

VAI TRÒ CỦA HỘI CHẨN ĐA CHUYÊN KHOA TRONG LỰA CHỌN ĐIỀU TRỊ TỐI ƯU CHO BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN

PHAN MINH TRÍ
BÀNH TRUNG HIẾU



NỘI DUNG

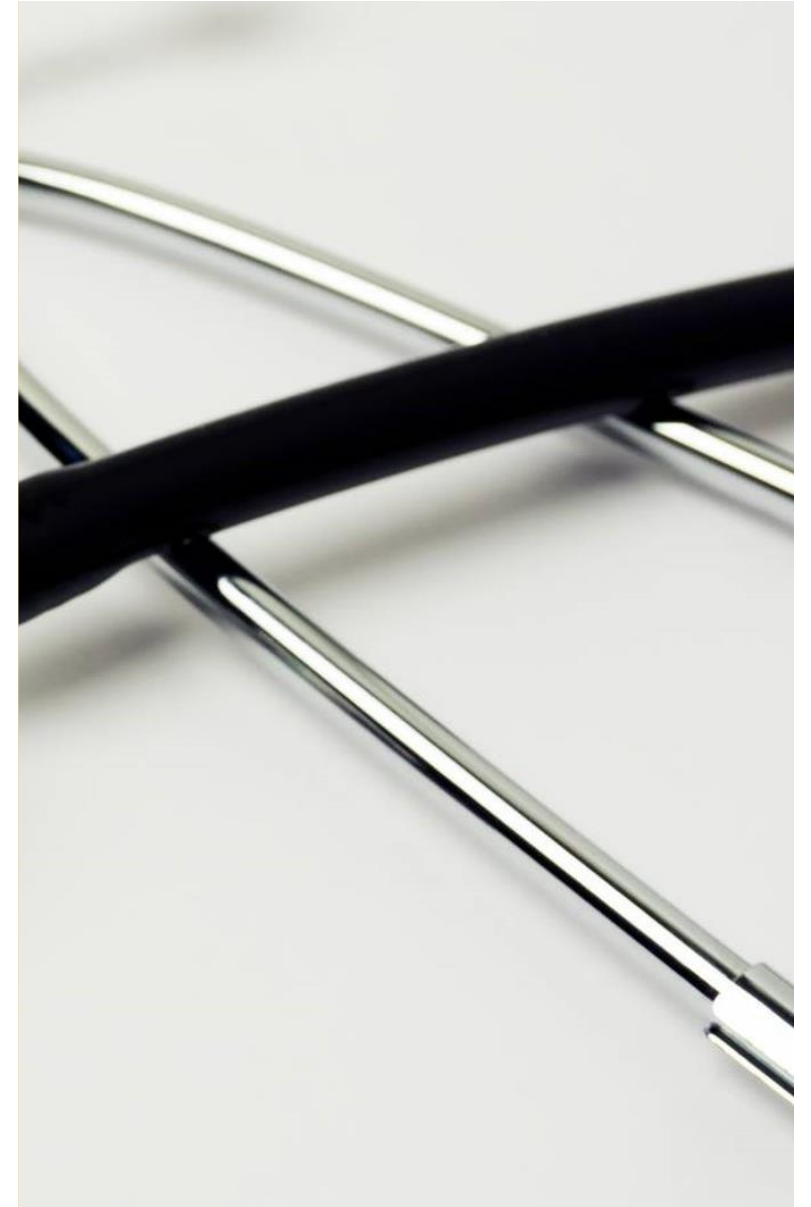
Giới thiệu

Định nghĩa mô hình MDT

Lợi ích của mô hình MDT

Hạn chế và thách thức

Kết luận và khuyến nghị



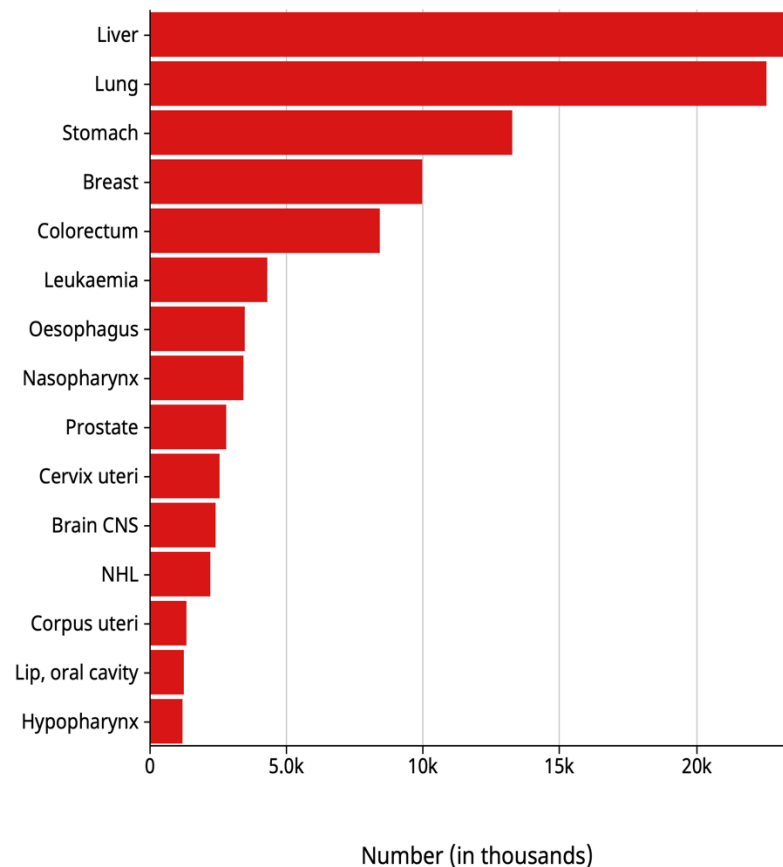
TÌNH HÌNH UNG THƯ GAN TẠI VIỆT NAM

- Đứng đầu về số ca tử vong ở 2 giới
- Đứng đầu về số ca mới mắc và tử vong ở nam giới
- Có ít trung tâm có đầy đủ phương tiện và phương pháp điều trị hiệu quả

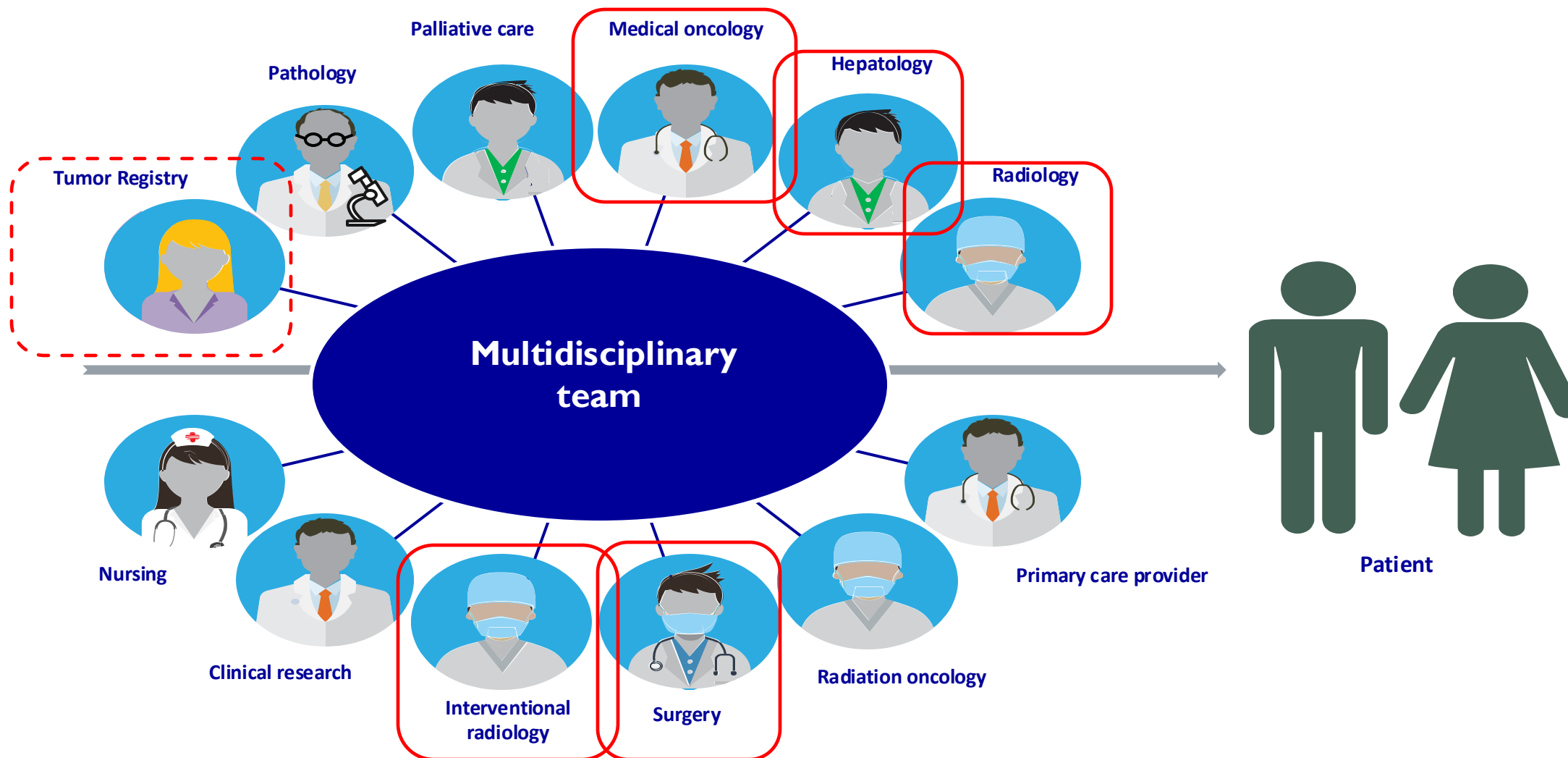
Absolute numbers, Mortality, Both sexes, in 2022

