

RASTREAMENTO DO CÂNCER COLORRETAL – DEVEMOS INDICAR?

O câncer colorretal (CCR) apresenta características que justificam a realização de exames de rastreamento: alta incidência, elevada mortalidade e sobrevida boa quando identificado em fase inicial.

Nos países desenvolvidos é a terceira causa de câncer e a segunda de óbito¹. No Brasil, segundo estimativa do INCA para o biênio 2018-2019, o risco para ambos os sexos é de 17 casos novos para cada 100.000 habitantes, e é o segundo mais frequente na região Sudeste excluindo-se as neoplasias de pele não melanoma. Em nosso meio, é evidente nos últimos anos, o aumento do número de casos, assim como a maior ocorrência em indivíduos mais jovens.

Estratégias de prevenção ou diagnóstico precoce do CCR foram introduzidas nas décadas de 70 e 80. Posteriormente, resultados obtidos a partir de estudos randomizados com testes de pesquisa de sangue oculto nas fezes, demonstraram sua eficácia com redução da mortalidade², apoiando então sua recomendação como método eficaz para a detecção de lesões pré-malignas assim como de diagnóstico precoce.

Em tese, é bastante simples, considerando-se as características deste tipo de lesão: incidência elevada após 60 anos de idade, crescimento lento e origem a partir de lesões benignas.

Em 2018, a Sociedade Americana de Câncer, publicou suas diretrizes atualizadas de rastreamento de câncer colorretal para adultos sem fatores de risco adicionais além da idade⁷. As orientações baseiam-se em recomendações já estabelecidas e uma recomendação qualificada que tem impacto na prática diária: início de rastreamento mais precoce, aos 45 anos de idade, uma vez que nos EUA, a incidência abaixo dos 50 anos tem aumentado.

Essas recomendações baseiam-se em critérios de evidência científica e modelos de simulação.

As proposições atuais com relação às indicações de rastreamento são as seguintes:

- **Início a partir de 45 anos até os 75 anos de idade, para indivíduos sem fator de risco adicional.**
- **Entre 76 e 85 anos, os critérios podem ser individualizado sem função da condição de saúde, expectativa de vida e antecedentes de rastreamento prévio quando houver.**
- **Não se recomenda rastreamento após 86 anos de idade.**

As diretrizes também enfatizam que é importante não expor o indivíduo a exames desnecessários, que aumentam custos e morbidade. Assim, as orientações com relação a periodicidade dos exames, desde que negativos, são as seguintes:

- **Teste fecal de sangue oculto: anual**
- **Teste fecal de mutações de DNA: trienal**
- **Retossigmoidoscopia flexível: 5 anos**
- **Colonografia por tomografia: 5 anos**
- **Colonoscopia: 10 anos**

Os métodos disponíveis em nossa realidade baseiam-se atualmente em exames endoscópicos e testes fecais de pesquisa de sangue oculto. Testes fecais com pesquisa de mutações de DNA não são ainda aplicáveis de forma rotineira no Brasil.

A colonoscopia foi introduzida como método de rastreamento do CCR na década de 90 e recomendada como método válido a partir de 1997. É considerado o padrão ouro e avalia todos os demais métodos. A periodicidade de 10 anos baseia-se no longo período de evolução da sequência adenoma carcinoma secundária à mutação do gene APC e responsável por 75% dos casos de CCR.

Os testes fecais com pesquisa de sangue oculto possibilitam a identificação de pólipos avançados ou câncer em estágio inicial. São empregados principalmente em abordagens populacionais e devem ser acompanhados por colonoscopia para os casos positivos.

Atualmente existem campanhas de orientação e rastreamento de CCR em diversos países, como Estados Unidos, Canadá, Chile, Inglaterra, Finlândia e Coreia do Sul. No Brasil, não ocorrem como políticas de saúde pública,

exceto por iniciativas isoladas. Uma exceção é a campanha de rastreamento de câncer colorretal da UNICAMP, disponibilizada aos alunos, funcionários e docentes. Com apoio da reitoria é realizada pelo CECOM (Centro de Saúde da Comunidade) sendo exames e tratamento disponibilizados pelo Gastrocentro e Hospital das Clínicas. Ocorre de forma perene desde 2011, e foi possível, em curto prazo, identificar os grandes benefícios desta ação, com redução significativa do número de neoplasias malignas e de pólipos ressecados.

No Brasil, em função das características continentais e deficiências estruturais crônicas do sistema público de saúde, a população não se beneficia da prevenção do câncer colorretal, considerada umas das mais eficientes. A nível individual, temos a obrigação de orientar os pacientes em nossas práticas médicas, de forma clara e eficiente, estimulando o auto cuidado, a preservação da saúde e indiretamente a redução de custos.

Dr. Claudio Coy

Professor titular de Coloproctologia FCM UNICAMP

REFERÊNCIAS:

- 1- World Cancer Research Fund International. http://www.wcrf.org/cancer_statistics_data_specific_cancers/colorectal_cancer_statistics.php.
- 2- Frazier AL et al. Cost-effectiveness of screening for colorectal cancer in the general population. JAMA. 2000;284:1954–1961.
- 3- Whitlock EP et al. Screening for colorectal cancer: a targeted, updated systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann. Intern. Med. 2008;149:638–658.,
- 4- American Cancer Society. 2012. Cancer Facts & Figures. Available at:<http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveillance/documents/document/acspc-031941.pdf>. Accessed 23 July 2012.
- 5- Mandel JS et al. Reducing mortality from colorectal cancer by screening for fecal occult blood. Minnesota Colon Cancer Control Study. N Engl J Med. 1993;328:1365-1371
- 6- Mandel JS et al. The effect of fecal occult-blood screening on the incidence of colorectal cancer. N Engl J Med. 2000;343:1603-1607
- 7 - Colorectal Cancer Screening for average risk adults: 2018 guideline update from the American Cancer Society, CA Cancer J Clin 2018 doi: 10.3322/caac21457

8 - U.S. Preventive Services Task Force. Screening for colorectal cancer:U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med. 2008;149:627-637.