



BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP HCM
UNIVERSITY MEDICAL CENTER HCMC
Thấu hiểu nỗi đau - niềm tin của bạn



Làm thế nào để tầm soát và chẩn đoán sớm ung thư biểu mô tế bào gan

THS. BS VÕ HUY VĂN
Khoa Tiêu Hóa – BV Đại học Y Dược TP HCM

Dàn bài

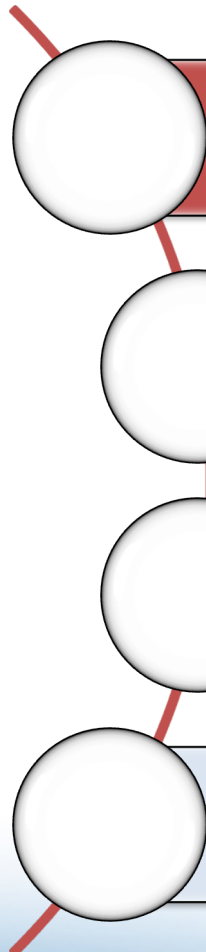
Đại cương và yếu tố nguy cơ HCC

Chiến lược tầm soát HCC trên bệnh nhân có yếu tố nguy cơ

Làm sao chẩn đoán sớm HCC

Kết luận

Dàn bài



Đại cương và yếu tố nguy cơ HCC

Chiến lược tầm soát HCC trên bệnh nhân có yếu tố nguy cơ

Làm sao chẩn đoán sớm HCC

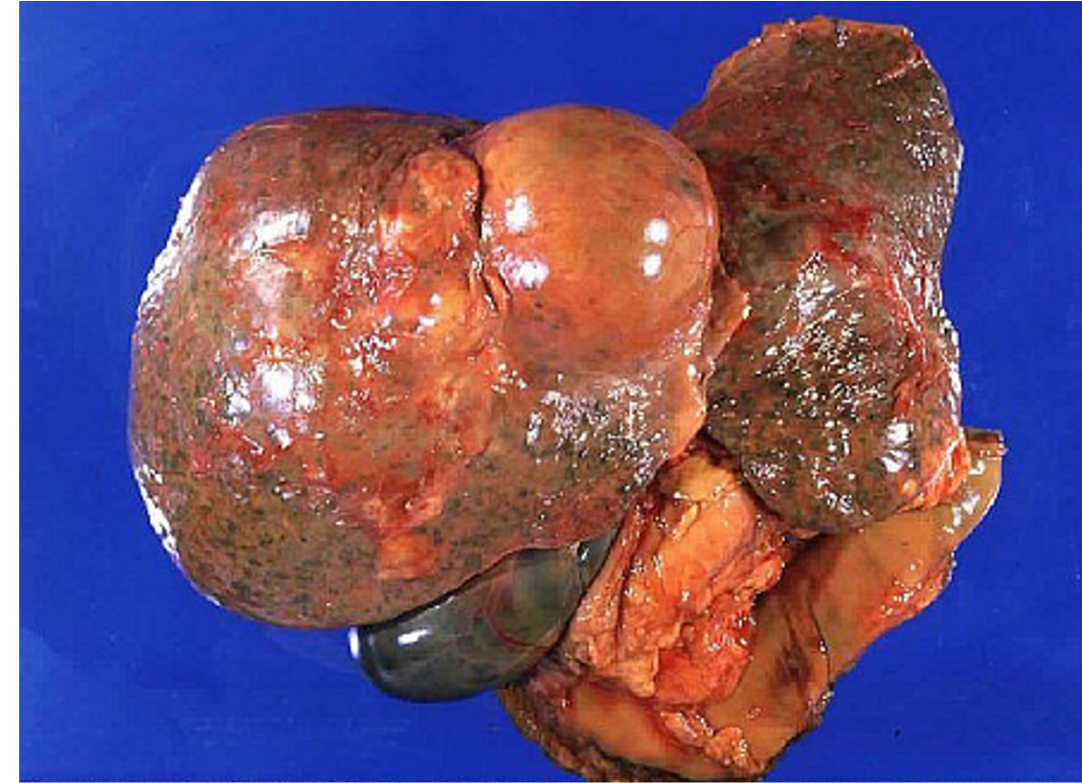
Kết luận

Phân loại ung thư gan

■ Ung thư gan nguyên phát:

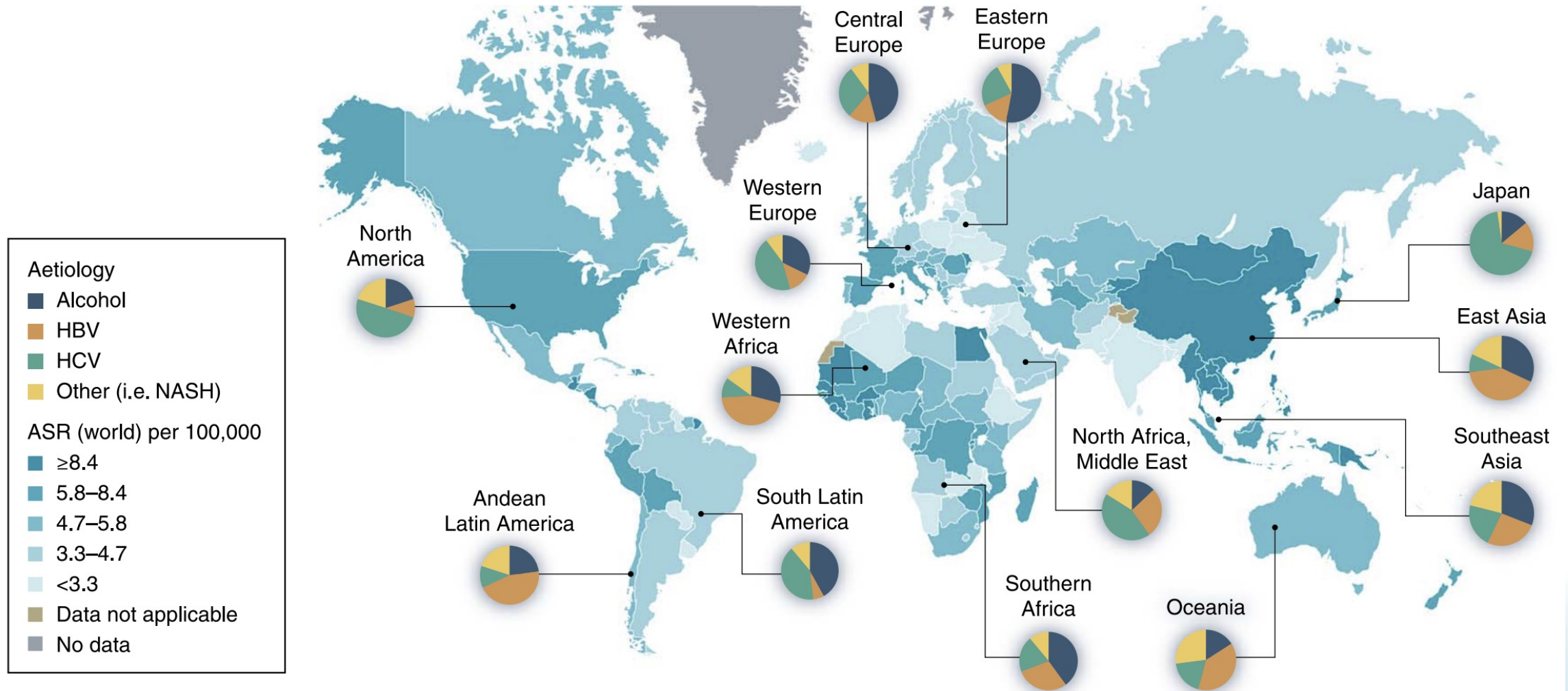
- Ung thư biểu mô tế bào gan (HCC) (80-85%)
- Ung thư biểu mô tế bào đường mật (CCC) (10-15%)
- Khác: Ung thư nguyên bào gan, sarcoma mạch máu gan

■ Ung thư di căn gan: ung thư các cơ quan khác di căn gan (vú, phổi, dạ dày, đại tràng, buồng trứng...)



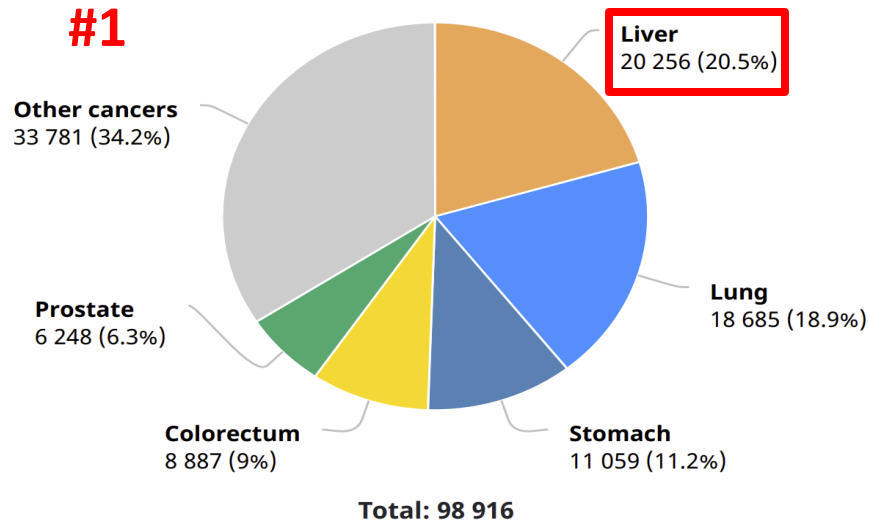
Ung thư gan: chủ yếu là ung thư biểu mô tế bào gan **(HCC)**

Tần suất HCC trên thế giới

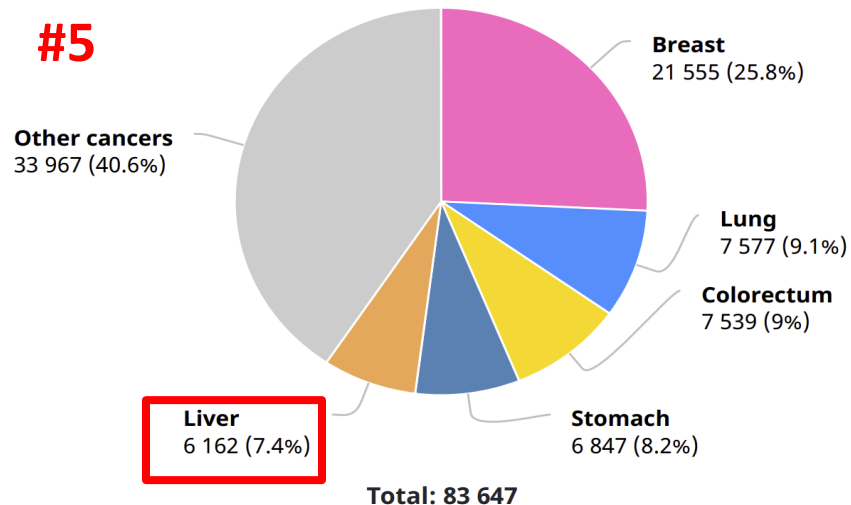


Tình hình ung thư gan tại Việt Nam (Globocan 2020)

Number of new cases in 2020, males, all ages



Number of new cases in 2020, females, all ages



Viet Nam

Source: Globocan

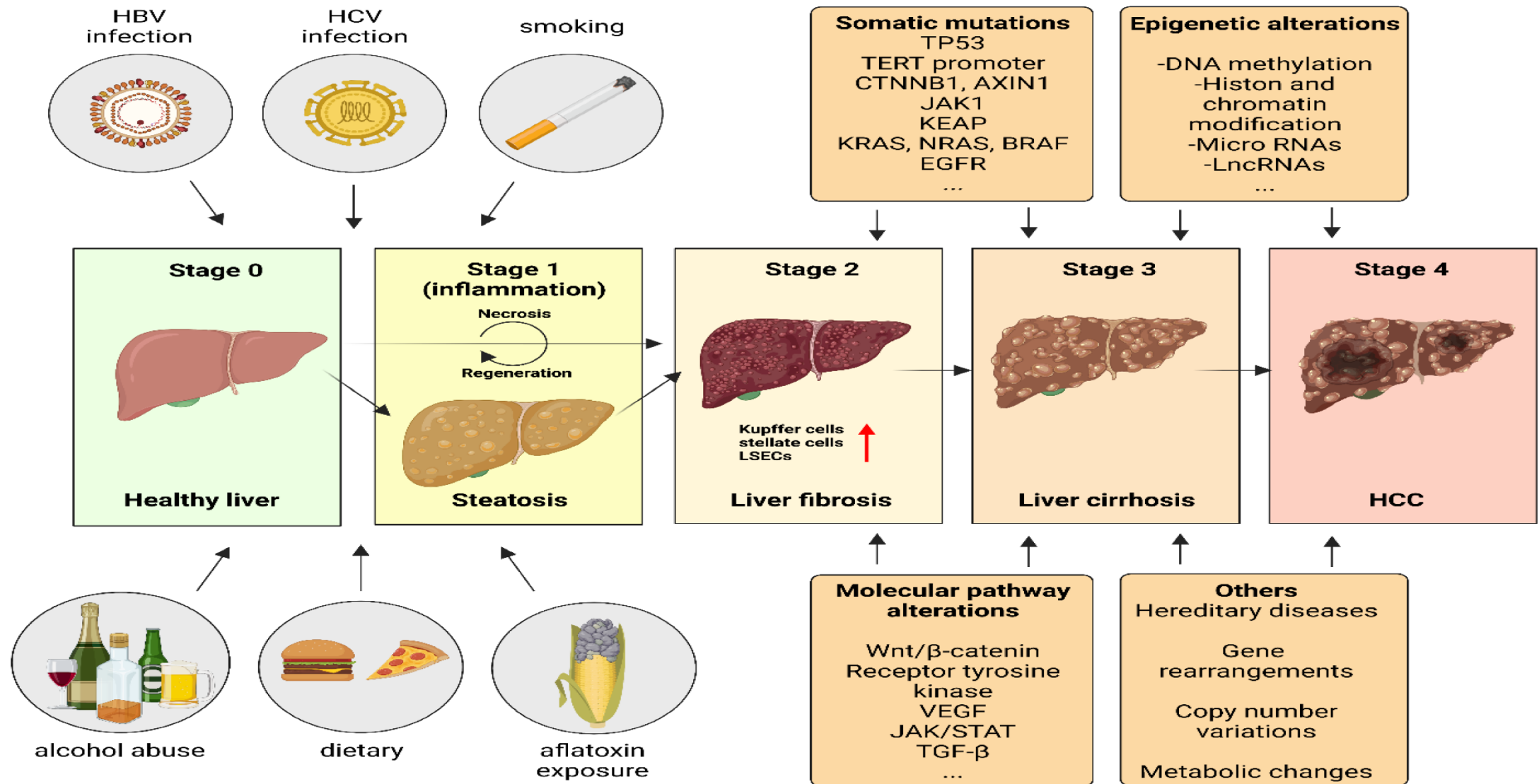


Incidence, Mortality and Prevalence by cancer site

Cancer	New cases				Deaths				5-year prevalence (all ages)	
	Number	Rank	(%)	Cum.risk	Number	Rank	(%)	Cum.risk	Number	Prop. (per 100 000)
#1 Liver	26 418	1	14.5	2.58	25 272	1	20.6	2.47	28 761	29.55
Lung	26 262	2	14.4	2.64	23 797	2	19.4	2.41	28 638	29.42
Breast	21 555	3	11.8	3.69	9 345	4	7.6	1.47	60 753	124.65
Stomach	17 906	4	9.8	1.81	14 615	3	11.9	1.47	23 989	24.64
Rectum	9 399	5	5.1	0.92	4 758	6	3.9	0.41	22 784	23.41
Colon	6 448	6	3.5	0.66	3 445	8	2.8	0.32	14 292	14.68
Leukaemia	6 289	7	3.4	0.52	4 791	5	3.9	0.41	17 010	17.48
Prostate	6 248	8	3.4	1.43	2 628	10	2.1	0.49	10 975	22.58
Nasopharynx	6 040	9	3.3	0.59	3 706	7	3.0	0.39	16 184	16.63
Thyroid	5 471	10	3.0	0.45	642	22	0.52	0.07	16 289	16.73
Corpus uteri	5 354	11	2.9	0.94	1 319	14	1.1	0.25	13 973	28.67
Cervix uteri	4 132	12	2.3	0.70	2 223	12	1.8	0.39	9 999	20.51

Nguồn: <http://www.worldlifeexpectancy.com/cause-of-death/liver-cancer/by-country/>
 Globocan 2020: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/704-viet-nam-fact-sheets.pdf>

Nguyên nhân bệnh và diễn tiến đến HCC



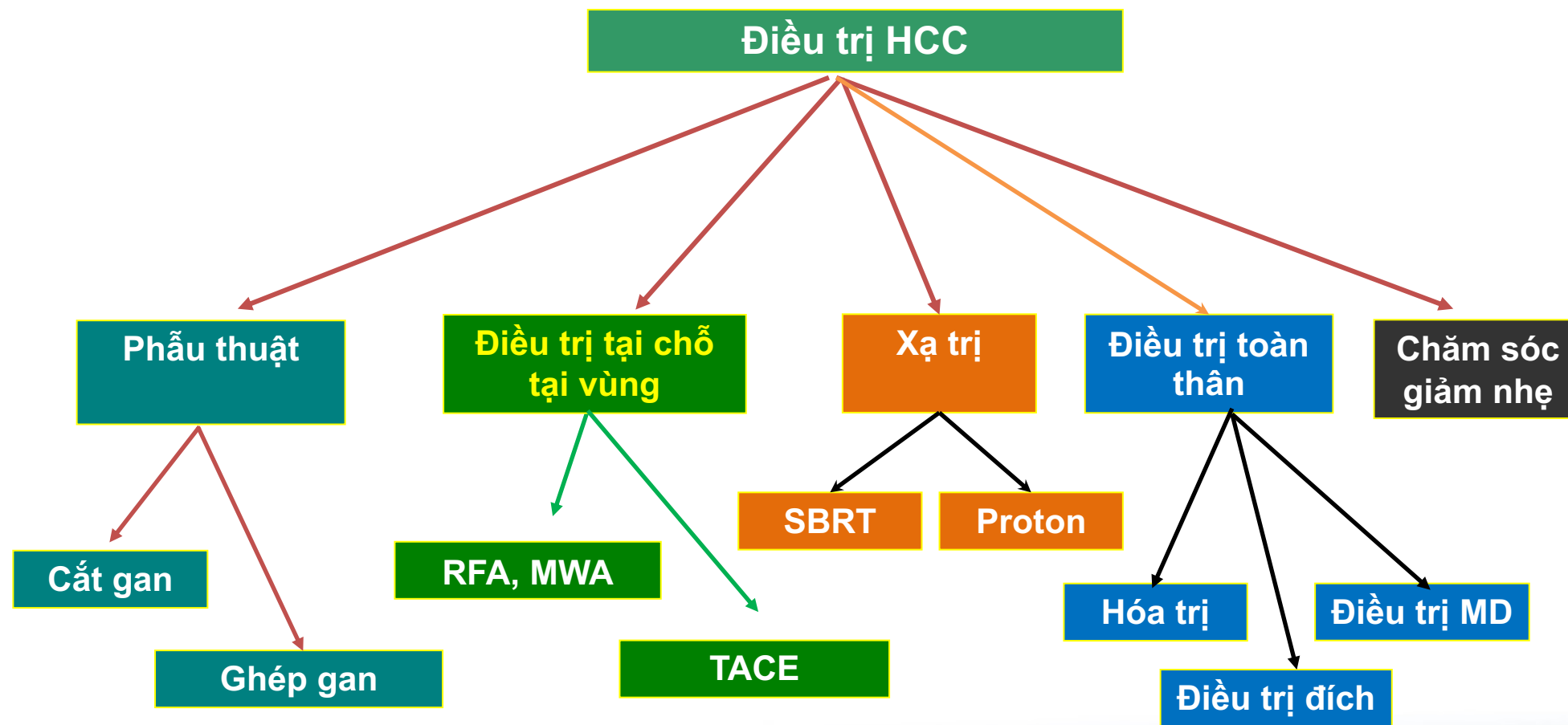
Viêm gan virus (B,C) là nguyên chính của HCC tại VN

