

# CANCRO DO CÓLON E DO RECTO

Carvalho A , Ferreira P , Henriques S , Lopes MR , Rua A , Silva M , Almada-Lobo F , Martins C

## 1. Grupo etário alvo

0-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-79	>80

## 2. Principais Recomendações

Recomenda-se o rastreio do cancro do cólon e do recto (CCR) por pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF) cada 1 a 2 anos, a partir dos 50 anos em pessoas de risco médio (Recomendação A)<sup>1-10</sup>. De acordo com as preferências pessoais do paciente, com os recursos disponíveis e com os resultados de ensaios clínicos actualmente em curso, poderão ser considerados os seguintes métodos alternativos de rastreio: rectosigmoidoscopia flexível, enema baritado com duplo contraste (EBDC), colonoscopia total, colonoscopia virtual (colonografia por tomografia computadorizada) e cápsula endoscópica<sup>1,3,4</sup>.

## 3. Recomendações para cada nível de risco<sup>1-4</sup>

Grupo Alvo	Procedimento	Periodicidade	Nível evidência*
<b>Risco médio ou ligeiramente aumentado</b>  – Sem história familiar de neoplasia intestinal ou colite ulcerosa <i>ou</i> – 1 parente em 1º ou 2º grau com diagnóstico de CCR acima dos 60 anos	PSOF  Métodos alternativos: – Rectosigmoidoscopia – Colonoscopia total – Colonoscopia virtual – EBDC	A partir dos 50 anos (inclusivé):  A cada 1-2 anos  5-5 anos 10-10 anos 5-5 anos 5-5 anos	I A <sup>1-10</sup>    III C <sup>11-13</sup> V C <sup>3,4</sup> V C <sup>3,4</sup> V C <sup>3,4</sup>
<b>Risco Aumentado</b>  – 1 parente em 1º grau com diagnóstico de CCR antes dos 60 anos <i>ou</i>	Colonoscopia total (rectosigmoidoscopia + EBDC aceitáveis se colonoscopia indisponível)	A cada 5 anos a partir dos 50 anos ou 10 anos antes da idade mais jovem de diagnóstico do CCR (o que surgir primeiro)	III C <sup>2</sup>

<p>– 2 parentes em 1º ou 2º grau do mesmo lado da família, com CCR diagnosticado em qualquer idade</p> <p>– Doença Inflamatória Intestinal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colite Ulcerosa</li> <li>• Doença de Crohn</li> </ul>	<p>Considerar oferta de PSOF</p> <p>Colonoscopia total</p>	<p>Nos anos intercalares</p> <p>– Pancolite: 8 anos após o início da doença;</p> <p>– Colite Esquerda: 15 anos após o início da doença</p> <p><i>Follow-up:</i> a cada 1-2 anos</p>	<p>V C<sup>14,15</sup></p>
---	--	---	----------------------------

\*Nível de evidência: I – Evidência obtida a partir de uma revisão sistemática de todos os ensaios randomizados controlados; II – Evidência obtida a partir de pelo menos um ensaio randomizado controlado; III – Evidência obtida de um dos seguintes tipos de estudo: a) ensaios pseudo-randomizados controlados bem desenhados, b) estudos coorte ou estudos caso-controlo ou c) estudos comparativos com controlo histórico; IV – Evidência obtida de séries de casos; V – Opiniões de autoridades ou entidades respeitadas baseadas na experiência clínica, em estudos descritivos ou relatórios de peritos. Força da evidência: A – Existe evidência de boa qualidade que apoia a recomendação; B – Existe evidência de razoável qualidade que apoia a recomendação; C – Não existe evidência suficiente para recomendar ou não recomendar; D – Existe evidência de razoável qualidade contra a recomendação; E – Existe evidência de boa qualidade contra a recomendação.

## Grupo de Alto Risco

São considerados como pacientes de alto risco para CCR aqueles que apresentem as seguintes características:

– 3 ou mais parentes de 1º ou 2º grau do mesmo lado da família com CCR diagnosticado em qualquer idade

ou

– 2 ou mais parentes de 1º ou 2º grau do mesmo lado da família com diagnóstico de CCR, incluindo qualquer um dos seguintes:

- múltiplos CCR num só indivíduo;
- CCR antes dos 50 anos;
- membro da família que tenha ou teve Cancro Colorectal Não-Polipósico Hereditário (CCNPH), outro cancro relacionado (endométrio, ovário, gástrico, intestino delgado, renal ou ureteral, vias biliares, cérebro ou da pele).

ou

– Pelo menos 1 parente em 1º ou 2º grau com CCR, com um número elevado de adenomas no cólon (suspeita de Polipose Adenomatosa Familiar (PAF)).

ou

– Membro da família com identificação de mutação genética que confira risco elevado de CCR (os membros de famílias com PAF ou CCNPH que têm testes negativos para a mutação genética não se encontram dentro do grupo de risco elevado, integrando-se no grupo de risco normal para a idade).

**Procedimento:** Referenciar aos Cuidados de Saúde Secundários / Referenciar para rastreio genético.

Aqueles em risco para:

PAF – recomenda-se rectosigmoidoscopia flexível cada 12 meses desde os 10-15 anos, até aos 30-35 anos e a cada 3 anos após os 35 anos, com PSOF nos anos intercalares (evidência III C)<sup>2,4</sup>.

CCNPH – recomenda-se colonoscopia total cada 1 a 2 anos desde os 25 anos ou 5 anos antes da idade do membro mais novo da família afectado (o que for mais precoce), com PSOF nos anos intercalares (evidência III C)<sup>2,4</sup>.

## Observações

O toque rectal não é recomendado como método de rastreio (Recomendação D)<sup>2</sup>.

O rastreio de indivíduos cuja estimativa da esperança média de vida seja inferior a 10 anos não é recomendado (Recomendação C)<sup>3</sup>.

Actualmente, estão disponíveis 2 tipos diferentes de testes para a realização de PSOF: testes em guaiaco e testes imunoquímicos. Os testes imunoquímicos aumentam a especificidade, reduzindo o número de falsos positivos. Contudo, poderão reduzir a sensibilidade do rastreio. Não se dispõe de estudos experimentais comparativos que permitam optar definitivamente por um deles<sup>2,3</sup>.

## 4. Referências Portuguesas relevantes

### 4.1. Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007/2010 (PNPCDO)

O PNPCDO define como prioritária a realização do rastreio do CCR nos indivíduos assintomáticos com idades compreendidas entre os 50 e os 74 anos por pesquisa de sangue oculto nas fezes com intervalo de rastreio de um-dois anos. Em todos os casos com teste de sangue oculto positivo dever-se-á proceder à realização de colonoscopia total<sup>16</sup>.

### 4.2. Indicadores de desempenho para as Unidades de Saúde Familiar<sup>17</sup>

Indicador: percentagem de inscritos entre os 50 e 74 anos com rastreio do cancro CCR efectuado

Numerador (A): número de indivíduos 50-74 anos com registo de (i) pesquisa de sangue oculto nas fezes no último ano ou (ii) qualquer outro método endoscópico ou de imagem nos últimos cinco anos.

Denominador (B): todos os indivíduos 50-74 anos elegíveis para rastreio.

Fórmula:  $(A/B) * 100$

## 5. Referências bibliográficas

- 1 – United States Preventive Services Task Force. The guide to clinical preventive services. 2007. Disponível em <http://www.ahrq.gov/clinic/pocketgd07/pocketgd07.pdf> [acedido em Junho de 2008].
- 2 – The Royal Australian College of General Practitioners “Red Book” Taskforce. Guidelines for Preventive Activities in General Practice (6th edition). Victoria (Australia): The Royal Australian College of General Practitioners; 2005.
- 3 – Fletcher RH. Screening average risk patients for colorectal cancer. UpToDate Online 16.1. Disponível em <http://www.uptodateonline.com> [acedido em Junho 2008].



- 4 – Levin, B, Lieberman, DA, McFarland, B, et al. Screening and Surveillance for early detection of colorectal cancer and adenomatous polyps, 2008: A joint guideline from the American Cancer Society, The U.S. Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer, and the American College of Radiology. *Ca Cancer J Clin* 2008
- 5 – Mandel, JS, Bond, JH, Church, TR, 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.
- 6 – Mandel, JS, Church, TR, Ederer, F, Bond, JH. Colorectal cancer mortality: Effectiveness of biennial screening for fecal occult blood. *J Natl Cancer Inst* 1999; 91:434.
- 7 – Hardcastle, JD, Chamberlain, JO, Robinson, MH, et al. Randomized controlled trial of faecal occult blood screening for colorectal cancer. *Lancet* 1996; 348:1472.
- 8 – Jorgensen, OD, Kronborg, O, Fenger, C. A randomised study of screening for colorectal cancer using faecal occult blood testing: results after 13 years and seven biennial screening rounds. *Gut* 2002; 50:29.
- 9 – Kronborg, OD, Fenger, C, Olsen, J, et al. A randomized study of screening for colorectal cancer with faecal-occult – blood test. *Lancet* 1996; 348:1467.
- 10 – Faivre, J, Dancourt, V, Lejeune, C, et al. Reduction in colorectal cancer mortality by fecal occult blood screening in a French controlled study. *Gastroenterology* 2004; 126:1674.
- 11 – Newcomb, PA, Norfleet, RG, Storer, BE, et al. Screening sigmoidoscopy and colorectal cancer mortality. *J Natl Cancer Inst* 1992; 84:1572.
- 12 – Muller, AD, Sonnenberg, A. Protection by endoscopy against death from colorectal cancer. *Arch Intern Med* 1995; 155:1741.
- 13 – Selby, JV, Friedman, GD, Quesenberry, CP Jr, Weiss, NS. A case-control study of screening sigmoidoscopy and mortality from colorectal cancer. *N Engl J Med* 1992; 326:653.
- 14 – Peppercorn MA, Odze RD. Colorectal cancer surveillance in inflammatory bowel disease. In: UptoDate, Rose, BD (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2007. Disponível em: URL: [http://www.uptodate.com/utd/content/topic.do?topicKey=inflambd/8300&selectedTitle=1-1108&source=search\\_result](http://www.uptodate.com/utd/content/topic.do?topicKey=inflambd/8300&selectedTitle=1-1108&source=search_result) [Acedido em: 22/09/2007].
- 15 – Kornbluth A, Sachar DB; Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Ulcerative colitis practice guidelines in adults (update): American College of Gastroenterology, Practice parameters Committee. *Am J Gastroenterol.* 2004 Jul; 99(7):1371-85. Disponível em: URL: <http://www.gi.org/physicians/guidelines/UlcerativeColitisUpdate.pdf> [Acedido em: 22/09/2007].
- 16 – Ministério da Saúde. Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007/2010.
- 17 – Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Indicadores de desempenho para as Unidades de Saúde Familiar.

– Interna de Medicina Geral e Familiar, USF Nova Via; – Interna de Medicina Geral e Familiar, CS São João; – Interna de Medicina Geral e Familiar, CS Penafiel; – Interna de Medicina Geral e Familiar CS Paços de Ferreira; – Interna de Medicina Geral e Familiar, CS Maia; – Assistente de Medicina Geral e Familiar, CS Saúde de S. Mamede de Infesta; – Assistente de Medicina Geral e Familiar, CS S. João, Assistente Convidado da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto