

HCC - K tế bào gan

- Tại sao ko cần sinh thiết? K tb gan ko sinh thiết vì muốn ST đc thì phải tương đối lớn nhưng K Dx càng nhỏ thì càng tốt. Trên bn có ytnct thì dựa hình ảnh, nếu cục sẫm 1-2cm thôi thì sẽ chụp CT hoặc MRI. Nếu trên đó điển hình tăng bắt thì đm, thải thuốc thì TM (làm sao biết, phải so với nhu mô gan bình thường) Thì mới gọi là thải thuốc. Vì một số loại u, loạn sản ở gan nhưng cùng đậm độ nhu gan thì tm. Nếu có hình ảnh đó thì Dx K tb gan. Vậy bn nào có ytnct?
- Đây là bn có ytnct? 90% có viêm gan B, C. Vậy Viêm gan B, C hết rồi có bị không? Có những bn mắc viêm gan B, rồi hết, gan chưa xơ vẫn K gan.
- HbsAg (-) là hết, antiHCV (-) nhưng có IgM HbcAb (+): lỗi. HbSAg (-) nhưng HbcAb (+), bn khỏe tốt, ko rượu mà lại K gan? Họ vẫn K gan nên phải để ý có tiếp xúc qua, chỉ cần anti HBc IgG (+) là có tiếp xúc rồi
- Bn đa số trẻ, chưa xơ gan, viêm gan C thì K gan ác
- Nếu nền xơ gan thì vẫn có khả năng k gan
- 1. Phải coi chừng bị VG b thôi, phải antiHbcAg
- Có uống rượu nguy cơ cao nhiều lần so với ko uống rượu. Cho đến khi nhiều người công an đến vì K gan. Ai lỡ có VG b + nhậ thì nguy cơ K gan tăng rất nhiều. K gan trên vg b cực kì khó lường khó đoán. Còn viêm gan C tiên lượng khá hơn nhiều. VG C xơ gan nhiều lắm mới K gan.

Thầy giảng thêm ý lưu ý

Dấu hiệu tăng quan thì động mạch, thải thì TM rất quan trọng, đôi khi thải thuốc quan trọng hơn bắt thuốc. Vì thế chúng ta chỉ định sinh thiết vẫn còn nếu ko điển hình hoàn toàn K gan hay lành tính.

3 dạng lành tính

- Vd Hemangioma là lành tính -->Key Dx là bản chất là xoang mm chứa đầy dịch -->đánh giá dịch + mô mềm là MRI số 1. Có thì t2: dịch mật, dịch não tủy sáng lên. Trong nhu mô gan coi đúng thì t2. Thấy khối trắng xóa như vôi, chứa đầy dịch đậm độ máu thì đó là Hema. Càng ngấm thuốc từ ngoài vào trong, càng về sau thuốc sẽ đổ đầy vô khối u.
- U lành tính hay gặp ở gan là: FNH: ở nữ nhiều, tuổi trẻ, và có hình

ảnh sọc trung tâm. Trong trường hợp này, so với nhu mô gan bt. Có mri. Bt chụp MRI có thuốc mới là teleprist, chỗ nào có kuffer thì bắt thuốc. Bản chất là FNH vẫn là tb kuffer của gan --> cả gan và u đều sáng lên, ko còn khối choáng chỗ.

- Còn nếu là u tuyến gan: thì khối này ko có tb kuffer, chụp MRI, removist có vùng khuyết thuốc trong nhu mô gan. Nhưng vậy ko biết u tuyến hay ác tính. nói chung removist chỉ cho biết có tb kuffer hay ko. Khi đó xài cách khác.

Nếu trên ct hoặc MRI ko điển hình k tb gan hay lành tính thì có chỉ định sinh thiết, vẫn có thể lành tính hoặc ác tính

Ác tính: Có 3 loại Car

Lành: có 3 loại Heman, u tuyến, FNH

U tế bào gan ko điển hình, nhất là k gan/VGB. Khi đó bắt buộc phải sinh thiết.

Khôn ngoan: ko ai chọc từ bờ sườn vô sinh thiết, tại sao? Muốn sinh thiết u thì xì ra bao glisson chảy vô thành bụng. => Chọc phải qua 1 phần gan bt trước rồi tới ổ đó, có gieo rắc nhưng chỉ khu trú 1 đường thôi, còn hơn gieo rắc cả bụng.

Sau này từ u cũ đốt cháy rồi có một chuỗi hạt từ trong ra ngoài: gieo rắc đường kim (hãy nhớ)

Đen, ko sáng, coi chừng là tuyến đi lên

Tóm lại trong tầm soát và dx xong r => chọn Rx

Tại sao HCC nhiều cách dt?

