



Rastreamento e Diagnóstico do Câncer Colorretal

Guia para o Médico da Atenção Básica

É bom lembrar que:



O Câncer Colorretal (CCR) é um grande problema de saúde pública em ascensão quanto à incidência e custos de tratamento , tanto no âmbito mundial , quanto locorregional. As últimas estimativas do INCA (Instituto Nacional do Câncer) para Estado da Paraíba são de 400 novos casos anualmente.

Como agravante do problema , inexistente política pública nacionalmente instalada de prevenção e rastreamento do CCR , uma vez que o principal recurso diagnóstico é a colonoscopia , com custo público elevado . Isso deixa claro que o uso desse recurso deve ser otimizado , para evitar as longas filas de espera no sistema , utilizando critérios de estratificação de riscos. Essa tendência mundial foi aplicada em alguns municípios do Brasil , como veremos à seguir. Ainda , nessa equação é fundamental que o médico compreenda sobre a diferença entre **Rastreamento** dos casos **assintomáticos** e o **Diagnóstico** dos **sintomáticos**.

O que é preciso saber.



O câncer do intestino é a **segunda causa mundial de óbito** por tumor maligno. No Brasil, sua incidência é crescente. Estimativas do Instituto Nacional do Câncer (INCA) para 2008 previam 26.990 casos novos e, dez anos depois, esses números subiram para 36.360, com 15.415 mortes pela doença. É a terceira causa de óbito por tumor maligno no Brasil, só perdendo para o câncer de próstata e o de mama. É a segunda causa de mortes por câncer na região sudeste e a primeira no Rio Grande do Sul. Ocorre tanto nos homens como nas mulheres, com discreto aumento da incidência nessas últimas.

O câncer é fatal. Quando descoberto tardiamente, provocará a morte de 50% dos acometidos em até 5 anos. Em 25% dos casos, no momento do diagnóstico, quando o paciente se apresenta sintomático, metástases hepáticas já estarão presentes. Todavia, a chance de cura do câncer do intestino se for diagnosticado na sua fase inicial chega a 90%. A abordagem ideal, então, é a busca do diagnóstico precoce nos assintomáticos, considerando a idade como principal fator de risco. A maioria desses tumores se desenvolve a partir de pólipos, que são lesões benignas que crescem na parede interna do intestino e que podem se malignizar, com o passar dos tempos. Quando detectados e retirados, impedem o surgimento do câncer. Por isso, as medidas para prevenção e rastreamento do câncer do intestino devem ser feitos em pessoas ASSINTOMÁTICAS.

Como fazer o Rastreamento dos Assintomáticos na UBSF?

Atualmente, dispomos de exames para realização de RASTREAMENTO que podem identificar a doença e os seus precursores. Esses exames estão justificados pela crescente incidência desse tipo de tumor, sua elevada mortalidade e alto custo para tratamento nas fases mais tardias que, além da cirurgia, pode incluir a radio e a quimioterapia.

Dentre os métodos disponíveis, a pesquisa de sangue oculto nas fezes tem o melhor custo-benefício para rastreamento populacional. **Nos locais em que é aplicado, há queda da incidência do câncer do intestino em até 34%.**

A incidência de pólipos em **pessoas com mais de 50 anos** de idade é de 18 a 36% e o primeiro sinal é com frequência a ocorrência de sangramento sob a forma de **sangue “oculto”** (em pequena quantidade) nas fezes. A triagem populacional é feita com a pesquisa de sangue oculto nas fezes em busca de hemoglobina humana (trata-se do FIT , iniciais em inglês para Teste Imunológico Fecal). Esse procedimento é simples e barato, e para sua realização requer pequena amostra das fezes. **Quando o resultado é positivo, deve-se encaminhar o paciente para colonoscopia**, que detectará e retirará os pólipos encontrados, evitando dessa maneira, o aparecimento do câncer do intestino. Os trabalhos mostram que aproximadamente 5 a 10% dos pacientes assintomáticos com idade a partir de 50 anos terão FIT positivo .

Como a faixa etária preferencial de acometimento é dos 50 aos 75 anos, as recomendações da OMS é de começar o rastreamento à partir dos 50 anos .



Qual a efetividade desse Rastreamento?



No Brasil , a experiência com este modelo de rastreamento (Sangue oculto positivo seguido de colonoscopia) foi descrita no estudo piloto realizado pela ABRAPRECI (Associação Brasileira de Prevenção do Câncer de Intestino), em 2006-2007, em Santa Cruz das Palmeiras, Estado de São Paulo, para avaliação da viabilidade de rastreamento desse tipo de tumor e contou com adesão de 80% da população assintomática com 40 anos ou mais (os dados mundiais variam entre 60 e 90%). Quando os exames foram positivos, o que ocorreu em 10,7% (dados mundiais entre 1,3 e 9,8%), a colonoscopia foi indicada. Foram realizadas 56% das colonoscopias indicadas. Os adenomas foram identificados em 28% e o tumor maligno em 4,4% dos exames. A incidência do tumor do intestino na literatura é de 1,49:1000 pessoas/ano e nesse estudo foi de 2,47:1000 pessoas. Estudos mais recentes foram realizados em 2014, em cidade de população indígena, no Pará, pela SOBED; em 2016 na zona leste da cidade de São Paulo, pela Universidade de São Paulo; em 2016 no bairro da Moóca, pela ABRAPRECI e Hospital Oswaldo Cruz, e em 2019/2020, em São José dos Campos com média de 5% de sangue oculto positivo. As conclusões mostraram que o rastreamento é factível e que o tumor pôde ser evitado na população daqueles locais.

Portanto...



Esses dados servem de parâmetro para o rastreamento do câncer do intestino em cidades de pequeno e médio porte, prevendo a quantidade de exames de colonoscopia, de procedimentos para retirada das lesões precursoras (polipectomias) e de operações para tratamento dos tumores identificados. Desta forma, pode-se prever o custo total para rastreamento. **A economia com os custos de tratamento do tumor do intestino será reduzida em 60% em 5 anos, permitindo que o valor seja usado para prevenção e tratamento de outras doenças.**

ABRAPRECI , SBCP (Sociedade Brasileira de Coloproctologia) e SOBED (Sociedade Brasileira de bEndoscopia Digestiva) estimulam a adoção deste modelo de rastreamento para os municípios e apoiaram a execução do estudo populacional para o diversos centros do país . Em 2023, este modelo foi implantado em Cairu-BA e em 2024 na cidade de Óbidos-PA na Campanha Março Azul de Prevenção do Câncer de Intestino.

Orienta-se que o médico da UBSF deverá solicitar a realização de FIT nos pacientes acima de 50 anos, sem sintomas do CCR e quando apresentarem resultados positivos, proceder a solitação da colonoscopia. A frequência de realização do FIT deve ser anual.

Mas, e os pacientes SINTOMÁTICOS?



Por outro lado , aqueles pacientes **com sintomas** sugestivos de CCR, os portadores de síndromes genéticas com polipose e aqueles com antecedente familiar de primeiro grau para CCR , deverão ser encaminhados para colonoscopia e atendimento médico especializado (Coloproctologia ou Gastroenterologia) .

Com a finalidade de auxiliar na agilização de cuidados com os **pacientes Sintomáticos** , os médicos das UBSF devem atentar para identificação dos chamados **SINTOMAS de RISCO** . É importante identificar esses sintomas na guia de solicitação da Colonoscopia para otimizar agilidade e a utilização desse recurso diagnóstico na Unidade de Regulação Municipal.

Os “ sintomas de risco “ são: sangramento visível nas fezes associado a dor abdominal recorrente (com duração superior a 1 mês) , alteração do hábito intestinal persistente, acompanhada de anemia ou de perda ponderal .

Ações recomendadas:

Podemos recomendar as seguintes atitudes do Médico da UBSF baseadas na apresentação clínica do paciente :

- **Hematoquezia indolor** (paciente que ao atender a seu desejo evacuatório, percebe sangue nas fezes, na ausência de dor ou ardor anal) E **SEM os SINTOMAS DE RISCO** :

Estes pacientes devem ser examinados (preferencialmente com toque retal na UBSF para descartar câncer retal baixo) e devem receber encaminhamento para ambulatório de Coloproctologia.

- **Hematoquezia indolor COM SINTOMAS DE RISCO** associados:

Estes pacientes devem ser encaminhados à colonoscopia E ao ambulatório de Coloproctologia.

