

Karaciğerin İnflamatuvar Psödotümörü: Sağ Trisegmentektomi Yapılan Bir Olgu Sunumu

Sadık Perek¹, İlknur Erenler², Kaya Sarıbeyoğlu¹, Gülşen Özbay³

¹İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

²Genel Cerrahi Uzmanı, Kocaeli

³İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Özet

Karaciğerin inflamatuvar psödotümörü karaciğerin nadir görülen benign tümörlerinden olup klinik, radyolojik ve patolojik incelemelerde karaciğerin diğer neoplazmları ile karıştırılabilirler. Biz burada görüntüleme yöntemlerine göre hepatosellüler karsinom olarak şüphelenilen ve cerrahi tedavi uygulanan bir olguyu sunduk. Histopatolojik incelemeler mononükleer inflamatuvar hücrelerin yer aldığı ksantogranülo-matöz iltihap ile uyumlu geldi. Hastada bir yıllık takip dönemi boyunca herhangi bir sorun ile karşılaşmadı.

Anahtar kelimeler: İnflamatuvar psödotümör, ksantogranülo-matöz iltihap, benign karaciğer tümörleri

Cerrahpaşa Tıp Derg 2009; 40: 77-80

Inflammatory pseudotumor of the liver treated by trisegmentectomy: a case report

Abstract

Inflammatory pseudotumor of the liver is a rare benign tumor that can mimic liver neoplasms either on clinico-radiological or pathological examinations. Herein we report a case which was suspected as hepatocellular carcinoma based on imaging findings and was underwent surgery. Histopathologic examination showed xanthogranulomatous inflammation with mononuclear inflammatory cells. The patient remains well during a 1 year follow up period.

Key words: Inflammatory pseudotumor, xanthogranulomatous inflammation, benign liver tumors

Cerrahpaşa J Med 2009; 40: 77-80

Karaciğerin inflamatuvar psödotümörleri (IPT) oldukça nadir görülen lezyonlardır. Genellikle ateş, terleme, kilo kaybı gibi spesifik olmayan semptomlar verirler. Radyolojik olarak malign tümörlerle karışabilirler [1-4]. Biz burada preoperatif dönemde yapılan radyolojik incelemeler sonucunda hepatosellüler karsinom olarak değerlendirilen ve opere edilen bir olguyu benzer vakaların yer aldığı literatür eşliğinde tartıştık.

Olgu Sunumu

İki ay boyunca süren ateş, terleme, iştahsızlık ve yaklaşık 3 ayda 20 kilo kaybı nedeni ile doktora başvuru-

ran 33 yaşında erkek hasta, yapılan tetkiklerinde karaciğerde kitle saptanması üzerine kliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde herhangi bir özellik yoktu. Preoperatif laboratuvar verileri, lökosit: 14.7 K/uL (4.8-10.8), sedimentasyon 1. saat : 115 (0-20), AST: 35 U/L (5-35L), ALT: 78 U/L (5-45), ALP: 491 U/L (80-270), GGT: 273 u/L (0-55), LDH: 459 mg/dL (0-450), T. protein: 8.0 g/dl (6.2-7.5) Albümin: 3.3 g/dl (3.5-7.5), T. Bilirubin: 0.96 mg/dl (0.2-1.3) D. Bilirubin: 0.35 mg/dl (0.00-0.20) şeklinde idi. Tümör belirteçleri, AFP: 3.22 IU/mL (0-13), CEA: 1.05 ng/mL (0-4.3 sigara içen, 0-3.4 sigara içmeyen, CA19-9: 2.52 U/mL (0-37) olup hepatit serolojisi negatif olarak saptandı. Hastanın çekilen bilgisayarlı tomografisinde (BT) karaciğer sağ lob anterior segmentte ve kısmen sol lob medial segmentte hipodens, internal granülasyon içeren santralinde nekrotik hipodens alanlar izlendi, i.v. kontrast madde enjeksiyonundan sonra

