

HEPATOCARCINOMA: PREVALÊNCIA, CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS E FATORES DE RISCO

Hepatocellular Carcinoma: Prevalence, Epidemiological Characteristics And Risk Factors

Jessica Fernanda Boll^{1*}; Juliano Sartori²

¹Graduanda em Medicina pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Câmpus de Erechim.

²Graduação em Medicina pela Universidade Federal de Santa Catarina. Residência médica em Medicina Interna e Oncologia Clínica pelo Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Título de especialista em Cancerologia pela Sociedade Brasileira de Cancerologia (SBC) e Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC). Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho pela UNIVALI/SC. Doutor em Gerontologia Biomédica pela PUC/RS. Professor do departamento de Ciências da Saúde da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Câmpus de Erechim.

*E-mail: 095294@aluno.uricer.edu.br

Data do recebimento: 24/10/2024 - Data do aceite: 11/02/2025

RESUMO: O hepatocarcinoma corresponde ao câncer de fígado primário mais frequente, acometendo cerca de 90% dos casos. Entre os principais desencadeantes dessa doença estão a infecção pelo vírus da hepatite B e C, a cirrose hepática, a exposição à aflatoxina, além de doenças metabólicas, como a esteatose hepática e o diabetes tipo 2. Este estudo visa a investigar a prevalência e os fatores de risco do hepatocarcinoma em uma população da região Norte do estado do Rio Grande do Sul, bem como descrever as características demográficas, o perfil epidemiológico e a sobrevida média dos indivíduos diagnosticados. A metodologia empregada foi um estudo quantitativo, retrospectivo e descritivo de participantes diagnosticados com carcinoma hepatocelular, atendidos pela Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim e pelo Centro de Oncologia Clínica e Radioterapia de Erechim, no período de 2011 a 2021. A pesquisa contou com a participação de 26 indivíduos, dos quais 13 foram considerados elegíveis. Este estudo delineou o perfil clínico dos participantes, predominantemente do sexo masculino, com idade média de 63 anos, quando do diagnóstico. Foi observado que as hepatopatias (61,54%) representam o principal fator predisponente, sendo a cirrose hepática (53,85%)

a mais comum. Apesar do desfecho clínico desfavorável, a média de sobrevida dos participantes foi calculada em 15,7 meses.

Palavras-chave: Oncologia. Hepatocarcinoma. Fatores de risco.

ABSTRACT: Hepatocellular carcinoma corresponds to the most frequent primary liver cancer, affecting about 90% of cases. Among the main triggers of this disease are infection by hepatitis B and C viruses, liver cirrhosis, exposure to aflatoxin, as well as metabolic diseases such as hepatic steatosis and type 2 diabetes. This study aims to investigate the prevalence and risk factors of hepatocellular carcinoma in a population from the northern region of Rio Grande do Sul state, as well as to describe the demographic characteristics, epidemiological profile, and average survival of diagnosed individuals. The methodology employed was a quantitative, retrospective, and descriptive study of participants diagnosed with hepatocellular carcinoma, treated at Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim and Centro de Oncologia Clínica e Radioterapia de Erechim, from 2011 to 2021. The research involved 26 individuals, of which 13 were considered eligible. This study outlined the clinical profile of the participants, predominantly male, with a mean age of 63 years old at diagnosis. It was observed that hepatopathies (61.54%) represent the main predisposing factor, liver cirrhosis (53.85%) which is considered the most common. Despite the unfavorable clinical outcome, the average survival of the participants was calculated at 15,7 months.

Keywords: Oncology. Hepatocellular carcinoma. Risk factors.

Introdução

O hepatocarcinoma é o câncer de fígado primário mais frequente, acometendo cerca de 90% dos casos diagnosticados. Atualmente, essa patologia é considerada a sexta neoplasia mais comum e a terceira principal causa de morte por câncer (Forner *et al.*, 2018; Sung *et al.*, 2021). Dentre os principais desencadeantes dessa doença podem-se citar a infecção pelo vírus da hepatite B e C, a esteatose hepática não alcoólica em associação a algum distúrbio metabólico, a cirrose hepática e a exposição à aflatoxina (Forner *et al.*, 2018; Galle *et al.*, 2018).

