

PREVENÇÃO SECUNDÁRIA DO CÂNCER COLORRETAL EM INDIVÍDUOS ASSINTOMÁTICOS DE BAIXO RISCO

SCREENING OF COLORECTAL CANCER IN LOW RISK ASSYMPTOMATIC PATIENTS

BRENO SATLER DE OLIVEIRA DINIZ*; ANTONIO LACERDA-FILHO**

RESUMO

O câncer colorretal é uma das neoplasias malignas mais comuns e letais, sendo a segunda causa de morte por neoplasias em homens e mulheres nos países desenvolvidos. Dados nacionais sugerem que sua incidência tem aumentado em nosso meio, sobretudo na região sudeste. O diagnóstico precoce das lesões pré-malignas e das fases iniciais do câncer colorretal permite que o seu tratamento cirúrgico seja potencialmente curativo, caracterizando a chamada prevenção secundária. Tal fato é possível com a introdução dos métodos de *screening* disponíveis atualmente – pesquisa de sangue oculto nas fezes, retossigmoidoscopia, colonoscopia e o enema opaco – na população em geral e naqueles indivíduos que apresentam maior risco de desenvolver este câncer. Na presente revisão será enfocada a prevenção secundária do câncer colorretal em pacientes assintomáticos de baixo risco para a doença.

Palavras-chave: Neoplasias colorretais – prevenção e controle sangue oculto, diagnóstico precoce

INTRODUÇÃO

O câncer colorretal (CaCR) é uma afecção muito comum nos países desenvolvidos nos quais representa grande impacto para a saúde pública. Nos Estados Unidos estima-se que surjam, anualmente, cerca de 150.000 novos casos desta doença e que cerca de 60.000 óbitos por ano sejam secundários a ela.¹ É o segundo tipo de neoplasia mais letal em ambos os sexos, superado apenas pelo câncer de pulmão nos homens e pelo câncer de mama nas mulheres. A relação homem/mulher é de aproximadamente 1:1, porém o câncer localizado no cólon é mais comum nas mulheres, enquanto o câncer localizado no reto é mais comum nos homens.²

No Brasil, as estimativas de incidência do CaCR variam de estado para estado da federação. No ano de 2001, a incidência estimada para homens foi de 16,2 a 18,1 casos por 100.000 habitantes para o estado de São Paulo e de 0,6 a 4,7 casos por 100.000 habitantes para os estados do Norte e Nordeste. Já no sexo feminino essa relação foi de 15,8 a 19,1 casos por 100.000 habitantes no estado de São Paulo e de 0,6 a 5,8 casos por 100.000 habitantes nos estados do Norte e Nordeste.³ Esta acentuada diferença na incidência entre os estados brasileiros mais desenvolvidos e os menos desenvolvidos se deve provavelmente a diferentes estilos de vida que se observa entre eles, sendo que os estados mais desenvolvidos têm

estilo de vida semelhante ao dos países desenvolvidos, nos quais se observa alta incidência de CaCR, ao contrário do que ocorre nos estados menos desenvolvidos. A diferença de estilo de vida também explica parcialmente a diferença de incidência do CaCR entre os países desenvolvidos e os países subdesenvolvidos do continente africano, e também a semelhança das taxas de incidência em indivíduos que migram de áreas de baixa incidência para áreas de alta incidência, se comparados com a dos indivíduos que são naturais destas regiões.⁴

Existem vários tipos histológicos de neoplasias malignas colorretais, divididas entre os de origem epitelial (o adenocarcinoma, e, muito raramente, o carcinoma de células escamosas) e os de origem não epitelial (linfomas, carcinóides, lipossarcomas e leiomiossarcomas). Dentre estas, destaca-se o adenocarcinoma, que corresponde a 95% de todos os tumores malignos colorretais⁵ sendo sua prevenção secundária o objeto de estudo deste trabalho.