Alındığı Tarih: 22 Ekim 2008

Yazışma Adresi (Address): Dr. İlknur Erenler

Merkez Efendi Mah. Tercüman Sitesi A:4 D:14

Zeytinburnu - İstanbul

e-posta: ilknure@istanbul.edu.tr

doi:10.2399/ctd.09.77

<http://www.ctf.edu.tr/dergi/online/2009v40/s2/o1.pdf>

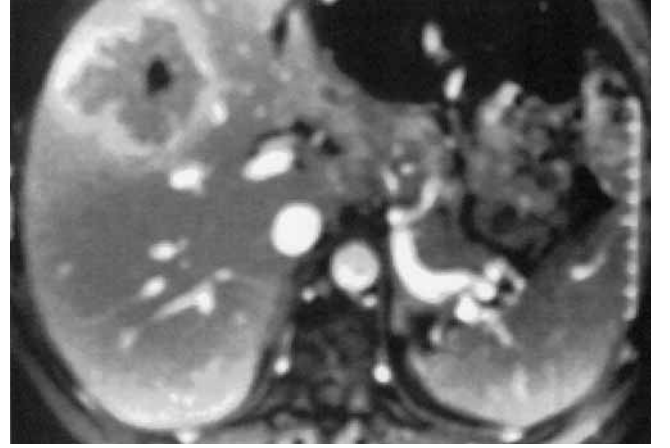
periferden santrale doğru hafif izodens nitelik kazandığı görülen 90x85x80 mm'lik kitle saptanması üzerine manyetik rezonans görüntüleme (MRG) incelemeleri yapıldı (Resim 1). MRG'de karaciğer sağ lob anterior süperiorde 8. segment lokalizasyonunda, 8x6.5x7 cm ebatlarında kistik nekrotik septal yapı ihtiva eden odak ve i.v. kontrast madde sonrasında dinamik kontrastlı incelemede arteryel fazda yoğun heterojen kontrast tutulumunun izlendiği, geç portovenöz fazda kontrast tutulum özelliğinde belirgin azalmanın takip edildiği kitle oluşumu mevcut olduğu görüldü (Resim 2). Tanımlanan kitle oluşumunda geç kontrast tutulumu olduğu saptanmış ve tanımlanan bulguların ayırıcı tanısında HCC (fib-

rolameller tip) olabileceği belirtilmiş. Bu verilerle hasta Kliniğimizde haftalık düzenlenen hepatolog, radyolog, onkolog, patoloğlar ve cerrahların katıldığı bir toplantıda tartışıldı. Kontrol ultrasonografi (US) yapılarak lezyon yeniden değerlendirildi. Yapılan US'de 5 ve 8. segmentlerde 8x9x10 cm boyutlarında lobule konturlu hipoekojen (malign özellikte), solid kitle içerisinde kaba kalsifikasyon ve damarlarda çevrelenme tespit edildi. Hastanın intravenöz antibiyoterapisine rağmen infeksiyon tablosunun gerilememesi ve malignite şüphesi olması üzerine operasyonuna karar verildi.

Hasta Nisan 2007 tarihinde operasyona alındı. Peroperatif frozen için aspirasyon örneği gönderildi. Her-



Resim 1. Kitlenin bilgisayarlı tomografideki (BT) görünümü.

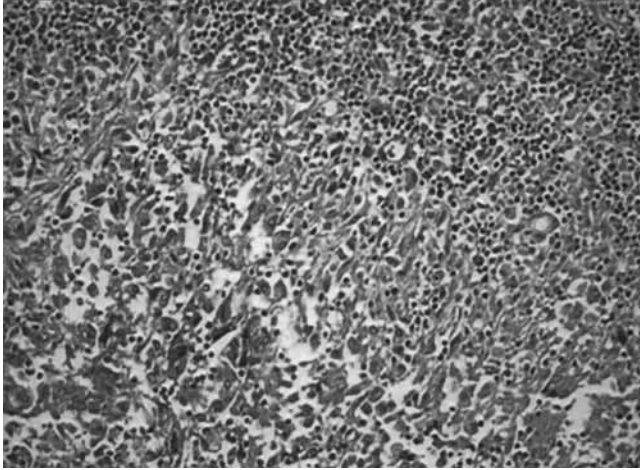


Resim 2. Kitlenin manyetik rezonans görüntüsü (MR).



