

Análise das características associadas à dificuldade de rastreamento e diagnóstico precoce do carcinoma hepatocelular em pacientes de risco

Analysis of features associated with difficulty in screening and early diagnosing hepatocellular carcinoma in risk patients

João Eugênio Loureiro Lopes¹, Júlia Antunes Rizzo Bicalho¹,
Lívia Zardo Trindade¹, Mariana Poltronieri Pacheco¹

Resumo

Introdução: O carcinoma hepatocelular (CHC) é o tumor maligno primário mais comum do fígado. Através do rastreamento semestral com ultrassonografia (USG) abdominal e alfafetoproteína (AFP), em pacientes de risco, seu diagnóstico pode ser realizado de maneira precoce, quando há propostas de tratamento curativo. Entretanto, a existência de inúmeras barreiras de acesso aos exames de rastreamento do CHC impacta negativamente no prognóstico dos pacientes portadores de hepatopatias crônicas. **Objetivo:** O estudo teve como objetivo avaliar os determinantes que dificultam o acesso ao rastreamento e diagnóstico precoce, através da USG abdominal, em pacientes de risco para CHC ou já diagnosticados com a neoplasia. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo e transversal, onde, para avaliar os principais fatores associados a essa dificuldade nos pacientes, foi aplicado um questionário que aborda estes fatores mais prevalentes. **Resultados:** Durante o período de estudo, 60 pacientes foram abordados. Em uma primeira análise, foi observado que a maioria dos pacientes era do sexo masculino (54%) e idade média de 59 anos. Da doença hepática crônica, a etiologia mais observada foi álcool (48%) seguida da infecção pelo vírus C (32%). Apesar de 42,86% dos pacientes negarem dificuldades para realização dos exames de rastreio, fatores como financeiro (12,50%) e desconhecimento da doença (10,71%) foram apontados como dificultadores. Dos pacientes com CHC, foi notado que, ao diagnóstico, 62,5% não tinha perspectiva de tratamento curativo. **Discussão:** Quando diagnosticado precocemente, o CHC possui opções de tratamento curativo, como o transplante hepático, com

intuito secundário de garantir melhor qualidade de vida ao paciente. Entretanto, a dificuldade de acesso ao exame ou o desconhecimento da doença retardam o acompanhamento deste paciente e, conseqüentemente, limitando as estratégias terapêuticas. **Conclusão:** A ação conjunta dos diferentes níveis de atenção de saúde para solucionar os principais problemas envolvidos na dificuldade de rastreio para o CHC podem auxiliar no diagnóstico precoce do câncer e, portanto, opções de tratamento curativo ao paciente.

Palavras chave: Carcinoma hepatocelular, Rastreamento, Diagnóstico precoce, Detecção precoce do câncer, Fatores de risco

Abstract

Introduction: Hepatocellular carcinoma (HCC) is the most common primary malignant liver tumor. Through semester screening with abdominal ultrasound (US) and alpha-fetoprotein (AFP) in high-risk patients, its diagnosis can be performed early, when there are proposals for curative treatment. However, the existence of access barriers to HCC screening tests negatively impacts the prognosis of patients with chronic liver diseases. **Objectives:** The study aimed to evaluate the determinants that hinder access to screening and early diagnosis, through abdominal US, in patients at risk for HCC or already diagnosed with the cancer. **Methods:** Descriptive and cross-sectional study where, to assess the main factors associated with this difficulty in patients, a questionnaire was designed that addresses the most prevalent factors. **Results:** During the study period, 60 patients were evaluated. In a first analysis, it was observed that most patients were male sex (54%) and mean age was 59 years. Of the chronic liver disease, the most observed etiology was alcohol (48%) followed by hepatitis C virus infection (32%). Although 42.86% of patients deny difficulties in performing the screening tests, factors such as financial (12.50%) and lack of knowledge about the disease (10.71%) were identified as hindering factors. Of the patients with HCC, it was noted that, at diagnosis, 62.5% had no prospect of curative

1. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM). Curso de Medicina. Vitória – ES – Brasil.

Trabalho realizado: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM). Curso de Medicina. Vitória – ES – Brasil.