Table 1 Percentage distribution of demographic and disease characteristics of patients with primary hepatocellular carcinoma at Cho Ray Hospital, Ho Chi Minh City, Vietnam, 2010 to 2016

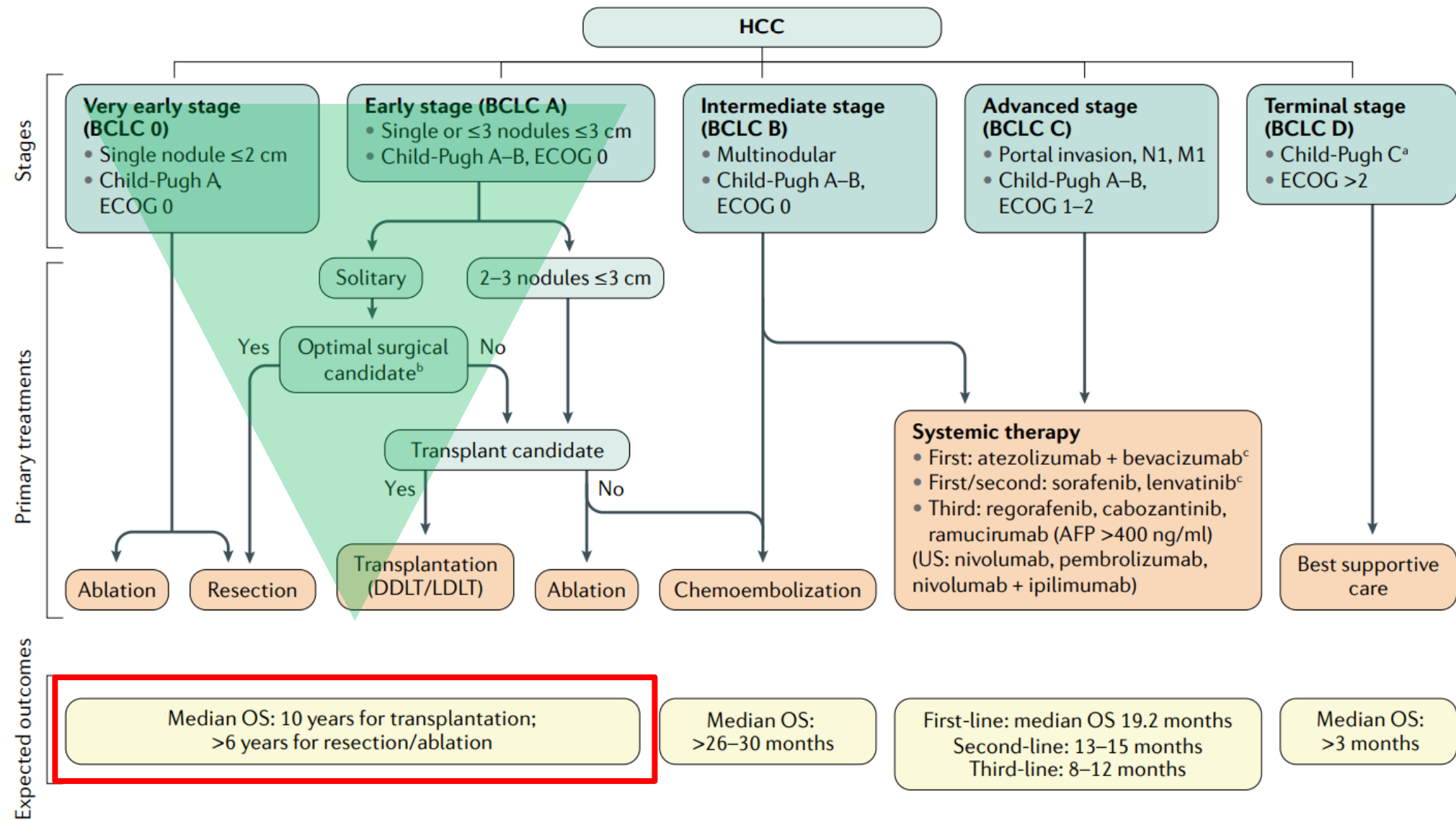
Characteristic	2010 (<i>n</i> = 2793)	2011 (<i>n</i> = 3111)	2012 (<i>n</i> = 3349)	2013 (<i>n</i> = 3471)	2014 (<i>n</i> = 3494)	2015 (<i>n</i> = 3804)	2016 (<i>n</i> = 4069)	Total (<i>n</i> = 24091)	<i>P</i> value
Male gender	82.6	82.77	82.23	80.44	81.2	81.2	82.13	81.76	0.17
Age (yr)									
≤ 40	10.31	8.94	9.14	8.58	7.76	7.6	7.77	8.49	< 0.0001
41-50	19.3	18.58	17.44	17.26	17.32	17.43	16.76	17.64	
51-60	30.68	30.57	29.23	30.83	29.28	29.86	29.29	29.92	
61-70	21.48	22.6	24.37	23.22	26.24	26.63	27.89	24.86	
> 70	18.22	19.32	19.83	20.11	19.4	18.48	18.28	19.08	
Advanced disease stage	40.57	43.68	40.52	37.65	40.78	40.75	41.68	40.79	0.76
HBsAg and anti-HCV testing available (<i>n</i>) ¹	<i>n</i> = 2505	<i>n</i> = 2405	<i>n</i> = 2773	<i>n</i> = 3153	<i>n</i> = 3225	<i>n</i> = 3616	<i>n</i> = 3907	<i>n</i> = 21584	< 0.0001
HBV infection	61.72	69.94	66.35	60.1	59.69	60.87	60.23	62.28	
HCV infection	24.79	27.32	28.96	25.06	27.13	25.06	24.98	26	
HBV and HCV coinfection	2.71	2.74	2.52	3.04	2.95	2.41	2.46	2.68	
Non-HBV or HCV liver disease	10.78	0	2.16	11.8	10.23	11.67	12.34	8.97	

- **Viêm gan virus (HBV, HCV):**
> 90% HCC
- **Khác: <10%**

Các phương pháp điều trị HCC

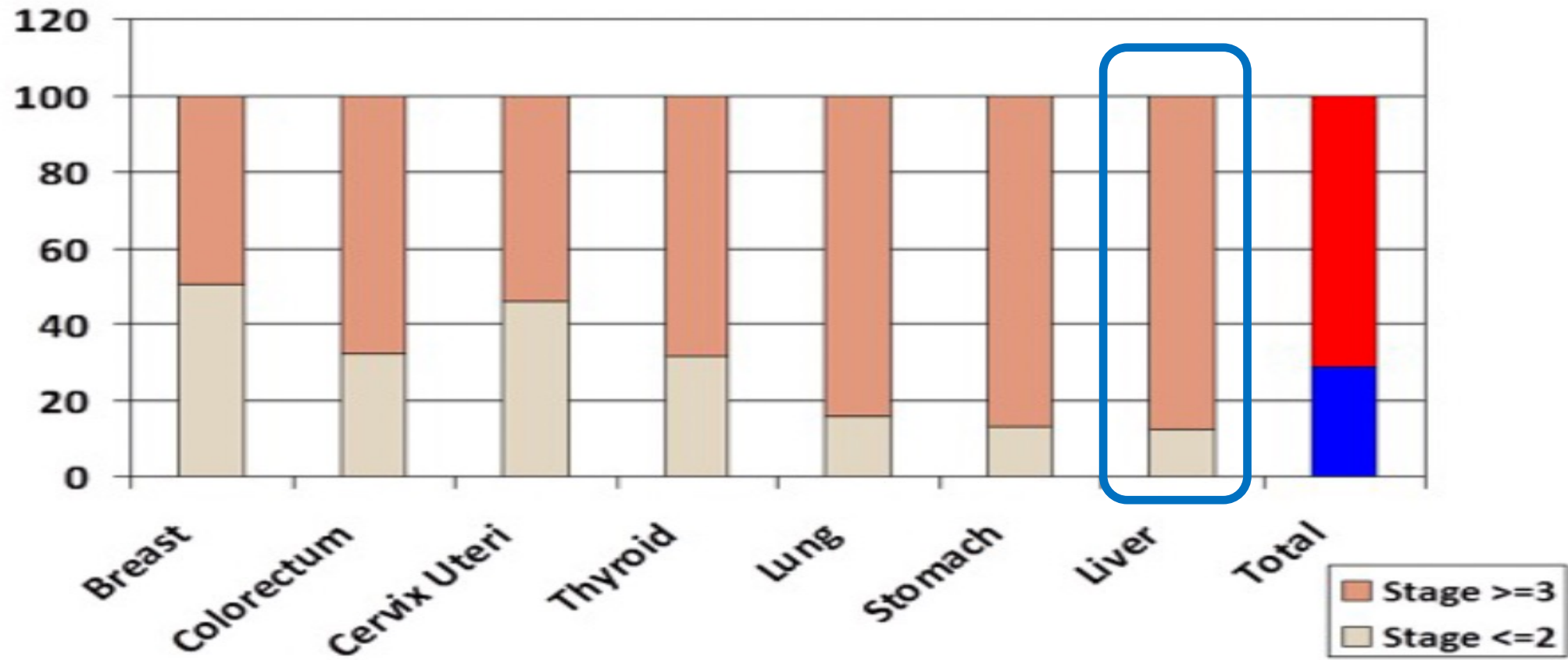


HCC giai đoạn sớm: sống thêm > 6 năm, > 10 năm

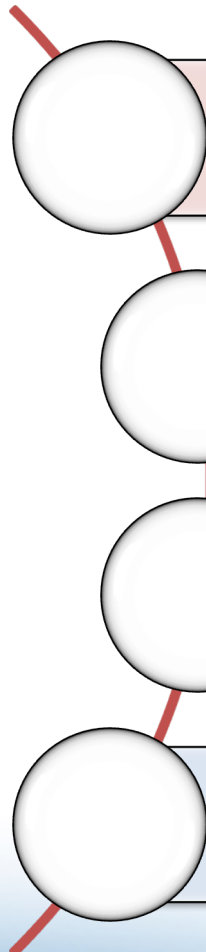


HCC tại Việt Nam thường được chẩn đoán trễ

Distribution of cancer cases by stage of diagnosis in five hospitals in Viet Nam, 2009a



Dàn bài



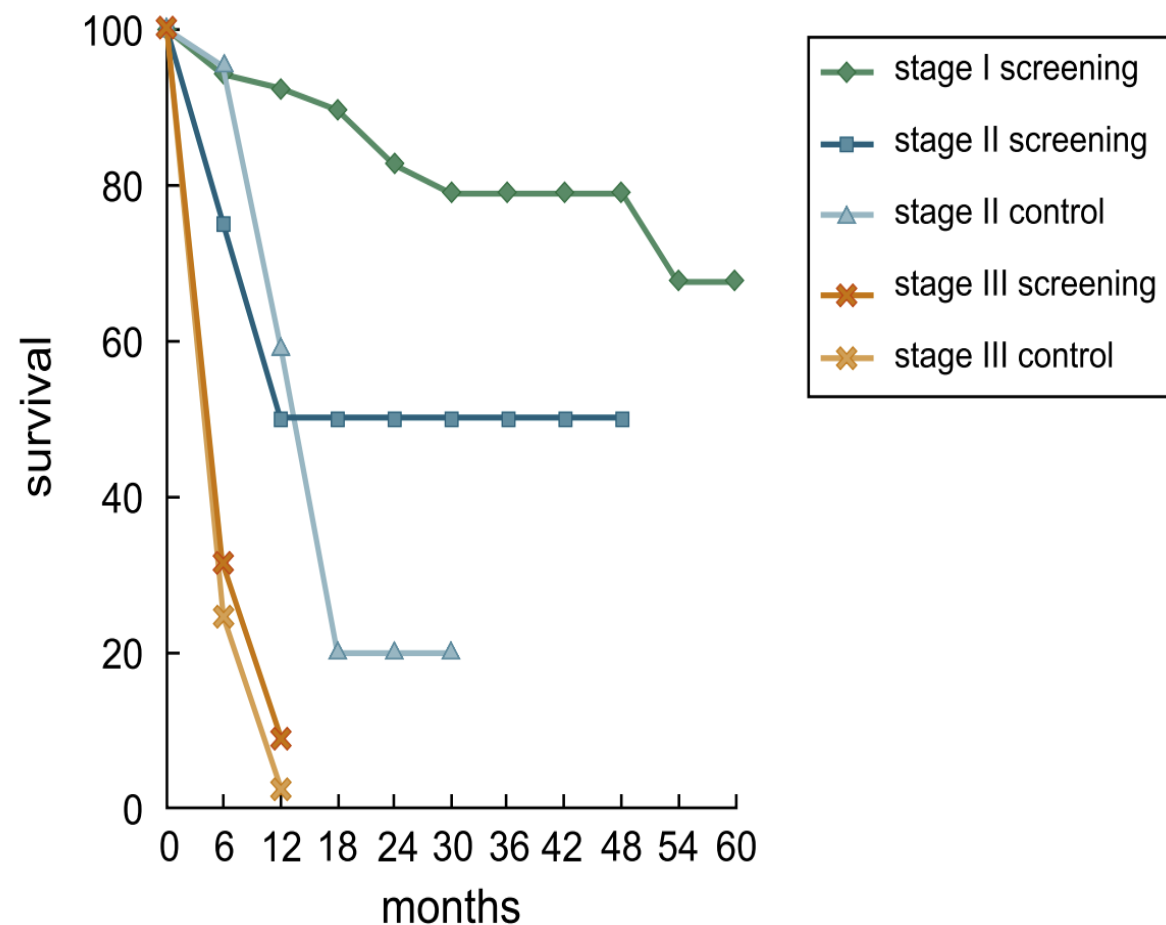
Đại cương và yếu tố nguy cơ HCC

Chiến lược tầm soát HCC trên bệnh nhân có yếu tố nguy cơ

Làm sao chẩn đoán sớm HCC

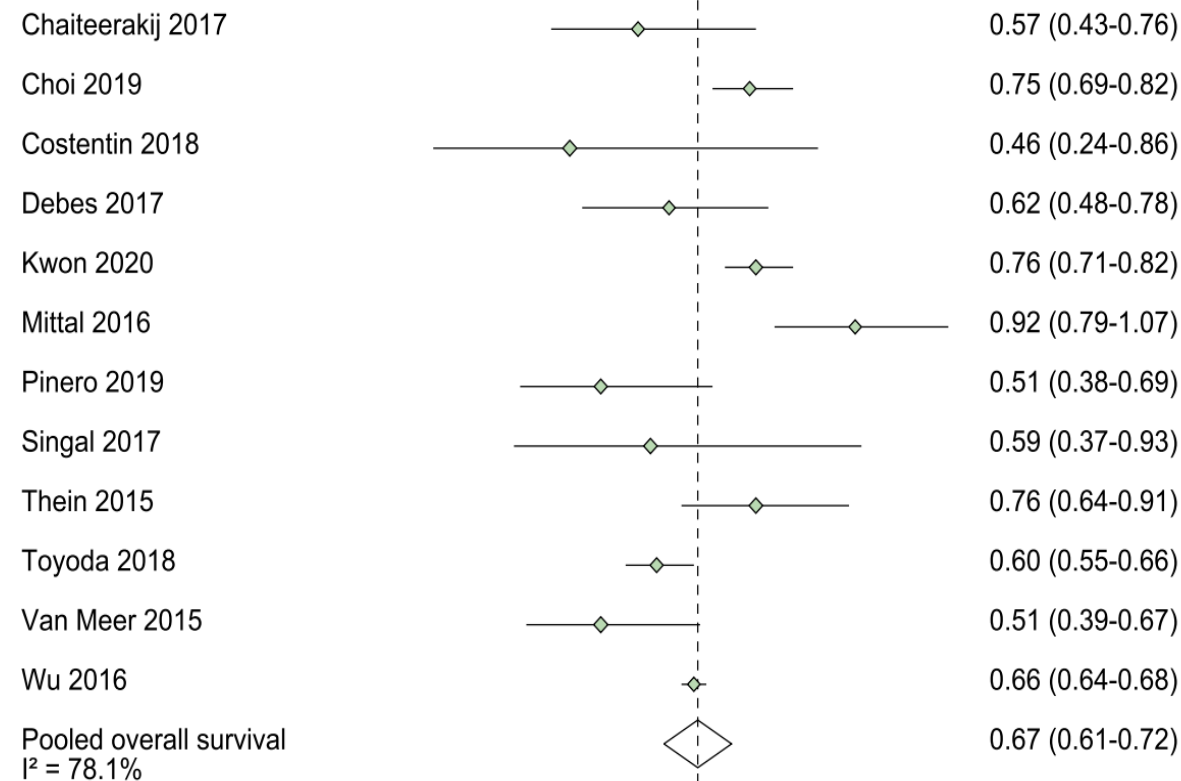
Kết luận

Vai trò của tầm soát HCC trên bệnh nhân nguy cơ



Author, year

Hazard ratio (95% CI)



0.2 0.4 0.6 0.8 1.0

← Favors screening

Zhang BH et al. J Cancer Res Clin Oncol. 2004;130:417–22.

Singal AG et al. J Hepatol. 2022;77:128–39

Bệnh nhân nào cần được tầm soát HCC (AASLD 2023)

Dân số	Tỷ lệ mới mắc HCC
Nhóm đủ nguy cơ để khuyến cáo tầm soát	
Xơ gan Child Pugh A-B do mọi nguyên nhân ▪ Viêm gan B ▪ Viêm gan C (có virus trong máu hoặc sau khi đạt SVR) ▪ Xơ gan do rượu ▪ Viêm gan thoái hóa mỡ không do rượu (NASH) ▪ Nguyên nhân khác	$\geq 1,0\%$ / năm
Xơ gan Child C chờ ghép gan	
Viêm gan B mạn, không xơ gan ▪ Nam từ nước dịch tễ > 40 tuổi^a ▪ Nữ từ nước có dịch > 50 tuổi^a ▪ Người dân Châu Phi ở tuổi trẻ^b ▪ Gia đình có người bị HCC ▪ Thang điểm PAGE-B ≥ 10^c	$\geq 0,2\%$ / năm
Không đủ nguy cơ và dữ kiện để khuyến cáo	$< 0,2\%$ / năm
▪ Viêm gan C và xơ hóa F3 ▪ NAFLD không xơ gan	

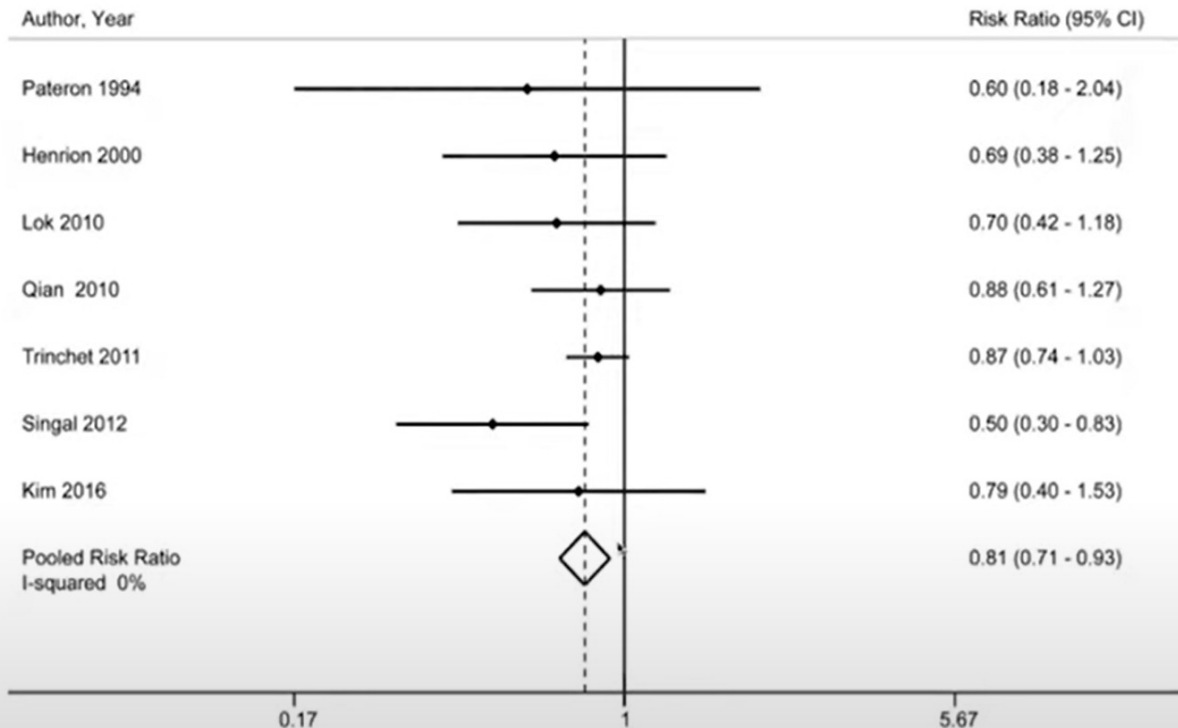
Singal Amit G. et al. AASLD Practice Guidance on prevention, diagnosis, and treatment of hepatocellular carcinoma. Hepatology 78(6):p 1922-1965, December 2023.

Chiến lược tầm soát HCC

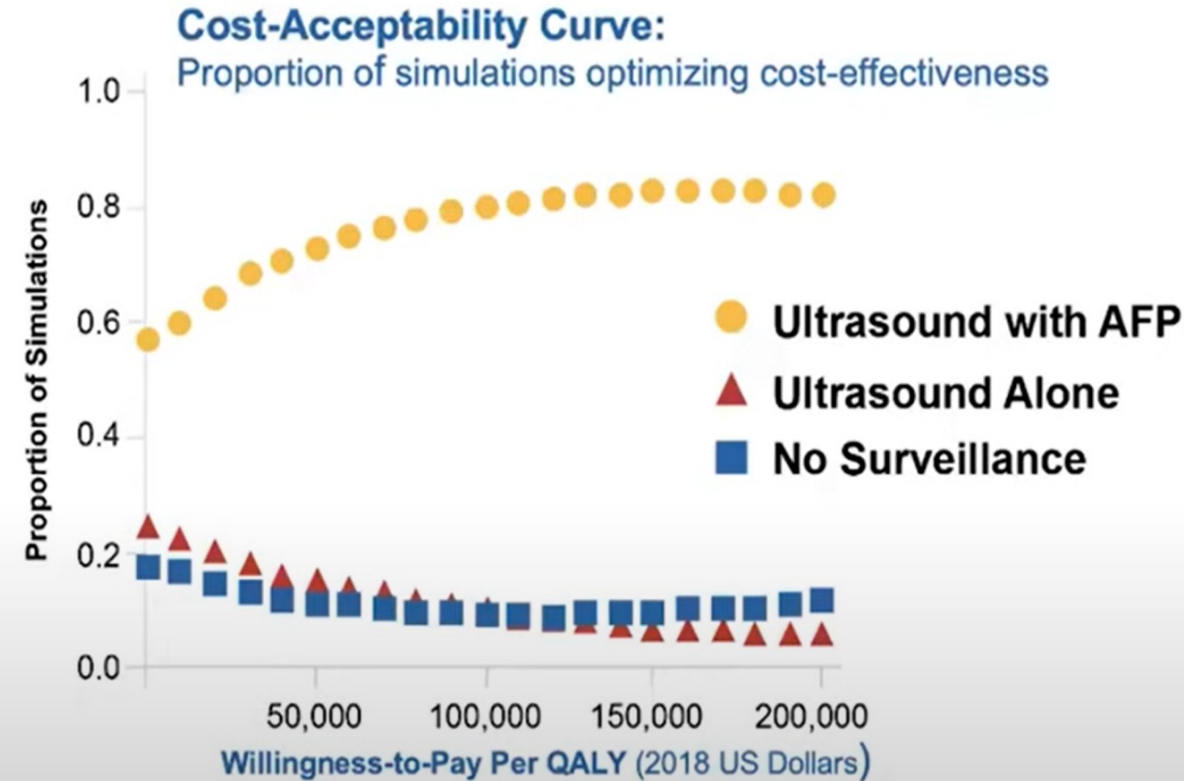
Tổ chức	Khuyến cáo tầm soát HCC
AASLD (2023)	Siêu âm bụng + AFP (6 tháng)
EASL (2018)	Siêu âm bụng (6 tháng)
APASL (2017)	Siêu âm bụng + AFP (6 tháng)
JSH (2021)	Siêu âm bụng + AFP, AFP-L3, DCP (3-6 tháng)
Việt Nam (2020)	Siêu âm bụng + AFP, AFP-L3, DCP (3-6 tháng)

Bruix et al. 2011 Hepatology 53 (3)
EASL-EORTC Clinical Practice Guidelines: Management of HCC 2011
NCCN Guidelines 2016 Hepatobiliary Cancers
Japan Society of Hepatology, Clinical Practice Guidelines for HCC 2009
Hepatol Int (2017) 11:317–370

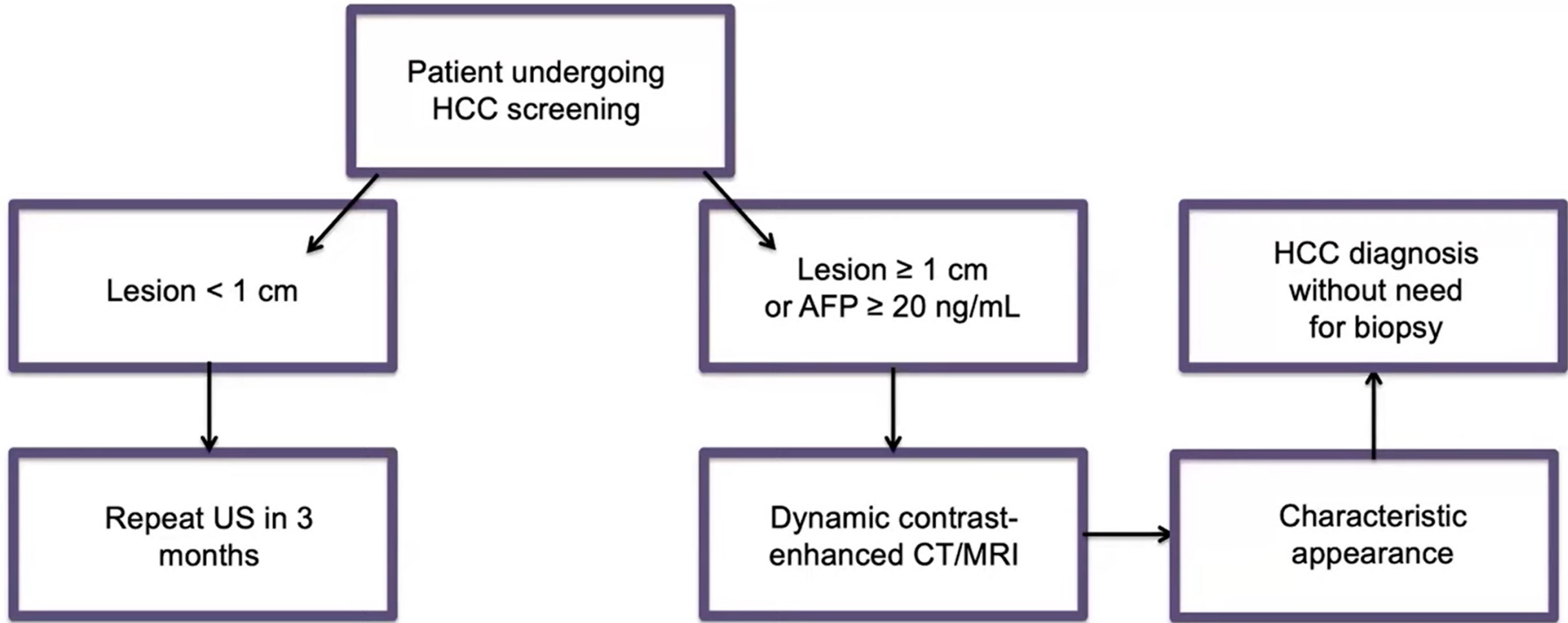
Vai trò của siêu âm bụng + AFP trong tầm soát HCC



