

ARTIGO ORIGINAL

Rastreamento endoscópico do cancro colorrectal. Experiência de dois anos

Autores: J. Cotter ⁽¹⁾⁽²⁾, S. Lima ⁽¹⁾⁽²⁾, S. Barroso ⁽¹⁾⁽²⁾, C. Marinho ⁽¹⁾, P. Moutinho ⁽¹⁾, A. Rodrigues ⁽¹⁾, L. Alberto ⁽¹⁾, M. J. Moreira ⁽¹⁾⁽²⁾, L. Lobo ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Unidade de Rastreamento do Cancro do Cólon (Santa Casa da Misericórdia de Guimarães)

⁽²⁾ Hospital da Senhora da Oliveira – Guimarães (Serviço de Gastroenterologia)

RESUMO | Os métodos endoscópicos são considerados a forma mais válida de rastreio do cancro colorrectal e, como tal, métodos que devem ser utilizados caso haja disponibilidade de recursos.

Apresenta-se uma análise retrospectiva da actividade de uma Unidade de Rastreamento do Cancro do Cólon referente a um período de 24 meses, respeitante ao rastreio efectuado por colonoscopia (76,1%) e sigmoidoscopia flexível (23,9%) em 2700 indivíduos. Foi diagnosticado cancro colorrectal em 1% dos casos e pólipos adenomatosos em 38%, sendo 16,1% destes de risco (dimensões > 1 cm). Cerca de 89% das neoplasias malignas e 71 % dos pólipos localizavam-se no recto e sigmoide, consequentemente acessíveis à sigmoidoscopia flexível.

Conclui-se que em face dos resultados encontrados, o rastreio endoscópico do cancro colorrectal deve ser implementado devido à sua eficácia diagnóstica e possibilidades terapêuticas (nomeadamente polipectomia), de preferência por colonoscopia e quando este método não estiver disponível, por sigmoidoscopia flexível.

SUMMARY | *Endoscopic methods are a precious and valid tool for colorectal cancer screening; therefore they should be embraced if resources are available.*

The authors present a retrospective analysis of a Colorectal Cancer Screening Unit during a 24 month period, using colonoscopy (76,1%) and flexible sigmoidoscopy (23,9%) involving 2700 patients. Colorectal cancer was diagnosed in 1% of the patients and polyps in 38%, 16,1% of these had increased risk (size >1cm). Near eighty nine per cent of malignant neoplastic lesions and 71% of the polyps were located in the rectum and sigmoid colon, therefore detectable by flexible sigmoidoscopy.

These results support the implementation of endoscopic screening of colorectal cancer because of its diagnostic effectiveness and therapeutic possibilities (namely polypectomy). When resources are available, colorectal cancer screening should be preferably performed by colonoscopy and if not, by flexible sigmoidoscopy.

GE - J Port Gastroenterol 2008; 15: 156-160

Recebido para publicação: 18/05/2008

Aceite para publicação: 14/08/2008

INTRODUÇÃO

O cancro colorrectal (CCR) é um problema de saúde mundial, com uma incidência anual de aproximadamente 1 000 000 de casos e uma mortalidade anual de mais de 500 000 ⁽¹⁾. A International Agency for Research on Cancer (IARC) – Globocan 2002, estima uma incidência anual de 550 000 novos casos e 278 000 mortes no homem e 473 000 novos casos e 255 000 mortes na mulher, revelando-se mais frequente na América do Norte, Austrália, Nova Zelândia e alguns países europeus, sendo mais prevalente nos países industrializados ⁽²⁾. O risco de CCR varia entre diferentes países e mesmo dentro de um mesmo país. O risco individual também é variável em função da dieta, estilo de vida e factores hereditários. A taxa de sobrevivência média é de cerca de 50%. Em Portugal, dados do Instituto Nacional de Estatística indicam que o CCR contribuiu para cerca de 15% do total da mortalidade oncológica no ano de 2005, sendo responsável por mais de 3300 óbitos.