Endereço para correspondência: João Eugênio Loureiro Lopes. Av. Nossa Senhora da Penha, 2190, Barro Vermelho, 29045-402 - Vitória – ES, joao.eugenio1@hotmail.com

treatment. Discussion: When diagnosed early, HCC has curative treatment options, such as liver transplantation, with the secondary aim of guaranteeing better quality of life for the patient. However, difficult access to the exam or lack of knowledge about the disease delay the follow-up of this patient and, consequently, limit therapeutic strategies.

Conclusion: A joint action of different levels of health care to solve the main problems represented in the difficulty of screening for HCC can help in the early diagnosis of cancer and, therefore, curative treatment options for the patient.

Keywords: Hepatocellular carcinoma, Screening, Early diagnosis, Early detection of cancer, Risk factors

Introdução

O carcinoma hepatocelular (CHC) é o tumor maligno primário do fígado mais comum. Estima-se que represente 5% de todos os casos de câncer no mundo, é o quinto tipo de câncer mais comum em homens e o oitavo em mulheres. Em 2008, mais de 748 mil novos casos de CHC foram registrados em escala global, além de aproximadamente 696 mil mortes registradas em decorrência dessa doença. Segundo dados do DataSUS, entre julho de 2014 e junho de 2015 foram registrados 5.487 novos casos de CHC no Brasil, dentre esses, 88% não haviam sido previamente diagnosticados com doenças de base que o predispõem, o que pode evidenciar a subnotificação dessas doenças, o não acompanhamento das mesmas e o diagnóstico tardio do CHC⁽¹⁻⁴⁾.

Trata-se de um tumor causado pela agressão crônica às células hepáticas, com maior suscetibilidade em paciente do sexo masculino, e, em geral, na faixa etária em torno dos 60 anos. Os principais fatores de risco para CHC são infecções crônicas pelos vírus das hepatites B (VHB), paciente com fibrose avançada pelo vírus da hepatite C (VHC) e por doença hepática gordurosa não alcoólica (DHGNA), além de cirrose hepática de qualquer etiologia. A maioria dos pacientes que desenvolvem o câncer apresenta cirrose hepática subjacente, sendo que, no Brasil, a principal etiologia da cirrose está associada à infecção crônica pelo VHC em 70% dos casos^(2,5).

Visto que o CHC é uma doença silenciosa e extremamente agressiva, o rastreamento de pacientes em grupos de risco é a maneira mais efetiva para garantir o diagnóstico precoce, a possibilidade de cura e o aumento da sobrevida desses pacientes. O *screening* de pacientes portadores de hepatite B, fibrose F3 por DHGNA ou infecção crônica pelo VHC e cirróticos compensados de qualquer etiologia, deve ser feito por meio do USG abdominal, a cada 6 meses. Este exame de imagem é de baixo custo, não invasivo e eficaz, apresentando uma sensibilidade de 58% a 89% e especificidade superior a 94%. A alfafetoproteína apresenta

uma baixa especificidade, já que, pode estar elevada em consequência da atividade necroinflamatória da hepatite viral, sendo um exame mais eficiente para rastreamento nos casos de cirrose não viral, contudo, é amplamente utilizada, junto ao USG abdominal, a fim de elevar a sensibilidade do *screening*^(5-7, 9-10,12).

O diagnóstico de CHC se inicia a partir de um achado ultrassonográfico de nódulo hepático suspeito, que pode estar associado ao aumento dos níveis séricos de alfafetoproteína (AFP). Na suspeita, a demonstração, em exames complementares diagnósticos de hipervascularização, na fase arterial, e no clareamento do contraste ou “washout”, nas fases tardias após o realce, aumenta a probabilidade de CHC em 65 vezes^(5,7).

