

Karaciğer Hemanjiomları

Ömer YILMAZ, Nihat OKÇU

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Erzurum

Hemanjiomlar başta olmak üzere, damarsal kaynaklı tümörler vücudun en yaygın benign tümörleridir. Bu tümörler hem histopatolojik yapı bakımından, hem de klinik görünüm açısından sınıflandırılabilirler. Histopatolojik yapılarına göre kapiller ve kavernöz yapılar arasında değişirler. Klinik sınıflama ise a) nevüs flammeus, b) hemangioma simplex, c) hemangioma cavernosum, d) hemangioma faciei olmak üzere 4 gruba ayrılırlar (1). Karaciğerin en yaygın benign tümörü olan kavernöz hemanjiomların toplumdaki prevalansının % 1-7 olduğu belirtilmiştir (2). Çoğunlukla çapları 2-3 cm den daha azdır ve asemptomatiktir. Genellikle görüntüleme yöntemleri, cerrahi yada otopsi sırasında rastlantısal olarak tespit edilirler. Klinik bulgular genellikle teşhise katkıda bulunmazlar. Hemanjiomların doğal seyri ve tedavisi tam olarak tanımlanmamıştır (3).

GİRİŞ

Kavernöz hemanjiomlar en çok cilt ve karaciğeri etkilerler (4). Adult dönemde (toplumun % 2-4'ünde) karaciğerin en sık olarak tespit edilen benign solid tümördür (5). Görülme sıklığı bakımından kadınlarda 3 kat daha fazla görülür (6). Çapları genellikle 4'cm den küçük olmakla birlikte hastaların % 20'sinde multiple sayıda bulunurlar ve genellikle sağ hepatic lobda bulunurlar (7). İlk kez 1970 yılında Adams ve arkadaşları tarafından çapı 4'cm den büyük olanlar dev hemanjiom olarak tanımlanmıştır (5). Makroskopik olarak, genellikle subkapsüler yerleşimli, sınırlı düz ve net olarak ayırt edilebilen, kırmızı-mavi alanlar olarak görülürler. Mikroskopik olarak kavernöz hemanjiomlar, değişik kalınlıkta fibröz septalarla bölünmüş, iç yü-

zeyi tek katlı endotelial hücre tabakası ile örtülü ve içi kan ile dolu çok sayıda vasküler boşluktan oluşur. Bu lezyonların oluşumunda birtakım belirsizlikler vardır. Bazı otörler bunların doğumda var olan hamartom orijinli lezyonlar olduğunu düşünürken, bazıları da kesinlikle vasküler neoplazmlar olduğunu düşünmektedirler (8).

Karaciğer hemanjiomlarının hayatın erken evrelerinde hormonal uyanlara bağlı olarak büyüme gösterebilecekleri ileri sürülmüştür. Ancak bu tartışmalı bir konudur ve tam olarak kabul görmemiştir. Erişkin çağda büyüklük olarak sabit olma eğilimindedir. Çaplarındaki artış tam bir neoplastik büyümeden ziyade intratümöral vasküler kanalların dilatasyonundan kaynaklanır. Bu yüzden büyüme arteriyel basınç ve kardiyak output gibi hemodinamik faktörlere bağlıdır. Malign potansiyele sahip değildirler (6, 9).

KLİNİK BELİRTİLER

Hemanjiomların büyük çoğunluğu (% 85) asemptomatiktir (10). Dev hemanjiomu bulunan hastaların büyük bir kısmında karın bölgesinde ağrı, şişlik yada palpabl kitle ve komşu organlara basıya bağlı bazı semptomlara neden olabilir (11).

Semptomatik hastalarda en sık yakınma sağ üst karın ağrısıdır. Ağrının 4 değişik sebebi vardır: (a) hemanjiomun hızlı büyümesi sonucu Glisson kapsülünün gerilmesi, (b) hemanjioma doğru artmış olan pulsatil kan akımı, (c) hemanjiom içerisinde inflamasyon ve tromboz oluşumu ve (d) kısmi infarktüs yada çevre dokular üzerine olan basıya bağlı oluşabilir (8, 12).

