

# Karaciğerin İnfiamatuar Psödotümörü, Bir Vaka Takdimi

INFLAMMATORY PSEUDOTUMOR OF THE LIVER - A CASE REPORT

Dr.Güleli AKYOL\*, Dr.Ayşe DURSUN\*, Dr.Aylar POYRAZ\*, Dr.Mehmet Afî ALTUN\*\*

\* Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji ABD

\*\* Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi ABD, ANKARA

## ÖZET

*İnfiamatuar psödotümör karaciğerde nadir görülen ve gelişmiş görüntüleme tekniklerine rağmen neoplastik patolojiler ile karıştırılarak hatalı klinik tanıya neden olan benign bir lezyondur. Kesin tanısı histolojik incelemeyi gerektirir. Karın ağrısı, bulantı, hepatomegali ile başvuran altı yaşında bir kız çocuğunda hepatoblastom ön tanısı ile yapılan eksizyonda infiamatuar psödotümör saptandı. Operasyon sonrası hasta tamamen düzeldi. Etyolojiye yönelik incelemelerde belirli bir etken saptanamadı.*

Anahtar Kelimeler: İnfiamatuar psödotümör, Karaciğer

T Klin Gastroenterohepatoloji 1994, 5:276-278

İnfiamatuar psödotümör karaciğerde, akciğere oranla daha seyrek görülmekte olup, daha çok çocuklarda ve genç erişkinlerde bildirilmiştir (1-3). Gerçek bir neoplazi olmayan bu lezyonun karaciğerde yer tutan lezyonların ayırıcı tanısında akla getirilmesi, gereksiz radikal girişimleri önlemek bakımından önemlidir. Bu makalede amacımız, 6 yaşında bir kız çocuğunda saptadığımız bu nadir lezyonun klinikopatolojik özelliklerini ortaya koymak ve mevcut bilgileri gözden geçirmektir.

## V A K A

AKt yaşındaki k,z çocuğu m/ başlayan karın ağrısı, mide bulantısı, halsizlik şikayetleri nedeniyle Kırşehir'de yapılan fizik ve ultrasonografik muayenesinde hepatomegali saptanması üzerine hastahanemize gönderilmiştir. Hastanın fizik muayenesinde hepatomegali dışında bulgu saptanmadı. Hemogramı ve akciğer grafisi normal sınırlarda olup, alkalemi fosfataz 115 Ü (Normal: 30-90 Ü), SGOT 30 Ü (Normal: 5-40 Ü), SGPT 14 Ö (Normal: 5-40 Ü), Gamma GT 9.5 0 (Normal:

Geliş Tarihi: 01.08.1994

Kabul Tarihi: 15.08.1994

Yazışma Adresi: Dr.Gülen AKYOL

Şehit Ersan Cad. 34/23

Çankaya 06680 ANKARA

## SUMMARY

*Inflammatory pseudotumor is one of benign lesions of liver that is frequently misdiagnosed to be a neoplastic lesion by imaging techniques. Definite diagnosis requires histologic examination. A six years old girl suffering from stomach-ache and nausea with hepatomegaly was initially thought to have hepatoblastoma and after excisional biopsy inflammatory pseudotumor was detected. The patient was cured by surgery. No antecedent etiologic cause was able to be determined in spite of the clinical and histological investigation.*

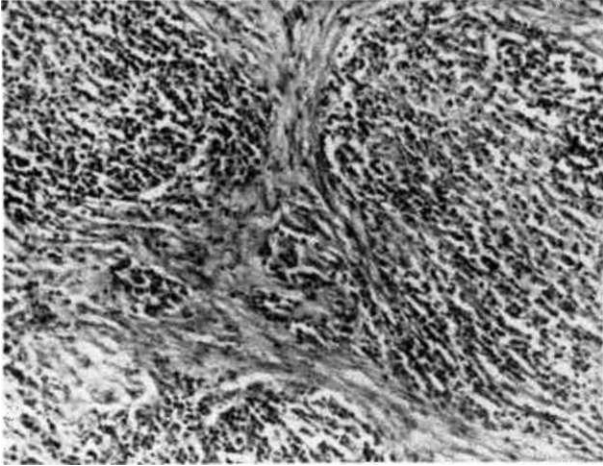
Key Words: Inflammatory pseudotumor, Liver