Viet Nam

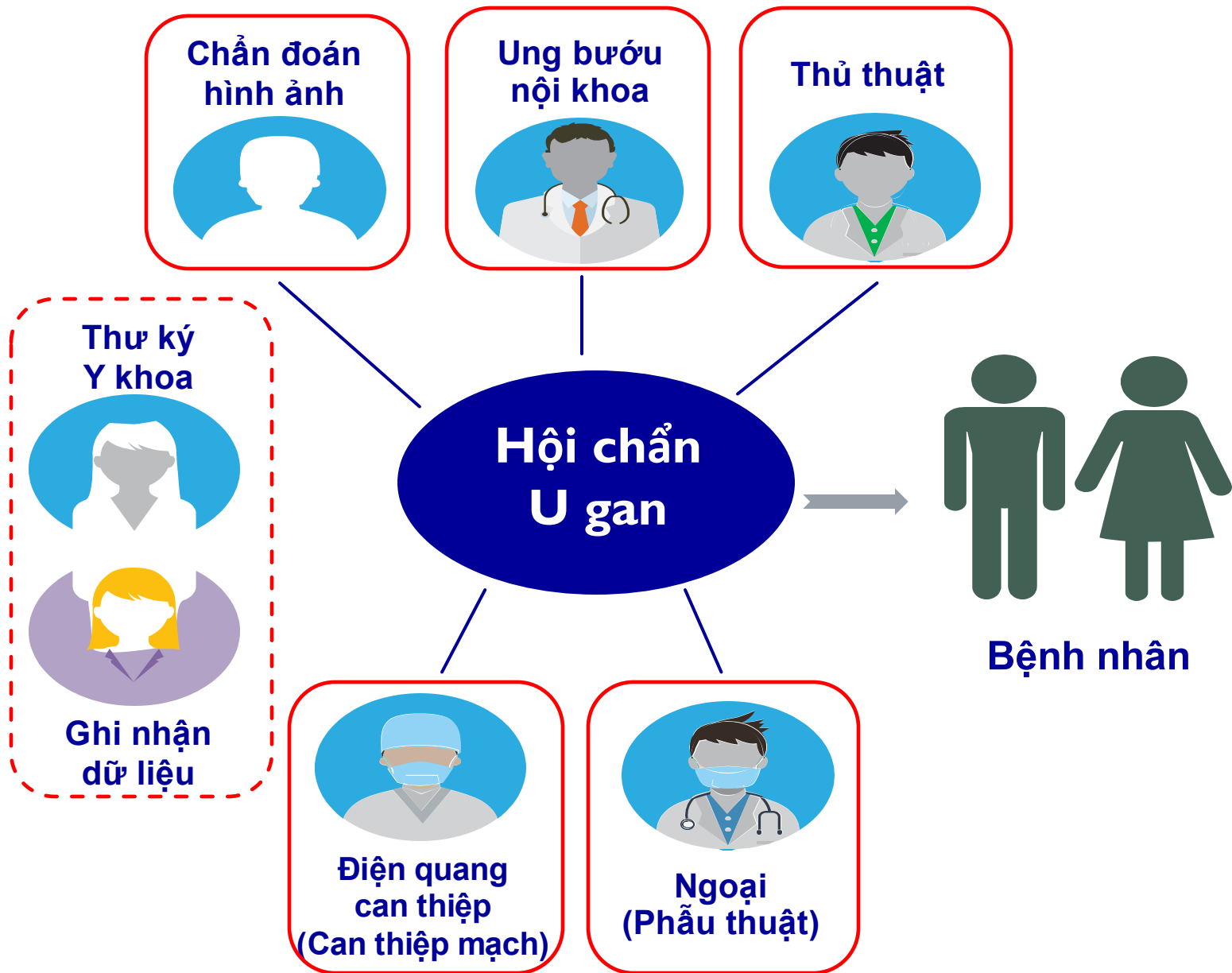
(Top 15 cancer sites)



MÔ HÌNH HỘI CHẨN ĐA CHUYÊN KHOA TRONG UNG THƯ GAN



* Original slide of Prof. Robert G Gish - Looking back from 2020 : What has happened over the last 2 years ?



Thành viên Chủ yếu

- **BS Ngoại khoa**
(Phẫu thuật viên)
- **BS Điện quang can thiệp**
(Can thiệp mạch)
- **BS làm thủ thuật đốt u**
(Nội khoa/Hình ảnh can thiệp)
- **BS Chẩn đoán hình ảnh**
- **BS Ung bướu Nội khoa**
- **Thư ký Y khoa**

Người phụ trách ghi nhận dữ liệu

VAI TRÒ CỦA TỪNG THÀNH VIÊN TRONG MDT



- **Phẫu thuật viên gan mật:** xem xét khả năng cắt gan hoặc ghép gan.
- **Bác sĩ nội khoa và ung thư:** đánh giá bệnh lý gan nền và lựa chọn biện pháp điều trị toàn thân.
- **Bác sĩ chẩn đoán hình ảnh và can thiệp mạch:** đánh giá hình ảnh CT/MRI, thực hiện TACE, RFA, MWA.
- **Bác sĩ xạ trị, bác sĩ chăm sóc giảm nhẹ:** tối ưu hoá liều xạ, điều trị hỗ trợ người bệnh.
- **Điều dưỡng:** hướng dẫn chăm sóc và giáo dục kiến thức
- **Thư ký y khoa:** ghi nhận dữ liệu và tạo lịch hẹn điều trị phù hợp

SỰ KHÁC NHAU GIỮA HỘI CHẨN ĐA CHUYÊN KHOA VÀ ĐIỀU TRỊ ĐA MÔ THỨC TRONG HCC

- Hội chẩn đa chuyên khoa (MDT – Multidisciplinary Team / Tumor board) : nhiều chuyên gia từ nhiều chuyên ngành cùng hội chẩn 1 ca bệnh, nhằm lựa chọn phương pháp điều trị tối ưu cho BN
- Điều trị đa mô thức (MMT – Multimodal Treatment): áp dụng 2 hay nhiều hơn các phương pháp điều trị cho BN trong cùng 1 lần hoặc 1 khoảng thời gian điều trị

Multimodal approaches to the treatment of hepatocellular carcinoma

Giuseppe Cabibbo*, Federica Latteri, Michela Antonucci and Antonio Craxì

MULTIMODAL TREATMENT FOR HEPATOCELLULAR CARCINOMA

Multimodal treatment for HCC can involve different modalities and treatment durations, and can be tailored according to the degree of liver function, the presence or absence of portal hypertension and the availability of different techniques. The number, location and size of lesions, the presence or absence of vascular invasion or extrahepatic spread and tumor aggressiveness are also important factors to consider. Combination therapies can be categorized as either concomitant, meaning that the different treatments are carried out during the same session or at essentially the same time, or sequential, meaning that the elements of the combined treatment are carried out one after another. Either strategy aims to increase the efficacy of treatment compared with monotherapy, for example to prevent tumor recurrence, or (in the case of sequential therapy) to slow tumor progression and reduce tumor size in patients who are awaiting liver transplantation (Box 1).