Büyük lezyonların mide ve duodenuma basısına bağlı olarak kan ağrısı, erken doyma, bulantı ve kusma meydana gelebilir. İnfior vena cava basısına bağlı olarak Budd-Chiari sendromu oluşabilir. Ayrıca anatomik lokalizasyonuna bağlı olarak obstrüktif sarılık ve biliyer kolik gibi semptomlara sebep olabilirler (7, 10, 13).

Karaciğer hemanjiomları nadiren hematolojik komplikasyonlara neden olabilirler ve genellikle tüketim koagülopatisine bağlı kanama şeklinde görülür. Ayrıca Kasabach-Meritt sendromu, mikroanjiopatik hemolitik anemi ve Budd-Chiari sendromu da oluşabilir (6).

Potansiyel olarak ani ölümlere sebep olabilen rüptür ve kanama riskine sahiptirler (11). Nadiren intrahepatik ve intraperitoneal kanama oluşabilir (1). İntraabdominal hemoraji, biyopsi ve travma sonucu yada spontan oluşabilen nadir bir komplikasyon olup, mortalite ihtimali yüksektir (% 60) (6, 8, 14).

Hemanjiomların çoğu klinik olarak asemptomatik olmalarına rağmen, inflamasyonun eşlik ettiği vakalarda ateş, kan ağrısı, anemi gibi semptomlara neden olabilirler. Tümörün büyümesi konjesyon, kanama, tromboz ve tümör içi infarktüse neden olabilir (1).

Pol ve ark, yaptıkları çalışmada inflamasyonun eşlik ettiği karaciğer hemanjiomlarında kilo kaybı, kan ağrısı, hafif düzeyde artmış ateş olabileceğini belirtmişlerdir. Laboratuvar bulgusu olarak anemi, trombositoz, fibrinojen düzeyinde ve eritrosit sedimentasyon hızında artış olabileceği belirtilmiştir (15).

Kavernöz hemanjiomların farklı çaplara kadar ulaşabilen duvarları, kan damarlarından oluşur. Bazen büyük tümörler organize trombüs, fibröz lezyonlar ve hemorajik nekrozlar içerir. Böyle vakalarda koagülasyon ve fibrinolitik sistem aktivitesinde artış, trombosit sayısında azalma ve kanamaya eğilim oluşur (16).

TANI

Hastaların büyük çoğunluğuna başka nedenlerle yapılan görüntüleme yöntemleri veya laparotomi sırasında teşhis konulur. Hemanjiomlar, yanlışlıkla endokrin tümörlerin metastatik lezyonları olarak değerlendirilebilirler (17). Malign transformasyonları bildirilmemiştir. Bu yüzden büyümeye eğilimli hemanjioendotelioma ve anjiosarkoma gibi malign tümörlerden ayırımının yapılması gerekir (18). Dev hemanjiomlar içerisinde kanama, tromboz, fibrozis, kalsifikasyon yada miksomatöz değişiklik-

ler gibi farklı görünümlere sebep olabilen değişiklikler meydana gelebilir (9).

Günümüzde abdominal görüntüleme yöntemi olarak ultrasonografinin (USG) yaygın kullanım sayesinde karaciğer lezyonlarının rastlantısal olarak tespiti yaygındır (19). USG hemanjiomların teşhisinde sık kullanılmaktadır, fakat değişik görünüm paternlerinden dolayı bu yöntemle diğer karaciğer tümörlerinden kesin ayırım yapmak zordur. USG'de hemanjiomların tipik görünümleri sınırlan net olarak seçilebilen, uniform, keskin sınırlı, hiperkoik lezyonlar şeklindedirler (11, 18). Fakat involusyon, hemoraji, nekroz yada fibrozis sonucu nonspesifik görünüme sahip olabilirler. Böyle durumlarda USG'de hiperkoik, hipokoik yada mikst-ekoik görünümde olabilirler ve yanlışlıkla primer yada sekonder karaciğer neoplazmı olarak teşhis edilebilirler. Bu sebepten dolayı USG'nin hemanjiomlarla diğer karaciğer maligniteleri arasında kesin ayırım yapmak için güvenilir bir metot olmadığı belirtilmiştir (11).

