
	<p>PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) KSM PENYAKIT DALAM RSUD ARIFIN ACHMAD PROVINSI RIAU</p>	<p>Pekanbaru, April 2024 Ditetapkan,</p> <p>DIREKTUR RSUD ARIFIN ACHMAD PROVINSI RIAU</p>  <p>drg. Wan Fajriatul Marnunah, Sp.KG NIP. 19780618 200903 2 001</p>
<p>KARSINOMA HEPATOSELULER .</p>		
<p>1. Pengertian</p>	<p>Karsinoma hepatoseluler (KHS) atau hepatoma merupakan kanker yang berasal dari sel hati. KHS merupakan kanker nomor 5 tersering di dunia dan nomor 3 yang paling sering menyebabkan kematian. Insidens KHS bervariasi di setiap negara secara umum bergantung pada prevalensi penyakit hati kronis khususnya hepatitis virus kronis.</p> <p>Faktor risiko hepatoma diantaranya adalah: sirosis karena sebab apapun, infeksi kronis Hepatitis B atau C, konsumsi etanol kronis, NASH/ NAFL, aflatoksin B1 atau mikotoksin lainnya.</p>	
<p>2. Anamnesis</p>	<p>Penurunan berat badan, nyeri perut kanan atas, anoreksia, malaise, benjolan perut kanan atas, jaundice, nausea</p>	
<p>3. Pemeriksaan Fisik</p>	<p>Hepatomegali berbenjol-benjol, stigmata penyakit hati kronik, malnutrisi, nyeri abdomen (<i>cancer pain</i>)</p> <p>Didapatkan gejala klinis lain sesuai dengan keparahan penyakit hati seperti: mata kuning, asites, manifestasi perdarahan (hematemesis-melena), ensefalopati hepatic, hipotensi dan syok septik</p>	
<p>4. Kriteria Diagnosis</p>	<p>Kriteria Radiologi didasarkan atas: gejala klinik, laboratorium, pencitraan, dan histologi. Histologi masih merupakan standar emas untuk diagnosis KHS. Terdapat beberapa konsensus yang menetapkan kriteria diagnosis yang berbeda, karena adanya limitasi penunjang diagnostik pada beberapa negara.</p>	
<p>5. Diagnosis Kerja</p>	<p>Berdasarkan konsensus <i>Asia pacific association of the study of the liver</i> (APASL) tahun 2017, kriteria diagnosis KHS dapat dilihat pada gambar 1 dan gambar 2</p>	

1. Typical HCC can be diagnosed by imaging, regardless of its size, if a typical vascular pattern (i.e., arterial enhancement with portal venous wash-out) is obtained on dynamic CT, dynamic MRI, or CEUS (A1).
2. Nodular lesions that show an atypical imaging pattern (e.g., iso- or hypovascular in the arterial phase or arterial hypervascularity alone without portal venous wash-out) should undergo further examination (A1).
3. Gd-EOB-DTPA-enhanced MRI can detect the earliest initial change of HCC, including HGDN, and early HCC (B1).

Gambar 1. Kriteria diagnosis KHS secara klinis berdasarkan APASL konsensus 2017

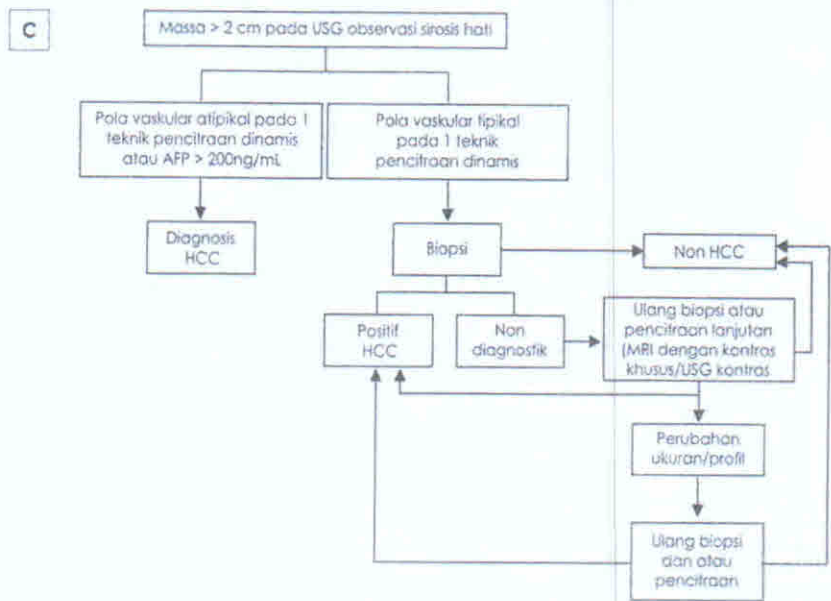
1. Typical HCC can be diagnosed by imaging, regardless of its size, if a typical vascular pattern (i.e., arterial enhancement with portal venous wash-out) is obtained on dynamic CT, dynamic MRI, or CEUS (A1).
2. Nodular lesions that show an atypical imaging pattern (e.g., iso- or hypovascular in the arterial phase or arterial hypervascularity alone without portal venous wash-out) should undergo further examination (A1).
3. Gd-EOB-DTPA-enhanced MRI can detect the earliest initial change of HCC, including HGDN, and early HCC (B1).

