

QARACİYƏRİN DİGƏR XOŞ XASSƏLİ TÖRƏMƏLƏRİ

ANGIOMIOLİPOMA

Angiomiolipomanın xarakterik xüsusiyyətləri

- Üç komponentdən ibarətdir: geniş damarlar, saya əzələ hüceyrələri və yağ toxuması
- Xoşxassəli törəmədir, adətən simptom törətməz, böyrəklə birlikdə qaraciyərdə də rast gələ bilər
- MRT-nin T1 və T2-də hiperintens görüntülər, yağ supressiya testində itir, lakin yaxşı kontrast tutur
- Müalicəyə gərək yoxdur

Angiomiolipoma adından da göründüyü kimi, 3 komponentdən ibarət xoşxassəli törəmədir: geniş damarlar (mikroanevrizmalar), saya əzələ hüceyrələri və yağ toxuması. Ölçüləri adətən 5 sm-dən böyük olur. Angiomiolipomalar daha çox böyrəklərdə rast gəlir. Qc-də tək və çoxsaylı formaları müşahidə oluna bilər və 10-20% hallarda böyrəklərdəki angioliipoma ilə birlikdə görünür.

Angioliipomalar adətən böyüməz və ətrafa təzyiqli göstərməzlər, malignizasiya ehtimalları yoxdur.

Bu törəmələr simptom və biokimyəvi dəyişiklik törətmirlər, adətən təsadüfi müayinələrdə tapılırlar. Spesifik görüntülemə əlaməti yoxdur. USM və KT-də dəqiq sərhədli törəmə kimi görünürlər. Tərkibində yağ olduğu üçün T1 və T2-də hiperintens görüntülər, yağ supressiv testində signal itir. Lipomadan fərqli olaraq angiomiolipomalar kontrast tutur və geniş damarları görünür. Lakin yağı az olan angiomiolipomaları digər törəmələrdən, xüsusən HCC və HA-dan fərqləndirmək çətin ola bilər. Belə hallarda biopsiya lazım gəlir. Diaqnozu dəqiqləşdirilmiş angiomiolipomanı rezeksiya etməyə gərək yoxdur, izləmək lazımdır.

LİPOMA

Lipomanın xarakterik xüsusiyyətləri

- Yağ toxumasından ibarətdir
- Adətən tək saylıdır
- Yağ supressiya testində itir və kontrast tutmur
- Müalicəsinə gərək yoxdur

Lipoma angiomiolipomadan da az rast gəlinən, damarlanması zəif, yağ toxumalarından ibarət olan

törəmədir. Adətən tək sayılı olur, böyüməyə, malignizasiyaya meyilli deyil, simptom törətmir, təsadüfi müayinələrdə tapılır. Xarakterik 3 görünüşü əlamətləri aşağıdakılardır: dəqiq sərhədli, homogen törəmə; kontrastsız KT-də yağ toxuması kimi hipodensdir və kontrast tutmur; T1 və T2-də hiperintens, yağ supressiya testində siq-nallar sönür. Adətən müalicəsinə gərək yoxdur.

DÜYÜNLÜ TRANSFORMASIYA

Düyünlü transformasiyanın

xarakterik xüsusiyyətləri

- Qc-in diametri 1-1,5 sm olan çoxsaylı düyünlərlə diffuz tutulmasıdır
- Düyünlər normal hepatositlərdən təşkil olunmuşdur lakin, qaraciyər arxitektonikası pozulmuşdur.
- Düyünlərdə öd kanalcıqları, mərkəzi arteriyası və fibroz yoxdur
- Portal venanı və mərkəzi venanı sıxaraq PH törədə bilər
- Malignizasiya ehtimalı var
- PH və malignizasiya baş verərsə müalicə etmək lazımdır

Toplumda təqribən 3% tezlikdə rast gəlinən düyünlü transformasiya (DT) xəstəliyi Qc-in diametri 1-1,5 sm olan çoxsaylı düyünlərlə diffuz tutulması ilə xarakterizə olunur. Digər xoşxassəli epitelial törəmələr kimi, düyünlü transformasiya da normal hepatositlərdən təşkil olunmuşdur və qaraciyər arxitektonikası pozulmuşdur. Lakin, bəzi cəhətlərinə görə digər düyünlü xəstəliklərdən fərqlənir.

FNH-dan fərqli olaraq düyünlü transformasiyanın mərkəzi çapığı, öd kanalcıqları və mərkəzi arteriyası yoxdur. Sirrotik düyünlü transformasiyanın ətrafında və daxilində fibroz olmur. Düyünlü transformasiya

hepatik adenomaya bənzəsə də, bəzi cəhətlərinə görə fərqlənir. Birincisi, düyünlü transformasiya diffuz xəstəlikdir, hepatik adenoma isə, adətən tək düyünlü olur. İkincisi, düyünlü transformasiyada mərkəzi venanın sıxılma əlaməti görünür və adenomadakı kimi geniş sinusoidləri yoxdur. Hepatik adenomalar qanaxmaya meyilli, düyünlü transformasiya isə portal hipertenziya törətməyə meyilli törəmələrdir.

Düyünlü transformasiyanın etiopatogenezi məlum deyil. Hesab edilir ki, portal okkluziya və işemiya düyünlərin əmələ gəlməsinə səbəb olur. DT-nin klinik gedişində iki cəhət diqqəti çəkir. Birincisi, DT-nin portal hipertenziya törətmə ehtimalı var ki, bu da portal okkluziya və mərkəzi vena kompressiyasına bağlıdır. İkinci cəhət isə, HSX-ya çevrilmə ehtimalının olmasıdır. DT əksər hallarda simptom verməz və təsadüfi müayinələrdə və əməliyyat vaxtı düyünlü Qc əlamətləri ilə tapılır. Bəzi hallarda enzim dəyişikliyi ilə ortaya çıxa bilər. PH olan xəstələrdə DT unudulmamalıdır. Görüntüləmədə düyünlü Qc görünür, dəqiq diaqnozu biopsiya ilə qoyulur.

DT-nin spesifik müalicəsi yoxdur, PH və HSX-ya görə izlənməsi tövsiyyə olunur. PH və ağırlaşmaları inkişaf edərsə uyğun müalicələr tətbiq edilir.

İLTİHABİ PSEVDOTUMOR

İltihabi psevdotumorun

xarakterik xüsusiyyətləri

- Xroniki iltihab hüceyrələrindən (plazmatik, limfosit, dentritik), miofibroblastlardan və birləşdirici toxumadan təşkil olunur
- Malignizasiya ehtimalı yoxdur, regressiya ola bilər

- Simptom törədən və diferensasiya çətinliyi olanlarda rezeksiya edilə bilər

İltihabi psevdotumor xroniki iltihab hüceyrələrindən (plazmatik, limfosit, dentritik) miofibroblastlardan və birləşdirici toxumadan təşkil olunmuş törəmədir. Törəmə adətən hipovaskulyar və kapsulsuz olur və ölçüsü bir neçə santimetrə çata bilər.

Psevdotumorun etiopatogenezi dəqiq məlum deyil. Əvvəllər törəmənin neoplastik təbiətli olduğu və miofibroblast proliferasiyası nəticəsində əmələ gəldiyi, malignizasiya potensialının olduğu fərz edilirdi. Hazırda isə, daha çox xroniki iltihab nəzəriyyəsinə üstünlük verilir və törəmənin regressiya ehtimalının yüksək olduğu bildirilir. Lakin, iltihabın səbəbi məlum deyil. Psevdotumorun spesifik klinik, laborator, görüntülmə əlaməti yoxdur. Törəmə tapıldıqdan əvvəl hərərət, ağrı kimi infeksiya əlamətləri ola bilər. Törəmə Qc enzimlərində dəyişiklik, hətta biliar və portal obstruksiya törədə bilər. T1-də hipo, T2-də hiperintens görünür. Diaqnostikasında əsas yeri biopsiya tutur. Diaqnozu dəqiqləşən psevdotumorların müşahidə olunması tövsiyyə olunur. Steroid müalicəsi psevdotumorunu kiçildə bilər. Törəmənin diferensasiya çətinliyi varsa rezeksiya edilir.

