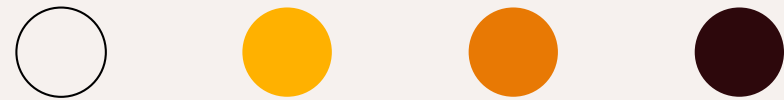
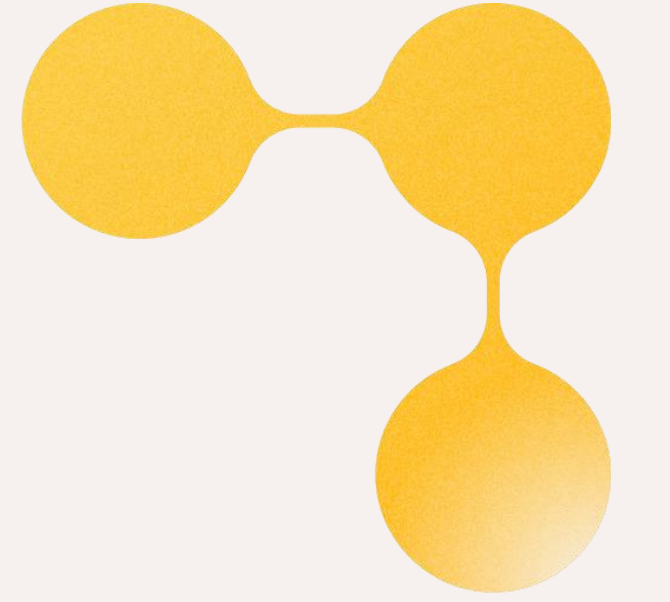




PROF. DR. TAMER AKÇA
İzmir Tınaztepe Üniversitesi
Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Tıp Tarihi ve Etik Bilim Doktoru
Felsefe Bilim Uzmanı
Sanat Tarihi Bilim Uzmanı

KARACİĞERİN BENİGN HASTALIKLARI



PLAN

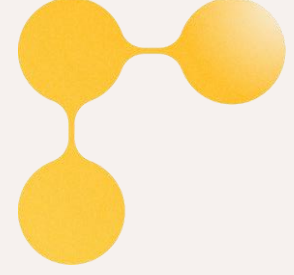
01. Apseler
piyojenik
amibik

02. Kistik
Hastalıklar
non-parazitik
ekinokokkal

03. Neoplaziler
hemanjiom
fnh
adenom
diğer

04. Hemobilia

PIYOJENİK APSELER



bakteriyel enfeksiyon

tek veya birden **çok** sayıda

iltihabi içerik barındıran koleksiyonlar

ciddi komplikasyonlar ve **ölüm** oranları



PIYOJENİK APSELER

etyoloji

yolaklar

safra kesesi ve safra yolu (*en sık*)

portal ven

hepatik arter

komşu organ enfeksiyonu

travma

Doğrudan

Endoskopi

Perkutan girişimler

hastanın kondüsyonu

DM, KBY, immün yetmezlik, malignite

etken

gram negatif aeroblar

(E. coli, K. pneumoniae, P. aeruginosa, proteus suşları)

gram pozitif aeroblar

(S. aureus ve entokok suşları)

gram negatif anaeroblar

(bacterioides ve fusabacterium suşları ve clostridium ve peptostreptokok)

PİYOJENİK APSELER

belirtiler

altta yatan etyolojik nedenle ilişkili

ateş (genelde 38°C ve üstü)

halsizlik

iştahsızlık

karın ağrısı

bulantı-kusma

sarılık (safra yolu problemiyle beraber olan hastalarda daha fazla)

sepsis

septik şok

5

bulgular

altta yatan hastalığın bulguları ve karın sağ üst kadran hassasiyeti

septik şok varsa

hipotansiyon, taşikardi, solukluk vb.

ileri yaş, septik şok, sarılık ve çoklu organ yetmezliği olan hastalarda mortalite daha yüksek

laboratuvar

lökositoz (genelde)

ALT ve AST (>%70)

bilirubin (>%50)

C-reaktif protein (tanı/tedavi takibinde)

şok ve organ yetmezliği gelişenlerde

serum BUN

kreatinin düzeyleri

koagülasyon testleri

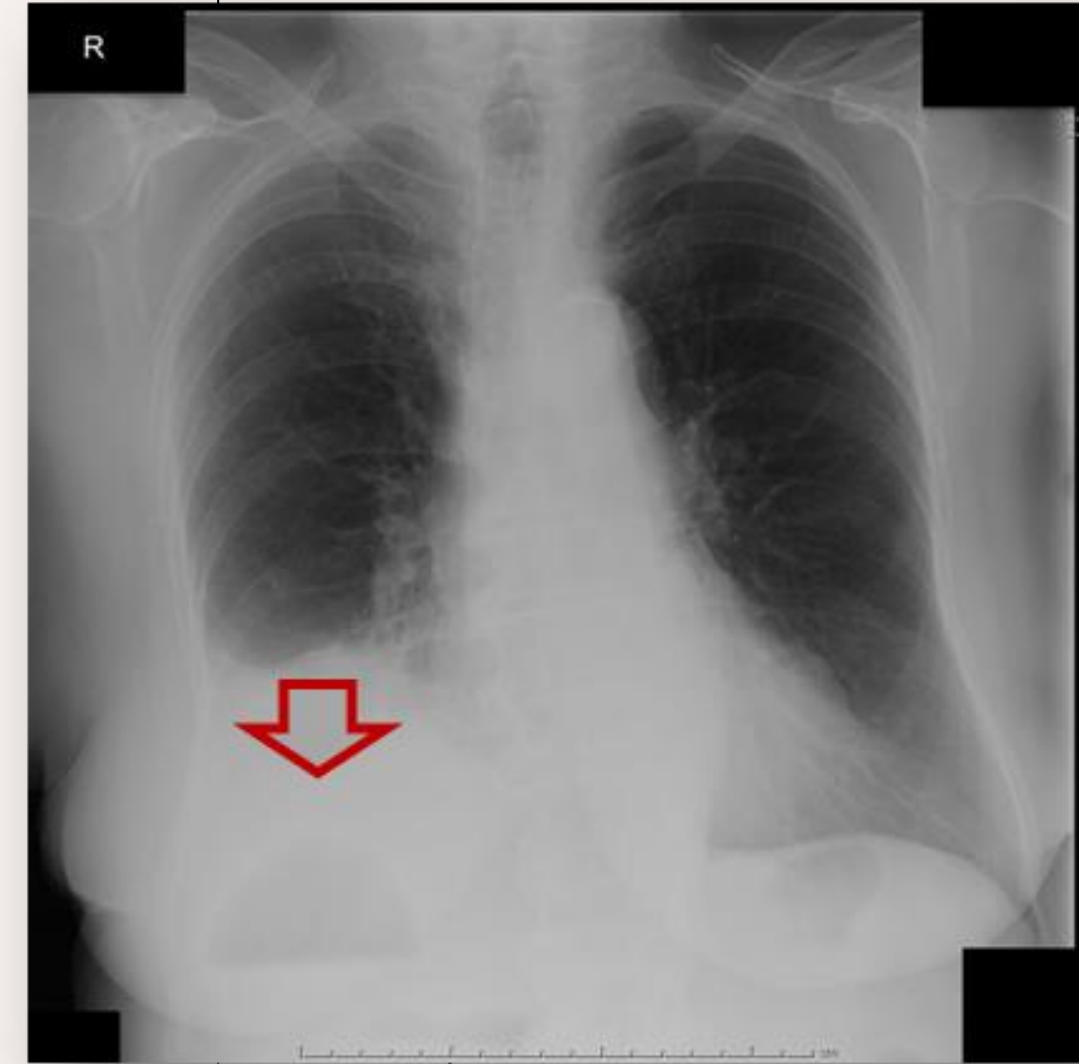
(protrombin zamanı ve INR)

PIYOJENİK APSELER

direkt batin grafisi

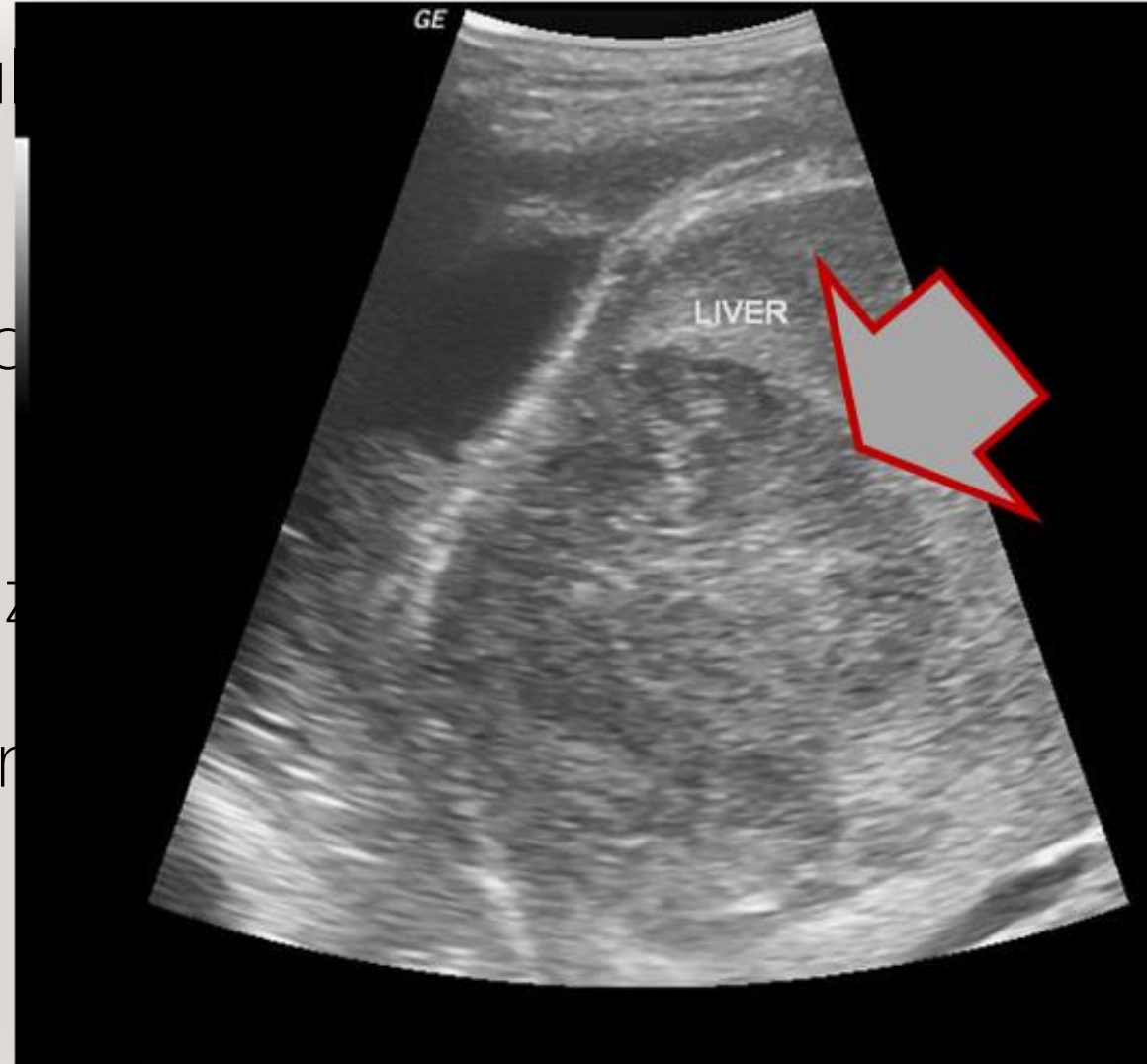
ultrasonografi

bilgisayarlı tomografi



(indirekt bulgu)

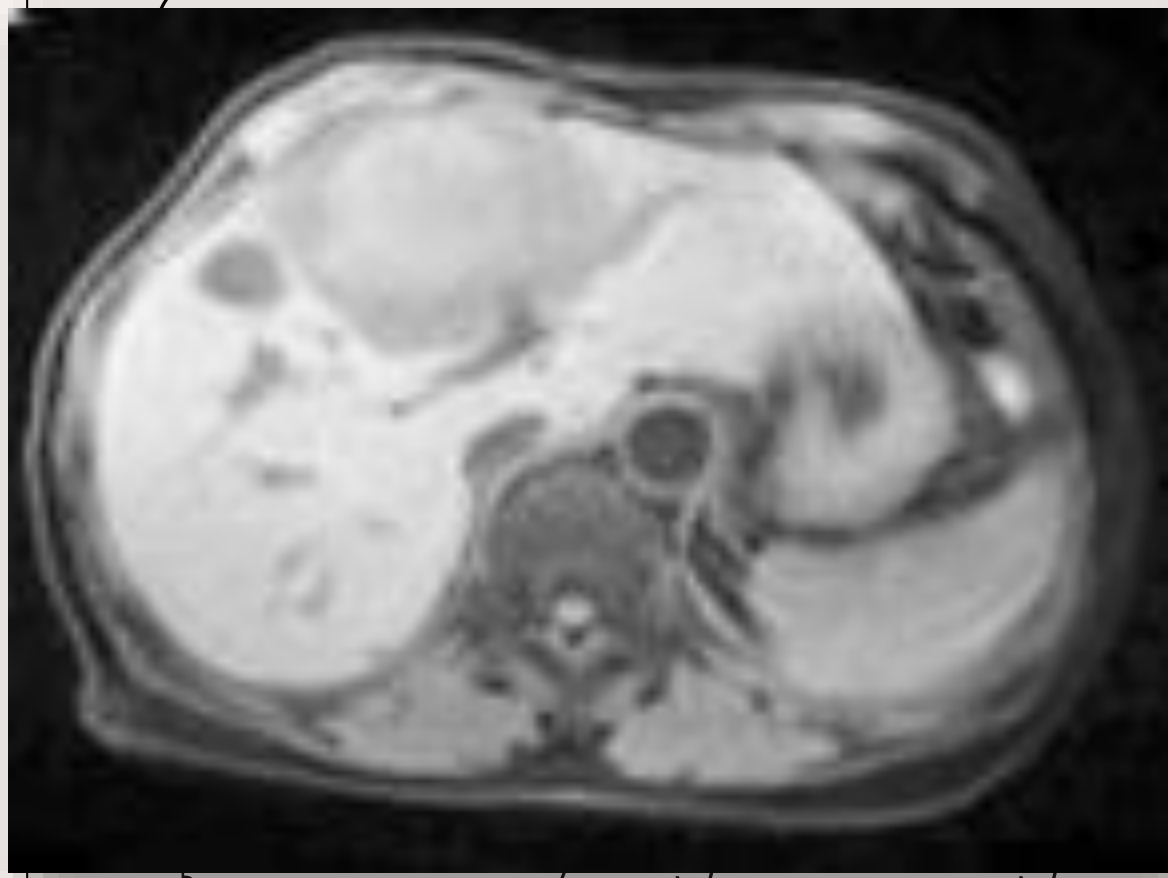
6



hastalarda kılavuz

PIYOJENİK APSELER

manyetik rezonans



daha az

tedavi - medikal

kriptojenik hastalarda
ampisillin, aminoglikozitler
ve metronidazol

bunun yerine
üçüncü kuşak
sefalosporinler ve
metronidazol
kombinasyonu da uygun

asıl kaynak safra yolu ise
daha geniş spektrumlu
antibiyotikler

tedavi - girişimsel

perkutan drenaj
USG ve BT kılavuzluğunda
cerrahi

perkutan drenaj yapılamadığı
(septalı ve multiloküle, kaviteye
ulaşım zorluğu, batına rüptür)
ikinci bir cerrahi problemlisi ise

amaç
enfeksiyon kaynağının kontrolü
periton temizliği
anatomik bütünlüğün
sağlanması
peritonit nükslerinin önlenmesi



AMİP APSELERİ

etken

E. Histolytica - protozoon

kist (esas enfektif form, fekal-oral yolla bulaşır)

mide asidini geçerek terminal ileum veya kolonda **trofozoit** haline dönüşerek yaşam döngüsünü tamamlar

epidemiyoloji

dünya nüfusunun yaklaşık 1/10'u *E. histolytica* ile enfekte

yılda ortalama 100.000 kişi invaziv *E. histolytica* enfeksiyonuna bağlı olarak kaybedilmekte

gelişmekte olan ve tropikal bölgelerde endemik, gelişmiş ülkelerde sporadik

AMİP APSELERİ

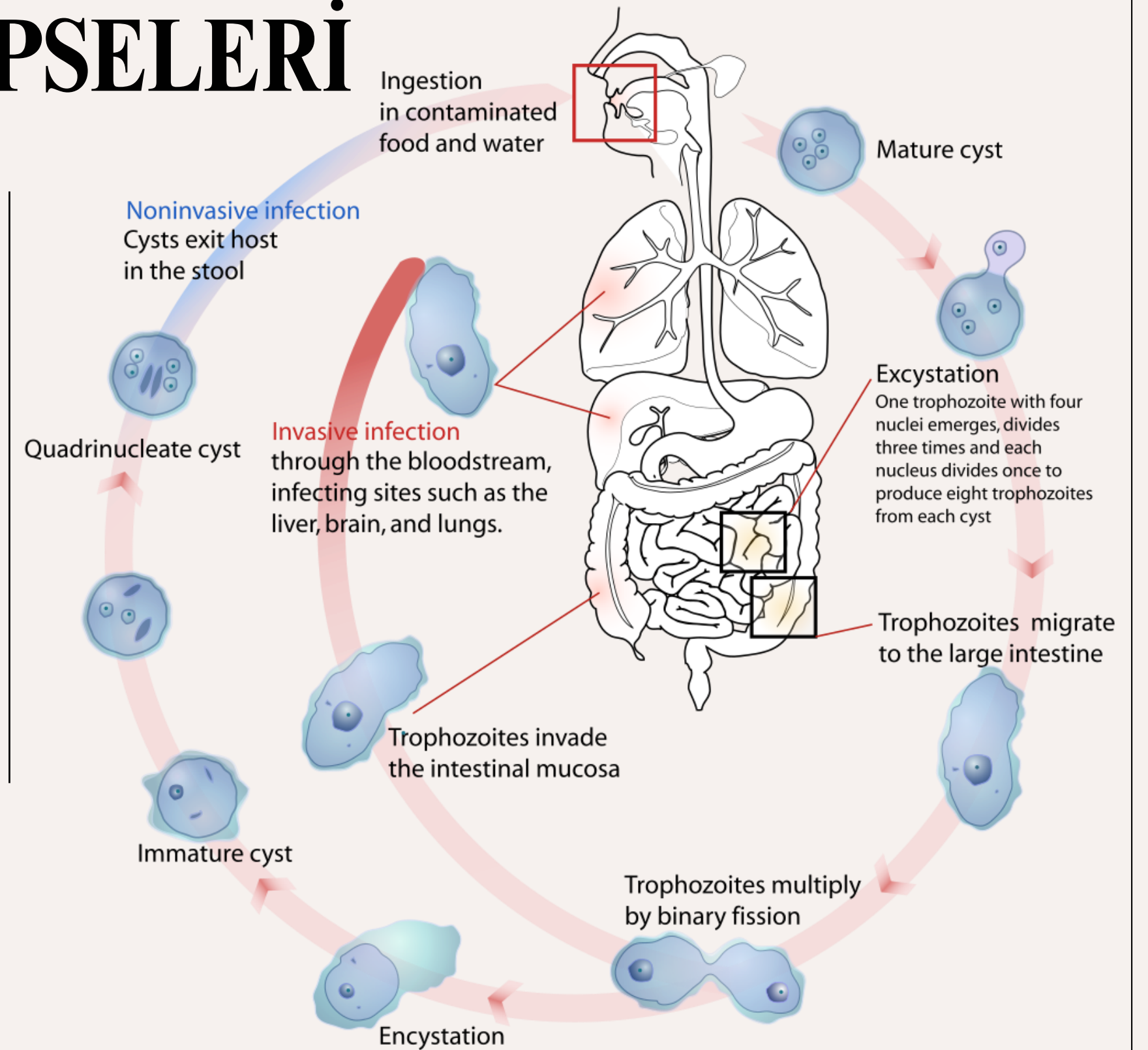
patogenez

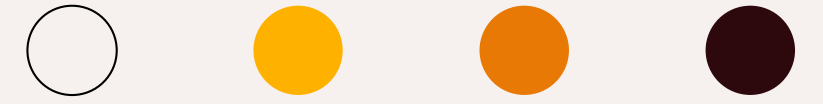
çoğunlukla sağ lobda ve genellikle tek sol lobda rüptüre olma ihtimali daha çok mikroskopik düzeyde; bağırsakta yerleşen trofozoitler, duvarı penetre ederek portal vene ve ardından sinüzoidlere ulaşır, oradan endotel yolu ile parankime geçer ve apse oluşturur

hepatositlerin likefaksiyon nekrozu ile apse kavitesi oluşur

apse içeriği koyu kırmızı ve kokusuz bir sıvı (trofozoitler içermez)

9 sekonder enfeksiyon gelişebilir





AMİP APSELERİ

klirik

genellikle asemptomatik

2-7 günden beri devam eden öykü

iştahsızlık, bulantı ve kusma vb. non-spesifik belirtiler, ateş 38⁰-40⁰C

ağrı lezyonun yerleşimine göre değişir (genellikle sağ omuza ve sırtta sağ skapulanın altında, solda epigastrik)



AMİP APSELERİ

fizik muayene

karın sağ üst kadranda ve epigastrik bölgede **hassasiyet ve hepatomegali sarılık (<%10)**

multipl apselerde (%15); ciddi **karaciğer yetmezliği, derin sarılık ve ensefalopati**

sağ lob posteriordaki sağ akciğer bazalinde **plevral mayi artışı ve atelektazi plevral boşluğa açılabilir**

sol lob lezyonlarında ise perikardla olan komşuluk ve sürtünme nedeniyle **göğüs ağrısı perikarda açılması ölümcül**



AMİP APSELERİ

laboratuvar

KFT artış (AST, ALT, ALP, bilirubin)

protrombin zamanı uzar

lökositöz spesifik değil

serolojik tanı (enzyme-linked immunosorbent assay (EIA) en değerli ve hızlı)

görüntüleme

düz radyogram/ indirekt bulgular (sağ diyafragmada yükselme, sağ plevral efüzyon ve sağ akciğerde atelektazi)

ultrasonografi/ doğruluk derecesi %90 ancak diğer kistik lezyonlardan ayırt edebilme özelliği yok

bilgisayarlı tomografi/ küçük lezyonları göstermede, apse kavitesindeki değişiklikleri göstermede ve apsenin diğer organlarla ilişkisini göstermede etkili

manyetik rezonans görüntüleme/ apseyi tümörlerden ayırmada etkili



AMİP APSELERİ

perkutan aspirasyon

tanı amaçlı (endikasyonu her zaman yok)

serolojinin negatif olduğu durumlar

antiamebik ilaçların rahat kullanılamadığı hamilelik gibi durumlar

uygun medikal tedaviye rağmen ateş ve diğer klinik bulguların devam ettiği durumlar

amebik apsenin sekonder enfeksiyonla piyojenik apseye dönüştüğü durumlar

apse rüptürü ihtimalinin arttığı durumlar

tedavi amaçlı

10 cm'den büyük lezyonlarda kateter konabilir



AMİP APSELERİ

medikal tedavi

öncelikli

metronidazol (birkaç gün içinde cevap alınamazsa emetin veya hehidroemetin eklenir)

anemi, hipoalbuminemi ve hipoprotrombinemi **düzeltilir**

intestinal hastalığın **eradikasyonu**

perkutan tedavi

antiamebik ilaçların rahat kullanılamadığı hamilelik vb.; uygun medikal tedaviye rağmen ateş ve diğer klinik bulguların **devam** ettiği; amebik apsenin sekonder enfeksiyonla piyojenik apseye dönüştüğü ve apse rüptürü ihtimalinin arttığı durumlarda

cerrahi tedavi

peritonit; mide, duodenum veya kolon fistülü; kontrol edilmeyen kanamalar; sepsis ve konservatif tedavi yöntemlerinin başarısız olduğu durumlarda

(NONPARAZİTİK) BASİT KARACİĞER KİSTLERİ

tanım

seröz şeffaf sıvı, (kanama durumunda) **kahverengi** ve **kıvamlı** sıvı

uniloküler ve septasyon **yok**

safra yollarıyla bağlantısı **yok**

konjenital malformasyon

genellikle **<3 cm**, bazen **20 cm'ye**

klirik

küçük kistlerin tamamı ve büyük kistlerin bir kısmı **asemptomatik**

karın ağrısı

bası semptomları

duvar damarlarının erode olmasıyla **kanama**

(en sık komplikasyon, ani ve şiddetli karın ağrısı ve kistin hızla büyümesi)

tedavi

asemptomatik

çapı büyük bile olsa tedaviye gerek **yok**

semptomatik

kist çapı **<8 cm** ise

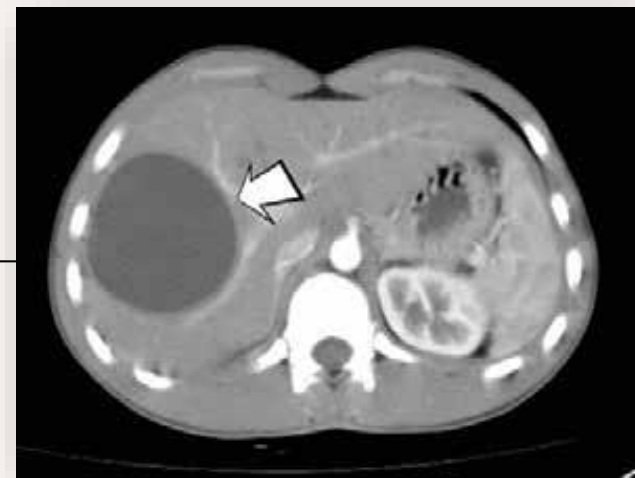
semptomların **kist kaynaklı** olduğundan emin olmak gerek

skleroterapi

(perkutan ultrasonografi eşliğinde, sıklıkla %95 etanol)

fenestrasyon veya unroofing

(genelde laparoskopik)



(NONPARAZİTİK)-POLİKİSTİK KARACİĞER HASTALIĞI

tanım

adult dominant polikistik böbrek hastalığı (ADPBH) ile ve ADPBH olmaksızın her ikisi de OD

klirik

genellikle **asemptomatik**
kist sayısı ve büyüklüğü **artar**
karında **ağrı** ve **distansiyona** ait şikâyet ve bulgular (karaciğerin ve kistlerin büyümesine bağlı)
karaciğer **yetmezliği** (ileri hastalık)
enfekte olma ve **kanama** (en sık görülen komplikasyonlar)

16

görüntüleme

ultrasonografi

karaciğerde (ve böbrekte) çok sayıda düzgün sınırlı ve ince cidarlı hipoekoik kistler

bilgisayarlı tomografi

aynı lezyonlar kistik karakterde gözlenir

manyetik rezonans görüntüleme

T1 ağırlıklı hipointens ve T2 ağırlıklı hiperintens

genetik tetkik

aile hikâyesinin varlığında

tedavi

amaç; karaciğer hacmini küçük tutmak

medikal

östrojen tedavisinin kesilmesi, somatostatin analoglarının verilmesi ve mTOR (mammalian target of Rapamycin) inhibitörleri

girişimsel

perkutan skleroterapi veya arteryel embolizasyon

cerrahi

laparoskopik fenestrasyon
karaciğer nakli (karaciğer yetmezliği varlığı)

(EKİNOKOKKAL) KİST HİDATİK

tanım

Echinococcus granulosus’ün larval (metasestod) döneminde insana bulaşmasıyla oluşan **zoonotik** bir hastalık

insanlar **rastlantısal** ara konak

hayvanlar hem **ana** hem de **ara** konak

etkenler

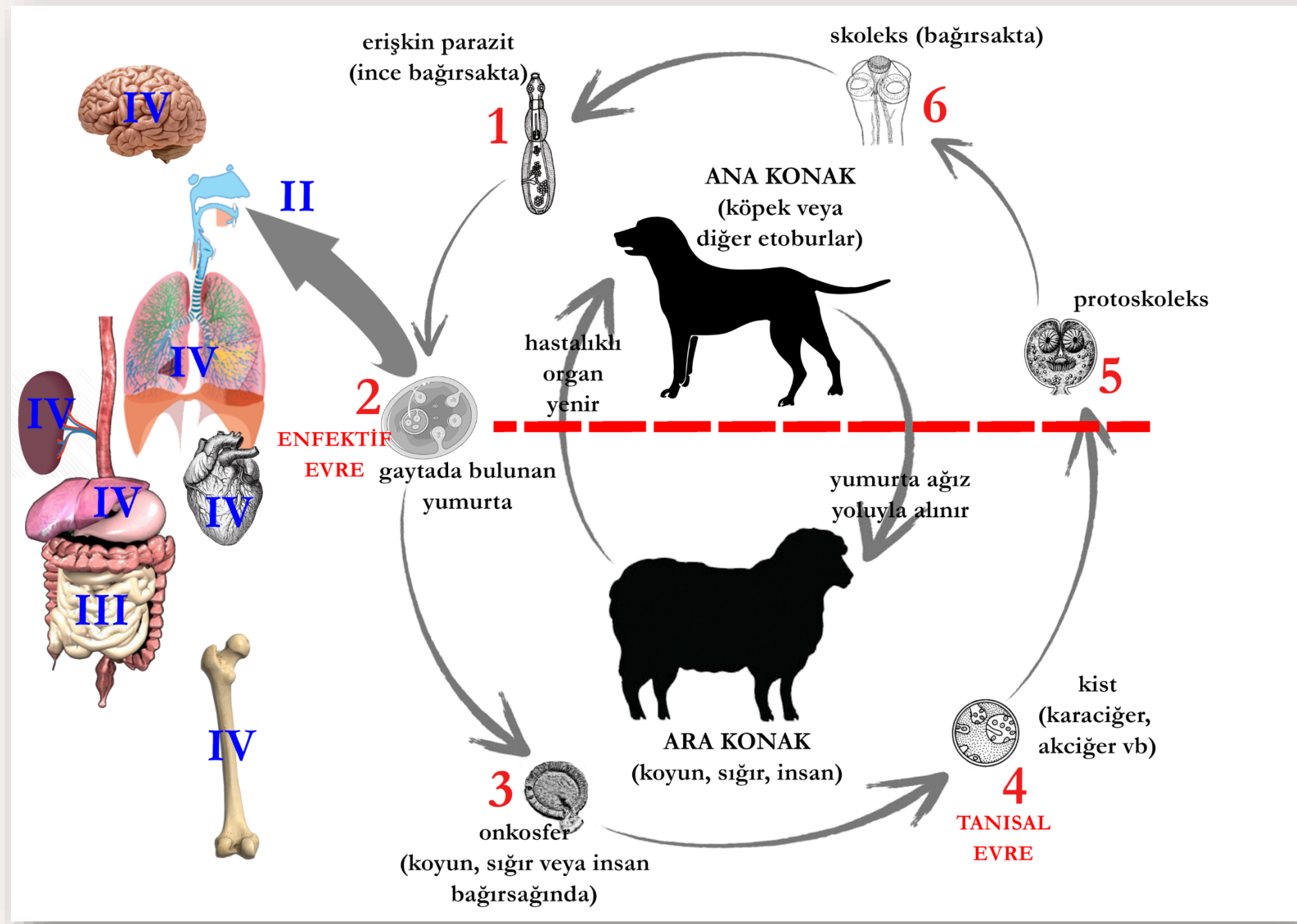
- 1) *E. granulosus*
- 2) *E. multilocularis* (alveolaris)
- 3) *E. vogeli*
- 4) *E. oligarthrus*

insanlar

karaciğer (%70)
akciğer (%20)
beyin, tiroit, cilt, pankreas vb. (%10)

etyoloji

KİST HİDATİK



KİST HİDATİK

klirik

komplikasyon yoksa

asemptomatik

kistin *yeri, canlı veya ölü*

olması, *büyüklüğü, enfekte*

olması ve safra sisteminin kist

içine *açılıp açılmaması* klinik

tablo açısından önemli

fizik muayene

hepatomegali ve ele gelen *kitle*

bulantı, ateş ve dispepsi

eozinofili (1/3)

hiperbilirubinemi (1/5)

alerjik bulgular (%20)

19

komplikasyonlar

spontan veya travma sonrası

komşu potansiyel boşluklara

(periton, plevra, perikard) doğrudan

açılabilir (**serbest rüptür**)

komşu lümenli yapıların (safra

yolları- en sık- ya da bronşlar)

duvarını erode ederek bu

yapılara açılabilir (**kommunikan**

rüptür; tedaviyi zora sokan en önemli

faktör)

enfeksiyon

apse

bası (nadir)

tanı

laboratuvar

(spesifik değil)

serolojik testler tanının

onaylanmasına yardımcı

(IgG ELISA, IHA ve lateks

aglutinasyon testi antikor teşhisi)

görüntüleme

(değerli)

ultrasonografi

bilgisayarlı tomografi

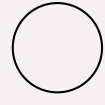


KİST HİDATİK

DSÖ USG SINIFLAMASI

Uniloküler Kistik Lezyon	Uniform anekoik içeriği mevcuttur. Kist duvarı görülmez ve net bir şekil de sınırlanmamıştır. Kistin ise aktif olduğu düşünülür. Patognomonik bulgu yoktur.
Tip CE1	Uniform anekoik içeriği olan uniloküler kist vardır. Hidatik kum görünümüne bağlı iyi bir eko verebilir. Kist duvarı görülür. Yuvarlak ya da ovaldir. Aktiftir. Ultrasonografi patognomoniktir.
Tip CE2	Multiveziküler, multiseptalı kist vardır. Septalarla tekerlek benzeri yapı ve kız kistlerle bal peteği görünümü vardır. Kız kistler kistin bir kısmını ya da tümünü doldurmuştur. Kist duvarı görülür. Yuvarlak ya da ovaldir. Aktiftir. Ultrasonografi patognomoniktir.
Tip CE3	Kız kistler içerebilen uniloküler kist vardır. Kist duvarından laminer membranın ayrılması ile anekoik içerik ve nilüfer belirtisi ve fluktue olan membran görülür. Kist içi basıncın azalmasına bağlı yuvarlaklık azalmıştır. Ultrasonografi patognomoniktir.
Tip CE4	Heterojenik hipoekoik ya da hiperekoik dejeneratif değişiklik vardır. Kız kist yoktur. seroepidemiolojik çalışmaların dejenere membranı gösteren yün topağı görünümü olabilir. İnaktiftir. Çoğunda protoskoleks yoktur. Patognomonik değildir ve daha ileri düzeyde tanısal test gerekir.
Tip CE5	Kist kalın kalsifiye duvarla karakterizedir. Koni şeklinde bir gölge vardır. Kalsifikasyon kısmi ya da tam olabilir.





KİST HİDATİK

tedavi – prensipler

kist içi parazitin eradikasyonu

skolekslerin etrafa
saçılmalarını engelleyerek
konağın korunması

oluşabilecek
komplikasyonların tedavisi

tedavi – medikal

mebendazol

(zaman içinde çeşitli formları çıktı)

albendazol

(günümüzde yaygın)

praziquantel ve ivermektin

(etkinlik açısından üstünlükleri yok)

tedavi – perkutan

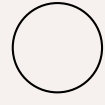
amaçlar

kist sıvı içeriğinin **boşaltılması**
(aspirasyon)

parazitin öldürülmesi
(skolisid)

kist kavitesinin **kapatılması**
(skleroz)

enfekte veya Tip 3 kistlerde
germinatif membran ve kız
veziküllerin **çıkarılması**
(PEVAC, MoCaT)



KİST HİDATİK

tedavi – perkutan

endikasyonlar

Tip 1, Tip 2, bazı Tip 3, sıvı içeriği olan bazı Tip 4 *kistler* cerrahi veya perkutan tedavi sonrası *nüks* kist veya *koleksiyon* *inoperabl/yaygın* hastalık *enfekte kist/apse* formasyonu *hamilelik* cerrahiye *reddeden* hastalar cerrahiye veya genel anesteziyi tolere edemeyecek *düşkün* veya *yaşlı* hastalar

teknik

en az iki hafta önce **albendazol**

kist içi skolisid maddeler,
etanol, %20-30 hipertonic salin, formaldehid, %0.5 cetrimide, %0.5 gümüş nitrat ve hidrojen peroksit solüsyonları

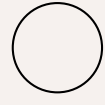
intrakistik sklerozan maddeler;
etanol, bleomisin, tetrasiklin, doksisisiklin, glukoz, formalin, fenol, povidon ve pantopak

komplikasyonlar

enfeksiyon
kanama
pnömotoraks
peritoneal yayılma

minör alerjik reaksiyonlar (%5)
kaşıntı
ürtiker
hipotansiyon
ateş

en ciddi ve korkulan *anaflaksi*



KİST HİDATİK

tedavi - cerrahi

endikasyonlar

ağırlıklı olarak *komplike* olmuş (safra ile bulaşmış, enfekte olmuş ve apseleşmiş, rüptüre olmuş) kistlerde

konservatif

en güvenilir yöntem
temel prensip
kist kavitesinin *boşaltılıp*
sterilize edilmesi
safra *iştiraki* varsa tespit edilip
kapatılması ve
geri kalan kist kavitesinin
yönetimi
omentoplasti
tamamen açık bırakılabilir
kapitonaj

radikal

daha *zor* ve *komplike* ancak
safra fistülü ve nüks açısından
daha *avantajlı*
perikistektomi
hepatektomi

KARACİĞERİN ALVEOLAR EKİNOKOK HASTALIĞI

tanım ve yaşam döngüsü

E. alveolaris (EA)
metasestodları ile

yaşam döngüsü *E.*
Granulosus'la benzer

tedavi edilmezse ölümcül



klınık

yavaş seyirli

başta genellikle **asemptomatik**
bazen **halsizlik** ve **iştahsızlık**
ilerleyen dönemde **epigastrik**
ağrı ve **dolgunluk hissi**

daha ileri dönemde büyüyen
kitlenin invaze ettiği **yapıya göre**
direk invazyon

(sağ diyafragma, sağ adrenal bez,
sağ böbrek)

hematojen

(akciğer ve beyin)

bölgesel lenfatik yayılım

tanı

laboratuvar (non-spesifik)

kolestaz enzimlerinde
yükselme (safra yolu problemi
varsa)