Turk J Gastroenterohepatol 1994, 5:276-278

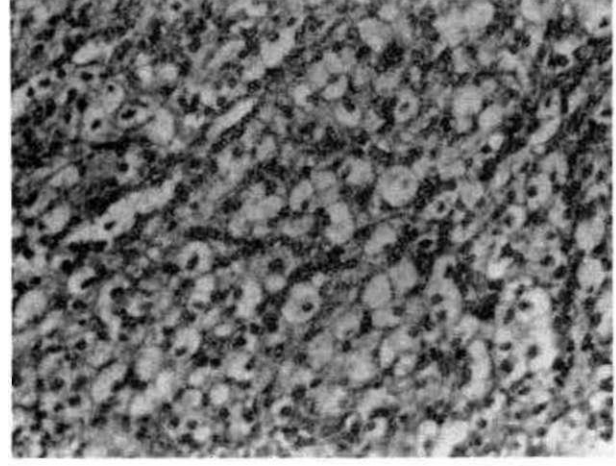
3.5-13 Ü) olarak tespit edildi. Periferik yaymasında atipik hücre görülmedi. Hepatit araştırılmasında viral anti-jen ve antikorları kanda negatifti. Kan, idrar ve boğaz kültürlerinde üreme olmadı. Abdominal ultrasonografisinde karaciğerin kosta kenarını ksifoidde 9.5 cm, midklaviküler hatta 7 cm, ön aksiller hatta 4.5 cm geçtiği ve sağ lob anteriorunda 5.5x4x2 cm boyutlarında düzensiz sınırlı, hiperekoik ve ortasında anekoik alanlar bulunan kitle saptandı. Safra kesesi, safra yolları, portal sistem ve dalakda patoloji saptanmadı. Bilgisayarlı tomografide kitlenin heterojen olduğu ve hipodens kısımlarda septasyonlar içerdiği, bulguların kist hidatik ile uyumlu olabileceği bildirildi. Ancak kist hidatiğe yönelik hemaglutinasyon testlerinde pozitif sonuç alınmadı. Kitlenin hemanjiyom olabileceği düşünülerek anjiyografik tetkik yapıldı fakat bulgular neoplastik bir lezyonla uyumlu değildi. Alfa fetoprotein normal sınırlardaydı.

Kesin tanı ve tedavi amacıyla hasta operasyona alındı. Operasyonda karaciğer sağ lobunda yaklaşık 3 cm. çapında, çevre dokudan iyi sınırla ayrılan kitle kunt diseksiyon ile eksize edildi. Bu alana yapışık omentum kitle ile birlikte çıkarıldı. Operasyon sonrası hastanın şikayetleri tamamen düzelererek taburcu edildi.

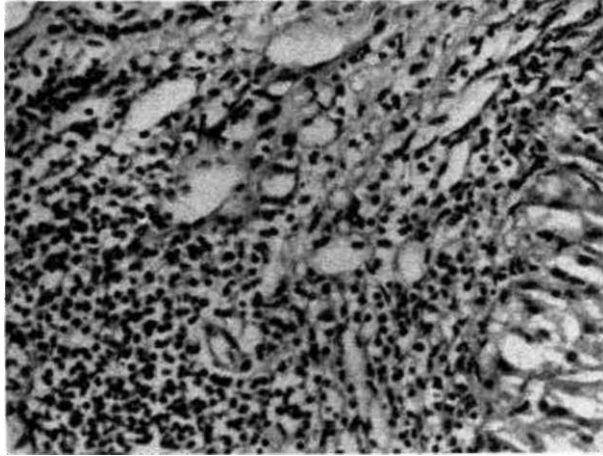
Makroskopik olarak kitle 4.5x3x1 cm boyutlarında düzgün yüzeyli, kapsüllü izlenimi veren, solid, gri-mor



