

Karaciğer malign tümörünü taklit eden iki psödotümör olgusu

Two pseudotumor cases mimicking liver malignancy

Mikail Çakır¹, Sefa Tüzün¹, Anıl Savaş¹, Yılmaz Tosyalı²

ÖZET

Karaciğer inflamatuvar psödotümörü çok nadir görülen ve karaciğerin malign tümörleri ile karışabilen, çoğunlukla da rezeksiyon sonrası patolojik tanı olarak gelen klinik benign bir durumdur. Karaciğer tümörü radyolojik olarak malignite düşündürdüğünde biyopsi yapılmaz ve hasta uygunsa rezeksiyon planlanır. İnflamatuvar psödotümörler piyeslerde makroskopik olarak da malign tümörlere benzer fakat mikroskopik olarak inflamatuvar hücrelerle karakterizedir. Klinik veya radyolojik şüphe durumunda lezyon biyopsisi yapılır ve psödotümör olarak gelirse konservatif medikal tedavi ile takip edilir. Hastalara gereksiz cerrahi tedaviyi önlemek için akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Karaciğer tümörü, inflamatuvar psödotümör, karaciğer rezeksiyonu

ABSTRACT

Inflammatory pseudotumor of the liver is a rare benign tumor that can be confused with malignant tumors of the liver. It is usually diagnosed after pathologic evaluation of the resected lesion. If a mass lesion in the liver is suspicious for malignancy on radiologic evaluation then surgical resection is planned for suitable patients rather than a biopsy. Inflammatory pseudotumors are similar to malignant tumors on macroscopic assessment, but microscopically they are characterized by the presence of inflammatory cells. In case of clinical or radiologic suspicion, the lesion is biopsied and once the diagnosis of inflammatory pseudotumor is made the lesion is managed by conservative-medical treatment. It must be kept in mind as part of differential diagnosis to avoid unnecessary surgery.

Keywords: Liver tumor, inflammatory pseudotumor, liver resection

GİRİŞ

Karaciğer inflamatuvar psödotümörü (KİP) nadir görülen benign karakterli, karaciğerin malign tümörleriyle de karışabilen bir tümördür. Karaciğer dışında en sık akciğer olmak üzere merkezi sinir sisteminde, bağırsaklarda, omentumda, dalakta, gözde, mesanede, memede, pankreasta, lenf nodlarında, deri ve yumuşak dokularda da görülmektedir (1). Makroskopik olarak lezyon malign bir tümörü taklit edebilmekte, bir veya daha fazla sayıda olabilmektedir. Boyutları 25 cm'ye kadar ulaşan vakalar vardır. Mikroskopik olarak fibrovasküler doku proliferasyonu, iğsi (spindle shaped) hücreler, myofibroblastlar ve karışık inflamatuvar hücrelerle (plazma hücreleri, lenfositler, histiyositler, eozinofiller) karakterizedir (2). Dört yüz üç vakalık fokal karaciğer lezyonu nedeniyle ameliyat edilen hasta serisinin retrospektif incelemesi ile KİP insidansı %0,7 olarak bulunmuştur (3). Literatürde 300'den az vaka vardır (4). Bu yazımızda patoloji sonucu inflamatuvar psödotümör olarak gelen; malign tümör olarak düşünüp sağ ve sol hepatektomi yaptığımız iki olguyu bildirmektediriz.

OLGU SUNUMLARI

Olgu 1

Hepatoselüler karsinomu taklit eden fibronekrotik granulomatöz iltihap-sağ hepatektomi yapıldı.

Elli sekiz yaşında erkek hasta sekiz yıldır tip 2 diabetes mellitus tanısıyla takip edilmekte olup, son 6 ayda 5 kg kaybetmesi nedeni ile yapılan kontrollerinde batin ultrasonografisinde (USG) karaciğer segment 5'te yaklaşık 5 cm çaplı kitle tespit edilmesi üzerine çekilen batin bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans (MR) görüntülemelerinde karaciğer 5. segmentten 6. segmente uzanan en uzun çapı 5 cm olan hipervasküler, erken washout gösteren, hepatoselüler karsinom (HCC) düşündürülen radyolojik bulgular tespit edildi (Resim 1, 2). Hasta sağ hepatektomi adayı olarak değerlendirildi.

