

NGHIÊN CỨU KẾT QUẢ SỚM ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN BẰNG SÓNG CAO TẦN

Nguyễn Cao Cường¹, Trần Vinh Hưng¹,
Vô Thiện Lai¹, Phạm Vinh Quang¹

TÓM TẮT

Tổng quan: Ung thư gan (UTG), đặc biệt là ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) hiện nay là một bệnh lý ác tính và tử vong cao. Liệu pháp hủy u gan bằng đốt nhiệt sóng cao tần (RFA) đã được áp dụng là một phương pháp điều trị triệt để với chỉ định đúng cho kết quả tốt.

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm bao gồm sự thành công về kỹ thuật bằng tỷ lệ khối u đáp ứng hoàn toàn sau đốt nhiệt, sự tiến triển của khối u, và tính an toàn của RFA trong điều trị ung thư tế bào gan tại Bệnh viện Bình Dân.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu tiền cứu báo cáo loạt ca tất cả bệnh nhân ung thư tế bào gan có chỉ định được hủy u bằng đốt nhiệt sóng cao tần từ 06/2014 đến 06/2018 tại BV Bình Dân.

Kết quả: RFA được thực hiện qua da dưới hướng dẫn siêu âm trên 47 bệnh nhân với tỷ lệ khối u đáp ứng hoàn toàn sau RFA là 91.5%, tỉ lệ tái phát sau 1 năm là 21.2%, chỉ có 2 trường hợp biến chứng tại chỗ (4.2%) và không có trường hợp nào tử vong hay có biến chứng nặng cần phẫu thuật do liên quan đến thủ thuật.

Kết luận: Hủy u bằng đốt nhiệt sóng cao tần (RFA) trong điều trị ung thư tế bào gan có chỉ định là một lựa chọn điều trị hiệu quả, an toàn với tỉ lệ tái phát chấp nhận được. Tuy nhiên cần theo dõi thêm cũng như cần thực hiện thêm nghiên cứu số lượng lớn để xác định hiệu quả lâu dài, giới hạn của RFA trên bệnh nhân ung thư gan.

Từ khóa: ung thư biểu mô tế bào gan, đốt nhiệt sóng cao tần

ABSTRACT

EVALUATING THE SHORT TERM OUTCOME OF RADIOFREQUENCY ABLATION FOR HEPATOCELLULAR CARCINOMA

Nguyen Cao Cuong¹, Tran Vinh Hung¹,
Vo Thien Lai¹, Pham Vinh Quang¹

Background: Liver cancer, especially hepatocellular carcinoma, is now a common and severe condition with high mortality rate. At present, radiofrequency ablation is a radical therapy with promising result.

Objective: The evaluation of short term outcome including technical success as complete ablation rate, the progression of the tumor and the safety of radiofrequency ablation in treating hepatocellular carcinoma (HCC).

Patient and Methods: Case series study including 47 patients with HCC treated with radiofrequency ablation from June 1st, 2014 to June 1st, 2018 at Binh Dan Hospital

1. Bệnh viện Bình Dân

- Ngày nhận bài (Received): 25/4/2019; Ngày phản biện (Revised): 3/6/2019;
- Ngày đăng bài (Accepted): 17/6/2019
- Người phản hồi (Corresponding author): Nguyễn Cao Cường
- Email: ngcaocuong@gmail.com; SĐT: 0909 275 806

Results: RFA was performed percutaneously in 47 patients with complete ablation rate was 91.5%, recurrence rate after one year followed up was 21.2%, only two cases with minor complication (4.2%) and no treatment-related deaths was recorded.

Conclusions: RFA is an effective and safe treatment for unresectable HCC. However, further controlled trials are needed to determine the efficacy and limit of RFA on long-term survival.

Key words: Hepatocellular carcinoma, radiofrequency ablation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tế bào gan, hay ung thư gan nguyên phát, là một bệnh lý ác tính có tần suất mắc bệnh cao đứng thứ 5 thế giới. Tại Việt Nam, theo thống kê tại các bệnh viện và các khu vực cũng cho thấy UTG là một bệnh lý rất phổ biến ở cả hai giới đặc biệt là nam.