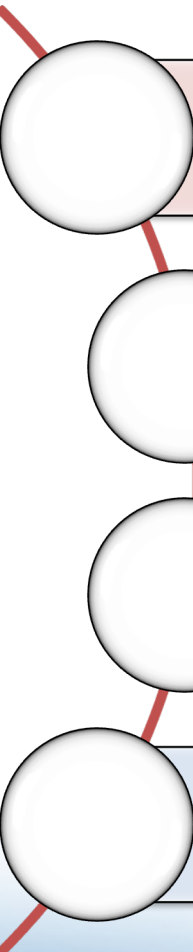
Sensitivity of US with vs without AFP for early-stage HCC:
63% vs. 45% ($p=.002$)



Chiến lược tầm soát HCC sớm



Dàn bài



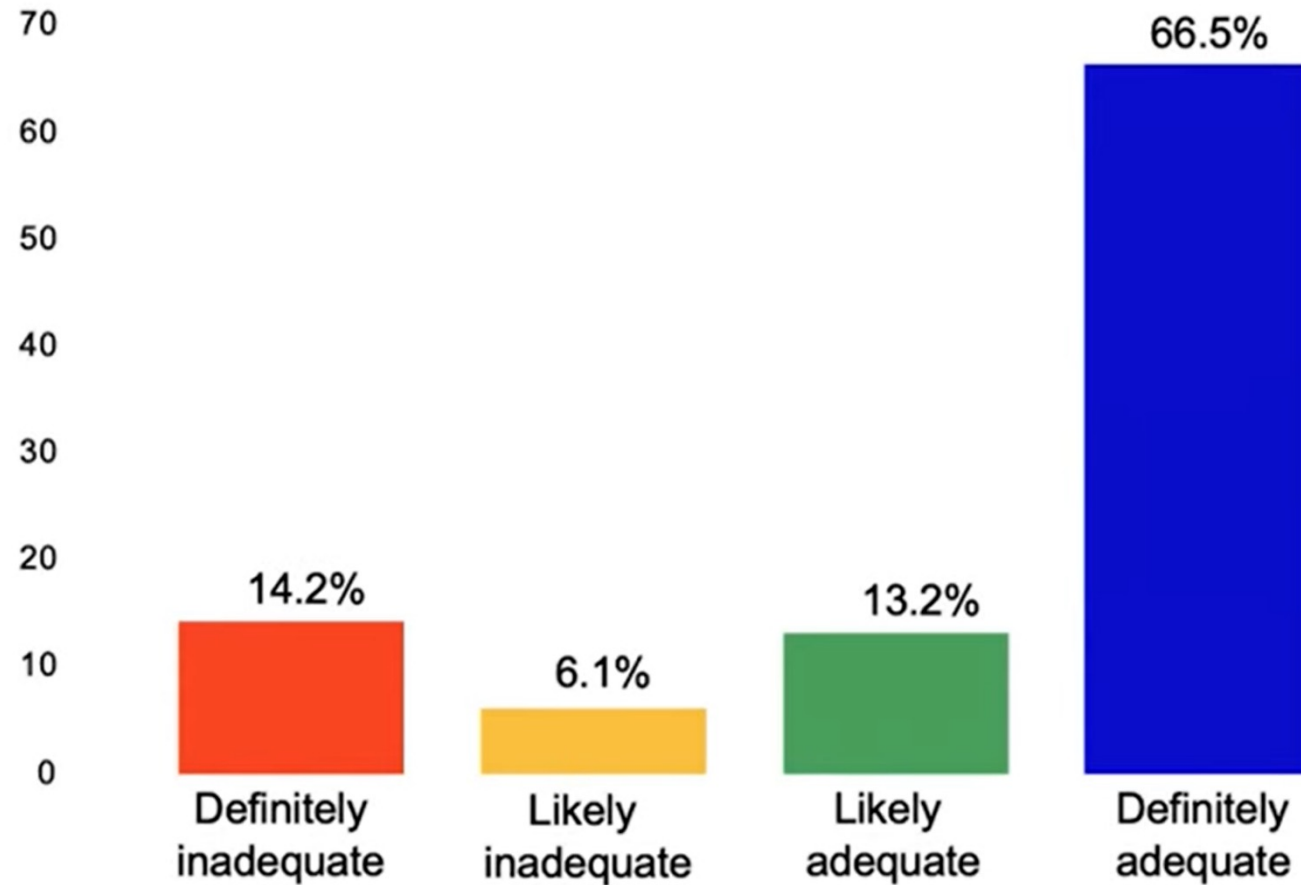
Đại cương và yếu tố nguy cơ HCC

Chiến lược tầm soát HCC trên bệnh nhân có yếu tố nguy cơ

Làm sao chẩn đoán sớm HCC

Kết luận

1/5 siêu âm không đủ chất lượng để loại trừ HCC/xơ gan



Child Pugh B/C
OR 1.65 (1.06 – 2.57)



Obesity
OR 2.60 (1.36 – 4.97)

Morbid Obesity
OR 8.86 (4.02 – 19.5)



**Alcohol-related
cirrhosis**
OR 1.84 (1.09 – 3.09)



NASH cirrhosis
OR 2.48 (1.30 – 4.75)

Vai trò của phân loại US-LIRADS (Visualization scores)

Visualization Scores

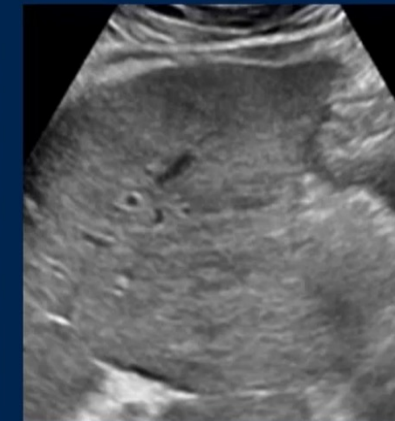
Score	Definition	Significance
A	No or minimal limitations	Sensitivity of test unlikely to be affected
B	Moderate limitations	Small masses may be obscured
C	Severe limitations	Significantly decreased sensitivity for focal liver lesions

Visualization Scores



VIS A

No or minimal limitations



VIS B

Moderate limitations



VIS C

Severe limitations

MRI nhạy hơn siêu âm trong phát hiện sớm HCC

Nghiên cứu tiến cứu với 407 bệnh nhân Child A-B (phần lớn VGB)

- 112 đợt tầm soát trong 1.5 năm
 - Siêu âm mỗi 6 tháng và MRI thực hiện ở tất cả bệnh nhân
- 43 bệnh nhân được chẩn đoán HCC
- 32 giai đoạn rất sớm và 10 BN giai đoạn sớm

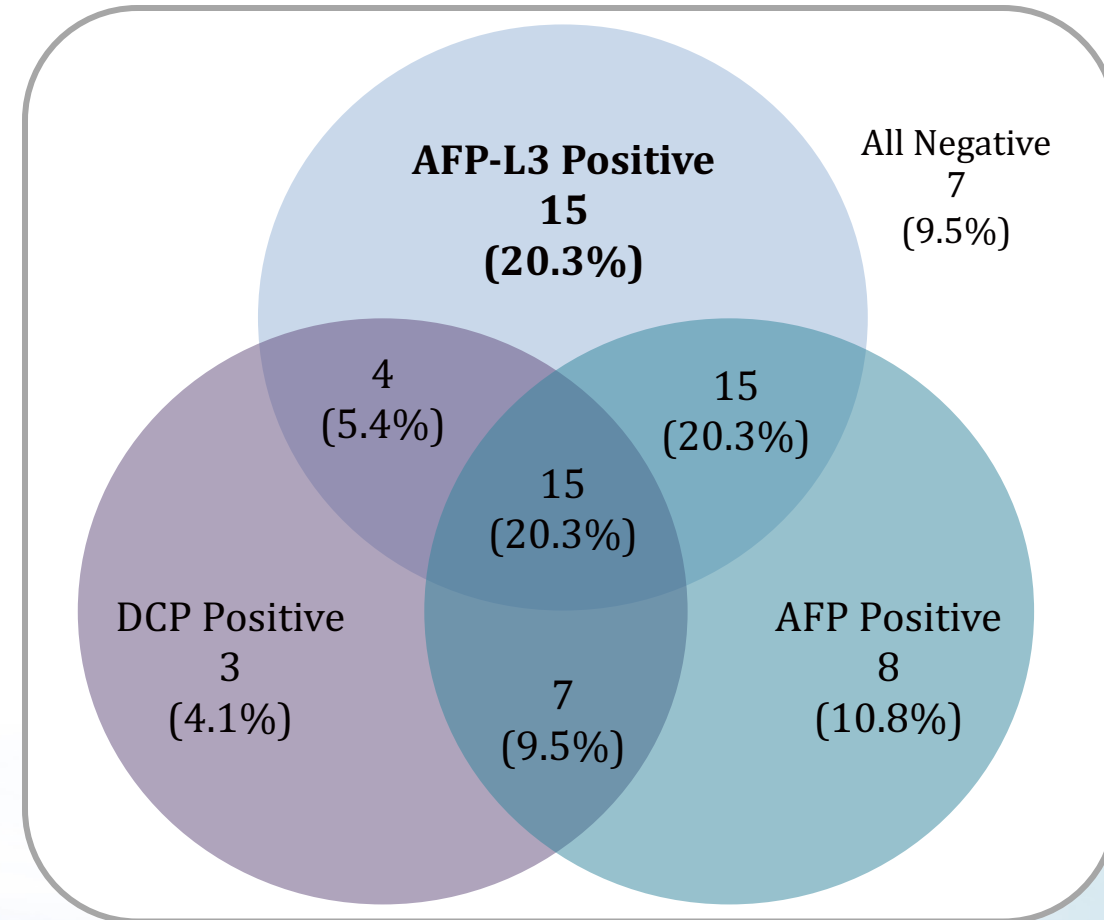
Nghiên cứu	MRI	US	P-value
Độ nhạy	86%	28%	P<0.001
Độ nhạy cho BCLC 0	86%	26%	P<0.001
Độ đặc hiệu	97%	94%	P=0.004