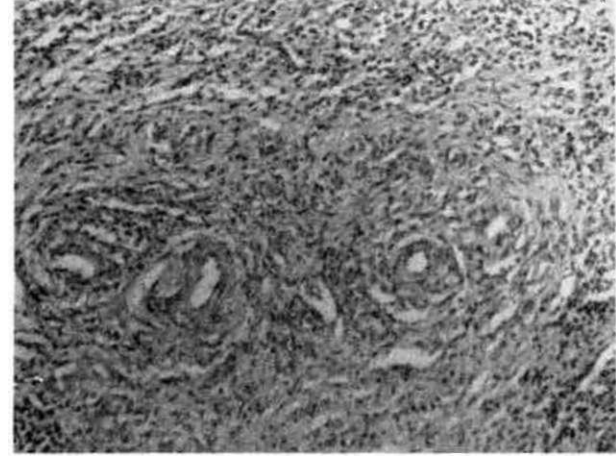
Şekil 1. Kaim fibröz septalarla birbirinden ayrılan inflamatuvar hücre adaları (HEx20)



Şekil 2. Köpüksü histiyositlerden zengin alanlar (HEx40).



Şekil 3. Lenfositlerden ve kapiller damarlardan zengin alanlar (HEx40).



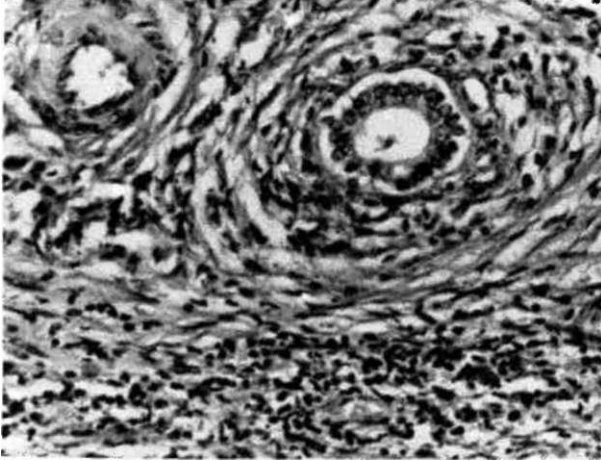
Şekil 4. Hyalinize duvarlı damarlar ve arta kalmış safra duktusları (HEx20).

renkte idi. Kesiti sert kıvamlı olup, sarı beyaz alanlar içermekteydi. Lezyon çevresinde karaciğer dokusu mevcut değildi. Materyalin tümü seri kesitlerle mikroskopik olarak incelendi. Rutin hematoksilen-eozin boyası yanısıra enfeksiyöz bir etyolojiye yönelik PAS (periodyk asit Schiff), MSN (metanamil silver nitrat), Kinyon boyaları ile bağ doku ve damarlanma patternlerine yönelik Gomori retikülin, Masson-trikrom ve Verhoeff'un elastik boyaları uygulandı. Lezyon kalın, hyalinize bağ doku septaların ayırdığı hücre adalarından oluşmaktaydı (Şekil 1). Adaları oluşturan hücrelerin büyük kısmını MGP (metil - green - pyronin) ile kuvvetli boyanan plazma hücreleri oluşturuyordu. Yanısıra köpüksü histiyositler, lenfositler, eozinofiller ve daha az oranda lökositler mevcuttu (Şekil 2,3). Bazı hücre adaları kapiller damarlardan zengin görünümdeydi (Şekil 3). Fokal hemorajik alanlar gözlemlendi. Granümatöz bir odak ve dev hücre hiç bir kesitte saptanamadı. Stroma yer yer girdapsı yapılar oluşturan fibroblastlardan zengin ol-

makla birlikte genelde asellüler, hyalinize görünümdeydi. Fibrotik bantlarda proliferen safra duktusları ve bunlara eşlik eden duvarları kalınlaşmış irili ufaklı damar yapıları izlendi (Şekil 4,5). Damarlarda inflamatuvar ya da trombotik değişiklikler gözlenmedi. Özel boyamalarla intra veya ekstra-sellüler mikroorganizma saptanamadı. Vaka etiyolojisi bilinmeyen inflamatuvar psödotümör kabul edildi.

