



ΨΗΛΑΦΗΤΗ ΗΠΑΤΙΚΗ ΜΑΖΑ ΧΩΡΙΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ: ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΗΠΑΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ.

Φουσέκης Κωνσταντίνος¹, ειδικευόμενος Γενικής Χειρουργικής στο Λαϊκό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, Β' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική Λαϊκό Γ.Ν.Α. Καραντώνης Νικόλαος², ειδικευόμενος Γενικής Χειρουργικής στο Λαϊκό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, Β' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική Λαϊκό Γ.Ν.Α. Δημητρίου Δημήτρης³, Κοσμητήρας Γενικής Χειρουργικής Κλινικής στο Λαϊκό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, Β' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική Λαϊκό Γ.Ν.Α. Γιαννόπουλος Κωνσταντίνος⁴, ειδικευόμενος Γενικής Χειρουργικής στο Λαϊκό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, Β' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική Λαϊκό Γ.Ν.Α. Αντωνοράκη Μαρίνα Μαρία⁵, φοιτήτρια Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών ΕΚΠΑ.

¹Β' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Λαϊκό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, ²Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ΕΚΠΑ.

ABSTRACT

Εισαγωγή
Το ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα (ΗΚΚ) αποτελεί τον συχνότερο πρωτοπαθή όγκο ήπατος, συνήθως σε έδαφος χρόνιας ηπατοπάθειας. Η διάγνωση τίθεται συνήθως τυχαία λόγω έλλειψης ειδικών συμπτωμάτων.
Σκοπός
Η παρουσίαση ενός περιστατικού με μία γιγαντιαία, ψηλαφητή μάζα ήπατος, χωρίς συνοδό συμπτωματολογία, που αφορούσε ΗΚΚ.
Υλικό & Μέθοδος
Πρόκειται για περιστατικό άρρενο ασθενούς, 70 ετών, με ατομικό αναμνηστικό αρτηριακής υπέρτασης και χρόνιας κατάχρησης αλκοόλ, ο οποίος προσήλθε λόγω ψηλαφητής ευμεγέθους μάζας στο δεξιό υποχόνδριο.
Αποτελέσματα
Ο ασθενής κατόπιν ψηλάφησης της μάζας, χωρίς να αναφέρει συνοδό συμπτωματολογία. Ο εργαστηριακός έλεγχος του ασθενούς δεν ανέδειξε διαταραχή της ηπατικής βιοχημείας, των χολοστατικών ενζύμων ή της ηπατικής λειτουργίας. Ο έλεγχος των καρκινικών δεικτών για CEA, Ca 19-9 και AFP ήταν επίσης αρνητικός. Ο απεικονιστικός έλεγχος με υπολογιστική τομογραφία (CT) ανέδειξε ευμεγέθη εξωφυτική βλάβη διαστάσεων 17 × 13,5 × 17,2 εκ., ανομοιογενές περίβλημα και κεντρικές υποπυκνές περιοχές, πιθανόν ηπατικής προέλευσης, συνοδευόμενη από μικρότερες δορυφορικές βλάβες έως 1,8 εκ. στα τμήματα V και VI, που ασαφεί πιεστικά φαινόμενα στις γειτονικές ανατομικές δομές. Προπέτεια επί του πρόσθιου κοιλιακού τοιχώματος. Η μαγνητική τομογραφία (MRI) επιβεβαίωσε τη μάζα στο δεξιό ηπατικό λοβό (20,2 × 12,1 × 16,7 εκ.), με έντονη αρτηριακή σκιαγράφηση και καθυστερημένη έκλυση, ενώ περιοχές κεντρικής νέκρωσης με « υγρικό» περιεχόμενο υποδήλωναν ενδομαζική κυτταρική απόπτωση. Τα απεικονιστικά χαρακτηριστικά, σε συνδυασμό με τη δομή της κάψας και την αγγειακή ενίσχυση, είναι συμβατά πρωτίτως με ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα (ΗΚΚ). Εκ του απεικονιστικού ελέγχου δεν διαπιστώθηκαν δευτεροπαθείς εντοπίσεις σε περιτοναϊκή κοιλότητα ή θώρακα. Λόγω του γιγαντιαίου μεγέθους του κρίθηκε απαραίτητη η άμεση χειρουργική αφαίρεση του προς αποφυγή πιθανής ρήξης του όγκου. Πραγματοποιήθηκε εκτομή του όγκου σε μακροσκοπικά υγιή όρια, en-bloc με τη χοληδόχο κύστη και άτυπη ηπατεκτομή των τμημάτων V και VI.
Συμπεράσματα: Το ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα συνήθως διαγιγνώσκεται σε προχωρημένο στάδιο λόγω απουσίας συμπτωματολογίας. Σε προχωρημένους όγκους (άνω των 5εκ.) αυξάνεται η πιθανότητα συστηματικής νόσου. Η ανεύρεση είναι σχεδόν αδύνατο να γίνει από την κλινική εξέταση. Συνήθως η διάγνωση γίνεται στο πλαίσιο προοιμιακού ελέγχου ή στην τακτική παρακολούθηση των ηπατοπαθών, καθώς αποτελούν τη πληθυσμιακή ομάδα ασθενών με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης.