Box 1 The proposed purpose of combination therapy.

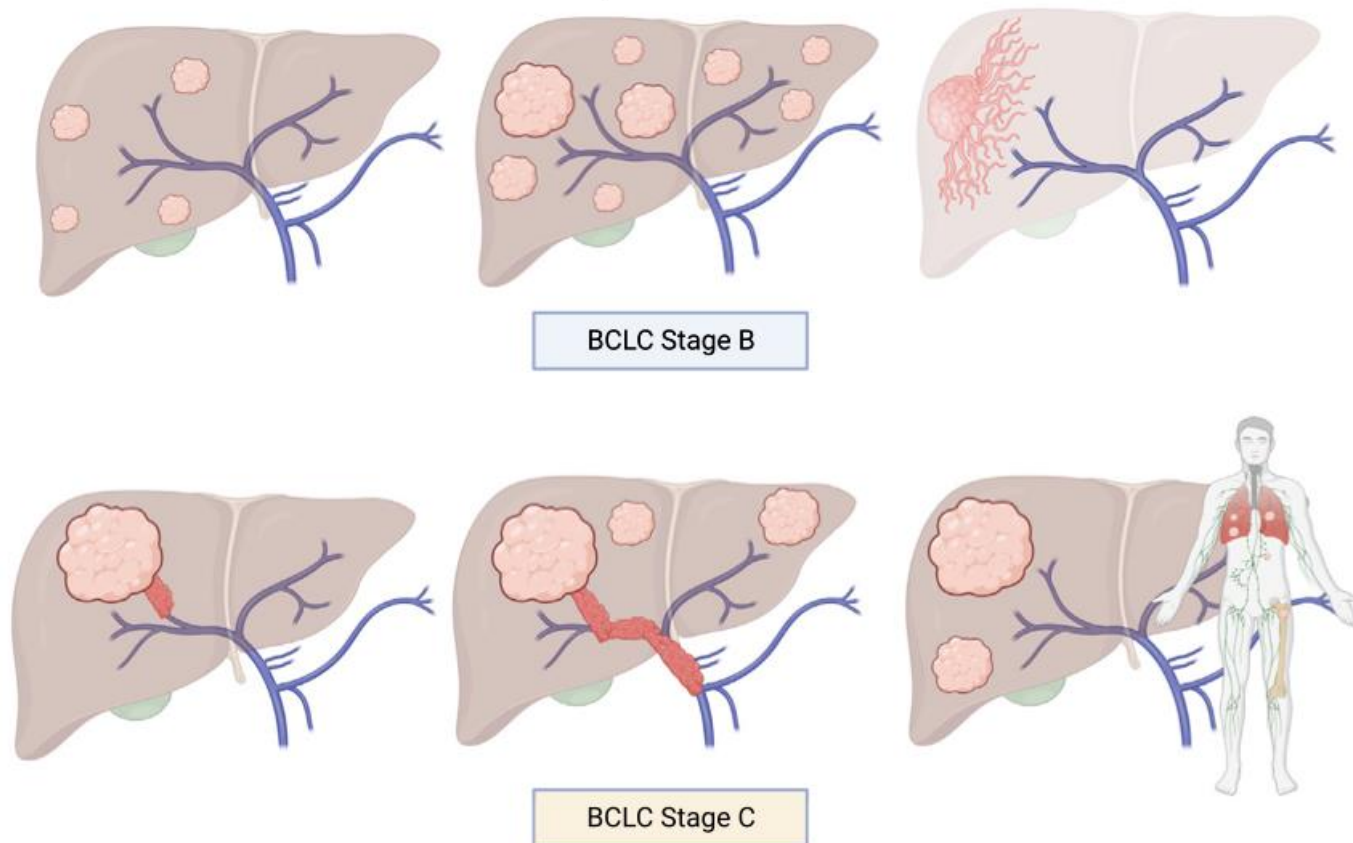
Concomitant therapy

- Improved effectiveness over monotherapy for the treatment of large or difficult lesions
- Improved effectiveness over monotherapy for the treatment of multiple lesions
- Improved effectiveness over monotherapy for the prevention of tumor recurrence

Sequential therapy

- Improved effectiveness over monotherapy for the treatment of large or difficult lesions
- Improved effectiveness over monotherapy for the prevention of tumor recurrence
- To slow tumor progression for patients awaiting liver transplantation
- To reduce tumor size to meet orthotopic liver transplantation criteria
- To allow for salvage transplantation in patients without proven malignant disease after liver resection if pathological findings (e.g. evidence of vascular invasion) indicate the patient is at high risk of tumor recurrence

Clinical Heterogeneity within BCLC Staging



BCLC Stage B

BCLC Stage C

FIG. 1 Clinical heterogeneity of intermediate and advanced stage hepatocellular carcinoma. Barcelona Clinic Liver Cancer Stage B (BCLC-B) = multifocal disease confined to the liver, BCLC Stage C (BCLC-C) = presence of macrovascular invasion and/or extrahepatic spread. Intermediate-stage disease can range from multiple lesions limited to single lobe to extensive bilobar involvement, to diffusely-infiltrative hepatic disease. Similarly, treatment options for advanced stage disease may differ depending on extent of macrovascular involvement and/or extrahepatic spread. (Created with Biorender.com.)

- Sự không đồng nhất của đặc điểm u + chức năng gan trong từng giai đoạn bệnh đòi hỏi **tiếp cận điều trị đa mô thức**
- BCLC-B:
 - Phẫu thuật + TACE/RFA
 - TACE + RFA
 - TACE + điều trị toàn thân
- BCLC-C:
 - Phẫu thuật + điều trị toàn thân
 - Điều trị toàn thân + TACE/RFA
 - HAIC/SBRT + RFA
 - Điều trị toàn thân + xạ trị
- Điều trị bệnh lý gan nền (xơ gan, viêm gan virus, xơ gan rượu, MASLD...)

LỢI ÍCH CỦA MÔ HÌNH MDT TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN

- Tăng khả năng phát hiện UTBMTBG và khả năng tiếp cận điều trị
- Cải thiện thời gian sống và giảm nguy cơ tử vong chung
- Đối với BN được ghép gan do UTBMTBG, MDT cải thiện sống còn toàn bộ và thời gian sống không tái phát
- Tuân thủ theo khuyến cáo của MDT giúp giảm lo âu, trầm cảm và cải thiện chất lượng sống

ORIGINAL ARTICLE

Implementation of a multidisciplinary treatment team for hepatocellular cancer at a Veterans Affairs Medical Center improves survival

So sánh giữa nhóm BN không được hội chẩn MDT và được hội chẩn MDT

TAMMY T. CHANG^a, RAJIV SAWHNEY^b, ALEXANDER MONTA^c, J BEN DAVOREN^d, JACOB G. KIRKLAND^a, LYGIA STEWART^a & CARLOS U. CORVERA^a

^aDepartment of Surgery, San Francisco and San Francisco Veterans Affairs Medical Center, University of California, San Francisco, CA, USA and ^bDepartment of Radiology, San Francisco and San Francisco Veterans Affairs Medical Center, University of California, San Francisco, CA, USA and ^cDepartment of Gastroenterology, San Francisco and San Francisco Veterans Affairs Medical Center, University of California, San Francisco, CA, USA and ^dDepartment of Surgery and Hematology/Oncology, San Francisco and San Francisco Veterans Affairs Medical Center, University of California, San Francisco, CA, USA

Table II. Treatment and survival of patients before and after establishment of the multidisciplinary treatment team (MDTT).