Ngày nay, điều trị triệt căn UTG bao gồm phẫu thuật cắt bỏ khối u gan, ghép gan và hủy u bằng đốt nhiệt sóng cao tần (RFA). Tuy nhiên, hiện tại Việt Nam ghép gan là vấn đề còn nhiều khó khăn. Phẫu thuật cắt bỏ u gan đem lại khả năng sống còn cao tuy nhiên đa số bệnh thường được chẩn đoán ở giai đoạn muộn khối u đã tiến triển nên không cắt được, hay do số lượng khối u nhiều, ở vị trí không thể phẫu thuật được hoặc chức năng gan bệnh nhân (BN) không đảm bảo sau phẫu thuật. Do đó, bên cạnh cắt gan nhiều phương pháp điều trị tại chỗ như hủy u bằng cồn, RFA, liệu pháp lạnh... đã được nghiên cứu và áp dụng để kéo dài đời sống cho bệnh nhân và trong đó đốt nhiệt sóng cao tần (RFA) đã và đang mang lại nhiều kết quả rất khả quan cho điều trị UTTBG. Hiện tại, RFA được chỉ định cho những trường hợp UTTBG quá chỉ định phẫu thuật với khối u đơn độc hay đa u với số lượng và kích thước theo chỉ định đã mang lại nhiều kết quả hết sức thuận lợi trong điều trị UTTBG, giúp cải thiện sống còn và nâng cao chất lượng sống cho bệnh nhân.

Liệu pháp hủy u bằng đốt nhiệt sóng cao tần (RFA) dựa trên dòng điện xoay chiều tần số cao từ đầu điện cực đến mô xung quanh đó tạo nên hiệu ứng nhiệt ở mô gây ra sự hủy tế bào và kết quả là tạo nên một vùng mô hoại tử quanh điện cực.

Ưu điểm của liệu pháp hủy u bằng đốt nhiệt sóng cao tần (RFA) là khả năng kiểm soát và hủy u hiệu quả, biến chứng và tử vong thấp, ít xâm lấn

và bảo tồn tối đa nhu mô gan bình thường, là điều rất cần thiết cho những bệnh nhân có chức năng gan còn lại hạn chế do hậu quả của bệnh gan mãn. Đặc biệt RFA kiểm soát tối ưu với những trường hợp có từ một đến ba u với khối u lớn nhất có kích thước $\leq 3\text{cm}$ với những kết quả rất tốt. Những nghiên cứu gần đây cho thấy hiệu quả của RFA trong điều trị UTTBG giúp cải thiện tỷ lệ sống còn cho bệnh nhân [6,11,12,18].

Tuy nhiên dù RFA đã và đang được áp dụng nhưng chỉ định điều trị bằng RFA và hiệu quả điều trị của liệu pháp vẫn còn nhiều tranh cãi và câu hỏi thường được đưa ra là liệu pháp RFA trong UTTBG và UTG di căn là dành cho BN nào, giai đoạn nào của bệnh cũng như kết quả điều trị ở BN ra sao.

Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này để đánh giá kết quả điều trị sớm của liệu pháp hủy u bằng sóng cao tần nhằm xác định:

- 1) Tỷ lệ khối u đáp ứng hoàn toàn sau đốt nhiệt.
- 2) Sự tiến triển của khối u, và tính an toàn của RFA trong điều trị ung thư biểu mô tế bào gan.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 47 bệnh nhân được chẩn đoán UTTBG được điều trị hủy u bằng RFA tại Bệnh viện Bình Dân từ 6/2014 đến 06/2018.

*** Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân**

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là ung thư biểu mô tế bào gan có chỉ định hủy u bằng đốt nhiệt sóng cao tần theo phác đồ điều trị UTTBG của BV. Barcelona (BN có $\leq 3\text{u}$, u lớn nhất $\leq 3\text{cm}$) [5].
- Bệnh nhân UTG có chỉ định phẫu thuật nhưng không đồng ý hay chống chỉ định phẫu thuật vì nguy cơ phẫu thuật cao do bệnh lý đi kèm.

*** Tiêu chuẩn loại trừ:**

- BN ung thư gan có từ 4 khối U trở lên
- Khối u > 4 cm
- Khối u ở vị trí dễ có tai biến khi tiến hành thủ thuật RFA: sát vòm hoành, túi mật, rốn gan, sát tim.
- Khối u xâm lấn TM cửa hay các nhánh TM gan.
- Khối u cho di căn ngoài gan, bàng quang.
- BN có rối loạn đông máu nặng (TC < 50.000/mm³ hay PT < 50%).