INTRODUCTION

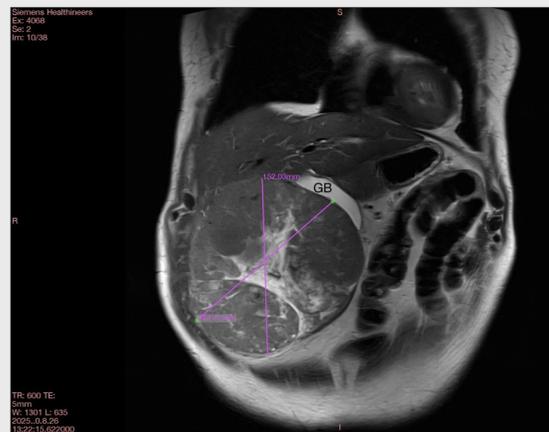
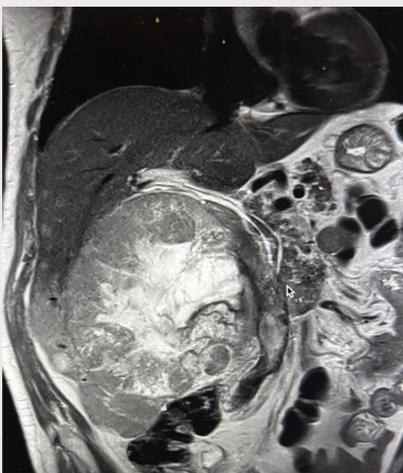
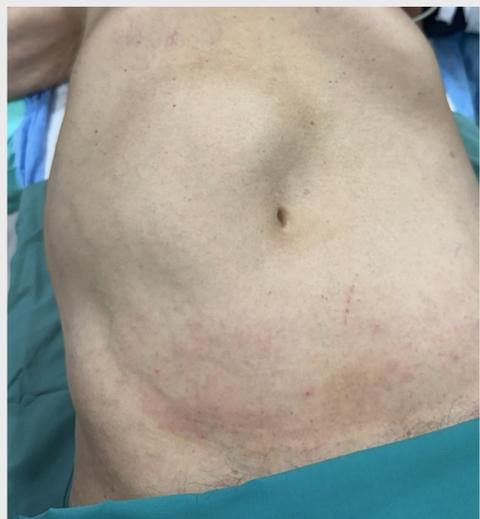
Ήπατοκυτταρικό καρκίνωμα (ΗΚΚ) ως ψηλαφητή μάζα
Όταν είναι ψηλαφητό, σημαίνει προχωρημένο στάδιο, με ηπατομεγαλία. Συνήθως αναπτύσσεται σε έδαφος κίρρωσης (HBV, HCV, αλκοόλ, μη αλκοολική στεατοηπατίτιδα).

Διαφορική διάγνωση:
• Μεταστατικούς όγκους ήπατος (πολύ συχνότεροι συνολικά).
• Ηπατοβλάστωμα (σε παιδιά).
• Αδένωμα ήπατος (σε υγιείς με αντισυλληπτικά).
• Εστιακή οζώδη υπερπλασία (FNH).
• Χολαγγειοκαρκίνωμα (ενδοηπατικό).
• Απόστημα ήπατος (αν υπάρχει πόνος, πυρετός).
• Αιμαγγείωμα (συνήθως τυχαίο εύρημα σε υπέρηχο ή MRI).

Καρκινικοί δείκτες:
AFP (**α-φетоπρωτεΐνη**) → αυξημένη σε ΗΚΚ (ευαισθησία ~60%), αλλά και σε ηπατίτιδες, κίρρωση, ηπατοβλάστωμα. Πολύ υψηλή (>400 ng/mL) → σχεδόν διαγνωστική.
DCEP / PIVKA-II → ειδικός για ΗΚΚ, ιδίως όταν η AFP είναι φυσιολογική.
CA 19-9 → αυξάνεται σε χολαγγειοκαρκίνωμα ή μεταστάσεις από παγκρεατοαχοχολική περιοχή.
CEA → αυξάνεται σε μεταστάσεις από παχύ έντερο ή άλλο γαστρεντερικό καρκίνιο.

METHODS AND MATERIALS

Τα στοιχεία που παρουσιάζονται στο περιστατικό προέρχονται από το ιατρικό ιστορικό του ασθενούς, εργαστηριακές εξετάσεις, απεικονιστικά ευρήματα και χειρουργικά δεδομένα. Επιπροσθέτως για την ορθή παρουσίαση της διαφορικής διάγνωσης αντλήθηκαν δεδομένα από ιατρικές βάσεις δεδομένων όπως το Pub Med, Scopus, Cochrane κλπ..



RESULTS

Ο εργαστηριακός έλεγχος του ασθενούς δεν ανέδειξε διαταραχή της ηπατικής βιοχημείας, των χολοστατικών ενζύμων ή της ηπατικής λειτουργίας.

Ο έλεγχος των καρκινικών δεικτών για CEA, Ca 19-9 και AFP ήταν αρνητικός.

Η CT ανέδειξε ευμεγέθη εξωφυτική βλάβη διαστάσεων 17 × 13,5 × 17,2 εκ., ανομοιογενές περίβλημα και κεντρικές υποπυκνές περιοχές, πιθανόν ηπατικής προέλευσης, συνοδευόμενη από μικρότερες δορυφορικές βλάβες έως 1,8 εκ. στα τμήματα V και VI, που ασαφεί πιεστικά φαινόμενα στις γειτονικές ανατομικές δομές. Προπέτεια επί του πρόσθιου κοιλιακού τοιχώματος.

Η MRI επιβεβαίωσε : μάζα στο δεξιό ηπατικό λοβό (20,2 × 12,1 × 16,7 εκ.), με έντονη αρτηριακή σκιαγράφηση και καθυστερημένη έκλυση, ενώ περιοχές κεντρικής νέκρωσης με « υγρικό» περιεχόμενο υποδήλωναν ενδομαζική κυτταρική απόπτωση.

Τα απεικονιστικά χαρακτηριστικά + η δομή της κάψας + η αγγειακή ενίσχυση, είναι συμβατά → με ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα (ΗΚΚ).

Εκ του απεικονιστικού ελέγχου δεν διαπιστώθηκαν δευτεροπαθείς εντοπίσεις σε περιτοναϊκή κοιλότητα ή θώρακα.

RESULTS

Απαιτείται ανατομική εκτομή του προσβεβλημένου τμήματος ή λοβεκτομή, όταν υπάρχει λειτουργικό υπόλοιπο ήπαρ (χωρίς προχωρημένη κίρρωση). → Σε μη εξαιρέσιμους όγκους → μεταμόσχευση ήπατος ή τοπικές θεραπείες (RFA, TACE, TARE).

Ανατομικά «ύπουλα» τμήματα» στο ηπατικό παρεγχυμα:

Οπίσθιος δεξιός λοβός (τμήματα VI–VII): βαθιά θέση, λίγα συμπτώματα, δύσκολη απεικόνιση και χειρουργική πρόσβαση.

Τμήμα I (λοβός του Spiegel): σε επαφή με κάτω κοίλη φλέβα και ηπατικές φλέβες → δύσκολη εκτομή, συχνές υποτροπές.

Κεντρικά τμήματα (IV, VIII): κοντά στα μεγάλα αγγεία και τους χοληφόρους → υψηλός κίνδυνος διήθησης και επιπλοκών κατά την εκτομή.

«Σιωπηλά» και σημαντικά στοιχεία της νόσου:
Για μήνες ή χρόνια χωρίς συμπτώματα.
Πρώιμα στάδια: μόνο ήπια κόπωση, ανορεξία, απώλεια βάρους.
Όταν εμφανιστεί πόνος ή ψηλαφητή μάζα → συνήθως ήδη προχωρημένο στάδιο.

DISCUSSION

Λόγω του γιγαντιαίου μεγέθους του κρίθηκε απαραίτητη η άμεση χειρουργική αφαίρεση του προς αποφυγή πιθανής ρήξης του όγκου. Πραγματοποιήθηκε εκτομή του όγκου σε μακροσκοπικά υγιή όρια, en-bloc με τη χοληδόχο κύστη και άτυπη ηπατεκτομή των τμημάτων V και VI.