3 đặc điểm HCC thú vị

1. Có nn là viêm gan mạn và xơ gan
2. Dịch tễ: ham ăn mm đm gan, kéo mm tới nên mới chế ra CT 2 thì.
3. Vì ham ăn --> ra nhiều pp điều trị: ham ăn hả, đưa ống tới mm tới để phà vô, hoặc bít mm nuôi để nhịn (ngly cơ bản DNCE??) Hoặc cho hóa chất phóng xạ với bước sóng ngắn, u dồn nén chất phóng xạ rồi tiêu diệt. Một số trnh nhỏ và mm dồi dào thể hiện qua tính chất bắt thuốc nhiều dễ nghe hơn, ngoan hơn vì ăn thuốc nhiều. Loại ko bắt thuốc thì đm hoặc bắt nhẹ thôi thì mới ghê --> ăn ít, khôn! Nhưng sẽ chui vô TMC đến gan khác

K GAN HCC DI CĂN CHỦ YẾU Ở ĐÂU? => ít di căn phổi, ít di căn xương, chủ yếu là di căn trong gan từ TMcua, từ nhánh cửa phân thùy này đến bên cạnh, từ hết thùy này sang thùy khác. Từ đó mới có chuyện ghép gan để đt HCC: triệt để hơn hẳn. Chứ ko ai nói ghép dạ dày cho bị K dạ dày

Hầu hết viêm gan C: vô cơ thể đến gan phá gan gây xơ gan. Thuốc điều trị tốt lắm rồi 80-90% sẽ chết (như diệt mối) nhưng nhà cột bong hết r, bị ăn lỗ hết r, và gan vẫn xơ. Khi mất bù thì ói ra máu... hoặc một vài lỗ bong bùng lên thành K gan. Nên VGC cho thuốc sớm thì K gan sẽ giảm. Còn xơ nhiều rồi thì khả năng K cao hơn. Dù sao thì diệt hết C rồi thì K mọc ít hơn C chưa diệt. Nhưng dù diệt rồi còn cái bong thì vẫn nguy cơ k gan XG hết rồi, nếu thay cái gan: trẻ lại 5-10 tuổi. Từ bụng to chứa đầy dịch thành bụng bt. Do đó gan mới tb mới tốt hơn, ngoại tiết tốt hơn làm bn khỏe hơn

Viêm gan B? Vẫn còn con siêu vi trong gan và trong tụy, ko sure hết được. Nên khi bỏ gan ra, rồi sẽ cho lượng KT vô trùng hòa antiHbS vô rồi mới đặt gan mới vô để hy vọng khống chế, đừng cho con B hại gan mới

NHỚ CÂU NÀY: GHÉP GAN LÀ CÁCH ĐIỀU TRỊ MANG TÍNH TRIỆT ĐỂ NHẤT CHO CÁC LOẠI K TB GAN KHI Ở GIAI ĐOẠN CHƯA QUÁ MUỘN. Vì chúng ta biết, đa phần di căn trong gan thay là xong. Khi muộn quá, vô máu rồi TH lớn rồi, gan có thể ko bị nữa nhưng thời gian sau xài ucMD giảm sức đề kháng -->diệt tb lạ giảm -->K mọc lên. Nhưng di căn não, phổi, xương sẽ tăng nhanh hơn

Vì thế có tiêu chuẩn chọn để (thi)

Ghép gan có thể chữa K gan ở mọi giai đoạn (là sai) =>chỉ trong giai đoạn ko quá muộn =>xài tiêu chuẩn Milan gì đó... trong bài

Đặc biệt trên nền gan xơ

Còn chưa xơ: cắt phần gan mang u đó, chừa lại phần gan đủ lớn + đủ khỏe để lo cho người đó. Cắt gan phải sẽ triệt để cắt u vì sẽ lấy gốc tmc phải và nó có nhiều nguy cơ.

Ghép gan : có gan mới thay vô, gan mới đâu ra. Ghép là cắt bỏ gan cũ bỏ ra ngoài. Còn gan mới là đâu?

Chết não là gì? Não ko còn, tim vẫn tốt, SH HA vẫn tốt và chắc chắn ng đó

sẽ chết --> đo điện não, chụp mm não để chức tổ chức năng sống tiêu. Nếu hiến thì cho đc 2 thận, 1 gan, 2 phổi, 1 tim, giác mạc thì có thể cứu đc 7 người khác.

Singapore + châu âu: chẳng may chết não thì xác về quốc gia, mặc định sẽ dc lấy tạng, hầu hết nước châu Á ghép người sống hơn chết não. Châu Âu còn có lấy tạng di động, tai nạn ngoài đường --> xe tới, lấy lên xử lý luôn. Châu Á thì ghép tạng từ người chết não ko bao nhiêu. Lí do là văn hóa + gắn kết trong gia đình như châu Á. Phụ thuộc tôn giáo
Vậy nói về cắt gan: nếu gan còn tốt, ko phải ai cũng sẵn sàng ghép

Người cho sống: sử dụng khoảng 30% lá gan, có thể cắt 60-70% lá gan thì vẫn sống tốt vì sách bảo Gan có khả năng phì đại bù trừ được bằng chứng con cái cho gan phải bố mẹ, sau 1 tháng chụp lại thì mập ra, bự tới nóc :)) trong thời gian: lớn lên 80% ban đầu khoảng 2w. Dĩ nhiên K gan thì bị viêm gan mạn, xơ gan thì khả năng gan lớn ít hơn. Còn người trẻ tuổi, gan mềm mại thì phục hồi gan. Và sức khỏe và tuổi thọ người cho gan hoàn toàn bình thường.

