğinde ve malignite şüphesi olduğunda cerrahi uygulanmalıdır. Cerrahi tedavide en sık kullanılan yöntem karaciğer rezeksiyonu ve hemanjiyom enükleasyonudur ve nadiren karaciğer transplantasyonu gereklidir. Seçilmiş olgularda transkateterize embolizasyon yöntemleri de uygulanabilir⁵⁻¹³. Bu olgu, diyafragma ve karaciğerde senkron hemanjiom olup, nadir görülmesi ve yaşamsal önem taşıması nedeniyle sunulmuştur.

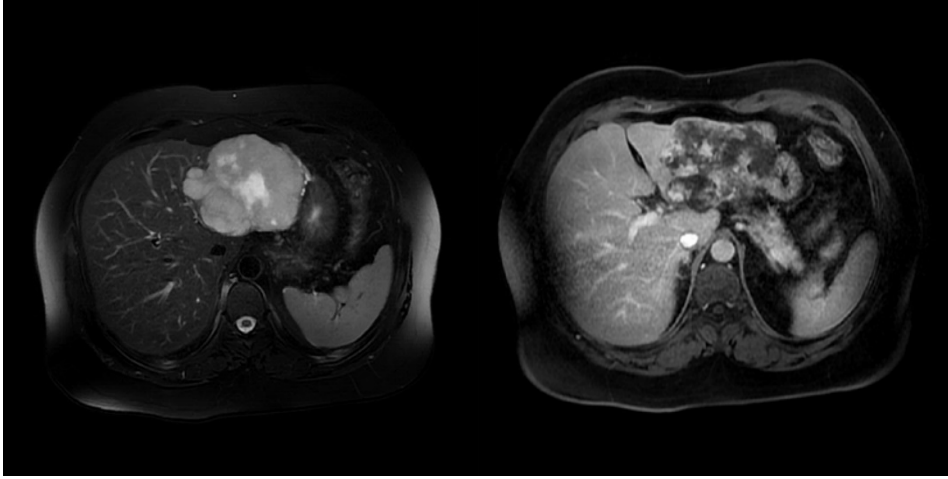
OLGU

Halsizlik, karın ağrısı, çarpıntı ve nefes darlığı şikayetleri ile hastaneye başvuran 55 yaşında kadın hastanın fizik muayenesinde epigastrik bölgede hassasiyet mevcuttu. USG'de karaciğer sol lobunda 10x8 cm boyutlarında düzgün konturlu hiperekojen kitle saptanması üzerine MR görüntüleme yapıldı. Karaciğer sol lobu tutan 10x8 cm aksiyel boyuta ulaşan santralinde geniş bir kaverni bulunan, periferik nodüller olarak kontrastlanan hemanjiyom

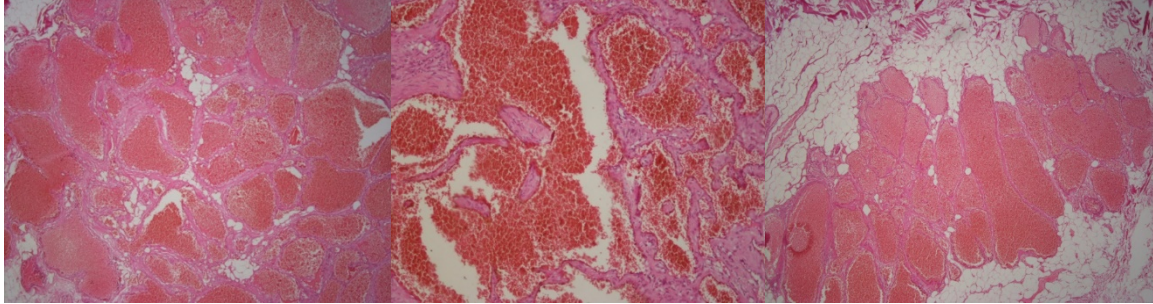
Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Ahmet Gökhan Sarıtaş, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Adana, Turkey. E-mail: drags0001@hotmail.com
Geliş tarihi/Received: 26.07.2017 Kabul tarihi/Accepted: 23.08.2017