- **Hematoquezia dolorosa** (trata-se do paciente que ao atender seu desejo evacuatório usual, percebe sangue nas fezes associado a ardor ou dor anal), sem sintomas de risco :

Estes pacientes devem ter a região anal examinada na UBSF, por inspeção externa da região anal em busca de fissura anal , tratados clinicamente em caso positivo e encaminhados ao ambulatório de Coloproctologia .

Pacientes com sintoma isolado de Anemia : Dar prioridade ao uso de recursos primários, como FIT associado a USG de abdome, exame ginecológico e investigação laboratorial , antes de solicitar colonoscopia e endoscopia digestiva.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 - <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>

2 - Shiotani A, Ishikawa H, Mutoh M, Takeshita T, Nakamura T, Morimoto K et al. Impact of Diarrhea after Drinking on Colorectal Tumor Risk: A Case Control Study. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2019;20(3):795 -799.

3 - Dienstmann R, Vermeulen L, Guinney J, Kopetz S, Tejpar S, Tabernero J et al Consensus molecular subtypes and the evolution of precision medicine in colorectal cancer. *Nat Rev Cancer*. 2017;17(2):79-92. doi: 10.1038/nrc.2016.126.

4 - Mármol I, Sánchez-de-Diego C, Pradilla Dieste A, Cerrada E, Rodriguez Yoldi MJ. Colorectal Carcinoma: A General Overview and Future Perspectives in Colorectal Cancer. *Int J Mol Sci*. 2017;18(1). pii: E197. doi: 10.3390/ijms18010197.

5 - Wu XR, Zheng XB, Huang Y, Cao Q, Zhang HJ, Miao YL. Risk factors for colorectal neoplasia in patients with underlying inflammatory bowel disease: a multicenter study. *Gastroenterol Rep (Oxf)*. 2019;7(1):67 -73. doi: 10.1093/gastro/goy039.

6 - Tarazi M, Guest K, Cook AJ, Balasubramaniam D, Bailey CMH. Two and five year survival for colorectal cancer after resection with curative intent: A retrospective cohort study. *Int J Surg*. 2018;55:152 -155. doi: 10.1016/j.ijsu.2018.05.731.

7 - Karsenti D, Tharsis G, Burtin P, Venezia F, Tordjman G, Gillet A. Adenoma and advanced neoplasia detection rates increase from 45 years of age. *World J Gastroenterol*. 2019;25(4): 447-456. doi: 10.3748/wjg.v25.i4.447

8 - Perez RO, Proscurschim I, São Julião GP, Pícolo M, Gama-Rodrigues R, Habr-Gama A. Instalação e resultados preliminares de programa de rastreamento populacional de câncer colorretal em município brasileiro. *Arq bras cir dig*, 2018;21(1): 12-15. doi 10.1590/S0102-67202008000100003

9 - <https://www.fascrs.org/colorectal-cancer-screening-and-surveillance-clinical-guideline-and-rationale>

10 - Heresbach D, Manfredi S, D'Halluin P N, Bretagne JF, Branger B. Review in depth and meta-analysis of controlled trials on colorectal cancer screening by faecal occult blood test. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2006;18(4):427 -33.

11 - van der Vlugt M, Grobbee EJ, Bossuyt PMM, Bos A, Bongers E, Spijker W, et al. Interval Colorectal Cancer Incidence Among Subjects Undergoing Multiple Rounds of Fecal Immunochemical Testing. *Gastroenterology*. 2017;153(2):439 - 447.e2. doi: 10.1053/j.gastro.2017.05.004.

12 - Seeff LC, Royalty J, Helsel WE, Kammerer WG, Boehm JE, Dwyer DM,

Clinical outcomes from the CDC's Colorectal Cancer Screening Demonstration Program. *Cancer*. 2013;119 Suppl 15:2820-33. doi: 10.1002/cncr.28163.

13 - Roncucci L, Mariani F. Prevention of colorectal cancer: How many tools do we have in our basket? *Eur J Intern Med*. 2015;26(10):752-6. doi: 10.1016/j.ejim.2015.08.019

14 – Habr Gama A, Moreira H, Freitas, IM, Gama Rodrigues J, Penteadó JF, Zeitune, JMR et al. Rastreamento de câncer colorretal pela prova de Haemocult (método do guaiaco modificado) estudo multicêntrico no Brasil. GE

Texto de:

Dr^a Shirlane Frutuoso Malheiros
Coloproctologista TSBCP

Dr^a Carmen Ruth Manzione Nadal
Coloproctologista TSBCP
ABRAPRECI