Inúmeros fatores ambientais e genéticos predis põem ao aparecimento do CaCR,^{1,2,4} sendo os mais importantes: (1) dieta pobre em fibras e rica em gorduras saturadas e carne vermelha; (2) a idade – o CaCR aumenta de frequência com o aumento da idade, a partir dos 50 anos; (3) doença inflamatória intestinal; (4) história familiar de câncer colorretal; (5) síndromes genéticas hereditárias: polipose colônica familiar e câncer colorretal hereditário não associado a polipose (HNPCC); (6) história pessoal de CaCR prévio e (7) presença de pólipos adenomatosos. Macroscopicamente, o adenocarcinoma colorretal apresenta-se basicamente em quatro formas^{2,5}: (1) polipóide, que é mais comum no cólon direito que no esquerdo e caracteriza-se por massa projetando na luz intestinal; (2) ulcerada, que é a forma mais comum, crescendo em super-

* Acadêmico de Medicina, Faculdade de Medicina da UFMG;

** Professor do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da UFMG. Coordenador da Disciplina de Coloproctologia

Monografia apresentada à disciplina de Coloproctologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais

Endereço para correspondência:
Antônio Lacerda-Filho
Depto Cirurgia – FMUFMG
Av. Alfredo Balena, 190
Belo Horizonte / MG
30130-100
alacerda@medicina.ufmg.br

Data de Submissão:
23/01/2003

Data de Aprovação:
10/04/2003

fície e em profundidade, podendo também apresentar-se como ulcerovegetante; (3) anular, mais comum no retosigmóide e que cresce infiltrando a parede intestinal de modo circular, levando a estenose e obstrução intestinal; e (4) infiltrativa, que é a forma macroscópica mais rara e pode levar a espessamento da parede intestinal, assemelhando-se ao aspecto da linitis plástica no estômago.

A distribuição anatômica do CaCR não é homogênea. Ele é mais comum na região do reto e do sigmóide (Quadro 1). Porém, nos últimos anos, tem-se verificado alteração progressiva na sua distribuição, com o aumento da frequência dos tumores no cólon proximal. Provavelmente, isto se deve ao número crescente de colonoscopias e ao maior reconhecimento das síndromes genéticas, nas quais os tumores tendem a ser mais comumente encontrados nesta região.²

Quadro 1 - Distribuição anatômica do câncer colorretal.

Reto	30%
Sigmóide	20%
Cólon descendente	15%
Cólon ascendente e ceco	25%
Cólon transversal	10%

Os locais mais comuns de metástases do CaCR são as cadeias linfáticas das artérias mesentérica superior e mesentérica inferior. Fígado, pulmões, ossos e SNC são os sítios mais comuns de metástases por via hematogênica. O tumor também pode disseminar-se por contiguidade, invadindo o peritônio parietal (carcinomatose peritoneal), a bexiga, a vagina e outros órgãos vizinhos.

O CaCR pode ser estadiado por meio da classificação de Dukes (modificada por Astler e Coller) e, mais modernamente, através da classificação TNM proposta pela União Internacional contra o Câncer (UICC), órgão ligado à Organização Mundial de Saúde (Quadro 2).

Os sintomas do CaCR dependem do seu estágio de evolução e de sua localização. Aqueles de localização proximal se manifestam principalmente por mudança do hábito intestinal sem motivo aparente, perda sanguínea crônica e em pequeno volume, que pode manifestar-se por sangue oculto nas fezes ou melena, levando a quadros de anemia microcítica e hipocrômica, astenia, emagrecimento e, eventualmente, massa na fossa ilíaca direita. Já os tumores localizados nas regiões mais distais do cólon e no reto manifestam-se principalmente por mudança do hábito intestinal, dor, sangramento retal, presença de sangue nas fezes, diminuição do calibre das fezes (“fezes em

fitas”), obstrução intestinal, sensação de evacuação incompleta, tenesmo, massa na fossa ilíaca esquerda.⁶

Quadro 2 - Estadiamento do câncer colorretal: classificação TMN e de Dukes

TMN	Dukes	Descrição
Tis N0 M0		Carcinoma <i>in situ</i>
T1 N0 M0	A	Tumor invadindo a submucosa
T2 N0 M0	B1	Tumor invadindo a muscular própria
T3 N0 M0	B1 ou B2	Tumor invade a subserosa (cólon) ou mesoreto (reto)
T4 N0 M0	B2	Tumor ultrapassa o peritônio visceral (cólon) ou invade estruturas vizinhas (reto)
T(1,2,3) N1 M0	C1	Comprometimento de toda a parede intestinal e metástase para 1 - 3 linfonodos
T(1,2,3,4) N2 M0	C2	Comprometimento de toda a parede intestinal e metástase para 4 linfonodos ou mais
T(1,2,3,4) N3 M0		Comprometimento de toda a parede intestinal e metástase para linfonodos em troncos vasculares
T(1,2,3,4) N4 M1	D	Presença de metástases a distância

