Tytuł: Wyzwania w diagnostyce gruczolaka wątrobowokomórkowego – opis przypadku

Autorzy: Zuzanna Żychowicz-Dobson, Paweł Cichocki, Zbigniew Adamczewski

Jednostka: Zakład Medycyny Nuklearnej Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

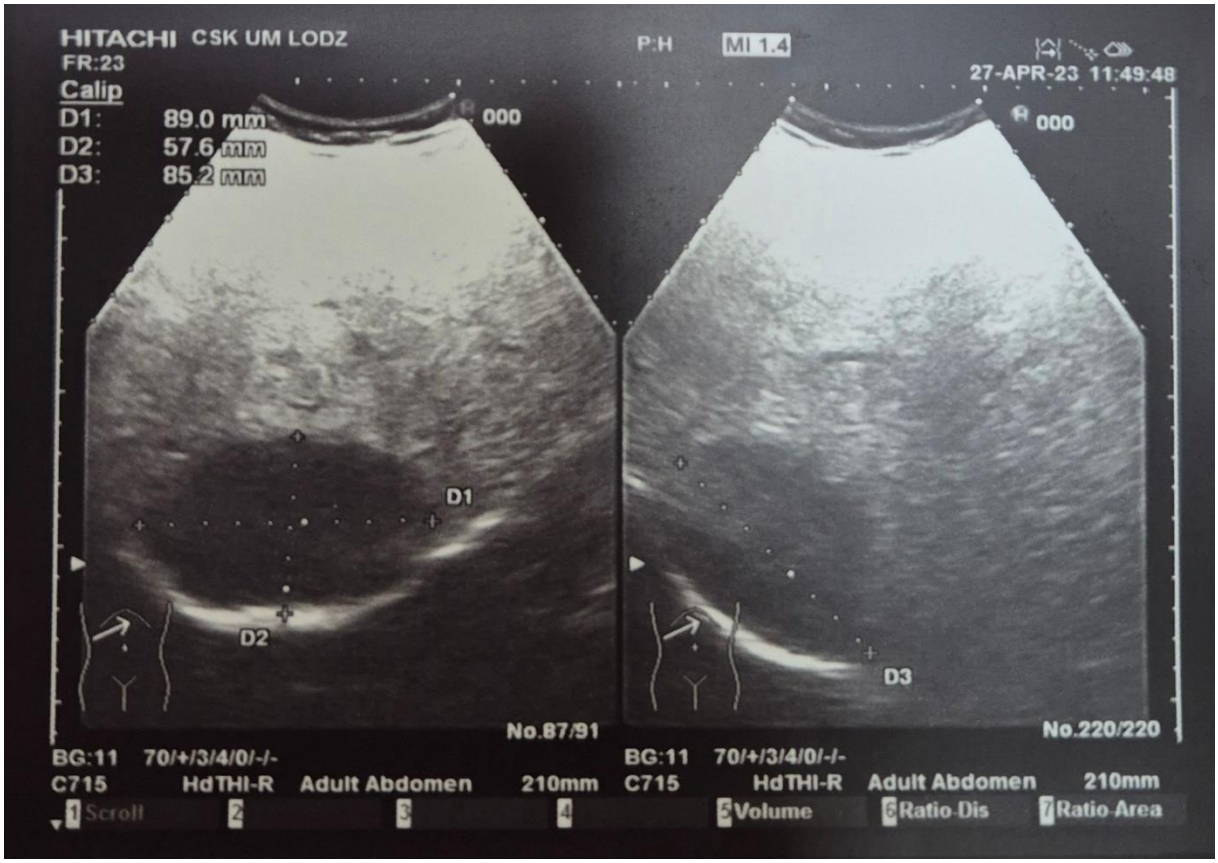
Wprowadzenie

Gruczolak wątrobowokomórkowy (hepatocellular adenoma, HCA) jest rzadkim, łagodnym guzem wątroby, występującym najczęściej u kobiet w wieku rozrodczym i związanym ze stosowaniem doustnych środków antykoncepcyjnych [1]. Najnowsze badania wskazują też na możliwe jego występowanie wśród mężczyzn (ok. 10% wszystkich przypadków HCA), u których otyłość i zespół metaboliczny stanowią najbardziej istotne czynniki ryzyka [2]. HCA jest związany z ryzykiem krwawienia do guza lub jego pęknięciem oraz transformacji złośliwej. Z tego powodu skuteczna diagnostyka i leczenie HCA mają kluczowe znaczenie.