Kết hợp các tumor markers giúp tăng khả năng chẩn đoán HCC

If HCC biomarkers are used prior to imaging:

In this study of 74 patients, the use of AFP alone would have detected 45 HCC cases and missed 29 cases of HCC

	Cut-off point	Positive cases
AFP	≥ 20 ng/mL	45 (60.8%)
AFP-L3	≥ 10 %	49(66.2%)
DCP	≥ 7.5 ng/mL	29(39.2%)
Combination of AFP, AFP-L3, and DCP	Same as above	67(90.5%)

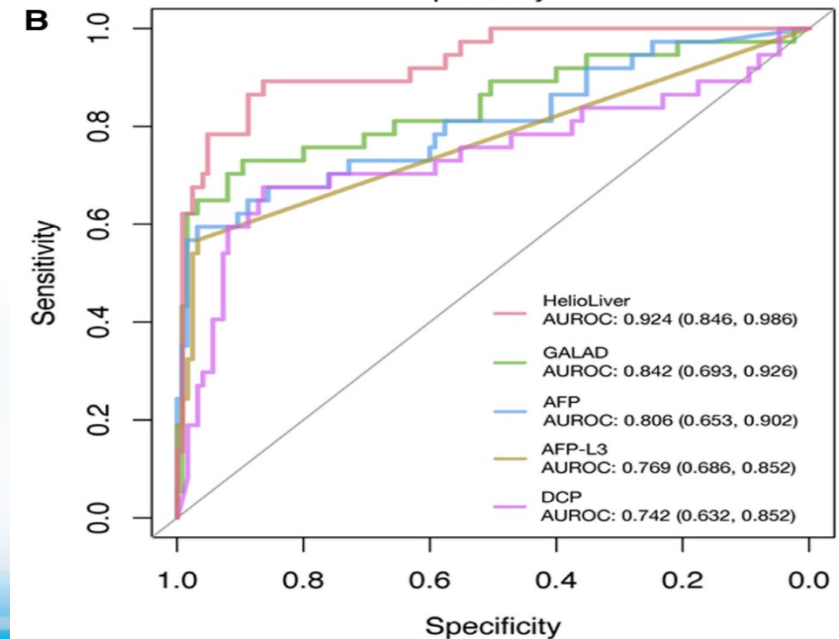
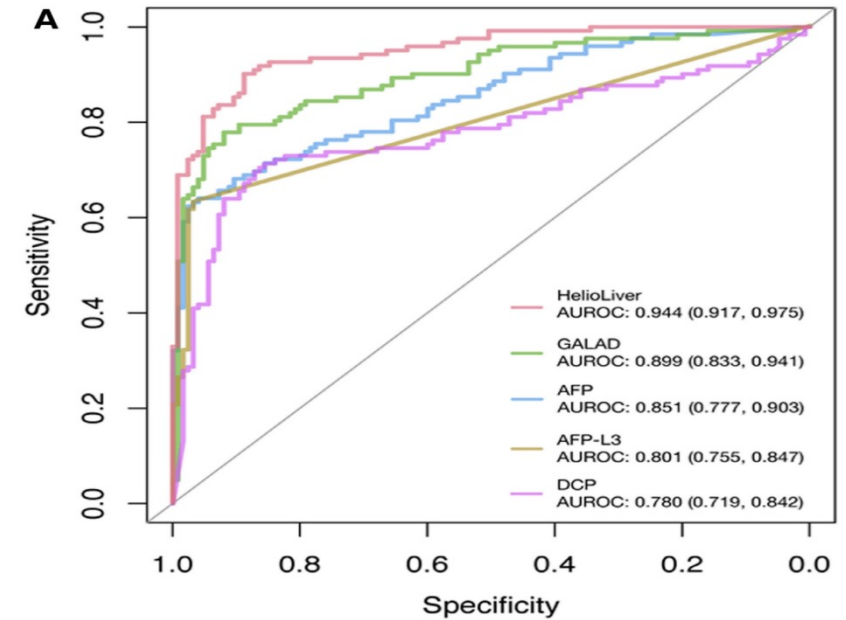
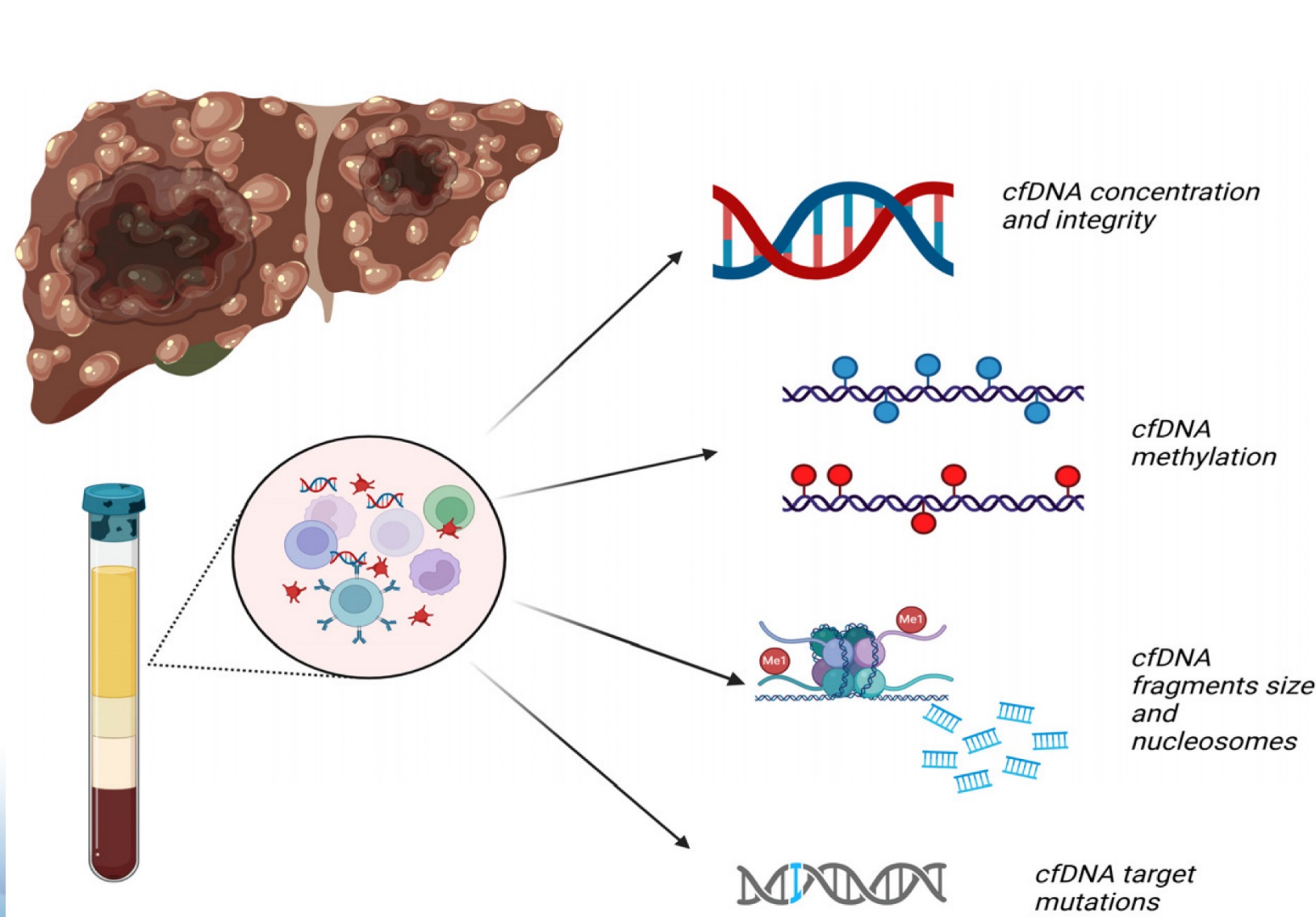