Laboratuvar değerleri: Aspartat aminotransferaz (AST): 12 U/L, Alanin aminotransferaz (ALT): 8 U/L, Gamaglutamil transferaz (GGT): 19 U/L, Alkalen fosfataz (ALP): 85 U/L, Total bilirubin (T.Bil): 0,6 g/dL, Direkt bilirubin (D.Bil): 0,1 mg/dL, INR: 0,9 tümör belirteçleri: CA 19,9: 2,7 U/mL, AFP: 2,6 ng/mL. Hepatit belirteçleri: HBsAg: (-), Anti Hbs: (+), Anti HCV: (-).

Hastaya pozitron emisyon tomografisi (PET BT) çekildi. Karaciğer 5-6. segment düzeyinde heterojen orta düzeyde artmış patolojik florodeoksiglukoz (FDG) tutulumu izlenmiştir (erken SUVmaks: 4,6, geç SUVmaks: 5,8). Geç görüntülerde FDG tutulumunun kısmen artış göstermesi (Resim 3), HCC lehine değerlendirilmiştir.

¹Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul, Türkiye

²Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

Yazışma Adresi Address for Correspondence Mikail Çakır

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul, Türkiye
Tel: +90 532 467 81 91
e-posta: drmikailcakir@yahoo.com

Geliş Tarihi / Received: 17.09.2014
Kabul Tarihi / Accepted: 12.02.2015
Çevrimiçi Yayın Tarihi / Available Online Date: xxxxxxxxxx

©Copyright 2015
by Turkish Surgical Association
Available online at
www.uluscerrahidergisi.org

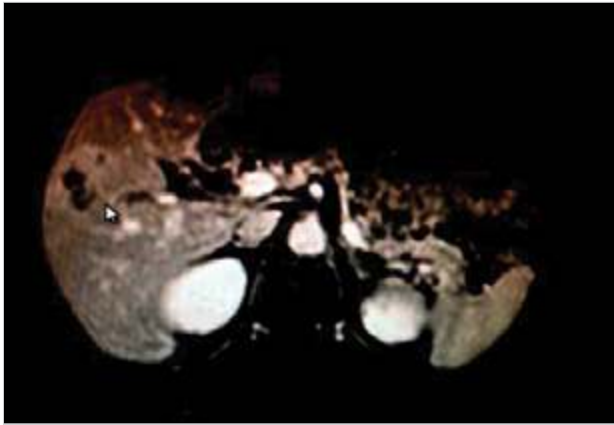
©Telif Hakkı 2015
Türk Cerrahi Derneği

Makale metnine
www.uluscerrahidergisi.org
web sayfasından ulaşılabilir.

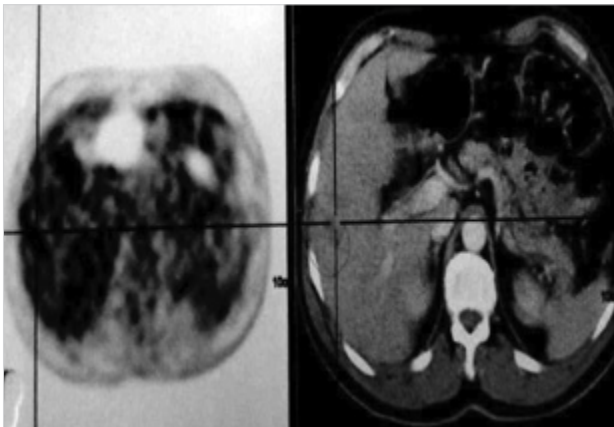
Onam alındıktan sonra hastaya sağ hepatektomi yapıldı. Postoperatif (PO) dönemde akciğer enfeksiyonu ve atelektazi nedeniyle 12 gün yoğun bakımda kaldı. PO 3. gün oral gıda alımı başladı. PO 12. gün servise dönen hastanın drenajından günlük yaklaşık 1000 cc asit mayi drenajı devam etti. Albumin, furosemid, spironolakton ve enteral hiperalimentasyon ile kontrol al-



Resim 1. Birinci olgu BT'de HCC görünümü
BT: bilgisayarlı tomografi; HCC: hepatoselüler karsinom



Resim 2. Birinci olgu MR'da HCC görünümü
MR: manyetik rezonans; HCC: hepatoselüler karsinom



Resim 3. Birinci olgunun PET BT incelemesi: Karaciğer 5-6 segment düzeyinde heterojen orta düzeyde artmış patolojik FDG tutulumu (Erken SUVmaks: 4,6, Geç SUVmaks: 5,8). HCC lehine değerlendirilmiştir.