A incidência do CCR aumenta significativamente a partir dos 50 anos, ocorrendo cerca de 90% dos casos após esta idade e apenas 4% antes dos 40 anos. O rastreio está indicado na população de risco padrão a partir dos 50 anos e naqueles com risco familiar, após os 40 anos ⁽³⁾.

O rastreio organizado e a vigilância por colonoscopia podem reduzir a mortalidade ao detectar e remover pólipos pré-malignos e ao diagnosticar a doença em estadio precoce (4,5,6,7). Da mesma forma a sigmoidoscopia flexível já demonstrou

reduzir a mortalidade naqueles que regularmente (em intervalos de 3-5 anos) são submetidos a esse método de rastreio⁽⁶⁾.

MATERIAL E MÉTODOS

Após um período de informação e sensibilização da população e dos médicos de família da região, foram por estes referenciados à Unidade de Rastreio do Cancro do Cólon os indivíduos para efectuar colonoscopia ou sigmoidoscopia flexível, conforme os critérios anteriormente expressos⁽³⁾. Foram incluídos indivíduos de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 40 e os 70 anos, que não apresentassem história de rectorragias nos 6 meses precedentes. Foram excluídos todos aqueles que haviam sido submetidos a colonoscopia nos últimos dois anos, apresentassem antecedentes de neoplasia colorrectal ou doença inflamatória intestinal. A limpeza do cólon foi previamente efectuada com Endofalk® (no caso das colonoscopias) e com Clyss-Go® ou clisteres de limpeza com água (no caso das sigmoidoscopias flexíveis).

Os exames foram realizados com video-colonoscópios Olympus CF® 145, tendo alguns sido efectuados sob sedoanalgesia com propofol. Quando necessário foi utilizada N-butilhioscina como anti-espasmódico.

Sempre que na sigmoidoscopia flexível foi diagnosticado um adenoma, foi posteriormente realizada uma colonoscopia.

Quando diagnosticados pólipos e se existisse determinação prévia de parâmetros da coagulação (plaquetas e tempo de

protrombina) compatíveis, procedeu-se de imediato às respectivas polipectomias.

Perante situações clínicas que assim o justificassem (neoplasias malignas, por exemplo) os doentes foram referenciados ao Hospital com vista à resolução das mesmas.

RESULTADOS

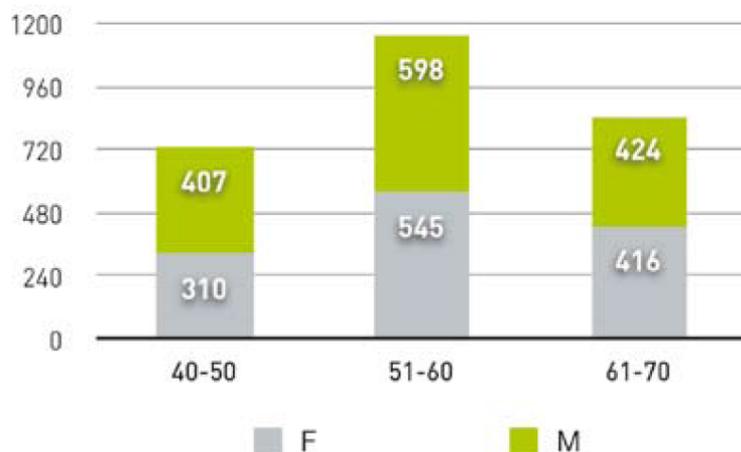
Entre Junho/2005 e Maio/2007 foram efectuados 2700 exames, sendo 2055 (76,1%) colonoscopias até ao cego e 645 (23,9%) sigmoidoscopias flexíveis. Dos indivíduos submetidos a rastreio 47% eram do sexo masculino e 53% do sexo feminino, com uma idade média de 56 anos (40-70), estando a maioria no escalão etário dos 51-60 anos (Figura 1).