O diagnóstico do CaCR e de suas metástases baseia-se na história clínica do paciente, no exame físico completo e no exame proctológico. Os métodos endoscópicos – retossigmoidoscopia e colonoscopia – e de imagem – enema opaco, radiografia de tórax, tomografia abdominal e pélvica e ultrassonografia endorretal confirmam e estadiam adequadamente a doença. A dosagem do antígeno carcinoembriogênico (CEA) não tem finalidade diagnóstica, pois sua elevação é inespecífica, podendo ocorrer também em outras neoplasias do trato gastrointestinal, em fumantes e nas doenças inflamatórias intestinais.¹ Entretanto esse antígeno tem um valor prognóstico muito importante, pois a sua elevação após o tratamento cirúrgico é um indicador sensível de recidiva da doença, especialmente metástases a distância.²

PREVENÇÃO SECUNDÁRIA DO CaCR

A prevenção de doenças consiste na identificação dos indivíduos com alto risco de desenvolvê-la, estimulando-os a realizar mudanças no seu estilo de vida ou adotar medidas terapêuticas para prevenir ou impedir que a doença se instale.⁷ Existem três níveis de prevenção: (1) prevenção primária – consiste na adoção de medidas para impedir que a doença se instale em um indivíduo sadio; (2) prevenção secundária – adoção de medidas para detectar e prevenir a doença em seus estágios iniciais, ainda em sua fase assintomática e (3) prevenção terciária – que se inicia após o diagnóstico e envolve o manejo da doença para minimizar seus sintomas e complicações.

Neste trabalho discute-se a prevenção secundária do câncer colorretal por meio de exames laboratoriais (*pesquisa de sangue oculto nas fezes*) e de exames de imagem (*retossigmoidoscopia, colonoscopia e enema opaco*).

Como todos os testes de rastreamento ou de *screening* – termo da língua inglesa consagrado na literatura médica mundial - aqueles usados para o câncer colorretal devem ter as seguintes características^{7,8}: (1) capacidade de detectar a doença em sua fase assintomática; (2) ter alta sensibilidade para minimizar resultados falso-positivos; (3) ser aceitável pelo paciente; (4) ter custo acessível; (5) ser potencialmente mais benéfico que lesivo ao paciente.

Além das características do teste, algumas características da doença também são importantes para que seu *screening* obtenha o sucesso desejado, isto é, a diminuição da morbidade e da mortalidade relacionadas a doença e melhora da expectativa e da qualidade de vida do indivíduo. Dentre elas se destacam^{7,8}: (1) ter impacto significativo para a saúde pública; (2) ser passível de detecção em sua fase assintomática; (3) quando detectada, ser passível de tratamento, com redução de sua morbimortalidade e (4) o tratamento na fase assintomática ser mais eficaz que o tratamento em sua fase sintomática.

O *screening* do câncer colorretal preenche a maioria destes requisitos⁹, pois os testes utilizados são capazes de detectar lesão cancerosas e pré-cancerosas em suas fases iniciais com boa sensibilidade, sendo geralmente bem aceitos pelo paciente. Além disso, o CaCR tem uma longa fase inicial de evolução lenta e assintomática das lesões pré-cancerosas (pólipos adenomatosos) até tornarem-se lesões cancerosas. Nessa fase, a remoção destas lesões, seja por via colonoscópica ou por cirurgia, tem um alto potencial curativo e preventivo do CaCR. Desta forma se pode alcançar uma significativa diminuição da morbimortalidade relacionada à doença e uma melhora da expectativa e da qualidade de vida do paciente, relativamente ao que ocorre quando há o diagnóstico tardio do CaCR e seu tratamento nesta fase.