Indivíduos que apresentam algum dos fatores de risco para o desenvolvimento do hepatocarcinoma devem realizar rastreamen-

to periódico, para identificar algum possível progresso e identificar, de modo precoce, o desenvolvimento dessa doença. Entre os métodos diagnósticos para determinar a evolução da doença, tem-se exames de imagem, incluindo a tomografia computadorizada e a ressonância magnética, além da realização de biópsia, que contribuem para a tipificação tumoral e para determinar o estadiamento do hepatocarcinoma (Chedid *et al.*, 2017; Galle *et al.*, 2018; Llovet *et al.*, 2021).

A terapêutica da patologia está, intrinsecamente, relacionada ao estadiamento da doença e tem como objetivo primordial aumentar a sobrevida do paciente, sem fins curativos (Díaz-Gonzalez *et al.*, 2016).

O presente estudo teve como objetivo investigar a prevalência do hepatocarcinoma e dos fatores de risco associados ao desenvolvimento do carcinoma hepatocelular na

população da região Norte do estado do Rio Grande do Sul. Além disso, buscou caracterizar, demográfica e epidemiologicamente, a amostra, e identificar a presença de doenças crônicas e outras morbidades na população avaliada. Para esse propósito, a amostra foi obtida por meio de um estudo retrospectivo e descritivo, que se fundamentou em dados quantitativos para análise.

Metodologia

O estudo foi configurado como uma análise retrospectiva e descritiva, baseada em dados quantitativos. De um total de 43 casos de indivíduos diagnosticados com carcinoma hepatocelular, no período de 2011 a 2021, atendidos pela Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim (FHSTE), inicialmente, foi realizada tentativa de contato telefônico para convidá-los a participar do estudo. Destes, 7 apresentavam contato desatualizado (16,28%); 26 não atenderam após 4 tentativas de ligação (60,46%), 1 atendeu e desligou (2,32%); 2 não demonstraram interesse em participar da pesquisa (4,65%) e 7 (16,28%) demonstraram interesse e autorizaram a análise e coleta de dados de seus prontuários. Durante o mesmo período, foram estimados 55 casos de indivíduos diagnosticados com hepatocarcinoma no Centro de Oncologia Clínica e Radioterapia de Erechim (COC), dos quais 19 foram considerados elegíveis para participar da pesquisa, visto que os demais não dispunham de registros adequados para análise.

Para a coleta e tabulação de dados, foram utilizadas informações disponibilizadas nos prontuários de 26 indivíduos atendidos tanto pela Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim quanto pelo Centro de Oncologia Clínica e Radioterapia de Erechim. Dentre os registros médicos analisados, foram identificados 13 casos de hepatocarcinoma

diagnosticados e, portanto, elegíveis para o desenvolvimento da pesquisa. As variáveis estudadas incluem características epidemiológicas, como sexo, idade, padrões comportamentais (histórico de tabagismo, etilismo e exposição a agentes químicos), além da presença de comorbidades preexistentes em cada paciente, tais como diabetes *mellitus*, dislipidemia, cirrose hepática, esteatose hepática, infecções pelos vírus da hepatite B e hepatite C e hemocromatose. Os dados foram organizados, categorizados e inseridos em uma planilha, usando o *software* Excel®.

O projeto de pesquisa do presente estudo foi, previamente, analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional Integrada Do Alto Uruguai e Das Missões – Erechim, pelo parecer consubstanciado de número 55724022.6.0000.5351.

Referencial teórico

As neoplasias hepáticas podem ser de origem primária ou secundária. Sumariamente, de acordo com o Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes de Silva (INCA), as neoplasias de origem primária correspondem àquelas cuja origem tumoral são as células hepáticas e, nesta classificação, estão o carcinoma hepatocelular (CHC), o colangiocarcinoma intra-hepático e outras neoplasias menos comuns, que englobam o carcinoma hepatocelular fibrolamelar, hemangiolioma epitelióide e o hepatoblastoma. As neoplasias hepáticas secundárias, por sua vez, têm origem em tipos celulares derivados de outros órgãos, sendo, portanto, indicativo de metástase (Brasil, 2024). Dentre os cânceres hepáticos primários, o mais comumente encontrado é o carcinoma hepatocelular ou, também, denominado hepatocarcinoma (HCC), o qual afeta cerca de 90% dos pacientes diagnosticados (Llovet *et al.*, 2021).