Gambar 2. CEUS lebih sensitif dibandingkan USG

CT scan abdomen atas dengan kontras 3 fase/multifase dengan kontras: nodul di hati yang menyengat kontras terutama di fase arteri dan fase vena serta *early wash out* di fase vena (*tipical pattern* pada HCC) merupakan kriteria klinis yang sudah dapat digunakan di praktek klinis

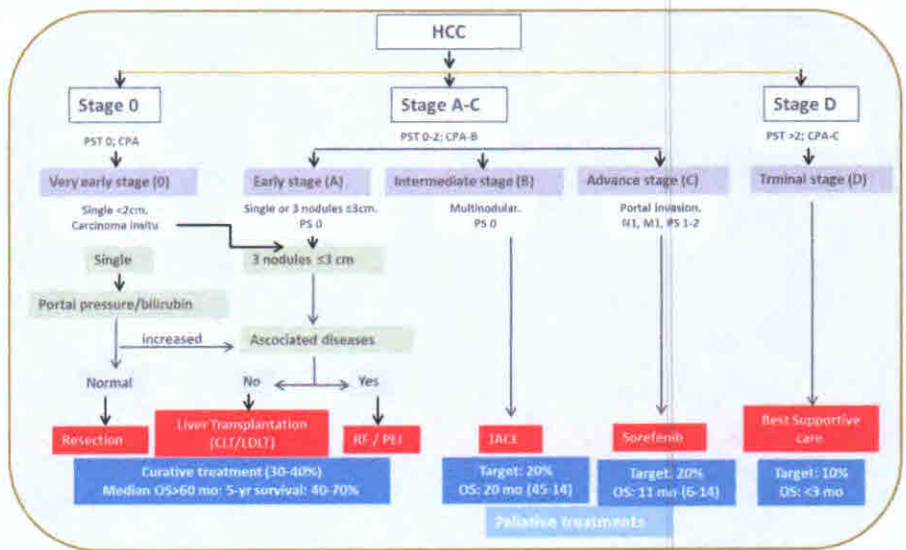
6. Diagnosis Banding	Abses hati, tumor hati jinak, metastasis tumor
7. Pemeriksaan Penunjang	<ol style="list-style-type: none"> 1. Abses hati piogenik : <ol style="list-style-type: none"> a. DPL: leukositosis, pergeseran ke kiri, anemia, peningkatan LED b. Alkali fosfatase, enzim transaminase dan bilirubin serum: meningkat c. Albumin serum: menurun d. Waktu protrombin: memanjang e. Tes serologis: untuk menyingkirkan diagnosis banding f. Kultur darah g. Foto thoraks: diafragma kanan meninggi, efusi pleura, atelektasis bilier, empiema atau abses paru. Pada posisi PA sudut kardiofrenikus anterior tertutup. Dibawah diafragma terlihat <i>airfluid level</i>

	<p>h. Foto polos abdomen</p> <p>i. Angiografi : daerah avaskular</p> <p>j. CT scan abdomen: dapat mendeteksi lesi ukuran < 1 cm, lesi hipodens, hubungan dengan jaringan sekitarnya, dan mendeteksi adakah udara dalam abses (berhubungan dengan meningkatnya angka mortalitas)</p> <p>k. MRI abdomen</p> <p>l. USG abdomen : dapat digunakan untuk aspirasi cairan pus</p> <p>2. Abses hati amebik : (seperti pada abses hati piogenik)</p> <p>a. Tes serologi : ELISA dan hemaglutinasi indirek</p> <p>b. Pemeriksaan PCR : untuk mendeteksi DNA amuba ELISA untuk mendeteksi antigen amuba pada serum</p> <p>c. Organisme dapat diisolasi di tinja pada 50% kasus</p> <p>d. USG abdomen: sering di lobus kanan, single dan berdekatan dengan diafragma</p>
8. TATA LAKSANA	<pre> graph TD A[Masa < 1 cm pada USG observasi sirosis hati] --> B[USG ulang dalam 3-4 bulan kedepan] B --> C[Stabil dalam 18-24 bulan] B --> D[Membesar] C --> E[Kembali ke protokol standar Evaluasi USG dalam 6-12 bulan] D --> F[Tatalaksana sesuai ukuran lesi] G[B] --> H[Masa 1-2 cm pada USG observasi sirosis hati] H --> I[Dua studi pencitraan dinamis] I --> J[Foto vaskular tipikal pada 2 studi pencitraan dinamis atau AFP > 200ng/ml] I --> K[Foto vaskular tipikal dengan satu tesnik] I --> L[Foto vaskular atipikal pada kedua tesnik] J --> M[Diagnosis HCC] K --> N[Suspek] L --> O[Non HCC] N --> P[Postif] N --> Q[Non diagnostik] Q --> R[Ulang biopsi atau pencitraan lanjutan MRI dengan kontras khusus/USG kontrol] R --> S[Perubahan ukuran/pola] S --> T[Ulang biopsi dan atau pencitraan] T --> N </pre>