	Pre-MDTT November 2000–November 2003	Post-MDTT November 2003–November 2006
Total # of patients	62	121
AJCC stage*		
I	3 (5%)	35 (29%)
II	11 (18%)	40 (33%)
IIIA	16 (26%)	34 (28%)
IIIB	3 (5%)	2 (2%)
IIIC	4 (6%)	4 (3%)
IV	25 (40%)	5 (4%)
Treatment		
Not treated	39 (63%)	44 (36%)
Treated**	23 (37%)	77 (64%)
Palliative	19 (31%)	54 (45%)
Curative	4 (6%)	23 (19%)
Outcomes		
Survival**	13 (21%)	79 (65%)
Median Follow-up*** (months)	4.5	9.5

Statistical significance by the *Chi-squared test, $p < 0.0001$, **Fisher's exact test, $p < 0.0001$, or ***Mann-Whitney test, $p < 0.05$.

Table III. AJCC stage-by-stage and overall survival odds ratios after establishment of the multidisciplinary treatment team (MDTT).

	Survival odds ratio	95% confidence interval	p -Value
Stage I	1.44	0.12–17.92	NS
Stage II	15.50	2.82–85.09	< 0.001
Stage III	2.19	0.66–7.23	NS
Stage IV	21.00	1.83–240.66	0.01
Overall	7.10	3.46–14.52	< 0.0001

Note: Survival odds ratios were calculated in comparison to before the establishment of the MDTT by the Fisher's exact test. NS indicates not statistically significant.

MDT làm tăng gấp đôi số bệnh nhân được giới thiệu điều trị tăng tỉ lệ phát hiện sớm
cải thiện tỉ lệ sống còn chung (OR 7.1, $p < 0.001$), đáng kể nhất là ở giai đoạn II (OR 15.50, $p < 0.001$)

[Home](#) > [Annals of Surgical Oncology](#) > [Article](#)

Establishment of a Multidisciplinary Hepatocellular Carcinoma Clinic is Associated with Improved Clinical Outcome

Hepatobiliary Tumors | Published: 07 December 2013

Volume 21, pages 1287–1295, (2014) [Cite this article](#)

[Adam C. Yopp MD](#) , [John C. Mansour MD](#), [Muhammad S. Beg MD](#), [Juan Arenas MD](#), [Clayton Trimmer MD](#), [Mark Reddick MD](#), [Ivan Pedrosa MD](#), [Gaurav Khatri MD](#), [Takeshi Yakoo MD](#), [Jeffrey J. Meyer MD](#), [Jacqueline Shaw BSN](#), [Jorge A. Marrero MD](#) & [Amit G. Singal MD](#)

 1453 Accesses  212 Citations  22 Altmetric  1 Mention [Explore all metrics](#) →

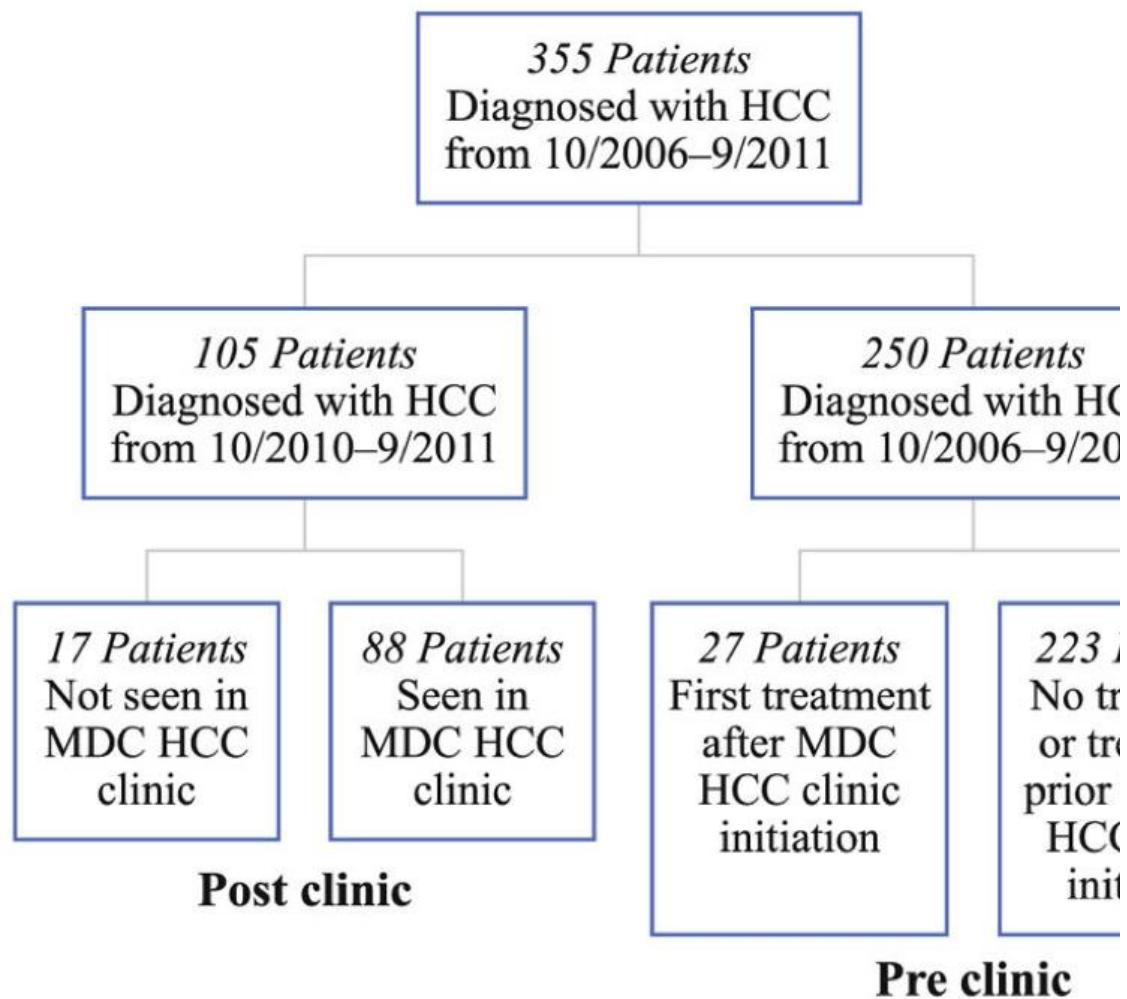


FIG. 2.

Flow diagram of patients diagnosed with HCC before and after initiation of the HCC MDC.

