

Dev karaciğer hemanjiomlarında enükleasyon: 14 Olgu

Enucleation of giant hepatic hemangiomas: 14 cases

Murat Ulas,* Sinan Yol,* E. Birol Bostancı,* Yusuf Özoğul,* Taner Oruğ,* Metin Şavkılıoğlu,* Musa Akoğlu*

Amaç:

Karaciğer hemanjiomu nedeniyle enükleasyon uygulanan olguların sonuçlarını irdelemek.

Yöntem:

Ocak 2000 - Ocak 2004 tarihleri arasında kliniğimizde dev karaciğer hemanjiomu tanısıyla ameliyat edilen 14 olgu yaş, cins, biyokimyasal değerler, uygulanan görüntüleme yöntemleri, lezyonun büyüklüğü ve yerleşimi, ameliyatın süresi, kan kaybı, mortalite ve morbidite, hastanede kalış süresi ve uzun dönem sonuçları yönünden incelendi.

Bulgular:

11'i kadın, 3'ü erkek olan hastalarımızın yaş ortancası 42 (30-60) idi. Lezyonlar 10 hastada sağ lobda, 2 hastada sol lobda ve 2 hastada her iki lobda yerleşmişti. Ortanca ameliyat süresi 200 (150-280) dakika, ortanca kan kaybı 600 (400- 8500) cc ve posto-peratif hastanede kalma süresi 7 gün idi. Hiçbir hastamızda mortalite görülmedi.

Sonuç:

Dev karaciğer hemanjiomlarında ameliyat endikasyonu dikkatli değerlendirilmeli ve ameliyat endikasyonu olan olgularda enükleasyon yeterli bir tedavi metodu olmakla birlikte enükleasyon işleminin kolay olmadığı ve kimi olgularda fazla miktarda kan ürünü desteğinin gerekebileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler:

hemanjiom, karaciğer, enükleasyon

Hemanjiom karaciğerin en sık rastlanan selim tümörü olup neoplastik büyümeden ziyade bir ektazidir (1). Otopsi çalışmalarında toplumun % 0.4 ila %20'sinde rastlanmaktadır(2). Üçüncü ve beşinci dekattaki kadınlarda daha siktir. Genellikle asemptomatik seyreden bu lezyonlar rastlantı sonucu tespit edilirler.

Dev karaciğer hemanjiomlarının başlıca semptomu karın ağrısı olup tedavisi tartışmalıdır (3). Tedavide cerrahi yöntemler daha etkin olduğu için halen kullanılmaktadır. Rezeksiyon ve enükleasyon en sık uygulanan cerrahi yöntemlerdir.

Biz, bu çalışmamızda kliniğimizde enükleasyon ile tedavi edilen dev karaciğer hemanjiomlu olgularımızın sonuçlarını değerlendirdik.

Gereç ve Yöntem

Çalışmaya, Ocak 2000 ile Ocak 2004 tarihleri arasında Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniğinde karaciğer hemanjiomu tanısı ile ameliyat edilen 18 olgunun enükleasyon uygulanan 14'ü dahil edildi. Çalışmaya dahil edilen olgular yaş, cins, biyokimyasal değerler, uygulanan görüntüleme yöntemleri, lezyonun büyüklüğü ve yerleşimi, ameliyatın süresi, kan kaybı, mortalite ve morbidite, hastanede kalış süresi ve uzun dönem sonuçları yönünden incelendi.

Cerrahi teknik

Sağ subkostal insizyon ile batına girilip karaciğer serbestleştirildi. Karaciğer hilusu Pringle manevrası için hazırlandı. Karaciğer dokusu ile hemanjiom arasındaki fibröz dokuya girilip bu plandaki vasküler yapılar bağlanıp kesilerek enükleasyon yapıldı (Resim 1).

Ameliyat sonrası dönemde hastalar ilk yıl üçer aylık, sonraki yıl altı aylık süreler ile takip edildi. Karaciğer fonksiyon testleri ve gelişen tüm komplikasyonlar kayıt edildi.