PET BT: pozitron emisyon tomografisi bilgisayarlı tomografi; FDG: florodeoksiglukoz; HCC: hepatoselüler karsinom

tına alındı. Hastada PO 2. günden itibaren bilirubin yükselmesi oldu. 12. günde laboratuvar değerleri: AST: 113 U/L, ALT: 82 U/L, ALP: 375 U/L, GGT: 567 U/L, T.Bil: 11 mg/dL, D.Bil: 6 mg/dL, INR: 1,3 total protein (T.Pro): 4,4 g/dL, albumin (Alb): 2,9 g/dL. Bilirubin yükselmesi PO 30. güne kadar devam ederek en yüksek 20 mg/dL'ye kadar ulaştı (AST: 212 U/L, ALT: 172 U/L, ALP: 261 U/L, GGT: 295 U/L). Hastaya çekilen MR ve MR kolanjiyografide (MRCP) intrahepatik ve ekstrahepatik safra yollarında dilatasyon saptanmadı. Kalan karaciğerde 4. segment ve kaudat lobda iskemik değişiklikler mevcuttu. Hasta bu haliyle rejenerasyon safhasında karaciğer yetmezliği olarak değerlendirildi. Hasta en yüksek bilirubin değeri olarak 20 mg/dL'ye ulaştıktan sonra değerler düşmeye başladı.

Postoperatif 36. gün hasta taburcu edilerek ayaktan izlenmeye başlandı. İkinci ayda biyokimyasal parametreler tamamen normale döndü. Hasta bir yıldır sorunsuz izlenmektedir.

Patoloji

Hastanın patoloji raporu fibronekrotik granulatöz iltihabi reaksiyon olarak geldi (Resim 4). Enfeksiyöz ve granulatöz hastalıklar araştırıldı, bir nedene bağlanamadı.

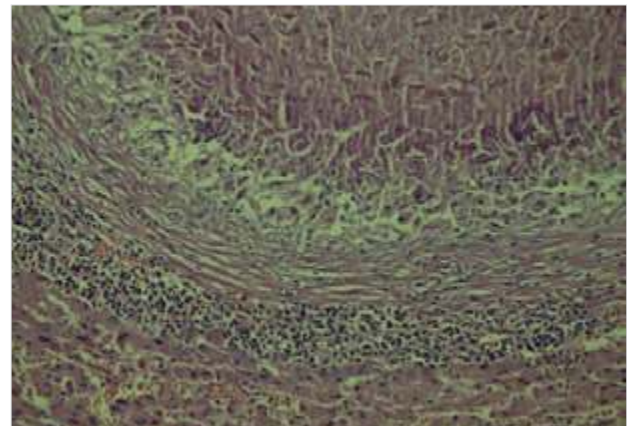
Olgu 2

Kolanjiyelüler karsinomu taklit eden, kolanjitin eşlik ettiği ksantogranulatöz iltihap-sol hepatektomi yapıldı.

Elli üç yaşında erkek hasta iç hastalıkları acil kliniğine sarılık, karın ağrısı ve ateş şikayeti ile başvurmuş olup kolanjit tanısı ile yatırıldı. Özgeçmişinde 7 yıl önce koroner bypass ameliyatı ve 10 yıldır insülin bağımlı diabetes mellitus mevcuttu.

Laboratuvar değerleri: Beyaz küre (BK): 4600, Hematokrit (Hct): %42, T.Bil: 10,4 mg/dL, D.Bil: 5,9 mg/dL, AST: 143 U/L, ALT: 228 U/L, ALP: 257 U/L, GGT: 959 U/L, INR: 0,8, CA19-9: 1254 U/mL.