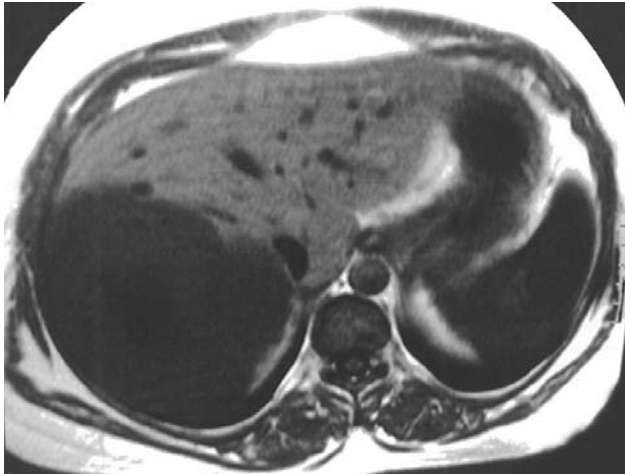
Kontrastlı dinamik tomografi (CT) hemanjiom teşhisinde kullanılabilir, fakat metastatik hastalık yada hepatoma ile karıştırma ihtimali vardır (11). Ashida ve Freeny tarafından yapılan çalışmalarda CT görüntüleme yöntemiyle hemanjiomlu vakalarda % 50-75 oranında teşhis koyulduğunu belirtmişlerdir. Hemanjiomlar CT'de erken dönemde periferik nodüller tutulum gösterirler (5) (Resim 1).



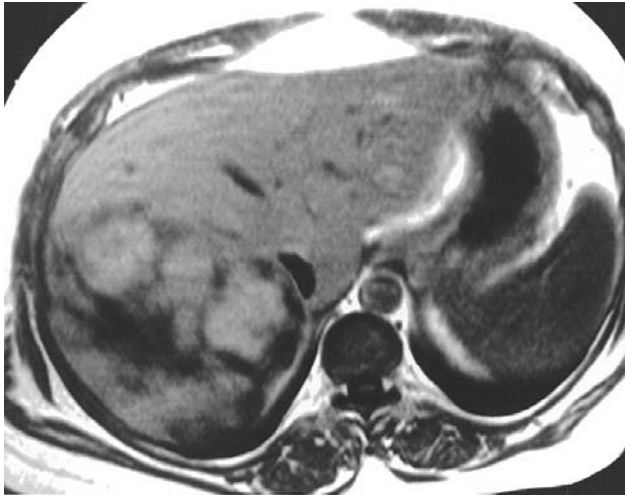
Resim 1. Karaciğer sağ lobda kontrastlı kesitlerde periferden nodüler tarzda kontrast tutan, santrali hipodense (CT) hemanjioma ait görünüm

Bazı vakalarda USG veya CT ile kesin teşhis konamayabilir. Bu vakalarda manyetik rezonans görüntüleme (MRI) yapılması daha uygun olur. MRI görüntüleme daha pahalı olmasına karşılık daha yüksek sensitivite ve spesifiteye sahip olduğu bildirilmiştir (2).

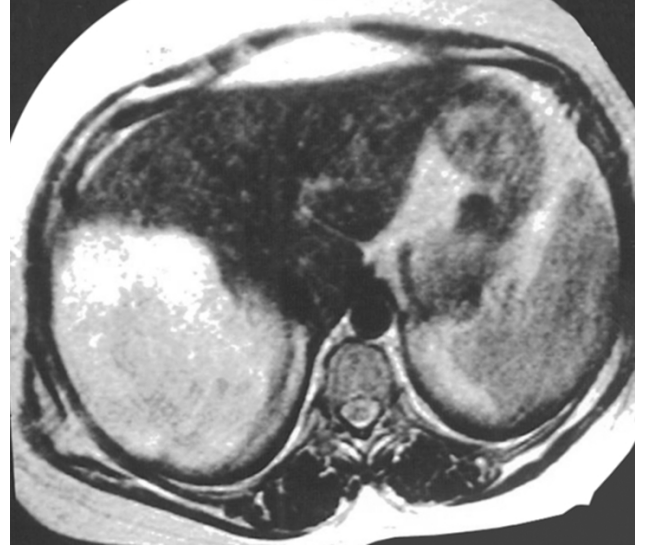
Manyetik rezonans görüntüleme, özellikle T2 ağırlıklı görüntülerde, CT'nin dinamik kontrast tutulumuna benzeyen çok daha spesifik görünümler sağlar (18). Yine Ashida ve Freeny tarafından yapılan çalışmalarda Gadolinium injeksiyonunu takiben elde edilen MRI görüntülemenin hemanjiom teşhisinde % 85 sensitivite, % 90-99 oranında da spesifiteye sahip olduğunu belirtmişlerdir (5). T1 ağırlıklı görüntülerde düşük intensiteye sahiptirler. Halbuki T2 ağırlıklı görüntülerde yüksek intensiteli görünüm oluşturur ve buna bağlı olarak hemanjiomların malign tümörlerden ayrıncı teşhisine olanak sağlar (17). (Resim 2, 3, 4)



Resim 2. T1 ağırlıklı görüntülerde izo-hipointens



Resim 3. T2 ağırlıklı görüntülerde hiperintens karakterde



Resim 4. Post kontrast kesitlerde periferden nodüler tarzda kontrast tutulumu gösteren hemanjiom

Karaciğer biyopsisi önemli oranda kanama tehlikesine sahiptir (17, 19). Buna karşın Nakazumi ve ark. 11 olguluk hemanjiom serilerinde, USG eşliğinde perkütan aspirasyon biyopsisi uygulamışlardır. On (% 91) hastada sitolojik olarak hemanjiom teşhisi konulmuş ve hiçbir hastada komplikasyon gelişmediği belirtilmiştir (20). Literatürde bazı araştırmacıların kanamaya neden olmaksızın iğne biyopsisi ve bu esnada aspirasyon uyguladıklarını bildirmişlerdir. Hemanjiom şüphesi olan hastada malignite ihtimalini dışlamak amacıyla bu yöntemin kullanılmasının, biyopsi kanalı boyunca malign hücre yayılmasına sebep olacağı için pek kabul görmüştür (19).

Tc-99m-labelled red blood cell (RBC) SPECT hemanjiomların teşhisinde yüksek düzeyde spesifiteye sahiptir. Hemanjiomların diğer karaciğer lezyonlarından ayrıncı teşhisinin yapılmasında ilk seçenek olabileceği belirtilmiştir (11). Özellikle çapı 2 cm den büyük olan hemanjiom ile diğer karaciğer lezyonları arasındaki ayrıncı tanıda yüksek düzeyde spesifite ve sensitiviteye sahip olduğu belirtilmiştir (21).

Yukarıdaki bilgiler ışığında çapı büyük olan ve diğer karaciğer lezyonlarından kesin ayrıncı yapılamayan hemanjiomların teşhisinde farklı görüntüleme yöntemlerinin kombine biçimde kullanılması oldukça doğru bir yaklaşımdır (18).

TEDAVİ

Karaciğer hemanjiomlarının doğal seyri tam olarak aydınlatılmış değildir (6, 19). Kavernöz hemanjiomların çoğunluğunun asemptomatik olduğu ve

uzun süreli takip periyodu esnasında değişiklik göstermediği belirtilmiştir (8). Weimann ve ark. 1980-1993 yılları arasında hemanjiom teşhisi konulan 104 hasta ortalama 32 ay boyunca takip edilmiştir. Hastaların 11'inde (% 10,6) tümör çapında büyüme, 7'sinde (% 6,7) küçülme tespit edilmiştir. Ancak hastaların hiçbirinde malign transformasyon tespit edilmemiştir. Literatürde Nichols ve ark. tarafından 34 tane, Taravitsainen ve ark. tarafından 27 tane, Mungovan ve ark. tarafından 21 hemanjiom hastasını değişik zaman aralıklarıyla izlenmişlerdir. Ancak bu hastalardan sadece 4 tanesinde çok hafif düzeyde büyüme olduğu tespit edilmiştir (22). Yamagata M ve ark. 1978-1988 yıllarında hemanjiom teşhisi konulan 33 hastanın 13'üne cerrahi müdahale edilmiş, 20'si takip edilmiştir. Operasyon uygulanan hastalar ortalama 143 ay izlenmiş fakat hiçbirisinde nüks olmamıştır. Takip programına alınan ve ortalama 47 ay izlenen hastaların hiçbirisinde tümör çapında büyüme olmadığı görülmüştür (23).