Dos 2700 indivíduos rastreados, 27

(1%) apresentaram neoplasia maligna, sendo 14 (51,85%) no sexo masculino e 13 (48,15%) no sexo feminino, com uma maior prevalência no escalão etário dos 61-70, com um total de 12 CCR (44%). Verificou-se que 88,9% dos tumores estavam localizados no recto e no sigmóide (12 casos em cada segmento). Relativamente ao total de neoplasias malignas detectadas por colonoscopia, 12 indivíduos (44,4%) tinham pólipos associados, sendo que 6 apresentavam pólipos de risco (>=1cm).

No total de exames de rastreio efectuados (2700), foram detectados pólipos adenomatosos em 1025 (38%): 61,8% em indivíduos do sexo masculino e 38,2% do sexo feminino, sendo que o maior número de ocorrências verificou-se na faixa

FIGURA 1 | DISTRIBUIÇÃO DOS EXAMES DE RASTREIO POR GRUPO ETÁRIO E SEXO



etária dos 51-60 anos (43,3%). A análise das colonoscopias permitiu verificar que 514 indivíduos apresentavam 1 pólipos, 244 tinham 2 pólipos, 124 tinham 3 pólipos, 56 indivíduos tinham 4 pólipos e 87 evidenciaram 5 ou mais pólipos.

Constatou-se ainda que a ocorrência de pólipos foi predominante no cólon esquerdo (80%), maioritariamente no recto (38%) e no sigmóide (33%) (Figura 2).

Em 1025 indivíduos (38,0%) em que se detectaram pólipos, 165 (16,1%) apresentavam pólipos de risco (com dimensão superior ou igual a 1 cm), em maior número nos indivíduos do sexo masculino (72,1% vs 27,9 %) e com uma prevalência aumentada nos escalões etários dos 51-60 (40,6%) e 61-70 (41,2%) anos. Em 198 (27,6%) dos indivíduos no escalão etário dos 40-50 anos observaram-se pólipos e 18% daqueles que apresentaram pólipos de risco encontravam-se neste escalão etário.

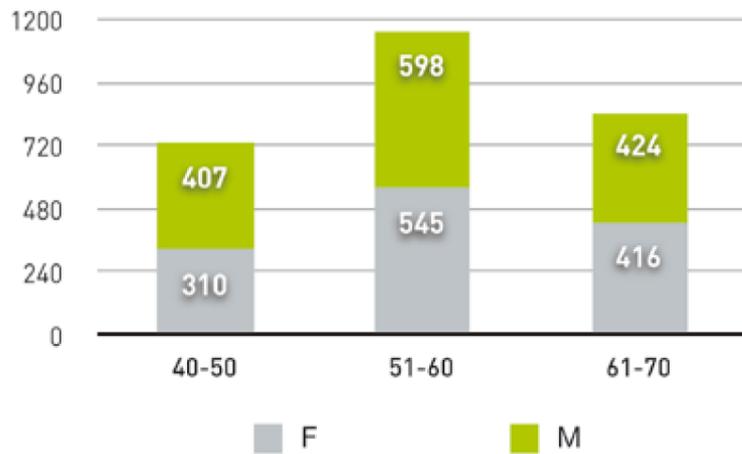
Em 41 (1,5%) dos indivíduos rastreados, a indicação foi a presença de sangue oculto nas fezes (PSOF+). Neste grupo havia uma maior prevalência do escalão etário dos 51-60 anos (53,6%). Todos foram submetidos a colonoscopia e constatou-se que 1 apresentava CCR e em 25 indivíduos existiam pólipos associados, tendo 8 deles pólipos de risco (>=1cm). Os restantes 15 (37%) foram considerados falsos positivos. Os pólipos ocorreram maioritariamente no cólon esquerdo: 27% no recto e 29,7% na sigmóide.

Ainda nos exames com indicação por PSOF+ em que foram diagnosticados pólipos, foi possível constatar que 10 indivíduos eram portadores de 1 pólipos, 7 indivíduos apresentaram dois pólipos, 5 tinham 3 pólipos, 1 indivíduo apresentava 4 pólipos e 2 evidenciaram 5 ou mais pólipos.