ile uyumlu yer kaplayan lezyon saptandı. (Resim1a-b) Karaciğer sol lob lateral segmentektomi ve izlenen ayrı bir lezyon nedeniyle sol diyafragma parsiyel eksizyonu uygulandı. Karaciğerdeki kitlenin makroskopik incelemesinde sol lob lateralini tamamen dolduran kapsüle olmayan 10x5x3.5 cm boyutlarında kanamalı kistik yapıda lezyon izlendi. Kitleden hazırlanan histolojik kesitlerde karaciğer

parankiminde genişlemiş vasküler yapılar ve içerisinde kanama alanları saptandı. (Resim 2). Büyük büyütmede kanla dolu bu boşlukların yassılaştırmış tek sıralı endotelle döşeli olduğu izlendi. (Resim 3) Olgu kavernoöz hemanjiom olarak değerlendirildi. Histopatolojik incelemede diyafragmada da aynı morfolojik görünümlü lezyon saptandı. (Resim 4)



Resim 1a. T2 ağırlıklı sekans, Resim1b. Lava multifazik görüntü. Karaciğer sol lobu tutan 10x8 cm aksiyel boyuta ulaşan santralinde geniş bir kaverni bulunan, periferal nodüler olarak kontrastlanan hemanjiyom ile uyumlu yer kaplayan lezyon.



Resim 2 . Kitleden hazırlanan histopatolojik kesitlerde karaciğer parankiminde genişlemiş vasküler yapılar ve içerisinde kanama alanları.(H&E,X100).

Resim 3 Büyük büyütmede kanla dolu boşlukların yassılaştırmış tek sıralı endotelle döşeli alan. (H&E,X200)

Resim 4.Diyafragma histopatolojik incelemesinde hemanjiyoma ait mikroskopik görüntü. (H&E,X100).

TARTIŞMA

Karaciğer hemanjiyomları intrahepatik vasküler yapıların anormal genişlemesi ile oluşan benign lezyonlardır . Etyolojisi bilinmemektedir, östrojen,

progesteron hormonları anormal vaskülgenezis ve anjiyogenezisin etkisi olduğu düşünülmektedir¹⁻⁶. Hemanjiyomların gelişiminde ve büyümesinde, steroid tedavisi ve östrojen tedavisi etkili olur iken; hamilelik mevcut hemanjiyom boyutunu artırabilir¹⁴. Yapılan bazı çalışmalarda hemanjiyomların östrojen

reseptörlerine sahip oldukları gösterilmiştir¹⁵. En sık görülme lokalizasyonu karaciğer olmasına rağmen olgumuzda olduğu gibi senkron olarak başka yerleşim de gösterebilir²⁻¹⁶. Sıklıkla sağ lob yerleşimli ve multifokaldır⁴⁻¹⁶. Kapiller ve kavernoöz olarak 2 gruba ayrılırlar. Genellikle asemptomatik olup, insidental saptanan küçük boyutlu lezyonlardır. Boyutlarına göre < 4cm, 4-10 cm ve >10 cm olmak üzere 3 gruba ayrılır. Yazarların çoğu hemanjiyom boyutunun 5 cm ve üzerinde olduğu durumlarda "Dev Hemanjiyom" tanımını kullanmakta iken; bazı yazarlar 10 cm ve üzerindeki hemanjiyomlar için bu tanımları kullanmaktadırlar^{2,3,4,11-13}. Küçük lezyonlar genellikle asemptomatik olup, lezyonun çapı arttıkça sağ üst kadranda ve epigastrik bölgede ağrı gelişebilir. Kanama, rüptür, çevre organlara mekanik etkileri nedeniyle gastrik outlet obstrüksiyonu, kronik abdominal ağrı, yüksek debili kalp yetmezliği, koledok, hepatik arter, portal ven ve vena kava inferiora bası etkisi oluşturma riski mevcuttur. Ayrıca hemanjiyom ile birlikte trombositopeni varlığı olarak bilinen Kasabach-Merritt Sendromu koagülopatiye sebep olabilir¹⁻⁸.

