Ung thư biểu mô tế bào gan

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

LESION RẮN

• HYPOECHOIC — ác tính (ung thư biểu mô tế bào gan, di căn), lành tính (nốt khu trú

tăng sản, u tuyến gan, hamartoma)

• HYPERECHOIC — u máu, vôi hóa,

tiêu điểm mỡ

TỔN THƯƠNG NANG

• ĐƠN GIẢN - lành tính

• COMPLEX — chảy máu, nhiễm trùng, Echinococcus

SINH LÝ HỌC

CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ - bất kỳ nguyên nhân nào dẫn đến xơ gan, đặc biệt là HBV, HCV, rượu, và bệnh huyết sắc tố.

Lưu ý rằng HBV có thể gây ung thư tế bào gan mà không gây xơ gan vì vi rút có thể tích hợp

vào bộ gen của vật chủ. Chất độc môi trường bao gồm

a ^ atoxin, microcystin độc tố tảo xanh,

và nhai trầu

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

VỊ TRÍ — đau bụng trên, sớm

no, vàng da tắc nghẽn, trong bụng

chảy máu do vỡ khối u, mất bù

bệnh gan (cổ trướng, bệnh não, vàng da,

và chảy máu tĩnh mạch)

METASTATIC — đau xương, khó thở

TIỀM NĂNG - giảm cân, sốt do

hoại tử khối u trung tâm

HỘI CHỨNG LÃO HÓA PHÂN TỬ — hạ đường huyết, tăng hồng cầu, tăng calci huyết, tiêu chảy nhiều nước, các vết sần trên da

ĐIỀU TRA

NỀN TẢNG

• LABS — CBC, dung dịch kiềm, urê, Cr, glucose, AST, ALT,

ALP, bilirubin, INR, PTT, albumin, AFP

• HÌNH ẢNH — CXR, CT Abd (hai pha hoặc ba pha),

Hoa Kỳ bắt cóc, chụp MRI, quét gan / lá lách (nếu nghi ngờ FNH)

ĐẶC BIỆT

• BIOPSY — chỉ sinh thiết gan nếu hình ảnh không đặc hiệu và đáp ứng các tiêu chí lâm sàng AASLD (> 1 cm,

mô hình mạch máu không điển hình trên nhiều hình ảnh
phương thức bao gồm CT hoặc MR nhiều pha) hoặc nếu
sinh thiết sẽ có tác động đến quản lý
tùy chọn; nếu chẩn đoán hình ảnh cho HCC, sinh thiết
không bắt buộc và làm tăng nguy cơ mắc bệnh kim gieo hạt

CÁC VẤN ĐỀ CHẨN ĐOÁN

CT SCAN — các tính năng đặc trưng cho u máu, FNH (sẹo trung tâm)
LIVER SPLEEN SCAN — hữu ích để phân biệt
FNH và u gan
GALLIUM SCAN — hữu ích để xác định khối u gan và áp xe (tăng máu)
TIẾP CẬN VỚI HEPATOMA — bắt đầu với CHÚNG TÔI
bắt cóc, tiếp theo là chụp CT / quét hạt nhân để loại trừ
nguyên nhân khác
• CHẨM DỨT LÂM SÀNG THẤP — xem xét sinh thiết qua da
• BỆNH LÂM SÀNG CAO (đã biết là xơ gan) -
bệnh nhân nên được chuyển đến gan mật
bác sĩ phẫu thuật để cắt bỏ. Sinh thiết không bắt buộc
TIẾN HÀNH THEO GIAI ĐOẠN — Sống sót tổng thể 5 năm
tỷ lệ ung thư gan khu trú, tiến triển tại chỗ và di căn là 33%, 11% và 2%,
tương ứng

SỰ QUẢN LÝ

GIAI ĐOẠN SỚM (1 tổn thương hoặc 3 tổn thương ≤3 cm, ChildPugh A-B và ECOG 0) —nếu chỉ 1 tổn thương <2 cm hoặc