Resim 3. Makroskopik görünüm hepatektomi kesitinde yüzeyden kabaran sarı kitlesel lezyon.

hangi bir tümör hücresi görülmeyp kesin sonuç elde edilemedi. Hastaya sağ trisegmentektomi yapıldı. Sağ trisegmentektomi materyalinin makroskopik (Resim 3) kesitinde kapsülün 1cm kadar altında yerleşmiş 6.5x6x4 cm ölçülerinde belirgin, fakat düzensiz sınırlı yüzeyden hafifçe kabaran parlak sarı renkli kitle görüldü. Kitle içinde yer yer daha kabarık nodüller ve erime alanları mevcuttu. Mikroskopik incelemede (Resim 4) geniş alanda karaciğer dokusunun yerini alarak kitle oluşturan, yer yer abseleşen, ksantogranüloamatöz iltihap, ve çevre karaciğer dokusunda portal alanlarda yoğun mononükleer iltihabi hücre infiltrasyonu, hafif safra kanalı hasarı, proliferasyonu ve safra kesesi duvarında seyrek lenfosit toplulukları, lenf düğümünde reaktif hiperplazi görüldü.



Resim 4. Mikroskopik görünüm; üstte lenfosit ve plazma hücrelerinden zengin iltihabi infiltrasyon, altta bazıları köpüksü nitelikte histiositler ve seyrek şişkin fibroblastların oluşturduğu yuvarlakça odak (H-Ex400).

Hastanın klinik, radyolojik ve patolojik bulguları birlikte değerlendirildiğinde karaciğer inflamatuvar psödötümörü olduğuna karar verildi.

Hasta postoperatif 45. günde şifa ile taburcu edildi. Takipleri devam etmekte olan hastada herhangi bir sorun ile karşılaşılmadı.

Tartışma

Karaciğerin inflamatuvar psödötümörü nadir görülen bir klinik ve patolojik durumdur. 1953'de Pack ve Baker sağ hepatektomi yaptıktan sonra ilk kez tanımlamışlardır (1-4). Preoperatif malign lezyonlardan ayırımı oldukça güçtür. Literatürde bildirilen olgularda psödötümörü olan hastalar ilk olarak ağrı, ateş, halsizlik ve kilo kaybı gibi nonspesifik semptomlarla başvurmaktadır. Yüksek sedimentasyon hızı, lökositoz ve yükselmiş karaciğer enzimleri tipiktir. Bu belirsiz ve nonspesifik semptomlar preoperatif tanıyı güçleştirmektedir. Erkeklerde daha sık görülmektedir. Ortalama 35 yaşında ortaya çıkmaktadır ve %61 oranında sağ lobda safra kesinin veya safra yollarının yakınında yerleşmektedir. Karaciğer inflamatuvar psödötümörü normal AFP seviyeleri ve negatif hepatit serolojisi olan hastalarda ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulmalıdır. Bizim vakamızın kliniği ve semptomları da literatür ile uyumlu idi.

Lezyonun patogenezi tam olarak bilinmemektedir. Birçok teoriye göre intraparenkimal hemoraji, nekroz, infeksiyon ve intrahepatik venlerin tıkaçıcı flebiti immün reaksiyon veya biliyer ağacın intrahepatik rüptürüne sekonder gelişen bir reaksiyondur. IPTI'ler sıklıkla lenfositler, plazma hücreleri, histiositler ve nadiren de eozinofil ve nötrofillerden oluşan karışık inflamatuvar infiltratdan meydana gelmişlerdir [4-8]. Heterojen sellüler infiltrasyon nedeni ile son yıllarda inflamatuvar miyofibroblastik tümörler olarak da adlandırılmaktadırlar [4]. Bizim olgumuzda da patolojik incelemede histiositlerin ön planda olduğu bir iltihabi infiltrasyon gözlemlendi.