*** Tiêu chuẩn chẩn đoán HCC [5]:**

- BN có hình ảnh điển hình UTBMTBG trên chụp cắt lớp điện toán hay MRI.
- BN có kết quả giải phẫu bệnh (qua sinh thiết) là ung thư biểu mô tế bào gan.

*** Chỉ định RFA:**

- BN có từ 1-3 khối u và khối u lớn nhất có kích thước ≤ 3cm. (N ≤ 3 u và D ≤ 3cm) [5], [8].

2.2. Phương pháp nghiên cứu

*** Phương pháp nghiên cứu:** Tiềm cứu mô tả hàng loạt ca (cases series).

*** Phương tiện đốt nhiệt sóng cao tần**

- Máy siêu âm Medison Sonoace R5 với đầu dò tần số 3,5 – 5 Mhz.
- Máy đốt nhiệt sóng cao tần Covidien Ablation RF E series với đầu kim cool-tip 2-3 cm và bơm tiêm điện đồng bộ.

*** Chuẩn bị bệnh nhân:** BN được tiền mê.

*** Tiến hành:** BN được siêu âm xác định vị trí u và chọn vị trí đâm kim qua da. Gây tê tại chỗ với Lidocain 2%. Kỹ thuật được tiến hành dưới hướng dẫn của siêu âm. Đốt nhiệt từng chu kỳ 5 – 10 phút ở nhiều vị trí với tổng thời gian từ 10 – 30 phút tùy kích thước u và sức chịu đựng của BN cho đến khi vùng đốt tạo được khối cầu tăng âm bao trùm u. Sau RFA, cần bất động 3 giờ, theo dõi sau đó để phát hiện và xử trí biến chứng nếu có. BN được khám đánh giá lại và xuất viện ngày hôm sau nếu ổn.

*** Theo dõi sau thủ thuật:** Sau xuất viện, BN được tái khám mỗi tháng và được khám lâm sàng, xét nghiệm thường quy, siêu âm, đo AFP và chụp MSCT bụng cản quang trong lần tái khám đầu tiên.

Sau đó bệnh nhân được theo dõi mỗi 3 tháng và chụp MSCT bụng kiểm tra nếu nghi ngờ u tái phát dựa trên kết quả AFP và siêu âm. Nếu nghi ngờ u tái phát mà MSCT bụng cho kết quả âm tính thì BN sẽ được tiếp tục làm MSCT ngực hay xạ hình xương để tầm soát tái phát và di căn xa. Điểm kết (end-point) của nghiên cứu nhằm đánh giá tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn của khối u sau đốt nhiệt, tỉ lệ tái phát sớm, biến chứng và tử vong sau thủ thuật.

Đánh giá sự đáp ứng của khối u sau thủ thuật dựa trên MSCT bụng có cản quang:

U đáp ứng hoàn toàn với điều trị là không có hiện diện bất kỳ sự tăng quang nào trong thì động mạch thể hiện u còn sót tại vị trí đốt nhiệt trên phim MSCT-scan bụng quy ước 1 tháng sau làm thủ thuật.

U đáp ứng không hoàn toàn hay u tiến triển tại chỗ là có sự tăng quang trong thì động mạch tại vùng u được đốt nhiệt trước đó trên film MSCT-scan bụng thể hiện u còn sót sau đốt nhiệt.

U tái phát tại chỗ định nghĩa là khối U xuất hiện bên trong hay ngoại vi vị trí sang thương được đốt nhiệt trước đó trên phim CT bụng mà trước đó đã có bằng chứng u đáp ứng hoàn toàn sau lần đốt nhiệt đầu tiên trên phim CT.

Sang thương mới là những khối u mới xuất hiện ở những vùng nhu mô gan tách biệt với phần gan đã được đốt nhiệt trước đó.

Di căn xa là những khối u tái phát ở ngoài gan.

*** Xử lý số liệu:** bằng phần mềm Stata MP.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 6/2014 đến tháng 06/2018, 47 bệnh nhân với tổng cộng 53 khối u được điều trị bằng RFA. Có 37 nam (78,7%) và 10 nữ (21,3%) với độ tuổi trung bình là 63 tuổi.

3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trước điều trị:

Độ tuổi trung bình là 62,6±9,8, tỉ số nam: nữ là xấp xỉ 4:1.