Nếu ghép ko đc thì cắt gan. Phải xem : nếu ko viêm thì chữa lại 30% đc, còn viêm gan thì chữa lại min 40%. Tính đc V gan để lại bao nhiêu, căn cứ bmi nữa. Dù chữa bao nhiêu gan thì gan đó vẫn là gan xơ, viêm mạn , +- con siêu vi B. Nên tỉ lệ tái phát cắt gan cao hơn ghép gan nhiều vì xơ có con siêu vi. Con viêm gan B, xơ vẫn kích hoạt mọc cục bướu. Nên tỉ lệ tái phát 50-70% trong 5 năm khi cắt gan. Vấn đề chưa giải quyết: viêm gan mạn + con siêu vi

Ghép là triệt để nhất rồi đến cắt gan. Giờ sẽ nói: hủy u gan bằng sóng cao tần.

Những cách dt triệt để: cắt gan, ghép gan, can thiệp qua da (RFA, PEI theo đúng quy định) giờ có đốt u gan bằng microwave.

RFA: chỉ cần qua da, đưa kim vô, sẽ phát ra chùm nhiệt để hủy hoàn toàn cục này, nếu đây là loại đã vô mm thì đốt cục kia nhưng huyết khối rtong lòng mm vẫn còn đi ngoài. Nên chỉ đốt cho (dưới 3 u + u <= 3cm + vỏ bao rõ + u nằm gọn trong nhu mô gan, ko gần mm lớn vì khi u to nằm sát tmc sau gan thì sẽ tải nhiệt đi hết nên ko cháy hết, ko gần cuống gan) thì khả năng bướu vô mm sẽ ko nhiều. Thực sự nếu exp thì nhìn bướu: tròn trịa, vỏ bao rõ thì làm đc, còn vỏ bao ko rõ thì cắt đốt.

K đại tràng di căn nhiều nhất ở gan, phổi

Nếu chẳng may có HCC, được mong đợi bs chỉ định 3 loại trên. Nhưng nếu ko dc đt trên thì sẽ điều trị giảm nhẹ: nhiều khối u, khối u >3cm.

Đây là guideline điều trị mới nhất hiện nay của Âu, Mỹ. BCLC2018: ở hầu hết sẽ rơi vào giai đoạn B. Hầu hết chỉ định chính là toxy (tức cũ) do trước đây bơm dầu --> now là TACE. Phải hiểu nhóm sớm và rất sớm có thể đốt, ghét, cắt. Còn nhỏ quá thì đốt => có khả năng triệt để. Nhóm B cho các trch nhiều u và u to, cách chủ lực là TACE. Cho đến khi nhóm C là đi ra ngoài gan - di căn ngoài gan vd phổi hoặc có dấu hiệu vô TMC rồi (vô máu rồi) vd huyết khối TMC thì sẽ qua giai đoạn c luôn, tệ hơn u to hoặc nhiều u dù 3cm. Hầu hết đa u hoặc u to, ko HK TMC, ko di căn xa là nhóm B --> TACE.

Nhóm c: đt systemic thôi. Dùng thuốc vô tuần hoàn hệ thống để trị đc. Hầu hết hóa trị... ko xi nhê tb gan. Chỉ có liệu pháp trúng đích hoặc miễn dịch mới trị đc, còn 5FU khỉ gió sẽ ko ăn thua

Ở bn, cuối cùng chống gậy đó 3m thôi là nhóm D: nằm chờ thôi

Vì thế nhóm rất sớm: <2cm đơn

Nhóm 2: đơn độc, <3cm

TACE: luồn catheter vào chụp mm xóa nền, bơm hóa chất thuyên tắc vào nhugnw vấn đề là thậm chí bít hết rồi có thể kéo mm từ gian sườn, dưới hoành đi xuyên qua nhu mô gan để nuôi nó lại. Tắc hết rồi nhưng vẫn còn sống :))

Tóm lại: bệnh HCC có thể đoán biết đc ai sẽ bị. KT tốt là >100.

Đầu tay để tầm soát K gan là SA, sau đó chụp CT hoặc MRI, đúng tính cahast này sẽ ra Dx. Sau đó đánh giá giai đoạn mà sẽ có điều trị triệt để như RFA, cắt gan, ghép gan nếu nhỏ. Nếu nhiều cục, cục to ko triệt để --> nhóm B: TACE cho đến khi có HK tm cửa hoặc di căn não ... thì là giai đoạn C thì điều trị pp theo hệ thống. Cuối cùng là giai đoạn d là chờ.