Radyolojik olarak değişik şekillerde görülebilir. Karaciğerde soliter büyük lezyon şeklinde olabilirler ve karaciğerin primer tümörlerine veya metastazlarına benzeyebilirler [2,9]. Buradaki olguda da preoperatif görüntülemelerde hepatosellüler karsinom olabileceği düşünülmüştü.

Tedavi şekli tartışmalıdır. Cerrahi tedavi genellikle *overtreatment* olarak değerlendirilmektedir. Ancak literatürdeki karaciğer IPTI'lü birçok olgu parsiyel hepatektomi ile tedavi edilmiş ve hastaların sadece bir kısmı antibiyotik tedavisine yanıt vermiştir [1]. Eğer hastada konservatif tedaviye rağmen ateş gerilemiyorsa, takiplerinde büyümeye devam ediyorsa veya IPT hepatik hilusa yerleşerek portal hipertansiyona ve obstrüksiyona yol açıyorsa cerrahi düşünülmelidir [6,9-11]. Bizim hastamızda da uzun süren preoperatif antibiyotik tedavisine rağmen gerilemeyen infeksiyon kliniği ve malignite şüphesi olması üzerine cerrahi yapıldı. Halen takipleri devam eden hastada herhangi bir sorun ile karşılaşılmadı.

Sonuç olarak karaciğerdeki kitlelerin ayırıcı tanısında inflamatuvar psödötümörü mutlaka gözönünde bulundurulmalıdır. Eğer preoperatif kesin tanı konabilirse cerrahi tedavi gerekmez ancak şüpheli ve kliniği gerilemeyen ilerleyen olgularda rezeksiyon kaçılmazdır.

Kaynaklar

1. Lo OS, Poon RT, Lam CM, Fan ST. Inflammatory pseudotumor of the liver in association with a gastrointestinal stromal tumor: a case report. World J Gastroenterol 2004; 10: 1841-1843.

2. Locke JE, Choti MA, Torbenson MS, et al. Inflammatory pseudotumor of the liver. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2005; 12: 314-316.
3. Koea JB, Broadhurst GW, Rodgers MS, McCall JL. Inflammatory pseudotumor of the liver: demographics, diagnosis, and the case for nonoperative management. *J Am Coll Surg* 2003; 196: 226-235.
4. Hosler GA, Steinberg DM, Sheth S, et al. Inflammatory pseudotumor: a diagnostic dilemma in cytopathology. *Diagn Cytopathol* 2004; 31: 267-270.
5. Karahan Öİ, Işın Ş, Baykara M, Çoşkun A. Karaciğerde hedef benzeri görünüm oluşturan inflamatuvar psödotümör olgusu. *Tanısal ve Girişimsel Radyoloji* 2003; 9: 75-77.
6. Kim YW, Lee JG, Kim KS, et al. Inflammatory pseudotumor of the liver treated by hepatic resection: a case report. *Yonsei Med J* 2006; 47: 140-143.
7. Tsou YK, Lin CJ, Lin CC, et al. Inflammatory pseudotumor of the liver: report of eight cases, including three unusual cases, and a literature review. *J Gastroenterol Hepatol* 2007; 22: 2143-2147.
8. Yan FH, Zhou KR, Jiang YP, Shi WB. Inflammatory pseudotumor of the liver: 13 cases of MRI findings. *World J Gastroenterol* 2001; 7: 422-424.
9. Yamaguchi J, Sakamoto Y, Sano T, et al. Spontaneous regression of inflammatory pseudotumor of the liver: report of three cases. *Surg Today* 2007; 37: 525-529.
10. Horiuchi R, Uchida T, Kojima T, Shikata T. Inflammatory pseudotumor of the liver: clinicopathologic study and review of the literature. *Cancer* 1990; 65: 1583-1590.
11. Mahale A, Venugopal A, Acharya V, Kishore MS, et al. Dhungel K. Inflammatory myofibroblastic tumor of lung (pseudotumor of the lung). *Chest Radiology* 2006; 16: 207-210.