As recomendações de *screening* do CaCR são diferentes para aqueles indivíduos assintomáticos e que não têm nenhum fator de risco para o desenvolvimento do CaCR (a não ser a idade acima de 50 anos) e para aqueles sintomáticos ou que apresentam algum fator de risco (história familiar positiva para CaCR e/ou pólipos adenomatosos, portadores de síndromes genéticas – polipose colônica familiar e câncer colorretal hereditário não associado à polipose, doença inflamatória intestinal - em especial a retocolite ulcerativa, história pessoal de câncer colorretal prévio e presença de pólipos adenomatosos). Serão abordadas a seguir as recomendações para *screening* apenas dos indivíduos a partir de 50 anos que não apresentam nenhum fator de risco para CaCR e que estão assintomáticos.

PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES (PSOF)

Recomenda-se realizar a pesquisa de sangue oculto nas fezes anualmente.

Tal recomendação baseia-se nos achados de vários estudos, sendo os mais importantes três estudos randomizados¹⁰⁻¹² e um estudo não randomizado¹³ que demonstraram redução da mortalidade de 12% a 33% por CaCR no grupo em que era oferecido o *screening* com PSOF anualmente em comparação com os grupos em que era realizada a PSOF a cada dois anos ou com os grupos-controle. Um trabalho realizado em 1998, usando os resultados desses estudos e de outros, também demonstrou redução significativa da mortalidade (16%) por CaCR quando era realizado a PSOF anualmente.¹⁴ Em outro estudo foi demonstrada redução da incidência do CaCR quando pacientes foram seguidos por 18 anos, tanto com a realização anual quanto bienal da PSOF.¹⁵

Em todos os estudos, após teste positivo, foi realizado o exame de todo o cólon e reto através da colonoscopia. Alternativa à colonoscopia é a realização de enema opaco associado à retossigmoidoscopia flexível. Tais condutas atualmente são recomendadas pela *American Gastroenterological Association* quando a pesquisa de sangue oculto nas fezes for positiva.⁹

O *screening* do câncer colorretal com a pesquisa de sangue oculto nas fezes baseia-se no importante princípio de que pólipos grandes (acima de 1cm) e o câncer colorretal apresentam pequenos sangramentos durante a sua evolução, que são detectáveis pela PSOF, podendo ser, portanto, potencialmente diagnosticáveis por este teste. Porém este teste apresenta uma baixa sensibilidade tanto para pólipos quanto para CaCR (10% e 40% em média, respectivamente) e uma especificidade de 90% para ambas as lesões, levando a inúmeros testes falso-positivos e avaliações diagnósticas - geralmente colonoscopias - desnecessárias, aumentando o custo do *screening* e o risco de complicações para o paciente.⁹

A fim de aumentar a sensibilidade da PSOF foram desenvolvidos testes específicos para a hemoglobina humana (HemeSelect) através da utilização de anticorpos monoclonais específicos e que, em comparação com os testes a base de guaiaco (Hemocult), demonstraram ter maior sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de pólipos e CaCR, diminuindo-se o número de testes falso-positivos. Isto é importante, pois com a redução do número de testes falso-positivos, diminui-se a quantidade de avaliações diagnósticas desnecessárias, e suas complicações potenciais, porém sem diminuir o número de CaCR diagnosticados.¹⁶

A eficácia da PSOF na diminuição da mortalidade e da incidência do CaCR deve-se, em parte, à rigorosa ava-

liação diagnóstica recomendada após um teste positivo. A colonoscopia é o principal método de imagem utilizado nesta situação, pois, além de diagnosticar pólipos e tumores, permite a realização de biópsias das lesões, e no caso dos pólipos, possibilita a sua ressecção. A retirada de pólipos adenomatosos, lesões sabidamente pré-malignas, através da colonoscopia pode prevenir o aparecimento de CaCR. Além disso, o diagnóstico do CaCR em fase inicial e assintomática torna seu tratamento cirúrgico potencialmente curativo. Essas duas medidas combinadas, portanto, diminuem a incidência, assim como a morbimortalidade, do câncer colorretal.

RETOSSIGMOIDOSCOPIA

Recomenda-se realizar retossigmoidoscopia a cada 3-5 anos.

A retossigmoidoscopia pode ser rígida (retossigmoidoscópio de 25 cm) ou flexível (retossigmoidoscópio 35 ou 60 cm) e oferece algumas vantagens em relação à PSOF: (1) permite a visualização direta da mucosa intestinal; (2) permite biópsias das lesões visualizadas e (3) tem maior sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de pólipos na região examinada. Deve-se dar preferência à retossigmoidoscopia flexível com retossigmoidoscópio de 60 cm, pois permite diagnosticar cerca de 50% a 60% dos pólipos e tumores que acometem o intestino grosso, isto é, aqueles localizados no cólon esquerdo e no retossigmoido. A principal desvantagem do método é a impossibilidade do exame do cólon proximal.

Pelo menos três estudos caso-controle demonstraram que o *screening* com retossigmoidoscopia diminuiu a mortalidade por CaCR de 20% a 60%.¹⁷⁻¹⁹ O principal estudo é o de Selby et al.¹⁷, que compararam o uso da retossigmoidoscopia rígida durante período de dez anos antes do diagnóstico de câncer de retossigmoido em 261 pacientes, com um grupo de 868 pacientes-controle. Observaram que apenas 8,8% dos pacientes com câncer tiveram uma retossigmoidoscopia de *screening*, enquanto 24,2% dos pacientes-controle foram submetidos a esse exame (*odds ratio* de 0,41). Os resultados deste estudo demonstraram que a retossigmoidoscopia de *screening* pode reduzir em até 60% a mortalidade por câncer retossigmoidiano e que essa redução de risco continua por dez anos após um simples exame de *screening*. Muller e Sonnemberg, estudando uma população de 4411 veteranos falecidos por câncer colorretal e controles vivos ou falecidos sem a doença, também encontraram uma redução de aproximadamente 60% na mortalidade pelo câncer colorretal, relacionada à realização de proctossigmoidoscopia de *screening* entre os pacientes livres da doença (*odds ratio* de 0,41 e 0,40 para pacientes vivos ou falecidos sem câncer colorretal, respectivamente).¹⁸ À mesma conclusão chegaram Newcomb et al.¹⁹ em estudo retros-

pectivo, encontrando um maior número de pacientes livres de câncer de reto e cólon distal submetidos a uma única retossigmoidoscopia de *screening*, do que daqueles que desenvolveram um tumor nessas localizações (30% *versus* 10%).

Esses três estudos acima citados foram realizados com retossigmoidoscopia rígida, fornecendo evidências indiretas de que a retossigmoidoscopia flexível poderia diminuir ainda mais a mortalidade por câncer colorretal.²⁰ Isto foi confirmado por outro estudo de Muller e Sonnemberg, que demonstraram de forma definitiva o importante papel da retossigmoidoscopia flexível na identificação e ressecção de pólipos adenomatosos como fator determinante da diminuição da mortalidade por câncer colorretal.¹⁸

Em 1997, um consenso de especialistas na prevenção do câncer colorretal avaliou diversos estudos que utilizaram a retossigmoidoscopia flexível de *screening* no câncer colorretal.²⁰ Esses autores estipularam que para uma população de 100.000 pessoas a retossigmoidoscopia flexível realizada a cada cinco anos seria capaz de reduzir a incidência de câncer colorretal de 4.988 casos para 3.013 casos. O número de óbitos relacionados ao câncer poderia diminuir em 967 casos. Entretanto, essa redução em incidência e mortalidade seria acompanhada por um aumento do número de complicações, sendo esperadas cerca de três para cada 10.000 exames, com 2,8% delas podendo levar ao óbito.²⁰ Estimou-se que a sensibilidade da RSC flexível é de 96,7% na detecção de tumores e pólipos volumosos e de 73,3% para pólipos pequenos ao alcance do aparelho. Já a especificidade para tumores e pólipos grandes seria de 94% e para pequenos pólipos seria de 92%.²⁰

Quando a retossigmoidoscopia for positiva, deve-se realizar um exame de todo o cólon, preferencialmente através da colonoscopia, devido ao maior risco nestes indivíduos de ocorrerem lesões sincrônicas em áreas proximais do cólon.^{2,5,9,21,22} Entende-se por retossigmoidoscopia positiva o achado de pólipo adenomatoso maior que um cm ou câncer. A colonoscopia deve ser repetida em um ano após a polipectomia. Se houver recorrência, deve novamente ser repetida em um ano; se for normal, a cada três anos. A conduta quando pólipos adenomatosos menores que um cm, em especial os tubulares, são diagnosticados no exame ainda é controversa. A tendência atual é realizar-se colonoscopia quando do diagnóstico do pólipo e repetir-se o exame após três anos.

COLONOSCOPIA

Deve-se realizar colonoscopia a cada dez anos.

A colonoscopia é o melhor método para se visualizar todo o cólon, atingindo o ceco em 80% a 95% dos exames. Apresenta todas as vantagens relacionadas para a retossigmoidoscopia, além da possibilidade de ressecção

de pólipos, o que não é rotineiramente feito na retossigmoidoscopia, uma vez que a utilização de eletrocauterização em cólon sem preparo pode levar a explosão intraluminal, devido à presença de gás metano ou hidrogênio proveniente do metabolismo bacteriano.²⁰

Uma desvantagem importante da colonoscopia em relação à retossigmoidoscopia é a sua menor sensibilidade em detectar lesões nas regiões mais distais do intestino grosso (em especial o reto). Portanto, a realização de colonoscopia não substitui a realização de toque retal e de retossigmoidoscopia prévia. A colonoscopia também apresenta maiores riscos para o paciente, especialmente a perfuração da parede colônica e morte. Além do mais, sua realização adequada depende de um bom preparo do cólon e da experiência do endoscopista. Sua sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de pólipos e câncer é de 90% e 100%, respectivamente.

Existem evidências indiretas de que o *screening* com colonoscopia diminua a incidência e a mortalidade por câncer colorretal. Tais evidências derivam-se principalmente dos estudos nos quais a colonoscopia foi realizada para avaliação diagnóstica após pesquisa de sangue oculto nas fezes positiva ou após uma retossigmoidoscopia positiva, nos quais se observou diminuição tanto da mortalidade relacionada ao CaCR quanto da sua incidência. Nestes estudos, foi possível o diagnóstico de CaCR em fases iniciais e de diagnóstico e remoção dos pólipos em todo o cólon através da colonoscopia. Outros estudos também demonstraram que a polipectomia realizada durante a colonoscopia diminuía a incidência do CaCR.²⁴ Também foi demonstrada a importância da realização da colonoscopia tanto para *screening* de indivíduos assintomáticos quanto para o diagnóstico de lesões proximais à flexura esplênica do cólon, após diagnóstico de lesões distais a esta.²²

Portanto, apesar da falta de evidências diretas, através de estudos prospectivos e randomizados, de que a colonoscopia seja um método de *screening* eficaz, existem evidências indiretas que dão suporte à recomendação da realização de colonoscopia a cada dez anos. Além destas evidências, o reconhecimento de que pólipos adenomatosos levam cerca de dez anos para evoluir para câncer (seqüência adenoma-carcinoma) torna este intervalo para a realização da colonoscopia em indivíduos assintomáticos bastante adequado.

ENEMA OPACO

Deve-se realizar enema opaco associado a retossigmoidoscopia flexível a cada cinco ou dez anos

O enema opaco é um exame radiológico que possibilita a visualização de toda a extensão dos cólons. Com a

introdução da colonoscopia, ele tem caído em desuso nos centros mais avançados. Porém, em locais onde a colonoscopia ainda não é acessível à maioria da população, como no interior do Brasil, o enema opaco permanece como o principal exame para se avaliar todo o cólon. É também é uma alternativa importante quando os riscos da realização da colonoscopia ultrapassam os seus benefícios ou quando o paciente não deseja realizar a colonoscopia. Outro fator a ser considerado é seu menor custo com relação à colonoscopia, o que favorece a sua utilização em populações com menor poder aquisitivo.

A sensibilidade do enema opaco para diagnosticar lesões polipóides e câncer colorretal é menor do que a da colonoscopia, ficando em torno de 60% a 80%, diminuindo substancialmente para as lesões polipóides menores que um cm.

Entretanto, sua combinação com a retossigmoidoscopia, de preferência a flexível com retossigmoidoscópio de 60 cm, além de permitir o exame mais acurado das regiões proximais do cólon, aumenta a eficácia deste teste no *screening* do CaCR. Isto ocorre porque o segmento sigmoidiano e retal, área de maior incidência dos pólipos e tumores colo-retais, pode ser melhor avaliado através de visualização direta pela retossigmoidoscopia. Portanto recomenda-se que seja feito enema opaco associado a retossigmoidoscopia flexível a cada cinco ou dez anos.⁹

O Quadro 3 apresenta um sumário da utilização dos testes de *screening* do CaCR em indivíduos assintomáticos a partir de 50 anos.

