

Karaciğer hemanjiomlarında cerrahi yaklaşım

Surgical approach in hepatic hemangiomas

Dr. Ayhan KESKİN, Dr. Fuat ATALAY, Dr. Settar BOSTANOĞLU, Dr. Orhan ELBİR, Dr. Canbek SEVEN

Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği, Ankara

ÖZET: Kliniğimizde 1978-1993 yılları arasında ameliyat edilen 18 karaciğer hemanjiyonu vakası incelenmiştir. Hastaların 15'i (%83.3) kadın, 3'ü (%16.7) erkek olup, yaş ortalaması 40.4 (32-56) olarak bulunmuştur. Hastaların en belirgin şikayetleri sağ hipokondrium ve epigastriumda ağrıdır ve bu şikayetler 2 ila 10 yıldan beri mevcuttur. Tüm hastalarda kesin tanı ultrasonografi ile konulmuştur. 11 hastaya (%61.1) hemanjiyom eksizyonu, 4 hastaya (%22.2) sol lobektomi, 2 hastaya (%11.1) sol segmentektomi (2 ve 3. segment) uygulanmış olup, 1 hastada (%5.6) hemanjiyom her iki lobu ve hilusu tuttuğu için radikal cerrahi girişim uygulanamamıştır. Çıkarılan en küçük hemanjiyomun boyutları 5x6x6 cm. olarak bulunmuştur. Erken postoperatif morbiditemiz %27.7 olurken, hastalarımızın hepsi şifa ile taburcu edilmiştir ve halen problemsiz olarak takibimiz altındadırlar. İlk 10 senede 6, son 5 senede 12 tane hemanjiyoma cerrahi girişim uygulamamız teknik olanakların ve deneyimimizin artması ile açıklanabilir. Klinik olarak prensibimiz, çapı 5 cm. nin üzerinde olan semptomatik hemanjiyomların cerrahi olarak çıkartılması yönündedir.

Anahtar Kelimeler: **Karaciğer hemanjiomu, cerrahi yaklaşım**

HEMANGİOMA karaciğerin en sık görülen tümörüdür. Genellikle başka bir patoloji nedeniyle yapılan görüntüleme çalışmaları veya operasyonlar sırasında tesadüfen teşhis edilir. Karaciğer hemanjiyomlarının kesin tedavisi halen tartışmalıdır. Bu konuda literatürde çok geniş seriler bulunmamaktadır (Tablo 1). Genellikle cerrahi endikasyon ağrı ve büyüyen kitle nedeniyle koyulmaktadır. Biz de kliniğimizde uyguladığımız cerrahi tedavileri literatürle karşılaştırarak irdelemek istedik.

GEREÇ ve YÖNTEM

Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği'nde 1978-1993 tarihleri arasında ameliyat edilen 18 karaciğer hemanjiom vakası retrospektif olarak analiz edilmiştir.

SUMMARY: Eighteen cases of liver hemangiomas were operated on in our clinic between 1978-1993 were analyzed. Fifteen (83.3 %) of the cases were women, and 3 (16.7 %) were men. The average age was 40.4 years. The principal complaint was pain in the right hypochondrium and epigastrium and was present for 2-10 years. Definitive diagnosis was made by ultrasonography in all cases. Excision of the hemangioma was carried out in 11(61.1 %) cases, while 4 (22.2 %) patients had left hepatic lobectomy and 2(11.1%) had left segmentectomy (2 and 3). Radical surgical procedure was not possible in one (5.6 %) case due to involvement of both hepatic lobes and the hilus. The smallest resected hemangioma measured 5x6x6 cm. Early postoperative morbidity was 27.7 % and all patients have been followed up and presented no problems. The increase from 6 cases in the first 10 years to 12 during the past 5 years can be explained by technical improvements and advanced experience. Our clinical opinion is to perform surgical resection on symptomatic hemangiomas larger than 5 centimeters.

Key words: **Liver hemangioma, surgical approach**

Hastalar yaş, cins, şikayetler, fizik muayene bulguları ve rutin laboratuvar sonuçları açısından değerlendirilmiştir. Hastaların tümüne preoperatif dönemde rutin laboratuvar testlerinin yanısıra karaciğer rezervini gösterecek testler uygulanmıştır. Hastalara uygulanan görüntüleme yöntemleri ve sonuçları incelenmiştir. Teşhis metodları sonuçları operasyon bulguları ile karşılaştırılmış, seçilen operasyon çeşitleri, sonuçları ile birlikte değerlendirilmiştir.

Operasyonlarda genellikle sağ subkostal kesi kullanılmıştır. Operasyon sonunda tüm olgularda dren kullanılmıştır. Hastalar operatif mortalite ve postoperatif morbidite ve takip açısından değerlendirilerek, dünya literatürü ile karşılaştırılmıştır.

BULGULAR

Hastaların 15'i (%83.3) kadın, 3'ü (%16.7) erkektir. Ortalama yaş 40.4 (36-52) olarak bulunmuştur.

Tablo 1. Karaciğer kavernöz hemanjiom operasyonları

Yıl	Yazarlar	Tek merkezde uygulanan	Derlenen
1970	Adam (4)	10	25
1975	Kato (5)	1	
1980	Starzl (3)	15	
1983	Trastek (6)	13	
1984	Tagaki (9)	8	
1984	Kawarda (8)	5	
1986	Schwartz (1)	16	

Hastaların şikayetleri değişken ve patognomonik olarak bulunmamıştır. En belirgin şikayet sağ hipokondrium ve epigastriumda ağrıdır. Hastaların 15'inde (%83.3) ağrı şikayeti mevcuttu. 8 hastada (%44.4) ağrıya ilave olarak sol hipokondrium ve epigastriumda ele gelen kitle mevcuttu. Hiçbir hastada oral kontraseptif hikayesi yoktu.

Yapılan rutin laboratuvar tetkiklerinde hiçbir hastada belirgin bir değişiklik ve karaciğer fonksiyonunun biyokimyasal değerlendirilmesinde belirgin bir bozukluk saptanmadı.

Ultrasonografi hastaların tümüne uygulanmış ve operasyon bulgularıyla karşılaştırıldığında tüm olgularda doğru sonuç elde edilmiştir. Bilgisayarlı tomografi ve selektif anjiyografi ileri teknik olarak hastaların bir kısmında tanıyı kesinleştirmek veya lokalizasyonu daha detaylı belirlemek amacıyla uygulanmıştır. Anjiyografi uygulanan bir hasta operasyonu kabul etmediği için çalışmaya dahil edilmemiştir.

Uyguladığımız cerrahi girişimler Tablo 2'de gösterilmiştir. Cerrahi olarak tedavi edilen en küçük hemanjiomun boyutları 5x6x6 cm. olarak tesbit edilmiştir. Bir hastada (%5.6) hemanjiom her iki lobu ve hilusu tuttuğu için radikal cerrahi girişim uygulanamamıştır.

Olgularındaki operasyon endikasyonlarını belirleyen semptomlar, tümör boyutları ve uygulanan operasyon çeşitleri Grafik 1'de gösterilmiştir.

Operasyon sırasında ortalama kan gereksinimi 2 ünite olarak belirlenmiştir. Operatif mortalitemiz yoktur. Postoperatif dönemde iki hastada subfrek abse ve üç hastada cilt enfeksiyonu gelişmiştir. Morbiditemiz %27.7'dir. Hastalar ameliyat sonrası ortalama 8(7-10) gün hastanede yatmışlardır.

TARTIŞMA

Hemanjiomlar karaciğerde en sık görülen benign

Tablo 2. Uygulanan cerrahi girişimler

Total eksizyon	11 olgu	(%61.1)
Sol lobektomi	4 olgu	(%22.2)
Segmentektomi (2. ve 3. segment)	2 olgu	(%11.1)

tümörlerdir. Otopsi serilerinde %0.4-0.7 oranında bildirilmiştir (2). Sıklıkla soliter olarak bulunmalarına rağmen nadiren multipl küçük hemanjiomlar tüm lobu tutabilir. %15 multipl olarak bulunurlar. Mezenkimal orijinlidirler (3,4). Tümör koyu ve düzgün yüzeyli görünümlü, palpasyonda yumuşak olarak ele gelir. Kesitlerde mor-kırmızı, süngerimsi bir yapısı vardır.