- HCC σχεδόν πάντα αναπτύσσεται σε ήπαρ με χρόνια ηπατική νόσο (κίρρωση, ηπατίτιδα Β ή C, μη αλκοολική λιπώδης νόσος).
- Η ύπαρξη κίρρωσης περιορίζει τη χειρουργική εκτομή, γιατί η ηπατική λειτουργία είναι ήδη μειωμένη.
- Η διαχείριση ασθενών με καλοήθεις κύστες ή πολυκυστική νόσο μπορεί να μπερδέψει την πρώιμη αναγνώριση HCC.
- Τα πρώτα στάδια HCC είναι συνήθως ασυμπτωματικά.
- Απεικονιστικά μπορεί να μπηθεί καλοήθεις βλάβες (π.χ. αδενώματα, κύστες, αγγειοσαρκώματα σε σπάνιες περιπτώσεις).
- Οι βιοδείκτες (π.χ. AFP) δεν είναι ειδικοί ή θετικοί σε όλους τους ασθενείς.
- HCC έχει πολλαπλά υποτύπους, με διαφορετική επιθετικότητα και αντίδραση σε φάρμακα.

CONCLUSIONS

Χειρουργική εκτομή ή μεταμόσχευση είναι η μόνη πιθανή ριζική θεραπεία, αλλά περιορίζεται από την ηπατική λειτουργία και την εντόπιση της βλάβης.

↓
Συστηματική θεραπεία (στοχευμένα φάρμακα, ανοσοθεραπεία) δίνει βελτίωση επιβίωσης αλλά δεν είναι κατ' ουσίαν θεραπεία.

REFERENCES

1. Sequeira LM, Öztürk NB, Sierra L, Gurakar M, Toruner MD, Zheng M, Simeck C, Gurakar A, Kim AK. Hepatocellular Carcinoma and the Role of Liver Transplantation: An Update and Review. *J Clin Transl Hepatol*. 2025;13(4):327-338. doi:10.14218/JCTH.2024.00432
2. Liang Z, Li S, Wang Z, Zhou J, Huang Z, Li J, et al. Unravelling the Role of the Wnt Pathway in Hepatocellular Carcinoma: From Molecular Mechanisms to Therapeutic Implications. *J Clin Transl Hepatol*. 2025;13(4):315-326. doi:10.14218/JCTH.2024.00401
3. Amin N, Anwar J, Sulaiman A, Naumova NN, Anwar N. Hepatocellular Carcinoma: A Comprehensive Review. *Diseases*. 2025;13(7):207. doi:10.3390/diseases13070207
4. Skok K, Stitt J, Schimacher P, Kashofer K, Stauber R, Ranković B, Lackner K. Molecular Landscape and Treatment Paradigms of Hepatocellular and Cholangiocarcinoma: A Multinational Review. *Z Gastroenterol*. 2025. doi:10.1055/a-2548-0108
5. Shin H, Yu SJ. A concise review of updated global guidelines for the management of hepatocellular carcinoma: 2017-2024. *J Liver Cancer*. 2025;25(1):19-30. doi:10.11799/jlc.2025.02.03
6. Li L, Li Z, Pan LX, Su JY, Huang S, Ma L, Zhong J-H. Adjuvant Therapy for Hepatocellular Carcinoma After Curative Treatment: Several Unanswered Questions. *J Clin Transl Hepatol*. 2024;12(6):525-533. doi:10.14218/JCTH.2024.00030
7. Hu H, Zhao Y, He C, Qian L, Huang P. Ultrasonography of Hepatocellular Carcinoma: From Diagnosis to Prognosis. *J Clin Transl Hepatol*. 2024;12(6):516-524. doi:10.14218/JCTH.2024.00018
8. Skok K, Stitt J, Schimacher P, Kashofer K, Stauber R, Ranković B, Lackner K. "Molecular Landscape and Treatment Paradigms of Hepatocellular and Cholangiocarcinoma" (όπως πιο πάνω) — είναι πολύ χρήσιμο αν θες μορσική / στοχευμένη θεραπεία.
9. Halder T, Patwary MU, Jahan T, Islam A, Alam K. Comprehensive Review of Hepatocellular Carcinoma: Epidemiological Trends, Risk Factors, and Mechanisms of Carcinogenesis. *Journal of Primæsia / EMAN Research Publishing*. 2024.
10. *Therapeutic Advances: Therapeutic advances in hepatocellular carcinoma: an update from the 2024 ASCO annual meeting* (συνοπτική ανασκόπηση νέων θεραπειών)

CONTACT

<your name>
<organization name>
Email:
Phone:
Website: