

## Hepatocelulární karcinom

Hepatocelulární karcinom patří celosvětově k častým malignitám, nejčastější je v Asii a v Africe. Prognóza je relativně závažná. Incidence v ČR je relativně nízká a pohybuje se okolo 1 na 100,000 obyvatel.

### Příčiny

V drtivé většině se hepatocelulární karcinom rozvíjí v terénu **jaterní cirhózy** (95% případů). Celosvětově je významný vliv chronické **hepatitidy B** a **hepatitidy C** a také vliv aflatoxinu. V našich zeměpisných šířkách je důležitý faktor poškození jater alkoholem. Velmi vysoké riziko vzniku HCC je u pacientů s cirhózou při **hemochromatóze**, naopak nízké riziko je u cirhotiků na podkladě **autoimunitní hepatitidy**, **Wilsonovy choroby**, **primární biliární cirhózy** a **deficitu alfa-1-antitrypsinu**.

### Projevy

Poměrně dlouhou dobu je tumor bez projevů, nebo jsou přítomny pouze projevy primárního jaterního onemocnění. Hepatocelulární karcinom se může projevovat nechutenstvím, kachexií, bolestmi v pravém podžebří a relativně vzácně nitrobřišním krvácením. Při angioinvazi se vytváří nádorový trombus v portální žíle se zhoršením projevů **portální hypertenze**.

### Diagnostika

Stran rizika HCC lze doporučit kontroly pacientů s **jaterní cirhózou** a u pacientů s chronickou **hepatitidou B**, ideální perioda je každých **6 měsíců**. Kontrola by měla zahrnovat **ultrazvuk** a odběr **tumor markeru AFP**. Při ultrazvukovém nálezů suspektního ložiska elevaci AFP je vhodné zvážit chirurgický zákrok, při normálním AFP je vhodné provést CT, či MR jater. CT nebo MR vyšetření ukáže charakteristický hypervaskularizovaný uzel s typickým vymýváním ve venózní fázi. Biopsie ložiska se doporučuje pouze při vážné nejistotě, v případě radiologického podezření na HCC a elevaci AFP se její provedení nedoporučuje.

### Terapie

Terapeutický postup závisí na rozsahu onemocnění (TNM), stupni jaterního onemocnění (typicky hodnoceno pomocí Child-Pugh systému) a celkovém stavu pacienta (např. ASA hodnocení, či performance status). Celkový přístup se hodnotí dle schématu stanoveného Barcelonskou skupinou.

Jako obvykle rozlišujeme léčbu kurativní a paliativní. Kurativní možností terapie HCC je chirurgická resekce, nebo **transplantace jater**. Transplantaci jater je možné využít u pacientů s zdravými játry, nebo s cirhózou stádia Child-Pugh A, nebo B s jedním ložiskem HCC průměru do 5cm, nebo až 3 ložisky do 3cm (**Milánská kritéria**).

Po resekci jater pro HCC je vhodná UZ kontrola první dva roky á 3-6 měsíců. Byla-li v úvodu elevace AFP, pak opět jeho pravidelné kontroly první dva roky á 3 měsíce.

Potenciálně kurativní je **perkutánní radiofrekvenční ablace** (RFA) malých ložisek HCC, jinak je radiofrekvenční ablace spolu s etanolizací, kryodestrukci a termoablací pouze paliativní metoda. Perkutánní RFA je vhodná u malých ložisek HCC, kdy není možné provést resekci, či transplantaci jater. Ložisko HCC by při zvažované RFA nemělo být blíže než 1cm od žlučovodu, jinak hrozí jeho poškození.

Další paliativní metodou je **transarteriální selektivní chemoembolizace**, která spočívá v nasondování přívodné tepny k nádoru s aplikací chemoterapeutika a současně okluzí této tepny s ischemií nádorového ložiska.

Standardní chemoterapie nemá příliš dobrý efekt, většinou se podává doxorubicin v kombinacích. Z biologické terapie se podává **sorafenib** (blokátor tyrosinkináz) u pacientů ve stádiu jaterního onemocnění Child-Pugh A. Terapie sorafenib může způsobit dermatitidy a zhoršit dočasně hojení ran.

Symptomatická terapie je ve shodě s terapií jaterní cirhózy a jejích komplikací. dle potřeby je mono zahájit analgetickou terapii.