Διαυγοκυτταρικός Όγκος Νεφρού Με Υπερδιαφραγματικό Νεοπλασματικό Θρόμβο

Πατούλης Φ.[1], Σφέτσας Κ[1], Ιωαννίδης Κ[1], Τσαβδάρης Δ[1], Μπράττης Ν[1], Μαντάς Γ.[2], Νίκου Ε[3], Νικολόπουλος Π[1]

1. Ουρολογική Κλινική 401 ΓΣΝΑ, 2. Αγγειοχειρουργική Κλινική 401 ΓΣΝΑ, 3. Β' Χειρουργική Κλινική 417 ΝΙΜΤΣ

27ο Πανελλήνιο Ουρολογικό Συνέδριο 22-25/10/2026

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο καρκίνος νεφρού (**RCC**) έχει την ικανότητα να εισβάλλει τοπικά σε φλεβικές δομές με νεοπλασματικό θρόμβο που μπορεί να εξαπλωθεί περιφερικά από τις τμηματικές φλέβες στην νεφρική φλέβα (**RVI**), την κάτω κοίλη φλέβα (**IVC**) και τον δεξιό κόλπο. Αυτά τα περιστατικά αποτελούν το 10-18%, με τον διαυγοκυτταρικό τύπο (**ccRCC**) να αποτελεί ~90% αυτών. Η διήθηση RVI είναι ένας κακός προγνωστικός δείκτης και σχετίζεται με πενταετή επιβίωση 23-70%. Η ευρεία διακύμανση στην πενταετή επιβίωση αντανακλά την ετερογένεια στη συμπεριφορά του θρόμβου. Η διάκριση μεταξύ ενός ελεύθερα κινούμενου θρόμβου και ενός θρόμβου που διηθεί το αγγειακό τοίχωμα, καθώς και το ανατομικό επίπεδο επέκτασης, αποτελούν τους καθοριστικούς παράγοντες τόσο για τον σχεδιασμό της σύνθετης χειρουργικής προσέγγισης όσο και για την τελική ογκολογική έκβαση του ασθενούς. Η ριζική νεφρεκτομή σε συνδυασμό με θρομβεκτομή παραμένει η θεραπεία εκλογής και προσφέρει πιθανότητα ίασης ή σημαντικής παράτασης της επιβίωσης, εφόσον δεν υπάρχουν απομακρυσμένες μεταστάσεις. Η χειρουργική επέμβαση σε αυτά τα στάδια είναι εξαιρετικά πολύπλοκη. Απαιτεί συχνά εξειδικευμένη πολυεπιστημονική ομάδα (Ουρολόγους, Αγγειοχειρουργούς και σε περιπτώσεις επέκτασης στον δεξιό κόλπο, Καρδιοχειρουργούς με χρήση εξωσωματικής κυκλοφορίας). Παρά την κλινική συχνότητα της οντότητας αυτής, η διαχείριση της αντιθρομβωτικής αγωγής παραμένει πεδίο έντονης επιστημονικής αντιπαράθεσης. Δεδομένου ότι ο θρόμβος είναι νεοπλασματικής και όχι ινικής φύσης, η εμπειρική αντιπηκτική αγωγή σε θεραπευτικές δόσεις στερείται τεκμηριωμένου οφέλους επιβίωσης ή συρρίκνωσης του όγκου, ενώ αντίθετα αυξάνει σημαντικά τον αιμορραγικό κίνδυνο. Η θεραπευτική δόση αντιπηκτικής αγωγής έχει θέση και προσφέρει μέγιστο όφελος αποκλειστικά παρουσία μεικτού θρόμβου, με στόχο την πρόληψη της πνευμονικής εμβολής. Η διαχείριση πρέπει να εξατομικεύεται αυστηρά.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Άρρεν 54 ετών, υπέρβαρος με ιστορικό καρδιακών bypass προσήλθε λόγω αιματουρίας και οσφυαλγίας ΑΡ. Κατά την CT πυελογραφία διαπιστώθηκε διαταραγμένη ανατομία ΑΡ νεφρού με θρόμβωση της RVI χωρίς σαφή αναφορά για όγκο, με υποψία η αλλοίωση να οφείλεται στον θρόμβο καθαυτόν. Κατά την νοσηλεία του χορηγήθηκε αντιπηκτική αγωγή σε θεραπευτική δόση. MRI και PET scan έθεσαν υποψία RCC και νεοπλασματικής θρόμβωσης. Σε νέα CT επανασταδιοποίησης, η μάζα νεφρού εμφανιζόταν ~ 10 εκ. με θρόμβο υποδιαφραγματικό έως την έκφυση των ηπατικών φλεβών.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ: Υποβλήθηκε σε ανοικτή ριζική ΑΡ νεφρεκτομή και θρομβεκτομή με τομή Chevron, με διοισοφάγειο υπέρηχο. Εναπομείνας πακτωμένος θρόμβος ύπερθεν του διαφράγματος σε επαφή με την τριγλώχινα με αποτυχία συλληψής του ενδαγγειακά σε πρώτο χρόνο. Δεν έγινε διακαρδιακή αφαίρεση του θρόμβου λόγω υψηλού κινδύνου. Σε νέα CT 24 ώρες μετά την επέμβαση, διαπιστώθηκε μείωση νεοπλασματικού υπολειμματικού θρόμβου υπερδιαφραφραγματικά αλλά με ελλείμματα πλήρωσης σε υποτμηματικούς κλάδους και στην αριστερή κάτω πνευμονική αρτηρία και στον αρτηριακό κλάδο της γλωσσίδας. Έναρξη αντιπηκτικής αγωγής σε θεραπευτική δόση την δεύτερη μετεγχειρητική. Η ιστολογική εξέταση επιβεβαίωσε ccRCC grade 2-3 (WHO/ISUP) και νεοπλασματικό θρόμβο. Μετεγχειρητικά χορηγήθηκε νιβολουμάμπη, χωρίς καλή ανταπόκριση ενώ παρουσιάστηκαν μεταστάσεις σε σπονδυλική στήλη για τις οποίες υπεβλήθη σε ακτινοθεραπεία πέντε κύκλων. Διακοπή της ανοσοθεραπείας με έναρξη καβοζαντινίβη. ~12 μήνες μετά έχει απεικονιστική βελτίωση νεοπλασματικού θρόμβου και μεταστάσεων Πιν.1 &2.