Desse modo, este achado pode ser obtido, preferencialmente, por meio de métodos radiológicos dinâmicos, não invasivos, tais como a tomografia computadorizada (TC) e a ressonância nuclear magnética (RNM). Após o diagnóstico positivo para CHC, deve-se definir o estadiamento para o tumor e, atualmente, no Brasil, recomenda-se que seja usado o sistema de estadiamento desenvolvido pelo Barcelona Clinic Liver Cancer (BCLC) para a classificação do tumor. De acordo com o BCLC, o CHC é classificado em cinco estágios, conforme o tamanho e localização do tumor, sintomas e função hepática do paciente, são eles: estágio 0 (muito inicial), estágio A (inicial), estágio B (intermediário), estágio C (avançado) e estágio D (terminal)⁽¹³⁻¹⁶⁾.

As opções terapêuticas para o CHC dependem do estágio em que o tumor foi diagnosticado e da presença ou não de outras comorbidades. Os procedimentos potencialmente curativos, restritos aos estágios iniciais do CHC, compreendem o transplante de fígado e a ressecção cirúrgica do tumor, sendo essa o tratamento de primeira linha em pacientes não cirróticos diagnosticados em estágios iniciais da doença. Pacientes em estágio 0 ou A, não elegíveis para a ressecção cirúrgica ou que aguardam a realização de transplante hepático têm indicação para ablação por radiofrequência ou ablação química por injeção percutânea de etanol, ambos auxiliando na não progressão tumoral. Quando o CHC já é intermediário, o principal procedimento recomendado é a quimioembolização transarterial por cateter, que objetiva a não progressão do tumor. Em estágios avançados os tratamentos disponíveis, além de não possibilitarem a cura, apresentam taxas de mortalidade elevadas. O Sorafenibe, quimioterápico oral, é uma opção terapêutica de primeira linha com evidências científicas de ganho de sobrevida para os casos de CHC irressecável. Entretanto, novas drogas como o uso combinado do atezolizumab com bevacizumab já foram estudadas e apresentaram desfechos superiores ao uso isolado do sorafenibe. Pacientes terminais, estágio D

pela classificação da BCLC, devem receber cuidados paliativos, sem tratamento antineoplásico, de modo a garantir apenas uma melhor qualidade de vida ao paciente^(10-11,13).

Atualmente, no Brasil, o acesso ao diagnóstico precoce e ao tratamento do CHC não é garantido de maneira equânime para toda a população. As barreiras de acesso englobam estigmas ao redor das doenças de base, carência de campanhas de conscientização, variação de qualidade e tipo de atendimento entre diferentes estabelecimentos do sistema público, fragmentação do sistema de referência e contrarreferência entre os diferentes níveis de atenção do SUS, distância paciente-estabelecimento de saúde, o tempo de agendamento de exames e o atraso no início do tratamento, com uma média de 76,3 dias de espera entre o diagnóstico e o primeiro tratamento. Em contrapartida, a análise de dados do DataSUS entre julho de 2014 e junho de 2015 mostrou que apenas 9,8% dos pacientes com CHC são diagnósticos em estágio inicial e 62,2% recebem o diagnóstico quando apenas cuidados paliativos são viáveis^(4, 17-19).

Por isso, quando detectado em seus estágios iniciais, o CHC é potencialmente curável e, portanto, se faz necessário o estabelecimento e a execução de medidas que eliminem as barreiras de acesso ao diagnóstico precoce da doença^(14,20-22).

Material e Métodos

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e longitudinal que foi realizado durante um período de 12 meses por graduandos do curso de medicina da Escola de Ciências Superiores da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), nos ambulatórios de Hepatologia do hospital escola Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV), a partir da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP),

com número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 26435119.1.0000.5065.

Foi realizado um questionário que aborda aspectos sociodemográficos e triagem de determinantes que dificultem rastreio e diagnóstico precoce do CHC nos pacientes em acompanhamento no ambulatório de Hepatologia. Foram incluídos homens e mulheres, sem limitação de faixa etária, com diagnóstico de infecção crônica pelo vírus B, em fibrose avançada (F3) e portadores de doença hepática gordurosa não-alcóolica (DHGNA) ou de infecção crônica pelo vírus C que também possuam esse grau de hepatopatia, além de pacientes em estágio de cirrose hepática independente da etiologia. Foram excluídos pacientes com distúrbios neurocognitivos que interfiram na autonomia ou independência, sendo incapazes de responderem por si.

As variáveis de natureza categórica foram analisadas por meio de frequências e percentuais, sendo que as associações foram verificadas pelo teste qui-quadrado ou Exato de Fisher (no caso de valores esperados menores do que 5 e tabelas na forma matricial 2 x 2). Já as variáveis numéricas foram analisadas por medidas de resumo de dados como média e desvio padrão.

Associações e comparações foram consideradas significativas no caso de valor-p < 0,05.

Os dados foram tabulados em planilha EXCEL e analisados no programa IBM SPSS Statistics (Statistical Package for the Social Sciences) versão 27.

Resultado

Durante o período de estudo, 60 pacientes foram abordados através de um questionário e divididos, primeiramente, em dois grupos: não-cirróticos e cirróticos. Na Tabela 1, constam-se os aspectos sociodemográficos dos participantes da pesquisa, incluindo dados como idade e sexo, além das informações referentes à doença hepática crônica de base.

Tabela 1

Análise do perfil epidemiológico dos pacientes participantes da pesquisa.

Variáveis analisadas	Grupos		Todos os casos (n = 50)
	Não-cirróticos (n = 9)	Cirróticos (n = 41)	
Sexo masculino n (%)	5 (10)	22 (44)	27 (54)
Idade (média ± DP)	54 ± 9,22	59 ± 11,45	59 ± 11,16
Escolaridade n (%)			
Ensino fundamental (1º ao 9º ano)	6 (12)	25 (50)	31 (62)
Ensino médio (antigo 2º grau)	2 (4)	8 (14)	10 (20)
Ensino Superior	1 (2)	4 (8)	5 (10)
Nenhum (0 anos)	0 (0)	3 (6)	3 (6)
Estado civil n (%)			

Nunca casou	1 (2)	5 (10)	6 (12)
Casado (a) ou vive como casado (a)	6 (12)	22 (44)	28 (56)
Viúvo (a)	1 (2)	8 (16)	9 (18)
Separado (a)	1 (2)	2 (4)	3 (6)
Divorciado (a)	0 (0)	4 (8)	4 (8)
Etiologia da hepatopatia crônica			
Álcool	12 (24)	12 (24)	24 (48)
VHB	3 (6)	9 (18)	12 (24)
HCV	6 (12)	10 (20)	16 (32)
HCV + álcool	0 (0)	1 (2)	1 (2)
Álcool + HBV + HCV	0 (0)	1 (2)	1 (2)
NASH	0 (0)	5 (10)	5 (10)
Outros	0 (0)	3 (6)	3 (6)
Child n (%)			
A	--	22 (55)	22 (55)
B	--	16 (40)	16 (40)
C	--	2 (5)	2 (5)
MELD (mín ± máx)	--	6 ± 21	6 ± 21
Complicações associadas à cirrose hepática			
Varizes de esôfago	--	23 (29,11)	
HDA	--	7 (8,86)	
Ascite	--	18 (22,78)	
Encefalopatia	--	12 (15,19)	
Síndrome hepatorenal	--	3 (3,80)	
Outras	--	6 (7,60)	
Ausência de complicações	--	10 (12,66)	

A Tabela 2 foi construída a partir de informações referentes ao seguimento ambulatorial no serviço de Hepatologia e possíveis dificuldades encontradas para o rastreamento do CHC, sendo que a maior parte dos pacientes (76%) realizava o acompanhamento

regular e semestral com USG abdominal para rastreio de CHC. E, quando questionados sobre a compreensão da importância do exame de imagem, as respostas mais obtidas foram “avaliação do fígado” ou “acompanhamento da doença”.

Tabela 2

Análise do seguimento ambulatorial dos pacientes participantes da pesquisa.

