

**Pendekatan Bedah pada Karsinoma Hepatoseluler Raksasa dengan Edema Ekstremitas
Bawah Berat Akibat Kompresi Vena Cava Inferior, Laporan Kasus:
Paliatif atau Kuratif?**

Michael Kevin¹, Ahmad Fathi Fuadi², Erik Prabowo², Albertus Ari Adrianto³

¹Surgery Department, Faculty of Medicine Diponegoro University

²Digestive Surgery Department, Kariadi Central Hospital Semarang

³Digestive Surgery Department, Faculty of Medicine Diponegoro University

Latar Belakang :

Karsinoma hepatoseluler (HCC) adalah tumor hati primer yang paling umum, yang menyumbang lebih dari 90% dari semua tumor hati primer, merupakan penyebab kanker kelima paling umum di dunia, dan penyebab kematian akibat kanker kedua. Karsinoma hepatoseluler raksasa didefinisikan ketika tumor memiliki diameter lebih dari 10 cm, sedangkan diameter lebih dari 20 cm sangat jarang terjadi. Pedoman klinis untuk HCC telah ditetapkan di banyak negara dan wilayah; namun, terdapat pendekatan yang berbeda dalam menangani kasus kompleks HCC raksasa di pusat-pusat hati dengan volume tinggi. Kami memaparkan strategi kami untuk kasus kompleks HCC raksasa dengan kompresi vena cava inferior (IVC) yang menyebabkan edema pada ekstremitas bawah.

Metode :

Seorang wanita berusia 30 tahun dengan HCC raksasa; datang dengan keluhan pembesaran perut sejak 8 bulan lalu, disertai pembengkakan pada kedua kaki. Ia secara bertahap tidak dapat berjalan akibat edema ekstremitas. Tidak ada keluhan lain atau komorbiditas. Studi laboratorium menunjukkan Child-Pugh B. CT abdomen menunjukkan HCC besar pada segmen S4a, S1, dan hemiliver kanan, dengan sisa hati normal yang cukup, disertai kompresi IVC. Trombosis vena dikecualikan menggunakan ultrasonografi Doppler (US). Selama operasi, ditemukan asites sedang, dengan parenkim hati makroskopis yang baik; US hati intrahepatik digunakan untuk menyingkirkan lesi yang tidak terdeteksi. Reseksi hemiliver kanan, S1, dan 4a dilakukan dengan sukses, melepaskan kompresi vena cava inferior (IVC). Dimensi tumor adalah 27x25x17 cm. Kami memasang selang dada dan memperbaiki cedera diafragma kanan akibat adhesi tumor. Edema tungkai bawah mulai berkurang pada hari pasca operasi (POD) 3, asites pasca operasi berhasil dikelola dengan diuretik, dan selang drainase abdomen dilepas pada POD 8. Selang dada dilepas pada POD 16, pasien dipulangkan sehari kemudian.

Kesimpulan :

Pendekatan bedah dalam mengelola edema ekstremitas bawah akibat HCC raksasa yang menekan vena cava inferior (IVC) masih menjadi opsi untuk meningkatkan kualitas hidup pasien. Pendekatan berbasis kasus harus dilakukan sesuai dengan kondisi dan kebutuhan pasien yang berbeda.

**Surgical Approach in Giant Hepatocellular Carcinoma with Severe Lower Limb Edema
Caused by Inferior Vena Cava Compression, a Case Report:
Palliative or Curative?**

Michael Kevin¹, Ahmad Fathi Fuadi², Erik Prabowo², Albertus Ari Adrianto³

¹Surgery Department, Faculty of Medicine Diponegoro University

²Digestive Surgery Department, Kariadi Central Hospital Semarang

³Digestive Surgery Department, Faculty of Medicine Diponegoro University

Background :

Hepatocellular carcinoma (HCC) is the most common primary liver tumor, which constitutes more than 90% of primary liver tumors, the fifth most common cause of cancer worldwide, and the second leading cause of cancer death. Giant hepatocellular carcinoma is defined when the tumor has more than 10 cm diameter, whereas a diameter over 20 cm is extremely rare. Clinical guidelines for HCC have been established in many countries and regions; however, there are different approaches to managing complex cases of giant HCC in high-volume liver centers. We presented our strategy for a complex case of giant HCC with inferior vena cava (IVC) compression causing lower limb edema.

Method :

A 30-year-old woman with giant HCC; who came with complaints of abdominal enlargement since 8 months ago, accompanied by swelling in both feet. She was gradually unable to walk due to her limb edema. There were no other complaints or comorbidities. Laboratory studies showed Child-Pugh B. Abdominal CT showed huge HCC of segments S4a, S1, and right hemiliver, with sufficient normal liver remnants, with IVC compression. Vein thrombosis was ruled out using Doppler ultrasound (US). During operation, moderate ascites was found, with good macroscopic liver parenchymal; intrahepatic liver US was used to rule out any undetectable lesion. The resection of the right hemiliver, S1, and 4a was successfully done, releasing the IVC compression. The tumor dimension was 27x25x17 cm. We inserted chest tube and repaired the right diaphragmatic injury due to tumor adhesion. The lower leg edema began to shrink from the post-operative day (POD) 3, the post-operative ascites was successfully managed by diuretics, and the abdominal drain was removed in POD 8. Chest tube was removed in POD 16, the patient was discharged a day later.

Conclusion :

Surgical approach in managing lower limb edema caused by giant HCC compressing the IVC is still an option to improve patients' quality of life. The case-based approach should be done for different patient conditions and needs.