Πιν. 1 - Κοιλία

Εύρημα	Μάιος 2026	Αύγουστος 2026	Τάση
Ενδαυλικό έλλειμμα IVC	Νεοπλασματικός θρόμβος έως ~1 εκ. μετά τις ηπατικές φλέβες	Έλλειμμα πλήρωσης έως συμβολή ηπατικών φλεβών, πάχος 7 χιλ.	Μικρότερο + τώρα «πιθανότερα μεταθρομβωτικό»
Μάζα Αρ (παρανεφρικά / ψοΐτης)	4,2 × 2,5 × 4,1 εκ., τοπική υποτροπή	Συμπαγής ατρακτόμορφος ιστός 4 εκ. στον ΑΡ ψοΐτη	Σταθερή
Ιστός στο κολόβωμα ΑΡ νεφρικής αρτηρίας	1,4 εκ.	1 εκ.	Μείωση
Λεμφαδένας πυλών ήπατος	3 × 1,5 εκ.	Χιλιοστομετρικοί	Σαφής μείωση
Αριστερό επινεφρίδιο	Οζώδης πάχυνση ~1 εκ.	Ελάχιστη ατρακτοειδής πάχυνση	Σταθερό
Ο2	Οστεολυτική δευτεροπαθής εντόπιση, χωρίς επέκταση	Λυτική βλάβη σε επαφή με ψοΐτη, χαρακτήρας μετάστασης	Σταθερή
Ενδοκοιλιακοί λεμφαδένες	—	Κανένας >1 εκ.	Καθαρό

Πιν. 2 - Θώρακας

Εύρημα	CTPA 30/7/2025	CT θώρακος 08/26	Σύγκριση
Πνευμονικές αρτηρίες	Ελλείμματα πλήρωσης σε υποτμηματικούς κλάδους, αριστερή κάτω πνευμονική αρτηρία και κλάδο γλωσσίδας → **τμηματικές εμβολές**	–	Σαφής ύφεση
Πνευμονικό παρέγχυμα	Χωρίς οργανωμένη πύκνωση	Χωρίς οργανωμένη πύκνωση	Σταθερό
Οζίδια αριστερού κάτω λοβού (διαφραγματική επιφάνεια)	Ολιγάριθμα παραϋπεζωκοτικά, ελάχιστα χιλιοστά	Ολιγάριθμα 3–7 χιλ., αμετάβλητα	Σταθερό
Μεσοθωρακικοί λεμφαδένες	Κανένας >1 εκ.	Προτραχειακοί 7–8 χιλ., όχι παθολογικοί	Σταθερά μικροί
Προαγγειακή / οπισθοστερνική συλλογή	Εγκυστωμένη 3,5 εκ. προσθιοπίσθια × 2 εκ. εγκάρσια	Ατρακτόμορφη, μέγιστη προσθιοπίσθια 3,4 εκ., χωρίς ουσιαστική μεταβολή	**Σταθερή** από το 2025 (μετεγχειρητική, στερνοτομή)



Εικόνες αρχικής (α) νόσου και τελευταίας (β) σταδιοποίησης

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Το περιστατικό αναδεικνύει τις δυσκολίες της ακριβούς προεγχειρητικής σταδιοποίησης του θρόμβου, τον συντονισμό πολλαπλών ειδικοτήτων, τους διεγχειρητικούς κινδύνους (αιμορραγία, θρομβοεμβολή, αιμοδυναμική αστάθεια) και την ανάγκη μακροπρόθεσμης παρακολούθησης. Τέλος επισημαίνεται ότι η θρόμβωση της RVI μπορεί να αλλοιώσει τόσο έντονα την αρχιτεκτονική του νεφρικού παρεγχύματος, ώστε να μιμηθεί έναν όγκο και να προκαλέσει σημαντική δυσκολία στη διαφορική διάγνωση από το RCC. Ωστόσο, αυτοί οι ασθενείς θα πρέπει πάντα να αντιμετωπίζονται ως πάσχοντες από επιθετικό RCC μέχρι την σαφή απόδειξη του εναντίου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

1) Akerboom B, Martens E, Kaptein F, et al. Outcomes of anticoagulation treatment for renal cell carcinoma tumor thrombi: a systematic review. Journal of Thrombosis and Haemostasis, 2025; 24, 654-661
2) Takayama H, Kinouchi T, Meguro N, Maeda O, Saiki S, Kuroda M, Usami M, Kotake T. Renal vein thrombosis misdiagnosed as a renal cell carcinoma with a tumor thrombus in the inferior vena cava. Int J Urol. 1998 Jan;5(1):94-5. doi: 10.1111/j.1442-2042.1998.tb00247.x. PMID: 9535609.
3) Chen YH, Guo HB, et al. Prognostic benefit of surgical management in renal cell carcinoma patients with thrombus extending to the renal vein and inferior vena cava: 17-year experience at a single center. *BJU Int*. 2013 Dec;112(8):1080-6. PMID: 24119102

ΠΑΤΟΥΛΗΣ ΦΙΛΙΠΠΟΣ, MD
Εισκευόμενος Ουρολόγος
philip95pat@gmail.com