Seroloji

E. multilocularis (EM) spesifik
antijenler (EM2, EM2+, EM18) tanı
ve takipte yüksek duyarlılığa
sahip

radyoloji

ultrasonografi, BT ve MRG

perkutan biyopsi

şüphelenilen hastalarda

lezyonlardan



KARACİĞERİN ALVEOLAR EKİNOKOK HASTALIĞI

evreleme

TNM gibi PNM evrelemesi

“P” parazitin karaciğerdeki yerleşimi

“N” komşu organ tutulumu

“M” metastaz

medikal tedavi

tek başına etkinliği çok *kısıtlı*
albendazol

(ya adjuvan olarak ya da ameliyat edilemeyen veya inoperabl hastalarda)

25

cerrahi tedavi

temel tedavi yöntemi

R0 rezeksiyon; en az 1 cm

mikroskopik temiz sınırla

beraber karaciğerdeki lezyonun hepatektomiyle çıkarılması

R1 (mikroskopik pozitif sınır) radikal cerrahi işlem yapılamadığı

durumlarda, özellikle vasküler

yapılara yakın yerleşimli

kitlelerde kısmen kabul edilebilir

R2 (makroskopik pozitif sınır) kabul edilebilir bir cerrahi yöntem

değil

akciğer rezeksiyonu

metastazı varlığında

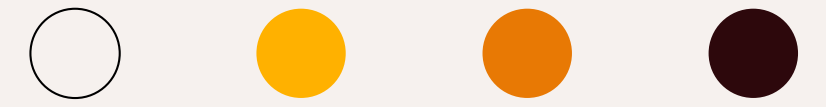
mümkünse

karaciğer nakli

inoperabl hastalarda uzak

metastaz yoksa çok iyi bir

tedavi alternatifi



KAVERNÖZ HEMANJİYOM

tanım

en yaygın solid benign karaciğer tümörleri
tüm benign karaciğer lezyonlarının %70'i
her yaşta ortaya çıkar
yetişkin ve infantil formlar arasında klinik farklılıklar var
prevalans % 3-20
kadınlarda beş kat daha fazla
ortalama 50 yaş
genellikle <5 cm
10 cm üzerinde "dev hemanjiyom"
çapı 30 cm'e kadar ulaşabilir

patoloji

patogenezi östrojenle ilgili?

makroskopik

düz ve pürüzsüz parlak bir yüzeyli, iyi sınırlı

mikroskopik

endotelle kaplı ve fibröz septalarla birbirlerinden ayrılan kavernöz vasküler boşluklar

%10'unda çok sayıda hemanjiyom (hemanjiyomatozis)



KAVERNÖZ HEMANJİYOM

klirik

büyük bir çoğunluğu **asemptomatik**

en önemli semptom **ağrı** (müphem, karın sağ üst kadrana ve sırta doğru)

çok büyürse **kitle basısı** (tıkanma sarılığı)

dev hemanjiyomlar **komplike** olabilir (tromboz ile hemanjiyomda enflamasyon sonucu karın ağrısı, bazen ateş ve karında hassasiyet)

Kassabach-Merritt Sendromu

hemanjiyom içinde intravasküler koagülasyon ve **trombolizis**

sistemik hale dönüşerek **fibrinolizis** ve **trombositopeni**

erken dönemde mortalitesi **%35**

KAVERNÖZ HEMANJİYOM

tanı

radyolojik görüntü **karakteristik**

ultrasonografi

keskin kenarlı hiperekojen lezyon

Doppler

vasküler akım yok

dinamik BT

Kontrastlanma

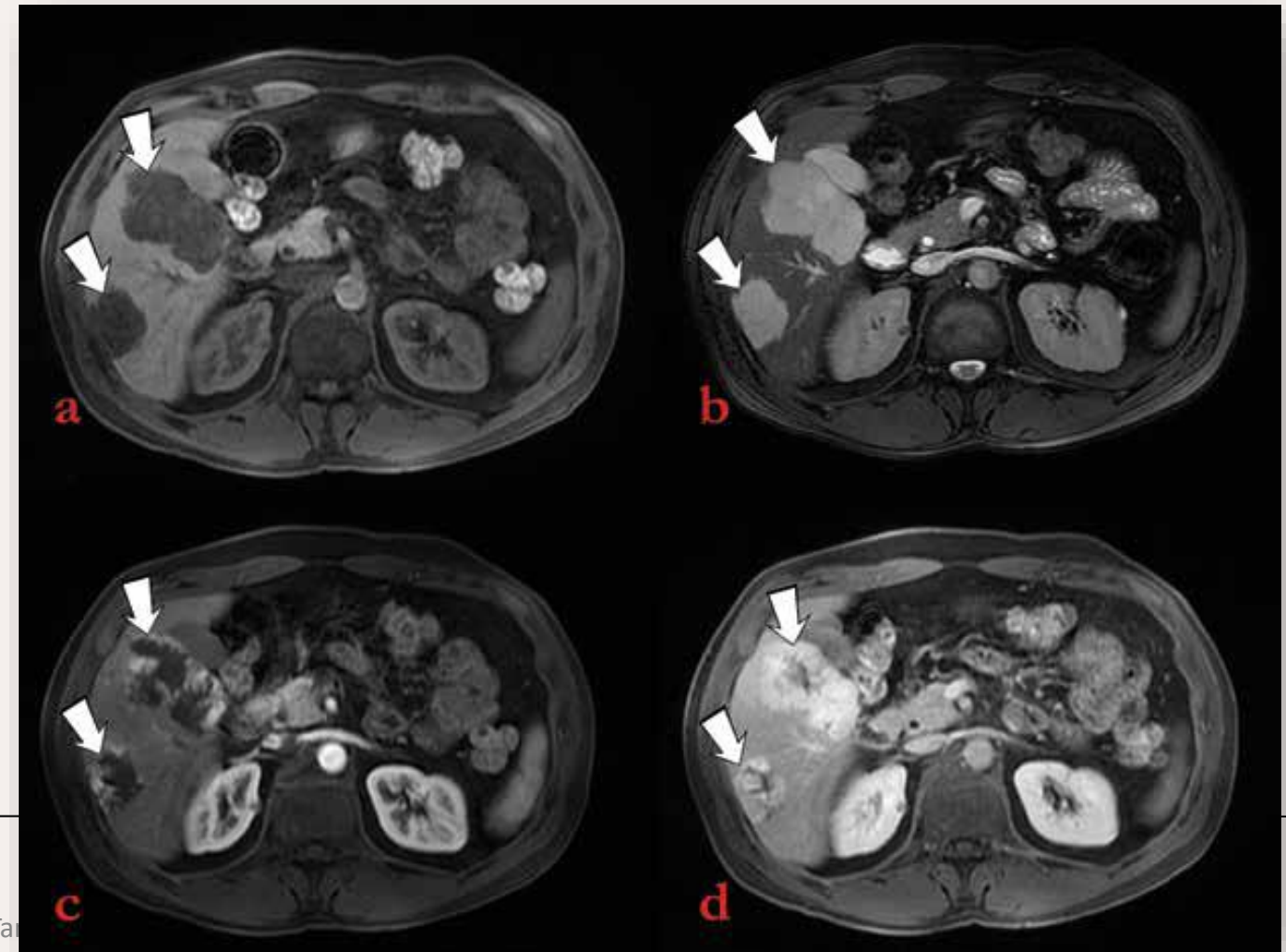
manyetik rezonans

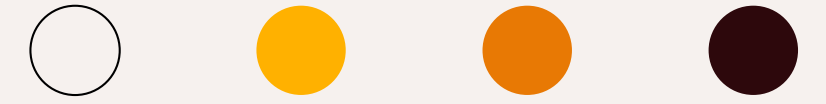
T1 ağırlıklı serilerde hipointens, T2 ağırlıklı serilerde ise şiddetle hiperintens (ampül görüntüsü)

tedavi

boyutu ne olursa olsun, **asemptomatik** hastalarda tedaviye gerek yok

hasta oluşabilecek **komplikasyonlar** hakkında bilgilendirilir





KAVERNÖZ HEMANJİYOM

tedavi - endikasyonlar

hemanjiyomun enflamasyonuna veya çevre basısına bağlı şiddetli **ağrı**, **tromboz** veya **Kassabach-Merritt** gibi komplikasyonlar varsa

radyolojik olarak **malign** lezyonlardan ayırt edilemiyorsa

tedavi - cerrahi

rezeksiyon önde gelen tedavi

geride kalan karaciğer parankimi yeterli olmayacaksa veya hemanjiyomatozis varsa **karaciğer nakli** alternatif

semptomatik dev hemanjiyomlar için **transarteryel kemoembolizasyon (TAKE)** ve nadiren **radyoterapi** tedavi seçenekleri arasına girdi

FOKAL NODÜLER HİPERPLAZİ

tanım

30-50 yaş arası kadınlarda arteriyel malformasyondan kaynaklanan bir hiperplastik reaksiyon

mikroskopi

iyi sınırlı, kapsülü olmayan soliter kitle

ikinci sıklıkta görülen benign karaciğer tümörü

prevalans yaklaşık %1

kadın/erkek oranı 9-10/1

klirik

çoğu hasta asemptomatik

kapsüle yakın ise ağrı

rüptür veya kanama gibi komplikasyonları çok nadir

FOKAL NODÜLER HİPERPLAZİ

tanı

ultrasonografi

çevre parankime göre hiperekojen

dinamik BT

erken dönemde zengin arteriyel kanlanmaya bağlı homojen hiperdens iken, portal ve geç fazda izodens

manyetik rezonans

duyarlılık %70

özgünlük %98

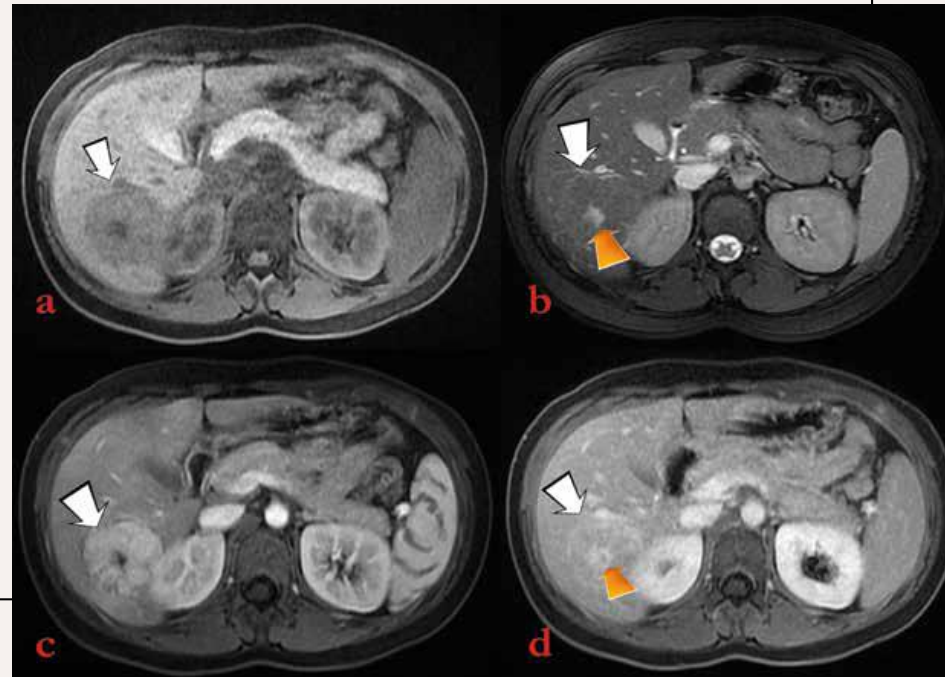
tedavi

komplike olma ya da malignleşme riski yok, takip yeterli

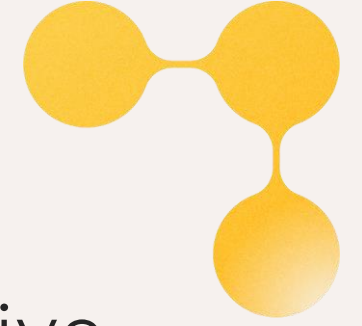
cerrahi

sadece *semptomatik* hastalarda sağlam bir cerrahi sınırla beraber *rezeksiyon*

transarteryel embolizasyon ve *radiofrekansla (RF) lokal ablasyon* da denenmekte



HEMOBİLİA



biliyer sistem ile vasküler sistem arasında kurulan patolojik bir ilişkiye bağlı gelişen *safra yolları kanaması*

etyoloji

en sık *iyatrojenik* hasarlar

(perkutan transhepatik kolanjiyografi, perkutan stent konulması ve perkutan karaciğer biyopsisi gibi)

karaciğer *travması*, *antikoagülan* kullanımı, *parazitler*, *apseler*, *neoplastik* lezyonlar

klirik

kolik tarzı sağ üst kadran *ağrısı*, *sarılık* ve *hematemez-melana* ile karakterize (Quincke triadı)

tanı

anjiyografi ve *sintigrafi* en etkili

tedavi

anjiyografi ile *selektif embolizasyon* %95'lik başarı
durmayan kanamalarda *cerrahi*



OKUMA ÖNERİSİ

BİLİM ETİĞİ

David B. Resnik
Ayrıntı Yayınları
2004