Klinik öneme sahip karaciğer hemanjiomlarının nadiren tespit edilmesi nedeniyle tedavi hakkında yeterli düzeyde veri yoktur (11). Steroid, radyoterapi, ablasyon tedavisi, interferon alpha-2 tedavisi, cerrahi gibi farklı tedavi yöntemleri denenmiştir (24) (Tablo 1).

Kortikosteroidlerin hemanjiomlar üzerine olan etkisi net olarak belli değildir. Ancak yüksek doz metilprednizolonun, Kasabach-Merritt sendromunda semptomların hayatı tehdit edici düzeyde olduğu durumlarda kullanılabileceği belirtilmiştir (1).

Radyoterapinin amacı genellikle tümör dokusunun etrafı sağlıklı dokulara olan erken ve geç dönemdeki hasarını engellemektir. Hemanjiomların endotelial hücreleri embriyonal yapıdadır ve radyasyona çok duyarlıdır. Maturasyon esnasında duyarlılıkları azalır. Bu nedenle radyoterapinin amacı onların hızlı bir şekilde destrüksiyonu olmayıp, hemanjiom içerisinde involusyonun uyanılması ya da hızlandırılmasıdır (1).

Tablo 1. Genel olarak hemanjiomların tedavisinde kullanılan işlemler

Lokal olarak uygulanan tedaviler,
Radyoterapi
Terapotik embolizasyon
Cerrahi
Sistemik tedaviler
Kortikosteroid uygulaması
İnterferon uygulaması

Acil yada elektif vakalardaki semptomatik hemanjiomlar için düşünülebilecek diğer tedavi seçenekleri hepatik arterin ligasyonu, embolizasyonu ya da cerrahi rezeksiyondur (24). Giavroglou ve ark. semptomatik düzeyde ağrı yakınması olan 4 hemanjiom hastasına polivinil alkol yardımıyla transkateter embolizasyon uygulamışlar. Komplikasyon olmamıştır. Klinik takip aşamasında semptomların kaybolduğu ve lezyonların çapında küçülme meydana geldiği belirtilmiştir (8).

Son zamanlarda, interferonların hemanjiomların tedavisinde kullanılabileceği belirtilmiştir. Hemanjiomların regresyonunu ve büyümelerini nasıl kontrol ettiği tam olarak bilinmemesine rağmen, damarların gelişimi ve anjiogenezis hakkındaki en son veriler interferonların etkisinin daha iyi anlaşılmasına sebep olmuştur. İnterferonlar tümör hücrelerinin anjiogenik moleküllerini inhibe ederek anti-anjiogenik etki göstermektedir (1). Fakat Strzelczyk J ve ark tarafından hepatit C nedeniyle 12 ay interferon alpha-2b kullanan bayan bir hastada tedaviyi takiben hemanjiom kitlesinde ani büyüme olduğu ve ameliyat edildiği belirtilmiştir (25).