DISCUSSÃO

É actualmente aceitável e consensual do ponto de vista científico que a população com mais de 50 anos e de risco padrão deva ser submetida a rastreio do CCR. Naqueles que apresentam risco traduzido por familiares de 1º grau atingidos,

FIGURA 2 | PÓLIPOS: DISTRIBUIÇÃO POR GRUPO ETÁRIO E SEXO



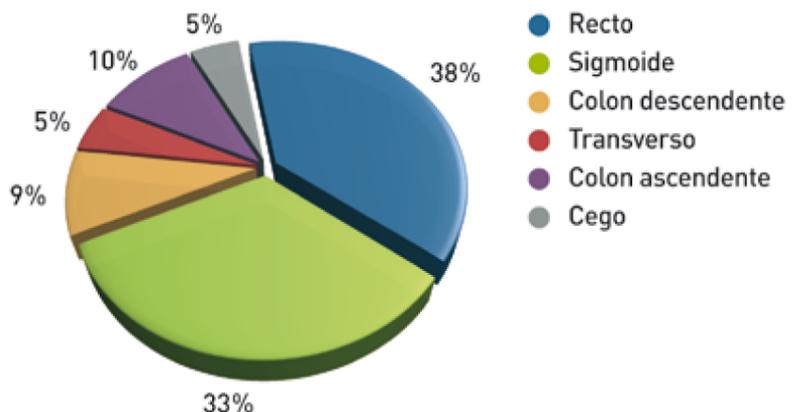
esse mesmo rastreio deverá iniciar-se aos 40 anos ou dez anos antes da idade de diagnóstico no familiar mais novo⁽⁹⁾. Sabendo-se que a incidência da doença aumenta de forma significativa a partir destas idades, pretende-se com esta estratégia fazer um diagnóstico precoce e detectar lesões pré-malignas permitindo desta forma, em última instância, melhorar a sobrevida e a qualidade de vida das populações atingidas.

O rastreio do cancro colorrectal por endoscopia apresenta sobre todos os outros métodos disponíveis (PSOF, exames radiológicos) ou sobre outros métodos em desenvolvimento (tomográficos, DNA fecal) a vantagem de aliar à capacidade

diagnóstica a vertente terapêutica, nomeadamente ao permitir, num mesmo tempo, a realização de polipectomias, quando tal se torna necessário. A colonoscopia, ao permitir ainda a visualização da totalidade do cólon, constitui-se como o método "gold standard".

No caso do CCR, reconhecendo-se que a sua grande maioria (cerca de 90%) tem origem nos adenomas (sequência adenoma-carcinoma)^(9,10,11), maior importância adquire o diagnóstico desses mesmos adenomas e a sua exérese precoce, não se atingindo assim a fase de malignidade. Apesar disso, o método universalmente mais utilizado para rastreio do CCR continua a ser a PSOF, que além de não

FIGURA 3 | PÓLIPOS: LOCALIZAÇÃO



possuir vertente terapêutica, apresenta uma baixa sensibilidade (sempre inferior a 50%) para o diagnóstico de adenomas, sendo particularmente mais baixa quando estes são pequenos ou se localizam no cólon proximal⁽¹²⁾. A positividade do teste obriga à realização de colonoscopia para excluir a presença de CCR ou pólipos⁽¹³⁾. Esta multiplicação de exames tem vários inconvenientes, entre os quais o incremento dos gastos daí inerentes. A PSOF apresenta, além do mais, uma elevada taxa de falsos positivos, como aconteceu na nossa casuística (37%). É contudo um método que utilizado anualmente poderá diminuir a incidência e a mortalidade do CCR^(14,15). Porém, desde que haja condições económicas, logísticas e humanas, pelas razões atrás apontadas, os métodos endoscópicos são os métodos a eleger. Comparativamente com a sigmoidoscopia flexível, a colonoscopia permite a visualização completa do cólon e é mais sensível, embora obrigue a uma preparação prévia mais incómoda e tenha uma maior taxa de complicações graves (nomeadamente perfurações em cerca de 1/1000 casos). Além disso, obriga em alguns casos a recorrer a sedoanalgesia com presença de anestesista, é mais demorada e tem maiores custos. Pelo contrário, a sigmoidoscopia flexível requer uma preparação mais simples, é praticada sem qualquer sedação, e pode ser realizada por qualquer médico com treino menos elaborado em endoscopia digestiva. Tem sido utilizada como método de rastreio, estando demonstrado que pode diminuir a mortalidade por CCR⁽¹⁶⁾. Verifica-se que na maioria dos casos, o CCR, pela sua localização, está acessível a este método. Isso mesmo constatamos na nossa experiência em que, em 89% dos casos, os tumores se localizavam no recto e/ou sigmoide e, como tal, ao alcance da sigmoidoscopia flexível. Na mesma linha, 71% dos pólipos adenomatosos tinham localização distal. Será pois um grupo menor o dos pacientes que apresentarão normalidade do recto e sigmoide e terão lesões nos restantes segmentos proximais do cólon, apenas acessíveis à colonoscopia. Acresce que os métodos

endoscópicos ao permitir a terapêutica imediata quando necessário (através da polipectomia), apresentam inegável vantagem sobre os demais, interrompendo dessa forma a história natural da doença^(17,18). De maior importância isto se pode revelar quando a presença de pólipos acontece com frequência em indivíduos assintomáticos, como nesta nossa casuística em que tal se verificou em 38%, sendo pelas suas dimensões 16% desses pólipos considerados de risco.

De referir que no nosso grupo cerca de 28% dos indivíduos no escalão etário dos 40-50 anos e com risco familiar, apresentaram pólipos. Mais ainda, 18% daqueles que se apresentavam com pólipos de risco, encontravam-se neste escalão etário. Tais factos reforçam a necessidade de rastrear atempadamente as populações com risco familiar.

De notar no nosso estudo que 37% dos indivíduos que se apresentaram com PSOF positiva vieram a revelar não ter qualquer lesão a nível cólico. Este facto enfatiza a ideia de que o teste da PSOF pode tornar, em algumas situações, o rastreio mais oneroso ao obrigar, em caso de positividade, à realização de uma colonoscopia, que num número apreciável de casos se apresenta normal, revelando-se finalmente desnecessária e incrementadora dos custos do rastreio.

Os nossos resultados, realçando como outros^(19,20) a importância da colonoscopia como método de rastreio do CCR, tornam aceitável a estratégia que tem sido adoptada por alguns^(8,21,22) no sentido de recomendar a implementação do rastreio do CCR por sigmoidoscopia flexível em áreas geográficas em que, por várias razões, não seja exequível esse mesmo rastreio por colonoscopia, devendo o mesmo ser coordenado institucionalmente e permitir uma adequada acessibilidade das populações. 

Agradecimento

Os Autores agradecem à **Dr^a Liliana Martins** toda a competência e disponibilidade demonstrada, que se revelaram essenciais para a concretização deste trabalho.

Correspondência

José Cotter

Hospital da Senhora da Oliveira – Guimarães
Serviço de Gastroenterologia
Rua dos Cutileiros – Creixomil
4800- 055 Guimarães

