

4.5. Chức năng nuốt. Trong phẫu thuật cắt bán phần dây thanh bằng laser CO2 có 15 nghiên cứu đánh giá chức năng nuốt, trong đó có 9 nghiên cứu 100% bệnh nhân không nuốt sặc. 5 nghiên cứu có bệnh nhân nuốt sặc tạm thời sau đó tự khỏi trong vài ngày – vài tuần sau mổ chiếm 3,2%-9,7%. Không nghiên cứu nào có bệnh nhân nuốt sặc >6 tháng. Đối với phương pháp nội soi khâu treo dây thanh Số bệnh nhân không nuốt sặc 58,8% - 100% trong đó có 4 nghiên cứu 100% bệnh nhân không nuốt sặc. Nghiên cứu của Rao² chỉ nói có 1 bệnh nhân nuốt sặc tuy nhiên không nói rõ bệnh nhân này nuốt sặc tạm thời hay nuốt sặc kéo dài >6 tháng. Đây cũng chính là bệnh nhân không rút được canuyn duy nhất được nhắc ở trên và bệnh nhân đã phải can thiệp phẫu thuật lại.

V. KẾT LUẬN

Điều trị liệt dây thanh 2 bên tư thế khép ở người lớn bằng phương pháp phẫu thuật cắt bán phần dây thanh bằng laser CO2 và phẫu thuật nội soi khâu treo dây thanh đều cho kết quả khả quan vì cải thiện chức năng thở ở phần lớn bệnh nhân và rút được canuyn thành công ở những bệnh nhân mở khí quản.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Su WF, Liu SC, Tang WS, Yang MC, Lin YY, Huang TT.** Suture Lateralization in Patients With

Bilateral Vocal Fold Paralysis. Journal of Voice. 2014;28(5):644-651.

2. **Rao R, Shenoy V, Prasad V, Kamath P, Hazarika P, Rao KS.** A comparative study of laser posterior cordotomy and vocal cord lateralization. Egyptian Journal of Ear, Nose, Throat and Allied Sciences. 2015;16(3):255-258.
3. **Khalil MA, Tawab HMA.** Laser Posterior Cordotomy: Is it a Good Choice in Treating Bilateral Vocal Fold Abductor Paralysis? Clin Med Insights Ear Nose Throat. 2014;7:CMENT.S15888.
4. **Virmani N, Dabholkar J.** Laser-assisted posterior cordotomy for bilateral vocal fold paralysis: Our experience. J Head Neck Physicians Surg. 2016;4(1):23.
5. **Songu M, Aslan H, Denizoglu I, et al.** Vocal and ventricular fold lateralization using crossing sutures with the thyroplasty window technique for bilateral vocal fold immobility: long-term results. Acta Oto-Laryngologica. 2013;133(11):1201-1206.
6. **Fawaz SA, Sabri SM, Sweed AS, Hegazi MA, Riad MA.** Use of local mitomycin C in enhancing laryngeal healing after laser cordotomy: A prospective controlled study: Use of mitomycin C to enhance laryngeal healing after laser cordotomy. Head Neck. Published online January 2014
7. **Hachiya A, Nita LM, Chrispim FS, Imamura R, Tsuji DH, Sennes LU.** Posterior Cordotomy and Partial Arytenoidectomy for Bilateral Vocal Cord Paralysis in Adduction Therapy. São Paulo.:6.
8. **Katılmış H, Öztürkcan S, Başoğlu S, et al.** New technique for the treatment of bilateral vocal cord paralysis: Vocal and ventricular fold lateralization using crossing sutures with thyroplasty technique. Acta Oto-Laryngologica. 2011;131(3):303-309.

KẾT QUẢ GHÉP GAN ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN NGOÀI TIÊU CHUẨN MILAN TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Ninh Việt Khải*, Nguyễn Đức Trung, Nguyễn Quang Nghĩa*, Nguyễn Tiến Quyết***

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá kết quả ghép gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan ngoài tiêu chuẩn Milan tại bệnh viện Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu 33 bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan ngoài tiêu chuẩn Milan được ghép gan tại bệnh viện Việt Đức từ 5/2012 – 5/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình 55,06 ± 8,3, nhiễm virus

viêm gan B chiếm 87,6%, điều trị trước ghép bằng nút động mạch gan hoá chất (TACE) và hoặc đốt sóng cao tần (RFA) 84,8%, alpha fetoprotein (AFP) trước ghép > 200 ng/ml 21,2%. Child A chiếm 69,7%, ngoài tiêu chuẩn Milan trong University of California San Francisco (UCFS) 33,3%, ngoài tiêu chuẩn University of California San Francisco 66,7%. Ghép gan người hiến sống 12,1%, người hiến chết não 87,9%, thời gian thiếu máu lạnh 163,8 ± 82,2, thiếu máu nóng 53,2 ± 14,4. Tắc động mạch gan và tĩnh mạch cửa 3%, chảy máu sau ghép 6,1%, tử vong sau ghép 6,1%. Thời gian sống thêm sau 1 năm, 3 năm và 5 năm là 75,6%, 72,5% và 72,5%. Thời gian sống không bệnh sau 1 năm, 3 năm và 5 năm là 77,4%, 73,7% và 70%. **Kết luận:** Ghép gan là phương pháp hiệu quả điều trị ung thư biểu mô tế bào gan thậm chí ung thư tế bào gan ngoài tiêu chuẩn Milan

Từ khóa; ghép gan, ung thư biểu mô tế bào gan.

*Trung tâm ghép bệnh viện Việt Đức

**Nội trú ngoại đại học Y Hà nội

Chịu trách nhiệm chính: Ninh Việt Khải

Email: drninhvietkhai@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 17.10.2022

Ngày duyệt bài: 24.10.2022

SUMMARY**THE OUTCOME OF LIVER TRANSPLANTATION FOR HEPATOCELLULAR CARCINOMA BEYOND MILAN CRITERIA AT VIETDUC UNIVERSITY HOSPITAL**

Objectives: Evaluating the outcome of liver transplantation for hepatocellular carcinoma beyond Milan criteria at VietDuc University hospital. **Subject and methods:** The retrospective study of 33 patients with hepatocellular carcinoma (HCC) beyond Milan criteria performed liver transplantation at VietDuc University hospital from 5/2012 – 5/2022. **Result:** Average age $55,06 \pm 8,3$, hepatitis B virus infection 87,6%, pre-liver transplant adjuvant treatment with TACE or and 84,8%, pre - liver transplant alpha fetoprotein (AFP) > 200 ng/ml 21,2%. Child A 69,7%, beyond Milan criteria but in University of California San Francisco (UCFS) criteria 33,3%, beyond UCSF 66,7%. Living donor liver transplantation 12,1%, brain death donor liver transplantation 87,9%, cold ischemic time $163,8 \pm 82,2$ minutes, warm ischemic time $53,2 \pm 14,4$ minutes. Hepatic thrombosis and portal vein thrombosis 3%, postransplanted bleeding 6,1%, postransplanted mortality 6,1%. The overall survival at 1 - year, 3 - year and 5 - year is 75,6%, 72,5 % and 72,5%. The disease - free survival at 1 - year, 3 - year and 5 - year 77,4%, 73,7% and 70%. **Conclusion:** Liver transplantation is an effective treatment for hepatocellular carcinoma even beyond Milan criteria.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan (HCC) là tổn thương ác tính hay gặp nhất ở gan và thường phát triển trên nền gan xơ do viêm gan B, C, rượu...[1]. Ghép gan là phương pháp thay thế gan bệnh lý bằng 1 phần hay toàn bộ gan lành. Do loại bỏ đồng thời tổn thương u ác tính và phần gan bệnh lý đi kèm nên ghép gan là phương pháp điều trị triệt căn và có hiệu quả nhất đối với HCC. Tuy nhiên, không phải bất cứ tình trạng và giai đoạn nào của HCC ghép gan cũng mang đến hiệu quả điều trị. Năm 1996, Mazzaferro và cộng sự đã lần đầu tiên công bố tiêu chuẩn Milan để chỉ định ghép gan do HCC (1 u ≤ 5 cm hoặc ≤ 3 u nhưng u lớn nhất ≤ 3 cm) với thời gian sống 4 năm sau ghép là 83% [2]. Nhiều quan điểm cho rằng, tiêu chuẩn Milan quá

khắt khe, do vậy những năm sau đó nhiều tác giả đã đưa ra các tiêu chuẩn mở rộng với kết quả sống sau ghép tương đương như tiêu chuẩn UCSF (1 u, kích thước $\leq 6,5$ cm hoặc ≤ 3 u trong đó u lớn nhất $\leq 4,5$ cm và tổng kích thước các u ≤ 8 cm - University of California, San Francisco) hay tiêu chuẩn "tới 7" được đưa ra bởi chính Mazzaferro và cộng sự trong đó tổng kích thước lớn nhất của u và số khối lượng u ≤ 7 và không có xâm lấn mạch vi thể [3], [4]. Ca ghép gan do HCC đầu tiên ở Việt Nam là ca ghép gan người hiến sống người lớn - người lớn thực hiện tại bệnh viện Việt Đức vào năm 2008, người nhận bị HCC trên nền gan xơ mất bù. Cho đến nay, một số bệnh viện trong toàn quốc đã thực hiện ghép gan tuy nhiên những đánh giá về kết quả ghép gan cho HCC chưa được công bố đầy đủ. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm: Đánh giá kết quả ghép gan cho bệnh nhân HCC ngoài tiêu chuẩn Milan.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**2.1 Đối tượng nghiên cứu**

- Bệnh nhân được ghép gan từ 5/2012 – 5/2022 tại bệnh viện Việt Đức, có giải phẫu bệnh khẳng định là HCC

- Bệnh nhân có 1 khối u kích thước > 5 cm hoặc có 2- 3 khối u nhưng kích thước khối u lớn nhất > 3 cm hoặc có > 4 khối u trên phim CT đa dãy và hoặc MRI (ngoài tiêu chuẩn Milan).

- Hồ sơ bệnh án có đầy đủ thông tin

2.2 Phương pháp nghiên cứu

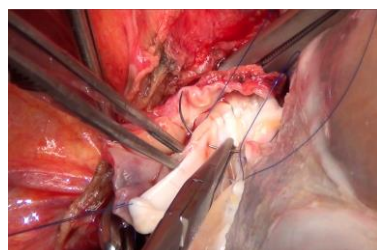
2.2.1 Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả

2.2.2 Tóm lược quy trình ghép gan

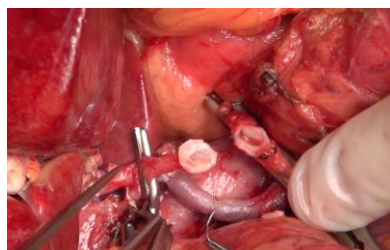
- **Bước 1: Lấy bỏ gan bệnh lý.** Gan bệnh có thể được lấy bỏ cùng đoạn Tm chủ dưới sau gan hoặc để lại TM này.

- **Bước 2: Tái lập lưu thông TM gan, Tm cửa và tái tưới máu gan.** Thì này thực hiện miệng nối TM gan và TM cửa rồi tái tưới máu gan.

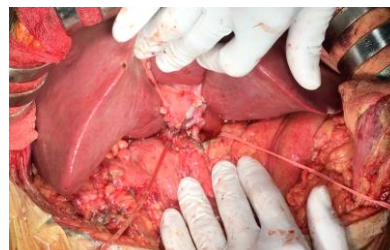
- **Bước 3: Nối động mạch gan và đường mật**



Hình 1: Tái lập lưu thông tĩnh mạch gan



Hình 2: Nối động mạch gan



Hình 3: Gan ghép

- Bước 4: Kiểm tra cầm máu và khâu đóng vết mổ. Kiểm tra khâu cầm máu hoặc đốt điện cầm máu diện cơ hoành, miệng nối..., đặt dẫn lưu và khâu đóng bụng theo lớp giải

2.2.3 Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng: Tuổi, giới, BMI, bệnh lý gan đi kèm, các phương pháp điều trị trước ghép, giá trị AFP, phân loại chức năng gan theo Child Pugh, phân loại theo thang điểm MELD (Model of end stage liver disease). Trên phim chụp CT đa dãy và hoặc MRI ghi nhận kích thước u (u lớn nhất), số lượng u, tổn thương huyết khối TM cửa, đánh giá trước ghép chỉ định ghép gan ngoài tiêu chuẩn Milan trong tiêu chuẩn UCSF và ngoài tiêu chuẩn UCSF (tiêu chuẩn Milan: 1 u, kích thước ≤ 5 cm hoặc 2-3 u trong đó u lớn nhất ≤ 3cm. Tiêu chuẩn UCSF: 1 u, kích thước ≤ 6,5cm hoặc 2-3 u trong đó u lớn nhất ≤ 4,5cm và tổng kích thước các u ≤ 8 cm)

- Đặc điểm phẫu thuật ghép: Đường mổ, tổn thương trong mổ (gan xơ, lách to, khối u dính với cơ hoành), loại hình ghép gan: người hiến sống, người hiến chết não, cách thức tái lập lưu thông TM gan, tai biến trong mổ, thời gian thiếu máu nóng, thời gian thiếu máu lạnh, thời gian phẫu thuật.

- Kết quả sớm sau ghép: Các chỉ số huyết học (Hồng cầu, tiểu cầu, PT%) và sinh hoá máu (GOT, GPT, Bilirubin toàn phần) ngày 1, 3, 5, 7 sau ghép. Tử vong sau mổ (sau ghép BN chưa ra được viện và tử vong), biến chứng sau mổ (chảy máu sau mổ, rò mật sau mổ, tắc ĐM gan, tắc TM cửa), tràn dịch màng phổi, nhiễm trùng vết mổ.

- Kết quả xa sau ghép: Thời gian sống thêm không bệnh, thời gian sống toàn bộ.

2.3 Xử lý số liệu: Số liệu được nghiên cứu, mã hóa, nhập, xử lý và phân tích trên máy tính, sử dụng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 33 BN ghép gan do HCC ngoài tiêu chuẩn Milan từ 5/2012 – 5/2022 tại bệnh viện Việt Đức

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Đặc điểm (n = 33)	Giá trị
Tuổi	55,06 ± 8,3 (33 – 74)
Giới (nam/nữ)	32/1 (97%/3%)
BMI	23,4 ± 2,5 (17,6-29,3)
Nguyên nhân gây bệnh lý gan	
HBV	25 (75,7%)
HCV	2 (6%)

HBV và nghiện rượu	4 (12,1)
Nghiện rượu	1 (3%)
Điều trị trước ghép	
TACE đơn thuần	14 (42,4%)
TACE và RF	8 (24,2%)
Mổ (có hoặc không TACE và hoặc RF)	7 (21,3%)
RF	1 (3%)
Không điều trị can thiệp	3 (9,1%)
AFP (ng/ml)	
< 20	15 (45,5%)
20 – 200	10 (30,3%)
200 – 1000	3 (9,1%)
> 1000	5(15,1%)
Child – Pugh	
A	23 (69,6%)
B	7 (21,3%)
C	3 (9,1%)
MELD	10,5 ± 6,7
Chụp CT đa dãy và hoặc MRI	5,1 ± 2 (1 – 10,2)
Kích thước (cm)	
Huyết khối TM cửa	1 (3%)
Tiêu chuẩn ghép	
Ngoài Milan trong UCSF	11 (33,3%)
Ngoài UCSF	22 (66,7%)

Nhận xét: HBV chiếm 75,7% nguyên nhân gây bệnh lý gan, 28 BN chiếm 84,8% được TACE hoặc RF hoặc TACE kết hợp RF trong thời gian chờ ghép gan. Ngoài tiêu chuẩn Milan trong UCSF chiếm 33,3% trong khi đó ngoài UCSF chiếm 66,7%.

Bảng 2: Đặc điểm phẫu thuật ghép gan

Đặc điểm	Giá trị
Đường mổ Mercedes	33 (100%)
Tổn thương trong mổ	
Gan xơ	17(51,5%)
Lách to	8 (24,2%)
Khối u dính với cơ hoành	14(42,4%)
Loại hình ghép	
Ghép gan người hiến sống với mảnh ghép gan P	4 (12,1%)
Tạo hình TM gan giữa	3
Ghép gan người hiến chết não	29 (87,9%)
Tái lập lưu thông TM gan kiểu cổ điển	1
Tái lập lưu thông TM gan kiểu Piggy back với 3 TM gan	24
Tái lập lưu thông qua mở rộng lỗ TM gan P	2
Tái lập lưu thông qua mở rộng lỗ TM gan G và T	2
Thời gian thiếu máu (phút)	163,8 ± 82,2 (65 – 410)
Thiếu máu lạnh	53,2 ± 14,4
Thiếu máu nóng	(30 – 90)

Nhận xét: Đường mổ Mercedes được thực

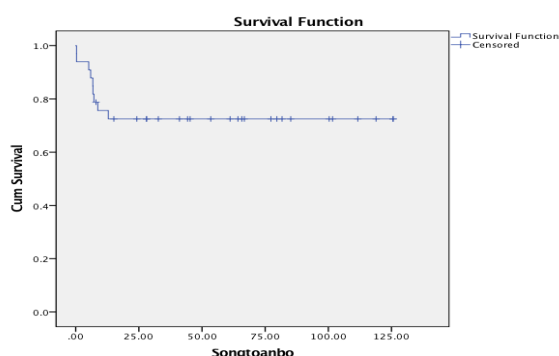
hiện ở tất cả các BN. Ghép gan người hiến sống với mảnh ghép gan phải có 4 BN (12,1%). Ghép gan người hiến chết não có 29BN (87,9%) trong đó tái lập lưu thông kiểu Piggy back với 3 TM gan có 224 BN.

Bảng 3: Biến chứng ngoại khoa sớm sau ghép

Biến chứng, tử vong sau ghép	Giá trị
Tắc, huyết khối ĐM gan	1 (3%)
Tắc, huyết khối TM cửa	1 (3%)
Rò mật	1 (3%)

Tràn dịch màng phổi (> 3cm)	19(57,6%)
Tràn dịch cần dẫn lưu	16
Chảy máu	2 (6%)
Nhiễm trùng vết mổ	1 (3%)
Thủng đại tràng	1 (3%)
Tử vong	2 (6%)

Nhận xét: Huyết khối ĐM gan 3% và huyết khối TM cửa 3% xảy ra trên cùng 1 BN do bị nhiễm nấm (nấm phát triển tại miệng nối). Chảy máu sau mổ ở 2 BN chiếm 6,%. Có 2 BN tử vong sau ghép 6%. Tràn dịch màng phổi là biến chứng thường gặp nhất 57,6%.

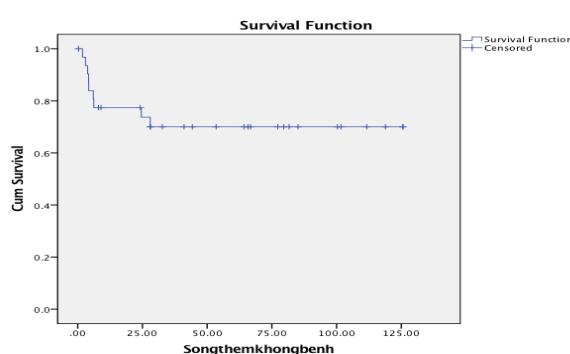


Biểu đồ 1: Thời gian sống thêm toàn bộ sau ghép gan

Nhận xét: Thời gian sống thêm sau 1 năm, 3 năm và 5 năm là 75,6% và 72,5% và 72,5%. Thời gian sống không bệnh sau 1 năm, 3 năm và 5 năm là 77,4%, 73,7% và 70%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Điều trị trong thời gian chờ ghép gan. Nguồn gan hiến luôn ít hơn rất nhiều so với nhu cầu ghép gan của BN. Với BN bị HCC có chỉ định và nguyện vọng ghép gan, việc điều trị hỗ trợ và quản lý BN trong thời gian chờ ghép đóng vai trò quan trọng. Có nhiều phương pháp điều trị hỗ trợ đã được áp dụng như TACE, nút mạch phóng xạ với Yttrium 90, RFA... Việc điều trị hỗ trợ nhằm 2 mục đích: một là điều trị "cầu nối" chờ ghép gan nhằm ngăn ngừa sự phát triển của khối u ra ngoài tiêu chuẩn và hai là điều trị "hạ giai đoạn" nhằm giảm kích thước và số lượng u để đưa về tiêu chuẩn có thể chỉ định ghép. Trong nghiên cứu này của chúng tôi chỉ gồm những BN ngoài tiêu chuẩn Milan, điều trị trước ghép gồm TACE đơn thuần chiếm phần lớn 42,4%, TACE kết hợp RFA chiếm 24,2%, chỉ có 3 BN chiếm 9,1% là không điều trị trước ghép. Majno và cộng sự đã đưa ra thông báo đầu tiên về việc áp dụng TACE nhằm giảm kích thước u trước ghép gan và cho thấy ở nhóm > 3cm mà



Biểu đồ 2: Thời gian sống thêm không bệnh sau ghép gan

đáp ứng với TACE có tỉ lệ sống không bệnh sau 5 năm là 71% so với nhóm không TACE là 49% hoặc không đáp ứng với TACE là 22% [5]. Yao và cộng sự trong nghiên cứu về ghép gan do HCC ngoài tiêu chuẩn Milan nhưng trong tiêu chuẩn UCSF từ 2002 đến 2007 có sử dụng các biện pháp điều trị trước ghép như TACE, RFA, cắt gan nhằm hạ giai đoạn cho thấy: 43 BN chiếm 70,5% đáp ứng với điều trị để hạ giai đoạn, 35 BN đã được ghép gan với thời gian sống sau ghép 1 năm và 4 năm là 96% và 92% [6]. Cho đến nay, TACE và RFA là phương pháp điều trị hỗ trợ hoặc điều trị hạ giai đoạn trong khi chờ ghép đối với BN bị HCC thường áp dụng ở hầu hết các trung tâm ghép trên thế giới.

4.2. Chỉ định ghép gan và kết quả sau ghép. Tiêu chuẩn để chỉ định ghép gan đối với HCC khác nhau giữa các trung tâm trên thế giới, tuy nhiên tiêu chuẩn Milan được xem là tiêu chuẩn nền tảng trong chỉ định và phân phối gan ghép. Hai tiêu chuẩn mở rộng so với Milan thường được nói đến ở Mỹ và Châu Âu là UCSF và "tới 7". Tiêu chuẩn ghép gan cho HCC được mở rộng hơn ở Châu Á, nơi mà ghép gan từ người hiến sống chiếm phần lớn (không bị tác động với tính công bằng trong phân phối gan ghép). Tiêu chuẩn Tokyo hay còn gọi là tiêu

chuẩn 5 – 5 với số lượng $u \leq 5$ và kích thước u không vượt quá 5 cm có tỉ lệ sống và tái phát sau 5 năm là 90% và 75% [7]. Tiêu chuẩn Asan, với số lượng $u \leq 6$, tất cả các $u \leq 5$ cm (giải phẫu bệnh), tỉ lệ sống sau 5 năm là 76.3% và 18.9% tương ứng với mỗi nhóm trong và ngoài tiêu chuẩn [8]. Bên cạnh đó có những tiêu chuẩn liên quan đến đặc tính sinh học của khối u với các chất chỉ điểm u như AFP hay PIV KA2 được nói đến như: Tiêu chuẩn của đại học Hangzhou, Trung quốc với tổng kích thước $u \leq 8$ cm hoặc tổng kích thước $u > 8$ cm nhưng mức độ biệt hoá tế bào I hoặc II và AFP ≤ 400 ng/ml. Tiêu chuẩn Kyoto với số lượng $u \leq 10$, tất cả các $u \leq 5$ cm (đánh giá chẩn đoán hình ảnh) và PIVK II ≤ 400 mAU/ml có tỉ lệ sống sau 5 năm là 85.2%[9]. Có một thực tế là khi chúng ta mở rộng tiêu chuẩn ghép gan (số lượng, kích thước, chất chỉ điểm u...) thì khả năng tỉ lệ sống sau ghép 5 năm sẽ giảm, điều đó được thể hiện trong công thức tính "vé tàu điện" – Metro ticket, khoảng cách càng dài so với tiêu chuẩn cơ bản (Milan) về số lượng, kích thước u thì giá phải trả cho giảm thời gian sống sau ghép càng cao, được đưa ra bởi Mazzaferro [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 4 BN (12,1%) được ghép gan người hiến sống và 29 BN (87,9%) được ghép gan từ người hiến chết não, tất cả BN đều ngoài tiêu chuẩn Milan trong đó 22 BN (66,7%) ngoài cả tiêu chuẩn UCSF. Thời gian sống thêm sau 1 năm, 3 năm và 5 năm là 75,6% và 72,5% và 72,5%. Thời gian sống không bệnh sau 1 năm, 3 năm và 5 năm là 77,4%, 73,7% và 70% là tương đương với kết quả của các nghiên cứu trên thế giới. Trong 5 BN có AFP trước ghép > 1000 ng/ml, 3 BN tử vong sau ghép trong vòng 1 năm, 1 BN sống sau ghép 15 tháng và hiện có tái phát, tuy nhiên có 1 BN sống > 5 năm chưa tái phát. Thời gian gần đây, những BN AFP > 1000 ng/ml chúng tôi đã áp dụng tiêu chuẩn AFP < 500 ng/ml sau khi điều trị hỗ trợ mới đưa vào danh sách chờ ghép. HCC khi được xem xét ghép gan từ người chết não là hợp lý khi thời gian sống sau ghép phải có ý nghĩa và tương đương với nhóm bệnh lý gan không ung thư (xơ gan, suy gan...) vì đây là nguồn tạng có tính cộng đồng chung, còn đối với ghép gan từ người cho sống thì sự cân bằng đôi – người nhận và cho gan phải được tính đến đó là ghép gan phải mang lại lợi ích cao người nhận và nguy cơ thấp cho người hiến. Hiện tại chưa có

đồng thuận về tỉ lệ tái phát, thời gian sống tối thiểu có thể chấp nhận đối với người nhận cũng như nguy cơ có thể chấp nhận đối với người hiến. Phần lớn cho rằng, tỉ lệ sống không bệnh sau 3 năm và sống sau ghép sau 5 năm tối thiểu $> 50\%$ và nguy cơ tử vong tối đa cho người hiến đối với mảnh ghép gan trái là 0.1% và gan phải là 0.3% là thích hợp để thực hiện ghép gan người hiến sống [10].

V. KẾT LUẬN

Ghép gan là phương pháp hiệu quả điều trị ung thư biểu mô tế bào gan thậm trí ung thư tế bào gan ngoài tiêu chuẩn Milan

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kulik, L. and H.B. El-Serag, Epidemiology and Management of Hepatocellular Carcinoma. *Gastroenterology*, 2019. **156**(2): p. 477-491 e1.
2. Mazzaferro, V., et al., Liver transplantation for the treatment of small hepatocellular carcinomas in patients with cirrhosis. *N Engl J Med*, 1996. **334**(11): p. 693-9.
3. Yao, F.Y., et al., Liver transplantation for hepatocellular carcinoma: expansion of the tumor size limits does not adversely impact survival. *Hepatology*, 2001. **33**(6): p. 1394-403.
4. Mazzaferro, V., et al., Predicting survival after liver transplantation in patients with hepatocellular carcinoma beyond the Milan criteria: a retrospective, exploratory analysis. *Lancet Oncol*, 2009. **10**(1): p. 35-43.
5. Majno, P.E., et al., Influence of preoperative transarterial lipiodol chemoembolization on resection and transplantation for hepatocellular carcinoma in patients with cirrhosis. *Ann Surg*, 1997. **226**(6): p. 688-701; discussion 701-3.
6. Yao, F.Y., et al., Excellent outcome following down-staging of hepatocellular carcinoma prior to liver transplantation: an intention-to-treat analysis. *Hepatology*, 2008. **48**(3): p. 819-27.
7. Sugawara, Y., S. Tamura, and M. Makuuchi, Living donor liver transplantation for hepatocellular carcinoma: Tokyo University series. *Dig Dis*, 2007. **25**(4): p. 310-2.
8. Lee, S.G., et al., Expanded indication criteria of living donor liver transplantation for hepatocellular carcinoma at one large-volume center. *Liver Transpl*, 2008. **14**(7): p. 935-45.
9. Takada, Y., et al., Living donor liver transplantation for patients with HCC exceeding the Milan criteria: a proposal of expanded criteria. *Dig Dis*, 2007. **25**(4): p. 299-302.
10. Broelsch, C.E., A. Frilling, and M. Malago, Should we expand the criteria for liver transplantation for hepatocellular carcinoma--yes, of course! *J Hepatol*, 2005. **43**(4): p. 569-73.