

# Cancro do fígado

O que é o  
cancro do fígado?

Deixe-nos explicar  
isso a você.

[www.anticancerfund.org](http://www.anticancerfund.org)

[www.esmo.org](http://www.esmo.org)

## CANCRO DO FÍGADO: UM GUIA PARA O DOENTE

### INFORMAÇÕES PARA O DOENTE BASEADAS NAS RECOMENDAÇÕES DE PRÁTICA CLÍNICA DA ESMO

Este guia para o doente foi preparado pelo Anticancer Fund como um serviço para doentes, para ajudá-los, e aos seus familiares, a compreender melhor a natureza do cancro do fígado, bem como avaliar, de acordo com o subtipo de cancro do fígado, as melhores opções de tratamento disponíveis. Recomendamos aos doentes que perguntem aos seus médicos quais os testes ou tipos de tratamento necessários para o seu tipo e estadió da doença. A informação médica descrita neste documento é baseada nas recomendações de prática clínica da ESMO (European Society for Medical Oncology) para a gestão do cancro do fígado. Este guia para o doente foi produzido em colaboração com a ESMO e é divulgado com autorização da mesma. Foi redigido por um médico e revisto por dois oncologistas da ESMO, incluindo o autor principal das recomendações de prática clínica para profissionais. Foi também revisto por representantes de doentes do Grupo de Trabalho de Doentes com Cancro da ESMO.

Para mais informações sobre o Anticancer Fund: [www.anticancerfund.org](http://www.anticancerfund.org)

Para mais informações sobre a European Society for Medical Oncology: [www.esmo.org](http://www.esmo.org)

*Para as palavras assinaladas com um asterisco é facultada uma definição na parte final do documento.*

## Índice

Definição de cancro do fígado .....	3
O cancro do fígado é frequente? .....	5
Quais as causas do cancro do fígado? .....	6
Como se diagnostica o cancro do fígado? .....	9
O que é importante saber para obter um tratamento otimizado? .....	13
Quais são as opções de tratamento? .....	17
Quais são os efeitos secundários possíveis do tratamento? .....	25
O que acontece após o tratamento? .....	28
Definições de termos médicos .....	31

*Este texto foi redigido pela Dra. Annemie Michiels (Anticancer Fund) e revisto pelo Dr. Gauthier Bouche (Anticancer Fund), pela Dra. Svetlana Jezdic (ESMO), pelo Prof. Svetislav Jelic (ESMO), por Ivan Gardini (Associação Europeia de Doentes Hepáticos, ou ELPA), por Hilje Logtenberg-van der Grient (ELPA), por Greet Boland (ELPA) e por Ingo van Thiel (ELPA).*

*Esta atualização (2014) reflete as alterações na última versão das Recomendações de Prática Clínica da ESMO. A atualização foi efetuada pelo Dr. Gauthier Bouche (Anticancer Fund) e revista pela Dra. Svetlana Jezdic (ESMO), pelo Prof. Dr. Chris Verslype (ESMO), por Ivan Gardini (ELPA), por Hilje Logtenberg-van der Grient (ELPA) e por Ingo van Thiel (ELPA).*

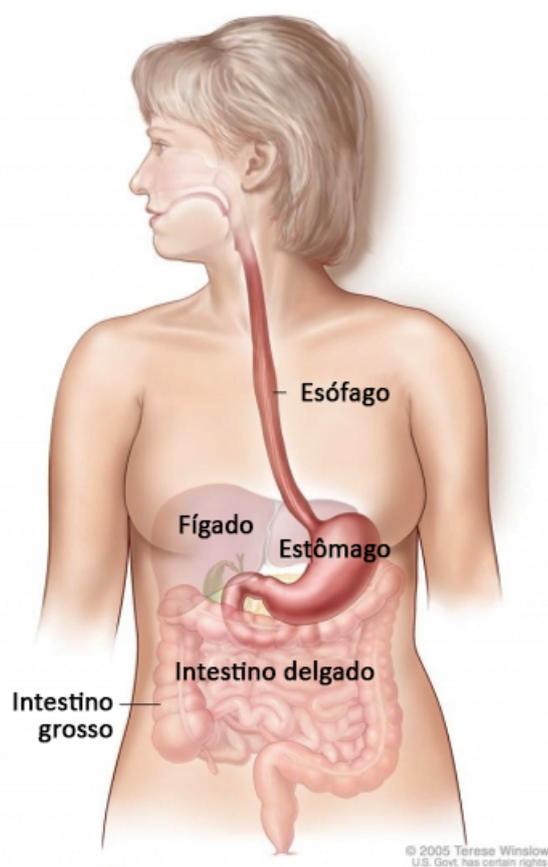
*Este texto foi traduzido para português por um tradutor profissional e validado pelo Prof. José Crespo Mendes de Almeida.*

## DEFINIÇÃO DE CANCRO DO FÍGADO

---

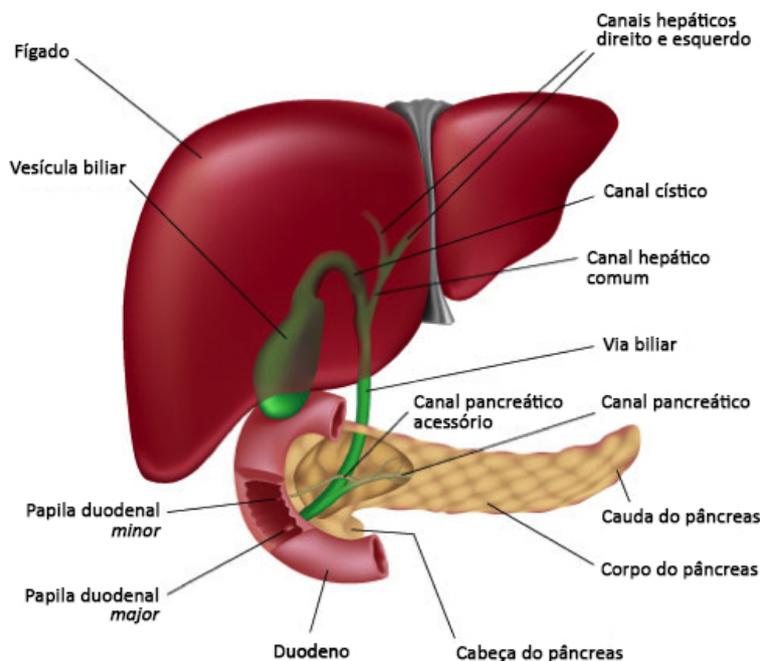
O cancro do fígado é um tumor que se forma inicialmente no tecido hepático. Existem vários tipos de cancro do fígado, de acordo com o tipo de células cancerosas.

O carcinoma hepatocelular é o tipo mais frequente de cancro do fígado. Representa 90% de todos os cancros do fígado. O carcinoma hepatocelular começa nos hepatócitos, as principais células do fígado.



Anatomia do sistema digestivo.

## Fígado, vesícula biliar, pâncreas e vias biliares



Anatomia do fígado e órgãos circundantes

### Nota importante em relação a outros tipos de cancro do fígado

Existe um tipo raro de cancro do fígado que ocorre sobretudo em doentes jovens e que é designado por carcinoma fibrolamelar\*. Esta variante está geralmente bem circunscrita, comparativamente ao carcinoma hepatocelular que cresce de forma mais invasiva. É também caracterizado por uma cicatriz central, quando visualizado através de técnicas de imagiologia médica. O carcinoma fibrolamelar\* é, na maior parte das vezes, diagnosticado e tratado da mesma forma que o carcinoma hepatocelular.

A informação facultada neste Guia para o Doente não se aplica a cancros do fígado que não sejam carcinomas hepatocelulares. Os outros tipos de cancro do fígado são:

- Tumores que se desenvolvem no fígado, mas têm origem noutra órgão, como por exemplo, no cólon, no estômago ou nos ovários. Estes tumores são designados por metástases hepáticas\* ou cancros do fígado secundários. A informação sobre o tratamento de metástases hepáticas\* está disponível, juntamente com a informação sobre o tipo de cancro onde ocorreu inicialmente o primeiro cancro.
- Os cancros que se iniciam nos vasos sanguíneos do fígado são designados por angiossarcomas\* e hemangiossarcomas\*. Para mais informações sobre angiossarcomas\* e hemangiossarcomas, clique aqui.
- Os cancros que se iniciam nas vias biliares são designados por cancros das vias biliares ou colangiocarcinomas\*. Porém, se envolverem vias biliares no fígado são, por vezes, designados por cancros do fígado. Para mais informações sobre o cancro das vias biliares, clique aqui.
- Os tumores designados por hepatoblastomas\* ocorrem em bebés e crianças. Para mais informações sobre hepatoblastomas\*, clique aqui

## O CANCRO DO FÍGADO É FREQUENTE?

---

O cancro do fígado representa o sexto cancro mais comum em todo o mundo. Na Europa, cerca de 10 em cada 1000 homens e 2 em cada 1000 mulheres irão desenvolver cancro do fígado em algum momento da sua vida. A nível mundial, é muito mais prevalente no Sudeste Asiático e na África Ocidental. Isto deve-se principalmente ao facto de a infeção pelo vírus da hepatite B, mais frequente nessas áreas, aumentar o risco de desenvolver cancro do fígado. Nos EUA e no Sul da Europa, o vírus da hepatite C\* é visto mais frequentemente como uma das causas do cancro do fígado.

Em 2008, cerca de 40.000 homens e 20.000 mulheres foram diagnosticados com cancro do fígado na Europa.

A idade média no momento de diagnóstico situava-se entre 50 e 60 anos, mas na Ásia e África situa-se geralmente entre 40 e 50 anos.

## QUAIS AS CAUSAS DO CANCRO DO FÍGADO?

Na maioria dos doentes, os cancros do fígado são antecedidos pela cirrose hepática. A cirrose hepática é uma consequência da doença hepática crónica, embora apenas uma pequena percentagem de doentes com doença hepática crónica venha a desenvolver cirrose. Na cirrose, o tecido hepático vai-se alterando, comprometendo as células hepáticas normais e sendo cada vez mais formado por tecido fibroso e cicatricial. Nesta situação, as células hepáticas não crescem, nem funcionam normalmente.



Os mecanismos e razões exatas para a ocorrência do cancro do fígado ainda não são totalmente compreendidos. Porém, a cirrose e suas causas são os principais fatores de risco\* do carcinoma hepatocelular, o principal tipo de cancro do fígado<sup>1</sup>.

O fator de risco\* aumenta o risco de ocorrência do cancro, mas não é necessário, nem suficiente para causar o cancro. Não é, por si próprio, uma causa. **Algumas pessoas com estes fatores de risco\* nunca desenvolverão cancro do fígado, enquanto que outras sem ter nenhum destes fatores de risco\* irão, mesmo assim, desenvolver cancro do fígado.**

Os principais fatores de risco\* são os que causam a cirrose, mas existem também outros não associados à cirrose.

- **Causas da cirrose hepática:**
  - **Infeção crónica pelo vírus da hepatite B\* (HBV) ou hepatite C\* (HCV).** Uma infeção pelo vírus HBV\* ou HCV\* é considerada crónica quando o vírus da hepatite permanece no sangue durante mais de 6 meses, provocando um declínio no funcionamento do fígado. A nível mundial, a infeção por hepatite B é responsável por 50% de todos os casos de cancro do fígado, e a infeção por hepatite C\* por 25% dos mesmos. Ser portador de uma infeção por hepatite B\* aumenta o risco de desenvolver cancro do fígado 100 vezes, enquanto que ser portador de uma infeção por hepatite C aumenta o risco 17 vezes. Até 85% dos indivíduos com infeção por hepatite C\* desenvolve uma infeção crónica e destes, cerca de 30% progride para cirrose e desses, 1 a 2% desenvolvem anualmente cancro do fígado. A co-infeção por HBV\*, o que significa que ambos os vírus ocorrem em simultâneo, aumenta ainda mais o risco. A infeção por hepatite B\* pode também provocar diretamente cancro do fígado, sem que tenha havido uma cirrose prévia. O vírus pode misturar o seu próprio ADN\* (ácido desoxirribonucleico) com o ADN de uma célula hepática, provocando mutações\* nos seus genes. Estas mutações\* podem fazer com que uma célula perca o controlo sobre o seu funcionamento normal, reprodução e morte natural das células. Parte-se geralmente do princípio que se estas funções ficam descontroladas, tal poderá levar ao cancro.

