

Karaciğerin inflamatuvar psödotümörü

Dr. Selda Seçkin* Dr. Fehmi Aksoy* Dr. Atila Korkmaz**
Dr. Zeynep Şenel*** Dr. Necdet Özçay**

ÖZET

Karaciğerin inflamatuvar psödotümörü sıklıkla malignite ile karıştırılan, nadir görülen benign bir lezyondur. Genellikle çocuklarda ve genç adultlarda görülür. Etiyolojisi ve patogenezi kesin olarak bilinmemektedir. Literatürde bildirilmiş 54 olgu bulunmaktadır. Ateş, karın ağrısı, kilo kaybı yakınmaları ile başvuran 66 yaşındaki erkek hastada biopsi sonucu karaciğerde inflamatuvar psödotümör saptandı. Karaciğerdeki bu nonneoplastik lezyonu tanımak, gereksiz ağır cerrahi girişimde bulunmamak açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Karaciğer, inflamatuvar psödotümör.

GİRİŞ

Karaciğerin inflamatuvar psödotümörü nadir görülen, klinik, radyolojik ve gros olarak sıklıkla malignite ile karıştırılabilen bir lezyondur.^{1,2,3,4} İnflamatuvar psödotümör vücutta en sık akciğerlerde tanımlanmıştır;² ayrıca orbita, mide, retroperiton, dalak, spinal kord, parotis, plevra, over ve beyinde saptandığı bilinmektedir.^{3,5,6} Etiyolojisi ve patogenezi kesin olarak bilinmemektedir;^{7,8,9} ancak enfeksiyonlarla ilişkili olabileceği belirtilmiştir.¹ Bildirilen olguların çoğunluğu çocuklar ve genç adultlardır.^{3,4,5,8} Literatürde 1-83 yaşları arasında saptanmış olgular bulunmaktadır.^{1,4,10} 1993 yılı itibarı ile yayınlanmış 54 olgu vardır ve E:K oranı 2,6 civarındadır.^{1,4,10}

OLGU

66 yaşında erkek hasta halsizlik, iştahsızlık, kilo kaybı, ateş, karın ağrısı yakınmaları ile başvurdu. Öyküsünde, sarılık geçirmediği, 8 yıl önce akut kolesistit tanısı aldığı ve medikal tedavi ile düzeldiği öğrenildi. Hastanın penisilin ve Novalgin alerjisi vardı, sürekli kullandığı bir ilaç yoktu.

Fizik muayenesinde; genel durum orta, bilinç açık, ateş:38,5 C, nabız:90/dk. TA:110/60 mmHg idi. Karın palpasyonunda sağ hipokondriumda sert, hareketsiz, ağrılı, yaklaşık 3x3 cm. boyutlarında kitle saptandı. Karaciğer mid klavikuler hatta 4 cm. ve sert olarak palpe edildi. Fizik muayenede başka özellik saptanmadı.

* Ankara Numune Hastanesi Patoloji Bölümü

** Ankara Numune Hastanesi 6. Cerrahi Kliniği

*** Iskenderun Devlet Hastanesi Patoloji Bölümü

SUMMARY

Inflammatory pseudotumor of the liver is a rare benign lesion, which is often confused with malignancy. It usually arises in children and young adults. Etiology and pathogenesis is uncertain. There are 54 cases described in the literature. 66 years old male patient, presented with fever, abdominal pain and weight loss has been diagnosed as inflammatory pseudotumor of the liver by biopsy. The recognition of this nonneoplastic lesion in the liver is particularly important in order not to perform unnecessary extensive surgery.

Key Words: Liver, inflammatory pseudotumor.

Laboratuvar bulgularında; lökosit: 45400 (PMN:%84, lenfosit:%7, monosit:%4, eozinofil:%3, çomak:%2), Hb:%81, Hkt:%39 idi. Serum elektrolitleri normaldi.