BİLİAR ADENOMA

Biliar adenomanın xarakterik xüsusiyyətləri

Öd epitelindən inkişaf edir və fibroz toxuma ilə zəngindir

Kiçik ölçülüdür (<1 sm), subkapsulyar yerləşir

Adətən əlamət verməz, ağırlaşma törətməz

Metastazdan fərqləndirmək gərəkdir

Müalicəsinə ehtiyac yoxdur

Öd yolları epitelindən inkişaf edən və fibroz toxuma ilə zəngin olan qeyri-sistik törəmə ədəbiyyatda xolangioma da adlanır, əksər hallarda 1 sm-dən kiçikdir və subkapsulyar yerləşir. Adətən əlamət verməz, təsadüfi müayinələrdə tapılır. Klinik əhəmiyyəti hamartomadan və metastazlardan fərqləndirməkdən ibarətdir.

BİLİAR HAMARTOMA

Biliar hamartomanın xarakterik xüsusiyyətləri

- Öd axacağı, fibroz toxuma və iltihab hüceyrələrindən ibarətdir
- Kiçik olur, subkapsulyar yerləşir
- Adətən əlamət verməz, ağırlaşma törətməz
- Metastazlardan fərqləndirmək gərəkdir
- Müalicəsinə ehtiyac yoxdur

Biliar hamartoma və ya von Meyenberg kompleks inkişaf anomaliyası, xüsusən də fibrokistik xəstəliyin təzahürlərindən biri sayılır. Tərkibində öd axacağı, ətrafında fibroz toxuma və iltihab hüceyrələri var. Bu törəmələr kiçik olur, subkapsulyar yerləşir və metastazla qarışdırıla bilər. Müalicəsinə ehtiyac yoxdur.

QARACIYƏR PELIOZU

Qaraciyər peliozunun xarakterik xüsusiyyətləri

- Qanla dolu suluqlar - kistlərdir
- Diametri 4-6 sm olur, ətrafında fibroz toxuma zəifdir
- Görüntülmədə müxtəlif formalı və çoxsaylı kistlər kontrast tutur, T1-də və T2-də hiperintens görünür
- Müalicəsinə gərəkdir yoxdur

Pelioz damarların kistşəkilli transformasiyası nəticəsində əmələ gələn qanla dolu suluqlar - kistlərdir. Hemangiomalardan fərqli olaraq

genişlənmələrin diametri daha böyükdür (4-6 sm) və divarı zəifdir. Suluqlar müxtəlif forma və ölçülü olduğu üçün tomoqrafiyada üçbucaq, dördbucaq şəkilli, ellipsəbənzər görünə bilər. Suluqların ətrafında zəif fibroz toxuma ola bilər. Bu törəmələr adətən çoxsaylı olur. Hamilələrdə, çox doğan qadınlarda, androgen və çoxlu antibiotik alanlarda rastlanır. Ağırlişma ehtimalı yox dərəcəsidir, lakin hamilələrdə partlamaya və qanaxmaya səbəb ola bilər. Klinik və laborator olaraq biruzə verməzlər. Çoxlu və müxtəlif formalı kistlərin görünməsi, kontrast tutması (kistlərdən fərqli olaraq), T1-də və T2-də hiperintens (qan olduğu üçün) görünməsi xarakterik əlamətləridir. Müalicəsinə ehtiyac yoxdur, ehmital olunan səbəbi (dərmanları) dayandırmaq faydalı ola bilər.