<sup>1</sup> A cirrose não é um fator de risco\* para o carcinoma fibrolamelar\*.

Prevê-se que, se a vacinação fosse introduzida em todo o mundo, haveria muito menos casos de hepatite B\*, bem como de cancro do fígado associado a este vírus. Prevê-se também que o tratamento antiviral contra a hepatite B\* irá reduzir a morte associada ao fígado (incluindo o cancro do fígado) na infeção crónica por hepatite B\*. De igual forma, os estudos recentes sugerem que o tratamento antiviral de um doente com infeções crónicas por hepatite C\* pode reduzir significativamente o seu risco de cancro do fígado.



- **O abuso do álcool a longo prazo** pode provocar cirrose hepática e cancro do fígado. Em países onde a infeção por HBV\* é baixa, o álcool é a principal causa dos cancros do fígado. Em portadores de hepatite, o abuso do álcool aumenta ainda mais o risco.

**A prevenção do abuso do álcool a longo prazo pode reduzir significativamente o risco de desenvolver cirrose e cancro do fígado.**

- **Algumas condições hepáticas hereditárias** podem também provocar cirrose, tais como a hemocromatose ou a deficiência de alfa-1-antitripsina. A hemocromatose é uma doença hereditária que provoca uma maior absorção de ferro a partir dos alimentos. O ferro é depois depositado em vários órgãos, sobretudo no fígado. Na deficiência de alfa-1-antitripsina, uma forma anormal da proteína\* alfa-1-antitripsina é depositada nas células hepáticas. Isto pode provocar cirrose hepática, aumentando o risco de desenvolver cancro do fígado.
- **A esteatose hepática não alcoólica e a esteato-hepatite não alcoólica** são duas condições que afetam o fígado e que podem também levar à cirrose e ao cancro. Estas condições não são provocadas por uma infeção, nem pelo elevado consumo de álcool, mas parecem estar ligadas à obesidade grave e à diabetes mellitus\*. Por conseguinte, a obesidade e a diabetes são também vistas como fatores de risco\* para o cancro do fígado. Além disso, se um doente diabético consumir grandes quantidades de álcool, o risco aumenta muito mais.



**Prevenir a obesidade e a diabetes do tipo 2, adotando um estilo de vida saudável, pode reduzir o risco de desenvolver esteatose hepática não alcoólica e cancro do fígado. As intervenções para mudança do estilo de vida em pessoas obesas ou diabéticos do tipo 2 pode também reduzir este risco.**

- Existem outras condições médicas menos frequentes que afetam o fígado, aumentando o risco de cancro. Estas condições incluem a hepatite autoimune\*, as inflamações biliares intra-hepáticas\* (cirrose biliar primária\* e colangite esclerosante primária\*) e a doença de Wilson\*. Estas condições não são provocadas por uma infeção, nem pelo álcool.
- **Género:** o cancro do fígado é quatro a oito vezes mais comum nos homens que nas mulheres, embora isto se deva provavelmente às diferenças de comportamento que afetam os fatores de risco\* descritos acima.

- Exposição a agentes tóxicos:
  - Os esteroides anabolizantes são hormonas tomadas por alguns atletas para aumentar a sua força e massa muscular. A utilização a longo prazo de esteroides anabolizantes aumenta o risco de adenoma hepatocelular, um tumor benigno\* do fígado que se pode tornar maligno\* e, posteriormente, em HCC.
  - Consumo de **alimentos contaminados com aflatoxina**: A aflatoxina é uma substância tóxica produzida por um fungo que pode desenvolver-se nos alimentos (amendoins, trigo, grãos de soja, frutos secos moídos, milho e arroz), quando armazenados em condições quentes e húmidas. Quando são regularmente ingeridos, podem provocar mutações\* no ADN\* das células hepáticas, fazendo com que se tornem células cancerosas.  
**A redução da exposição aos alimentos contaminados com aflatoxina pode reduzir o risco de cancro do fígado, sobretudo em pessoas infetadas com HBV\*.**

Foi demonstrado que outros fatores, como fumar, aumentam o risco de cancro do fígado, mas as provas são inconsistentes. Para estabelecer estes fatores de risco possíveis será necessária mais investigação\*.

## COMO SE DIAGNOSTICA O CANCRO DO FÍGADO?

---

Pode suspeitar-se de cancro do fígado em diferentes circunstâncias. A maioria dos doentes tem cirrose hepática e/ou hepatite crónica, antes de desenvolver cancro do fígado. As pessoas com cirrose hepática requerem uma vigilância rigorosa para detetar, tão cedo quanto possível, um potencial tumor no fígado. Recomenda-se a mesma vigilância para as pessoas infetadas com HBV\* que não desenvolveram cirrose, bem como para pessoas que possuem mais de 10.000 cópias do vírus (carga viral) por mililitro de sangue e ainda para as pessoas infetadas com HCV, cujo fígado está num estadio avançado de fibrose\*. Muito embora apenas um pequeno subconjunto de doentes com esteato-hepatite não alcoólica venha a desenvolver cancro do fígado, é necessária uma vigilância semelhante, porque um cancro pode desenvolver-se, mesmo que não haja cirrose.

Por conseguinte, as circunstâncias de diagnóstico irão diferir entre doentes com cirrose hepática conhecida e doentes sem qualquer cirrose hepática conhecida.

### Vigilância do tumor em doentes que se sabe estarem em risco de desenvolver cancro do fígado

Todos os doentes com cirrose hepática requerem uma vigilância rigorosa, bem como alguns doentes sem cirrose, mas com infeções por HBV\* e HCV\*, conforme é descrito acima. A cada 6 meses deve ser efetuada uma ecografia\* do fígado, com o intuito de fazer o rastreio de qualquer novo nódulo\*, quisto\* ou massa\* que possa tornar-se cancro.

- 1. O teste da ecografia\*** é utilizado para detetar nódulos\* que geralmente só são visíveis por imagiologia. Quando um nódulo\* é visto numa ecografia\*, os passos seguintes dependem do tamanho e das características imagiológicas do nódulo\*. Estes dois aspetos dão informações sobre a probabilidade que um nódulo\* tem de se tornar em cancro do fígado.
  - Um nódulo\* de tamanho inferior a 1 cm deve ser seguido por ecografias\* em intervalos de 6 meses. A probabilidade de este tipo de nódulo\* ser - ou poder tornar-se - cancro do fígado nos próximos meses é baixa.
  - Um nódulo\* entre 1 e 2 cm deve ser investigado através de, pelo menos, dois exames radiológicos\* diferentes (TAC\* com contraste, ecografia\* ou RM com contraste).
    - Se duas técnicas diferentes mostrarem um aspeto típico de cancro do fígado, o nódulo\* deve ser interpretado como tal.
    - Se não for esse o caso, o médico deve colher uma biópsia\* ou remover o nódulo\* para analisá-lo melhor em laboratório. Biópsia\* é uma amostra de tecido que, neste caso, é colhido através de uma agulha fina ou grossa que atravessa a pele do flanco direito até ao fígado para remover uma pequena amostra de tecido hepático. Uma amostra colhida com uma agulha fina é designada por punção aspirativa por agulha fina. A remoção de um nódulo\* pode efetuar-se durante uma operação.
  - Por vezes, o diagnóstico é tão provável que não será necessária uma biópsia\*. Os casos seguintes devem ser considerados como cancro do fígado comprovado.
    - Se uma técnica de imagiologia mostrar que o nódulo\* é superior a 2 cm e tiver o aspeto típico de um tumor do fígado.

- Se houver algum um nódulo\* no fígado e, ao mesmo tempo, o nível de alfa-fetoproteína\* (ver abaixo) no sangue for elevado (400 ng/ml ou mais) ou continuar a aumentar.
- 2. Uma análise sanguínea** para uma proteína\* designada por alfa-fetoproteína\* ou AFP, pode dar informação adicional. A AFP está normalmente presente em elevados níveis no sangue de fetos, mas o seu nível diminui e mantém-se muito baixo (nível normal) pouco tempo após o nascimento. Se for encontrado no sangue de adultos um nível superior ao normal, tal sugere que a pessoa poderá ter cancro do fígado.
- As análises sanguíneas para a AFP podem ser utilizadas para detetar tumores precoces em pessoas que sofrem de cirrose\*. Porém, as análises não são geralmente aconselhadas para o rastreio em pessoas sem cirrose, porque nem sempre são exatas. Existem cancros do fígado em que não há aumento no nível da AFP no sangue, mas são uma minoria. O nível da AFP também não é elevado no carcinoma fibrolamelar\*. Em muitos casos, o nível da AFP apenas é elevado num estadio tardio de cancro do fígado. Além disso, um nível elevado de AFP pode também ser encontrado noutras condições, incluindo doenças hepáticas não cancerosas ou tumores a desenvolver-se noutros órgãos, tal como os testículos ou ovários. Em doentes com cirrose é muitas vezes visto um nível alterado de AFP. Por conseguinte, esta análise só é considerada útil quando combinada com uma ecografia\*.

## Sintomas possíveis de cancro do fígado

Em doentes sem qualquer vigilância específica, conforme descrito acima, os principais sintomas que podem estar associados ao cancro do fígado são os seguintes:

- Perda de peso inexplicável
- Fadiga
- Perda de apetite ou sensação de enfiamento após uma refeição leve
- Náuseas ou vómitos
- Febre
- Fígado dilatado, sentido como uma massa sob as costelas, do lado direito
- Baço dilatado, sentido como uma massa sob as costelas, do lado esquerdo
- Dor abdominal ou junto à omoplata direita
- Inchaço ou acumulação de fluidos no abdómen
- Prurido
- Pele e olhos de cor amarela (icterícia)
- Veias dilatadas no abdómen que se tornam visíveis através da pele

Todos estes sintomas podem também ser provocados por outras condições ou poderão apenas ser notados num estadio avançado de cancro do fígado. Porém, em caso de uma combinação de vários dos sintomas referidos acima, sobretudo se forem persistentes, deve sempre investigar-se mais profundamente.

Ocasionalmente, pode ser detetada uma deterioração da função hepática, aquando de uma análise sanguínea por outros motivos. Isto pode ser provocado por várias condições diferentes e, por conseguinte, deve também ser investigado mais profundamente.

## Diagnóstico

Em geral, o diagnóstico de cancro do fígado baseia-se nos exames seguintes:

### 1. Exame clínico

O médico far-lhe-á perguntas sobre as queixas e sintomas, examinará o abdómen e o resto do corpo. O médico irá verificar se há dilatação do fígado ou baço, presença de fluidos no abdómen, pele e olhos de cor amarela (indicativos de icterícia) ou quaisquer outros sinais que indiquem um funcionamento indevido do fígado.



### 2. Análises sanguíneas

Uma análise sanguínea pode revelar níveis elevados de alfa-fetoproteína\* (AFP), um marcador tumoral\*, mas isto apenas é visto em 50-75% de doentes com cancro do fígado. Por conseguinte, mesmo que o referido nível não esteja elevado, tal não significa que não exista tumor. De igual forma, uma AFP elevada não significa necessariamente que exista um tumor.

### 3. Exame radiológico\*

Em primeiro lugar será efetuada uma ecografia\* do fígado para avaliar a consistência do órgão e procurar possíveis nódulos\*. Em 75% dos casos de cancro do fígado, os tumores são multifocais aquando do diagnóstico. Multifocal significa que estão presentes vários nódulos\* (ou tumores) em diferentes partes do fígado.

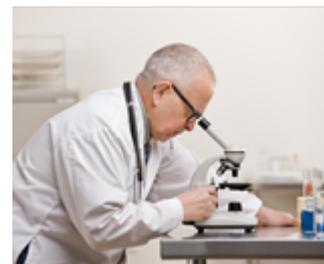
Para obter uma imagem mais precisa e poder detetar nódulos\* mais pequenos pode também efetuar-se uma TAC\* ou RM\*. Uma RM\* pode ser especialmente útil em doentes que já possuem nódulos\* (benignos\*), devido à sua cirrose\*. Estes exames são, por vezes, efetuados após a injeção, por via intravenosa, de um fluido de contraste para marcar qualquer nódulo\*.

A sequência de testes utilizados para diagnosticar o cancro do fígado dependerá da extensão das lesões e da presença de cirrose, detetada após os exames radiológicos\*.