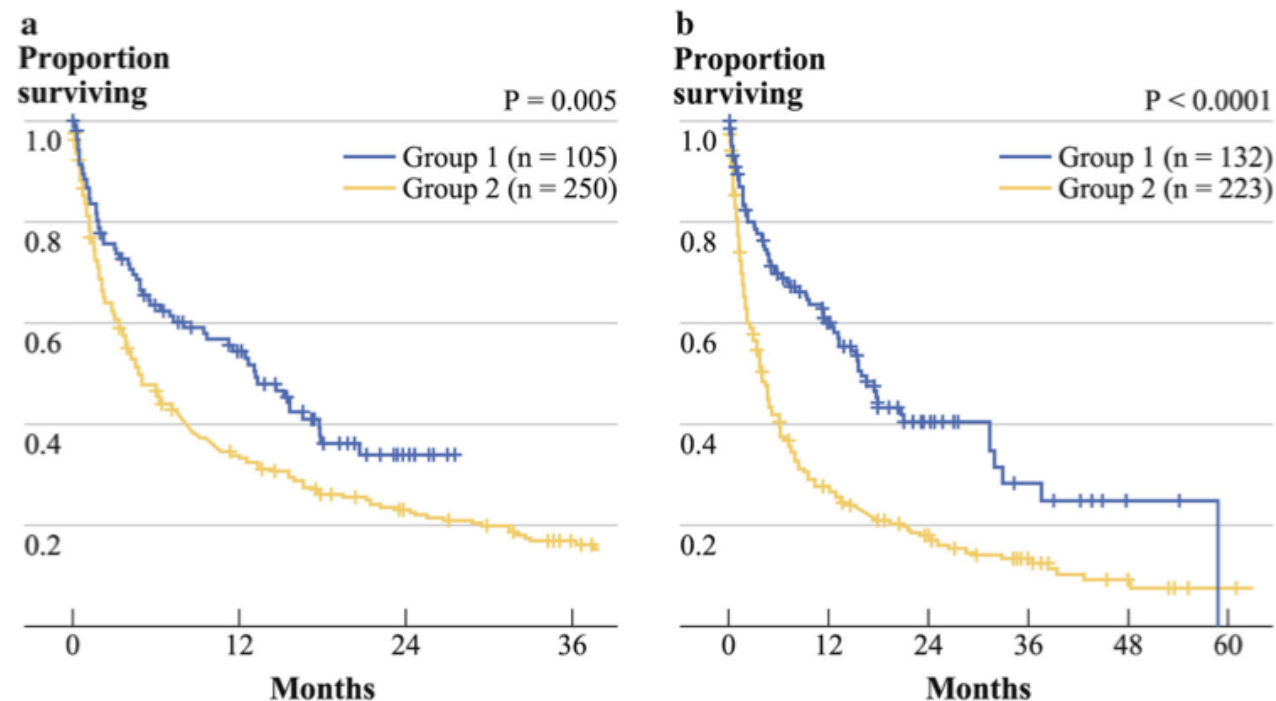


FIG. 1.

Kaplan–Meier estimated overall survival curves of patients (a) diagnosed after (blue line) or before (yellow line) the initiation of the HCC MDC and (b) either diagnosed after the initiation of the HCC MDC or who were diagnosed before MDC initiation but whose decision for treatment was made within the confines of the clinic (group 1) (blue line) versus patients who were diagnosed before MDC formation and either received no treatment or initial treatment before MDC formation (group 2) (yellow line).

Multidisciplinary Management of Hepatocellular Carcinoma Improves Access to Therapy and Patient Survival

Parul D. Agarwal, MD, Paulina Phillips, MD,* Luke Hillman, MD,†
Michael R. Lucey, MD,* Fred Lee, MD,‡ Josh D. Mezrich, MD,§
and Adnan Said, MD**

•Agarwal, Parul D. MD*; Phillips, Paulina MD*; Hillman, Luke MD†;
Lucey, Michael R. MD*; Lee, Fred MD‡; Mezrich, Josh D. MD§; Said,
Adnan MD*. Multidisciplinary Management of Hepatocellular
Carcinoma Improves Access to Therapy and Patient Survival.
Journal of Clinical Gastroenterology 51(9):p 845-849, October
2017. | DOI: 10.1097/MCG.0000000000000825

TABLE 3. Hepatocellular Carcinoma Treatment Data

Variables	MDTB (N = 306) (%)	Non-MDTB (N = 349) (%)	P
Any treatment	228 (75)	212 (61)	0.0001
Radiofrequency ablation	114 (37)	47 (13)	< 0.0001
Chemoembolization	63 (21)	59 (17)	0.16
Radioembolization	47 (15)	6 (2)	< 0.0001
Multimodality locoregional therapy	38 (12)	8 (2)	0.004
Resection	32 (10)	57 (16)	0.02
Systemic chemotherapy	33 (11)	57 (16)	0.11
Liver transplantation	72 (24)	48 (14)	0.0001

MDTB indicates multidisciplinary tumor board.

TABLE 4. Multivariate Survival Analysis (From Presentation)

Variables*	Hazard Ratio for Mortality	95% CI	P
Sex	0.902	0.647-1.257	0.543
Age	1.0	0.989-1.012	0.942
Presence of cirrhosis	0.652	1.036-2.635	0.035
MELD score at presentation	1.061	1.030-1.094	0.0001
AFP at presentation	1.000	1.000-1.000	0.014
T2 stage	0.626	0.426-0.919	0.017
HCC-specific treatment	0.281	0.191-0.415	0.0001
Tumor board	0.722	0.551-0.946	0.018
Ablation	1.022	0.739-1.413	0.895
TACE	0.926	0.664-1.290	0.649
Radioembolization	1.178	0.761-1.826	0.462
Liver transplantation	0.109	0.066-0.181	0.0001
Systemic chemotherapy	1.231	0.833-1.819	0.297

*Additional variables controlled for in multivariate analysis include number of nodules, bilobar involvement, multifocal disease, vascular involvement, extrahepatic disease and total bilirubin level at presentation.

CI indicates confidence interval; HCC, hepatocellular carcinoma; MELD, model for end-stage liver disease; TACE, transarterial chemoembolization.

ORIGINAL ARTICLE

OPEN

Multidisciplinary care for patients with HCC: a systematic review and meta-analysis

Karim Seif El Dahan¹ | Annika Reczek¹ | Darine Daher¹ | Nicole E. Rich¹ | Ju Dong Yang² | David Hsiehchen¹ | Hao Zhu¹ | Madhukar S. Patel³ | Maria del Pilar Bayona Molano⁴ | Nina Sanford⁵ | Purva Gopal⁶ | Neehar D. Parikh⁷ | Adam C. Yopp³ | Amit G. Singal¹

Seif El Dahan K, Reczek A, Daher D, Rich NE, Yang JD, Hsiehchen D, Zhu H, Patel MS, Bayona Molano MDP, Sanford N, Gopal P, Parikh ND, Yopp AC, Singal AG. Multidisciplinary care for patients with HCC: a systematic review and meta-analysis. *Hepatol Commun*. 2023 Apr 26;7(5):e0143. doi: 10.1097/HC9.0000000000000143. PMID: 37102768; PMCID: PMC10146543.

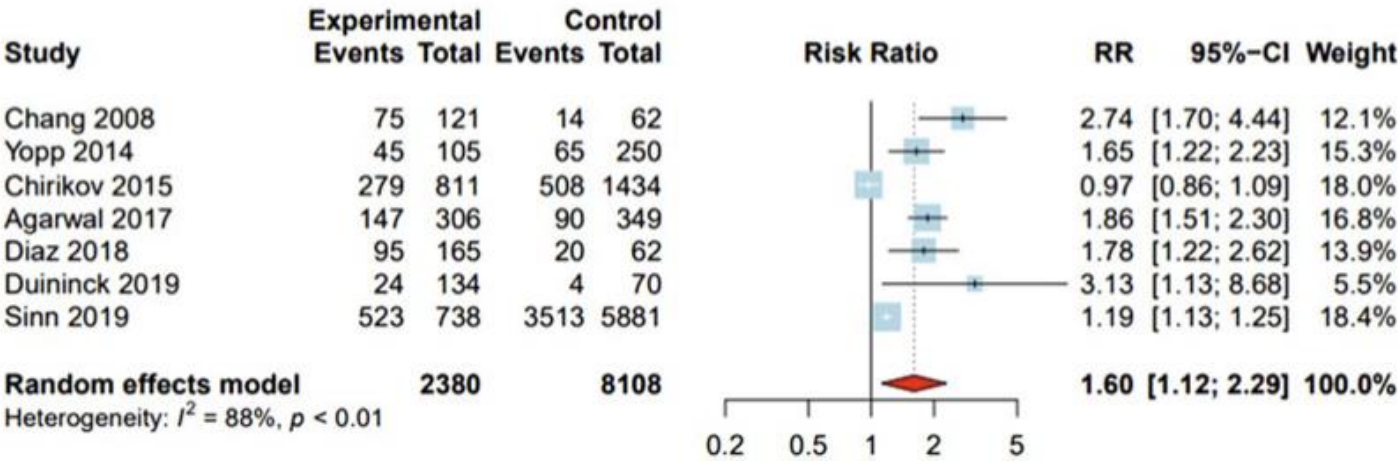


FIGURE 1 Association between multidisciplinary care and early-stage HCC. Patients under multidisciplinary care were significantly more likely to have early-stage HCC at presentation, with a pooled risk ratio (RR) of 1.60 (95% CI: 1.12–2.29). DerSimonian and Laird method was used for a random effects model.

