



FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM CIRURGIA GERAL

LUCAS PEREIRA REICHERT

TRATAMENTO DO CARCINOMA HEPATOCELULAR: RELATO DE CASO E
REVISÃO NARRATIVA

JOÃO PESSOA – PB

FEVEREIRO/2025

LUCAS PEREIRA REICHERT

TRATAMENTO DO CARCINOMA HEPATOCELULAR: RELATO DE CASO E
REVISÃO NARRATIVA

Monografia apresentada à Faculdade Nova Esperança como parte dos requisitos exigidos para a conclusão da residência médica em cirurgia geral.

Orientador: Prof. Carlos Alexandre de Albuquerque Maranhão

João Pessoa – PB
2025

R235t

Reichert, Lucas Pereira

Tratamento do Carcinoma Hepatocelular: Estudo de Caso e Revisão Narrativa / Lucas Pereira Reichert. – João Pessoa, 2025.

31f.

Orientador: Prof. Carlos Alexandre de A. Maranhão.

Trabalho de Conclusão de Curso (Residência Médica em Cirurgia Geral) – Faculdade Nova Esperança – FAMENE.

RESUMO

Carcinoma hepatocelular é o tumor maligno primário mais comum do fígado. Apresenta como principal fator de risco a cirrose, principalmente pelos vírus da hepatite B e C, com a esteatohepatite não alcoólica se tornando uma causa cada vez mais relevante nos países ocidentais. O diagnóstico é baseado em métodos de imagem axiais. O tratamento é baseado no estadiamento clínico, tamanho do tumor, estágio da doença hepática e desempenho físico do paciente). Este estudo trata-se de uma revisão narrativa sobre os tratamentos mais recentes do carcinoma hepatocelular, com artigos obtidos nas bases de dados SciELO e PubMed nos últimos 10 anos, além do relato de caso clínico de um paciente portador de carcinoma hepatocelular em lobo hepático direito, submetido à quimioembolização transarterial como tratamento oncológico. Uma ampla gama de opções de tratamento está disponível para pacientes com a doença, incluindo transplante de fígado, ressecção cirúrgica, ablação percutânea e radiação, bem como terapias transarteriais e sistêmicas. O diagnóstico precoce e o acesso da população às modalidades terapêuticas são fundamentais para uma melhor decisão clínica, podendo levar à cura da doença, aumento da sobrevida e melhora na qualidade de vida.

Descritores: carcinoma hepatocelular; tratamento oncológico; quimioembolização terapêutica.

SUMMARY

Hepatocellular carcinoma is the most common primary malignant tumor of the liver. The main risk factor is cirrhosis, mainly due to hepatitis B and C viruses, with non-effective steatohepatitis becoming an increasingly relevant cause in Western countries. Diagnosis is based on axial imaging methods. Treatment is based on the patient's clinical status, tumor size, stage of liver disease, and physical performance). This study is a narrative review of the most recent treatments for hepatocellular carcinoma, with articles obtained from the SciELO and PubMed databases in the last 10 years, in addition to a clinical case report of a patient with hepatocellular carcinoma in the right hepatic lobe, who underwent transarterial chemoembolization as an oncological treatment. A wide range of treatment options are available for patients with the disease, including liver transplantation, surgical resection, percutaneous ablation and radiation, as well as transarterial and systemic therapies. Early diagnosis and the population's access to therapeutic modalities are essential for better clinical

decisions, which can lead to a cure for the disease, increased survival and improved quality of life.

KEYWORDS: hepatocellular carcinoma; oncological treatment; transarterial chemoembolization.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	06
2 OBJETIVOS	08
2.1 OBJETIVO GERAL	08
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	08
3 METODOLOGIA	08
4 RISCOS	09
5 BENEFÍCIOS	09
6 RELATO DO CASO	10
7 DISCUSSÃO	23
8 CONCLUSÃO	26
REFERÊNCIAS	27
APÊNDICES	28

1. INTRODUÇÃO

O carcinoma hepatocelular (CHC) é o tumor maligno primário mais comum do fígado, correspondendo à 90% dos casos, sendo o sexto tumor maligno mais comum na população mundial e a quarta causa de morte relacionada a câncer. Estima-se que, no ano de 2025, a incidência global corresponda à 1 milhão de novos casos anualmente, configurando um importante fator para as políticas de saúde pública¹.

O CHC apresenta como principais fatores de risco a cirrose e a doença hepática crônica, decorrente do uso abusivo de álcool, infecções pelos vírus da hepatite B e C, e esteatohepatite não-alcoólica (NASH). Pode ocorrer em pacientes não-cirróticos, como nos portadores de colangite esclerosante primária e deficiência de alfa-1 antitripsina¹.

Atualmente, com o aumento dos casos de diabetes tipo 2 e síndrome metabólica, a incidência de NASH atinge até 56% de algumas populações mundiais, e vem se tornando a causa de maior crescimento nos novos casos de CHC².

Nos pacientes de alto risco, o rastreamento com exame de ultrassonografia e dosagem sérica de alfafetoproteína é recomendado. Alterações nesses exames implicam na necessidade de realização de tomografia computadorizada com contraste ou ressonância magnética com contraste. Em pacientes de alto risco, o diagnóstico é dado por imagem sugestiva de CHC, sem necessidade de biópsia, enquanto que em pacientes de baixo risco ou com imagem inconclusiva, o diagnóstico histológico é necessário³.

O estadiamento do CHC mais utilizado e validado é o da *Barcelona Clinic Liver Cancer* (BCLC), onde os pacientes são classificados em cinco categorias, com base no tamanho e quantidade de tumorações, presença de doença metastática, estágio da doença hepática e capacidade funcional do paciente. O estadiamento direciona o tratamento e orienta o prognóstico da doença⁴.

Pacientes em estágios iniciais são os selecionados para as modalidades curativas de tratamento, que são constituídas pela ressecção cirúrgica, transplante hepático e ablação local, enquanto recomenda-se que pacientes em estágios intermediários devam ser submetidos à quimioembolização transarterial (TACE). Já os pacientes com doença avançada são direcionados para as terapias sistêmicas. Estudo constatou que essas modalidades terapêuticas melhoraram substancialmente o prognóstico da doença em comparação com casos não tratados, com incremento na sobrevida mediana em todos os estágios¹.

Diante do exposto, torna-se evidente a importância do presente estudo para a ampliação do conhecimento médico, por trazer reflexões sobre o caso em estudo e novas informações sobre o assunto. O trabalho também traz um relato de caso do manejo terapêutico de um paciente portador de carcinoma hepatocelular.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral:

- Relatar o caso de um paciente portador de carcinoma hepatocelular, submetido à quimioembolização transarterial como tratamento oncológico.

2.2. Objetivos Específicos:

- Realizar uma revisão de literatura sobre as terapias disponíveis para o tratamento curativo e paliativo do carcinoma hepatocelular.
- Levantar dados na literatura acerca da epidemiologia, patogênese e estadiamento do carcinoma hepatocelular.

3. METODOLOGIA

Trata-se do clínico acerca de um paciente abordado pela equipe de radiologia intervencionista do Hospital Memorial São Francisco, em João Pessoa-PB com diagnóstico de CHC em lobo hepático direito

A coleta de dados do relato clínico foi realizada após o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelo paciente, conforme Resolução 466/2012, o qual assegura o anonimato e privacidade do paciente e dos seus familiares, assim como a autonomia do paciente ou responsável legal (APÊNDICE A). Os dados foram coletados por meio de entrevista com o paciente e informações contidas no prontuário médico localizado no Hospital Memorial São Francisco, sendo o mesmo acompanhado periodicamente.

A revisão narrativa foi realizada no período entre agosto de 2024 a janeiro de 2025, de maneira não sistemática, com período não delimitado, e foram pesquisadas as bases de dados científicas SciELO (Scientific Electronic Library Online) e PubMed, utilizando as palavras-chave: carcinoma hepatocelular, tratamento oncológico e quimioembolização terapêutica.

Foram selecionados 11 estudos envolvendo a temática que atendiam aos seguintes critérios: publicados entre 2015 a 2025, nos idiomas português e inglês, disponíveis na íntegra, gratuitamente, e indexados nas bibliotecas eletrônicas supracitadas.

4. RISCOS

Esta pesquisa não oferece riscos físicos ou biológicos ao paciente, ao hospital ou aos pesquisadores, visto que não foram realizadas intervenções de qualquer natureza. Existe, entretanto, o risco potencial de constrangimento durante a entrevista para coleta de dados, no que se refere à exposição de sua doença e utilização de imagens das lesões, bem como risco de quebra da confidencialidade. Estes riscos foram minimizados promovendo-se ao paciente um ambiente tranquilo e reservado para a entrevista, garantindo sempre sua autonomia. Além disso, foi explicado e reforçado o caráter acadêmico da pesquisa, assim como o anonimato e a preservação de sua identidade nas imagens utilizadas.

5. BENEFÍCIOS

- Divulgar novas modalidades terapêuticas disponíveis no tratamento do carcinoma hepatocelular, com impacto positivo no prognóstico dos pacientes.
- Ampliar os conhecimentos acerca do carcinoma hepatocelular, para tratamento de neoplasias com adequada abordagem cirúrgica, endoavascular ou sistêmica.
- Avaliar a terapêutica medicamentosa e cirúrgica e enriquecer a comunidade científica, devido às novas opções de tratamento.

6. RELATO DO CASO

Paciente J.R.V, 76 anos, encaminhado pela equipe de cirurgia do aparelho digestivo para o ambulatório de cirurgia endovascular e radiologia intervencionista do Hospital Memorial São Francisco por lesão hepática identificada em exame de ultrassonografia de rotina solicitada pela equipe de cirurgia do aparelho digestivo para discutir possibilidade de embolização de ramo da veia porta.

De antecedentes, foi diagnosticado com esteatohepatite não-alcoólica. Referia diabetes, hipertensão arterial e dislipidemia com pouco controle. Negava etilismo, tabagismo ou outras comorbidades. Nega episódios de hemorragia digestiva alta prévios. Sem estigmas de hepatopatia crônica ao exame físico. Nega história pessoal e familiar de câncer.

O exame de ultrassonografia, realizado no dia 28/02/2024, revelou fígado com ecotextura heterogênea do parênquima hepático, e lesão expansiva e ovalada de 7,1x6,2cm em segmentos hepáticos VII/VIII.



Figura 1 – Exame de ultrassonografia evidenciando tumoração hepática.

Trazia também resultado de ressonância magnética do fígado mostrando acentuada esteatose hepática, além de nódulo bem delimitado, com sinal heterogêneo, com áreas levemente hiperintensas em T2, com arquitetura em mosaico e áreas de sinal hiperintenso em T1 (hemorragia), com restrição à difusão, hiperrealce arterial de contraste, com *washout* e cápsula, medindo 6,4cm, e com áreas hipointensas na fase hepatobiliar, situada no segmentos VII/VIII, em situação subcapsular, parcialmente exofítica, e sugestiva de carcinoma hepatocelular.