Semptomatik hastalarda üzerinde en fazla durulan tedavi seçeneği cerrahidir. Cerrahi tedavi endikasyonları; rüptür, hemoraji, tromboz, tümörün çapında artış ya da abdominal ağrı ve rahatsızlık hissidir (18). Abdominal ağrı ya da rahatsızlık hissi karaciğer hemanjiomlarında cerrahi tedavinin en yaygın nedenidir (8). Ancak ağrı subjektif bir yakınmadır ve hemanjiom dışı farklı bir nedene bağlı olarak da oluşabilir. Bundan dolayı, ağrı nedeniyle invaziv tedavi metodları uygulanacak hastalarda safra kesesi hastalığı, gastroduodenal ülser, karaciğer kistleri, hiatus hernisi, ürolitiazis, irritabl barsak hastalığı gibi ağrıya neden olabilecek durumlar sorgulanmalıdır (8). Farges O ve ark 1970-1992 yılları arasında hemanjiom teşhisi konulan 163 hastadan 87 tanesinde ağrı şikayeti olduğu fakat % 54'ünde ağrının hemanjiom dışı nedenlere bağlı olduğu tespit edilmiştir (26). Özden ve ark.'nın 42 olguluk serilerinde, 33 tanesinde operasyon sebebinin ağrı olduğu belirtilmiştir. Ortalama 53 aylık izlem sonrası hastaların 24'ünde tam, 4'ünde belirgin düzelme saptanmış, 4 hastada ise ağrı yakınmasının sürdüğü belirtilmiştir (27). Bu çalışmaların ışığında, ağrı nedeniyle ameliyat planlanan hastalarda ağrının zamanla gerileyip kaybolabileceği veya hemanjiom dışı nedenlere bağlı olabileceği göz önünde tutulmalıdır (Tablo 2). Yukarıda belirtildiği gibi son zamanlarda, asemptomatik dev hemanjiomlarında sadece gözlem yoluyla tedavisinin uygun olduğu belirtilmiştir. Buna gerekçe olarak hemanjiomu olan asemptomatik

hastaların uzun yıllar süren takip neticesinde tümör çapında artış olmaması gösterilmiştir (3, 22). Terkivatan ve ark. 1979-1989 yıllarında benign hepatik tümör teşhisi konulan 208 hastanın 74'üne cerrahi tedavi uygulanmış, 134'ü radyolojik takip programına alınmıştır. Ağrı nedeniyle ameliyat edilen 35 hastanın 28'i (% 80) asemptomatik hale gelmiştir. Ağrı sebebiyle takip programına alınan ve 45 ay süreyle izlenen 45 hastanın 39'u (% 87) asemptomatik hale gelmiştir (28).

Hemanjiomlar karaciğerin en yaygın benign tümörüdürler. Genellikle başka sebeplerle yapılan radyolojik taramalar sırasında tespit edilirler. Fakat bazen teşhis esnasında kötü huylu karaciğer tümörleri ile karışabilirler. Böyle durumlarda farklı görüntüleme metotlarının kullanımı gerekebilir. Farklı nedenlerle cerrahi tedavi planlanan hastalarda semptomların hemanjiom kaynaklı olduğu kesinlik kazanmalıdır.

Tablo 2. Karaciğer hemanjiomlarında ameliyat endikasyonları

A- Mutlak endikasyonlar
1. İntraabdominal kanama (biyopsi, travma yada spontan olarak)
2. Hızlı büyüme
3. Kasabach-Meritt Sendromu
B- Rölatif Endikasyonlar
1. Ağrı
2. Malignite şüphesi
3. Bası semptomlarına neden olan büyük hemanjiom

KAYNAKLAR

- Justova E, Pazdera J, Mihal V. Contemporary possibilities of treating vasoformative tissue tumours. *Acta Univ Palacki Olomuc Fac Med.* 2000; 143: 37-42.
- Soyer P, Dufresne AC, Somveille E, et al. Differentiation between hepatic cavernous hemangioma and malignant tumor with T2-weighted MRI: comparison of fast spin-echo and breathhold fast spin-echo pulse sequences. *Clin Imaging.* 1998; 22: 200-10.
- Pietrabissa A, Giulianotti P, Campatelli A, et al. Management and follow-up of 78 giant haemangiomas of the liver. *Br J Surg.* 1996; 83: 915-8.
- Forbes TL. Retroperitoneal hemorrhage secondary to a ruptured cavernous hemangioma. *J can chir.* 2005; 48: 78-9.
- Duron JJ, Keilani K, Jost JL, et al. Giant cavernous hepatic hemangiomas in adults: enucleation under selective blood inflow control. *Am Surg.* 1995; 61: 1019-22.