Quadro 3 - Exames utilizados no *screening* do CaCR em pacientes assintomáticos a partir de 50 anos de idade

Exame	Intervalo	Sensibilidade	Especificidade	Redução da mortalidade
PSOF	anual	pólipos: 10% CaCR: 40%	pólipos: 90% CaCR: 90%	12% a 33%
Retossigmoidoscopia	3 - 5 anos	pólipos: 90% CaCR: 90%	pólipos: 98% CaCR: 98%	20% a 60%
Colonoscopia	10 anos	pólipos: 90% CaCR: 90%	pólipos: 100% CaCR: 100%	Reduz a mortalidade.
Enema opaco	5 - 10 anos	pólipos > 1cm: 60-80% pólipos < 1cm: 50-80% CaCR: 60 -80%	pólipos: 98% CaCR: 98%	Reduz a mortalidade

CONCLUSÃO

O câncer colorretal é uma doença cuja incidência vem aumentando, inclusive em nosso meio. Medidas de prevenção primária, como mudança de hábitos dietéticos, são de fundamental importância para que possamos diminuir esta taxa de crescimento. Por outro lado, deve ser reconhecida a importância do *screening* deste tipo de neoplasia na nossa população, o que possibilita o diagnóstico

do câncer em estágios iniciais, nos quais o tratamento adequado tem poder curativo, assim como o diagnóstico e retirada de lesões pré-malignas, prevenindo assim, na maioria dos casos, o surgimento do CaCR nestes indivíduos. Além disso, essa prática diminui os custos direta ou indiretamente associados a esta doença.

Porém, o desconhecimento da maioria da população quanto ao câncer colorretal, suas complicações e seus métodos de prevenção faz com que o número de indivíduos que realizam seu *screening* seja baixo, mesmo em países desenvolvidos.²⁴⁻²⁶ Para que este quadro possa ser mudado, é importante que os médicos, independentemente de suas especialidades, adotem uma postura ativa quanto ao problema, recomendando sempre a seus pacientes que realizem os exames de *screening*, reforçando os aspectos positivos de tal conduta, tal como a possibilidade de se diagnosticarem lesões em seus estágios iniciais, nas quais o tratamento adequado é eficaz. Além disto, programas de conscientização quanto ao câncer colorretal e seus meios de prevenção, capazes de atingir grande número de indivíduos, também são necessários para que a mortalidade dessa doença possa diminuir progressivamente.

ABSTRACT

Colorectal cancer is one of the most common and lethal neoplasms in developed countries, being the second leading cause of death by neoplasms in both sex. Moreover, its incidence has been increasing in the last years around the world, including in our country, especially in the Southeast region. Early diagnosis of pre-malignant lesions and asymptomatic disease makes its surgical treatment potentially curative. This is possible when screening tests for colorectal cancer - faecal occult blood test, sigmoidoscopy, colonoscopy and barium enema - are available for population in general and for individuals at high risk to develop this malignant disease. In the present review, screening of colorectal cancer will be focused in low risk asymptomatic patients.