Về số lượng khối u có 53 khối u trên tổng số 47 bệnh nhân, trung bình 1.12 u cho 1 bệnh nhân, đa số

Bệnh viện Trung ương Huế

bệnh nhân có đơn u (89,3%).

Kích thước U trung bình là 2.41 cm và dao động từ 0,9 đến 3,7 cm với hơn phân nửa lớn hơn 2 cm (61,7%).

Tỉ lệ BN UTTBG có yếu tố nguy cơ là viêm gan do siêu vi tương đối cao là 72,4%.

Bảng 1: Số liệu lâm sàng trước điều trị

Tính chất		Chỉ số (%)
Số lượng bệnh nhân		47
Giới, Nam		37 (78,7)
Tuổi		62,79,8
Từ 45 - 84		
Yếu tố nguy cơ (trong nhóm HCC)		HBV = 14 (29,8)
HCV = 20 (42,6)		
Rượu = 3 (6,4)		
Khác = 10 (21,3)		
Số lượng U		53 (1,1 / bệnh nhân)
1 U = 42 (89,4)		
2 U = 4 (8,5)		
3 U = 1 (2,1)		
Kích thước khối u chính		2,411,19 cm
Từ 0,9 đến 3,7 cm		
0-2 = 18 (38,3)		
>2 = 29(61,7)		
AFP		219,1 ng/mL (1,7 – 2000)
Phân độ xơ gan	Child - Pugh A	43 (91,5)
	Child - Pugh B	3 (6,3)
	Child - Pugh C	1 (2,1)

3.2. Tỷ lệ khối u đáp ứng hoàn toàn sau RFA (Complete Ablation rate):

Đáp ứng hoàn toàn của khối u sau 1 đợt điều trị bằng RFA đạt được trên 43/47 BN(91,5%), với 4 trường hợp khối u còn tiến triển sau đốt nhiệt. Cả 4 trường hợp đều được thực hiện RFA lại.

Nếu chỉ tính khối u gan được RFA thay vì bệnh nhân thì tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn sau RFA của 53 khối u là 92,4%.

Bảng 2: Kết quả điều trị sau RFA

Tính chất		%
Đáp ứng hoàn toàn sau RFA	Tính theo BN	91,5
	Tính theo khối U	92,45

Tái phát sau RFA:

Với 4 trường hợp không đáp ứng sau RFA lần đầu đều được thực hiện RFA lần 2, MSCT bụng kiểm tra sau đó đều ghi nhận khối u được hủy hoàn

toàn, cả 4 BN được tiếp tục theo dõi.

Tỉ lệ tái phát tại các thời điểm 3 tháng, 6 tháng và 12 tháng lần lượt là 2,1%, 19% và 22,1%. Tại thời điểm 6 tháng có 9 trường hợp tái phát, cả 9 BN này khối u chưa di căn xa nên đều được thực hiện RFA bổ sung.

Bảng 3: Kết quả điều trị sau theo dõi

Tỉ lệ tái phát	3 tháng	6 tháng	12 tháng
Tái phát tại chỗ	0	6 (12,7%)	5 (10,6%)
Sang thương mới	1 (2,1%)	3 (6,3%)	5 (10,6%)
Di căn xa	0	0 (0%)	0 (0%)
Tử vong	0	0 (0%)	0 (0%)

3.3. Tác dụng phụ và biến chứng sau RFA

Ngoại trừ những tác dụng phụ không đáng kể như đau tại chỗ sau RFA hay sốt nhẹ (đáp ứng tốt với thuốc giảm đau/hạ sốt đường uống) thì sau theo dõi có 2 trường hợp có biến chứng cần phải can thiệp (4,2%) là 1 trường hợp abscess mô mềm tại vị trí đâm kim được rạch dẫn lưu ổ mủ điều trị bằng kháng sinh, 1 trường hợp tràn dịch màng phổi P lượng vừa được chọc hút dịch màng phổi P.

Không có biến chứng nghiêm trọng nào được ghi nhận và không có trường hợp nào tử vong sau thủ thuật.