Hemanjiyomların tespitinde USG, BT, MR, hepatik arteriografi, dijital anjiyografi ve SPECT (single photon emission computerized tomography) kullanılır. MR ve SPECT 2 cm'nin altındaki lezyonları göstermede daha faydalıdır¹⁷. USG'de tipik olarak düzgün konturlu hiperekojen kitle şeklinde görülür. IV kontrastlı Dinamik BT 'de arteriyel, portal ve hepatik venöz fazlarda kitle periferden merkeze doğru nodüler tarzda progresif kanlanma göstermekte iken; geç faz görüntülerde malign lezyonlardan farklı olarak erken kontrast yıkanma olmamaktadır. MR görüntülemesinde prekontrast T1 sekanslarda hipointens, T2 kesitlerde parlak sinyal aktivitesi göstermektedir¹⁸. Biyopsi, kanama komplikasyonu nedeniyle kontrendike olarak kabul edilir ancak malignite şüphesi ve görüntüleme yöntemlerinde tanı konulamayan küçük lezyonlarda yapılabilir⁹⁻¹⁷. Hemanjiyomların histopatolojik değerlendirmesinde tek katlı epitel ile döşenmiş kan ile dolu kavernoöz boşlukların ince fibröz septalar ile ayrıldığı gözlenir³⁻¹⁸.

Klinik takip, boyutu 4 cm'nin altındaki lezyonlar için yeterli olmaktadır. Semptomatik ise, kanama, rüptür, koagülopati, kitle boyutunun hızlı büyümesi, malignite şüphesi varlığında cerrahi tedavi uygulanmalıdır⁷⁻¹³. Anatomik-nonanatomik karaciğer rezeksiyonu, enükleasyon, karaciğer transplantasyonu cerrahi tedavide kullanılan

yöntemlerdir. Selektif portal ven embolizasyonu, transkateterize arteriyel embolizasyon lezyonun yerleşimine göre tercih edilen tedavi yöntemleridir^{1,6,10}. Son yıllarda hemanjiyomların tedavisinde transkateter hepatik arteriyel embolizasyon kullanılmaktadır. İskemi, enfeksiyon, intraabdominal kanama komplikasyonuna neden olabilir^{17,19}. Laparoskopik ya da açık yöntemlerle radyofrekans ablasyon hemanjiyomların tedavisinde kullanılan alternatif tedavi yöntemlerindedir. Cerrahi yapılamayacak hastalarda radyoterapi de uygulanabilir¹¹⁻²⁰.

Karaciğerdeki benign kitleler içerisinde en sık görülen hemanjiyomlar, senkron olarak başka organda da görülebilir. Çoğunlukla asemptomatik seyreden hemanjiyomlar komşu organ tutulumuna bağlı semptom verebilir. Tanısında görüntüleme yöntemleri önemli bir yer teşkil eder. Malign kitlelerden ayırıcı tanısının yapılması gereklidir. Dev hemanjiyom, koagülopati ve mekanik komplikasyonlar varlığında cerrahi tedavi uygulanmalıdır. Cerrahi uygulanamayan olgularda alternatif tedavi yöntemleri kullanılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Hoekstra L, Bieze M, Erdogan D, Roelofs J, Beuers U, van Gulik T. Management of giant liver hemangiomas: an update. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol.* 2013;7:263-8.
2. Giannitrapani L, Soresi M, La Spada E, Cervello M, D'Alessandro N, Montalto G. Sex hormones and risk of liver tumor. *Ann NY Acad Sci.* 2006;1089:228-36.
3. Spitzer D, Krainz R, Graf AH, Menzel C, Staudach A. Pregnancy after ovarian stimulation and intrauterine insemination in a woman with cavernous macrohemangioma of the liver: a case report. *J Reprod Med.* 1997;42:809-12.
4. Reddy KR, Kligerman S, Levi J, Livingstone A, Molina E, Franceschi D et al. Benign and solid tumors of the liver: relationship to sex, age, size of tumors, and outcome. *Am Surg.* 2001;67:173-8.
5. Baer H, Dennison A, Mouton W, Stain S, Zimmermann A, Blumgart L. Enucleation of giant hemangiomas of the liver. *Ann Surg.* 1992;216:673-6.
6. Duxbury M, Garden O. Giant haemangioma of the liver: observation or resection. *Dig Surg.* 2010;27:7-11.
7. Kong J, Anaya D. A giant cavernous hemangioma of the liver extending into the pelvis. *Int J Surg Case Rep.* 2015;13:51-4.
8. Farges O, Daradkeh S, Bismuth H. Cavernous hemangiomas of the liver: are there any indications