O câncer de fígado primário é a sexta neoplasia mais comumente diagnosticada e, em 2020, foi considerada a terceira principal causa de morte de câncer em todo o mundo, com, aproximadamente, 906.000 novos casos e 830.000 mortes. Igualmente, as taxas de incidência e de mortalidade no sexo masculino são superiores em duas a três vezes em relação ao sexo feminino (Sung *et al.*, 2021). Conforme o INCA, estima-se que, durante o triênio de 2023 a 2025, cerca de 32.100 novos casos de câncer hepático serão diagnosticados no Brasil, com uma projeção de 6.390 em homens e 4.310 em mulheres, apresentando uma taxa de incidência maior em estados da região Sul (Estimativa, 2022).

De acordo com Llovet *et al.* (2021), o hepatocarcinoma representa 90% dos casos de câncer de fígado, sendo que os principais fatores de risco para o desenvolvimento do CHC são a infecção pelos vírus da hepatite B (HBV) – em cerca de 50% dos casos – e hepatite C (HCV), seguido pela esteatohepatite não alcoólica (NASH) associada à síndrome metabólica ou diabetes *mellitus* (DM). Ademais, para Galle *et al.* (2018), a cirrose hepática é um importante fator de risco para o desenvolvimento do CHC e, essa doença hepática pode ser decorrente de hepatites virais, abuso crônico de álcool, doenças metabólicas adquiridas e, em alguns casos, devido à deficiência de α -1-antitripsina e à hemocromatose (Galle *et al.*, 2018; Llovet *et al.*, 2021).

De acordo com Alqahtani *et al.* (2019), o desenvolvimento do CHC é influenciado por fatores genéticos e ambientais, sendo a cirrose, frequentemente, a precursora, independentemente da causa subjacente. Durante a cirrose, os nódulos regenerativos propiciam a transformação dos hepatócitos normais em células displásicas e, eventualmente, em lesões neoplásicas, devido à acumulação de mudanças genéticas e epigenéticas. Mais de 90% dos casos de CHC estão associados a

lesões hepáticas e inflamação, decorrentes de infecções crônicas por HBV ou HCV, exposição a aflatoxinas ou ao álcool. Durante a fase pré-maligna, substâncias inflamatórias criam um ambiente propício à transformação dos hepatócitos, facilitando sua sobrevivência por meio de vias antiapoptóticas e suprimindo a vigilância imunológica (Alqahtani *et al.*, 2019).

Ainda, segundo Llovet *et al.* (2021), os diagnósticos da doença têm priorizado critérios não invasivos, utilizando exames de imagem altamente eficazes, como a tomografia computadorizada (TC), ou ressonância nuclear magnética (RNM), especialmente em pacientes de risco. No entanto, em casos específicos, como em pacientes sem cirrose hepática, o diagnóstico é realizado por meio de biópsias para a caracterização molecular do tumor. De acordo com Galle *et al.* (2018), os exames de imagem são importantes métodos diagnósticos, que contribuem para a tipificação tumoral, assim como para designar o estadiamento do CHC. Outrossim, dentre as técnicas de imagem de contraste, priorizam-se a TC e a RNM, sendo que a RNM possui maior especificidade em comparação à TC, principalmente para as lesões hepáticas pequenas. Para pacientes que não apresentam cirrose hepática, o diagnóstico patológico é necessário e considerado padrão ouro (Llovet *et al.*, 2021; Galle *et al.*, 2018). Conforme Chedid *et al.* (2017), indivíduos com fatores de risco para o desenvolvimento do CHC devem ser submetidos a rastreamento periódico, preferencialmente por ultrassom, sem exposição à radiação, o que pode melhorar a sobrevida, especialmente em casos de cirrose hepática (Chedid *et al.*, 2017). Cabe ressaltar que a confirmação histológica não é necessária para determinar o diagnóstico de CHC em indivíduos com risco elevado para o desenvolvimento da doença (Peixoto *et al.*, 2020).

Segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC), o estadiamento do carcinoma hepatocelular segue alguns critérios, os quais devem avaliar, além da extensão tumoral, a função hepática, a pressão portal e a performance do *status* do paciente. Para designar a localização e a extensão do tumor, em um determinado indivíduo, devem ser realizados exames laboratoriais (hemograma, provas das funções e das enzimas hepáticas, função renal, sorologias de hepatite B e C, além da dosagem da α -fetoproteína) e exames de imagem (endoscopia digestiva alta, TC e/ou RM de abdome, TC de tórax e a cintilografia óssea). A definição do estágio correto do tumor é importante para determinar o método terapêutico mais adequado ao indivíduo diagnosticado com CHC (Peixoto *et al.*, 2020; Brasil, 2023).

Recomenda-se utilizar o sistema de estadiamento proposto pelo *Barcelona Clinic Liver Cancer* (BCLC), pois esse sistema avalia, além da extensão tumoral, o grau de dano hepático, o que contribui para uma escolha terapêutica mais precisa (Brasil, 2023). Ademais, esse sistema de estadiamento é subdividido em 5 estágios, que irão depender, principalmente, da extensão da doença, do dano hepático e da performance do *status* do paciente (Llovet *et al.*, 2021).

Os pacientes são categorizados no estágio BCLC 0 (muito precoce), quando apresentam uma carga tumoral que consiste em, apenas, um nódulo de até 2 cm de diâmetro. No estágio BCLC A estão incluídos os pacientes com apenas um nódulo ou até três nódulos, cada um medindo menos de 3 cm. Tanto os estágios 0 quanto o A englobam pacientes com função hepática preservada, avaliada pela pontuação de *Child-Pugh*, que deve ser de *Child-Pugh* A. Os pacientes no estágio BCLC B (intermediário) são aqueles com câncer hepático multinodular restrito ao fígado e apresentam um bom estado de saúde geral, além de terem uma função hepática preser-

vada (*Child-Pugh* A ou B). Já os pacientes no estágio BCLC C (avançado) apresentam invasão da veia porta, doença além do fígado, ou sintomas relacionados ao câncer, porém, mantendo uma função hepática preservada. Por fim, os pacientes classificados no estágio BCLC D são aqueles com comprometimento grave da função hepática (*Child-Pugh* C), ou sintomas graves relacionados ao câncer.

O tratamento para o CHC tem o objetivo de melhorar a sobrevida do paciente e a escolha terapêutica varia de acordo com o estadiamento da doença. Nos estágios muito precoce e precoce (BCLC 0 e A) são indicadas terapias locais com potencial de cura, como a ressecção cirúrgica, ablação ou transplante hepático. Para os pacientes no estágio intermediário (BCLC B), considera-se a quimioembolização transarterial. No estágio avançado (BCLC C), a terapia recomendada é a quimioterapia sistêmica, como o sorafenibe. Para pacientes no estágio terminal (BCLC D), o tratamento sintomático é a opção sugerida (Díaz-González *et al.*, 2016; El-Serag *et al.*, 2011).

Resultados e Discussões

Os achados deste estudo foram organizados e apresentados de maneira tabular.

No período delimitado para a composição do estudo, foram analisados um total de 26 prontuários médicos. Destes, 07 foram fornecidos pela Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim (FHSTE) e 19 foram disponibilizados pelo Centro de Oncologia Clínica e Radioterapia de Erechim (COC). Dos sete prontuários analisados na FHSTE, dois (28,57%) apresentavam diagnóstico de HCC. Da mesma forma, dos 19 prontuários analisados no COC, 11 (57,89%) indicaram diagnóstico de HCC. Assim, foram identificados 13 (50%) casos de hepatocarcinoma

Tabela I: Resultados obtidos.

	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
Sexo		
Homens	11	84,62
Mulheres	2	15,38
Idade		
30-39	1	7,69
40-49	-	-
50-59	3	23,08
60-69	4	30,77
≥ 70	5	38,46
Grau de escolaridade		
Fundamental incompleto	6	46,16
Fundamental completo	1	7,69
Médio incompleto	2	15,38
Médio completo	3	23,08
Superior completo	1	7,69
Ocupação		
Aposentado	6	46,15
Agricultor	2	15,38
Serralheiro	1	7,69
Técnico em Eletrotécnica	1	7,69
Engenheiro Agrônomo	1	7,69
Servidor Público	1	7,69
Motorista	1	7,69
Tabagista		
Sim	3	23,08
Não	10	76,92
Etilista		
Sim	7	53,85
Não	6	46,15
Exposição a agentes químicos		
Sim	3	23,08
Não	10	76,92
Diabetes <i>Mellitus</i>		
Sim	5	38,46
Não	8	61,54
Dislipidemia		
Sim	2	15,38
Não	11	84,62

Hepatopatia		
Sim	8	61,54
Não	5	38,46
Cirrose Hepática		
Sim	7	56,85
Não	6	46,15
Esteatose Hepática		
Sim	5	38,46
Não	8	64,54
Hepatite B		
Sim	5	38,46
Não	8	61,54
Hepatite C		
Sim	1	7,69
Não	12	92,31
Hemocromatose		
Sim	1	7,69
Não	12	92,31
Estadiamento		
BCLC B	5	38,46
BCLC C	5	38,46
BCLC D	3	23,08
Tratamento		
Sorafenibe	3	30,00
Quimioterapia e sorafenibe	2	20,00
Imunoterapia, radioablação e sorafenibe	2	20,00
Hepatectomia parcial	1	10,00
Transplante hepático	1	10,00
Transplante hepático e sorafenibe	1	10,00
Sobrevida		
Até 6 meses	3	33,33
7-12 meses	1	11,11
12-24 meses	3	33,33
Mais de 24 meses	2	22,22

nos prontuários analisados, nos centros em que o estudo foi conduzido.

Para a análise, foram selecionados 13 indivíduos diagnosticados com hepatocarcinoma, cujos registros médicos datam de

2011 a 2021. Observou-se uma predominância masculina, com 11 (84,62%) dos participantes sendo do sexo masculino e dois (15,38%) do sexo feminino, dado que vai ao encontro da maioria dos estudos publicados.

A idade média dos indivíduos, no momento do diagnóstico de hepatocarcinoma, foi de 63,76 anos, com um desvio padrão de $\pm 11,21$ anos. Conforme a literatura, a idade mediana no diagnóstico entre os homens varia de 60 a 64 anos, enquanto que, entre as mulheres, varia de 65-69 anos, o que está em concordância com os dados analisados (McGlynn *et al.*, 2020).

Além disso, observou-se que, entre os participantes analisados, três (23,08%) eram fumantes, enquanto que dez (76,92%) não eram. Quanto ao consumo de álcool, sete (53,85%) eram consumidores, enquanto seis (46,15%) não eram. Um total de três (23,08%) participantes foram expostos a agentes químicos, ao mesmo tempo em que dez (76,92%) não foram. Conforme os estudos analisados, constatou-se que o consumo crônico de álcool é um dos principais fatores predisponentes para o desenvolvimento do hepatocarcinoma, uma vez que esse hábito é precursor da cirrose hepática, uma condição hepática significativa, associada ao desenvolvimento do carcinoma hepatocelular, sendo responsável por cerca de 15-30% dos casos diagnosticados, o que vai ao encontro dos resultados obtidos neste estudo (Galle *et al.*, 2018; Llovet *et al.*, 2021).