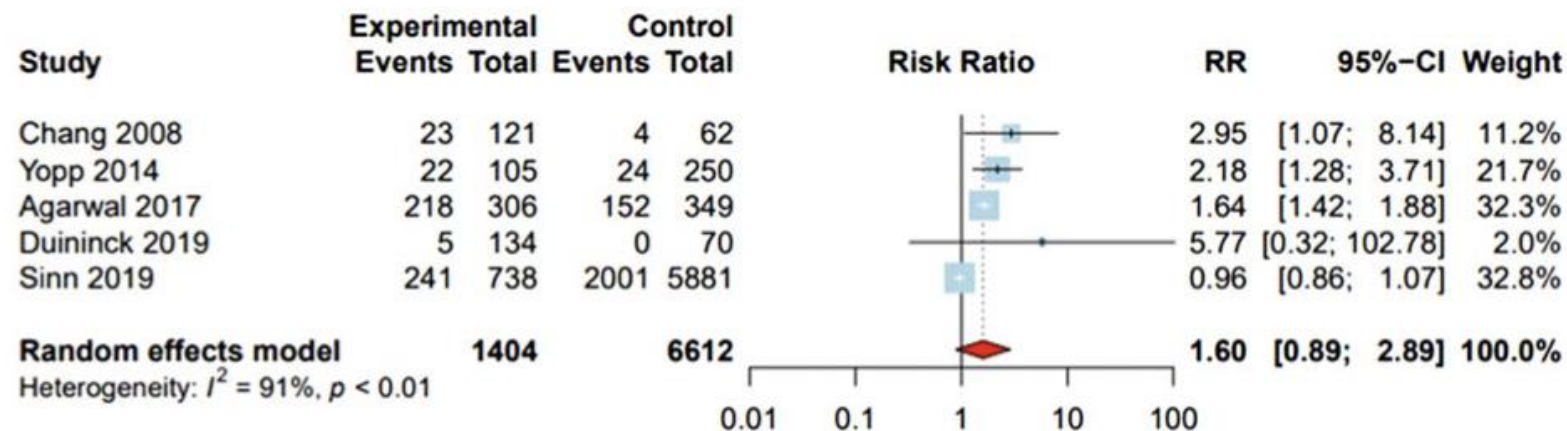


FIGURE 2 Association between multidisciplinary care and curative treatment receipt. Patients under multidisciplinary care had increased curative treatment, but the association was not statistically significant, with a pooled risk ratio (RR) of 1.60 (95% CI: 0.89–2.89). DerSimonian and Laird method was used for a random effects model.

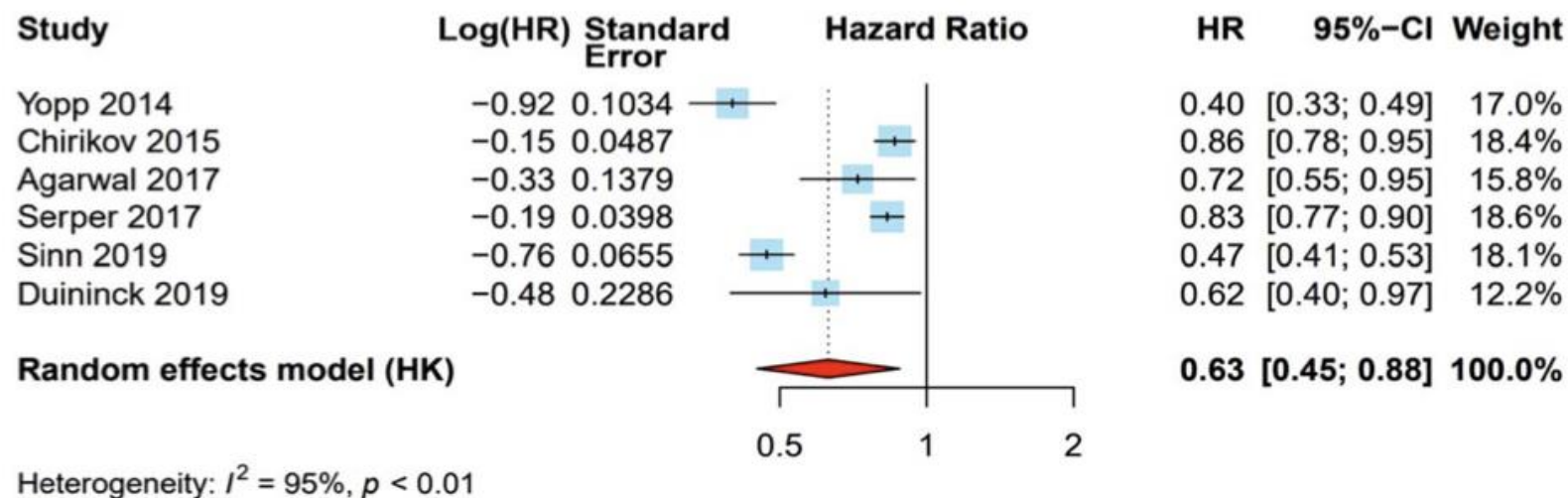


FIGURE 3 Association between multidisciplinary care and overall survival. Multidisciplinary care was significantly associated with improved survival, with a pooled HR of 0.63 (95% CI: 0.45–0.88); however, there was high heterogeneity ($I^2 = 95\%$, $p < 0.01$). DerSimonian and Laird method was used for a random effects model.

TABLE 3 Clinical outcomes, stratified by MDC status

References	Definition early-stage HCC	Early-stage HCC diagnosis	Curative therapy receipt ^a	Time-to-treatment initiation	Factors adjusted in survival analysis	Overall survival
Chang et al ^[21]	TNM stage I/II	MDC: 75/121 No MDC: 14/62	MDC: 23/121 No MDC: 4/62	NR	None	OR = 7.10 (95% CI: 3.46–14.5)
Yopp et al ^[22]	BCLC stage A	MDC: 45/105 No MDC: 65/250	MDC: 22/105 No MDC: 24/250	Mean 2.3 vs. 5.3 (<i>p</i> = 0.002)	Tumor stage, HCC treatment	HR = 0.40 (95% CI: 0.33–0.49)
Kani et al ^[23]	BCLC stage A	NR	Transplant: OR = 1.11, <i>p</i> = 0.79 Resection: OR = 1.06, <i>p</i> = 0.63	NR	None	Mean 11.1 vs. 7.4 mo (<i>p</i> = 0.01)
Chirikov et al ^[24]	TNM stage I	MDC: 279/811 No MDC: 508/1434	NA	NR	Demographics, comorbidities, liver etiology, tumor stage, HCC treatment	HR = 0.86 (95% CI: 0.78–0.95) ^a
Davison ^[25]	BCLC stage A	NR	MDC: 20.9% No MDC: 18.6%	NR	None	Median 15.1 vs. 6.3 mo (<i>p</i> = 0.2)
Vora ^[26]	Milan criteria	NR	Transplant: OR = 2.51, <i>p</i> = 0.002	NR	None	No difference 1-y overall survival
Agarwal et al ^[27]	Milan criteria	MDC: 147/306 No MDC: 90/349	MDC: 218/306 No MDC: 152/349	NR	Demographics, liver disease severity, AFP level, tumor stage, HCC treatment	HR = 0.72 (95% CI: 0.55–0.95)
Serper et al ^[28]	BCLC stage A	NR	Any treatment: OR = 1.19 (95% CI: 0.98–1.46)	NR	Demographics, comorbidities, liver disease severity, tumor stage, HCC treatment, region	HR = 0.83 (95% CI: 0.77–0.90)
Diaz et al ^[29]	BCLC stage A	MDC: 95/165 No MDC: 20/62	NR	No difference	None	Median 23.4 vs. 8.6 mo (<i>p</i> < 0.01)
Duininck et al ^[30]	BCLC stage A	MDC: 24/134 No MDC: 4/70	MDC: 5/134 No MDC: 0/70	NR	Demographics, tumor stage, HCC treatment	HR = 0.62 (95% CI: 0.40–0.98)
Sinn et al ^[31]	BCLC stage A	MDC: 523/738 No MDC: 3513/5881	MDC: 241/738 No MDC: 2001/5881	NR	Demographics, liver etiology, liver disease severity, tumor stage, AFP and DCP levels, HCC treatment	HR = 0.47 (95% CI: 0.41–0.53)
Ehab et al ^[32]	Not defined	NR	NR	Median 17 vs. 24 d (<i>p</i> < 0.01)	NA	NR

^aCalculated from *p*-value reported in manuscript.