GALAD là thang điểm hứa hẹn cho chẩn đoán sớm HCC

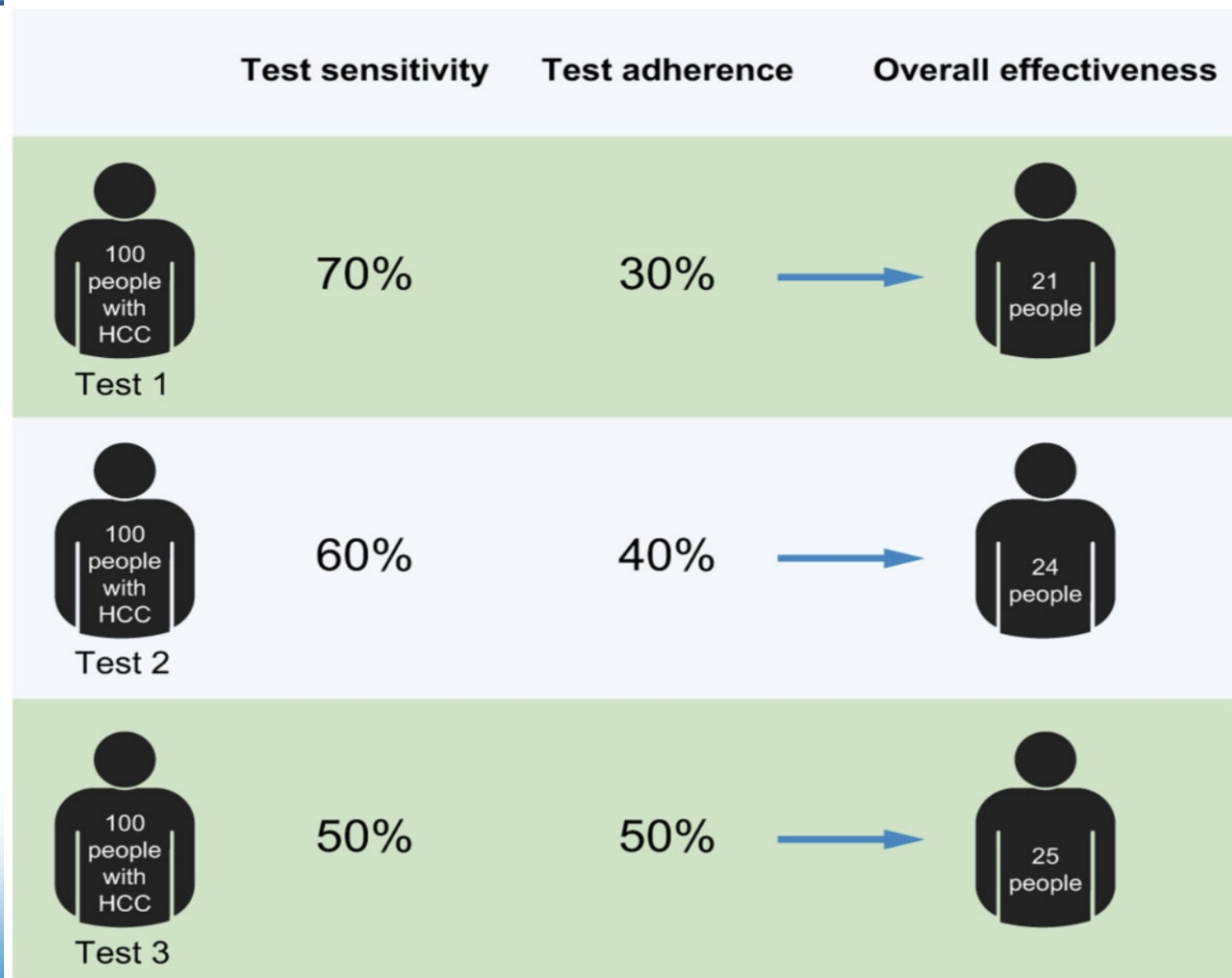
- Nghiên cứu đa quốc gia nest case-control với 6834 bệnh nhân (2430 HCC, 4404 bệnh gan mạn)
- **GALAD score** = $-10.08 + 0.09 \times \text{age} + 1.67 \times \text{gender} + 2.34 \times \log(\text{AFP}) + 0.04 \times \text{AFP-L3\%} + 1.33 \times \log(\text{DCP})$

Biến số	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Correctly classified
UK cohort (all)	91.6%	89.7%	90.6%
UK cohort (Milan)	80.2%	89.7%	87.9%
Japan cohort (all)	70.5%	95.8%	87.7%
Japan cohort (Milan)	60.6%	95.8%	87.7%
Germany cohort (all)	87.6%	88.6%	88.3%
Germany cohort (unifocal < 5cm)	67.4%	88.6%	87.5%

Cell-free DNA trong chẩn đoán sớm HCC

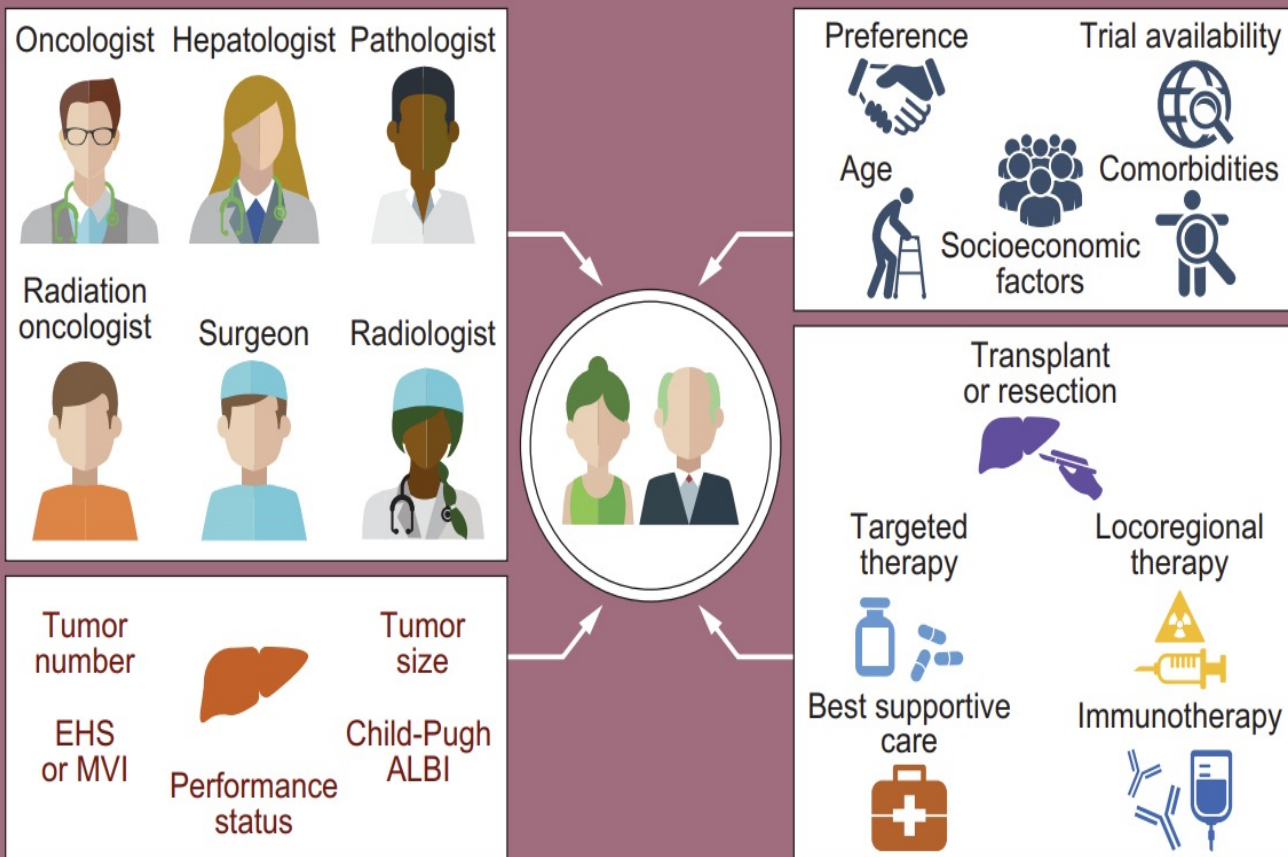


Tuần thủ xét nghiệm có vai trò quan trọng



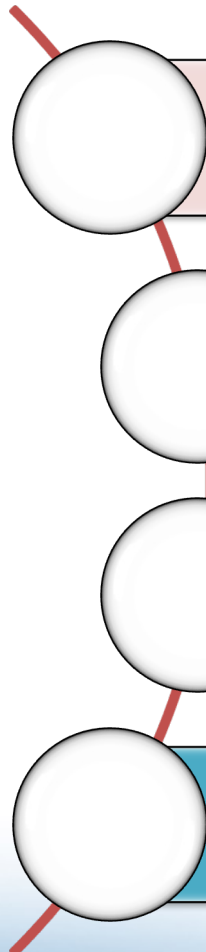
Vai trò của hội chẩn đa chuyên khoa

Multidisciplinary discussion



Study	Description	Outcomes
Serper 2017 (n=3988)	Multi-specialty evaluation or tumor board	Increase HCC treatment receipt and improve survival
Yopp 2014 (n=355)	Single day MDT clinic and conference	Improve early detection, curative treatment, time to treatment, and survival
Zhang 2013 (n=343)	Single day MDT clinic	Changed imaging/pathology interpretation and therapy plan
Chang 2008 (n=183)	Fluid referrals and joint conference	Improve early detection, curative treatment, and survival

Dàn bài



Đại cương và yếu tố nguy cơ HCC

Chiến lược tầm soát HCC trên bệnh nhân có yếu tố nguy cơ

Làm sao chẩn đoán sớm HCC

Kết luận

Kết luận

- HCC là bệnh lý ung thư hàng đầu tại Việt Nam với tỷ lệ tử vong cao
- Nguyên nhân HCC: viêm gan virus (B,C), rượu, bệnh gan nhiễm mỡ (NAFLD/MAFLD),...
- Phát hiện HCC giai đoạn sớm giúp cải thiện tiên lượng sống và điều trị triệt để bệnh
- Siêu âm bụng + AFP (có thể kết hợp với AFP-L3, PIVKAll) được khuyến cáo trong tầm soát HCC ở bệnh nhân có nguy cơ
- Cần kết hợp nhiều tumor marker, hình ảnh học thông qua hội chẩn đa chuyên khoa để tăng khả năng phát hiện sớm HCC

Thank you for your attention...