Bảng 4: Tác dụng phụ và biến chứng sau RFA

Biến chứng	n	%
Đau tại chỗ sau RFA	13	27,6
Sốt nhẹ	5	10,6
Tử vong	0	0
Tụ máu dưới bao gan	0	0
Abscess mô mềm tại nơi đâm kim	1	2,1
Rò mật	0	0
Tràn khí, tràn dịch màng phổi	1	2,1
Chảy máu (cần can thiệp)	0	0
Suy gan	0	0
Thủng tạng rỗng bụng cơ hoành	0	0

3.4. Lựa chọn RFA trong điều trị ung thư gan:

Điều trị hữu hiệu nhất hiện tại đối với UTTBG vẫn là phẫu thuật cắt gan. Tuy nhiên trên thực tế, các khối u gan phát triển trên nền gan thô với chức năng gan còn lại hạn chế hoặc là khối u lan tỏa 2 bên gan hoặc là nằm ở những vị trí gần mạch máu lớn hay cơ quan quan trọng nên khả năng phẫu thuật được thường là ít hơn 15% [13]. Hơn nữa tỉ lệ tái phát cao sau mổ luôn là vấn đề khó mà các bác sĩ cần phải giải quyết [17].

Về chỉ định RFA, đối với HCC theo phác đồ Barcelona, RFA được chỉ định cho các trường hợp giai đoạn A (từ 1 đến 3 u, kích thước các khối u không quá 3cm, chưa xâm lấn mạch máu và di căn xa), BN có bệnh đi kèm hay tăng áp tĩnh mạch cửa [8].

Nhiều nghiên cứu đã cho thấy với những khối u kích thước nhỏ thì tỉ lệ sống còn chung cũng như sống còn không bệnh không có sự khác biệt giữa cắt gan và RFA [11], [23], [24]. Về nghiên cứu của chúng tôi, RFA được chỉ định cho các trường hợp HCC có chỉ định hủy u theo tiêu chuẩn Barcelona và/ hay BN không đồng ý phẫu thuật và có từ 1-3 u với u lớn nhất không quá 3cm. Hiện tại, RFA đã có được áp dụng cho những khối u lớn hơn (từ 3-5 cm trở lên) với kết quả bước đầu khá khả quan, tác giả R.Poon báo cáo đã làm RFA cho những UTG đến hơn 5-8 cm bằng kim chùm qua da hoặc qua mổ mở/ mổ nội soi có kết quả tốt [18]; ở VN chưa có nhiều báo cáo về sử dụng kim chùm.

Ưu điểm của kỹ thuật RFA như đã trình bày là tỉ lệ thành công tương đối cao (tỉ lệ khối u đáp ứng hoàn toàn sau thủ thuật), tỉ lệ tái phát chấp nhận được, cũng như tỉ lệ tai biến và biến chứng rất thấp, gần như không có tử vong, thời gian nằm viện ngắn và chi phí điều trị thấp và là phương pháp xâm hại nhẹ, thực hiện đơn giản [4,6].

IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm của mẫu trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình là 62,7 với hầu hết là nam giới (78,7%) phù hợp với số liệu thống kê theo y văn và

có liên quan nhiều đến cơ chế bệnh sinh. Trong đó, tỉ lệ viêm gan siêu vi khá cao (72,4%) với gần 30% do HBV và 42,6% do HCV cho thấy viêm gan do virus là một trong những yếu tố nguy cơ hàng đầu gây UT-BMTBG. Ngoài ra còn có xơ gan do rượu chiếm tỉ lệ khoảng 6%. Đa số BN có đơn u (89,4%) với chức năng gan bảo tồn (91,5% Child A và 6,3% Child B).

4.1. Sự hoại tử U với điều trị RFA

Sự hoại tử u do RFA được xác định trên siêu âm bằng khối cầu tăng âm bao trùm tổn thương u và sau đó bằng chụp cắt lớp điện toán với hình ảnh u không bắt thuốc cản quang.

Về cách thức tiếp cận, RFA có thể được thực hiện qua da dưới hướng dẫn của siêu âm hay qua ngã phẫu thuật nội soi hay mở. Có nhiều quan điểm khác nhau tuy nhiên đã có nghiên cứu chứng minh không có sự khác biệt về tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn sau RFA của cả 3 cách tiếp cận [18]. Do đó, chúng tôi lựa chọn thực hiện đốt nhiệt qua ngã xuyên gan qua da dưới hướng dẫn của siêu âm vì đây là cách tiếp cận đơn giản, ít xâm lấn, thời gian nằm viện ngắn.