### 4. Exame histopatológico\*

O exame histopatológico\* é efetuado numa amostra de tecido hepático designada por biópsia\*. A decisão de efetuar uma biópsia deve ser discutida com vários especialistas, incluindo um cirurgião especializado em cirurgia hepática. É a melhor forma de avaliar se uma lesão observada durante um exame radiológico\* é benigna\* ou maligna\*. Pode ser colhida uma biópsia\* através de uma agulha fina ou grossa que atravessa a pele do flanco direito até ao fígado para remover uma amostra de tecido hepático. Por vezes utiliza-se, em simultâneo, uma ecografia\* ou TAC\* para assegurar que a agulha vai diretamente a um nódulo suspeito\*.



O cirurgião pode também colher uma biópsia\* durante uma operação designada por laparoscopia\*. Durante a laparoscopia\*, o cirurgião introduz uma pequena câmara e instrumentos finos através de uma ou mais incisões pequenas na pele do abdómen, para ver o interior do mesmo e colher uma biópsia\* sem ter que fazer uma incisão grande no abdómen. A amostra de tecido será analisada num laboratório, ao microscópio, por um especialista designado por patologista\*. Este poderá também efetuar outros testes para definir o tipo específico e as características do tumor. Porém, mesmo que o patologista conclua que a biópsia não contém qualquer célula cancerosa, pode não ser possível excluir a possibilidade de o tumor ser maligno\*.

O procedimento comporta o risco de hemorragia, dado que o fígado é muito vascularizado e a coagulação sanguínea\* pode estar afetada em doentes com cirrose\*. Existe também um risco pequeno de que uma biópsia hepática\* possa disseminar o cancro ao longo do caminho percorrido pela agulha da biópsia\*. Se o cancro ainda não se disseminou, é importante evitar este risco. Porém, este risco é menor quando a biópsia\* é colhida com uma agulha fina. Não há qualquer risco de que um tumor possa explodir quando perfurado por uma agulha.

Porém, a biópsia\* não será efetuada nas situações seguintes:

- o doente é considerado demasiado frágil para poder tolerar qualquer forma de terapia
- o doente tem uma forma avançada de cirrose\* e aguarda um transplante hepático
- o doente pode ser operado com o intuito de remover todo o tumor (ver mais adiante o parágrafo sobre a ressectabilidade)

Também é possível, em alguns doentes com cirrose\* conhecida, basear-se na imagiologia para o diagnóstico. A biópsia apenas pode ser evitada quando um exame radiológico\* específico mostrar o marcador vascular típico do cancro do fígado. Este exame pode ser um tipo de TAC\* (TAC multidetectora e multifásica\*) ou de RM\* (RM dinâmica com contraste\*).

## O QUE É IMPORTANTE SABER PARA OBTER UM TRATAMENTO OTIMIZADO?

Não existe um único tratamento otimizado que ajude todos os doentes. Os médicos terão que considerar vários aspetos, tanto do doente, como do cancro para decidir qual será o tratamento ideal.



### Informação relevante sobre o doente

- Idade
- História clínica
- Resultados do exame clínico. O seu médico irá especialmente:
  - avaliar o seu estado nutricional
  - inspecionar a sua pele e olhos, procurando icterícia, bem como quaisquer manchas escuras na pele, indicativas de baixo nível de plaquetas
  - procurar sinais indiretos de aumento de pressão na veia responsável pelo aporte sanguíneo do fígado
  - verificar se há dilatação do fígado e baço, ou se há presença de fluidos no abdómen, designada por ascite\*
  - procurar sinais de estado mental alterado, no âmbito de uma condição complexa, designada por encefalopatia\*.
- A presença de outras doenças hepáticas e o funcionamento atual do fígado, por vezes também designado por "função hepática residual". O médico pode examinar a função hepática através de certos parâmetros no sangue, tais como o tempo de protrombina\*, o nível de albumina\*, o nível de bilirrubina\* e o número de plaquetas\*.
- Infecção crónica por HBV\* ou HCV\*, possível tratamento e nível de atividade da infeção
- Consumo atual de álcool
- Uso de drogas injectáveis
- O estado do desempenho, que avalia o bem-estar geral e as atividades diárias dos doentes cancerosos. O estado do desempenho avalia as capacidades físicas dos doentes, atribuindo uma pontuação de 0, para um doente totalmente ativo, a 4, para um doente que está totalmente incapacitado, devido à sua doença.

Através da consideração destes elementos, o médico decidirá se o doente está em bom estado e reúne as condições necessárias para ser submetido à ressecção de parte do fígado ou a um transplante hepático.

## Informação relevante sobre a doença

- **Estadiamento**

Os médicos utilizam o estadiamento para avaliar a extensão da presença do cancro e o prognóstico\* do doente. O estadio é fundamental para tomar a decisão certa quanto ao tratamento. Quanto mais avançado for o estadio, pior será o prognóstico\*. As diferentes investigações visam descobrir até onde é que o cancro se desenvolveu, dentro e fora do fígado, e se já se disseminou, ou não, para outras partes do corpo. Será efetuada uma TAC\* ou RM\* do abdómen para avaliar a extensão local do tumor e se se disseminou para outros órgãos. Se houver alguma suspeita de que o cancro pode ter-se disseminado para outras áreas, poderá recorrer-se também à imagiologia de outras partes do corpo, especialmente uma TAC\* torácica e uma cintigrafia óssea\*.

O estadiamento é geralmente efetuado duas vezes: após um exame clínico e radiológico\* e após a cirurgia. Se for efetuada a cirurgia, o tumor removido pode ser analisado no laboratório. Os resultados desta análise podem também ajudar no estadiamento da doença.

Dado que a maioria dos cancros do fígado ocorre na presença de uma cirrose\* subjacente, deve ser efetuado o estadiamento, tanto do cancro, como da doença hepática (se presente). Ambos determinam as opções de tratamento e o resultado esperado. Existem vários sistemas de estadiamento, tendo cada um deles vantagens e desvantagens. Aqui apresentaremos os 2 tipos essenciais de sistemas de estadiamento, nomeadamente, TNM para estadiamento do cancro, e Child-Pugh para estadiamento da doença hepática ou cirrose. É também apresentado um sistema mais sofisticado e amplamente utilizado por especialistas no cancro do fígado. É designado por sistema de estadiamento Barcelona Clinic Liver Cancer (BCLC) e a sua principal vantagem é que identifica os doentes com cancro em estadio inicial que podem beneficiar de terapias curativas (estadio 0 e estadio A), os de estadio intermédio (estadio B) ou avançado (estadio C) que podem beneficiar de tratamentos para prolongar a vida e, por último, os que têm uma esperança de vida muito limitada (estadio D).

- **O estadiamento TNM** classifica o cancro de acordo com a combinação de
  - T, tamanho do tumor e invasão do tecido adjacente,
  - N, envolvimento dos gânglios linfáticos\*, e
  - M, metástase\* ou disseminação do cancro para outros órgãos do corpo.

Os estadios baseados no sistema TNM são explicados na tabela abaixo. As definições são, por vezes, muito técnicas, por isso recomenda-se que peça ao seu médico explicações mais detalhadas.

Estadio	Definição
Estadio I	<i>O tumor é único e não invadiu os vasos sanguíneos do fígado, não se disseminou para os gânglios linfáticos*, nem para outras partes do corpo.</i>
Estadio II	<i>Ou o tumor é único e invadiu os vasos sanguíneos do fígado, ou existem tumores múltiplos no fígado, mas nenhum tem diâmetro superior a 5 cm, nenhum se disseminou para os gânglios linfáticos*, nem para outras partes do corpo.</i>
Estadio III	<i>O estadio III divide-se nos três subestadios seguintes. Em qualquer caso, as células tumorais não se disseminaram para os gânglios linfáticos*, nem para os órgãos mais afastados.</i>

**Cancro do Fígado: um guia para o doente -**

**Informações baseadas nas Recomendações de Prática Clínica da ESMO – v.2014.1**

**Página 14**

*Este documento é facultado pelo Anticancer Fund, com a permissão da ESMO.*

*A informação contida neste documento não substitui uma consulta médica. Destina-se apenas a utilização pessoal e não pode ser alterada, reproduzida, nem divulgada de nenhuma forma, sem o consentimento por escrito da ESMO e do Anticancer Fund.*

Estadio IIIA	– <i>Existem vários tumores no fígado e pelo menos um tem diâmetro superior a 5 cm.</i>
Estadio IIIB	– <i>O tumor invadiu uma artéria de uma das veias principais do fígado.</i>
Estadio IIIC	– <i>O tumor disseminou-se para um órgão adjacente (que não a vesícula biliar) ou para o revestimento exterior do fígado.</i>
Estadio IV	<i>O tumor disseminou-se para os gânglios linfáticos* ou para os órgãos mais afastados.</i>
Estadio IVA	– <i>Qualquer dos acima indicados e invasão de um gânglio linfático regional*</i>
Estadio IVB	– <i>Qualquer dos acima indicados e disseminação do tumor para outras partes do corpo</i>

- A **classificação de Child-Pugh** define o prognóstico\*, bem como a necessidade de transplante na doença hepática crónica. Esta classificação é utilizada para qualquer doença hepática crónica e não apenas para o cancro do fígado. Isto resulta numa classificação de Child-Pugh de A, B ou C. "A" indica cirrose\* menos avançada e "C" cirrose mais avançada. Esta classificação inclui a avaliação da acumulação de fluidos no abdómen, designada por ascite\*, qual o nível de 2 proteínas\* (designadas por albumina\* e bilirrubina\*) no sangue, se a coagulação sanguínea ainda funciona devidamente e, por fim, se há presença de encefalopatia\*.  
O método utilizado para atribuir uma classificação de Child-Pugh é complexo, não se enquadrando no âmbito deste guia. Recomenda-se que peça ao seu médico explicações mais detalhadas.
- O sistema de estadiamento **Barcelona Clinic Liver Cancer (BCLC)**

O BCLC define quatro estadios de cancro do fígado, de A a D. Baseia-se no tamanho e no número de tumores no fígado, na invasão dos vasos sanguíneos pelo tumor, na disseminação do cancro para fora do fígado, na pressão na veia responsável pelo suprimento sanguíneo do fígado, no nível de bilirrubina\* no sangue, na classificação de Child-Pugh e no estado do desempenho.

A pressão na veia responsável pelo suprimento sanguíneo do fígado (designada por veia porta\*) pode estar elevada quando o fígado não deixa o sangue passar facilmente, devido a uma alteração na consistência. Bilirrubina é uma proteína\* normalmente excretada pelo fígado na biliar. Porém, quando a função hepática está afetada, pode ser acumulada também no sangue. A classificação de Child-Pugh foi descrita anteriormente e inclui a avaliação da acumulação de fluidos no abdómen (ascite\*), qual o nível de albumina\* e bilirrubina no sangue, se a coagulação sanguínea ainda funciona devidamente e, por fim, se há presença de encefalopatia\*. O estado do desempenho foi descrito na secção anterior. Avalia as capacidades físicas dos doentes, atribuindo uma pontuação de 0, para um doente totalmente ativo, a 4, para um doente que está totalmente incapacitado, devido à sua doença.

Como o BCLC inclui tantos fatores, considera-se que dá a melhor previsão do prognóstico\* para o doente que sofre de cirrose\* e cancro hepático, sendo muito útil ao planear o tratamento.

- **Resultados da biópsia\***

A biópsia\* será analisada no laboratório. Este exame é designado por histopatologia\*. O segundo exame histopatológico\* é efetuado no tumor e nos gânglios linfáticos\* removidos por cirurgia. Isto é muito importante para confirmar os resultados da biópsia\* e facultar mais informações sobre o cancro. Os resultados da análise da biópsia\* devem incluir o seguinte:

Em primeiro lugar, o patologista\* irá verificar se o tumor se desenvolveu no fígado, isto é, um tumor hepático, ou se é uma disseminação distante de outro tumor (ex.: dos intestinos), analisando as células tumorais e determinando se apresentam as características de células hepáticas ou de outras células.

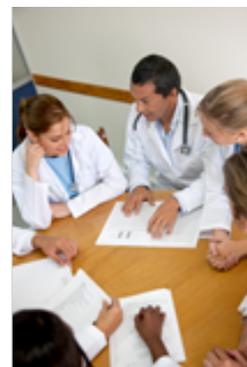
Se for um tumor hepático, o patologista irá defini-lo como carcinoma hepatocelular ou carcinoma fibrolamelar\* ou um dos outros tipos de cancro do fígado mencionados anteriormente, na definição de cancro do fígado.

- **Ressecabilidade**

Os cirurgiões irão considerar o tumor operável ou ressecável, o que significa que é possível remover todo o tumor numa operação, ou inoperável ou não ressecável, o que significa que não é possível removê-lo. Não há uma linha divisória distinta entre o que é ressecável e o que não é, em termos do estadio TNM do cancro, mas os cancros de estadio inicial têm maior probabilidade de serem ressecáveis. Um tumor pode, por exemplo, ser não ressecável quando é muito grande ou está próximo de um vaso sanguíneo importante, o que torna difícil removê-lo sem danificar este vaso.

## QUAIS SÃO AS OPÇÕES DE TRATAMENTO?

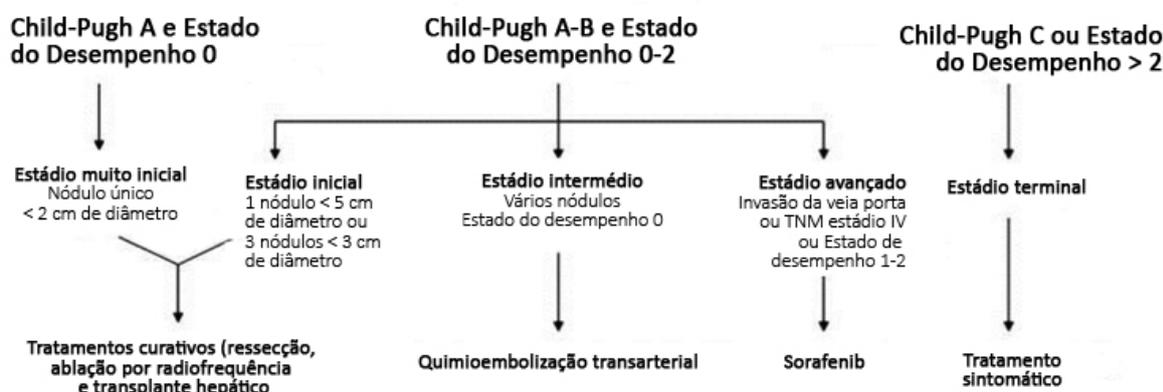
O planeamento do tratamento envolve uma equipa multidisciplinar de profissionais médicos. Isto implica uma avaliação por diferentes especialistas, designada por reunião multidisciplinar\*. Durante esta reunião, o planeamento do tratamento será discutido, de acordo com a informação relevante referida anteriormente, tal como se o doente sofre de cirrose hepática\*, qual é a extensão da doença, qual é o padrão de crescimento do tumor, como está a função hepática, se o cancro é ressecável e como está o estado geral de saúde do doente. Os riscos de cada tipo de tratamento são também considerados.



A extensão do tratamento dependerá do estadió do cancro, das características do tumor e dos riscos envolvidos.

Todos os tratamentos enunciados abaixo têm os seus benefícios, riscos e contraindicações\*. É recomendável perguntar aos médicos sobre quais os benefícios e riscos esperados de cada tratamento, para estar informado sobre as possíveis consequências do mesmo. No caso de alguns tratamentos há várias possibilidades disponíveis, devendo a escolha ser discutida com base na ponderação dos seus benefícios e riscos respetivos.

### CANCRO DO FÍGADO



Conforme é referido na secção anterior, o plano de tratamento depende sobretudo do estadió, de acordo com o sistema de estadiamento Barcelona Clinic Liver Cancer (BCLC). Os tratamentos por estadios são apresentados na figura abaixo e os detalhes sobre as terapias são indicados estadió a estadió, mais adiante no texto.

## Tratamento do cancro de estadios 0 e estadio A, de acordo com a classificação BCLC

Aos doentes com cancros em estadio inicial (estadio 0 e estadio A, de acordo com o sistema de estadiamento BCLC), é possível propor um tratamento com o intuito de curar o cancro. Este tratamento pode ser uma ressecção cirúrgica, um transplante hepático ou a ablação local\*, dependendo dos métodos e a decisão do nível de cirrose\* e do tamanho e número de tumores hepáticos.

Estes doentes dispõem de várias opções de tratamento. O parecer multidisciplinar\* irá decidir qual é o mais adequado, de acordo com a informação relevante referida anteriormente. As 3 opções principais nestes estadios são:

- Ressecção do tumor por cirurgia
- Transplante hepático
- Métodos de ablação\* local

### Ressecção por cirurgia

A ressecção do tumor por cirurgia é a opção preferida para:

- doentes sem cirrose\* e nos quais pode ser preservada uma parte suficiente do fígado;
- doentes com cancro com classificação BCLC de estadio 0 ou A, cujo desempenho lhes permite serem submetidos a cirurgia e que têm um único tumor hepático que não provoca qualquer hipertensão portal.

Em casos individuais, é possível efetuar a ressecção de mais lesões, mas dado que a cirurgia do fígado comporta alguns riscos, o risco da cirurgia por doente deve ser considerado, antes de tomar qualquer decisão.

Dependendo da extensão do tumor e do grau de cirrose hepática, pode ser removida a parte do fígado que contém o tumor, ou mesmo todo o fígado.

A ressecção do tumor consiste em remover a parte do fígado que contém o tumor. Este tipo de cirurgia é designado por hepatectomia. Este tipo de cirurgia apenas pode ser efetuado em doentes sem cirrose\* ou com cirrose limitada (BCLC de estadio 0 e estadio A), dado que o fígado ainda funciona corretamente nesses doentes. A parte restante do fígado irá assumir a função hepática. Após a cirurgia, a parte ressecada será analisada por um patologista\* no laboratório. O patologista\* irá verificar se o tumor foi totalmente removido, analisando se este está totalmente circundado por tecido normal. Isto é relatado como margens negativas de ressecção, o que significa que é muito provável que tenha sido removido todo o tumor, ou como margens positivas de ressecção, o que significa que é muito provável que não tenha sido removido todo o tumor. Se as margens forem negativas, é sinal de um prognóstico\* melhor.



## Transplante hepático

Quando não é possível efetuar a ressecção do tumor, deve considerar-se o transplante hepático, quer quando exista um único tumor com diâmetro inferior a 5 cm, quer quando existam 2 a 3 tumores, com diâmetro inferior a 3 cm. Estes requisitos são designados por critérios de Milão.

- *Crítérios para inscrever como candidato a transplante hepático doentes com cancro do fígado*

O transplante apenas é possível em condições muito rigorosas, devido à escassez de fígados de dadores disponíveis. A primeira condição é que o doente preencha os critérios de Milão referidos anteriormente, no que respeita ao número e tamanho dos tumores hepáticos. Os regulamentos em matéria de dadores de fígados e transplantes diferem de país para país. A informação específica de cada país pode ser obtida, perguntando ao(s) médico(s) ou a outros profissionais envolvidos no transplante hepático. Geralmente, os fígados de dadores vêm de outros doentes que faleceram recentemente ou a quem foi diagnosticada "morte cerebral". Morte cerebral significa que o cérebro sofreu um défice de oxigénio e, por conseguinte, nunca mais funcionará, sendo que a respiração e circulação sanguínea apenas podem ser mantidas com recurso a equipamento médico. Uma vez mais, quando e como alguém pode ser considerado como estando em morte cerebral é algo definido por leis específicas de cada país.

Dado que estas situações são escassas e nem todos os casos podem obter o fígado de um dador, o doente deve primeiro reunir as condições necessárias para a cirurgia. De igual forma, o seu prognóstico\* deve ser suficientemente bom para se inscrever na lista de espera.

Os doentes que sofrem de cirrose\* hepática provocada por abuso do álcool e ainda o consomem ou os doentes que têm um mau prognóstico\* devido às características do seu cancro, ou devido a outras doenças concomitantes, não serão considerados para transplante. Alguns centros com muita experiência são capazes de efetuar transplantes de fígado parciais (nos quais vários doentes recebem parte do fígado de um dador), transplantes de enxertos marginais (fígados que não estão completamente saudáveis) ou transplantes hepáticos de dadores vivos (parte do fígado de um dador vivo é transplantada para o doente). Dado que se trata de situações excecionais, a possibilidade de cada doente deve ser avaliada pelo comité de ética, bem como pelo conselho consultivo de transplantes do hospital.

- *Procedimento de um transplante hepático*

O transplante hepático é uma operação que decorre sob anestesia geral\*, demorando entre 6 a 10 horas. Durante este tempo, os cirurgiões começam por fazer uma incisão em forma de bumerangue na parte superior do abdómen, removendo o fígado antigo do doente e deixando parte dos principais vasos sanguíneos locais. O novo fígado é então introduzido e ligado a esses vasos sanguíneos e às vias biliares do doente.

- *Terapias para doentes que aguardam um transplante hepático*

Devido à escassez de órgãos, os candidatos a transplante hepático são confrontados com tempos de espera longos, o que não deve atrasar a discussão sobre um tratamento alternativo eficaz. Caso seja previsto um tempo de espera longo (superior a 6 meses), poderá propor-se ao doente a ressecção, ablação\* local ou quimioembolização\* transarterial, para minimizar o risco de progressão do tumor e oferecer uma "ponte" para o transplante. Mais adiante neste guia serão dados mais detalhes sobre as técnicas de ablação local e quimioembolização transarterial.

## Métodos de ablação\* local

O objetivo da ablação\* local é destruir as células cancerosas, lesando-as através de meios químicos ou físicos. Os dois métodos principais de ablação local são a ablação por radiofrequência e a injeção percutânea\* de etanol, os quais serão descritos mais adiante. Embora estas técnicas sejam eficazes na destruição de pequenos tumores, infelizmente não impedem a ocorrência de novas lesões no tecido hepático cirrótico\* circundante.

Foram propostos como alternativas à cirurgia. Estas técnicas são recomendadas para doentes com BCLC de estadio 0 que não podem ser submetidos à ressecção cirúrgica, nem a transplante hepático. São também recomendadas caso seja previsto um tempo de espera longo (superior a 6 meses) para o transplante hepático.

Estas duas técnicas mostram resultados semelhantes nos tumores BCLC de estadio 0, isto é, um único nódulo\* com diâmetro inferior a 2 cm, podendo ser consideradas alternativas à ressecção. Porém, a ablação por radiofrequência dá melhores resultados em termos de controlo do crescimento do tumor, em tumores com diâmetro superior a 2 cm.

### Ablação por radiofrequência

A ablação por radiofrequência utiliza ondas de rádio de alta energia para destruir as células cancerosas. É introduzida uma sonda fina\*, do tipo agulha, através na pele e no tumor. Em seguida, faz-se passar uma corrente de alta frequência através da ponta da sonda. Isto aquece o tumor, destruindo assim as células cancerosas. Ao mesmo tempo, o calor proveniente da energia da radiofrequência fecha os pequenos vasos sanguíneos, reduzindo o risco de hemorragia. As células tumorais mortas são gradualmente substituídas por tecido cicatricial que vai reduzindo ao longo do tempo. Pode ser utilizada uma ecografia\* ou TAC\* para orientar a ablação. O procedimento decorre geralmente sob anestesia local\*, mas por vezes é também efetuado durante uma cirurgia aberta ou laparoscopia\* e, por conseguinte, sob anestesia geral\*. Durante a laparoscopia\*, o cirurgião introduz uma pequena câmara e instrumentos finos através de uma ou mais incisões pequenas na pele do abdómen. Isto ajuda a ver o interior do abdómen e a efetuar intervenções sem ter que fazer uma grande incisão no abdómen.

A ablação por radiofrequência é mais eficaz nos cancros com até cinco nódulos\* e um diâmetro não superior a 5 cm. Em tumores maiores é improvável que possam ser destruídos completamente através desta técnica. Quando um tumor está perto de vasos sanguíneos principais pode haver o risco de hemorragia e, por conseguinte, a ablação por radiofrequência não é aconselhada.

### Injeção percutânea\* de etanol

Esta injeção percutânea\* utiliza etanol (álcool concentrado) para destruir o tumor. O etanol é injetado diretamente no tumor, através da pele. Por vezes, é utilizada uma ecografia\* ou TAC\* para orientar a agulha diretamente para o tumor. Foi demonstrado que a injeção percutânea de etanol é menos eficaz do que a RFA nos nódulos\* com diâmetro superior a 2 cm.



## Tratamento do cancro de estadió B, de acordo com a classificação BCLC

Para os doentes com cancro de estadió intermédio (estadió B, de acordo com o sistema de estadiamento BCLC), o tratamento consiste em injetar um fármaco – quimioterapia - e uma bobina ou pequenas partículas degradáveis diretamente na artéria que fornece sangue ao fígado. Este tipo de tratamento é designado por quimioembolização\* transarterial\*.

### Quimioembolização\* transarterial\* (TACE)

Para além dos doentes com cancro BCLC de estadió B, os doentes que aguardam um transplante hepático podem beneficiar da quimioembolização\* transarterial, ou TACE, para minorar o tempo de espera, se este for superior a 6 meses.

TACE é a injeção de uma *quimioterapia* diretamente na artéria que fornece sangue ao fígado (artéria hepática\*). Isto passa por introduzir um cateter\* na artéria localizada na virilha, orientando-o para a artéria hepática\*. Este procedimento é efetuado, utilizando raios X\* para assegurar que o cateter\* está no(s) vaso(s) que fornece(m) sangue ao tumor. O fármaco utilizado é uma quimioterapia\*, o que significa que visa matar as células cancerosas e/ou limitar o seu crescimento. Através dos vasos sanguíneos, o fármaco alcança as células cancerosas e as células hepáticas normais, mas as últimas decompõem o fármaco antes de este chegar ao resto do corpo. Os fármacos anticancro que podem ser utilizados são a doxorrubicina\*, a cisplatina\* e/ou a mitomicina\*. O lipiodol\* pode também ser misturado com os fármacos quimioterapêuticos\*, antes destes serem injetados. As células tumorais absorvem preferencialmente o lipiodol e irão, ao mesmo tempo, absorver os fármacos.

Após a injeção deste fármaco, é injetado Gelfoam® ou pequenas esferas degradáveis para bloquear as pequenas artérias que fornecem sangue ao tumor, privando assim o tumor da provisão de nutrientes e oxigénio.

A TACE pode também ser utilizada para aliviar os sintomas sentidos pelos doentes com cancro hepatocelular e cirrose\*. O objetivo não é curar o cancro, mas proporcionar mais conforto ao doente. Porém, à medida que o tamanho e número de tumores no fígado aumenta, os resultados da TACE são menos favoráveis.

A TACE não deve ser utilizada em doentes com:

- cirrose hepática de grau C na classificação de Child-Pugh,
- disseminação do tumor em 2 lobos do fígado ou para outras partes do corpo,
- trombose da veia porta ou
- uma ligação excecional entre a artéria e a veia principal que fornece sangue ao fígado.

A trombose da veia porta\* consiste na formação de coágulos na veia principal que fornece sangue ao fígado. Isto visa evitar que os fármacos tóxicos injetados acabem noutra local que não o local do tumor.

### Outras técnicas transarteriais\*

As técnicas transarteriais evoluíram nos últimos anos. Atualmente, estão a emergir várias alternativas à típica TACE descrita anteriormente.

A utilização de pequenas esferas carregadas de doxorubicina\* (quimioterapia), ao invés da típica TACE, visa embolizar\* os vasos que fornecem sangue ao(s) tumor(es), administrando em simultâneo doxorubicina ao tumor. Estas pequenas esferas demonstraram menos difusão de quimioterapia fora do fígado, originando menos efeitos secundários e, pelo menos, a mesma atividade do que a típica TACE.

A radiação\* interna com partículas de Iodo 131 ou Ítrio 90 visa embolizar\*, bem como aproximar a radioterapia\* o mais possível do tumor. Este tipo de tratamento é experimental e deve ser efetuado num ensaio clínico\*. Um tubo pequeno é colocado na principal artéria que fornece sangue ao fígado (artéria hepática\*) e, através desse tubo são libertadas esferas microscópicas. Essas esferas alcançam o tumor através dos vasos sanguíneos do fígado e contêm uma substância radioativa designada por Iodo 131 ou Ítrio 90. Estas substâncias bloqueiam o fornecimento de sangue ao tumor e, ao mesmo tempo, emitem uma radiação\* que destrói as células tumorais circundantes. Devido ao direcionamento preciso desta abordagem, pode administrar uma dose muito mais potente de radiação\* do que a radioterapia\* externa normal. A radioatividade das esferas desaparece após 2 semanas. Uma vantagem é que pode ser utilizada, independentemente de quão numerosos ou grandes são os nódulos\* no fígado e pode ainda ser utilizada para tratar tumores possivelmente não detetados. Pode ser utilizada em alguns doentes que não possam receber TACE ou que já receberam TACE, mas não em doentes com cancro que se tenha disseminado para fora do fígado.

#### **Sorafenib\* em caso de progressão da doença, apesar da TACE**

Em doentes cuja doença está a progredir (desenvolvimento de novos tumores ou crescimento dos existentes) recomenda-se o tratamento com um fármaco designado por sorafenib\*.

### **Tratamento do cancro de estadió C, de acordo com a classificação BCLC**

*O tratamento padrão neste estadió é o sorafenib\*, um fármaco tomado por via oral. Se o sorafenib não for bem tolerado, ou se o cancro progredir apesar do tratamento com o sorafenib, recomenda-se os cuidados de apoio e a participação em ensaios clínicos\*.*

Dado que o tumor se disseminou para longe do fígado, quer para os gânglios linfáticos\*, quer para órgãos distantes, o tratamento visará destruir as células cancerosas por todo o corpo. A isto se chama terapêutica sistémica\*. A opção principal é o sorafenib\*. Se o sorafenib não for bem tolerado, ou não for capaz de afetar o crescimento do tumor, o tratamento visará aliviar os sintomas provocados pela doença. Também é possível participar num ensaio clínico\*. Num ensaio clínico\* são testados novos tratamentos ou novas combinações dos mesmos. Recomenda-se perguntar ao médico se há ensaios em curso que sejam adequados ao estadió do tumor e à situação específica do doente. Desta forma, o doente pode obter acesso a novas terapêuticas e, ao mesmo tempo, ajudar ao progresso científico, no que se refere ao desenvolvimento de melhores tratamentos para o cancro.

### **Terapêutica sistémica\***

**Sorafenib\*** é um fármaco que demonstrou prolongar a sobrevivência geral em doentes com cancro do fígado em estadió avançado. Por exemplo, prolongou a sobrevivência numa média de 2,8 meses em doentes com doença hepática de grau A na classificação de Child–Pugh, num ensaio clínico aleatorizado. É tomado por via oral e chega a todo o corpo através da corrente sanguínea, após a absorção pelos intestinos. O sorafenib é designado por terapia dirigida\*, uma vez que foi produzido com o objetivo de visar especificamente as células tumorais.

Outras terapias dirigidas\* estão a ser investigadas, mas não devem ser administradas fora dos ensaios clínicos\*.

A **quimioterapia\*** que é administrada sistemicamente, quer por via oral, quer intravenosa\* e, por conseguinte, sem ser por injeção na artéria do fígado pode também ser considerada. Porém, nenhum dos fármacos de quimioterapia\* utilizados para o cancro do fígado demonstrou prolongar a esperança de vida do doente, mas alguns regimes de quimioterapia como o XELOX (que consiste numa combinação de capecitabina\* e oxaliplatina\*) e o GEMOX (combinação de gencitabina\* e oxaliplatina) demonstraram que conseguiam interromper ou abrandar o crescimento do tumor em alguns doentes. A quimioterapia sistémica\* não deve ser incluída em padrões de tratamento, mas pode ser discutida com - e proposta a - candidatos selecionados para o tratamento sistémico\*, se não estiverem disponíveis outras opções no hospital onde o doente é tratado.



## Radioterapia

A radioterapia utiliza radiação\* para matar as células cancerosas. Está a ser investigada para doentes com cancro do fígado cujo tumor invadiu a veia porta\* ou a veia cava inferior. A radioterapia pode ser utilizada em caso de um tumor grande com alguns satélites (tumores pequenos à sua volta) e se houver uma porção suficiente de fígado saudável a ser poupado. As técnicas possíveis são as seguintes:

- Radioembolização\* com microesferas\* de ítrio-90 em doentes que sofram de coágulos que bloqueiam uma artéria de uma das veias principais do fígado, o que é designado por trombose da veia porta\*. Este tratamento já foi descrito anteriormente.
- Radioterapia externa através de radioterapia tridimensional conformada (3D-CRT). As radiações\* são produzidas por um dispositivo fora do corpo, sendo depois direcionadas para o tumor. É designada por 3D conformacional porque, ao contrário da técnica clássica de radioterapia externa, um computador calcula a direção e forma exata dos feixes de radiação\*. Isto ajuda a direcioná-los de forma muito precisa para o tumor, danificando o mínimo possível de células hepáticas normais. Esta estratégia prometedora necessita, porém, de mais validação antes de poder ser recomendada.



## Tratamento do cancro de estadió D, de acordo com a classificação BCLC

*O tratamento padrão neste estadió visa aliviar os sintomas provocados pela doença.*

Aos doentes com cancro do estadió D, de acordo com a classificação BCLC são disponibilizados os melhores cuidados de apoio. O objetivo dos melhores cuidados de apoio não é curar o cancro, nem prolongar a sobrevivência. Visa reduzir os sintomas e maximizar o conforto do doente.

Existem medicamentos eficazes para o controlo da dor, das náuseas e de outros sintomas. É importante que mantenha o médico ou a enfermeira informados sobre qualquer desconforto, de forma a adaptar a medicação consoante as suas necessidades.

Icterícia é a descoloração amarelada da pele e olhos. É provocada por um excesso de bilirrubina\* que deixa de ser excretada pelo fígado, por estar bloqueada pelo tumor. É um problema muito frequente em doentes com cancro do fígado em estadios avançados. Pode ser tratada pela introdução de um stent na via biliar, quer durante uma intervenção cirúrgica, quer durante uma endoscopia\*. O stent é um tubo oco pequeno que assegura a passagem livre do excesso de bilirrubina para os intestinos.

A radioterapia externa pode ser utilizada para controlar a dor provocada pelas metástases\* ósseas.

## Como é avaliado o efeito do tratamento?

Em doentes com cancro em estadios avançados pode ser difícil avaliar o efeito do tratamento, sobretudo quando o cancro é composto por vários tumores. A melhor forma de avaliar se o tratamento tem um efeito positivo é avaliar:

- A forma como o tumor reage ao tratamento, utilizando técnicas de imagiologia, tais como a TAC\* ou a RM\*. Recomenda-se as técnicas dinâmicas da TAC ou RM que requerem a injeção de um agente de contraste, dado que permitem observar uma diminuição da atividade do tumor, mesmo na ausência de redução do tamanho do tumor. Muitas das terapêuticas utilizadas para tratar o cancro do fígado podem efetivamente matar as células cancerosas ou reduzir o fornecimento de sangue ao tumor, sem necessariamente provocar a redução do tamanho do tumor.
- A forma como o doente se sente durante a terapia e após a mesma.
- A forma como o nível de alfa-fetoproteína\* no sangue evolui ao longo do tempo. Isto pode ser especialmente útil em doentes para os quais as técnicas de imagiologia não dão muita informação sobre a resposta do tumor.

## QUAIS SÃO OS EFEITOS SECUNDÁRIOS POSSÍVEIS DO TRATAMENTO?

---

### Riscos e efeitos secundários da remoção cirúrgica de parte do fígado

A remoção de uma parte do fígado é um procedimento cirúrgico de elevado risco. Existem vários riscos e pode provocar problemas de saúde indesejáveis, designados por complicações. As complicações podem geralmente ser tratadas, mas são por vezes difíceis de tratar, podendo até ser fatais.

Alguns riscos são partilhados por todas as intervenções cirúrgicas efetuadas sob anestesia geral\*. Estas complicações são raras e incluem trombose venosa profunda\*, problemas cardíacos ou respiratórios, infeção ou reação à anestesia. Embora existam riscos, os médicos tomarão as medidas mais apropriadas para os minimizar.

A hemorragia excessiva é o principal risco da cirurgia ao fígado em doentes com cancro do fígado. O fígado controla normalmente a coagulação sanguínea e qualquer dano infligido ao fígado antes ou durante a cirurgia pode aumentar a hemorragia. A insuficiência hepática é outra das complicações da cirurgia ao fígado, sobretudo em doentes cuja função hepática não seja a melhor, devido a uma doença hepática crónica.

### Riscos e efeitos secundários do transplante hepático

O transplante hepático é uma grande cirurgia e comporta riscos de complicações graves. Os riscos da cirurgia incluem hemorragia excessiva, infeções ou complicações resultantes da anestesia\*. A hemorragia pode ocorrer, porque o fígado controla normalmente a coagulação sanguínea e pode não ser capaz de fazê-lo nos primeiros dias após o transplante.

Após o transplante, o sistema imunitário\* pode começar a combater o novo órgão "desconhecido". Esta reação é designada por rejeição e deve ser evitada, se possível, dado que pode danificar o novo fígado. Os sinais de rejeição podem ser febre, fadiga, falta de ar, sensação de prurido e icterícia, que é uma descoloração amarelada da pele e olhos.

O doente terá de tomar fármacos supressores do seu sistema imunitário\* durante toda a vida, de forma a evitar uma rejeição. Os fármacos antirrejeição mais comuns são:

- Tacrolimus
- Azatioprina
- Prednisolona ou outros corticosteróides
- Ciclosporina
- Micofenolato de mofetil ou fármacos designados por inibidores do mTOR\* (sirolimus e everolimus).

O efeito secundário mais significativo desta supressão é que o doente fica muito suscetível a infeções. É importante tomar algumas precauções para diminuir o risco de infeção. As mãos devem ser lavadas regularmente e deve evitar-se o contacto com pessoas que possam estar doentes ou simplesmente gripadas. O doente deve evitar permanecer em espaços fechados com muitas pessoas ou ponderar utilizar uma máscara descartável. Os fármacos antirrejeição também aumentam o risco de ocorrência de um novo cancro. Isto porque também suprimem a ação do sistema imunitário\* contra as células malignas\* que podem desenvolver-se em qualquer local do corpo. Outros efeitos secundários incluem hipertensão arterial, colesterol elevado, diabetes\* e enfraquecimento dos ossos e rins. Por este motivo, e também para detetar uma rejeição o quanto antes, serão feitas análises sanguíneas regulares. Quando ocorre uma rejeição, o aumento de fármacos antirrejeição pode geralmente ajudar o doente a recuperar. Os médicos também propõem um acompanhamento rigoroso, para monitorizar a função hepática e detetar quaisquer novos tumores tão cedo quanto possível.

### **Efeitos secundários dos métodos de ablação local\***

Os efeitos secundários possíveis após a terapia de ablação por radiofrequência incluem dor abdominal, infeção no fígado e hemorragia na cavidade torácica ou no abdómen.

Os efeitos adversos mais comuns da injeção percutânea\* de etanol são a dor e febre. A dor situa-se sobretudo no local da injeção, mas pode ocasionalmente ser sentida noutra local do abdómen, o que está associado à fuga do álcool para a superfície do fígado e a cavidade abdominal.

### **Efeitos secundários da quimioembolização\* transarterial (TACE)**

A quimioembolização\* transarterial\* pode provocar algumas náuseas, dor ou febre após o tratamento. Como os fármacos não chegam ao resto do corpo em concentrações elevadas, os outros efeitos secundários são menos graves do que na quimioterapia\* clássica. Podem, no entanto, provocar alguma fadiga, queda de cabelo, diarreia e diminuição da contagem de células sanguíneas.

### **Efeitos secundários do sorafenib\***

Os efeitos secundários mais comuns (observados em mais de 1 doente em cada 10) do sorafenib incluem:

- fadiga
- diarreia
- vermelhidão, sensibilidade, inchaço, formação de bolhas nas palmas das mãos ou solas dos pés (designado por síndrome palmo-plantar)
- erupção e vermelhidão cutânea
- náuseas e vómitos
- perda de apetite
- hipertensão arterial
- dor
- inchaço

- hemorragia
- queda de cabelo
- aumentos dos níveis de algumas enzimas produzidas pelo pâncreas (amilase e lipase)
- baixo nível de linfócitos (um tipo de leucócito\*) no sangue
- baixo nível de fosfato no sangue

Podem ainda ocorrer outros efeitos secundários menos comuns. Qualquer sintoma tido durante o tratamento com sorafenib\* deve ser relatado aos seus médicos.

### **Efeitos secundários da quimioterapia\***

Os efeitos secundários comuns da quimioterapia\* incluem fadiga, queda de cabelo, úlceras na boca, perda de apetite, náuseas, vômitos e diarreia. Os fármacos podem também provocar baixas contagens de células sanguíneas, levando a um aumento da probabilidade de infeções (devido às baixas contagens de leucócitos\*), à facilidade de sofrer nódos negros ou hemorragias (devido às baixas contagens de plaquetas\* sanguíneas) e à fadiga (devido à baixa contagem de eritrócitos\*). A quimioterapia\* pode ser nociva para um bebé, por isso é importante que o tratamento não seja efetuado durante uma gravidez. Além disso, a doxorubicina\* pode provocar uma coloração vermelha temporária da urina, sensibilidade à luz solar, olhos lacrimejantes e, em alguns doentes, até mesmo uma perda permanente de fertilidade. A cisplatina\* pode danificar os rins, por conseguinte é importante beber muita água durante o tratamento. Pode também provocar alguma perda de audição.

Porém, a maioria destes efeitos secundários são tratáveis e temporários.

### **Efeitos secundários da radioterapia externa**

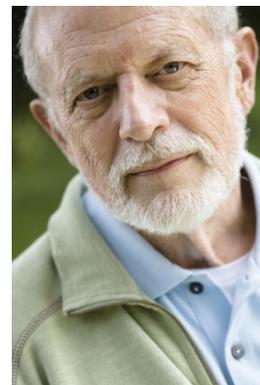
Os efeitos secundários da radioterapia\* externa (tal como a 3D-CRT) incluem problemas cutâneos semelhantes a queimaduras solares onde a radiação\* entra no corpo, náuseas, vômitos e, muito frequentemente, fadiga.

## O QUE ACONTECE APÓS O TRATAMENTO?

---

Após o fim do tratamento, não é raro ter sintomas associados ao mesmo.

- Não é raro ter ansiedade, problemas de sono ou depressão na fase pós-tratamento. Os doentes que apresentem estes sintomas podem beneficiar de apoio psicológico.
- O cansaço pode prolongar-se por vários meses após o tratamento. A maioria dos doentes vê os seus níveis de energia normalizarem no prazo de seis meses a um ano.
- A falta de memória e a dificuldade de concentração são efeitos secundários comuns da quimioterapia\*, sendo geralmente reversíveis após alguns meses.



Após o transplante, o doente terá que tomar fármacos supressores do sistema imunitário\* para prevenir que este comece a rejeitar o órgão "desconhecido". O efeito secundário mais significativo desta supressão é que o doente fica muito suscetível a infeções. Recomenda-se que sejam tomadas algumas precauções para que o risco de infeções seja sempre mínimo. Estas precauções incluem lavar as mãos regularmente, evitar o contacto com pessoas que estejam doentes ou até simplesmente constipadas e utilizar uma máscara descartável quando não for possível evitar o contacto próximo com outras pessoas.

### Acompanhamento com médicos

Após concluído o tratamento, os médicos irão propor-lhe um acompanhamento com o intuito de:

- avaliar os efeitos adversos do tratamento e tratá-los
- dar apoio psicológico e informações para melhorar o retorno à vida normal
- detetar uma possível recidiva\* o mais rápido possível
- após um transplante
  - detetar a rejeição o mais rápido possível
  - ajustar a dosagem dos fármacos antirrejeição
  - detetar e tratar qualquer infeção o mais rápido possível
  - avaliar o funcionamento do novo fígado
  - detetar um novo tumor (devido ao efeito dos fármacos antirrejeição) o mais rápido possível

Após a hepatectomia, ablação por radiofrequência ou injeção percutânea\* de etanol, será proposto ao doente ter uma consulta médica a cada 3 meses, nos primeiros dois anos e, a partir daí, a cada 6 meses.

Após o transplante, as consultas de acompanhamento serão agendadas num centro especializado de transplantes com uma frequência mensal até aos 6 meses, depois uma vez a cada 3 meses até 1 ano, depois duas vezes por ano até aos 2 anos e, a partir daí, uma vez por ano.

Após a quimioembolização\* transarterial\*, sorafenib\* ou quimioterapia\*, recomenda-se uma consulta médica a cada 2 meses para orientar as decisões de terapia posteriores.

Durante as consulta de acompanhamento, o médico irá:

- perguntar por sinais e sintomas
- efetuar um exame físico e procurar sinais de perda gradual da função hepática (descompensação hepática)
- colher sangue para analisar a função hepática e o nível de AFP\*
- agendar marcações de uma TAC\* ou RM\* para verificar o efeito dos tratamentos e detetar qualquer sinal de recidiva do cancro no fígado ou noutra local do corpo.

Após um transplante hepático é também importante efetuar análises sanguíneas regulares, para identificar sinais de que o corpo está a rejeitar o novo fígado. Por vezes são colhidas biópsias\* hepáticas para ver se está a ocorrer rejeição e se é necessário fazer alterações nos fármacos antirrejeição.

Em alguns doentes que sofrem de hepatite B\* ou C\* pode ser útil um tratamento com fármacos antivirais e/ou com interferão\*, para abrandar a evolução da cirrose\* e manter a função hepática atual. Se já estavam a receber tratamento antiviral antes do cancro, tal deve ser retomado, se possível.

A vigilância rigorosa da função hepática, também em doentes sem hepatite, pode orientar os médicos nos seus esforços para manter o fígado a funcionar o melhor possível.

## Retorno à vida normal

Pode ser difícil viver com a ideia de que o cancro pode reincidir. Atualmente, não conhecemos nenhuma forma específica de diminuir o risco de recidiva\* que é o termo médico para dizer que o cancro reapareceu. Sobretudo se o cancro foi provocado por uma doença (cirrose\* devido à hepatite B\* ou C\* ou ainda ao abuso do álcool), a doença subjacente não será curada pelo tratamento do cancro, continuando a constituir um risco de recidiva.

Por causa do próprio cancro e do tratamento, retomar a vida normal pode não ser fácil para algumas pessoas. Podem surgir dúvidas relativamente à imagem corporal, ao cansaço, ao trabalho, às emoções ou ao estilo de vida. Discutir estas dúvidas com familiares, amigos ou médicos poderá ser útil. Algumas pessoas poderão também querer encontrar apoio de grupos de ex-doentes ou linhas telefónicas de informação.

## E se o cancro reincidir?

Se o cancro reincidir, é designado por recidiva\* e o tratamento depende da extensão da mesma.

Após o tratamento por cirurgia não é invulgar que o cancro tenha uma recidiva. Estima-se que metade a dois terços dos doentes operados tenham uma recidiva no período de 5 anos após a cirurgia. As novas lesões podem ser metástases\* no fígado do primeiro cancro (muitas vezes no período de 2 anos após a cirurgia) ou um novo cancro do fígado na porção restante do fígado (ocorrendo no período de 2 anos após a cirurgia).

Se o cancro tiver uma recidiva local (ou seja, apenas no fígado), os médicos irão, uma vez mais, decidir se o tumor é, ou não, ressecável.

**Se o tumor for ressecável, a cirurgia será ponderada.**

Por vezes, após ser efetuada uma ressecção parcial do fígado por motivos de cancro do fígado, o tumor pode ter uma recidiva em diferentes locais da porção restante do fígado. Em centros especializados, a possibilidade de transplante hepático pode ser discutida nesses casos. Quando um cancro tem uma recidiva dentro do novo fígado após o transplante, os médicos irão ponderar a ressecção do fígado, um retransplante ou tratamento médico, de acordo com a extensão da recidiva\* e com as outras informações relevantes referidas acima.

**Se o tumor não for ressecável poderão ser aplicados apenas tratamentos ablativos ou sorafenib\*.**

Se não existir cirrose\* e os cirurgiões decidirem que o tumor não é ressecável, pode aplicar-se a TACE ou sorafenib\*.

Se o tumor tiver uma recidiva após o transplante e se disseminar para fora do fígado, o sorafenib\* é o tratamento escolhido para doentes selecionados.

## DEFINIÇÕES DE TERMOS MÉDICOS

---

### **Ablação (Local)**

Remoção ou destruição de tecidos, através de meios físicos ou químicos.

### **ADN**

Abreviatura de ácido desoxirribonucleico. O ADN atua como transportador de informação genética.

### **Albumina**

Um tipo de proteína encontrada no sangue, nas claras de ovos, no leite e noutras substâncias.

### **Alfa-fetoproteína (AFP)**

Uma proteína\* normalmente produzida pelo feto. Os níveis de AFP não são geralmente detetáveis no sangue de um adulto saudável, homem ou mulher (que não esteja grávida). Um nível elevado de AFP sugere a presença de um cancro primário do fígado ou tumor de células germinativas.

### **Anestesia**

Estado reversível de perda de consciência, no qual o doente não sente dor, não tem reflexos normais e reage menos ao stress. É induzido artificialmente pelo emprego de certas substâncias conhecidas por anestésicos\*. Pode ser completa ou parcial e permite aos doentes serem submetidos a cirurgia.

### **Anestésico**

Substância que provoca uma perda de sensações ou consciência. Pode ser local (provocando perda de sensações numa parte do corpo) ou geral (adormecendo a pessoa).

### **Angiossarcoma**

Um tipo de cancro que começa nas células que revestem os vasos sanguíneos ou linfáticos. O cancro que começa nos vasos sanguíneos é designado por hemangiossarcoma\*. O cancro que começa nos vasos linfáticos é designado por linfangiossarcoma.

### **Ascite**

Acumulação anormal de fluidos no abdómen que pode provocar inchaço. Num cancro de estadios terminal, as células tumorais podem ser encontradas no fluido do abdómen. A ascite também ocorre em doentes com uma doença hepática.

### **Benigno**

Não canceroso. Os tumores benignos podem crescer mais, mas não se disseminam para outras partes do corpo. Também designados por não malignos.

### **Bilirrubina**

Substância que se forma quando os eritrócitos\* são decompostos. A bilirrubina faz parte da bília que é produzida no fígado e armazenada na vesícula biliar. A acumulação anormal de bilirrubina provoca icterícia.

### **Biópsia**

A remoção de células ou tecidos para análise por um patologista\*. O patologista\* pode estudar o tecido ao microscópio ou efetuar outros testes nas células ou tecido. Existem muitos tipos diferentes de procedimentos de biópsia. Os tipos mais comuns incluem: (1) biópsia incisional, em que apenas é removida uma amostra de tecido; (2) biópsia excisional, em que é removido um nódulo\* inteiro ou área suspeita; e (3) biópsia com agulha, em que é removida uma amostra de tecido ou fluido com uma agulha. Quando é utilizada uma agulha larga, o procedimento é designado por biópsia por fragmento. Quando é utilizada uma agulha fina, o procedimento é designado por punção aspirativa por agulha fina.

### **Capecitabina**

A capecitabina é um fármaco citotóxico que pertence ao grupo dos antimetabolitos. A capecitabina é um "profármaco" que é convertido em 5-fluorouracilo (5-FU) no corpo, mas é mais convertido nas células tumorais do que nos tecidos normais. É tomada sob a forma de comprimidos, enquanto que o 5-FU, um análogo da pirimidina, necessita geralmente de ser injetado. A pirimidina faz parte do material genético das células (ADN\* e ARN). No corpo, o 5-FU toma o lugar da pirimidina, interferindo com as enzimas envolvidas na criação de ADN novo. Por conseguinte, inibe o crescimento das células tumorais, eventualmente matando-as.

### **Carcinoma fibrolamelar**

Um subtipo raro de carcinoma hepatocelular que afeta normalmente os jovens adultos. Ao microscópio, é caracterizado pela presença de camadas fibrosas de tecido entre as células cancerosas.

### **Cateter**

Um tubo que pode ser introduzido no corpo. Possui muitas utilizações, incluindo drenar ou administrar fluidos ou gases.

### **Cintigrafia óssea**

Um procedimento para procurar quaisquer áreas anormais ou lesões nos ossos. É injetada uma quantidade muito pequena de material radioativo numa veia, sendo transportado através da circulação sanguínea. O material radioactivo acumula-se nos ossos e é detetado por um scanner (uma câmara especial que recolhe imagens do interior do corpo). A cintigrafia óssea pode ser utilizada para diagnosticar tumores ósseos ou um cancro que se disseminou para o osso. Pode também ser utilizado para ajudar a diagnosticar fracturas, infeções ósseas ou outros problemas ósseos.

### **Cirrose biliar primária**

Doença hepática caracterizada por cicatrizes e fibrose\*, devido à destruição progressiva e lenta das células hepáticas pela bÍlis. A cirrose biliar primária é caracterizada pela destruição das células das vias biliares no fÍgado, possivelmente provocada por uma reação alérgica anormal contra as células normais das vias biliares (reação autoimune). Assim que as vias biliares são destruídas, a bÍlis, que normalmente digere os alimentos, acumula-se no fÍgado e destrói gradualmente as células hepáticas.

### **Cirrose (Hepática)**

A cirrose hepática é uma condição em que o tecido hepático normal é substituído por fibrose\* ou tecido cicatricial. As suas causas mais comuns são o alcoolismo, a hepatite B e C e algumas doenças hepáticas. Leva à perda da função hepática. Nos estadios mais avançados, um transplante hepático é a única opção.

### **Cisplatina**

Um fármaco utilizado para tratar muitos tipos de cancro. A cisplatina contém o metal platina. Mata as células cancerosas, danificando o seu ADN\* e impedindo-as de se dividirem. A cisplatina é um tipo de agente alquilante.

### **Coagulação**

O processo normal em que o sangue forma coágulos com o objetivo de interromper uma hemorragia. Os distúrbios de coagulação podem provocar uma hemorragia anormal ou excessiva, ou uma coagulação sanguínea excessiva.

### **Colangiocarcinoma**

Um tipo raro de cancro que se desenvolve nas células que revestem as vias biliares no fígado. O cancro que se forma na intersecção das vias biliares direita e esquerda é designado por tumor de Klatskin.

### **Colangite esclerosante primária**

Inflamação crónica das vias biliares, provocada possivelmente por uma reação alérgica anormal contra as células das vias biliares normais (reação autoimune). As vias biliares são progressivamente destruídas e desenvolvem-se áreas de cicatrizes e fibrose\*, provocando o estreitamento de algumas partes das vias biliares. Consequentemente, a bÍlis acumula-se no fígado e, eventualmente, irá destruir as células hepáticas.

### **Contraindicação**

Condição ou sintoma que impede a administração de um determinado tratamento ou procedimento ao doente. As contra-indicações podem ser absolutas, o que significa que o tratamento nunca deve ser administrado a doentes com esta condição ou sintoma, ou relativas, o que significa que o risco pode ser compensado pelos benefícios em alguns doentes com esta condição ou sintoma.

### **Diabetes (mellitus)**

Qualquer uma das várias doenças em que os rins produzem uma grande quantidade de urina. A diabetes refere-se geralmente à diabetes mellitus, em que também se verifica um elevado nível de glicose (um tipo de açúcar) no sangue, devido ao facto de o corpo não produzir insulina suficiente ou não a utilizar da forma que deveria.

### **Doença de Wilson**

Uma doença rara e geneticamente hereditária na qual o cobre se acumula excessivamente nos tecidos do corpo, danificando os órgãos, tais como o fígado, o cérebro e os olhos. O cobre (em pequenas quantidades) é necessário para o funcionamento normal do corpo, porém na doença de Wilson, o metabolismo normal do cobre é afetado e acumula-se no fígado. Assim que a capacidade de armazenamento do fígado é excedida, o cobre começa a ser libertado através do sangue para outros órgãos no corpo. A doença de Wilson é também designada por degeneração hepatolenticular.

### **Doxorrubicina**

Um fármaco que é utilizado para tratar muitos tipos de cancro e está a ser estudado no tratamento de outros tipos de cancro. A doxorrubicina vem da bactéria *Streptomyces peucetius*. Danifica o ADN\* e pode matar as células cancerosas. É um tipo de antibiótico antitumoral do grupo das antraciclina.

### **Ecografia**

Um procedimento que consiste em fazer refletir ondas de som de alta energia dos tecidos internos ou órgãos e produzir ecos. Os padrões de eco são mostrados no ecrã de um aparelho de ecografia, formando uma imagem de tecidos corporais designada por ecografia. É também designada por ultrassonografia.

### **Embolizar/Embolização**

O bloqueio de uma artéria por um coágulo ou material estranho. Isto pode ser efetuado como tratamento, para bloquear o fluxo de sangue para um tumor.

### **Encefalopatia**

Qualquer uma das várias doenças do cérebro.

### **Endoscopia**

Um procedimento médico em que um médico introduz um instrumento tipo tubo no corpo para observá-lo por dentro. Existem muitos tipos de endoscopias, sendo cada uma delas concebida para observar uma certa parte do corpo.

### **Ensaio/estudo clínico**

Um tipo de estudo de investigação que testa em que medida as novas abordagens médicas funcionam nas pessoas. Estes estudos testam novos métodos de rastreio, prevenção, diagnóstico ou tratamento de uma doença. É também designado por estudo clínico.

### **Ensaio clínico randomizado (RCT)**

Um estudo em que os participantes são atribuídos de forma aleatória a grupos separados para comparar diferentes tratamentos; nem os investigadores, nem os participantes podem escolher o grupo. Atribuir aleatoriamente as pessoas aos grupos significa que estes serão semelhantes e que os tratamentos que recebem podem ser comparados de forma objetiva. No momento do ensaio não se sabe qual é o melhor tratamento. A participação no ensaio aleatorizado é da escolha do doente.

### **Eritrócitos**

O tipo mais comum de glóbulo vermelho. É a substância que faz o sangue ser de cor vermelha. A principal função é o transporte de oxigénio.

### **Estado de desempenho**

O estado de desempenho avalia as capacidades físicas do doente, atribuindo uma pontuação de 0, para um doente totalmente ativo, a 4, para um doente que está totalmente incapacitado, devido à sua doença.

### **Exame radiológico**

Teste que utiliza a tecnologia imagiológica (tal como a radiografia, a ecografia\*, a tomografia computadorizada e a medicina nuclear) para visualizar órgãos, estruturas e tecidos no corpo, tanto para diagnosticar, como para tratar doenças.

### **Fator de risco**

Algo que aumenta a probabilidade de desenvolver uma doença. Alguns exemplos de fatores de risco para o cancro são a idade, um historial familiar de certos cancros, o consumo de produtos de tabaco, a exposição à radiação\* ou a certos químicos, a infeção por certos vírus ou bactérias e certas alterações genéticas.

### **Fibrose**

O crescimento de tecido fibroso.

### **Gânglio linfático**

Uma massa redonda de tecido linfático que está rodeada por uma cápsula de tecido conjuntivo. Os gânglios linfáticos filtram a linfa e armazenam os linfócitos. Situam-se ao longo dos vasos linfáticos. Também designado por glândula linfática.

### **Gencitabina**

O ingrediente ativo num fármaco que é utilizado para tratar o cancro do pâncreas em estadio avançado ou que se disseminou. É também utilizado, juntamente com outros fármacos, para tratar o cancro da mama que se disseminou, o cancro dos ovários em estadio avançado e o cancro do pulmão de células não pequenas em estadio avançado ou que se disseminou. Está também a ser estudado no tratamento de outros tipos de cancro. A gencitabina impede a célula de produzir ADN\* e pode matar as células cancerosas. É um tipo de antimetabolito.

### **Hemangiossarcomas**

Um tipo de cancro que começa nas células que revestem os vasos sanguíneos.

### **Hepático**

Hepático refere-se ao fígado. Uma veia hepática é a veia que drena o sangue do fígado; doença hepática é uma doença que afeta o fígado.

### **Hepatite autoimune**

Doença em que o sistema imunitário\* do corpo ataca as células hepáticas, possivelmente devido a uma predisposição genética ou infeção hepática aguda. Em qualquer dos casos, esta reação é anormal. É caracterizada por uma inflamação crónica e progressiva do fígado, podendo levar à cirrose\* e insuficiência hepática.

### **Hepatite B (HBV)**

Infeção do fígado provocada pelo vírus da hepatite B (HBV). O HBV é transportado e transmitido a outros através do sangue ou do contacto sexual. Os bebés nascidos de mães infetadas podem também ficar infetados com o vírus.

### **Hepatite C (HCV)**

Infeção do fígado provocada pelo vírus da hepatite C (HCV). O HCV provoca uma inflamação duradoura e pode levar à cirrose\* e ao cancro do fígado. A hepatite C é transmitida por contacto com sangue infetado e, ocasionalmente, através do ato sexual.

### **Hepatoblastoma**

Um tipo muito raro de tumor hepático proveniente de células hepáticas imaturas e que ocorre em bebés e crianças.

### **Histopatologia**

O estudo de células e tecidos doentes, por meio de um microscópio.

### **Imagem por Ressonância Magnética (MRI)**

Uma técnica de imagiologia que é utilizada na medicina. Utiliza uma ressonância magnética. Por vezes, é injetado um fluido que melhora o contraste entre os diferentes tecidos para tornar as estruturas mais claramente visíveis.

### **Inflamação biliar intra-hepática**

Inchaço das vias biliares intra-hepáticas, as quais se situam no fígado e recolhem a bÍlis produzida pelo mesmo. Esta inflamação é caracterizada por febre, fadiga, dor no abdominal superior direito, prurido e icterícia. Pode levar à cirrose\* e insuficiência hepática.

### **Inibidores do mTOR**

Grupo de fármacos anticancro que se ligam a uma proteína\* situada dentro das células para formar um complexo que bloqueia outra proteína designada por proteína alvo de rapamicina nos mamíferos (mTOR). Esta proteína, entre outras funções, regula a divisão celular e pode estar mais ativa nas células cancerosas, levando a uma proliferação celular descontrolada.

### **Intravenosa**

Em ou dentro de uma veia. Intravenosa geralmente refere-se à forma de administrar um fármaco ou outra substância através de uma agulha ou tubo inserido numa veia. Também designado por IV.

### **Laparoscopia**

Uma operação em que são introduzidos instrumentos cirúrgicos no abdómen ou na pélvis, através de pequenas incisões e com recurso a uma câmara.

### **Leucócitos**

Células do sistema imunitário\* que estão envolvidas na defesa do corpo contra as infeções.

### **Lipiodol**

Uma forma de óleo de semente de papoila que contém iodo. O lipiodol é administrado por injeção e acumula-se no sangue e vasos linfáticos em tumores. É utilizado na imagiologia (colheita de imagens) das glândulas salivares e do sistema linfático. Está também a ser estudado na imagiologia de outros órgãos, tais como o fígado, os pulmões, o estômago e a tiroide. É um tipo de agente de imagiologia de diagnóstico. Também designado por óleo etiodizado, ou óleo iodado.

### **Maligno**

A palavra maligno é utilizada para descrever uma doença grave que está a agravar-se progressivamente. Um tumor maligno é sinónimo de cancro.

### **Marcador tumoral**

Um composto produzido por um tumor maligno, geralmente uma proteína presente e detetada no sangue, que serve de indicador da sua presença.

### **Metástase**

A disseminação do cancro de uma parte do corpo para outra. Um tumor formado pelas células que se disseminaram designa-se um tumor metastático ou uma metástase. O tumor metastático contém células que são idênticas às do tumor original.

### **Microesfera**

Uma partícula pequeníssima, redonda e oca feita de vidro, cerâmica, plástico ou outros materiais. As microesferas injetadas nos vasos sanguíneos que alimentam um tumor podem matar o mesmo, privando-o do seu fornecimento de sangue. Podem também ser enchidas com uma substância que pode ajudar a matar mais células tumorais.

### **Mitomicina**

Um fármaco utilizado para tratar o cancro do estômago e pâncreas em estadios avançados que não tenham melhorado com outro tratamento. Está também a ser estudado no tratamento de outros tipos de cancro. A mitomicina C provém de bactérias. Danifica o ADN da célula e pode matar as células cancerosas. É um tipo de antibiótico anticancro.

### **Multidetetora e multifásica (TAC)**

Método de imagiologia que utiliza o princípio da TAC\*, mas permite captar várias perspetivas do corpo em simultâneo (num abrir e fechar de olhos). Também utiliza uma substância de contraste que permite a avaliação dos órgãos e tecidos em diferentes fases, dependendo da distribuição do contraste. No fígado, por exemplo, as imagens são colhidas tanto quando a substância de contraste é observada na artéria hepática, como quando é vista na veia porta.

### **Mutação**

Uma alteração na sequência dos pares de bases no ADN\* que compõem um gene. As mutações num gene não alteram forçosamente e permanentemente o mesmo.

### **Nódulo**

Um pequeno tumor\* que se pode formar devido ao crescimento anormal de células. Os nódulos são muitas vezes benignos\* e indolores, mas podem influenciar a função do órgão onde se desenvolvem.

### **Oxaliplatina**

Um fármaco utilizado em associação com outros para tratar o cancro colorretal em estadios avançados ou que tenham recidivado. Está também a ser estudado no tratamento de outros tipos de cancro. A oxaliplatina liga-se ao ADN\* nas células, podendo matar as células cancerosas. É um tipo de composto de platina.

### **Patologista**

Um médico especializado em histopatologia\* que é o estudo de células e tecidos doentes, por meio de um microscópio.

### **Percutâneo**

Que passa através da pele, como uma injeção ou um medicamento tópico.

### **Plaqueta (sanguínea)**

Pequenos fragmentos de células que desempenham um papel fundamental na formação de coágulos. Os doentes com baixa contagem de plaquetas correm risco de grave hemorragia. Os doentes com alta contagem correm risco de trombose; a formação de coágulos que pode bloquear os vasos sanguíneos e resultar num AVC ou outras condições graves, correndo também o risco de grave hemorragia, devido à disfunção plaquetária.

### **Prognóstico**

O resultado provável ou curso de uma doença; a probabilidade de recuperação ou recidiva\*.

### **Proteínas**

Nutrientes essenciais que são feitos de aminoácidos. São essenciais para o funcionamento de muitos organismos, incluindo o corpo humano. São responsáveis pelo transporte e comunicação entre as células, pelas alterações químicas e ainda pela manutenção da estrutura de, entre outras, as células.

### **Quimioembolização**

Um método em que um fármaco quimioterapêutico\* é administrado, através de um cateter, numa artéria juntamente com um agente de oclusão de vasos sanguíneos, mesmo no local do tumor. O resultado é que uma dose altamente concentrada de fármaco anti-neoplásico é administrada e os vasos sanguíneos estão parcialmente bloqueados pelo agente de oclusão, com o intuito de privar o tumor do seu fornecimento de sangue. Isto pode abrandar ou interromper o crescimento do tumor, podendo ainda reduzi-lo.

### **Quimioterapia/Quimioterapêutico**

Um tipo de tratamento do cancro, utilizando fármacos que matam as células cancerosas e/ou limitam o seu crescimento. Estes fármacos são geralmente administrados ao doente por infusão lenta numa veia, mas podem também ser administrados oralmente, por infusão direta no membro ou por infusão no fígado, de acordo com a localização do cancro.

### **Quisto**

Uma bolsa ou cápsula no corpo. Pode estar repleta de fluido ou outro material.

### **Radiação**

Pode ser definida como energia que viaja pelo espaço. Os exemplos de radiação incluem os raios UV e X\* que são vulgarmente utilizados na medicina.

### **Radioembolização**

Um tipo de radioterapia\* utilizado para tratar o cancro do fígado em estadio avançado ou que tenha recidivado. Microesferas que contêm o radioisótopo ítrio Y 90 são injetadas na artéria hepática\* (o vaso sanguíneo principal que transporta o sangue para o fígado). As microesferas acumulam-se no tumor e o ítrio Y 90 emite a radiação. Este processo destrói os vasos sanguíneos de que o tumor necessita para crescer e mata as células cancerosas. Radioembolização é um tipo de radioterapia interna seletiva (SIRT).

### **Radiografia**

As radiografias constituem uma forma de radiação\* usada para captar imagens do interior dos objetos. Na medicina, as radiografias são geralmente utilizadas para captar imagens do interior do corpo.

### **Radioterapia**

Uma terapia em que é utilizada a radiação\* no tratamento do cancro, sempre orientada para a área específica do mesmo.

### **Recidiva**

Cancro ou doença (geralmente, autoimune) que recidiou, geralmente após um período de tempo durante o qual o cancro ou doença não estava presente ou não pôde ser detetado. Isto pode acontecer no mesmo local que o tumor original (primário) ou em outro local no corpo. Também designado por cancro ou doença recidivados.

### **Reunião multidisciplinar**

Uma abordagem de planeamento do tratamento em que vários médicos especialistas em diferentes áreas (disciplinas) analisam e discutem a condição médica e as opções de tratamento de um doente. No tratamento do cancro, um parecer multidisciplinar pode incluir o de um oncologista médico (que trata o cancro por meio de fármacos), o de um oncologista cirúrgico (que trata o cancro por meio de cirurgia) e um oncologista de radiação\* (que trata o cancro por meio da radiação\*). Também designado por conselho de avaliação do tumor.

### **RM dinâmica com contraste (RM)**

A obtenção de imagens de RM, utilizando uma substância de contraste injetada numa veia. Este método de imagiologia permite a análise dos vasos sanguíneos num tumor, antes, durante e após a injeção de contraste, contrariamente à RM convencional de contraste em que é obtida uma única imagem após a injeção do contraste.

### **Sistema imunitário**

O sistema imunitário é um sistema biológico de estruturas e processos que protege o corpo de doenças, identificando e matando as células tumorais e os invasores estranhos, tais como vírus e bactérias.

### **Sonda**

É um instrumento longo e fino utilizado para explorar feridas, cavidades ou passagens do corpo.

### **Sorafenib**

Sorafenib é um inibidor da quinase de proteína. Isto significa que bloqueia algumas enzimas específicas, conhecidas por quinases de proteína. Estas enzimas podem ser encontradas em alguns recetores, à superfície das células cancerosas onde estão envolvidas no crescimento e disseminação de células cancerosas, e nos vasos sanguíneos que fornecem os tumores, onde estão envolvidas no desenvolvimento de novos vasos sanguíneos. O sorafenib atua, abrandando a taxa de crescimento das células cancerosas e cortando o fornecimento de sangue que alimenta o crescimento das mesmas.

### **TAC (Tomografia axial computadorizada)**

Uma forma de radiografia na qual os órgãos do corpo são analisados com raios X\* e os resultados são sintetizados por um computador para gerar imagens de partes do corpo.

### **Tempo de protrombina**

Análise sanguínea que avalia as capacidades de coagulação. É utilizada no diagnóstico e monitorização de alguns distúrbios hemorrágicos e para ajustar a dosagem dos fármacos utilizados para prevenir a formação de coágulos.

### **Terapia dirigida**

Um tipo de tratamento que utiliza fármacos ou outras substâncias, tais como anticorpos monoclonais, para identificar e atacar células cancerosas específicas. A terapia dirigida pode ter menos efeitos secundários do que outros tipos de tratamentos para o cancro.

### **Terapia sistémica**

Tratamento que utiliza substâncias que percorrem a corrente sanguínea, alcançando e afetando células por todo o corpo. A quimioterapia\* e imunoterapia são exemplos de terapia sistémica.

### **Transarterial**

Qualquer procedimento efetuado através das artérias.

### **Trombose venosa profunda**

A formação de um coágulo numa veia profunda da perna, ou pélvis inferior, ou extremidade superior. Os sintomas podem incluir dor, inchaço, calor e vermelhidão na área afetada. Também designada por DVT.

### **Veia porta**

Um vaso sanguíneo que transporta o sangue para o fígado desde os intestinos, o baço, o pâncreas e a vesícula biliar. Também designado por veia porta hepática.

Os Guias para o Doente da Esmo / Anticancer Fund foram concebidos para ajudar os doentes, suas famílias e seus cuidadores a entender a natureza dos vários tipos de cancro e avaliar quais são as melhores opções de tratamento disponíveis. As informações médicas contidas nos Guias para o Doente baseiam-se nas Diretrizes para a Prática Clínica da Esmo, que foram criadas para orientar os oncologistas na elaboração do diagnóstico, no acompanhamento e no tratamento dos vários tipos de cancro. Estes guias são produzidos pela Anticancer Fund em colaboração direta com o Grupo de Trabalho para Diretrizes da Esmo e com o Grupo de Trabalho para o Doente de Cancro da Esmo.

Para obter mais informações acesse: [www.esmo.org](http://www.esmo.org)  
e [www.anticancerfund.org](http://www.anticancerfund.org)