Abbreviations: AFP, alpha-fetoprotein; BCLC, Barcelona Clinic Liver Cancer; DCP, des-gamma carboxy-prothrombin; MDC, multidisciplinary care; NA, not applicable; NR, not reported.

Seif El Dahan K, Reczek A, Daher D, Rich NE, Yang JD, Hsiehchen D, Zhu H, Patel MS, Bayona Molano MDP, Sanford N, Gopal P, Parikh ND, Yopp AC, Singal AG. Multidisciplinary care for patients with HCC: a systematic review and meta-analysis. *Hepatol Commun*. 2023 Apr 26;7(5):e0143. doi: 10.1097/HC9.0000000000000143. PMID: 37102768; PMCID: PMC10146543.

HẠN CHẾ VÀ THÁCH THỨC TRONG TRIỂN KHAI MDT TẠI VIỆT NAM

- Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị UTBMTBG của Bộ Y tế Việt Nam: **chưa hướng dẫn cụ thể** về quy trình MDT
- Quy trình hội chẩn MDT tại Việt Nam cần được chuẩn hoá và thiếu cơ sở khoa học (NC lâm sàng có đối chứng)
- MDT: Lựa chọn ca bệnh “**khó**” hay thường quy cho toàn bộ bệnh nhân?
- Ai sẽ là người ra quyết định (phẫu thuật viên, bác sĩ ung bướu nội khoa, bs CĐHA hay bác sĩ “**lớn**” chủ trì)?

- Triển khai MDT hiện tại chỉ có ở một số ít trung tâm
- Điều trị đa mô thức cho UTBMTBG bị giới hạn bởi phương tiện và nguồn lực của từng bệnh viện
- Mỗi thành viên trong MDT cần trang bị kiến thức, chỉ định điều trị của các chuyên khoa khác nhau
- Nguyên vọng điều trị và nhu cầu của bệnh nhân cần được nắm rõ trước khi hội chẩn MDT
- Xu hướng khám chữa bệnh nhanh chóng là 1 thói quen cần thay đổi vì MDT cần thời gian để ra quyết định
- Lịch hẹn cho 1 buổi MDT hoàn chỉnh (đầy đủ chuyên gia) rất khó khăn, làm tăng thời gian chờ và chi phí cho BN



CA LÂM SÀNG I

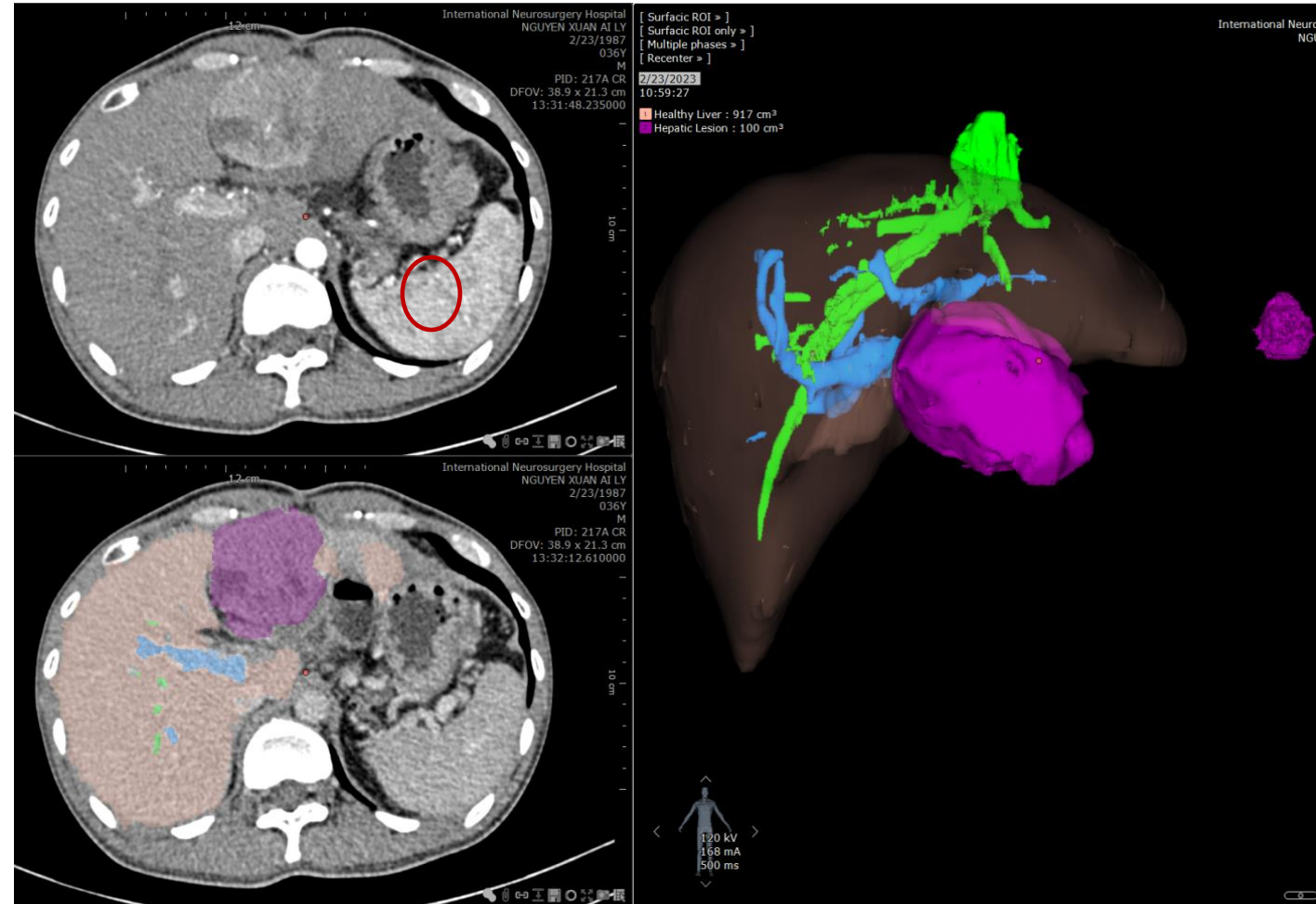
BN nam, 36 tuổi, đến khám tại khoa U gan BVCR vì K gan di căn ổ bụng (02/2023)