Dữ liệu nghiên cứu về RFA trên khối u gan < 3,5cm cho thấy hiệu quả thủ thuật (đáp ứng hoàn toàn của khối u) dao động từ 76% đến 96% sau 1,03 – 1,83 lần đốt (tính trung bình cho mỗi u) trong đợt điều trị đầu tiên [2], [6], [16], [18], [19]. Các nghiên cứu gần đây ủng hộ RFA có hiệu quả gần như tương đương so với phẫu thuật cắt gan đối với những khối u nhỏ tuy nhiên RFA thì ít xâm lấn và ít biến chứng hơn [10], [11], [23]. Trong nhóm nghiên cứu, chúng tôi cũng đạt được tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn của khối tương tự là 91,5% ($p > 0,05$).

Bảng 5: So sánh tỷ lệ khối u đáp ứng hoàn toàn sau RFA [6], [18]:

Tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn của u sau RFA	
Chúng tôi	91,5%
A. Salmi	93%
Ronnie T. Poon	94%
Lê Thành Lý	86.7%
V. Mazzaferro	63%

4.2. Tái phát sau điều trị

Một trong những khó khăn trong điều trị UTBMTBG là tỷ lệ tái phát cao sau điều trị kể cả với phẫu thuật cắt gan hay ghép gan. Theo nghiên cứu của Lê Thành Lý tỷ lệ tái phát sau thời gian theo dõi 6 tháng trên 30 trường hợp UTBMTBG được RFA là 37% với tái phát tại chỗ là 33% và sang thương mới là 3,3% [3]. Theo Lê Lộc khảo sát trên 36 trường hợp UTBMTBG có kích thước khối u dao động từ 2cm đến hơn 10 cm tỉ lệ tái phát tại chỗ và có sang thương mới lần lượt là 10,2% và 30,8% [4].

Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả tương tự với tỉ lệ tái phát ở các thời điểm 3 tháng, 6 tháng và 12 tháng lần lượt là 2,1%, 19% và 21,2% (tái phát tại chỗ 10,6% - sang thương mới 10,6% - không có di căn xa) ($p > 0,05$, phép kiểm Chi bình phương).

Qua nghiên cứu chúng tôi nhận thấy cùng với diễn tiến tự nhiên của bệnh, có những yếu tố góp phần vào sự tái phát là:

- Viêm gan siêu vi kháng trị hay BN tuân thủ điều trị kém (4/10 trường hợp tái phát sau 12 tháng) → góp phần gây tổn thương mới.

- U gan > 2cm (100% trường hợp tái phát tại chỗ sau 12 tháng) → dễ gây tái phát tại chỗ.

- Khối u ở vị trí khó như sát vòm hoành hay bao gan, sát tạng quan trọng, sát nhánh mạch máu hay đường mật chính (4/5 trường hợp tái phát tại chỗ tại thời điểm 1 năm) → khối u bị che lấp cản trở thủ thuật hay BN đau nhiều phải tạm dừng thủ thuật → không hủy u triệt để được.

- Nghiên cứu của Muller và Stefaan trên tái phát tại chỗ sau RFA vì hủy nhiệt không hết tế bào ung thư cho thấy kích thước u càng lớn thì khả năng tái phát sau RFA càng cao [9].

Do đó nên lựa chọn RFA cho những u có kích thước nhỏ, lý tưởng nhất là u nhỏ hơn 3cm [11].

Nghiên cứu của Won Sohn và cs. trên 228 BN chẩn đoán HCC có viêm gan siêu vi kèm theo được điều trị bằng RFA cho thấy tỉ lệ tái phát u thấp hơn nhiều ở nhóm có điều trị kháng virus sau RFA

(14,7%) so với nhóm không điều trị (43,8%) [22]. Vì vậy, để nâng cao hiệu quả điều trị và giảm tái phát sau RFA chúng tôi đề nghị điều trị kháng virus cho tất cả các trường hợp chẩn đoán HCC có viêm gan siêu vi sau khi hủy u bằng RFA [22].

Ngoài ra như đã trình bày, các nghiên cứu cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa về mặt thống kê về sự hủy u bằng RFA đối với những cách tiếp cận khác nhau như qua da dưới hướng dẫn siêu âm hay mổ mở cũng như mổ nội soi. Tuy nhiên, dù can thiệp qua siêu âm đơn giản và ít xâm lấn nhưng gặp hạn chế như trong những trường hợp khối u sát vòm hoành hay bao Glisson, sát tạng rộng khiến BN đau nhiều không đảm bảo được thời gian đốt yêu cầu cũng như khối u bị đáy phổi che lấp làm hủy u không hiệu quả. Chúng tôi đề nghị mê nội khí quản cho những trường hợp này hay mổ cắt u (mổ mở hay nội soi) kết hợp RFA để đảm bảo hủy u hiệu quả. Ngoài ra hiện nay có các thủ thuật tạo dịch dưới gan hay dịch màng phổi nhân tạo để tạo trường âm tốt hơn giúp xác định rõ cũng như hủy các khối u ở vị trí này triệt để hơn [25].

4.3. Tác dụng phụ và biến chứng của thủ thuật

Các nghiên cứu ghi nhận tỉ lệ tai biến/ biến chứng sau RFA là khá thấp từ 0,6- 8,9%, đa số là biến chứng nhẹ và tại chỗ [24]. Nghiên cứu của chúng tôi sau đốt nhiệt, ngoại trừ những tác dụng phụ thường gặp là đau hạ sườn vừa phải được xử trí đơn giản với nghỉ ngơi tại giường và giảm đau bằng thuốc uống thì chỉ có 2 trường hợp (4,2%) có biến chứng cần can thiệp là 1 trường hợp áp xe mô mềm vị trí đâm kim được rạch tháo mủ và điều trị

nội ổn định với kháng sinh, giảm đau và 1 trường hợp tràn dịch màng phổi phải lượng vừa được chọc hút thì không có trường hợp nào biến chứng nặng cần phẫu thuật hay tử vong sau điều trị. Tỉ lệ sống còn sau theo dõi 1 năm là 100%. Lê Lộc nghiên cứu trên 36 BN với 49 khối u được RFA tại BV Trung ương Huế cho kết quả tỉ lệ tái phát sau 3 tháng đầu là 17,9% với 2 trường hợp tái phát tại chỗ (5,1%) và 5 trường hợp xuất hiện sang thương mới (12,8%), có 2 trường hợp tụ máu dưới bao gan (4%) và cả 2 đều được điều trị bảo tồn [3].

V. KẾT LUẬN

Với kết quả bước đầu khả quan, chúng tôi nhận thấy liệu pháp hủy u bằng nhiệt sóng cao tần (RFA) là một phương pháp an toàn (biến chứng tại chỗ 4,2%, không biến chứng nào nghiêm trọng cũng như không trường hợp tử vong), hiệu quả cao (tỉ lệ hủy u hoàn toàn của khối u sau RFA gần 91,5%) với tỉ lệ tái phát chấp nhận được (tái phát sau 12 tháng 21,2%), ít xâm lấn, dễ thực hiện trong điều trị ung thư tế bào gan với những u có kích thước nhỏ. Qua đó giúp giải quyết những khó khăn khi phẫu thuật không thực hiện được ngay cả với những trường hợp đa u hay khối u phát triển trên nền gan xơ hoặc nằm ở vị trí khó. Hơn nữa, xu hướng mới có thể kết hợp thực hiện liệu pháp RFA trong mổ trong những trường hợp cắt khối u gan ở một bên và đốt khối u ở phần gan còn lại giúp bảo tồn chức năng gan sau mổ. Trong tương lai với những tiến bộ trong kỹ thuật ghép gan thì RFA là một phương pháp giúp kiểm soát khối u trong thời gian chờ tạng ghép [5].

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mai Hồng Bằng và cs. (2005), “Ứng dụng tiến bộ khoa học kỹ thuật nâng cao khả năng chẩn đoán, chẩn đoán sớm và áp dụng một số phương pháp thích hợp điều trị UTTBG”, Đề tài nhánh độc cấp nhà nước mã số KC 10-06.
2. Đào Văn Long và cs. (1993), “Đánh giá kết quả điều trị ung thư gan bằng phương pháp đốt nhiệt sóng cao tần”, Báo cáo kết quả nghiên cứu đề tài cấp Bộ Y tế.
3. Lê Lộc (2003), “Kết quả bước đầu điều trị ung thư gan bằng phương pháp nhiệt cao tần”, Y học TP Hồ Chí Minh, tập 7, phụ bản số 4: 226-230.
4. Lê Thành Lý, Trần Nhật T. A. Phương (2013), “Hiệu quả của RFA trên ung thư tế bào biểu mô

- gan không đáp ứng hoàn toàn với TACE”, Luận án chuyên khoa cấp II.
5. Al B. Benson, Micheal I. D’ Angelica, (2015), “Hepatobiliary cancers”, NCCN Clinical Practice Guidelines In Oncology.
 6. Andrea Salmi (2008), “Efficacy of radiofrequency ablation of Hepatocellular carcinoma associated with chronic liver disease without cirrhosis”, *Int. J. Med. Sci.*, 5:327-332.
 7. BlueCross BlueShield of North Carolina(2014), “Evidence based guideline Radiofrequency Ablation of Primary or Metastatic Liver Tumors”.
 8. Bruix Jordi, Shermna Morris, (2011), “Management of hepatocellular Carcinoma: an update”, *Hepatology*, pp.1020 – 1022.
 9. Buscarini L, Buscarini E (2001), “Percutaneous radiofrequency ablation of small hepatocellular carcinoma: long term results”, *Eur Radiol*, 11:914-921.
 10. Chen MS., Li JQ, (2006), “A prospective randomized trial comparing percutaneous local ablative therapy and partial hepatectomy for small hepatocellular carcinoma”, *Ann. Surg* 243:321-8.
 11. Chong S. , Micheal J. Ryan (2016), “Ablation technique for primary and metastatic liver tumors”, *World J Hepatol.*, 8(3): 191-199.
 12. Curley S., Izzo F., (1999), “Radiofrequency ablation of unresectable primary and metastatic hepatic malignancies: Results in 123 patients”, *Annals of Surgery*, Vol. 230, Issue 1.
 13. Dominique Elias (2000), “Radiofrequency – Avis de tempête sur la chirurgie hépatique”, *Ann Chir.*, 125:815-817.
 14. Kaido T., Uemoto S. (2008), “Recent evident in the treatment of small hepatocellular carcinoma”, *Hepatogastroenterology*, 55(85):1460-2.
 15. Kyong Doo Song, Hyo Keun Lim, (2016), “Repeated hepatic resection versus radiofrequency ablation for recurrent hepatocellular carcinoma after Hepatic resection: A propensity score matching study”, *Radiology*, Vol. 275, Issue 2.
 16. Naveen Kalra, Mandeep Kang (2013), “Role of radiofrequency ablation in unresectable hepatocellular carcinoma: An Indian experience”, *Indian journal of radiology and imaging*, Vol. 23, Issue 2.
 17. Nazario Portolani (2006), “Early and late recurrence after liver resection for hepatocellular carcinoma”, *Ann Sur.*, 234(2): 229-235.
 18. Ronnie TP Poon et al. (2004), “Effectiveness of radiofrequency ablation for hepatocellular carcinoma larger than 3cm in diameter”, *Arch Sur.*, Vol 139.
 19. S-M Lin, C-J Lin (2005), “Randomised controlled trial comparing percutaneous radiofrequency thermal ablation, percutaneous ethanol injection, and percutaneous acetic acid injection to treat hepatocellular carcinoma of 3cm or less”, *Gut*, 54: 1151 – 1156.
 20. Wan Yee Lau, MD, FRCS, (2009), “The Current Role of Radiofrequency Ablation in the Management of Hepatocellular Carcinoma: A Systematic Review”, *Ann Sur.*, 249(1):20-25.
 21. Wei Yang, Min Hua Chen, (2006), “Radiofrequency Ablation Of Recurrent Hepatocellular Carcinoma After Hepatectomy: Therapeutic Efficacy On Early- And Late-Phase Recurrence”, *American Journal of Roentgenology*, Volume 186, Issue 5.
 22. Won Sohn, Tae Wook Kang (2016), “Effect of oral antiviral treatment on long-term outcomes of radiofrequency ablation therapy for hepatitis B virus-related hepatocellular carcinoma”, *OncoTarget*, Advance Publications 2016.
 23. Yanming Zhou, Yanfang Zhao (2010), “Meta-analysis of radiofrequency ablation versus hepatic resection for small hepatocellular carcinoma”, *BMCGastroenterology*, 10:78.
 24. Yasunori Minami (2011), “Radiofrequency ablation of hepatocellular carcinoma: A literature review”, *Int. Journal of Hepatology*, Volume 2011.
 25. Young-sun Kim, H. Rim (2008), “Percutaneous Radiofrequency Ablation with Artificial Ascites for Hepatocellular Carcinoma in the Hepatic Dome: Initial Experience”, *AJR* 2008; 190: 91-98.