AST: 541 IU/L (N:12-50)

ALT: 120 IU/L (N:10-70)

GGT: 230 IU/L (N: 7-70)

Alkalen fosfataz: 570 IU/L (N:26-96)

T. Bilüribin:1,0 mg/dl (N: 0,4-1)

D. Bilüribin:0,4 mg/dl (N: 0,1-0,5)

T. Protein: 71,2 g/L (N: 63-79)

Albumin: 33,6 g/L (N: 37-53)

Kan Üre Nitrojeni (BUN): 28 mg/dl (N: 7-28)

Kreatinin: 1,3 mg/dl (N:0,5-1,3)

AKŞ: 115 mg/dl

LDH: 104 IU/L (N: 90-220)

AFP: 1,0 ng/ml (N: 0-14)

CEA: 2,9 ng/ml (N: 0-4)

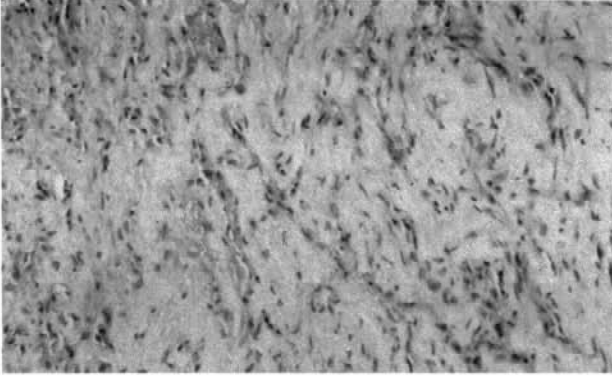
CRP: 96 mg/L (n: 0-6)

Sedim: 55 mm/saat

Abdominal USG'de; karaciğerde 1-4 cm.'lik, multipl, izoekojenik ve çevreleri hipoekojenik ödem halkaları ile çevrili, metastaz olabilecek kitleler vardı. Ayrıca safra kesesinde multipl taşlar ve solid eko veren görünüm saptandı.

Abdominal CT'de; karaciğer sağ lob antero bazalinde yaklaşık 5 cm. boyutunda, parankimden kesin sınırlarla ayrılan ancak, kapsül kontrastı göstermeyen hipodens lezyon izlenmekte idi. Safra kesesi duvarı kalın idi.

Hasta karaciğer apsesi ve hepatosellüler karsinoma ön tanıları ile yatırıldı. Sağ hipokondriumdaki ağrılı kitle, ateş ve lökositoz nedeniyle Cleocin 3x30 mg. ve Gen-



Resim 1: Hyalinize fibröz bağ dokusu, arada damar yapıları ve seyrek lenfoplazmositer infiltrasyon (HE X100).

tamycin 3x80 mg. başlandı.

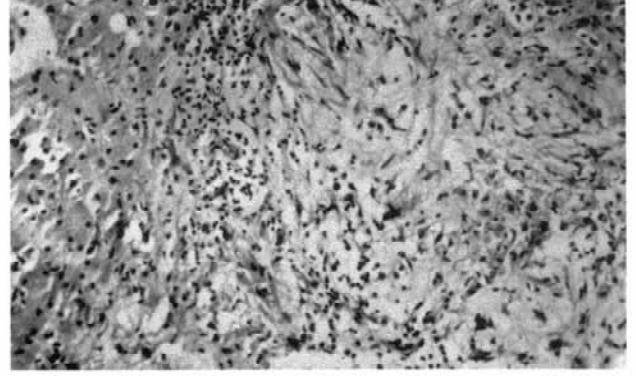
Yatışının 3. gününde hastaya eksploratris laparotomi uygulandı. Karaciğer sağ lobu ve safra kesesini içine alan 15 cm. çaplı sert beyaz renkli kitle saptandı. Duodenum ve omentum safra kesesine yapışarak kitle oluşturmuştu. Safra kesesi duvarı kalın ve düzensizdi, içinde multipl taşlar vardı. Karaciğerde apse yoktu, asit saptanmadı ve diğer organlar normaldi. Olgu operasyonda safra kesesi kanseri olarak değerlendirildi ve frozen section yapıldı. Frozen section kesitlerinde malignite olmadığı düşünüldü ancak kesin sonuç verilmedi. Çok sert ve beyaz renkli olan kitleden insizyonel biopsi yapılarak operasyon sonlandırıldı.