Figura 2 – Ressonância magnética do fígado, fase arterial, evidenciando captação do contraste pela tumoração.

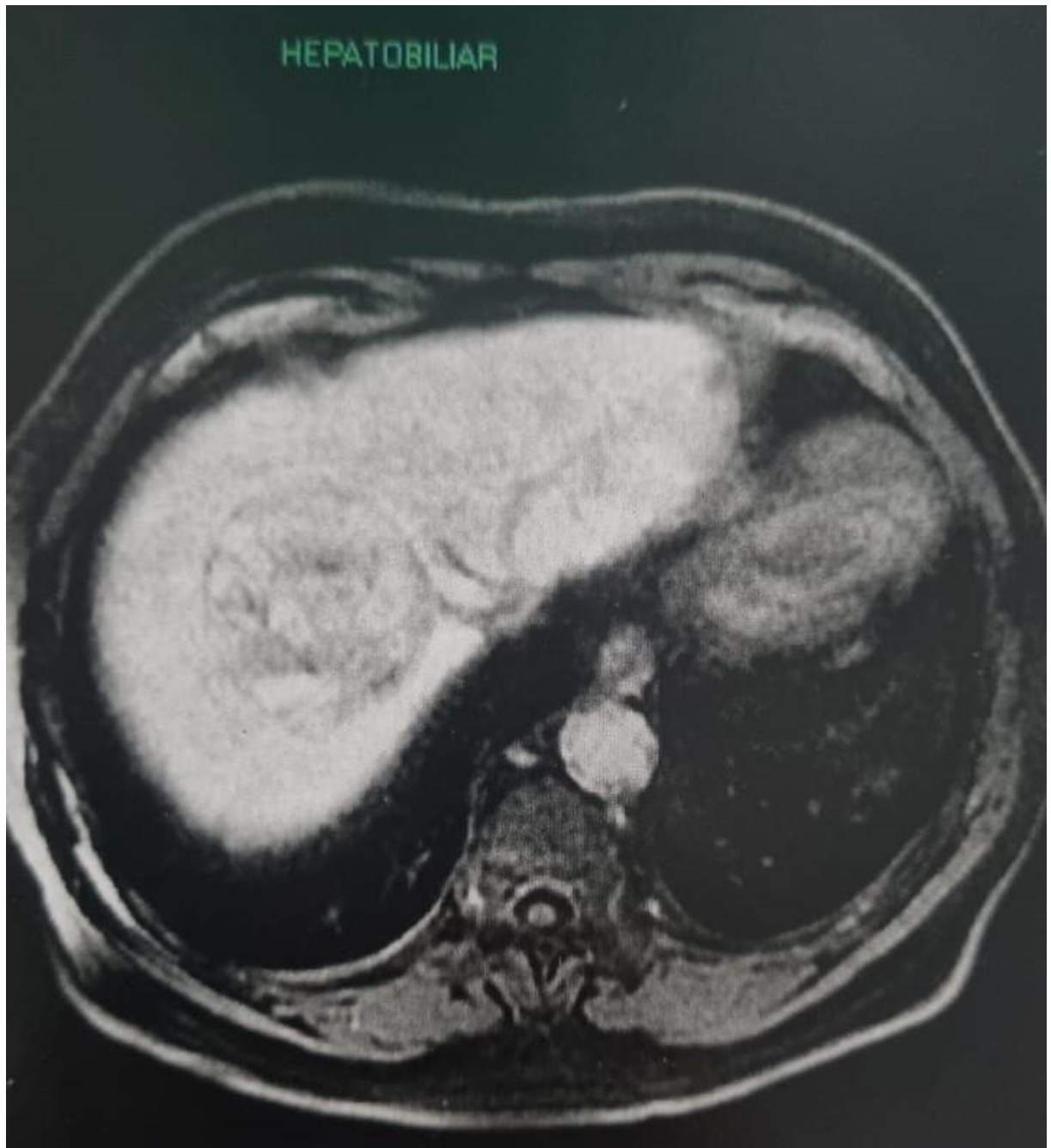


Figura 3 – Ressonância magnética do fígado, fase hepatobiliar, revelando ausência de contraste pela tumoração

