

Bs Huỳnh Minh Nhật- Khoa Nội tiêu hóa

Ung thư gan đang là một gánh nặng đối với hệ thống y tế toàn cầu, đứng đầu 6 vị trí mà mức nhồi ng đứng đầu 3 vị trí trong các loại ung thư trên thế giới. Bệnh rất phổ biến tại các nước đang phát triển, đặc biệt là tại Đông Á và Đông Nam Á. Dựa trên thống kê của Cơ quan Nghiên Cứu Quốc tế về Ung thư (IARC) vào năm 2012, hàng năm Việt nam có thêm 22.000 ca bệnh ung thư gan mới (thứ 2 sau ung thư phổi) với 76% là nam và cũng có gần 21.000 ca tử vong do ung thư gan gây ra (nhiều nhất trong các loại ung thư). Tuy nhiên có thể thấy hậu quả của bệnh nhân ung thư gan chỉ phát hiện khi bệnh đã ở giai đoạn cuối, thời gian sống rất ngắn. Vì vậy cần phải có một chương trình theo dõi các nhóm phát hiện sớm để có biện pháp điều trị thích hợp, kéo dài tuổi thọ cho bệnh nhân ung thư gan



[Xem tiếp tại đây](#)

TẦM SOÁT UNG THƯ GAN

BS HUỖNH MINH NHẬT- NỘI TIÊU HÓA

Ung thư gan đang là một gánh nặng đối với hệ thống y tế toàn cầu, đứng thứ 6 về tỷ lệ mắc nhưng đứng thứ 3 về tỷ lệ vong trong các loại ung thư trên thế giới. Bệnh rất phổ biến tại các nước đang phát triển, đặc biệt là tại Đông Á và Đông Nam Á. Dựa trên thống kê của Cơ quan Nghiên cứu Quốc tế về Ung thư (IARC) vào năm 2012, hàng năm Việt nam có thêm 22.000 ca bệnh ung thư gan mới (thứ 2 sau ung thư phổi) với 76% là nam và cũng có gần 21.000 ca tử vong do ung thư gan gây ra (nhiều nhất trong các loại ung thư). Trên có thể thấy hậu quả bệnh nhân ung thư gan chỉ phát hiện khi bệnh đã ở giai đoạn cuối, thời gian sống rất ngắn. Vì vậy cần phải có một chương trình theo dõi các nhóm phát hiện sớm để có biện pháp điều trị thích hợp, kéo dài tuổi thọ cho bệnh nhân ung thư gan.

H1

Trong số các loại ung thư nguyên phát ở gan thì ung thư biểu mô tế bào gan (HCC) chiếm khoảng 90%. Các yếu tố nguy cơ của HCC thường gặp nhất là HBV, HCV, rượu và aflatoxin.

Tầm soát ung thư gan là áp dụng định kỳ các xét nghiệm máu, hình ảnh học hoặc thủ thuật để chẩn đoán ung thư gan ở quần thể có nguy cơ cao.

ĐỐI TƯỢNG TẦM SOÁT

Các đối tượng được AASLD đề nghị tầm soát thường qui

Nhóm quần thể

Tỉ m soát ung th gan

Vi t b i Biên t p viên

Th năm, 09 Tháng 11 2017 09:37 - L n c p nh t cu i Th năm, 09 Tháng 11 2017 09:47

Tỉ l m c HCC/năm

Nhi m HBV có x gan

3-8%

X gan trên n n viêm gan C

3-5%

Viêm đ đ ng m t nguyên phát giai đ n 4 kèm x gan

3-5%

Ng i nhi m HBV, nam gi i, g c Á, ≥ 40 tu i

0.4-0.6%

Ng i nhi m HBV, n gi i, g c Á, ≥ 50 tu i

0.3-0.6%

Tóm soát ung thư gan

Viết bởi Biên tập viên

Thứ năm, 09 Tháng 11 2017 09:37 - Lần cập nhật cuối Thứ năm, 09 Tháng 11 2017 09:47

Viêm gan B có tỉ lệ n số gia đình bị ung thư tế bào gan

>nhóm không có tỉ lệ n số gia đình

Nguy cơ da đen gốc Phi/Bộ c Phi nhiều m HBV

HCC xảy ra ở tuổi trẻ hơn

Bệnh thận kèm x gan

Không rõ (~1.5%)

Thiếu u Alpha 1-antitrypsin và x gan

Không rõ (~1.5%)

AASLD: Hướng dẫn nghiên cứu bệnh gan Hoa Kỳ

PHẦN NG TIỀN T M SOÁT

Siêu âm

Đây là xét nghiệm theo dõi để phát hiện sớm và tiên lượng cao: độ nhạy 58-89%, độ đặc hiệu > 90%. Tuy nhiên phát hiện HCC bằng siêu âm trên bệnh nhân xơ gan gặp phải nhiều khó khăn. Khi gan biến dạng hình thành nhiều vách ngăn mô sợi và nhiều nốt tân tạo phát sinh làm cho hình ảnh gan trên siêu âm thô ráp, khó xác định được kích thước còn lại. Chính vì thế phải thu thập thêm nhiều vào kinh nghiệm chuyên môn của người làm siêu âm và chất lượng máy siêu âm. Một nghiên cứu hồi cứu trên 1170 bệnh nhân đã đưa ra các yếu tố tăng nguy cơ phát hiện sớm HCC trong việc phát hiện HCC gồm: Nam giới, BMI > 25, Xơ gan Child – Pugh B, AFP > 200ng/mL

AFP (Alpha fetoprotein)

AFP là một glycoprotein được tạo ra bởi tế bào gan bào thai bình thường, tế bào gan tái tạo bình thường, một số ung thư và viêm gan. Chính vì vậy độ nhạy và độ đặc hiệu thấp đối với HCC, với nồng độ cắt 20 ng/ml độ nhạy khoảng 25-65%. AFP không nằm trong khuyến cáo của Hiệp hội nghiên cứu bệnh gan Hoa Kỳ (AASLD) về tầm soát HCC và không được xem là xét nghiệm để theo dõi theo dõi HCC. Hơn nữa nồng độ AFP được thu nhận là thông tin tăng ở bệnh nhân bệnh gan mạn tính mà không có HCC, có thể tăng ở bệnh nhân HCC, ung thư nguyên bào phôi, ung thư dạ dày và ung thư phổi.

AFP-L3 (Alpha fetoprotein-L3)

Đưa trên vị trí gắn chuỗi đường với phân tử N-acetylglucosamine, người ta xác định được 3 dạng phân tử của AFP: AFP-L1, AFP-L2 và AFP-L3. Dạng AFP-L1 không gắn LCA (lectin Lens culinaris agglutinin) gặp phải trong các bệnh lý gan lành tính (xơ gan, viêm gan B mạn tính). AFP-L2 có ái lực trung bình với LCA được tìm thấy trong các túi noãn hoàng. AFP-L3 có ái lực cao với LCA là một sản phẩm của các tế bào gan ác tính và được tìm thấy phần lớn trong ung thư gan nguyên phát. Nếu nồng độ AFP-L3 >10% thì nguy cơ phát triển bệnh lý ung thư gan nguyên phát cao gấp 7 lần trong 21 tháng sau đó và có thể phát hiện sớm trước các phương tiện chẩn đoán hình ảnh từ 3 đến 21 tháng. Độ nhạy và độ đặc hiệu của AFP-L3 trong chẩn đoán dao động từ 36-66% và 77-95%.

DCP (Des-γ-carboxyprothrombin) hay PIVKA-II (prothrombin induced by vitamin K absence-II)

DCP là tiền chất của prothrombin trong gan bình thường. DCP phải trải qua sự carboxyl hóa phụ thuộc vitamin K để sản xuất ra phân tử prothrombin tự nhiên. Tuy nhiên do thiếu hụt men carboxylase phụ thuộc vitamin K trong nhiều tế bào ung thư gan dẫn đến sự tích lũy của DCP. Giá trị DCP huyết thanh bình thường khỏe mạnh là $< 7,5$ ng/mL.

Cả DCP và AFP-L3 đều được Cục thực phẩm và dược phẩm Hoa Kỳ (FDA) thông qua để đánh giá nguy cơ ung thư gan.

GALAD

GALAD là một mô hình để đoán sự hiện diện của HCC ở bệnh nhân bệnh gan mạn tính. GALAD được tính toán dựa trên 5 thông số, gồm ba dấu ấn khối u AFP, AFP-L3 và DCP cộng thêm với giới tính (Gender) và tuổi (Age), sử dụng phương trình sau:

$$Z = -10,08 + 0,10 \times \text{Tuổi} + 1,67 \times \text{Giới tính} + 2,34 \log_{10} (\text{AFP}) + 0,04 \times \text{AFP-L3} + 1,33 \times \log_{10} (\text{DCP})$$

Với giới tính nam = 1 và giới tính nữ = 0. Lấy số mũ (exponential) của yếu tố để báo dự tính (Z), để đoán xác suất HCC $\text{Pr}(\text{HCC})$ ở bệnh nhân (xếp từ 0 đến 1) để đánh giá bằng phương trình: $\text{Pr}(\text{HCC}) = \exp(Z) / (1 + \exp[Z])$.

Nếu bệnh nhân được sàng lọc bằng xét nghiệm GALAD ($< 90\%$) thì có nguy cơ HCC $< 1\%$ trong 5 năm tiếp theo. Vì thế giảm số cần thiết, chi phí sàng lọc cũng như số lo lắng cho bệnh nhân. Nếu vượt được ngưỡng sàng lọc, nguy cơ HCC vào khoảng 20% trong vòng 5 năm tiếp theo, nên áp dụng phương pháp tiên chẩn đoán nhũy nhốt (MRI) để việc tầm soát đạt chỉ phí hiệu quả.

KHOẢNG CÁCH TẦM SOÁT

Tóm tắt ung thư gan

Viết bởi Biên tập viên

Thứ năm, 09 Tháng 11 2017 09:37 - Lần cập nhật cuối Thứ năm, 09 Tháng 11 2017 09:47

Trong các nghiên cứu về hiệu quả và giá thành cũng như đưa vào sử dụng bệnh nhân và phát triển tăng gấp đôi của khối u, khoảng cách giữa hai lần kiểm soát hợp lý nhất là 6 tháng.

CÁC HƯỚNG DẪN VỀ TÓM TẮT THƯỜNG QUI HCC

Hội/Tổ chức

Hướng dẫn

AASLD

Hội nghị nghiên cứu bệnh gan Hoa Kỳ

Siêu âm - Mỗi 6 tháng

EASL

Hội nghị nghiên cứu bệnh gan Châu Âu

Siêu âm - Mỗi 6 tháng

Tóm soát ung thư gan

Viết bởi Biên tập viên

Thứ năm, 09 Tháng 11 2017 09:37 - Lần cập nhật cuối Thứ năm, 09 Tháng 11 2017 09:47

APASL

Hội nghị nghiên cứu bệnh gan Châu Á - Thái Bình Dương

AFP + Siêu âm - Mỗi 6 tháng

JSH-HCC

Hội bệnh gan và ung thư tế bào gan Nhật Bản

Nguy cơ cao: Siêu âm + AFP/DCP/AFP-L3 - Mỗi 6 tháng

Nguy cơ rất cao: Siêu âm + AFP/DCP/AFP-L3 - Mỗi 6 tháng + CT/MRI (tùy chọn) mỗi 6-12 tháng

THUẬT TOÁN TỐI M SOÁT ĐỀ NGHỊ

Tóm soát ung thư gan

Viết bởi Biên tập viên

Thứ năm, 09 Tháng 11 2017 09:37 - Lần cập nhật cuối Thứ năm, 09 Tháng 11 2017 09:47

Tóm soát chuyên sâu về gan:

+ Siêu âm

+ Xét nghiệm điểm sinh học HCC

Sâu xét nghiệm kém hoặc Xét nghiệm điểm sinh học bất thường

Sâu xét nghiệm tốt và Xét nghiệm điểm sinh học bình thường

CT scan quang học MRI có thể giúp phân tích

Tóm tắt ung thư gan

Viết bởi Biên tập viên

Thứ năm, 09 Tháng 11 2017 09:37 - Lần cập nhật cuối Thứ năm, 09 Tháng 11 2017 09:47

Tóm tắt SÂ + Chết chóc sinh học mới 6 tháng

SÂ bắt đầu ng/Chết chóc điếm sinh học bắt đầu ng

KẾT LUẬN

Ung thư gan là ung thư phổ biến ở Việt Nam và thế giới. Đối với bệnh nhân có nguy cơ cao, tham gia chương trình tầm soát định kỳ 6 tháng là một cách tiên tiến và hợp lý để phát hiện bệnh sớm. Siêu âm là phương tiện chủ yếu để tầm soát thường qui cùng với các chết chóc điếm sinh học. Những công cụ để điều kiện nên bắt đầu áp dụng điếm sơ GALAD nhằm tiên lượng sự phát hiện HCC cũng như gợi ý cho việc tầm soát.

Tài liệu tham khảo:

Nguyễn Hữu Chí (2015). Các bệnh gan thông thường gặp trong thực hành lâm sàng, NXB y học thành phố Hồ Chí Minh. tr 234-256.

Bruix J, Sherman M, AftSoLD (2011) Management of hepatocellular carcinoma: an update. Hepatology 53(3):1020-1022.

Bolondi L. Screening for hepatocellular carcinoma in cirrhosis. J hepatol 2003;39: 1076-1084.

Del Poggio P et al. Clin Gastroenterol. 2014; 12: 1927-1933 e1922.

Ferlay J et al. (2015) Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. Int J Cancer 136(5):E359-86.

Gish, R. , Gastroenterology & Hepatology, 2014; 10;2:121-123.

Parkin DM, et al. Global cancer statistics, 2002. CA Cancer J Clin 2005;55:74-108