CIS, bilirubin không tăng cao đáng kể và không

tăng áp lực tĩnh mạch cửa, tiến hành cắt bỏ. Nếu

bệnh không thể chữa khỏi, hãy xem xét việc ghép gan

nếu không có bệnh đi kèm cộng với 1 tổn thương ≤5 cm trở lên

đến 3 tổn thương ≤3 cm (Tiêu chuẩn Milan). Xem xét

các liệu pháp địa phương như tần số vô tuyến

cắt bỏ (RFA), hóa trị tắc nghẽn động mạch xuyên (TACE) ± hạt rửa giải thuốc, và / hoặc vô tuyến hóa xuyên động mạch (TARE) với yttrium-90

vi cầu như một trong hai liệu pháp cầu nối trong khi chờ cấy ghép, liệu pháp hạ tầng để khối u

đủ nhỏ để cấy ghép hoặc nếu bệnh nhân không

ứng cử viên cấy ghép

GIAI ĐOẠN TRUNG CẤP (bệnh đa nốt,

Child-Pugh A-B và ECOG 0; thời gian sống sót trung bình 20

tháng) —chemoembolization

GIAI ĐOẠN NÂNG CAO (xâm nhập cổng, N1, M1,

Child-Pugh A – B hoặc ECOG 1–2; thời gian sống sót trung bình 11

tháng) —đối với bệnh nhân mắc bệnh Child-Pugh A,

xem xét sorafenib hoặc lenvatinib. Liệu pháp miễn dịch và bevacizumab đã được phê duyệt gần đây

cho dòng đầu tiên. Chemoembolization cũng có thể là một lựa chọn cho một số bệnh nhân. Thời gian sống thêm trung bình 11 tháng. Giới thiệu chăm sóc giảm nhẹ cho

bệnh nhân có nhu cầu chăm sóc hỗ trợ

GIAI ĐOẠN CUỐI CÙNG (Child-Pugh C hoặc ECOG> 2;

thời gian sống thêm trung bình <3 tháng) - hỗ trợ

chỉ quan tâm

CÁC VẤN ĐỀ ĐIỀU TRỊ

TIÊU CHUẨN ĐỂ BỆNH CÓ THỂ KÍCH ỨNG — xơ gan mất bù, tổn thương thùy đơn,

không xâm lấn mạch máu, N0, M0

ABLATION — bao gồm nhiệt (tần số vô tuyến),

hóa chất (etanol qua da hoặc axit axetic),

cắt bỏ cyro và vi sóng. Tiêu chí cắt bỏ

bao gồm 1 tổn thương ≤5 cm hoặc 3 tổn thương ≤3 cm, vị trí có thể tiếp cận qua da / nội soi / mở

các phương pháp tiếp cận. Khối u ≤3 cm có thể được chữa khỏi với

cắt bỏ một mình

CÁC LOẠI TRỊ LIỆU CHỈ ĐẠO NHÂN TẠO — bao gồm

TACE, TACE với các hạt rửa giải thuốc, TARE, và

thuyên tắc mạch xuyên động mạch (TAE). Hữu ích cho

bệnh khối lượng lớn hơn hoặc khối u không thể tiếp cận được

vị trí. Chống chỉ định tương đối bao gồm bilirubin> 3 mg / dL, huyết khối tĩnh mạch cửa và ChildPugh C. Các tác dụng phụ bao gồm mất bù

suy gan, viêm túi mật và thuyên tắc mạch không đích. Không có lợi ích tồn tại đã được chứng minh nhưng có thể

thu nhỏ khối u

THEO DÕI VỀ BỆNH KỲ HẠN — AFP

và CT bắt cóc 3–6 tháng một lần trong 2 năm, sau đó

6–12 tháng một lần

QUYỀN LỢI CỤ THỂ

HEMANGIOMA — tỷ lệ hiện mắc 5%. Có thể dần dần

tăng kích thước do giãn nở mạch máu. Thường xuyên

không có triệu chứng và không cần điều trị

FOCAL NODULAR HYPERPLASIA (FNH) -

tỷ lệ hiện mắc 0,5%. Tăng sản tế bào gan trong

phản ứng với sự tăng tưới máu từ một dị thường

động mạch. Hiếm khi vượt quá 10 cm. Thường không có triệu chứng

HEPATIC ADENOMA — chủ yếu ở phụ nữ trẻ

trên viên thuốc tránh thai. Có thể gây đau bụng

nỗi đau. Tiềm năng biến đổi ác tính

Đãi

ban đầu bằng cách bỏ thuốc tránh thai và

theo các tổn thương của US. Nếu không hồi quy, hãy xem xét

sự cắt bỏ