LOKAL YAĞLANMA POZULMALARI

Lokal yağlanma pozulmalarının xarakterik xüsusiyyətləri

- Qaraciyərdə lokal yağlanan və ya yağlanmayan sahələrdir, törəmə deyil
- Qaraciyərin digər bölgəsindən fərqli göründüyünə görə ortaya çıxır
- Adətən IV seqmentdə və ətrafında rastlanır
- Forması xəritə şəklindədir
- Yağ supressiya testində itirlər

Adətən qaraciyər yağlanması diffuz prosesdir və bütün Qc-i əhatə edir. Lakin yağlanma lokal şəkildə olarsa (lokal yağlanma) və ya lokal şəkildə yağlanma baş verməzsə (yağsız sahə), bu sahələr Qc-in digər hissələrindən fərqli görünür və bu sahələri törəmələrdən diferensasiya etmək gərəkdir.

Lokal yağlanma Qc-in girdə bağı ətrafında (II-IV seqmentlər) çox rast gəlir. Bu sahə görüntüləmədə “yağla zənginlik” əlamətləri ilə biruzə verir: USM-də hiperexoik, KT-də hipodens, həm T1, həm də T2-də hiperintens, yağ supressiya testində siqnalın itməsi. Lokal yağlanmanı digər yağlı törəmələrdən (angiomiolipoma, lipoma, hepatik adenoma, HSX) fərqləndirmək gərəkdir. Lokal yağlanmanın xarakterik əlamətlərindən biri kənarının dəqiq, lakin xəritəşəkilli olmasıdır. Diaqnostik çətinlik varsa biopsiya edilir.

Lokal yağsız sahələr adətən Qc-in IV seqmentinin arxa hissəsində çox rast gəlir. Əslində bu normal qaraciyər sahəsidir. Bu sahə USM-də qaraciyərin yağlanmış hissəsinə görə hipoxoik görünür. Xarakterik əlamətlərindən biri kənarının dəqiq və xəritəşəkilli olmasıdır. KT-də nisbətən hiper, T1 və T2-də hipointens görünür. Yağ supressiyası testində ətrafdakı yağlı bölgədən siqnallar itdiyi üçün yağsız sahə də görünməz olur.

ƏDƏBİYYAT

1. Assy N, Nasser G, Djibre A, et al. Characteristics of common solid liver lesions and recommendations for diagnostic workup. *World J Gastroenterol.* Jul 14 2009;15(26):3217-27.
2. Bayramov NY. Qaraciyər rezeksiyası. Ankara 1998
3. Belghiti J, Vilgrain V, Paradis V. Benign liver lesions. In: Blumgart LH, ed. *Surgery of the liver, biliary tract and pancreas.* 4 th edidion, Saunders, Elsevier, Philadelphia, 2007:1131-1151
4. Cherqui D, Rahmouni A, Charlotte F, et al. Management of focal nodular hyperplasia and hepatocellular adenoma in young women: a series of 41 patients with clinical, radiological, and pathological correlations. *Hepatology.* Dec 1995;22(6):1674-81.

5. Kew MC. Hepatic tumors and cysts. In: Feldman M, Friedman LS, Sleisenger MH. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver disease. 7th ed. Vol 2, 2002, 1577-1602.
 6. Liaw MJ, Capman CW. Benign liver lesions. . In: Cameron JL. Current Surgical Therapy. 9th edition. Mosby Elsevier 2008,335-342
 7. Sherlock S, Dooley J, eds. Diseases of the Liver and Biliary System. Oxford, UK:. Blackwell Science;1997.
 8. Strobel D, Seitz K, Blank W, Schuler A, Dietrich CF, von Herbay A, et al. Tumor-specific vascularization pattern of liver metastasis, hepatocellular carcinoma, hemangioma and focal nodular hyperplasia in the differential diagnosis of 1,349 liver lesions in contrast-enhanced ultrasound (CEUS). *Ultraschall Med.* Aug 2009;30(4):376-82.
 9. William RJ. Liver and Portal venose system. In: Gerard MD, Lawrence WW, Current Surgical Diagnosis and Treatment. 12th edition, 2006, p 539-572
 10. Zimmermann A. Tumors of the liver-patologic aspects. In: Blumgart LH, ed. Surgery of the liver, biliary tract and pancreas. 4 th edidion, Saunders, Elsevier, Philadelphia, 2007:1085-1130
-
-