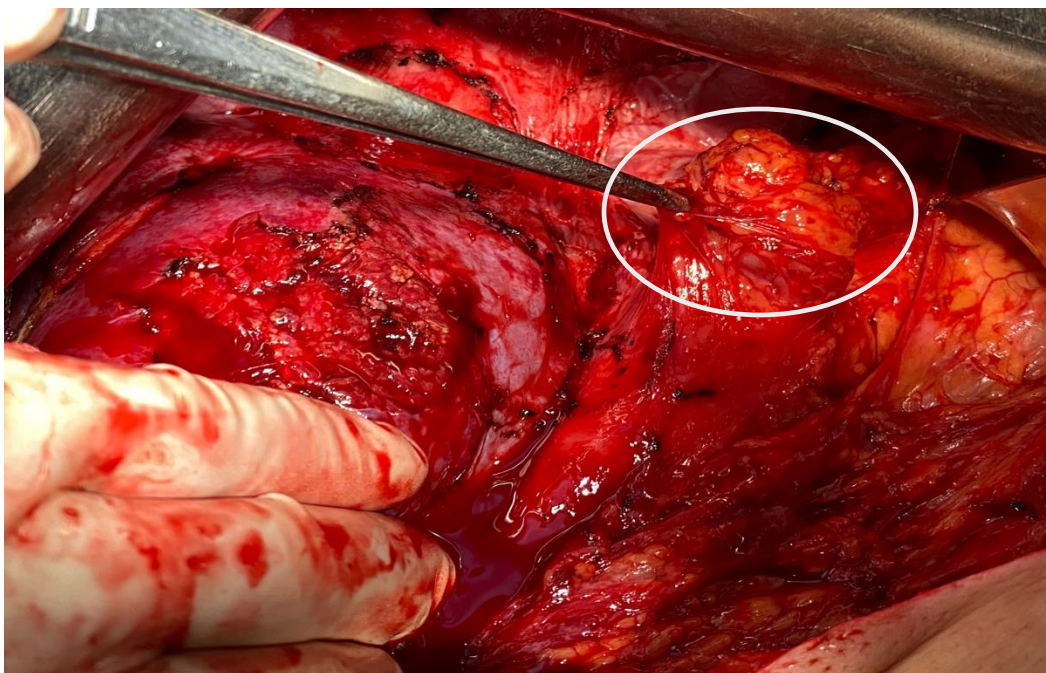
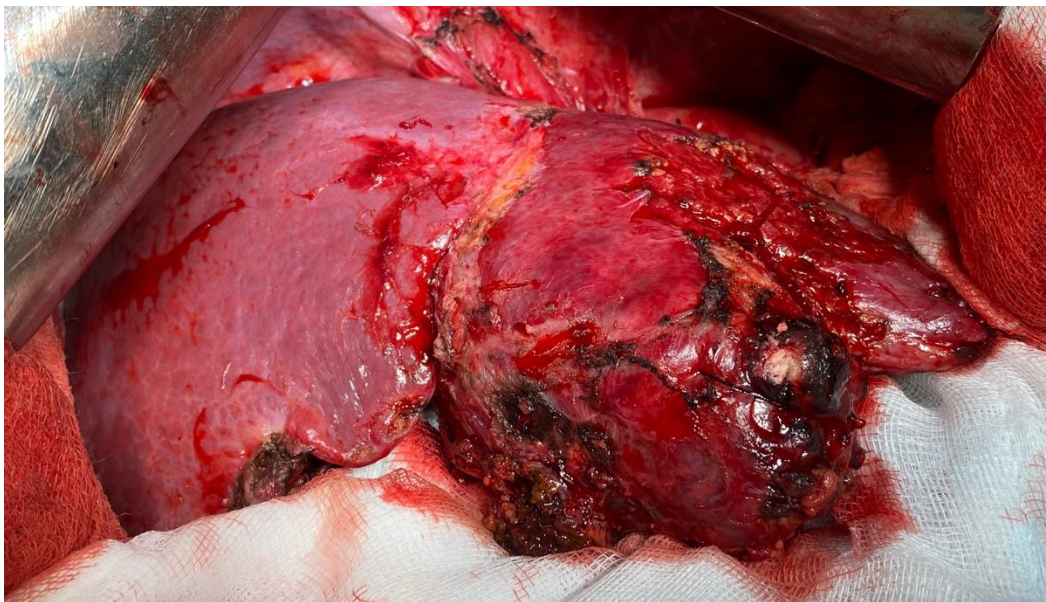
TC: đã PT lần 1 cắt rộng u gan HPT II do ung thư gan vỡ (06/2020), đã PT lần 2 cắt u di căn mạc treo ruột non (ung thư gan di căn) (10/2021)

BN được PT lần 3 để điều trị K gan tái phát, di căn ổ bụng nhưng không thể tiếp cận được u

BN được tư vấn sử dụng thuốc điều trị toàn thân nhưng không đủ điều kiện, nên đến khám U gan BVCR

AFP: 90.3 ng/ml, AFP-L3: 1.8%, PIVKA II: 32,4 mAU/ml



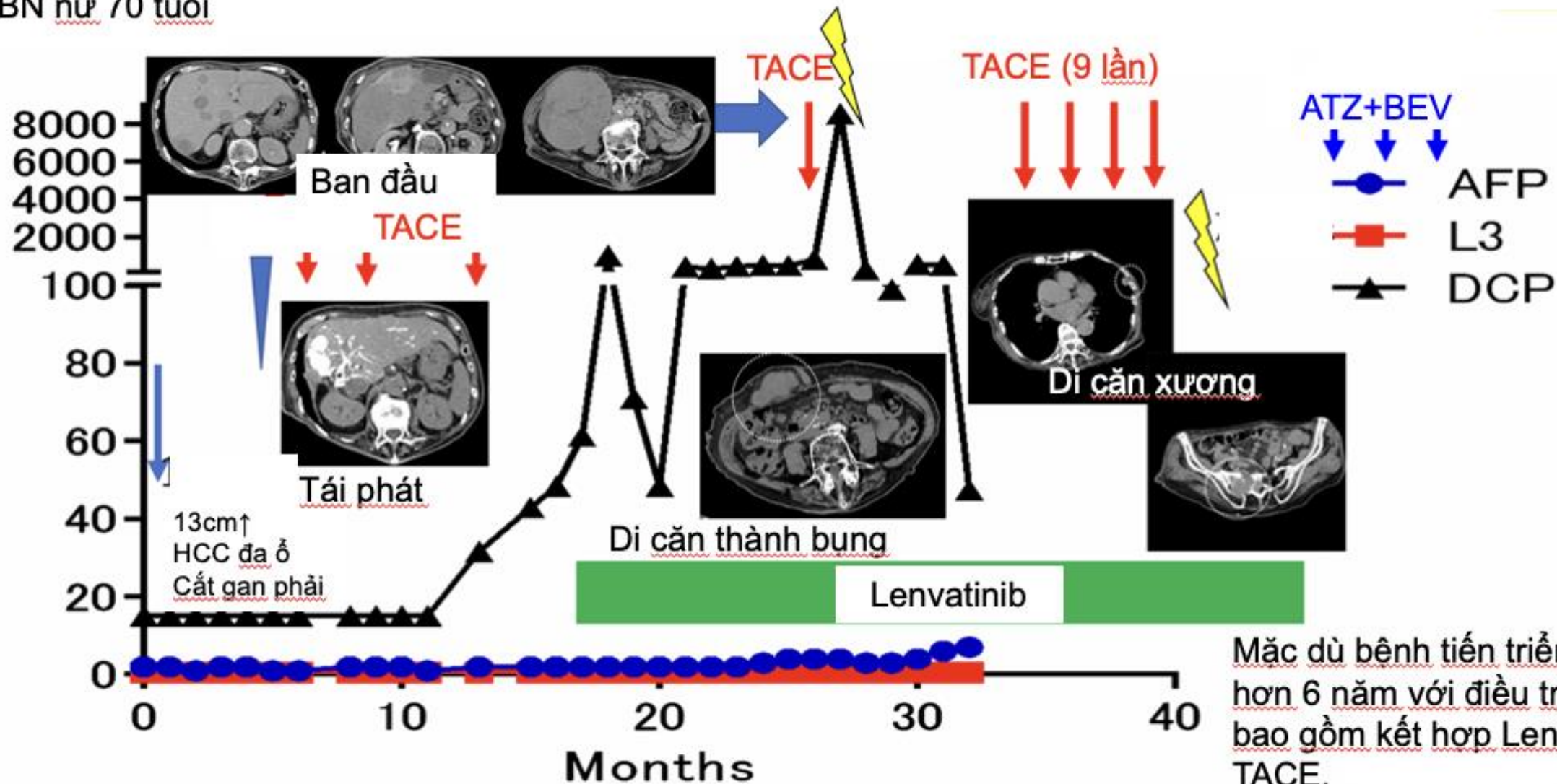


Cắt thủy trái gan +
cắt u di căn bờ cong
lớn dạ dày +cắt túi
mật
Tiếp cận bằng đường
mổ khác

10/2024: không phát
hiện tái phát
AFP: 4.3 ng/ml

CA LÂM SÀNG 2

BN nữ 70 tuổi



KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

- MDT có hiệu quả trong phát hiện sớm UTBMTBG, tăng khả năng điều trị triệt căn và cải thiện sống còn
- MDT là cần thiết để quyết định cho điều trị đa mô thức
- Tính cấp thiết của việc chuẩn hoá quy trình hội chẩn MDT cũng như nghiên cứu ứng dụng tại điều kiện y tế Việt Nam
- Yêu cầu tự đào tạo, nâng cao kiến thức chuyên môn về các phương pháp điều trị khác ngoài chuyên ngành là bắt buộc đối với từng thành viên trong MDT

XIN CẢM ƠN ĐÃ
LẮNG NGHE!