Yaş ortalaması çeşitli serilerde 44-45 arasındadır (1,3), bizim çalışmamızda 40.4 olarak bulunmuştur. Kadın erkek oranı kadınların lehine 2-5 kat fazladır (3,4). Bizim çalışmamızda ise bu oran 5/1 olarak bulunmuştur.

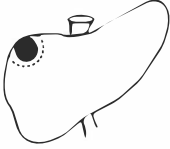
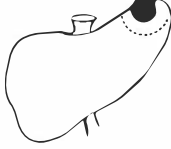
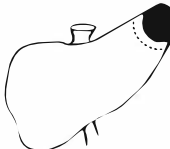
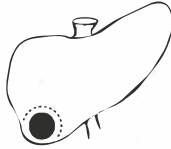
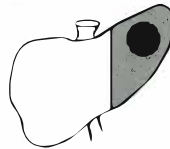
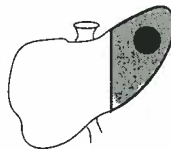
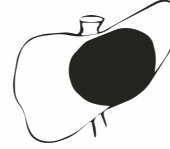
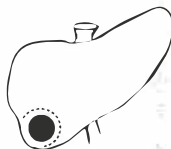
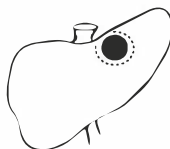
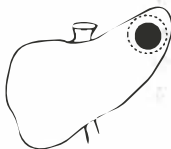
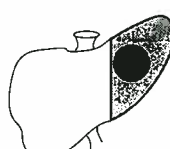
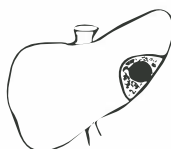
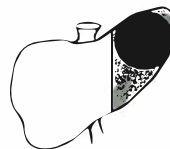
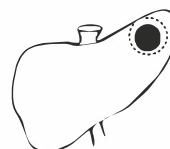
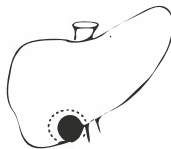
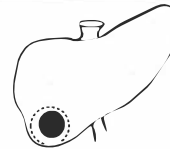
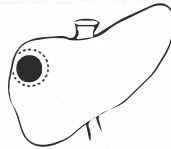
Üçte bir oranında asemptomatik olabilirler. En sık görülen semptomlar karın ağrısı ve diğer organlara bası sonucu ortaya çıkan belirtilerdir. Japonya'da yapılan bir çalışmada karında kitle hissi %51, karın ağrısı %24, dolgunluk hissi %20 olarak bulunmuştur (5). Trasek ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların %41-49'unda, 4 cm. nin üzerindeki hemanjiyomlar semptomatik bulunmuştur (6). Bizim olgularımızda en belirgin şikayet karın ağrısıdır (%83.3).

Tümör büyüklüğü ile orantılı olarak trombositopeni ve Kasabach-Meritt sendromu ortaya çıkabilir (3,7). Kavernöz hemanjiomların rüptür potansiyeli çok düşüktür (1). Rüptür durumunda mortalite %90'ın üzerindedir (8,9).

Laboratuvar incelemeleri spesifik değildir. Çoğu kişide laboratuvar incelemelerinde normal sonuçlar elde edilmektedir. Bizim hastalarımızdan laboratuvar değerleri bozuk olana rastlanmamıştır.

Tanı yöntemleri arasında en kesin sonucu verenler ultrasonografi, kompüterize tomografi, nükleer manyetik rezonans (NMR), anjiyografi ve laparoskopidir. Selektif hepatik anjiyografi en yüksek doğrulukla sonuç veren diyagnostik tekniktir(10). Hemanjiom içerisine boyanın göllenmesi, kapiller ve venöz fazlarda tümör boyanmasının kalıcılığı söz konusudur. Ultrasonografi, kompüterize tomografi ve NMR non invaziv yöntemler olması nedeniyle tercih edilmekte, ayrıca takiplerde önem taşımaktadır (11). Bizim çalışmamızdaki tüm vakalara ultrasonografi uygulanmış ve olguların tü-

Grafik 1. 18 olgunun değerlendirilmesi

YAŞ	CİNS	ENDİK.	CM	REZEKSİYON	YAŞ	CİNS	ENDİK.	CM	REZEKSİYON
56	K	AĞRI	8x8		42	K	AĞRI KİTLE	8x8	
42	K	AĞRI	15x15		38	K	KİST HİDAT.	6x6	
32	K	AĞRI	12x12		35	K	AĞRI	8x8	
54	K	AĞRI KİTLE	YAYGIN		40	E	AĞRI KİTLE	8x8	
30	K	AĞRI	5x6		42	K	AĞRI KİTLE	12x12	
40	K	AĞRI KİTLE	15x15		52	K	AĞRI	5x6	
44	K	AĞRI	16x16		54	K	AĞRI	10x15	
48	E	KİST HİDAT. OP.	6x6		40	K	AĞRI KİTLE	8x12	
46	E	MİDE OP.	5x6		41	K	AĞRI KİTLE	7x8	

münde doğru sonuç elde edilmiştir. Anjiografi ve kompüterize tomografi bazı vakalarda hemanjiomun yerinin daha iyi saptanarak, operasyon stratejisini belirlemek amacıyla ileri tetkik olarak kullanılmıştır.

Karaciğer hemanjiomlarının tedavisi halen tartışmalı olmasına rağmen, kesin tedavi yönteminin cerrahi olduğunu vurgulayanlar da mevcuttur (8). Karaciğerin sağ lob anteroinferior kenarındaki ve sol lob lateralindeki küçük çaplı olanlar lokal eksizeyonla, normal karaciğer dokusundan minimal bir bölüm de içerisine alınacak şekilde çıkarılabilir(1). Couinaud klasifikasyonuna göre belirli bir segmenti içerisine alan hemanjiomlarda segmentektomi daha büyük olanlarda anatomik planda hepatektomi uygulanabilir. Cerrahi girişimin güç

olduğu vakalarda steroid tedavisi, radyoterapi, arteria hepatica ligatürü, embolizasyon denenebilir-se de alınan sonuçlar genellikle yetersizdir (3,8).

Erken postoperatif komplikasyonlar literatürde %18-31 olarak bildirilmektedir(1). Bizim çalışmamızda bu oran %27.7'dir, hastaların tümü şifa ile taburcu edilmiş ve uzun süreli kontrollerinde herhangi bir problemle karşılaşmamıştır.

Uyguladığımız cerrahi girişimlerin 6'sı ilk on senede, 12'si ise son beş senede gerçekleştirilmiştir. Bu da bu konudaki teknik olanakların ve deneyimimizin artması ile açıklanabilir. Sonuç olarak bu konudaki klinik prensibimiz 5 cm'nin üzerindeki semptomatik hemanjiomların cerrahi olarak çıkartılması yönündedir.

KAYNAKLAR

1. Schwarts SI, Husser WC. Cavernous hemangioma of the liver. *Ann Surg* 1987; 5:456-62.
2. Ishak KG, Robin L. Benign tumors of the liver. *Med Clin North Am* 1975; 59:995-1002.
3. Starlz TE, Koep LJ, Weil R III, et al. Excisional treatment of cavernous hemangiomas of the liver. *Ann Surg* 1980; 192:25-7.
4. Adam YG, Huvos AG, Fortner JG. Giant hemangiomas of the liver. *Ann Surg* 1970; 172:209-45.
5. Kato M, Sugawara I, Okada A, et al. Hemangioma of the liver. *Am J Surg* 1975; 129:698-704.
6. Trastek VF, Van Heerden JA, Sheedy PF II, Adson MA: Cavernous hemangiomas of the liver. Resect or observe? *Am J Surg* 1983; 145:49-53.
7. Wannankraiot P, Benjavongulchai B. Giant hemangioma of liver with bleeding tendency. *J Cod* 1985; 68:433-39.
8. Kawarda Y, Mizimato R. Surgical treatment of giant hemangioma of the liver. *Am J Surg* 1984; 148:287-91.
9. Tagaki H, Kido C, Morimoto T, et al: Surgical treatment of hemangiomas of the liver. *J Surg Onc* 1984; 26:91-9.
10. Freeny PC, Vimont TR, Barnett DC. Cavernous hemangioma of the liver: ultrasonography, arteriography and computed tomography. *Radyology* 1979; 132:143-6.
11. Brunetun JN, Drouillard J, Fenart D, et al. Ultrasonography of hepatic cavernous hemangiomas. *Br J Radiol* 1983; 56:791-95.