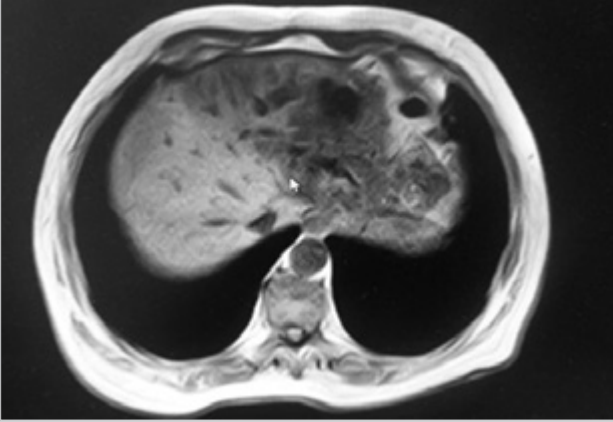
Olgumuz acile kolanjit tablosuyla başvurmuş olup öncelikle koledokolitiazise bağlı sarılık lehine değerlendirilmiştir. USG: Solda belirgin intrahepatik safra yolu dilatasyonu, ortak hepatik kanal ve koledok 6,3 mm kalibrasyonunda, safra kesesi kontrakte, çamur ile uyumlu kese içeriği hastanın MR-MRCP'sinde distal koledokta benign striktür veya anklave taş, intrahepatik safra yolları (IHSY) dilatasyonu, sol lobda apse benzeri kitle (ko-



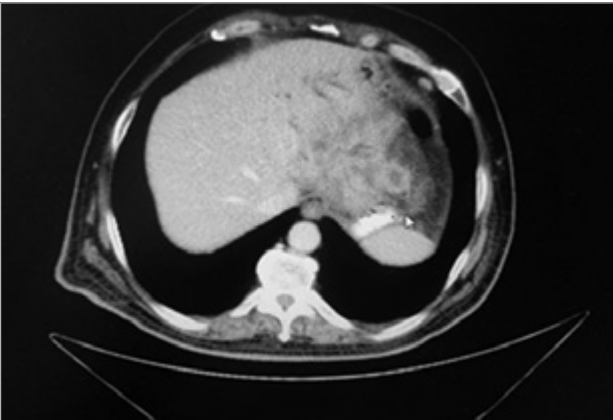
Resim 4. Birinci olgunun patoloji görüntüsü: Periportal alanlar inflamasyon nedeniyle genişlemiştir. Safra yollarına birleşik ve parankim içerisine ilerleyen fibronekrotik granulatöz odaklar izlenmektedir. Farklı büyüklükteki odaklar topluluklar oluşturmaktadır (HE x100).

lanjite sekonder düşünölmüş) saptanması üzerine endoskopik retrograde kolanjiopankreatografi (ERCP) yapıldı. Endoskopik sfinkterotomi sonrasında bol miktarda safra çamuru ve mikrokalköl drenajı oldu, kontrast geçişini engelleyen bir darlık saptanmadı. İntrahepatik safra yolları net değerdendirilemedi. Bilirubin değerdelerinde ve staz enzimlerinde bir miktar düşme sağlanmakla beraber tam düzelme olmadı. Hastaya BT çekilerek birlikte değerdendirildiğinde kitlenin kontrastlanma paterninin kolanjiyelölör karsinom ile uyumlu olduğu saptandı (Resim 5, 6). PET BT incelemesinde karaciğer sol lobunun tamamına yakın kısmını ilgilendiren safra yolu dilatasyonunun eşlik ettiği heterojen yer yer fokalleşen yoğun artmış patolojik FDG tutulumları (SUVmaks: 17,4). Sağ lob korunmuş olup bulgular kolanjiyelölör karsinom ile ilişkili olarak değerdendirilmiştir (Resim 7).

Onamı alınarak, sol hepatektomi planlandı. Ameliyatta karaciğerde yaygın inflamasyon hali, sağ ve sol lobda metastatik nodüller düşündüren lezyonlar göröldü, frozen çalışıldı, net maligniteye rastlanmamakla birlikte şüphde devam ettiğinden çok sayıda biyopsi alınarak ameliyat sonlandırıldı. Biyopsilerde



Resim 5. İkinci olgunun MR-MRCP'si karaciğer 4a segment lokalizasyonunda 3 x 2 cm'lik perfüzyon defektinin eşlik ettiği, kitle öncesi belirgin İHSY dilatasyonunun bulunduğu lezyon. Santral yerleşimli kolanjiyelölör karsinom veya Caroli hastalığına bağlı fokal safra yolları dilatasyonu ile uyumlu bulgular. Ortak safra kanalı ve koledok normal. Sağ İHSY normal
MR-MRCP: manyetik rezonans-manyetik rezonans kolanjiopankreatografi; İHSY: intrahepatik safra yolları



Resim 6. İkinci olgunun batin BT-BT anjiosu: segment 4a da sol lobda belirgin İHSY dilatasyonunun eşlik ettiği 3 cm çaplı hipodens alan
BT: bilgisayarlı tomografi; İHSY: intrahepatik safra yolları

de malignite şüphesi devam ettiğinden bir hafta sonra sol hepatektomi yapıldı.