Variáveis analisadas	Grupos		Todos os casos (n = 50)	Valor p
	Não-cirróticos (n = 9)	Cirróticos (n = 41)		
Frequência das consultas n (%)				
1ª vez	1 (2)	5 (10)	6 (12)	0,011 ^b
≤ 6 meses	4 (8)	33 (66)	37 (74)	
7 a 12 meses	4 (8)	2 (4)	6 (12)	
>12 meses		1 (2)	1 (2)	
Acompanhamento regular com USG				
Sim	7 (14)	31 (62)	38 (76)	1,000 ^a
Não	2 (4)	10 (20)	12 (24)	

Entende a importância do USG				
Sim	6 (12)	23 (46)	29 (58)	0,716 ^a
Não	3 (6)	18 (36)	21 (42)	
Maior dificuldade para realização do exame				
Financeiro		7 (12,50)	7 (12,50)	
Esquecimento		2 (3,57)	2 (3,57)	
Marcação do exame	3 (5,36)	11 (19,64)	14 (25)	0,912 ^b
Transporte para o local		2 (3,57)	2 (3,57)	
Sem conhecimento prévio da doença	1 (1,79)	5 (8,93)	6 (10,71)	
Liberação do resultado		1 (1,79)	1 (1,79)	
Nenhuma dificuldade	5 (8,93)	19 (33,93)	24 (42,86)	

^a Teste Exato de Fisher ^b Teste Qui-quadrado

O perfil dos pacientes diagnosticados com carcinoma hepatocelular também foi analisado e colocado na Tabela 3.

Tabela 3			
Análise do perfil dos pacientes diagnosticados com carcinoma hepatocelular (CHC)			
<i>Variáveis analisadas</i>	<i>Grupos</i>		<i>Todos os casos (n = 8)</i>
	<i>Não-cirróticos (n = 2)</i>	<i>Cirróticos (n = 6)</i>	
Sexo n (%)			
Masculino	2 (25,0)	1 (12,5)	3 (37,5)
Feminino	0 (0,0)	5 (62,5)	5 (62,5)
Idade (média)			
	47	61	58
Etiologia da hepatopatia crônica n (%)			
Álcool		2 (25)	2 (25)
VHB	1 (12,5)	1 (12,5)	2 (25)
HCV	1 (12,5)		1 (12,5)
HCV + álcool		1 (12,5)	1 (12,5)
NASH		1 (12,5)	1 (12,5)
Outros		1 (12,5)	1 (12,5)
Frequência das consultas n (%)			
1ª vez	1 (12,5)	3 (37,5)	4 (50)
≤ 6 meses	1 (12,5)	2 (25)	3 (37,5)
>12 meses		1 (12,5)	1 (12,5)
Acompanhamento regular com USG			
Não	1 (12,5)	4 (50)	5 (62,5)
Sim	1 (12,5)	2 (25)	3 (37,5)
Entende a importância do USG			
Não	1 (12,5)	4 (50)	5 (62,5)
Sim	1 (12,5)	2 (25)	3 (37,5)
BCLC ao diagnóstico			
BCLC 0	1 (12,5)		1 (12,5)
BCLC A		2 (25)	2 (25)
BCLC C	1 (12,5)		1 (12,5)

BCLC D	1 (12,5)	3 (37,5)	4 (50)
Há tempo de tratamento curativo?			
Sim		3 (37,5)	3 (37,5)
Não	2 (25)	3 (37,5)	5 (62,5)
Valores de AFP ao diagnóstico (mín ± máximo)	2 ± 80.000	73 ± 481,74	

Discussão

O CHC, tumor maligno primário mais comum do fígado, pode ser rastreado através de um programa de vigilância semestral pela dosagem de alfafetoproteína (AFP) e ultrassonografia abdominal (USG) que permitem o diagnóstico precoce do câncer, quando ainda há opções de tratamento curativo e a oportunidade de oferecer melhor qualidade de vida ao paciente⁽¹⁾.

O presente estudo de campo, transversal e descritivo analisou os fatores, não só socioepidemiológicos dos pacientes com indicação de rastreio, como também fatores que dificultam o acesso à vigilância semestral ao CHC. Em geral, a maioria dos pacientes participantes da pesquisa pertenciam ao sexo masculino, com idade média de 59 anos, tendo ensino fundamental completo (1ª a 9ª série) e, como estado civil, “casado(a) ou vive como casado(a)”, diferente dos dados encontrados no estudo por Steel et al⁽⁶⁾.