#### TARTIŞMA

inflamatuvar psödotümör, eski adıyla plazma hücreli granüiom, başta akciğer olmak üzere orbita, parotis bezi, plevra, mide, overler, böbrek, tiroid gibi farklı lokalizasyonlarda görülebilmektedir (1-4). Karaciğerde sık rastlanılan bir lezyon olmayıp bildirilen vaka sayısı 45'i geçmemektedir (5). Vakalar belirli bir seks dağılımı göstermemektedir. Bir kısım hastada ateş, kilo kaybı, anemi gibi sistemik bulguların da varlığı görülür. Ancak vakamızda da olduğu gibi nispeten asemptomatik seyre-



Şekil 5. Resim 4'ün büyük büyütmesi (HEX40).

den hastalar da vardır ve var plan bulgular da cerrahiden sonra düzelir.

Bu hastalık histolojik olarak 3 grupta toplanmıştır:

1. Histiyositlerin hakim olduğu "ksantogranülom" tipi-

2. Plazma hücrelerinin hakim olduğu "plazma hücreli granülom" tipi.

3. Belirgin sklerotik-hyalinize alanlar içeren tip.

Bu gün bu üç tipin aynı lezyonda bir arada görülebileceği ve histolojik varyant ile hastalığın evresinin hiç bir ilişkisinin olmadığı bilindiği için bu tiplendirmeler kullanılmamaktadır (6). Oklüziv flebitin olduğu inflammatuar psödotümör vakaları da bildirilmişse de bunların etyolojisinde bir özellik saptanamamıştır (2,4).

Inflammatuar psödotümör izole tek bir lezyon olabileceği gibi, Riedel tiroiditi, retroperitoneal fibrozis gibi başka fibroproliferatif lezyonlarla birliktelik gösterebilir (2,4).

Etyolojiye yönelik çalışmalarda özellikle ateş, kilo kaybı, lökositöz gibi bulguların eşlik ettiği hastalarda etken enfeksiyöz ajan araştırılmış ancak tüm vakalarda saptanamamıştır (2-4,6). Bizim vakamızda gerek kültürlerde gerekse dokuda yapılan özel histokimyasal ince-

lemde herhangi bir mikrobiyolojik ajan tespit edilememiştir. İmmünolojik mekanizmalar ve otoimmünite ile ilgili çalışmalarda da kesin bir sonuca ulaşılmamıştır (3,4). Bazı vakalarda intrahepatik safra duktuslarında dilatasyon ve inflammatuar değişikliklerin gözlenmesi; uzamış, tekrarlayan kolanjit ataklarının etken olabileceğini düşündürmektedir (7,8). İnflammatuar psödotümör bu gün için hala sebebi açıklanamayan hastalıklardan sayılmaktadır. Karaciğerde inflammatuar psödotümör, gelişmiş görüntüleme tekniklerine rağmen hepatokarsinom, hemanjiyom gibi ön tanılara neden olabilmekte ve kesin tanı ancak histolojik inceleme ile konulmaktadır. Bu nedenle benign bir proliferasyon olan bu lezyonun karaciğerin yer tutan lezyonları arasında mutlaka akla getirilmesi, gereksiz radikal cerrahi girişimleri önlemek açısından gereklidir.

### KAYNAKLAR

1. Lee GR ed. Diagnostic Liver Pathology 1st. ed. Mosby, chpt. 15: Neoplasms and other masses 1994:480
2. Chen KTK. Inflammatory pseudotumor of the liver. Human Pathol 1984; 15:694-6.
3. Kessler E, Turani H, Keyser S. Inflammatory pseudotumor of liver. Liver 1988; 8:17-23.
4. Someran A. Inflammatory pseudotumor of liver with occlusive phlebitis-Report of a case in a child and review of the literature. Am J Clin Pathol 1978; 69:176-81.
5. Lyons IJ, Benbow EW, Taylor PM. Inflammatory pseudotumor of the liver-antecedant cause and clinical experience. J Hepatol 1993; 19(2):273-8.
6. Horşuchi R, Uchida T, Kojima T. Inflammatory pseudotumor of the liver-clinico-pathological study and review of the literature. Cancer 1990; 65:1583-90.
7. Nakojima T, Sugano I, Matsuzaki O. Hepatic inflammatory lesions manifested as a pseudotumor. Report of two cases with different characteristics. Arch Pathol Lab Med 1993; 117:157-9.
8. Nakanuma Y, Tsunoyama K, Masuda S. Hepatic inflammatory pseudotumor associated with chronic cholangitis. Report of three cases. Hum Pathol 1994; 25(1):86-91.