Patoloji

Kolanjite sekonder inflamatuvar psödötümör olarak sonuçlandı.

Genel Cerrahi Takipleri

Preoperatif son laboratuvar değerdeleri: AST: 106 U/L, ALT: 66 U/L, GGT: 184 U/L, ALP: 362 U/L, T.Bil: 14 mg/dL, D.Bil: 9 mg/dL, T.Pro: 6,5 g/dL, Alb: 2,2 g/dL, INR: 1,1, Ca 19,9: 362 U/mL, Hct: %27, BK: 9000.

Olgu 3

Hastaya kolanjiyelölör karsinom düşünölerek sol hepatektomi planlandı.

İlk ameliyat: Onam sonrası hasta ameliyata alındı. Eksploreyonda az miktarda asit mayi tespit edilip sitopatolojik ve biyokimyasal incelemeler için örnek alındı. Karaciğer tamamıyla inflame, sol lob 2 ve 4. segmentlerde tümoral sertlik mevcut, sağ lobda segment 5 ve 7'de metastazi düşündüren 1 cm'lik birkaç adet nodüler lezyon tespit edilip segment 2, 3, 5 ve 7'den biyopsiler yapıldı. Frozen inceleme sonucunda lezyonlar malignite lehine değerdendirilmedi, fibrozis olarak yorumlandı. İntrahepatik metastaz şüphesi devam ettiğinden incelemenin parafin kesitlerle yapılması için ameliyat bu haliyle sonlandırıldı.

İlk Patoloji: Parafin kesitler Haseki Hastanesi ve Cerrahpaşa Tıp Faköltesi patoloji bölömlerinde değerdendirildi.

Aktif kronik inflamasyon, fibrozis, safra kanaliköl proliferasyonu, kolanjit, lobuler distorsiyon, hepatositlerde safra pigmenti varlığı, balon dejenerasyonu tespit edildi. Asit mayi incelemesi özellik arz etmedi.

Sonuç: Bulgular büyük safra kanallarını obstrükte eden neoplaziye sekonder olabileceği şeklinde yorumlandı. Malignite şüphesi devam etmekteydi.

Karaciğer sağ lobdan alınan örnekler metastaz lehine gelmediğinden sol lobdaki kitlenin malignite ihtimali devam ettiğinden hastadan tekrar onam alınarak bir hafta sonra sol hepatektomi yapılmak üzere ameliyata alındı. İnflame ve ödemli karaciğerde sol hepatektomi yapıldı.



Resim 7. İkinci olgunun kolanjiyelölör karsinom ile uyumlu PET BT bulguları
PET BT: pozitron emisyon tomografisi bilgisayarlı tomografi

İkinci Patoloji: Makroskopik incelemede 4. segmentte 5 x 3 cm'lik 3. segmentte 6 x 3 cm'lik, bunlarla birlikte çok sayıda 0,5-1 cm çaplı yaygın nodüler infiltrasyon alanları mevcut. Cerrahi sınır 1,5 cm ile salim.

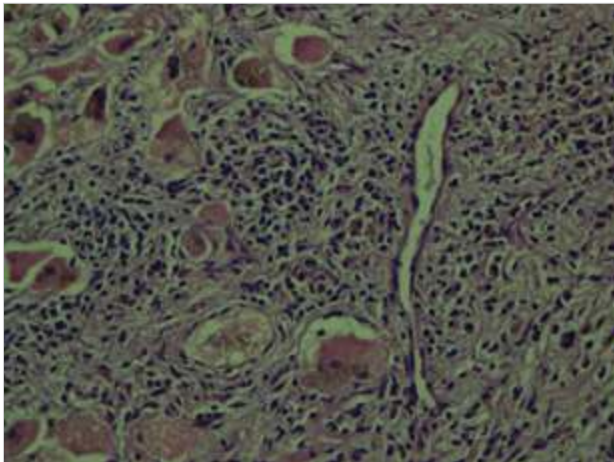
Mikroskopik Bulgular: Safra kanallarında yaygın destrüksiyonla birlikte aktif kronik kolanjit, parankimin yerini alan ksantogranulomatöz iltihap- inflamatuvar psödotümör bulguları (Resim 8), kolesistektomi materyalinde lenfoid agregat oluşturan kronik perikolesistit, diseke edilen lenf nodlarında reaktif hiperplazi.

