

Toronto HCC risk index: A validated scoring system to predict 10-year risk of HCC in patients with cirrhosis.

Sharma SA, Kowgier M, Hansen BE, et al.

Journal of Hepatology 2018; 68:92-99

Οι κατευθυντήριες οδηγίες συστήνουν την επιτήρηση για ανάπτυξη του ηπατοκυτταρικού καρκίνου (ΗΚΚ) όλων των κίρρωτικών ασθενών με υπερηχογράφημα ανά 6 μήνες. Όμως, η συχνότητα εμφάνισης του ΗΚΚ διαφέρει αναλόγως της υποκείμενης ηπατικής νόσου. Η παρούσα μελέτη διερευνά την επίπτωση του ΗΚΚ σε ασθενείς με κίρρωσης διαφόρων αιτιολογιών και προτείνει μαθηματικό μοντέλο υπολογισμού κινδύνου ΗΚΚ.

Η μελέτη αποτελείται από 2 σκέλη:

- 1) Κύρια μελέτη – 2.079 ασθενείς του Toronto Western Hospital Liver Centre.
- 2) Μελέτη επιβεβαίωσης – 1.144 ασθενείς από το Rotterdam, Ολλανδία

Όλα τα στοιχεία μελετήθηκαν αναδρομικά. Η διάγνωση της κίρρωσης βασίστηκε σε βιοψία ή σε μη επεμβατικές μεθόδους, ενώ του ΗΚΚ σε διαγνωστικά κριτήρια της AASLD. Η επίπτωση του ΗΚΚ υπολογίστηκε ανά αιτία της ηπατικής νόσου. Με την πολυπαραγοντική αναδρομική μέθοδο Cox (multivariable Cox regression) προσδιορίστηκαν οι στατιστικώς σημαντικοί αιτιολογικοί παράγοντες του ΗΚΚ, οι οποίοι εν συνεχεία χρησιμοποιήθηκαν για την δημιουργία του προγνωστικού μοντέλου (scoring system) ανάπτυξης του ΗΚΚ - Toronto HCC risk index (THRI).

Στην τελική ανάλυση περιλήφθηκαν 2.079 κίρρωτικοί ασθενείς με διάρκεια παρακολούθησης ≥ 6 μήνες (μέση - 71 μήνες). Η συχνότερη αιτία της κίρρωσης ήταν η χρόνια HCV λοίμωξη (n=883), ακολουθούμενη από τη χρόνια HBV (n=396), τη αλκοολική νόσο (n=228) και την NAFLD (n=228).

Από αυτούς οι 226 (10,8%) εμφάνισαν ΗΚΚ. Η 10-ετής επίπτωση του ΗΚΚ ήταν 21,7% σε ασθενείς με ιογενείς ηπατίτιδες, 16,3% με στεατοηπατίτιδα, 4,6% με αυτοάνοσα νοσήματα και 8% με άλλα νοσήματα ήπατος ($p < 0.001$, εικόνα 1).

Η ηλικία, το φύλο, η αιτιολογία της κίρρωσης (HBV, HCV, HCV με SVR, στεατοηπατίτιδα και άλλα νοσήματα) και ο αριθμός των αιμοπεταλίων σχετιζόταν με την εμφάνιση του ΗΚΚ. Οι παράμετροι αυτές ενσωματώθηκαν στη πολυπαραγοντική φόρμουλα υπολογισμού κινδύνου ΗΚΚ – THRI (πίνακας 1). Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε 3 ομάδες αναλόγως βαθμού: < 120 – χαμηλού, 120-240 - μεσαίου και > 240 - υψηλού κινδύνου.

Η 10-ετή επίπτωση του ΗΚΚ ήταν 3% (95% CI 0,13-2,2%), 10% (95% CI 7,3-12,3%) και 32% (95% CI 27,4-36,4%) σε ασθενείς χαμηλού, μεσαίου και υψηλού κινδύνου, αντίστοιχα.

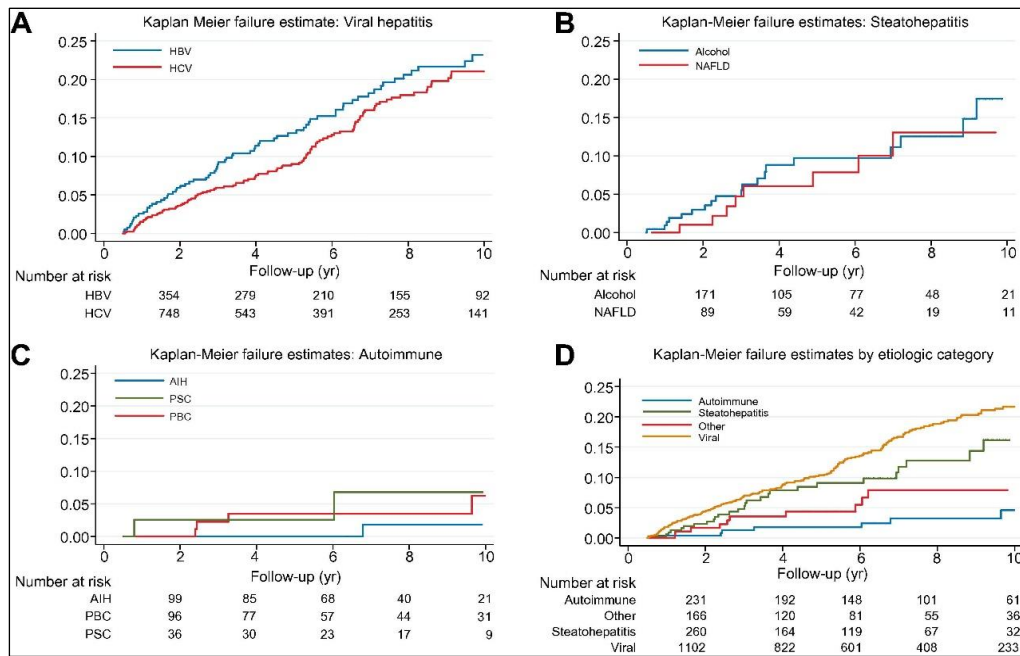
Τα δεδομένα επιβεβαιώθηκαν σε ομάδα 1.144 κίρρωτικών ασθενών από το Rotterdam (PBC n = 408, HBV n = 253, HCV n = 301, HCV-SVR n = 182). Η προγνωστική αξία του υπό μελέτη πληθυσμού και της κοορτής επιβεβαίωσης ήταν παρόμοια (Harrell's c statistic 0.77).

Συμπερασματικά, η μελέτη αποδεικνύει ότι η αιτιολογία της κίρρωσης καθορίζει τον κίνδυνο εμφάνισης του ΗΚΚ. Οι συγγραφείς προτείνουν εύχρηστο σύστημα υπολογισμού κινδύνου ανάπτυξης του ΗΚΚ, το οποίο ενδεχομένως θα μπορούσε να κατευθύνει την κλινική πρακτική επιτήρησης των κίρρωτικών ασθενών.

Σχόλιο.

Η παρούσα μελέτη αναλύει μεγάλο πληθυσμό κίρρωτικών ασθενών, περιλαμβάνοντας και μεγάλο αριθμό με αυτοάνοσα νοσήματα ήπατος. Σημαντικό εύρημα είναι η αιτιολογική συσχέτιση της ηπατικής νόσου με την επίπτωση του ΗΚΚ, καθώς και το προτεινόμενο απλό σύστημα υπολογισμού κινδύνου εμφάνισης ΗΚΚ, το οποίο προσφέρει τη δυνατότητα ταξινόμησης των κίρρωτικών ασθενών σε 3 ομάδες και, ενδεχομένως, τροποποίηση της συχνότητας ελέγχου με υπερηχογράφημα αναλόγως ομάδας κινδύνου.

Εικόνα 1. Η 10-ετής επίπτωση του ΗΚΚ αναλόγως της αιτιολογίας της κίρρωσης.



Πίνακας 1. Συνιστώσες του Toronto HCC risk index

Risk Factor	Score
Age	
<45	0
45-60	50
>60	100
Etiology	
Autoimmune	0
HCV SVR	0
Other	36
Steatohepatitis	54
HCV	97
HBV	97
Gender	
Female	0
Male	80
Platelets	
>200	0
140-200	20
80-139	70
<80	89
Total	0-366

Πηγή: [http://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278\(17\)32248-1/fulltext](http://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278(17)32248-1/fulltext)

Επιμέλεια κειμένου
Έλενα Βεζαλή
Παθολόγος-Ηπατολόγος
ΔΘΚΑ «Υγεία»