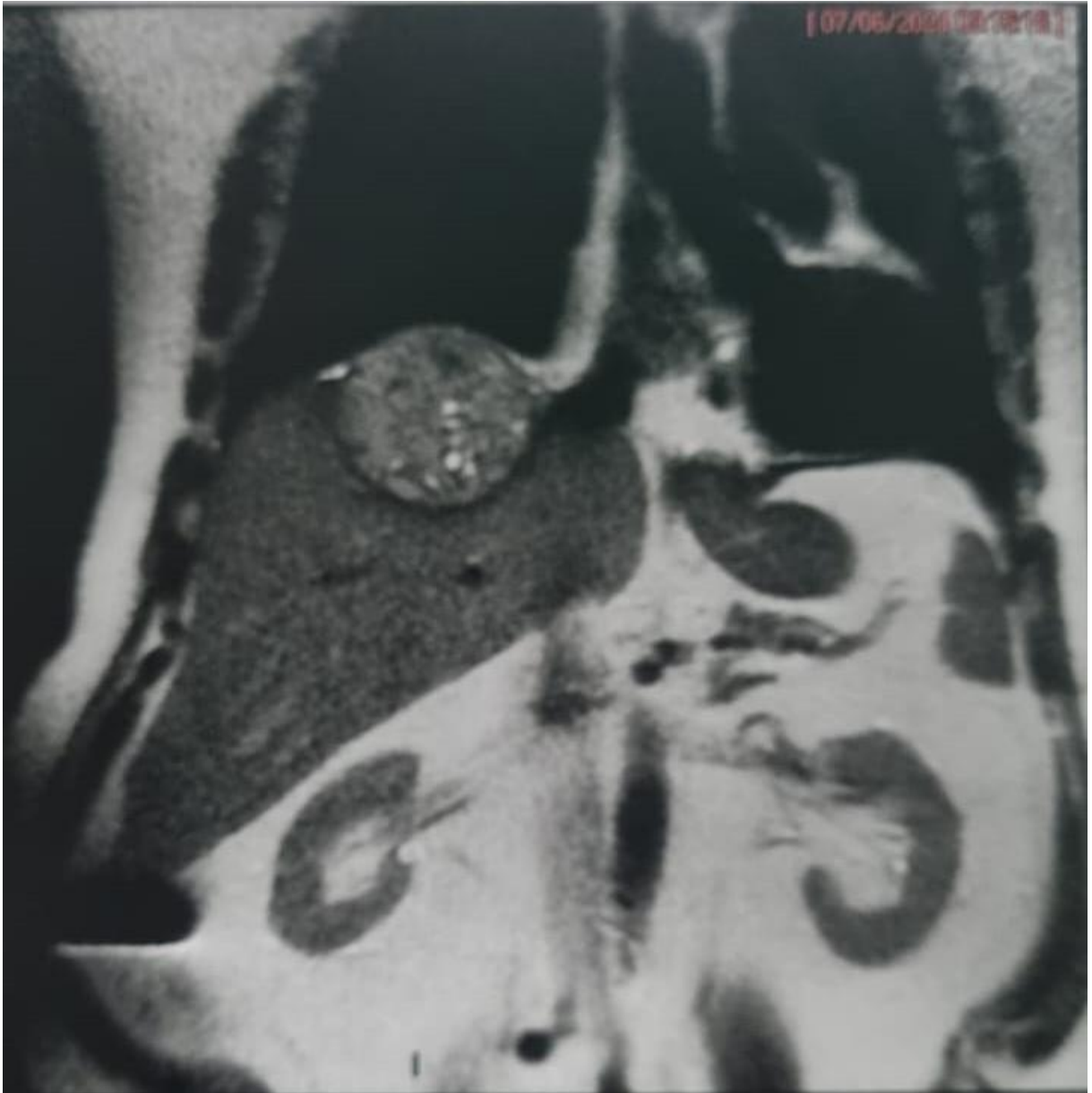


Figura 4 – Ressonância magnética de abdome, mostrando tumoração em corte coronal.

Trouxe também os exames laboratoriais mostrados abaixo.

EXAME S	VALORE S	EXAME S	VALORE S	EXAME S	VALORE S	EXAMES	VALORES
CEA	2,4 U/L	GGT	43 U/L	Albumin a	3,2 g/dL	PLAQUETA S	230.000/mm ³
CA-19,9	16,2 U/L	FA	89 U/L	INR	1,3	TS	4 MINUTOS
AFP	13,6 U/L	Anti-Hbc IgG	Negativo	BT	1,1	TTPA	35 SEGUNDOS
AST	97 U/L	Anti- HCV IgM	Negativo	BD	0,8	TAP	14 SEGUNDOS
ALT	152 U/L	Anti- HCV IgG	Negativo	BI	0,3		

Devido a idade do paciente, ao grau de cirrose (CHILD-PUGH A5), ao tamanho do tumor e ao estadiamento (BCLC A), foi optado por realizar uma quimioembolização tumoral para *downstaging*.

O paciente deu entrada no Hospital Memorial São Francisco no dia 09/08/2024 para realizar o procedimento intervencionista. Foi realizada punção da artéria femoral comum direita com cateter Mikaelson 5F sob sedação. Foi realizada arteriografia da artéria mesentérica superior e portografia indireta, ambas sem obstruções.

Ao realizar a arteriografia do tronco celíaco, foi identificada dilatação da arcada pancreato-duodenal e opacificação das artérias hepáticas próprias, comum e do tronco celíaco pela artéria gastroduodenal, denotando oclusão na origem do tronco celíaco. Artérias segmentares do fígado sem alterações.

Ao Mikaelson, foi anexado um conector em Y sob irrigação contínua em sistema coaxial e avançado micro-cateter sobre micro-guia até a artéria gastroduodenal, pela arcada

pancreatoduodenal. Foi necessário a utilização de um segundo micro-guia 0,014, mais maleável, para alcançar a artéria hepática própria.

Nova arteriografia pela artéria hepática própria mostrou impregnação de nódulo vascularizado compatível com hepatocarcinoma em segmento VII/VIII, medindo cerca de 6,4cm em seu maior diâmetro.

Foi realizada a quimioembolização seletiva através da hepática própria com mistura de 10ml de lipiodol e 50mg de doxorubicina, obtendo-se impregnação tumoral preferencial. Após a infusão da medicação, arteriografia da hepática própria de controle não mostrou mais impregnação tumoral.

Ao final do procedimento, no sítio de punção, foi utilizado para oclusão da punção da artéria femoral comum direita um dispositivo selante para evitar o risco de sangramento e pseudoaneurisma.

Ao final do procedimento, o paciente foi encaminhado à unidade de recuperação pós-anestésica e, em seguida, para a enfermaria, tendo alta hospitalar após 24h. Não foram relatadas reações adversas, como febre ou dor.

Cabe ressaltar que no intervalo entre as sessões de quimioembolização, ao ser submetido a outros exames de imagem, o paciente descobriu um novo tumor nas vértebras lombares e, por isso, foi submetido à procedimento cirúrgico pela equipe de neurocirurgia, porém, não retornou ao segmento desde então.