Sonuçlar

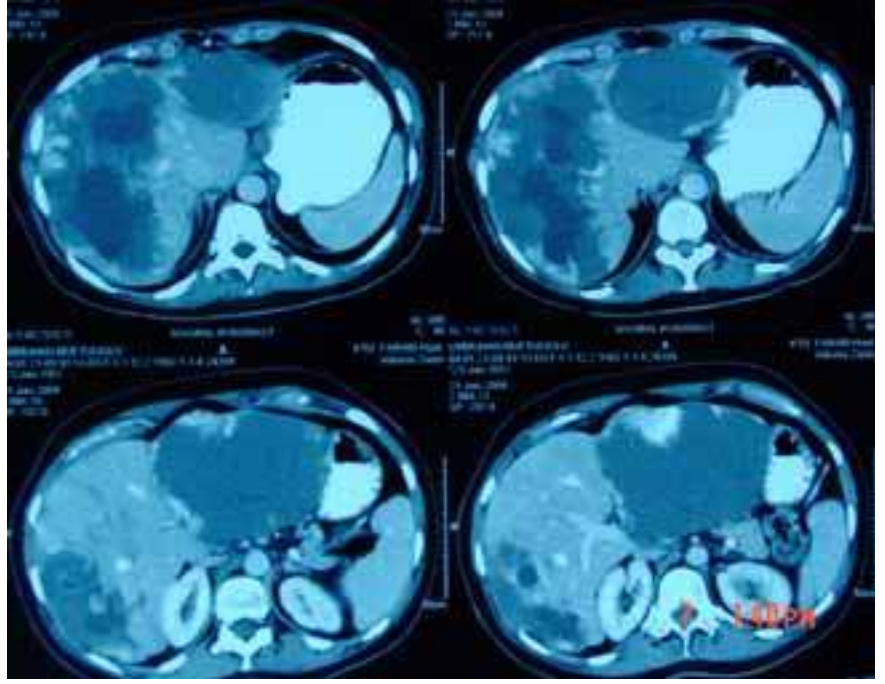
Çalışma süresince 14 olgu ameliyat edildi. Olguların 3'ü erkek, 11'i kadın, yaş ortalaması 42 (30-60) idi. Hastaların 12'sinde (%85.7) karın ağrısı şikayeti, 2 olguda bulantı ve halsizlik gibi özgül olmayan semptomlar araştırılırken hemanjiom tespit edildi. 12 olgu karın ağrısı, bir olgu hemanjiomun büyümesi, diğer olgu ise hastanın lezyondan tedirgin

* Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi, Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği, ANKARA

Dr. Sinan YOL
Dr. Mediha Eldem Sokak, 42/13, Kızılay, 06420, ANKARA
Tel: 0312 432 17 13 - 0505 255 61 06
e-posta: sinanyol@hotmail.com



Resim 1: Karaciğer hemanjiomu ve fibröz kapsülü (lenükleasyon öncesi ve sonrası)



Resim 2: Serimizde enükleasyon uygulanan 48 yaşındaki kadın hastaya ait iki adet dev hemanjiomun BT görüntüsü.

olarak ameliyatı tercih etmesi üzerine ameliyat edildiler. Tüm olguların fizik muayene ve biyokimyasal testleri normaldi. Tanı ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi ile kondu (resim 2), 4 hastaya ayrıca anjiyografi de yapıldı.

Lezyon, 10 hastada (%71.4) sağ lobda, 2 hastada (%9.3) sol lobda ve 2 hastada (%9.3) hem sağ hem de sol lobda idi. Sağ lobda lokalize 9 lezyon tek ve bir olguda çift lezyon mevcuttu. Lezyonların ortalama büyüklüğü 85 (80-130) mm idi. Ortalama ameliyat süresi 200 dakika (150-280 dk) idi. Ortalama kan kaybı 600 (400-8500) cc, postoperatif hastanede kalış süresi 7 gün (5-8 gün) idi.

Hiçbir hastamızda mortalite görülmedi. Bir hastamızda postoperatif aspartat aminotransferaz, alanin aminotransferaz, laktat dehidrogenaz, alkalın fosfataz ve bilirubin enzimlerinde yükseklik oldu. Bu olgu intraoperatif kanama nedeniyle yedi ünite kan transfüzyonu yapılan hasta idi. Bu enzimler daha sonra normal sınırlara indi. Diğer olgularda kan transfüzyonuna ihtiyaç duyulmadı.

Bu çalışmanın yapıldığı tarihte hastaların tamamı takipte idi ve ortalama takip süresi 23 ay (6 - 48 ay) idi. 14 olgunun 12'si ağrısının tamamen geçtiğini, 2'si ise ağrısının azaldığını ifade etti. Bu 2 hastada yapılan ek incelemelerde herhangi bir bulgu tespit edilmedi. Tüm hastaların fizik muayene ve biyokimya testleri normaldi, ameliyata bağlı olabilecek hiç bir komplikasyon tespit edilmedi.

Tartışma

Karaciğer hemanjiomlarında cerrahi girişim indikasyonları tartışmalıdır. Tüm serilerde en sık endikasyon sebebi ağrı ve ikinci önemli endikasyon ise lezyonun büyümesi ve malignite şüphesi olarak rapor edilmiştir (4-6). Hemanjioma bağlı ağrı sebebinin trombüs oluşumu, lezyon içi kanama veya çevreye bası olduğu düşünülmektedir (7). Bizim serimizde de olgularımızın %85.7'sinde ameliyat endikasyonunu ağrı oluşturmaktaydı.

İkinci en sık ameliyat endikasyonu olan hemanjiomların büyümesi ve malignite şüphesi uyandırması

lezyonun neovaskülarizasyonundan değil, mevcut yapının ektazik genişlemesinden kaynaklanır (8). Bugüne kadar hemanjiomların maligniteye dönüştüğü bildirilmemiştir. Bununla birlikte büyüyen bir lezyona hemanjiom tanısı kesin konulamamışsa dikkatli olunmalı ve tanıda şüphe duyulduğu zaman laparotomiden çekinilmemelidir.

Hemanjiomların çapları çok farklılık gösterir ve genellikle küçük lezyonlardır. Klasik olarak 4 cm'den büyük lezyonlar dev hemanjiom olarak adlandırılmaktadır. Küçük lezyonlar (4 cm'den küçük) genellikle asemptomatik seyretmektedir. Serimizdeki en küçük lezyon çapı 8 cm idi. Tabii ki büyük lezyonların tanınması daha kolaydır. Hiçbir hastamızın malignite şüphesi ile ameliyat olmamasının sebebi de lezyonların büyük çaplı olması olabilir.

Karaciğer hemanjiomlarında korkulan en önemli nokta spontan rüptürdür. İnanılanın aksine bu lezyonlarda spontan rüptür olasılığı son derece düşüktür. Bugüne kadar rapor edilmiş yalnızca 32 hemanjiom

rüptürü olgusu mevcuttur (9). Farges ve ark. (10) 163 olguluk serilerinde ameliyat etmedikleri hastaların hiçbirinde, ortalama 92 aylık takip sonunda komplikasyon gelişmediğini bildirmişlerdir. Spontan kanayan olguların çoğunda kanamadan önceki birkaç gün semptomlar görülmüştür(11). Bu nedenle takipteki hemanjiom hastalarına önemli bir ağrı hissettiklerinde bunun bir komplikasyon habercisi olabileceği ve doktora başvurmaları gerektiği uyarısında bulunulmalıdır. Sporcularda ve travmaya maruz kalma olasılığı yüksek olan kişilerde hemanjiomlar, özellikle yüzeyle yerleşmiş olanlar ameliyat edilebilir. Bizim serimizde spontan rüptür nedeniyle ameliyat edilen olgu yoktur.

Dev hemanjiomlarda cerrahi seçenekler hepatik arter ligasyonu, enükleasyon, karaciğer rezeksiyonu ve karaciğer transplantasyonudur. En sık uygulanan yöntem ise rezeksiyon ve enükleasyondur. Karaciğer transplantasyonu Kasabach-Merritt Sendromu ve karaciğerin kurtarılamiyaçağı nadir durumlarla sınırlıdır (12). Enükleasyonun rezeksiyona oranla daha az komplike bir ameliyat olması cerrahları bu olgularda enükleasyon yönüne doğru yöneltmiştir. Enükleasyon karaciğer dokusu kaybına sebep olmaz ve safra fistülü gelişme

olasılığı yoktur (4, 13, 14). Ayrıca dev hemanjiomlar düzenli şekilde yerleşmemekte ve çok farklı girinti ve çıkıntılar yapabilmektedir. Böyle lezyonlarda anatomik rezeksiyon imkansız olabilmektedir. Bu sebeplerden dolayı son onbeş yıl içerisinde ideal ameliyat olarak kabul görmüştür (15). Fakat yayınların aksine bizim gözlemimiz enükleasyonun yalnızca asemptomatik olgularda kolay olduğu yönündedir. Semptomatik olgularda karaciğer parankimi ile hemanjiom arasındaki fibröz planın ataklara bağlı olarak yapışıklığı artmakta ve enükleasyonu zorlaştırmaktadır. Bu sırada ciddi kan kaybı olabileceği de unutulmamalıdır. Bu bize karaciğer dev hemanjiomlarının tedavisinde enükleasyon tekniğinin her zaman çok kolay uygulanamaya-

bileceğini, karaciğer cerrahisinde deneyimli ve kan ürünü temininin kolaylıkla sağlanabileceği merkezlerde tedavi edilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Enükleasyon yaptığımız hastalarımızın hiçbirinde takip süresince nüks veya başka bir hemanjiom görmedik. Enükleasyon sonrası ilk iki ay içerisinde ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi takipleri ile karaciğer dokusunun çıkarılan alanı doldurduğunu gördük.