Klinik Seyir: Hasta her iki ameliyat sonrasında da yoğun bakıma gitti. 1. ameliyattan sonra 2 gün, 2. ameliyat sonrasında 3 gün yoğun bakımda kaldı. Postoperatif yara enfeksiyonu ve asit mayi drenajı gelişti. Yara enfeksiyonu antibiyotiklerle, asit mayi drenajı albumin, furosemid, spironolakton ile kontrol altına alındı. Hastanın taburcu sonrası araştırmalarında bir özellik bulunmadı.

TARTIŞMA

Karaciğer inflamatuvar psödotümör etyolojisinde enfeksiyöz ajanlar (*Bacteriodes caccae*, *Actinomyces*, *Klebsiella*, *E.coli*), otoimmün hepatopankreatobiliyer hastalıklar (Ig G4 sklerozan kolanjiti), sistemik granulomatöz hastalıklar (tüberküloz, sarkoidoz) yer almaktadır (5).

Hastalar ateş, karın ağrısı, kilo kaybı, sarılık (inflamatuvar kitlenin intra veya ekstrahepatik safra kanallarını tutmasına sekon- der) şikayetleri ile başvurmaktadır. Laboratuvar ve radyolojik bulgular ayırıcı tanı için çok spesifik değildir. Enfeksiyon, inflamasyon, otoimmün hastalıkların pozitif laboratuvar bulguları ve karaciğer kitlesinin şüpheli kontrastlanma paterni nedeni ile gereksiz cerrahi girişimi önlemek için biyopsi yapılabilir (6). Biyopsi yapmanın kanama, tümöral ekilme, enfeksiyon gibi komplikasyonları vardır. Bu yüzden tipik kontrastlanma paterni ile karaciğer malign tümörü düşündüren kitleler biyopsi yapılmadan rezeksiyon ile tedavi edilir. Kontrastlanma paterni itibari ile net malignite düşündürmeyen kitlelere şüphe nedeniyle biyopsi yapılır (4).



Resim 8. İkinci olgunun patoloji görüntüsü diffüz hücre infiltrasyonu her alanda lenfosit, plazmosit, eozinofil ve nötrofil polimorflardan oluşmaktadır. Hücre infiltrasyonu periportal alanlarda ve duktuslar çevresinde yoğunlaşmakta ve parankim içerisine uzanmaktadır. Safra kanalikülleri proliferedir. Hepatositlerde safra pigmenti birikimi ve balon dejenerasyonu belirgindir. Polimorflar bazı alanlarda topluluk oluşturmaktadır (HE x400)

Biyopsi ile psödotümör tanısı konulan vakalar antibiyotiklerle, non-steroid antiinflamatuvar ilaçlarla ve steroidlerle tedavi edilir. Konstitüsyonel semptomlar ve kitlenin gerileyip gerilemediği yakın takip edilir (4, 7). Konservatif tedavinin başarısız olduğu durumlarda (ateş devam ediyor, tümör büyüyor) veya hepatik hilus tutulumu ile sarılık ve portal hipertansiyon gelişirse cerrahi düşünülür (8).

Çoğu vakada KİP diğer malign tümörler ile karışır ve cerrahi sonrasında patolojik tanı olarak gelir. Tanısal belirsizlik ve tümör şüphesinin devam etmesi durumunda cerrahi seçenek düşünülmelidir (7).

Cerrahi rezeksiyon sonrası bir daha nüksün olmadığını belirten yayınlara (9) karşın 4-7 yıl içerisinde malign dönüşüm ve nüks bildiren yayınlar da vardır (7, 10).