Gambar 3. Algoritma tatalaksanaan dan terapi karsinoma hepatoseluler

Tatalaksana tumor hati <1 cm; B. Tatalaksana tumor hati 1-2 cm; C tatalaksana tumor hati >2cm)



Gambar 4.. Algoritma Tatalaksana Hepatoma berdasarkan kriteria Barcelona (BCLC)

EDUKASI	<ul style="list-style-type: none"> - Usahakan penderita untuk defekasi rutin dan tidak mengalami konstipasi - Skrining keluarga penderita bila penyebab KHS adalah karena hepatitis B dan Hepatitis C, dan edukasi cara penyebaran penyakit - Hindari alkohol <p>Harapan Hidup dan rencana terapi</p>
PROGNOSIS	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien dengan hepatoseluler karsinoma dini dapat bertahan selama 5 tahun setelah dilakukan reseksi, transplantasi hati atau terapi perkutaneus sebesar 50 sampai 70%. Kekambuhan tetap dapat terjadi walaupun

	telah dilakukan terapi kuratif. Kesintasan 1 dan 2 tahun adalah masing-masing 10 sampai 72% dan 8 sampai 50%. Demikian pula KHS stadium lanjut dengan child Pugh C mempunyai prognosis yang sangat buruk. Dilaporkan kesintasan untuk 6 bulan sebesar 5% pada KHS stadium Child-Pugh C dengan peritonitis bakteri spontan dan stadium lanjut.	
TINGKAT EVIDENS	- -	
TINGKAT REKOMENDASI	- -	
UNIT TERKAIT (PENELAAH KRITIS)	- KSM Penyakit Dalam	
INDIKATOR	1. Keluhan berkurang 2. Lama hari rawat: 5-7 hari 3. Tidak terjadi komplikasi - Kesesuaian dengan hasil pemeriksaan	
DAFTAR PUSTAKA	1. Webster's New World Medical Dictionary. 30 Edition. Wiley Publishing. 2008. 2. Carr BI. Tumors of the Liver and Biliary Tree. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J. Harrison's Principles of Internal Medicine. 18h Edition. New York, McGraw-Hill. 2012. 3. Sherman M. Primary Malignant Neoplasms of the liver. In : Dooley JS, Lok ASF, Burroughs AK, et al. Sherlock's Diseases of the Liver and Biliary System. 1 2th Edition. United Kingdom: Blackwell Publishing Ltd. 2011. Hal 681-95. 4. Okuda K, Ohtsuki L, Obata H, Tomimatsu M, Okazaki N, Haregawwa H, et al. Natural history of hepatocellular carcinoma and prognosis in relation to treatment. Cancer. 1985;56:918—28. 5. Chevret S, Trinchet JC, Mathieu D, Beaugrand M, Chastang C. A new prognostic classification for predicting survival in patients with hepatocellular carcinoma. J Hepatol. 1999;31:133-41. 6. CLIP. Prospective validation of the CLIP score, a new prognostic system for patients with cirrhosis and	

	<p>hepatocellular carcinoma. <i>Hepatology</i> 2000;31:84.</p> <p>7. Llovet -1M, Bru C, Bruix J. Prognosis of hepatocellular carcinoma: the BCLC staging classification. <i>Semin Liver Dis.</i> 9:329-38.</p> <p>8. Leung TW, Tang AM, Zee B, Lau WY, Lai PB, Leung KL, et al. Construction of the Chinese University Prognostic Index for hepatocellular carcinoma and comparison with the TNM staging system, the Okuda staging system, and the Cancer of the Liver Italian Program staging system: a study based on 926 patients. <i>Cancer.</i> 2002;94: 1760—69.</p> <p>9. Vauthey J, Lauwers G, Esnaola N, Do KA, Belghiti J, Mirza N, et al. Simplified staging for hepatocellular carcinoma. <i>J Clin Oncol.</i> 527—36.</p> <p>10. Kudo M, Chung H, Osaki Y. Prognostic staging system for hepatocellular carcinoma (CLIP score): its value and limitations, and a proposal for a new staging system, the Japan Integrated Staging Score (JIS score) <i>J Gastroenterol.</i> 2003;38:207-15.</p> <p>11. Villa E, Colantoni A, Camma C, Grottola A, Buttafoco P, Gelmini R, et al. Estrogen receptor classification for hepatocellular carcinoma: comparison with clinical staging systems. <i>J Clin Oncol.</i>2003;21:441-6.</p> <p>4. Pons F, Varela M, Llovet JM. Staging systems in hepatocellular carcinoma. <i>HPB (Oxford).</i> 2005; 70): 35-41.</p>
--	--