Figura 3 - arteriografia da artéria mesentérica superior, evidenciando ausência de obstruções no território mesentérico e vascularização tumoral. Observa-se também opacificação do fluxo dos ramos do tronco celíaco, denotando obstrução.



Figura 4 - portografia indireta mostrando ausência de obstruções.

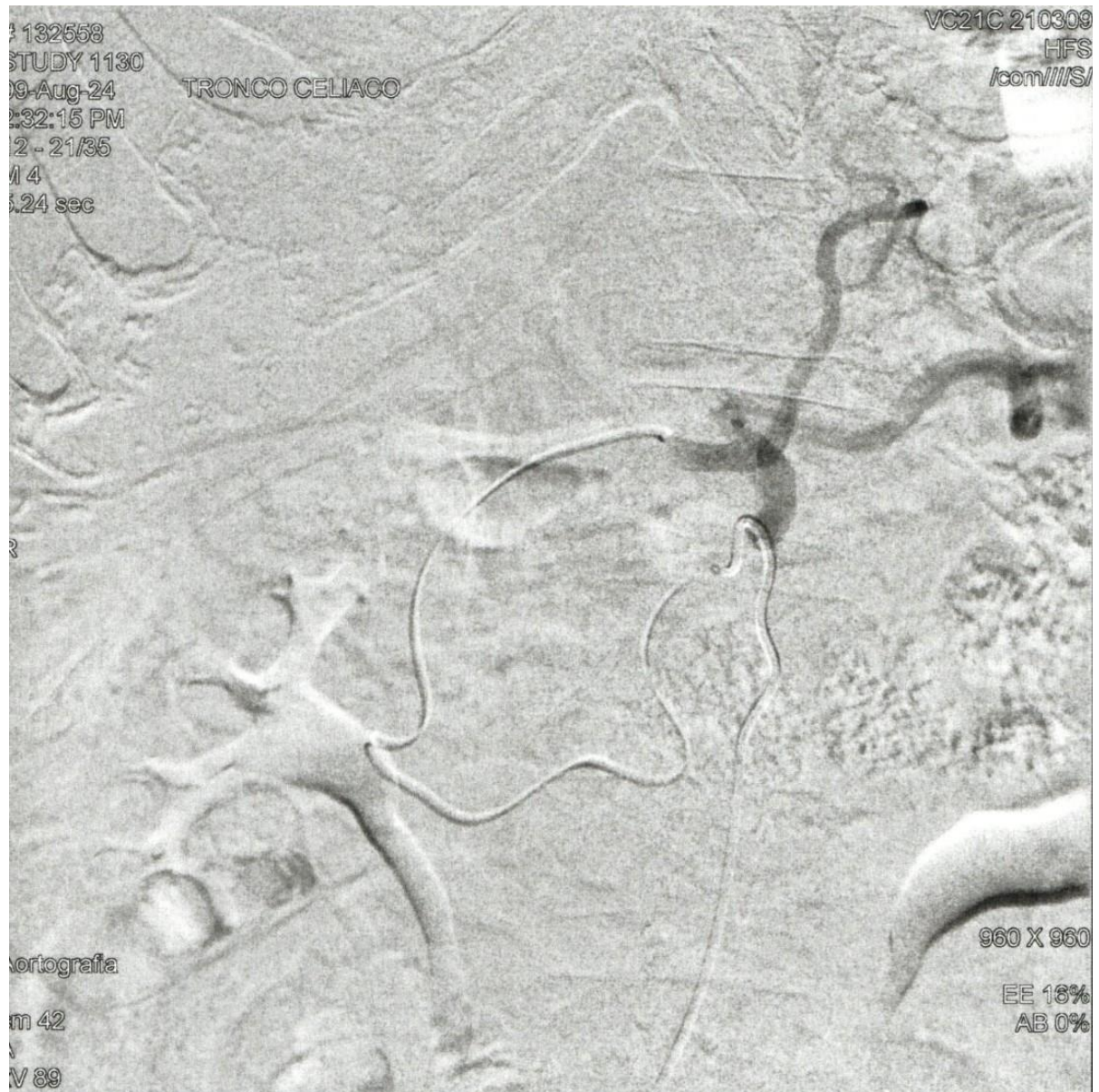


Figura 5 - cateterização da artéria hepática comum por meio da arcada pancreato-duodenal.



Figura 6 - arteriografia da artéria hepática própria, evidenciado a impregnação de contraste em nódulo hepático hipervascular, compatível com hepatocarcinoma.