Dentre as etiologias observadas, o álcool foi encontrado em 48% dos casos, assim visto em outros estudos descritivos e observacionais como Souza et al (2021), com uma relação causal entre a quantidade e duração do consumo com a instalação de uma doença hepática crônica. Pelo relatório de 2018 da Organização Mundial de Saúde (OMS), um consumo diário de álcool superior a 80 gramas por mais de 10 anos eleva o risco para o aparecimento de cirrose hepática⁽²³⁻²⁴⁾.

As etiologias virais apresentaram, também, importante papel etiológico para as doenças hepáticas crônicas, com destaque para as infecções pelo VHC (32%) e infecção pelo VHB (24%), como a 2ª e 3ª etiologias prevalentes, respectivamente, diferente do estudo de coorte por Paranaguá-Vezozzo et al⁽⁹⁾ que coloca estas infecções como as duas principais envolvidas na doença hepática crônica. Vale observar que, frequentemente, o estado de portador crônico assintomático aos vírus hepatotrópicos retardam o diagnóstico e tratamento precoces, de tal forma que esta etiologia seja investigada em uma cirrose hepática já instalada ou em seu curso mais avançado do CHC. Com o tratamento antiviral específico, o risco para evolução ao CHC reduz, mas não é erradicado, o que justifica o acompanhamento ambulatorial e cuidadoso destes pacientes, mesmo após atingida a resposta virológica sustentada (RVS), nos casos de hepatite C, ou iniciada a terapia medicamentosa com tenofovir ou entecavir, para os casos de hepatite B^(9,25-27).

Em relação ao grupo de pacientes com CHC, a maioria (75%) possuía diagnóstico prévio de cirrose hepática, como mostra outros trabalhos científicos nacionais como Carrilho et al⁽¹³⁾, tendo álcool e vírus como principais etiologias envolvidas. Neste estudo, foi observado que metade dos pacientes que receberam o diagnóstico de CHC não faziam acompanhamento em serviço ambulatorial especializado de Hepatologia e alguns ainda desconheciam a doença hepática de base⁽¹³⁾.

Foi visto neste mesmo grupo que a ausência do rastreamento semestral e a baixa adesão no seguimento da doença hepática influenciaram em um diagnóstico tardio do câncer e sem perspectiva de tratamento curativo em 62,5% dos casos. Esta mesma conclusão é demonstrada pelo estadiamento da doença mais encontrado: BCLC D em metade das observações, considerado estágio terminal da doença, sem proposta de tratamento curativo e com tempo estimado de sobrevida em 3 meses⁽²⁷⁾.

Portanto, ao compreender que o CHC é um tumor hepático primário que pode ser rastreado e tratado ainda em estágios iniciais de evolução, linhas de cuidado sistematizadas podem se tornar uma ferramenta para contornar dificuldades encontradas até o diagnóstico deste câncer. Atendo-se ao fato que uma parcela significativa dos pacientes possuía o diagnóstico desconhecido de uma doença hepática crônica, a atenção básica primária de saúde possui importante papel na oferta de exames de rastreio (testes rápidos) de hepatites virais, que se colocaram como causas prevalentes de doença hepática crônica e CHC neste estudo e em outras publicações como Gomes et al⁽¹⁾ e Kirstein, Vogel⁽³⁾, além da conscientização sobre o consumo abusivo de álcool e a importância do controle de fatores metabólicos, como pressão arterial^(1,3,26).

No que tange o nível de atenção secundária, incentivar um seguimento ambulatorial em atendimento especializado para adequação ao rastreamento semestral do CHC possui um impacto positivo, demonstrado neste estudo ($p < 0,05$) e por Signorelli et al (2016)⁽²⁰⁾, tendo enfoque à prevenção de saúde em nível secundário.

Apesar de 42,86% dos pacientes responderem que não encontram dificuldades para a realização do exame, existem ainda problemas a serem contornados neste cenário. Tendo em vista que “marcação do

exame” esteve presente na maioria das observações, a atuação da atenção secundária com foco em se adaptar à demanda deste perfil de pacientes através de maior disponibilidade de vagas para a realização do exame de USG pode ser uma estratégia de impacto positivo para este problema.