Key words: Colorectal cancer, screening, early diagnosis

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Tacla M. Tumores Malignos Colo-retais. In: Dani R, editor. Gastroenterologia essencial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;1998.p.350-60.
- 2- Lacerda-Filho A. Câncer colorretal. In: Petroianu A. Clínica cirúrgica: texto e auto-avaliação. Rio de Janeiro: Revinter; 2001.p.577-89.
- 3- INCA. Instituto Nacional do Câncer. Acesso em: 20 set 2003. Disponível em: www.inca.org.br
- 4- Levin B. Neoplasms of the large and small intestines. In: Goldman L, Bennett LC, editores. Cecil textbook of medicine. Philadelphia: W.B. Saunders; 2000.p.741-50.
- 5- Raso P, Filho GB, Barbosa AJA. Tubo Digestivo. Peritôneo. In: Brasileiro Filho G, Pittela JEH, Pereira FEL, Bambirra EA, Barbosa AJA. Bogliolo Patologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan ;1994.p.542-98.
- 6- Cruz GMG. Sintomas e sinais em coloproctologia e síndromes coloproctológicas. In: López M, Laurentys-Medeiros J, editores. Semiologia médica: as bases do diagnóstico clínico. Rio de Janeiro: Revinter;1999.p.773-829.
- 7- Bloom HG. When to screen for disease in older patients. Geriatrics 2001;56:41-5.
- 8- Gates TJ. Screening for cancer: evaluating the evidence. Am Fam Physician 2001;63:513-22.
- 9- Winaver SJ, Flechter RH, Miller L, et al. Colorectal cancer screening: clinical guidelines and rationale. Gastroenterology 1997;112:594-642.
- 10- Mandel J, Bond J, Church T, Snover D. Reducing mortality from colon cancer by screening for faecal occult blood. Minnesota Colon Cancer Control Study. N Engl J Med 1993;328:1365-71.
- 11- Kronberg O, Fenger C, Olsen J, Jorgenson O, Sondegaard O. Randomized study of screening for colorectal cancer with faecal-occult-blood-test. Lancet 1996;348:1467-71.
- 12- Hardcastle JD, Chamberlain JO, Robinson MHE, Moss SM, Amar SS. Randomized controlled trial of faecal occult blood screening for colorectal cancer. Lancet 1996;348:1472-7.
- 13- Winaver SJ, Flehinger BJ, Schottenfeld D, Miller DG. Screening for colorectal cancer with fecal occult blood testing and sigmoidoscopy. J Natl Cancer Inst 1993;85:1311-8.
- 14- Towler B, Irwig L, Glaziou P, Kewenter J, Weller D, Silagy D. A systematic review of the effects of the screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, Hemoccult. BMJ 1998;317:559-65.
- 15- Mandel JS, Church TR, Bond JH, et al. The effect of fecal occult blood screening on the incidence of colorectal cancer. N Engl J Med 2000;343:1603-7.
- 16- Allison JE, Tekawa, IS, Ransom LJ, Adrain AI. A comparison of fecal occult-blood tests for colorectal-cancer screening. N Engl J Med 1996;334:155-9.
- 17- Selby JV, Friedman GD, Quesenberry CP, Weiss NS. A case-control study on screening sigmoidoscopy and mortality from colorectal cancer. N Engl J Med 1992;326:653-7.
- 18- Muller AD, Sonnenberg A. Protection by endoscopy against death from colorectal cancer. Arch Intern Med 1995;155:1741-8.
- 19- Newcomb PA, Norfleet RG, Storer BE, Surawicz T, Marcus PM. Screening sigmoidoscopy and colorectal cancer mortality. J Natl Cancer Inst 1992;84:1572-5.
- 20- Winaver SJ, Fletcher RH, Miller L, Godlee F, Stolar MH et al. Colorectal Cancer Screening: Clinical Guidelines and Rationale. Gastroenterology 1997;112:594-642.
- 21- Imperiale TF, Wagner DR, Lin CH, Larkin GN, Rogge JD, Ransohoff DF. Risk advanced proximal neoplasm in asymptomatic adults according to the distal colorectal findings. N Engl J Med 2000;343:169-74.

PREVENÇÃO SECUNDÁRIA DO CÂNCER COLORRETAL EM INDIVÍDUOS
ASSINTOMÁTICOS DE BAIXO RISCO

- 22- Lieberman DA, Weiss DG, Bond JH, Ahnen DJ, Garewal H, Chejfec G. Use of colonoscopy to screen asymptomatic adults for colorectal cancer. *N Engl J Med* 2000;343:162-8.
- 23- Winawer SJ, Zauber AG, Ho MN, et al. Prevention of colorectal cancer by colonoscopic polypectomy. *N Engl J Med* 1993;329:1977-81.
- 24- Shapiro JÁ, Seeff LC, Nadel MR. Colorectal cancer-screening tests and associated health behavior. *Am J Prev Med* 2001;21:132-7.

- 25- Weitzman ER, Zapka J, Estabrook B, Goins KV. Risk and reluctance: understanding impediments to colorectal screening. *Prev Med* 2003;32:502-13.
- 26- Codori AM, Petersen GM, Miglioretti DL, Boyd P. Health beliefs and endoscopic screening for colorectal cancer: potential for cancer prevention. *Prev Med* 2001;33:128-36.