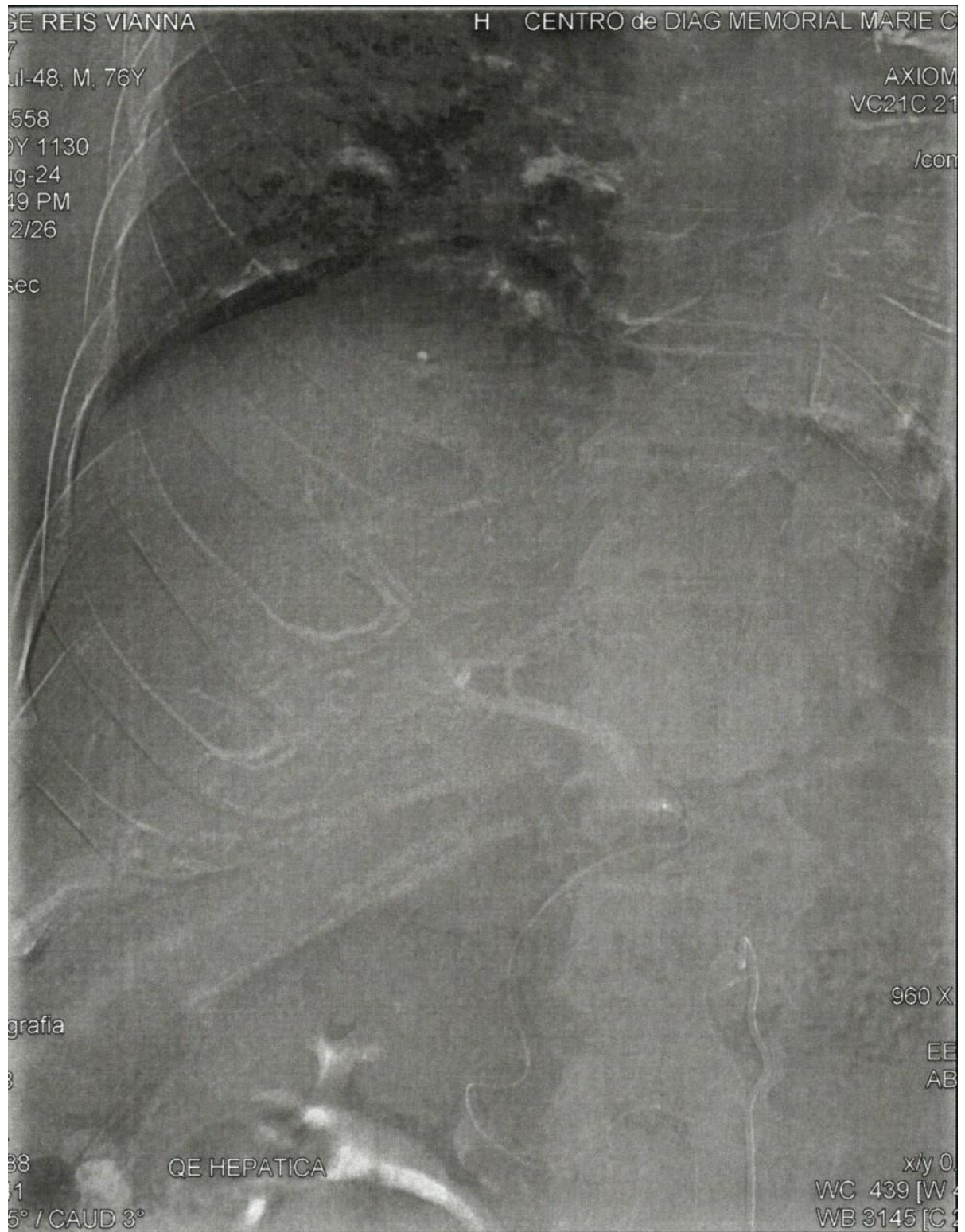


Figura 7 - quimioembolização hepática.



Figura 8 - arteriografia final, evidenciando exclusão do tumor.



Figura 9 – equipe médica realizando o procedimento.

7. DISCUSSÃO

O tratamento curativo do CHC consiste na ressecção cirúrgica, transplante hepático e nas terapias ablativas, sendo os dois primeiros os com maior potencial de cura. A cirurgia é o tratamento de escolha para pacientes BCLC estágios 0 e A sem hipertensão portal, tumores únicos, *performace status* de 0 ou 1 e MELD < 10. A modalidade cirúrgica preferencial é a hepatectomia parcial, com preservação de 40 a 50% do parênquima hepático e margens cirúrgicas mínimas de 2cm. Caso o remanescente hepático seja inferior ao mínimo recomendado, pode-se utilizar estratégias como embolização de ramo da veia porta do lado onde se localiza o tumor. No Brasil, a sobrevida em 5 anos após o procedimento é de 50%⁵.

O transplante hepático é a melhor opção terapêutica para os pacientes em estágio inicial, pois proporciona tanto a cura da neoplasia quanto da doença hepática de base. A inclusão dos pacientes na fila de transplante segue os critérios de Milão, que correspondem aos casos de lesão hepática única < 5cm ou até três lesões hepáticas < 3cm, sem evidências de invasão vascular ou doença a distância. Metanálises sugerem sobrevida de 85% em quatro anos nos pacientes submetidos ao transplante⁶.

As terapias ablativas, compostas pela radioablação, ablação por microondas e terapias à laser, são os tratamentos de escolha para pacientes com estágio inicial, especialmente para tumores < 2cm em pacientes BCLC estágio 0, e com contraindicações para a ressecção cirúrgica ou transplante hepático. A radiofrequência é feita por meio de eletrodos introduzidos no tumor de forma percutânea e que vibra a frequências de até 1200Hz, causando destruição térmica da lesão. Não é indicada se o tumor estiver localizado próximo a vasos sanguíneos, podendo haver dissipação do calor. Comparados com a ressecção cirúrgica, apresentam um menor tempo livre de doença em cinco anos (51,3% vs. 28,7%), com sobrevida média variando entre 40 e 70% nos primeiros três anos de segmento⁷.

Como o tratamento curativo é direcionado para lesões precoces, e devido à natureza assintomática desse estágio da doença, menos de 10% dos pacientes se enquadram nas indicações de cirurgia ou transplante⁸. Nesses casos, está indicada a terapia paliativa, constituída pelas terapias transcateres (quimioembolização e radioembolização) e terapia sistêmica com sorafenib³.

A TACE consiste na infusão de altas doses de agentes quimioterápicos diretamente no lesão, através da principal artéria nutridora do tumor. A infusão do agente medicamentoso

também promove embolização da microcirculação tumoral, causando efeito citotóxico local prolongado, e minimiza os efeitos sistêmicos do tratamento⁹.

O procedimento se baseia no fato de o tumor ter como irrigação principal ramos das artérias hepáticas, enquanto o parênquima hepático saudável é irrigado majoritariamente por ramos da veia porta. Isso possibilita a infusão precisa de agentes quimioterápicos nas células tumorais, enquanto poupa o tecido adjacente. A técnica convencional consiste em na injeção de um agente quimioterápico lipídico, seguido por um agente embolizante, permitindo maior concentração da medicação no tumor e menor depuração da mesma. As principais drogas utilizadas são a doxorrubicina, cisplatina e mitomicina, que também causam isquemia e necrose tumoral⁸.

Essa é a terapia de escolha para pacientes com estadiamento intermediário (BCLC B), que inclui doença multinodular irressecável, restrita ao fígado e com função hepática relativamente preservada. A TACE também pode ser utilizada em pacientes BCLC A, que não se enquadram nos critérios cirúrgicos, bem como terapia-ponte nos pacientes na fila de espera para o transplante hepático. Também é utilizada para *downstaging* tumoral, possibilitando que o paciente se adeque aos critérios de Milão e entre na fila de transplante. Já nos pacientes com estadiamento avançado, a TACE pode ser utilizada para embolizar um dos ramos da veia porta, possibilitando aumento da sobrevida⁹.

Os benefícios das TACE podem ser observados em diferentes estadiamentos dos pacientes. Nos estágios iniciais (BCLC 0 e A), até 67,2% dos pacientes podem apresentar resposta terapêutica completa, deixando o paciente livre de doença, com sobrevida em 3 anos de 80,5%. Os estágios intermediários (BCLC B) é onde o procedimento encontra a sua principal indicação, proporcionando aumento da sobrevida, quando comparado ao tratamento isolado com sorafenib (27.0 meses vs. 14.2 meses), com os pacientes apresentando sobrevida média de 47.7 meses (95% IC: 32.7-62.7). Por fim, nos estágios avançados (BCLC C e D), a TACE pode ser utilizada isoladamente ou em combinação com o sorafenib, promovendo melhoras na sobrevida do paciente⁸.

Nos casos avançados (BCLC C) ou intermediários (BCLC B) onde não é possível a realização da TACE, a terapia sistêmica é a linha de tratamento indicado. Por muitos anos, o sorafenib foi o medicamento de escolha nesses casos, com comprovada redução da mortalidade e aumento da sobrevida. Porém, novos estudos mostraram que a associação de atezolizumab com bevacizumab apresentou melhor resposta terapêutica, tolerância e maior sobrevida do que

a terapia com sorafenib isolada (19,2 meses vs. 13,4 meses, $p < 0,001$). Outras opções terapêuticas são o tremelimumab e o durvalumab¹⁰.

Nosso paciente apresentava tumoração maior que 5cm, o que o excluía da lista de transplante segundo os critérios de Milão, ademais, não apresentava condições ideais para a ressecção ou radioablação, sendo optado pela TACE para promover *downstaging* e inclusão nos critérios de transplante. Estudos mostram que a TACE consegue promover *downstaging* tumoral em até 54.8% dos casos¹¹. Como o nosso paciente perdeu segmento, não foi possível avaliar se o mesmo apresentou evolução satisfatória e readequação aos critérios de elegibilidade ao transplante hepático.

8. CONCLUSÃO

O câncer representa um importante problema de saúde pública, principalmente pelo aumento da sua incidência e por sua alta taxa de mortalidade. O carcinoma hepatocelular é o tumor maligno primário mais comum do fígado, e mesmo com a redução da prevalência das hepatites virais e cirrose alcoólica, permanece relevante devido às mudanças na epidemiologia global, com o aumento dos casos de síndrome metabólica.

Devido ao seu caráter assintomático, exames de rastreamento são fundamentais para um diagnóstico precoce e adoção de modalidades terapêuticas curativas. Os últimos anos são marcados pela ampliação na indicação de terapias não-curativas e sistêmicas, proporcionando um aumento no leque terapêutico da doença.

O caso apresentado ressalta a importância do acesso à população a essas modalidades de tratamento. Quando bem indicadas, possibilitam a cura, aumento na sobrevida e melhora na qualidade de vida dos pacientes.

Como existem muitos ensaios clínicos ainda em andamento, recomenda-se após a publicação de seus resultados, a elaboração de metanálises para melhor embasar a decisão terapêutica e proporcionar melhor atenção à saúde aos pacientes com essa condição clínica.

