

Fígado

EP-152 - "TORONTO HCC RISK INDEX": ÚTIL NA PREVISÃO DO CARCINOMA HEPATOCELULAR EM TODAS AS POPULAÇÕES?

Rui Gaspar¹; Marta Patita²; Patricia Andrade¹; Guilherme Macedo¹

1 - Centro Hospitalar São João; 2 - Hospital Garcia de Orta

Introdução: As atuais guidelines recomendam a realização de ecografia abdominal semestral para rastreio de carcinoma hepatocelular (CHC), independentemente da etiologia da doença hepática. O "Toronto HCC risk index" (THRI) é um score desenvolvido recentemente para predizer o risco de CHC a longo prazo, validado na população canadiana e holandesa. O objetivo deste estudo foi avaliar a capacidade do THRI na predição do risco de CHC na população portuguesa.

Métodos: Estudo retrospectivo de doentes com cirrose hepática seguidos num centro terciário sob programa de rastreio de CHC (ecografia+alfafetoproteína). Foram analisados os dados clínicos e laboratoriais.

Resultados: Foram incluídos 269 diagnosticados com cirrose hepática, 70% homens, com idade média de $66,3 \pm 13,3$ anos. O tempo mediano de follow-up foi de 54,5 [32,3-85,0] meses. As principais etiologias de doença hepática crónica foram alcoólica (54%), hepatite C crónica (13%) e NASH (11%). A maioria dos doentes (60%) mantinha consumo de álcool superior a 30g/dia, sendo que 59% era classificado como Child A e o MELD mediano era de 7 [6-9]. Durante o período de follow-up desenvolveram-se 44 CHC, uma incidência de 16%.

Quando calculado o THRI, 59,9% dos doentes foram alocados ao seu grupo de alto risco, 36,4% ao grupo de risco intermédio e 3,7% ao grupo de baixo risco. No grupo de alto risco 21,1% dos doentes desenvolveram CHC, no de grupo intermédio 9,2% e no grupo de baixo risco 10%. Os grupos de risco calculados de acordo com o índice de Toronto apresentaram uma baixa correlação com o desenvolvimento de CHC ($r_s=0.155$, $p=0.155$). O THRI score apresentou uma baixa correlação com o desenvolvimento de CHC ($r_s=0.231$, $p<0.001$).

Conclusão:

O THRI, embora seja uma ferramenta validada para predizer o risco de CHC a longo prazo noutras populações, na nossa população não mostrou ser eficaz. Isto poderá relacionar-se com o facto da nossa população cirrótica predominar a doença alcoólica e NASH enquanto na população utilizada na concepção do THRI ter maior prevalência de infeção HCV e doenças auto-imunes.