Sonuç olarak karaciğerin dev hemanjiomlarında cerrahi seçenek olarak enükleasyon tercih edilmelidir. Enükleasyon işleminin dev hemanjiomda kolay olmadığı ve fazla miktarda kan ürünlerine gereksinim duyulabileceği hiçbir zaman unutulmamalıdır.

Summary

Enucleation of giant hepatic hemangiomas: 14 cases

Purpose:

All patients with a diagnosis of hepatic hemangioma who underwent enucleation between January 2000 and January 2004 were reported.

Material and Methods:

Demographics, biochemical values, diagnostic studies, lesion characteristics, operative time, blood loss, mortality and morbidity, and outcomes were analyzed.

Results:

Locations were the right lobe in 10 cases, the left lobe in two and both lobes in two. The size of hemangiomas ranged from eight cm to 13 cm in diameter. There was no mortality, and one morbidity. No recurrence of hemangioma was observed.

Conclusion:

Although enucleation seems a safe procedure for the treatment of giant liver hemangiomas, and is the preferential technique of the authors, it should always be kept in mind that it is not a simple procedure and blood and blood products may be necessary during the surgery.

Key words:

hemangioma, liver, enucleation

KAYNAKLAR

1. Yoon SS, Charny CK, Fong Y, Jarnagin WR, Schwartz LH, Blumgart LH, DeMatteo RP. Diagnosis, management and outcomes of 115 patients with hepatic hemangioma. *J Am Coll Surg* 2003; 197: 392-402.
2. Danet IM, Semelka RC, Braga L, Armao D, Woosley JT. Giant hemangioma of the liver: MR imaging characteristics in 24 patients. *Magne Reson Imaging* 2003; 21: 95-101.
3. Popescu I, Ciurea S, Brasoveanu V, Hrehoret D, Boeti P, Georgescu S, Tulbure D. Liver hemangioma revisited: current surgical indications, technical aspects, results. *Hepatogastroenterology* 2001; 48: 770-6.
4. Ozden I, Emre A, Alper A, Tunaci M, Acarli K, Bilge O, Tekant Y, Ariogul O. Long-term results of surgery for liver hemangiomas. *Arch Surg* 2000; 135: 978-81
5. Borgonovo G, Razzetta F, Arezzo A, Torre G, Mattioli F. Giant hemangiomas of the liver: surgical treatment by liver resection. *Hepatogast-*

6. roenterology 1997; 44: 231-4.
6. Pietrabissa A, Giulianotti P, Campatelli A, Di Candio G, Farina F, Signori S, Mosca F. Management and follow-up of 78 giant hemangiomas of the liver. *Br J Surg* 1996; 83: 915-8
7. Makhlof HR, Ishak KG. Sclerosed hemangioma and sclerosing cavernous hemangioma of the liver: a comparative clinicopathologic and immunohistochemical study with emphasis on the role of mast cells in their histogenesis. *Liver* 2002; 22: 70-8.
8. Trastek VF, Van Heerden JA, Sheedy PF, Adson MA. Cavernous hemangiomas of the liver: resect or observe? *Am J Surg* 1983; 145: 49-53
9. Corigliano N, Mercantini P, Amodio PM, Balducci G, Caterino S, Ramacciato G, Ziparo V. Hemoperitoneum from a spontaneous rupture of a giant hemangioma of the liver: report of a case. *Surg Today* 2003; 33: 459-63 Review.
10. Farges O, Daradkeh S, Bismuth H. Cavernous hemangiomas of the liver: Are there any indications for resection? *World J Surg* 1995; 19: 19-24.

11. Sewell JH, Weiss K. Spontaneous rupture of hemangioma of the liver. A review of the literature and presentation of illustrative case. *Arch Surg* 1961; 83: 729-33.
12. Hochwald SN, Blumgart LH. Giant hepatic hemangioma with Kasabach-Merritt syndrome: is the appropriate treatment enucleation or liver transplantation? *HPB Surg* 2000; 11(6): 413-9
13. Kuo PC, Lewis WD, Jenkins RL. Treatment of giant hemangiomas of the liver by enucleation. *J Am Coll Surg* 1994; 178: 49-53
14. Demiryurek H, Alabaz O, Agdemir D, Sungur I, Erkocak EU, Akinoglu A, Alparlan A, Zorludemir S. Symptomatic giant cavernous haemangioma of the liver: is enucleation a safe method? A single institution report. *HPB Surg* 1997; 10(5): 299-304.
15. Alper A, Ariogul O, Emre A, Uras A, Okten A. Treatment of liver hemangiomas by enucleation. *Arch Surg* 1988; 123: 660-1