REFERÊNCIAS

1. Llovet, J.M., Kelley, R.K., Villanueva, A. *et al.* Hepatocellular carcinoma. *Nat Rev Dis Primers* v. 7, n. 6, p: 1-28, 2021.
2. Pinter M, Pinato DJ, Ramadori P, Heikenwalder M. NASH and Hepatocellular Carcinoma: Immunology and Immunotherapy. *Clin Cancer Res.* v. 1; n. 29(3), p:513-520, 2023.
3. Vogel A, *et al.* Hepatocellular carcinoma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* v. 1; n. 9(4), p: 238-255, 2018.
4. Reig M, *et al.* BCLC strategy for prognosis prediction and treatment recommendation: The 2022 update. *J Hepatol.* v. 1, n. 76(3), p: 681-693, 2022.
5. Chedid, M. F., Kruehl, C. R. P., Pinto, M. A., Grezzana-Filho, T. J. M., Leipnitz, I., Kruehl, C. D. P., Scaffaro, L. A., & Chedid, A. D. (2017). Hepatocellular Carcinoma: Diagnosis And Operative Management. *ABCD. Arquivos Brasileiros De Cirurgia Digestiva (São Paulo)*, v. 1, n. 30(4), p: 272–278, 2017.
6. Santopaolo F, Lenci I, Milana M, Manzia TM, Baiocchi L. Liver transplantation for hepatocellular carcinoma: Where do we stand? *World J Gastroenterol.* n. 1, v. 25(21), p: 2591-2602, 2019.
7. Facciorusso A, Serviddio G, Muscatiello N. Local ablative treatments for hepatocellular carcinoma: An updated review. *World J Gastrointest Pharmacol Ther.* n. 1, v. 7(4), p: 477-489, 2016.
8. Fite EL, Makary MS. Transarterial Chemoembolization Treatment Paradigms for Hepatocellular Carcinoma. *Cancers (Basel).* n. 1, v. 16(13), p:2430-2441. 2024.
9. Kotsifa E, Vergadis C, Vailas M, Machairas N, Kykalos S, Damaskos C, Garmpis N, Lianos GD, Schizas D. Transarterial Chemoembolization for Hepatocellular Carcinoma: Why, When, How? *J Pers Med.* n. 10, v. 12(3), p:436-450, 2022.
10. Ntellas, P. *et al.* Updates on Systemic Therapy for Hepatocellular Carcinoma. *Am Soc Clin Oncol Educ Book.* n. 1, v. 44, p: 1-13, 2024.
11. Yin, C. *et al.* Bridging and downstaging with TACE in early and intermediate stage hepatocellular carcinoma: Predictors of receiving a liver transplant. *Ann Gastroenterol Surg.* n. 24, v. 7(2), p:295-305, 2022.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Prezado(a) Senhor(a),

Estamos convidando o senhor(a) a participar do projeto intitulado **TRATAMENTO DO CARCINOMA HEPATOCELULAR: ESTUDO DE CASO E REVISÃO NARRATIVA**, desenvolvido pelo(s) residente(s) **LUCAS PEREIRA REICHERT**, da residência de cirurgia geral da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE, João Pessoa, sob orientação do(a) Professor(a) **CARLOS ALEXANDRE ALBUQUERQUE MARANHÃO**.

Destacamos que sua participação nesta pesquisa será de forma voluntária, e que você possui liberdade para decidir participar do estudo, bem como retirar-se a qualquer momento sem prejuízos a você, de qualquer natureza.

O objetivo desta pesquisa é relatar um caso de quimioembolização por radiologia intervencionista de carcinoma hepatocelular, visando a propagação do conhecimento científica sobre uma forma de tratamento inovadora para essa patologia. Para tanto, após assinatura deste termo, dados sobre o procedimento e sua evolução, além de dados como a idade do paciente serão colhidos e utilizados no projeto.

Você não terá qualquer tipo de despesa por participar desta pesquisa, como também não receberá remuneração por sua participação. Informamos ainda que os resultados deste estudo poderão ser apresentados em eventos da área de saúde, publicados em revista científica nacional e/ou internacional, bem como apresentados nas instituições participantes. Porém asseguramos o sigilo quanto às informações que possam identificá-lo, mesmo em ocasião de publicação dos resultados.

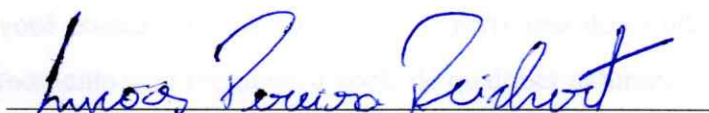
Caso necessite qualquer esclarecimento adicional, ou diante de qualquer dúvida, você poderá solicitar informações ao pesquisador responsável¹. Também poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE². Este documento está elaborado em duas vias, uma delas ficará com você e a outra com a equipe de pesquisa.

Consentimento

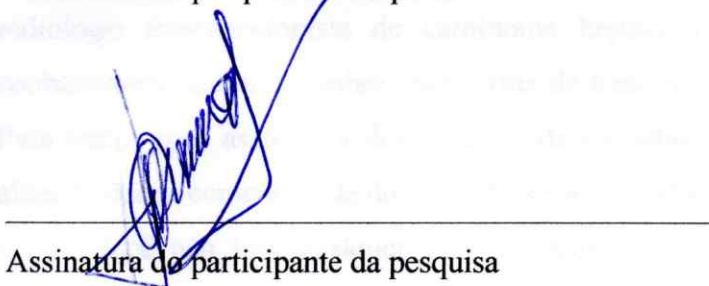
Fui devidamente esclarecido sobre a pesquisa, seus riscos e benefícios, os dados que serão coletados e procedimentos que serão realizados além da garantia de sigilo e de esclarecimentos sempre que necessário. Aceito participar voluntariamente e estou ciente que poderei retirar meu consentimento a qualquer momento sem prejuízos de qualquer natureza.

Receberei uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e outra via ficará com pesquisador responsável.

João Pessoa-PB, 09 de agosto de 2024



Assinatura do pesquisador responsável



Assinatura do participante da pesquisa

¹Pesquisador Responsável: **lucasreichert93@gmail.com**

²Comitê de Ética em Pesquisa (CEP): O Comitê de Ética, de acordo com a Resolução CNS nº 466/2012, é um colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo e educativo, criado para defender os direitos dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro dos padrões éticos.

CEP FACENE/FAMENE - Av. Frei Galvão, 12 – Bairro Gramame - João Pessoa - Paraíba – Brasil, CEP: 58.067-695. Fone: +55 (83) 2106-4790. Horário de atendimento (Segunda à Sexta das 08h às 17h). E-mail: cep@facene.com