Por fim, a atenção terciária se destinaria às prevenções secundária e terciária do paciente de risco ou com diagnóstico estabelecido. As opções terapêuticas disponíveis são amplas e dependem do estadiamento da doença, incluindo, por exemplo, terapias sistêmicas promissoras com uso do Sorafenibe ou, pelos estudos mais recentes, a associação atezolizumab e bevacizumab para CHC avançado em estágio BCLC C^(1,5,11,18,27).

Ao garantir a ação conjunta dos diferentes níveis de atenção na saúde, espera-se, conseqüentemente, abrir novas perspectivas de qualidade de vida, não só ao paciente com diagnóstico prévio de CHC, mas também aos pacientes portadores de doença hepática crônica. O impacto na qualidade de vida, pelo câncer, é negativo e pode incluir, por exemplo, alterações emocionais e isolamento social no paciente, demonstrado nos estudos por Bianchi et al⁽⁷⁾ e Steel et al⁽⁶⁾.

O câncer, quando ainda em estágio precoce, pode se apresentar como um nódulo único, de diâmetro inferior a 2cm e de maneira assintomática, o que reitera a importância do rastreamento para diagnóstico precoce e oferta de terapias curativas⁽¹⁾.

Conclusão

No cenário de doenças hepáticas crônicas, o rastreio semestral para o CHC através da USG abdominal e AFP é essencial para o diagnóstico precoce do câncer. Quando em estágios iniciais, é possível oferecer terapias curativas aos pacientes, com impacto positivo na qualidade de vida. Como observado neste estudo, as maiores dificuldades encontradas pelos pacientes na realização dos exames encontram-se no desconhecimento da doença hepática de base e em problemas financeiros. A ação conjunta dos diferentes níveis de atenção de saúde (primária, secundária e terciária) pode ser uma ferramenta para contornar essas adversidades e, assim, permitir um diagnóstico precoce do câncer e melhor qualidade de vida ao paciente.

Referências

1. Gomes MA, Priolli DG, Tralhão JG, Botelho MF. Carcinoma hepatocelular: epidemiologia, biologia, diagnóstico e terapias. *Rev Assoc Med Bras*. 2013; 59(5):514-24.
2. Bisceglie AMD, Befeler AS. Hepatic tumors and cysts. In: Brandt LJ, Friedman LS, Feldman M. *Sleisenger and Fordtran's gastrointestinal and liver disease*. 11^a ed. Saunders: Elsevier; 2020. p.1509-32.
3. Kirstein MM, Vogel A. The pathogenesis of hepatocellular carcinoma. *Dig Dis*. 32(5):545-53.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde – DATASUS. [Internet]. [acesso 2021 Jun 6]. Informações de Saúde, Epidemiológicas e Morbidade. Disponível em <http://www.datasus.gov.br>.
5. Ono-Nita SK, Alves VAF, Carrilho FJ. Tumores hepáticos e de vias biliares. In: Martins A, Carrilho FJ, Alves VA, Castilho EA, Cerri GG. *Clínica médica*. 2^a ed. Barueri: Manole; 2009. p.485-501.
6. Steel JL, Chopra K, Olek MC, Carr BI. Health-related quality of life: hepatocellular carcinoma, chronic liver disease, and the general population. *Qual Life Res*. 2006; 16(2):203-15.
7. Bianchi G, Loguercio C, Sgarbi D, Abbiati R, Brunetti N, De Simone T, et al. Reduced quality of life of patients with hepatocellular carcinoma. *Dig Liver Dis*. 2003; 35(1):46-54.
8. Gandhi S, Khubchandani S, Iyer R. Quality of life and hepatocellular carcinoma. *J Gastrointest Oncol*. 2014; 5(4):296-317.
9. Paranaguá-Vezozzo DC, Ono SK, Alvarado-Mora MV, Farias AQ, Cunha-Silva M, França JI, et al. Epidemiology of HCC in Brazil: incidence and risk factors in a ten-year cohort. *Ann Hepatol*. 2014; 13(4):386-93.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n° 602, de 26 de junho de 2012. Aprova as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Câncer de Fígado no adulto. [Internet]. [citado 2021 Jun 6]. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0602_26_06_2012.html#:~:text=Aprova%20as%20Diretrizes%20Diagn%C3%B3sticas%20e%20Terap%C3%AAuticas%20do%20C%C3%A2ncer%20de%20F%C3%ADgado%20no%20Adulto.
11. Finn RS, Qin S, Ikeda M, Galle PR, Ducreux M, Kim TY, et al. Atezolizumab plus bevacizumab in unresectable hepatocellular carcinoma. *N Engl J Med*. 2020; 382(20):1894-905.
12. Cabibbo G, Craxì A. Hepatocellular cancer: optimal strategies for screening and surveillance. *Dig Dis*. 2009; 27(2):142-7.
13. Carrilho FJ, Mattos AA, Vianey AF, Vezozzo DC, Marinho F, Souto FJ, et al. Brazilian society of hepatology recommendations for the diagnosis and treatment of hepatocellular carcinoma. *Arq Gastroenterol*. [Internet]. 2015; 52(suppl 1):2-14.
14. Chedid MF, Kruehl CRP, Pinto MA, Grezzana-Filho TJM, Kruehl CDP, et al. Hepatocellular carcinoma: diagnosis and operative management. *ABCD Arq Bras Cir Dig*. 2017; 30(4):272-8.
15. Llovet JM, Fuster J, Bruix J. The Barcelona approach: diagnosis, staging, and treatment of hepatocellular carcinoma. *Liver Transpl*. 2004; 10(S2):S115-S120.
16. Bruix J, Sherman M. Management of hepatocellular carcinoma: an update. *Hepatology*. 2011; 53(3):1020-2.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 874, de 16 de Maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Internet]. [citado 2021 Jun 7]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html
18. Kikuchi L, Chagas A, Alencar R, Tani C, Diniz M, D'Albuquerque L, et al. Adherence to BCLC recommendations for the treatment of hepatocellular carcinoma: impact on survival according to stage. *Clinics*. 2017; 72(8):454-60.
19. Yeo W, Mo FK, Koh J, Chan AT, Leung T, Hui P, et al. Quality of life is predictive of survival in patients with unresectable hepatocellular carcinoma. *Ann Oncol*. 2006; 17(7):1083-9.
20. Signorelli I, Gonçalves P, Gonçalves L, Ferreira L, Mendonça A, Franklin G, et al. Socioeconomic disparities in access to a hepatocellular carcinoma screening program in Brazil. *Clinics*. 2016; 71(7):361-4.

21. Varaldo CN, Costa J, Pascom AR, Postigo VM. P1275: Stigma and discrimination in viral hepatitis – the voice of the patient. *J Hepatol*. 2015; 62:S837.
22. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15(5):2297-305.
23. Souza ACM, Oliveira JK, Santos LCP. Perfil epidemiológico de pacientes com cirrose hepática atendidos ambulatorialmente em hospital de referência do oeste do Paraná. *FAG – Journal of Health*. 2021; 3(1):59-64.
24. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [citado 2021 Jun 6]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274603>.
25. Villanueva A. Hepatocellular carcinoma. *N Engl J Med*. 2019; 380(15):1450- 62.
26. Bittencourt PL, Perez R, Terra Filho C, Pace F, Rezende GFM, Pereira GHS, et al. Linha de cuidado do paciente hepatopata no sistema único de saúde: proposta inicial da Sociedade Brasileira de Hepatologia à Secretaria de Atenção a Saúde. [Internet]. 2019 [citado 2021 Maio 5]. Disponível em: <https://sbhepatologia.org.br/wp-content/uploads/2019/12/linha-de-cuidado-cirrose-para-site.pdf>
27. European Association for the Study of the Liver. European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines: management of hepatocellular carcinoma. *J Hepatol*. 2018; 69(1):182-236.

Trabalho recebido: 17/06/2021

Trabalho aprovado: 29/06/2021

Trabalho publicado: 30/06/2021