SONUÇ

Karaciğer inflamatuvar psödotümörü oldukça nadir görülen ve malign tümörlerle karışan klinik bir durumdur. Enfeksiyöz, inflamatuvar, otoimmün hastalıklarla ilişkilidir. Karaciğerde oluşan tümöral görünüm diğer malignitelerle benzer kontrastlanma paterni gösterir. Sistemik semptomlar, laboratuvar bulguları, görüntüleme bulguları ile KİP ayırıcı tanıda akılda tutulmalı şüphe durumunda biyopsi yapılarak gereksiz cerrahi önlenmelidir. Konservatif medikal tedavi ile takip edilmeli (antibiyotik, antiinflamatuvar, steroidler) tedaviye cevapsızlık ve şüphenin devam etmesi durumunda cerrahi uygulanmalıdır. Çoğu vaka malign düşünülen kitlenin rezeksiyonu sonrası patolojik tanı olarak gelir. Nüks ve uzun dönemde malign transformasyon belirten yayınlar vardır (10). Hastalar yakın takip edilmelidir.

Hasta Onamı: Yazılı hasta onamı bu olguya katılan hastalardan alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir - M.Ç.; Tasarım - A.S.; Denetleme - M.Ç.; Kaynaklar - M.Ç.; Malzemeler - M.Ç., S.T.; Veri toplanması ve/veya işlemesi - A.S., M.Ç.; Analiz ve/veya yorum - M.Ç., A.S.; Literatür taraması - A.S.; Yazıyı yazan - M.Ç.; Eleştirel İnceleme - S.T.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Informed Consent: Written informed consent was obtained from patients who participated in this case.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions: Concept - M.Ç.; Design - A.S.; Supervision - M.Ç.; Funding - M.Ç.; Materials - M.Ç., S.T.; Data Collection and/or Processing - A.S., M.Ç.; Analysis and/or Interpretation - M.Ç., A.S.; Literature Review - A.S.; Writer - M.Ç.; Critical Review - S.T.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.

KAYNAKLAR

1. Ntinas A, Kardassis D, Miliaras D, Tsinoglou K, Dimitriades A, Vrochides D. Inflammatory pseudotumor of the liver: a case report and review of the literature. J Med Case Rep 2011; 5: 196. [CrossRef]

2. Someren A. Inflammatory pseudotumor of liver with occlusive phlebitis: report of a case in child and review of the literature. *Am J Clin Pathol* 1978; 69: 176-181.
3. Tang L, Lai EC, Cong WM, Li AJ, Fu SY, Pan ZY, et al. Inflammatory myofibroblastic tumor of the liver: a cohort study. *World J Surg* 2010; 34: 309-313. [\[CrossRef\]](#)
4. Calomeni GD, Ataíde EB, Machado RR, Escanhoela CA, Costa LB, Boin IF. Hepatic inflammatory pseudotumor: A case series. *Int J Surg Case Rep* 2013; 4: 308-311. [\[CrossRef\]](#)
5. Goldsmith PJ, Loganathan A, Jacob M, Ahmad N, Toogood GJ, Lodge JP, et al. Inflammatory pseudotumours of the liver: a spectrum of presentation and management options. *Eur J Surg Oncol* 2009; 35: 1295-1298. [\[CrossRef\]](#)
6. Kato H, Kanematsu M, Kondo H, Osada S, Goshima S, Yamada T, et al. Inflammatory pseudotumor of the liver: ferumoxide-enhanced MR imaging as a tiebreaker. *J Magn Reson Imaging* 2004; 20: 501-505. [\[CrossRef\]](#)
7. Kim YW, Lee JG, Kim KS, Yoon DS, Lee WJ, Kim BR, et al. Inflammatory pseudotumor of the liver treated by hepatic resection: a case report. *Yonsei Med J* 2006; 47: 140-143. [\[CrossRef\]](#)
8. Kaneko K, Ando H, Watanabe Y, Seo T, Nagino M, Kamiya J, et al. Aggressive preoperative management and extended surgery for inflammatory pseudotumor involving the hepatic hilum in a child. *Surgery* 2001; 129: 757-760. [\[CrossRef\]](#)
9. Ke Q, Fan L, Duan X, He Z, Zheng S. Inflammatory pseudotumor mimicking primary hepatic malignant tumor with hepatitis B virus-related cirrhosis: A case report. *Oncol Lett* 2013; 6: 550-552. [\[CrossRef\]](#)
10. Pecorella I, Ciardi A, Memeo L, Trombetta G, de Quarto A, de Simone P, et al. Inflammatory pseudotumour of the liver--evidence for malignant transformation. *Pathol Res Pract* 1999; 195: 115-120. [\[CrossRef\]](#)