- for resection? *World J Surg.* 1995;19:19-24.
9. Belli G, D'Agostino A, Iannelli A, Marano I. Hepatic incidentaloma. retrospective analysis of 35 cases. *Int Surg.* 1996;81:144-8.
 10. Miura J, Amini A, Schmocker R, Nichols S, Sukato D, Winslow E et al. Surgical management of hepatic hemangiomas: a multi-institutional experience. *HPB (Oxford).* 2014;16:924-8.
 11. van Tilborg AA, Nielsen K, Scheffer HJ, van den Tol P, van Waesberghe JH, Sietses C et al. Bipolar radiofrequency ablation for symptomatic giant (>10 cm) hepatic cavernous haemangiomas: initial clinical experience. *Clin Radiol.* 2013;68:e9-14.
 12. Toro A, Mahfouz AE, Ardiri A, Malaguarnera M, Malaguarnera G, Loria F et al. What is changing in indications and treatment of hepatic hemangiomas. A review. *Ann Hepatol.* 2014;13:327-39.
 13. Di Carlo I, Koshy R, Al Mudares S, Ardiri A, Bertino G, Toro A. Giant cavernous liver hemangiomas: is it the time to change the size categories? *Hepatobiliary Pancreat Dis Int.* 2016;15:21-9.
 14. Chatzoulis G, Kaltsas A, Daliakopoulos S, Sallam O, Maria K, Chatzoulis K et al. Co-existence of a giant splenic hemangioma and multiple hepatic hemangiomas and the potential association with the use of oral contraceptives: a case report. *J Med Case Reports.* 2008;2:147.
 15. Xiao X, Liu J, Sheng M. Synergistic effect of estrogen and VEGF on the proliferation of hemangioma vascular endothelial cells. *J Pediatr Surg.* 2004;39:1107-10.
 16. Paulo Neto WT, Koifman ACB, Martins CAS. Rupture hepatic cavernous hemangioma: a cause report and literature review. *Radiol Bras.* 2009;42:271-3.
 17. Isık A, Peker K, Soyuturk M, Firat D, Yoruker U, Yılmaz I. Diagnostic evaluation and treatment of patients with rectus abdominis hematoma. *Cir Esp.* 2015;93:580-8.
 18. Elmas N, Harman M. Karaciğerin benign tümörleri. *Türk Radyoloji Seminerleri.* 2015;3:380-93.
 19. Vokaer B, Kothonidis K, Delatte P, De Cooman S, Pector JC, Liberale G. Should ruptured liver hemangioma be treated by surgery or by conservative means? A case report. *Acta Chir Belg.* 2008;108:761-4.
 20. Lee HL, Chung TS, Chen SW, Lao WT. CT and MRI findings correlate with the time-course of unresectable cavernous haemangioma of the liver after fractionated radiotherapy. *Br J Radiol.* 2012;85:e49-52.