Biopsi materyali 1,5x1x0,5 cm. ölçülerinde, kesitinde kirlili beyaz renkte idi. Histolojik incelemede, geniş alanlarda karaciğer dokusunun yerini alan fibröz bağ dokusu görülmekte idi. Fibröz doku herhangi bir özel lokalizasyon göstermeksizin yaygın olarak bulunmakta idi ve normal dokuyu ortadan kaldırmıştı. Fibröz doku yer yer kalın hyalinize demetler halinde idi. Arada seyrek olarak histiositleri de içeren lenfoplazmositer infiltrasyon ve küçük damar yapıları bulunuyordu. Lezyon içinde küçük alanlarda sıkışık kalmış hepatosit toplulukları görülmekte ve lezyon dışında kalan bölgelerde normal yapıda karaciğer dokusuna rastlanmakta idi.

Olgu histopatolojik inceleme sonucu karaciğerin inflammatuar psödötümörü olarak değerlendirildi. 2x0,5 mg. Deksametazon başlandı ve genel durum orta olarak taburcu edildi. Kliniği düzelmeyen hasta, ağır, ateş yakınmaları ve lökositozu nedeni ile apse ön tanısı olarak başka bir hastanede tekrar opere edildi. Ancak fazla miktarda kanama nedeni ile operasyonda kaybedildi.

TARTIŞMA

İncelenen olguda, alınan biopsi materyalinin histolojik değerlendirilmesi sonucu literatürde tanımlanan inflammatuar psödötümör bulguları saptanmış ve lezyonun frozen-section ile kesin karar verilmeyen benign karakteri belirlenmiştir. Daha önce bildirilen olgulardaki gibi,^{3,4} klinik



Resim 2: Kenarda izlenen hepatosit toplulukları yanında fibröz bağ dokusu ve lenfositlerden zengin mononükleer infiltrasyon (HE X200)

olarak ateş, lökositoz, hepatik enzim değerlerinde artma, sedimentasyonda yükselme hastamızda da bulunmaktaydı. Klinik bulguları ve görüntüleme yöntemleri ile elde edilen sonuçlar, pekçok olgudaki gibi malignite düşünülmüş^{1,2} hastayı laparotomiye götürmüştür.

Hastalığın etyolojisi ve patogenezini bilinememektedir.^{1,2,3,5,7,11} Semptomlar ve laboratuvar bulguları nedeniyle enfeksiyona bağlı olabileceği öne sürülmüştür.^{1,4} Çoğunlukla olgularda doku veya kan kültürlerinde mikroorganizma saptanmazken,^{1,5,11} E.coli üreyen² ve Gram (+) kok belirlenen¹² birer olgu bulunmaktadır. Yiyeceklerden veya kronik apendisitten portal ven yoluyla hepatik parankime bazı mikroorganizmaların gelip yerleşebileceği ve burada inflammatuar bir lezyon oluşturabileceği hipotezi de öne sürülmüştür.³ Inflammatuar psödötümörün histolojik özellikleri allerjik veya immünolojik bir reaksiyona bağlı olarak meydana gelebileceğini de düşündürmüştür. Akut myelomonositik lösemili bir hastada inflammatuar psödötümör saptanmış ve lezyonun bu malignite veya bu nedenle kullanılan kemoterapotikler nedeniyle değişen immünolojik cevaba bağlı olduğu yorumu yapılmıştır.⁷ Akciğer ve lenf nodlarında da aynı histolojik görünümün saptandığı bir başka karaciğer inflammatuar psödötümörlü olguda da biopsi ile tanı konduktan sonra sistemik steroid uygulanmış ve klinik ve laboratuvar bulgularının düzeldiği gözlenmiştir. Bu olgu nedeniyle de karaciğer inflammatuar psödötümörünün patogenezinde immünolojik bozuklukların rol oynayabileceği ileri sürülmüştür.¹³

Karaciğerin inflammatuar psödötümörü, sıklıkla çocuklar ve genç yetişkinlerde bildirilmiştir.^{3,4} Literatürde bildirilen toplam 54 olgu, 10 aylık ile 83 yaş arasında bulunmaktadır.^{1,4,10} Olguların büyük kısmında lezyonun soliter olduğu ve 1-25 cm. çapa sahip bulunduğu ve daha sıklıkla sağ lobta yer aldığı bilinmektedir.⁴

Inflammatuar psödötümörün histolojik olarak hyalinize sklerozan, ksantogranüloamatöz ve plazma hücreli granüloom başlıkları altında 3 grupta incelenmesi öne sürülmüşse de, bu klasifikasyon pratik olarak değerli bulunmamış-

tır.³ Histolojik tablosunda çok sayıda lenfosit ve plazma hücresi bulunması inflamatuvar psödötümörün reaktif bir proses olduğunu ve ultrastrüktürel çalışmaların ortaya koyduğu histiomonositik hücrelerin bu prosesin immüno- lojik reaksiyonunda ana rolü oynadığını düşündürmektedir.⁵ Çok sayıda gözlenen plazma hücrelerinin immüno- histolojik değerlendirilmeleri nonneoplastik poliklonal özellikte olduklarını göstermekte ve lezyonun reaktif bir proses olduğunu vurgulamaktadır.^{8,11}

Klinik açıdan inflamatuvar psödötümörün malignite- den, özellikle de hepatosellüler karsinomdan ayırıl- mesi önem taşımaktadır.^{3,4,9,11} Kesin tanı konmamış tüm karaciğer kitlelerinin aksi kanıtlanana kadar malign kabul edilmesi gerektiği bilinmektedir. Genellikle malign neop- lazmlara inflamasyonu düşündüren bulgular eşlik etmez ancak inflamatuvar bulgular her zaman maligniteyi ekarte ettirmez. Hepatosellüler karsinomlu hastaların bazen ateş ve lökositozu da olabileceği bilinmektedir.³ Olgumuzda da klinik veriler maligniteyi düşündürmüştü ama bir karaci- ğer apsesi olasılığı da göz önüne alınmış ve hastaya la- paratomi yapılmıştır. İnflamatuvar psödötümör genellikle karaciğerde yer kaplayan lezyon olarak ortaya çıkar ve klinik, ultrasonografik, anjiyografik görünümü ve CT bulgu- larına ile diğer yer kaplayan lezyonlara özellikle de hepato- sellüler karsinoma çok benzer.^{4,7,9}

Özellikle son yıllarda, açıklanamayan karaciğer kitle- lerinin tanısında ilk aşama olarak uygulanan ince iğne as- pirasyon tekniği bu olgularda sağlıklı sonuç vermeyebilir. İnce iğne aspirasyon sitolojisi yapılan bir karaciğer infla- matuvar psödötümör olgusunda sitolojik değerlendirme adenokarsinom yönünde olmuştur.¹² Ancak bu teknik ile lezyonun nonneoplastik olduğu sonucuna ulaşılan olgu- lar da vardır.^{7,9} Negatif sonuç alınan bir ince iğne aspi- rasyon biopsisi maligniteden uzaklaştırır ancak rezeksi- yon planlanmadan önce biopsi yapılması esastır.⁹

Hastamızda olduğu gibi AFP düzeyinin yüksek olma- ması da bu hastalarda maligniteden uzaklaştırıcı bulgu- lar arasında sayılmaktadır.⁹ Ayrıca lökositoz, sedimentas- yonda artış ve CRP değerlerinde yükselme bu hastalarda inflamasyonu düşündüren ortak bulgular olarak dikkati çekmektedir.³

Literatürde bildirilen olguların çoğunda görüldüğü gi- bi kesin tanıya histopatolojik inceleme ile ulaşılmış, ope- rasyonda ağırlıklı olarak hepatosellüler karsinom yerine safra kesesi karsinomu düşünülmesine rağmen, mikros- kopik değerlendirme, inflamatuvar psödötümör tanısını getirmiştir.

İnflamatuvar psödötümörün prognozunun genelde iyi olduğu belirtilmektedir.⁴ Bildirilen olguların hiç birinde ölüm nedeninin direkt olarak inflamatuvar psödötümöre bağlı olmadığı düşünülmektedir ve hastalar çoğunlukla lokal rezeksiyon sonrası iyileşmişlerdir.⁴ İnoperabl olduğu düşünülen ve rezeksiyon uygulanmadan steroid verilen 2 hastada da tamamen düzelleme saptanmıştır.¹¹ Karaciğer inflamatuvar psödötümörünün nadir görülmesi nedeniyle tanı koyma güçlüğü bulunmaktadır. Bu nedenle genellik- le geniş rezeksiyonlar içeren ağır cerrahi girişimler uygu- lanmıştır; oysa, nonneoplastik olması ve spontan regres- yon beklenmesi sebebi ile inflamatuvar psödötümörlü has- taların mümkün olduğu kadar konservatif yaklaşımla te- davi edilmeleri uygundur.^{8,9} Hastamızda uygulandığı gibi sistemik steroidinde inflamatuvar psödötümörde rezeksi- yon yapılmayan olgularda tedavide yeri olduğu belirtil- mektedir.⁹

Klinik ve laboratuvar bulguları ile inflamatuvar psödötü- mör düşünülen lezyonlarda CT ile iğne biopsisi yapılması ve histolojik bulguları da uyumlu olursa, konservatif yak- laşım planlanması, ayrıca hastanın yakın takip altında bu- lundurulması önerilmektedir.¹⁴

KAYNAKLAR

- 1 Colina, G, Baruzzi G, Eusebi V. Inflammatory Pseudotumor of the Liver: Report of two Cases. *Tumori* 1987; 73:407-412.
- 2 Standiford SB, Sobel H, Dasmahapatra KS. Inflammatory Pseudotumor of the Liver. *J Surg Oncol* 1989;40:283-287.
- 3 Horiuchi R, Uchida T, Kojima T, Shikata T. Inflammatory Pseudotumor of the Liver. *Cancer* 1990; 65:1583-1590.
- 4 Shek TWH, Ng IOL, Chan KW. Inflammatory Pseudotumor of the Liver. *Am J Surg Pathol* 1993; 17:231-238.
- 5 Andreola S, Cattoretti G, Lombardi L, Audisio RA, Regalia E, Bosch JP, et al. Inflammatory Pseudotumor of the Liver: Report of two Cases. *Tumoris* 1990; 76:517-523.
- 6 Li GH, Li JQ, Lin YZ. Inflammatory Pseudotumor of the Liver. *J Surg Oncol* 1989; 42:244-248.
- 7 Isobe H, Nishi Y, Fukutomi T, Iwamoto H, Nakamoto M, Sakai H, et al. Inflammatory Pseudotumor of the Liver Associated with Acute Myelomonocytic Leukemia. *Am J Gastroenterol* 1991; 86:238-240.
- 8 Jackson RB, Gatling RR. Inflammatory Pseudotumor of the Liver. *Surgery* 1991; 109:329-332.
- 9 Levitt MD, Rode J, Russell RCG. Inflammatory Pseudotumor of the Liver. *Aust N Z J Surg* 1988; 58:743-745.
- 10 Imazato M, Isobe Y, Ueno E. Inflammatory Pseudotumor of the Liver. *AJR* 1990; 154:201.
- 11 Anthony PP, Telesinghe PU. Inflammatory Pseudotumor of the Liver. *J Clin Pathol* 1986; 39:761-768.
- 12 Lupovitch A, Chen R, Mishra S. Inflammatory Pseudotumor of the Liver. *Acta Cytol* 1989; 33:259-262.
- 13 Ikeda H, Oka T, Imafuku I, Yamada S, Yamada H, Fujiwara K, et al. A Case of Inflammatory Pseudotumor of the Gall- bladder and Bile Duct. *Am j Gastroenterol* 1990; 85:203-206.
- 14 Gollapudi P, Chejfec G, Zarling EJ. Spontaneous regression of Hepatic Pseudotumor. *Am j Gastroenterol* 1992; 87:214-217.