- Banton KL, D'Cunha J, Laudi N, et al. Postoperative severe microangiopathic hemolytic anemia associated with a giant hepatic cavernous hemangioma. *J Gastrointest Surg.* 2005; 9: 679-85.
- Tuncer I, Arslan H, Harman M. Two giant cavernous hemangioma caused cavernous transformation of the portal vein in a pregnant woman. *Turk J Gastroenterol* 2002; 13: 229-31.
- Giavroglou C, Economou H, Ioannidis I. Arterial embolization of giant hepatic hemangiomas. *Cardiovasc Intervent Radiol.* 2003; 26: 92-6.
- Takagi H. Diagnosis and management of cavernous hemangioma of the liver. *Semin Surg Oncol.* 1985; 1: 12-22.
- Tran-Minh VA, Gindre T, Pracros JP, et al. Volvulus of a pedunculated hemangioma of the liver. *AJR Am J Roentgenol.* 1991; 156: 866-7.
- Tsai CC, Yen TC, Tzen KY. The value of Tc-99m red blood cell SPECT in differentiating giant cavernous hemangioma of the liver from other liver solid masses. *Clin Nucl Med.* 2002; 27: 578-81.
- Abbasoğlu O. Karaciğer Hemanjiomları. *Türk HPB.* 2005; 1: 1-5.
- Hanazaki K, Koide N, Kajikawa S, et al: Cavernous hemangioma of the liver with giant cyst formation: degeneration by apoptosis? *J Gastroenterol Hepatol.* 2001; 16: 352-5.
- Cappellani A, Zanghi A, Di Vita M, et al. Spontaneous rupture of a giant hemangioma of the liver. *Ann Ital Chir.* 2000; 71: 379-83.
- Pol B, Disdier P, Le Treut YP, et al. Liver Transpl Surg. 1998; 4: 204-7.
- Maeshima E, Minami Y, Sato M, et al. A case of systemic lupus erythematosus with giant hepatic cavernous hemangioma. *Lupus.* 2004; 13: 546-8.
- D Jost, C Stroszczyński, G Gaffke, et al. Giant Hemangioma or Metastatic Disease of Malignant Gastrointestinal Tumour? Diagnoses Through 'New-Line' Therapy. *Grand Rounds.* 2003; 3: 8-12.
- Masui T, Katayama M, Nakagawara M, et al. Exophytic giant cavernous hemangioma of the liver with growing tendency. *Radiat Med.* 2005; 23: 121-4.
- Mohammed IM. Experience with surgical resection of giant hepatic hemangiomas. *Ann Saudi Med.* 2000; 20: 5-6.
- Nakaizumi A, Iishi H, Yamamoto R, et al. Diagnosis of hepatic cavernous hemangioma by fine needle aspiration biopsy under ultrasonic guidance. *Gastrointest Radiol.* 1990; 15: 39-42.
- Martinez-Lazaro R, Dominguez P, Pascau J, et al. Usefulness of Tc-99m RBC SPECT/MRI fusion imaging in small suspected hepatic hemangiomas. *Clin Nucl Med.* 2004; 29: 844-5.
- Weimann A, Ringe B, Klempnauer J, et al. Benign liver tumors: differential diagnosis and indications for surgery. *World J Surg.* 1997; 21: 983-90.

-
23. Yamagata M, Kanematsu T, Matsumata T, et al. Management of haemangioma of the liver: comparison of results between surgery and observation. *Br J Surg.* 1991; 78: 1223-5.
 24. Yesildag E, Elemen L, Dervisoglu S, et al. Angioma: A rare tumor of liver. *The Int Journal of Pediatrics and Neonatology.* 2003; 3: 54.
 25. Strzelczyk J, Bialkowska J, Loba J, et al. Rapid growth of liver hemangioma following interferon treatment for hepatitis C in a young woman. *Hepatogastroenterology.* 2004; 51: 1151-3.
 26. Farges O, Daradkeh S, Bismuth H. Cavernous hemangiomas of the liver: are there any indications for resection? *World J Surg.* 1995; 19: 19-24.
 27. Ozden I, Emre A, Alper A, et al. Long-term results of surgery for liver hemangiomas. *Arch Surg.* 2000; 135: 978-81.
 28. Terkivatan T, de Wilt JH, de Man RA, van Rijn RR, et al. Indications and long-term outcome of treatment for benign hepatic tumors: a critical appraisal. *Arch Surg.* 2001; 136: 1033-8.