

## LOKAL NÜKS GÖSTEREN HEPATOBİLİER MÜSİNÖZ KİSTADENOM

Nagehan Özdemir BARIŞIK<sup>1</sup>, Aylin Ege GÜL<sup>1</sup>, Necmi KURT<sup>2</sup>,  
Nilüfer Onak KANDEMİR<sup>1</sup>, Dilek YAVUZER<sup>3</sup>, Nimet KARADAYI<sup>4</sup>

Hepatobilier müsinöz kistadenomlar karaciğer parankimi ve safra duktuslarından gelişen nadir kistik tümörlerdir. Her yaşta görülmesine rağmen ileri yaşlarda ve kadınlarda daha sık rastlanmaktadır. Tedavide total eksizyonun yanısıra parsiyel eksizyon ve drenaj da uygulanmaktadır. Olgumuza karaciğerde kist hidatik ön tanısı ile kistektomi, drenaj ve omentopeksi uygulanmıştır. Ancak histopatolojik inceleme sonucu hepatobilier müsinöz kistadenom olarak bildirilmiştir. Olguya 1,5 yıl sonra nüks saptanması nedeniyle nonanatomik rezeksiyon yapılmıştır. Takipte olan hastanın herhangi bir klinik şikayeti yoktur.

*Anahtar Kelimeler: Hepatobilier Müsinöz Kistadenom, Karaciğer.*

### LOCAL RECURRENCE OF HEPATOBILIARY MUCINOUS CYSTADENOMA

Hepatobiliary mucinous cystadenomas are cystic rarely seen tumors originating from liver parenchima and biliary ductal epithelial tissue. It may occur at all ages but it is more common in elder women. Its therapy includes total excision or partial excision and drainage. In our case the preoperative diagnosis was hydatid cyst of the liver. The treatment included cystectomy, drainage and omentopexy, but after histopathologic examination its diagnosed as hepatobiliary mucinous cystadenoma. Because of the local recurrence after 1,5 year, nonanatomic resection was carried out. Following the surgery she has no complaint.

*Key Words: Hepatobiliary Mucinous Cystadenom, Liver.*

Hepatobilier müsinöz kistadenomlar karaciğer parankimi ve safra duktuslarından gelişen nadir kistik tümörlerdir<sup>1,2</sup>. Karaciğerin soliter kistlerinin % 5'ini oluştururlar<sup>3</sup>. Boyutları birkaç milimetre ile 25 cm arasında değişebilir<sup>3</sup>. Olguların büyük çoğunluğu müsin sekrete eden nonsilialı kolumnar tipte epitel ile döşelidir<sup>1-3</sup>. Subepitelyal alanda primitif iğsi hücrelerden oluşan stroma ve kisti çevre karaciğer dokusundan ayıran kapsül bulunur<sup>1-3</sup>. Her yaşta görülmesine rağmen ileri yaşlarda ve kadınlarda daha siktir<sup>1,3,4</sup>. Olguların çoğu asemptomatik ve insidental olarak saptanmakla birlikte abdominal ağrı kitle ve sarılık şikayetleri en sık semptomlar arasındadır<sup>1,3,4,5</sup>. Total eksizyon en başarılı tedavi yöntemi kabul edilmekle birlikte parsiyel eksizyon ve drenaj da uygulanmaktadır. Literatürde total eksize edilen kitlelerde 9 yıllık takipte rekürrens saptanmamıştır<sup>1</sup>. Karaciğerde kist saptanan hastaya kist hidatik ön tanısı ile kistektomi, drenaj ve omentopeksi uygulanmıştır. Histopatolojik inceleme ile müsinöz tipte hepatobilier kistadenom olduğu belirlenmiştir. 1,5 yıl sonra nüks etmesi nedeniyle nonanatomik rezeksiyon uygulanan hasta bir yıldır takipte olup herhangi bir şikayeti mevcut değildir. Olguyu nadir görülmesi, nüks etmesi ve iki ayrı tür operasyonun uygulanması nedeniyle tartışmaya uygun bulduk.

### OLGU

Karın ağrısı ve sırta vuran ağrı şikayetleri ile hastanemize başvuran 37 yaşındaki kadın hastanın

ultrasonografik incelemesinde karaciğer sol lobda 10 cm çapında nodüler, anekoik ve lateralinde septa içeren kistik kitle saptanmıştır. Ön planda kist hidatik düşünülen hastaya kistektomi, drenaj ve omentopeksi uygulanmıştır. Patolojik inceleme ile müsinöz tipte hepatobilier kistadenom olduğu belirlenmiştir. 1,5 yıldır kontrolde olan hastanın karında şişlik ve batma şikayeti başlaması üzerine yapılan ultrasonografik incelemesinde karaciğer sol lob medial segmentinden sağ loba doğru uzanan iki adet birbiriyle bitişik 52 mm ve 53 mm çaplarında septalı kistik lezyon saptanmıştır. İleri tetkik amacıyla yapılan üst batin tomografisinde karaciğerde yağlanma, karaciğer sol lob medial segmentinde safra kesesi komşuluğunda ve safra kesesi ile sınırları net olarak ayırt edilemeyen lobüle konturlu, septasyon içeren kontrast madde verdikten sonra septalarında minimal kontrast tutulumu gösteren 50x70x90 mm boyutlarında kistik kitle görülmüştür. Klinik ve radyolojik bulgularla olgu lokal rekürren veya rezidü kistadenom olarak değerlendirilerek rezeksiyon ve kolesistektomi uygulanmıştır. Makroskopik olarak 9,5x8x5 cm ölçülerinde kahverenkli, yer yer kanamalı ve yağlı alanlar içeren karaciğer rezeksiyon materyalinin bir kenarında 6x4x4 cm ölçülerinde kistik yapı mevcuttur. Açıldığında içinden kirli sarı renkli sıvı boşalmıştır. Lümen multiloküle görünümde olup kist duvarı 0,1 cm kalınlıktadır. Bu kiste bitişik 5 cm çapında aynı karakterde ikinci bir kist saptanmıştır. Mikroskopik olarak karaciğer parankimi içinde fusiform hücrelerden oluşan fibröz bir stromaya sahip kist duvarını tek sıralı müsinöz tip epitel döşemektedir (Şekil 1). Stromada lenfoplazmositer hücre

infiltrasyonu, hemosiderinli histiyositler, yabancı cisim dev hücreleri görülmektedir (Şekil 2). Çevre karaciğer dokusunda yağlanma, hepatositlerde dejeneratif ve rejeneratif değişiklikler, bazı portal alanlarda lenfosit artışı izlenmiştir.



Şekil 1. Tek sıralı kolumnar epitel ile döşeli müsinöz kist duvarı (H+Ex200)



Şekil 2. Subepitelyal stromada lenfoplazmositer iltihabi hücre infiltrasyonu, hemosiderinli histiyositler (H+Ex200)

## TARTIŞMA

Hepatobiliar müsinöz kistadenomlar nadir lezyonlar olup tüm intrahepatik kistlerin %5'ini oluşturur. Histogenezi tam olarak bilinmemekle birlikte kistadenomların embriyonik safra kesesi ve büyük duktuslara histolojik benzerliği nedeniyle, ön barsaktan kaynaklanan primitif dokuların ektopik artıklarından geliştiği düşünülmektedir<sup>1,2,4</sup>. Hepatobiliar müsinöz kistadenomların ortalama 42 yaşında ve kadınlarda daha sık olduğu bildirilmiştir. Bizim olgumuz 37 yaşında ve kadın hastadır. Hastalığın en sık semptomları abdominal ağrı, kitle ve sarılık olup 5 hastamız abdominal ağrı ve karında şişlik şikayetleri ile başvurmuştur. Vakaların %63'ünde sadece karaciğer tutulumu görülür<sup>1</sup>. Literatürde 17 vakalık bir seride 11 vaka (%65) sol lob, bir vakada sağ lob, iki vakada sağ ve sol lobu tuttuğu üç vakada ise lob orijini tespit edilemediği bildirilmiştir<sup>1</sup>. Bizim olgumuzda da kitle karaciğer sol lob yerleşimlidir.

Hepatobiliar müsinöz kistadenomlar birkaç milimetreden 25 cm'ye ulaşan çok farklı boyutlarda olabilirler. Genellikle enkapsüle ve multiloküle (%71), bazen uniloküle görülebilirler<sup>1,3</sup>. Olgumuzda 6 ve 5 cm çaplarında birbirine bitişik iki ayrı kistik kitle saptanmış olup multiloküledir. Kistler genel olarak lobüle ve düzgün yüzeyli, gri-beyaz ya da sarı-kahve renkli olabilirler. İç yüzleri düzgün olmakla birlikte bazen trabekülasyon ve luminal projeksiyonlar gösterebilirler<sup>1,3</sup>. Kist içerikleri müsinöz veya jelatinöz, nadiren de seröz karakterdedir. Olgumuz makroskopik olarak dış yüzü lobüle görünümde, içyüzü düzgün ve yer yer kanamalı olup, lümeninde kirli sarı renkte müsinöz sıvı içermektedir. Mikroskopik olarak müsinöz kistadenomlar üç gruba ayrılırlar. Mezenkimal stromadan zengin hepatobiliar müsinöz kistadenomların tamamına yakını kadınlarda görülür. Mezenkimal stroma içermeyen kistadenomlar kadın ve erkeklerde görülür. Lümenal polipoid epitelyal projeksiyonlar içeren ve histolojik olarak mezenkimal stromalı tipe benzeyen hepatobiliar müsinöz kistadenomlar yalnızca kadınlarda görülür<sup>2</sup>. Olgumuz orta derecede dens, yuvarlak ya da oval çekirdekli, dar sitoplazmalı, primitif işi hücrelerden oluşan mezenkimal stromaya sahip olması nedeniyle mezenkimal stromadan zengin hepatobiliar müsinöz kistadenom ile uyumludur. Hepatobiliar müsinöz kistadenomların lümenini döşeyen epitel hücreleri tek sıralı kolumnar tiptedir. Bazen bu hücrelerin yerini kübik ya da alçak epitel hücreleri alabilir. Nükleuslar uniform, bazalde veya santralde yerleşmiştir. Sitoplazmaları pembe granüler olup PAS ve müskarmin ile boyanma gösterirler. Olgumuzda kist duvarı yer yer kolumnar ve müsinöz tipte epitel ile, yer yer de kübik epitel hücreleri ile döşeli olup epitel hücrelerinde müsin varlığını gösteren PAS(+) boyanma saptanmıştır.

Hepatobiliar müsinöz kistadenomların komplikasyonları arasında hemoraji, inflamasyon, hyalinizasyon, kalsifikasyon ve malign değişiklikler sayılabilir. Eski hemoraji bulguları hemen daima subepitelyal alana sınırlı olup hemosiderin yüklü makrofajlar mikst iltihabi hücre infiltrasyonu, kolesterol kleftleri ve yabancı cisim reaksiyonu görülebilir<sup>1,2,3</sup>. Olgumuzda subepitelyal alanda stromada lenfoplazmositer iltihabi hücre infiltrasyonu, yabancı cisim dev hücreleri ve hemosiderinli histiositler izlenmiştir. Hepatobiliar müsinöz kistadenomların tedavisi cerrahidir. Total eksizyon en başarılı tedavi şeklidir. Parsiyel eksizyon ve drenaj diğer tedavi yöntemleridir. Hepatobiliar müsinöz kistadenomlar parsiyel eksizyon sonrası rekürrens ve zamanla malign değişiklikler gösterme eğiliminde oldukları için yeterli cerrahi sınırlarla birlikte total olarak eksize edilmelidirler. Olgumuza ilk operasyonda kist hidatik düşünülerek kistektomi, drenaj ve omentopeksi uygulanmış olup takibinde 1,5 yıl sonra nüks saptanmıştır. Literatürde de belirtildiği gibi parsiyel eksizyon ve drenaj yöntemlerinin çoğunlukla başarısız ve multipl cerrahi

müdahaleler gerektirdiği göz önüne alındığında bu tür olgulara total eksizyon yapılmasının önemini vurgulayabiliriz. Bizim olgumuzda da nüks sonrası nonanatomik rezeksiyon uygulanmış olup bir yıllık takibinde hastada herhangi bir patolojik bulgu saptanmamıştır. Sonuç olarak karaciğerde tespit edilen multiloküle kistlerde hepatobilyer müsinöz kistadenomlar da klinik olarak akla gelmeli ve bu tür lezyonlarda nüksü önlemek amacıyla total eksizyon tercih edilmelidir.

## KAYNAKLAR

- 1- Wheeler DA, Edmondson HA. Cystadenoma with mesenchymal stroma (CMS) in the liver and bile duct. *Cancer* 1985; 56:1434-45.
- 2- Subramony C, Herrera GA, Turbat-Herrera EA. Hepatobiliary cystadenoma: a study of five cases with reference to histogenesis. *Arch Pathol Lab Med* 1993; 117:1036-42.
- 3- Saul SH. Masses of the liver in diagnostic surgical pathology. In: Sternberg SS, Diagnostic surgical pathology. Philadelphia, Lippincott Williams Wilkins Com, 1999; 1553-1628.
- 4- Lee RG. Diagnostic liver pathology. St. Louis, Mosby, 1994; 405-20.
- 5- Madariaga JR, Iwatsuki S, Starzl TE et al. Hepatic resection for cystic lesions of the liver. *Annals of surgery* 1993; 218:610-14.