Bibliografia

- 1 - Shibuya K, Mathers CD, Boschi-Pinto C, Lopez AD, Murray CJ. Global and regional estimates of cancer mortality and incidence by site: II. Results of the global burden of disease 2000. *BMC Cancer* 2003; 2: 37-63
- 2 - Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Teppo L, Thomas DB, editors. *Cancer incidence in five continents*, vol. 8. Lyons: International Agency for Research on Cancer, 2002 (IARC Scientific Publications, nº 155) (PMID: 128122229)
- 3 - World Gastroenterological Organisation. *Colorectal cancer screening*, 2007
- 4 - Winawer SJ, Zauber AG, Fletcher RH, Zauber AG, Stillman JS, O'Brien MJ et al. Guidelines for colonoscopy surveillance after polypectomy: a consensus update by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer and the American Cancer Society. *Gastroenterology* 2006; 130:1872-85
- 5 - Levin B, Barthelemy JS, Burt RW, David DS, Ford JM, Giardiello FM et al. Colorectal cancer screening clinical practice guidelines. *J Natl Comp Canc Netw* 2006; 4:384-420
- 6 - Levine JS, Ahnen DJ. Adenomatous polyps of the colon. *N Engl J Med* 2006; 355:2551-7
- 7 - Pignone M, Rich M, Teutsch SM, Berg AO, Lohr KN. Screening for colorectal cancer in adults at average risk; a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force Arm. *Intern Med* 2002; 137:132-41
- 8 - Prorok PC, Andriole GL, Bresalier RS, Buys SS, Chia D, Crawford ED et al. Design of the Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian (PLOC) Cancer screening Trial. *Control Clin Trials* 2000; 21:273S-309S
- 9 - Cappell MS. Pathophysiology, clinical presentation, and management of colon cancer. *Gastr Clin of North Am* 2008; 37:1-24
- 10 - Muto T, Bussy HJR, Morson BC. The evolution of cancer of the colon e rectum. *Cancer* 1975; 36:2: 51-70
- 11 - Bond JH. Clinical evidence for the adenoma-carcinoma sequence, and the management of patients with colorectal adenomas. *Semin Gastrointest Dis* 2000; 11: 176-84
- 12 - Imperiale TF, Ransohoff DF, Itzkowitz SH, Turnbull BA, Ross ME, Colorectal Cancer Study Group. Fecal DNA versus fecal occult blood for colorectal cancer screening in a average-risk population. *N Engl J Med* 2004; 351:2704-14
- 13 - Cappel MS, Friedel D. The role of sigmoidoscopy and colonoscopy in the diagnosis and management of lower gastrointestinal disorders: endoscopic findings, therapy, and complications. *Med Clin North Am* 2002; 86:1253-88
- 14 - Mandel JS, Church TR, Bond JH, Ederer MS, Mongin SJ, Snover DC et al. The effect of fecal occult-blood screening on the incidence of colorectal cancer. *N Engl J Med* 2000; 343:1603-7
- 15 - Lee KJ, Inoue M, Otani T, Iwasaki M, Sasazuki S, Tsugane S. Colorectal cancer screening using fecal occult blood test and subsequent risk of colorectal cancer in clinical practice: a prospective cohort study in Japan. *Cancer Detect Prev* 2007; 31:3-11
- 16 - Winawer S, Fletcher R, Rex D, Bond J, Burt R, Ferrucci J et al. A comparison cancer screening and surveillance: clinical guidelines and rationale – update based on new evidence. *Gastroenterology* 2003; 124:544-60
- 17 - This-Eveusen E, Hoff GS, Sanar J, Langmark F, Majak BM, Vatar MH. Population-based surveillance by colonoscopy: effect on the incidence of colorectal cancer. *Telemark Polyp Study I. Scand J Gastroenterol* 1999; 34: 414-20
- 18 - Citarda F, Tomaselli G, Capocaccia R, Barcherini S, Crespi M for the Italian Multicentre Study Group. Efficacy in standard clinical practice of colonoscopic polypectomy in reducing colorectal cancer incidence. *Gut* 2001; 48: 812-5
- 19 - Sommenberg A, Delco F, Inadomi JM. Cost-effectiveness of colonoscopy in screening for colorectal cancer. *Am Intern Med* 2000; 133: 573-84
- 20 - Lieberman DA, Weiss DG, Bond JH, Ahnen DJ, Garewall H, Chejfee C. Use of colonoscopy to screen asymptomatic adults for colorectal cancer. *N Engl J Med* 2000; 343: 162-168
- 21 - Pinto A, Chaves P, Claro I, Lage P, Suspiro A, Chagas C et al. Rastreamento do carcinoma do colon e recto. Importância da sigmoidoscopia flexível. *GE- Jornal Port Gastr* 1997; 2 77-83
- 22 - Muller AD, Sommenberg A. Prevention of colorectal cancer by flexible sigmoidoscopy and polypectomy. A case-control study of 32702 veterans. *Ann Intern Med* 1995; 123: 904-10