Prezentowany przypadek dotyczy pacjenta skierowanego w celu diagnostyki zmiany ogniskowej w prawym płacie wątroby, u którego wcześniej wykonane badania obrazowe nie pozwoliły na postawienie jednoznacznego rozpoznania.

Materiały i metody

68-letni mężczyzna został skierowany na scyntygrafię statyczną wątroby z powodu podejrzenia ogniskowego rozrostu guzkowego (focal nodular hyperplasia, FNH). W badaniu ultrasonograficznym (ryc. 1) uwidoczniono głęboko hipoechogeniczną, niejednorodną zmianę o wymiarach 80 × 70 mm, przypominającą torbiel.



Ryc. 1 – Obraz z badania ultrasonograficznego prezentujący hipoechogeniczną zmianę w tylnej części prawego płata wątroby

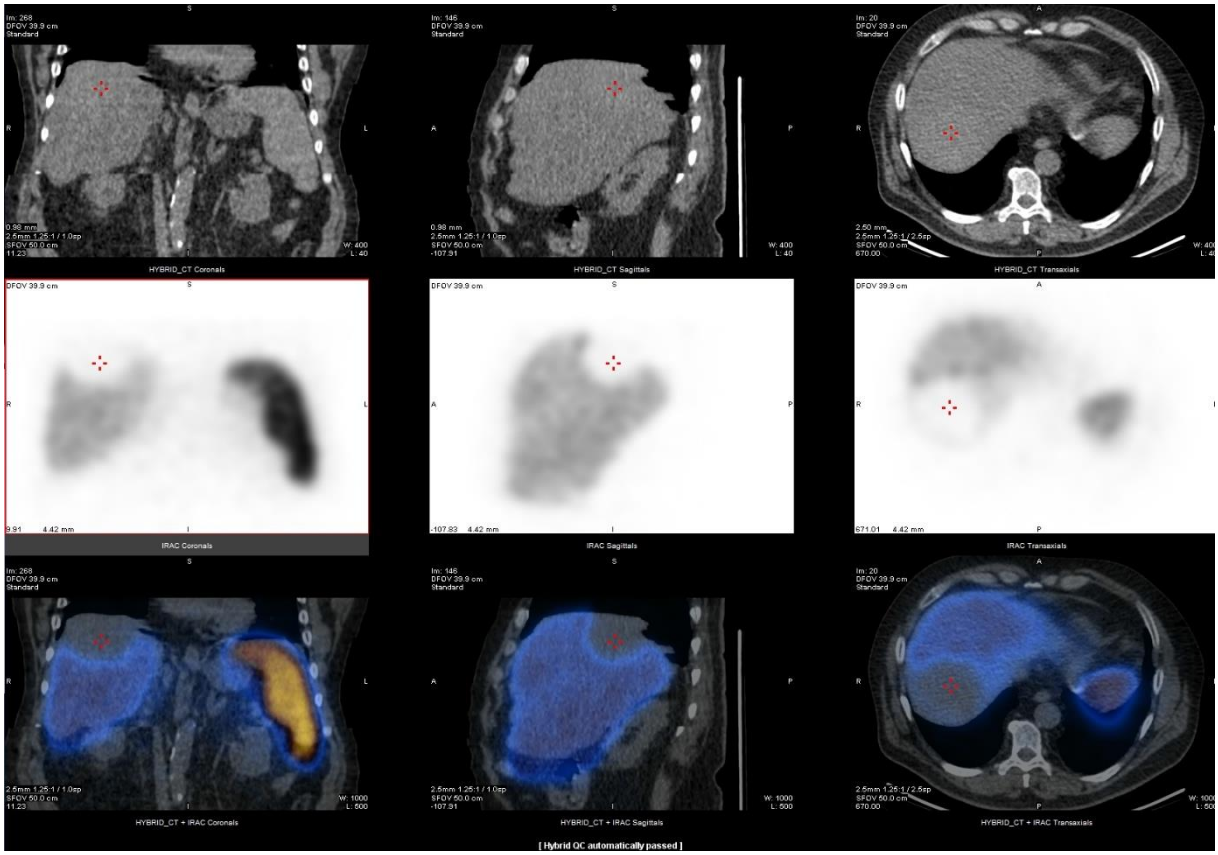
W tomografii komputerowej (TK) z podaniem środka kontrastowego wykryto słabo hiperdensyjną zmianę w obrębie stłuszczonej wątroby, wykazującą wzmocnienie w fazie tętniczej i wrotnej, z niewielkim wypłukiwaniem kontrastu w fazach opóźnionych, bardziej nasilonym centralnie niż obwodowo.

W badaniu rezonansem magnetycznym w obrazach T1-zależnych stwierdzono hipointensywną, dobrze odgraniczoną masę, z obecnością mniejszych, hiperintensywnych, obwodowych zmian o średnicy do 7 mm oraz z cechami blizny centralnej. Cała zmiana wykazywała wzmocnienie w fazie tętniczej, ze stopniowym wypłukiwaniem kontrastu w późniejszych fazach oraz utrzymującym się wzmocnieniem obwodowym.

Powyższe wyniki badań morfologicznych były niejednoznaczne i nasuwały podejrzenie FNH. Z tego powodu pacjent został skierowany na scyntygrafię wątroby z zastosowaniem koloidu siarkowego znakowanego technetem-99m.

Wyniki

Scyntygrafia wątroby (ryc. 2) nie wykazała gromadzenia radiofarmaceutyku w miejscu występowania zmiany, co nie jest typowe dla FNH, a nawet przemawiające przeciwko temu rozpoznaniu, czy innym zmianom łagodnym takim jak guzki regeneracyjne i ogniskowe stłuszczenie wątroby.



Ryc. 2 – Scyntygrafia wątroby z koloidem siarkowym znakowanym technetem-99m: niskodawkowa TK, obraz SPECT oraz fuzja obu obrazów; czerwony marker wskazuje lokalizację zmiany, która nie wykazuje cech gromadzenia radioznacznika.

Wobec niejednoznacznych wyników wykonanych badań obrazowych wykonano biopsję zmiany. W badaniu histopatologicznym rozpoznano HCA.

Wnioski

Obraz scyntygraficzny wątroby pozwolił zawęzić diagnostykę różnicową. W przypadku niejednoznacznych zmian w wątrobie badanie bioptyczne, pozwalające ocenić charakter zmiany, należy uznać za uzasadnione, szczególnie u mężczyzn, u których częściej obserwuje się występowanie powikłań w przebiegu HCA, zarówno w postaci krwawienia do guza, jak i transformacji złośliwej [2].

Powyższy przypadek wskazuje też, iż w diagnostyce zmian ogniskowych w wątrobie należy brać pod uwagę możliwość występowania HCA również u mężczyzn.

Piśmiennictwo:

[1] Florou E, Jindal A, Fattahi MR, Heaton N, Srinivasan P. The natural history of hepatocellular adenoma: long-term outcomes from a large tertiary centre. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2026 Sep 1;38(9):1083-1091. doi: 10.1097/MEG.0000000000003215. Epub 2026 May 7. PMID: 42214026.

[2] Garbarine IC, Cloyd JM. Nonoperative Management of Hepatic Adenomas: A Review. J Gastrointest Cancer. 2026 Feb 13;57(1):43. doi: 10.1007/s12029-026-01406-0. PMID: 41680345; PMCID: PMC12901198.