Em relação às condições médicas preexistentes, constatou-se que cinco (38,46%) apresentavam diagnóstico prévio de diabetes *mellitus*, ao passo que oito (61,54%) não possuíam este diagnóstico; dois (15,38%) eram dislipidêmicos, enquanto 11 (84,62%) não tinham essa condição; oito (61,54%) apresentavam hepatopatias, enquanto cinco (38,46%) não eram acometidos. Dentre as hepatopatias identificadas, cinco (38,46%) apresentavam esteatose hepática, em contraste com oito (61,54%) que não evidenciavam essa condição clínica; sete (53,85%) eram acometidos com cirrose hepática; em comparação, seis (46,15%) não manifestavam essa condição. Ainda, observou-se que cinco participantes

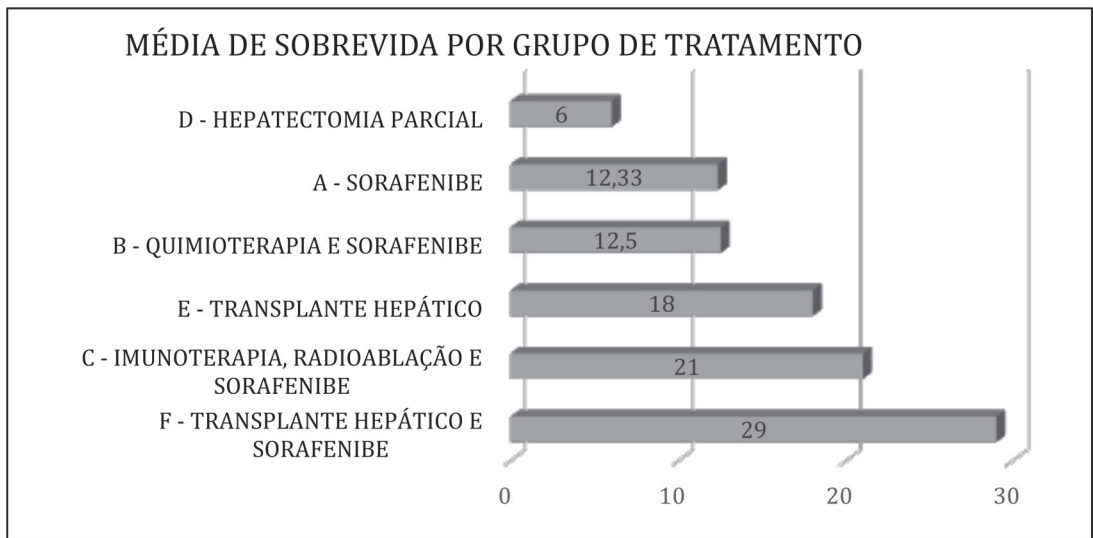
(38,46%) foram diagnosticados com hepatite B, um (7,69%) com hepatite C e um (7,69%) foi diagnosticado com hemocromatose.

Os dados obtidos em relação à cirrose hepática estão em consonância com a literatura. Segundo os estudos científicos, a cirrose hepática é identificada como principal fator de risco para desenvolvimento do hepatocarcinoma, independentemente da causa subjacente (como hepatite viral crônica, abuso crônico de álcool, doenças metabólicas, hemocromatose), com, aproximadamente, 33,33% dos participantes cirróticos, desenvolvendo carcinoma hepatocelular ao longo da vida (Galle *et al.*, 2018).

No entanto, a análise dos dados revelou algumas divergências em relação aos principais fatores de risco para o desenvolvimento da patologia, especialmente no que diz respeito às variáveis de hepatites B e C. Nos registros científicos, os principais fatores de risco para a doença englobam, além da cirrose hepática, a hepatite B, em cerca de 50% dos casos, a hepatite C, que aumenta o risco em 15 a 20 vezes, as condições associadas à doença hepática alcoólica e a esteatohepatite não alcoólica. Esta última afeta, principalmente, indivíduos com distúrbios metabólicos, como diabetes *mellitus*, dislipidemia e síndrome metabólica, contribuindo para o aumento da incidência do carcinoma hepatocelular nesta população (El-Serag *et al.*, 2011; Galle *et al.*, 2018; Llovet *et al.*, 2021).

No que diz respeito ao estadiamento da doença, foi possível constatar que a totalidade dos participantes apresentava um estadiamento avançado no momento do diagnóstico, apresentando a seguinte distribuição: cinco (38,46%) dos participantes foram classificados em BCLC B, cinco (38,46%) em BCLC C e três (23,08%) em BCLC D.

Dentre os 13 participantes da pesquisa, dez (76,92%) submeteram-se a algum tipo de tratamento, enquanto os três restantes

Gráfico 1 – Média de Sobrevida, em meses, por grupo de tratamento

Legenda: A – Sorafenibe; B – Quimioterapia e Sorafenibe; C – Imunoterapia, Radioablação e Sorafenibe; D – Hepatectomia Parcial; E – Transplante Hepático; F – Transplante Hepático e Sorafenibe.

(23,08%) não. Entre os participantes tratados, os resultados foram os seguintes: três (30%) receberam Sorafenibe, dois (20%) foram submetidos à Quimioterapia em conjunto com Sorafenibe, dois (20%) foram tratados com Imunoterapia, Radiablação e Sorafenibe, um (10%) foi submetido à Hepatectomia Parcial, resultando na excisão total da área cancerígena, um (10%) recebeu Transplante Hepático e um (10%) recebeu Transplante Hepático combinado com Sorafenibe.

Em relação à sobrevida, dos dez indivíduos inicialmente tratados, todos faleceram. A análise da sobrevida, após o início do tratamento, foi de 15,7 meses. Destaca-se que o participante que apresentou maior sobrevida, após o início do tratamento, viveu por 34 meses, sendo o período mais extenso entre os participantes. Com base nessa análise, constatou-se que os participantes submetidos ao tratamento com Sorafenibe (A) tiveram uma sobrevida de 1-34 meses; os tratados com Quimioterapia e Sorafenibe (B) apresentaram uma sobrevida de 11-14 meses; os submeti-

dos à Imunoterapia, Radioablação e uso de Sorafenibe (C) apresentaram uma sobrevida de 18-24 meses; o participante submetido à Hepatectomia Parcial (D) obteve uma sobrevida de 6 meses; o submetido ao Transplante Hepático apresentou uma sobrevida de 18 meses e o submetido ao Transplante Hepático e ao uso de Sorafenibe (F) apresentou uma sobrevida de 29 meses.

De acordo com os resultados da pesquisa, a média de meses de sobrevida dos participantes que realizaram algum tratamento, conforme o estadiamento da doença, é a seguinte: os classificados em BCLC B apresentaram uma sobrevida média de 18 meses; os BCLC C apresentaram uma sobrevida média de 4,66 meses, e os em BCLC D apresentaram uma sobrevida média de 23,66 meses. Englobando todos, a sobrevida média é de 15,7 meses. Em conformidade com a literatura, estima-se que a sobrevida média dos indivíduos em estágio avançado da doença e que foram tratados com terapias sistêmicas seja de 12-18 meses (Llovet *et al.*, 2021).

Considerações Finais

O hepatocarcinoma é uma enfermidade globalmente prevalente, exercendo um impacto significativo na população mundial. É crucial compreender seu perfil epidemiológico e clínico, bem como estimar a sobrevida dos indivíduos afetados pela doença, para direcionar abordagens terapêuticas individualizadas.

A amostra do estudo incluiu 13 diagnósticos de hepatocarcinoma, ao longo de um período de dez anos, entre 2011 e 2021, na FHSTE e no COC de Erechim. Esses casos representaram 50% do total de 26 prontuários analisados, nos mesmos centros, durante o mesmo período de análise. O perfil clínico e demográfico dos participantes acometidos com hepatocarcinoma são adultos, em sua maioria homens, com idade média de 63 anos no momento do diagnóstico. Além disso, foi possível observar que 53,85% eram etilistas,

61,54% possuíam alguma hepatopatia associada, com a seguinte prevalência, em ordem decrescente: cirrose hepática (53,85%); esteatose hepática (38,46%); hepatite B (38,46%), hepatite C (7,69%) e hemocromatose (7,69%).

Ao longo do desenvolvimento da pesquisa, foi possível identificar que a totalidade dos casos de hepatocarcinoma obteve diagnóstico em estágios avançados. De acordo com os dados analisados, constatou-se que as classificações encontradas foram: BCLC B (38,46%), BCLC C (38,46%) e BCLC D (23,08%). Ainda, verificou-se que a sobrevida média desses indivíduos foi de 15,7 meses.

Ademais, o desenvolvimento de pesquisas nessa área permite que seja feita uma análise acerca das características epidemiológicas e dos principais fatores de risco, tendo por objetivo realizar o manejo clínico dos fatores predisponentes, com vistas a diminuir a prevalência do desenvolvimento do hepatocarcinoma.

REFERÊNCIAS

ALQAHTANI, A.; KHAN, Z.; ALLOGHBI, A.; S. SAID AHMED, T.; ASHRAF, M.; M. HAMMOUDA, D. Hepatocellular Carcinoma: Molecular Mechanisms and Targeted Therapies. *Medicina*, v. 55, n. 9, p. 526, 23 ago. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/medicina55090526>. Acesso em: 16 abr. 2024.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Câncer de fígado**. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-figado>. Acesso em: 27 out. 2021.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Estimativa/2023: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2023.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2024.

CARCINOMA hepatocelular. [s.l.: s.n.]. Disponível em: https://sboc.org.br/images/diretrizes/diretrizes_pdfs/2023/finalizadas/Diretrizes-SBOC-2023---CHC-v7-FINAL.pdf. Acesso em: 17 abr. 2024.

CHEDID, M. F.; KRUEL, C. R. P.; PINTO, M. A.; GREZZANA-FILHO, T. J. M.; LEIPNITZ, I.; KRUEL, C. D. P.; CHEDID, A. D. Hepatocellular Carcinoma: Diagnosis And Operative

- Management. **Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva: ABCD**, v. 30, n. 4, p. 272-278, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-6720201700040011>. Acesso em: 17 nov. 2021.
- DÍAZ-GONZÁLEZ, Á.; REIG, M.; BRUIX, J. Treatment of Hepatocellular Carcinoma. **Digestive Diseases**, v. 34, n. 5, p. 597-602, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1159/000445275>. Acesso em: 20 nov. 2021.
- EL-SERAG, H. B. Hepatocellular carcinoma. **N Engl J Med**. Sep 22; v. 365, n. 12, p.1118-27, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMra1001683>. Acesso em: 17 nov.2021.
- FORNER, A.; REIG, M.; BRUIX, J. Hepatocellular carcinoma. **The Lancet**, v. 391, n. 10127, p. 1301-1314, 2018. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30010-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30010-2). Acesso em: 20 nov. 2021.
- GALLE, P. R.; FORNER, A.; LLOVET, J. M.; MAZZAFERRO, V.; PISCAGLIA, F.; RAOUL, J.-L.; VILGRAIN, V. EASL Clinical Practice Guidelines: Management of hepatocellular carcinoma. **Journal of Hepatology**, v. 69, n. 1, p. 182-236, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhep.2018.03.019>. Acesso em: out. 2021.
- LLOVET, J. M.; KELLEY, R. K.; VILLANUEVA, A.; SINGAL, A. G.; PIKARSKY, E.; ROAYAIE, S.; FINN, R. S. Hepatocellular carcinoma. **Nature Reviews Disease Primers**, v. 7, n. 1, p. 1-28, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41572-020-00240-3>. Acesso em: 27 out. 2021.
- MCGLYNN, K. A.; PETRICK, J. L.; EL-SERAG, H. B. Epidemiology of Hepatocellular Carcinoma. **Hepatology**, v. 73 Suppl 1 (Suppl 1), p. 4-13, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/hep.31288>. Acesso em: 10 nov. 2021.
- PEIXOTO, R. D.; RIECHELMANN, R.P.; RÊGO, J. F. **Diretrizes de tratamentos oncológicos recomendados pela Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica CARCINOMA HEPATOCELULAR**. Disponível em: https://www.sbo.org.br/images/diretrizes/lote-7/B/Diretrizes_SBOC_2020_-_Carcinoma_hepatocelular.pdf, Acesso em: 17 nov. 2021.
- SUNG, H.; FERLAY, J.; SIEGEL, R. L.; MATHIEU LAVERSANNE; SOERJOMATARAM, I.; JEMAL, A.; BRAY, F. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. **CA: a Cancer Journal for Clinicians**, v. 71, n. 3, p. 209-249, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3322/caac.21660>. Acesso em: 17 nov. 2021.

