

RASTREIO DE CANCRO COLO-RETAL E VIGILÂNCIA DE LESÕES PRECURSORAS— PROTOCOLO HOSPITALAR

**Ana Maria Oliveira; Luís Lourenço
João Ramos de Deus**

Amadora, 11 de Abril de 2013

Mapa de conteúdos

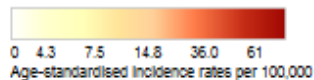
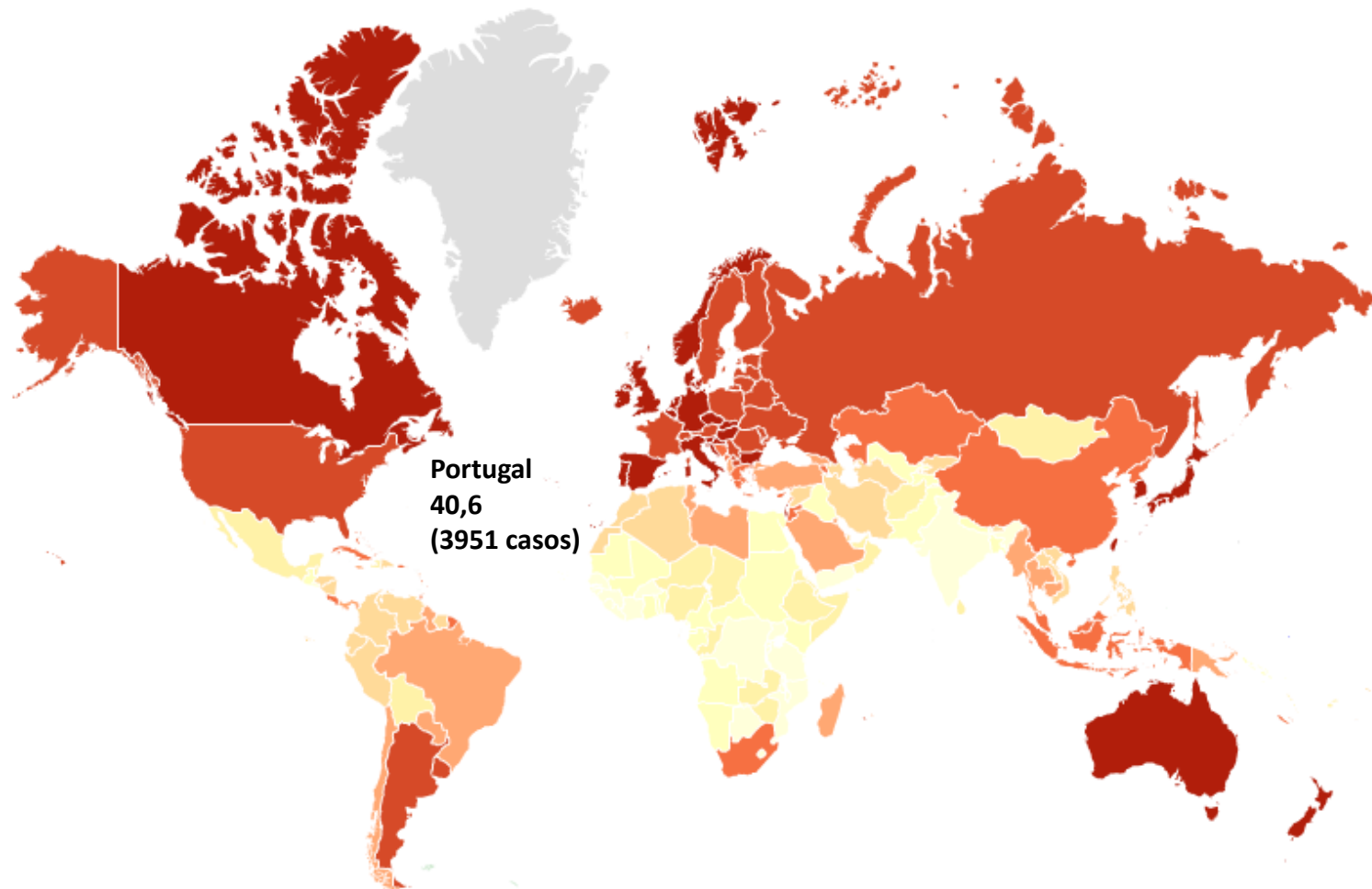
- **Cancro colo-retal (CCR)**
 - Epidemiologia
 - Carcinogénese
- **Rastreio de CCR**
 - Pesquisa de sangue oculto nas fezes
 - Qualidade em colonoscopia
 - Preparação intestinal
- **Vigilância de lesões precursoras**
- **Protocolo hospitalar**

Epidemiologia

- 3º tipo de cancro mais frequente nos E.U.A e 3ª causa de morte por cancro
 - Mais 140 000 novos casos anualmente
 - Cerca de 50 000 mortes/ano
- Mais de 1.1 milhões de americanos têm ou tiveram diagnóstico de cancro colo-retal

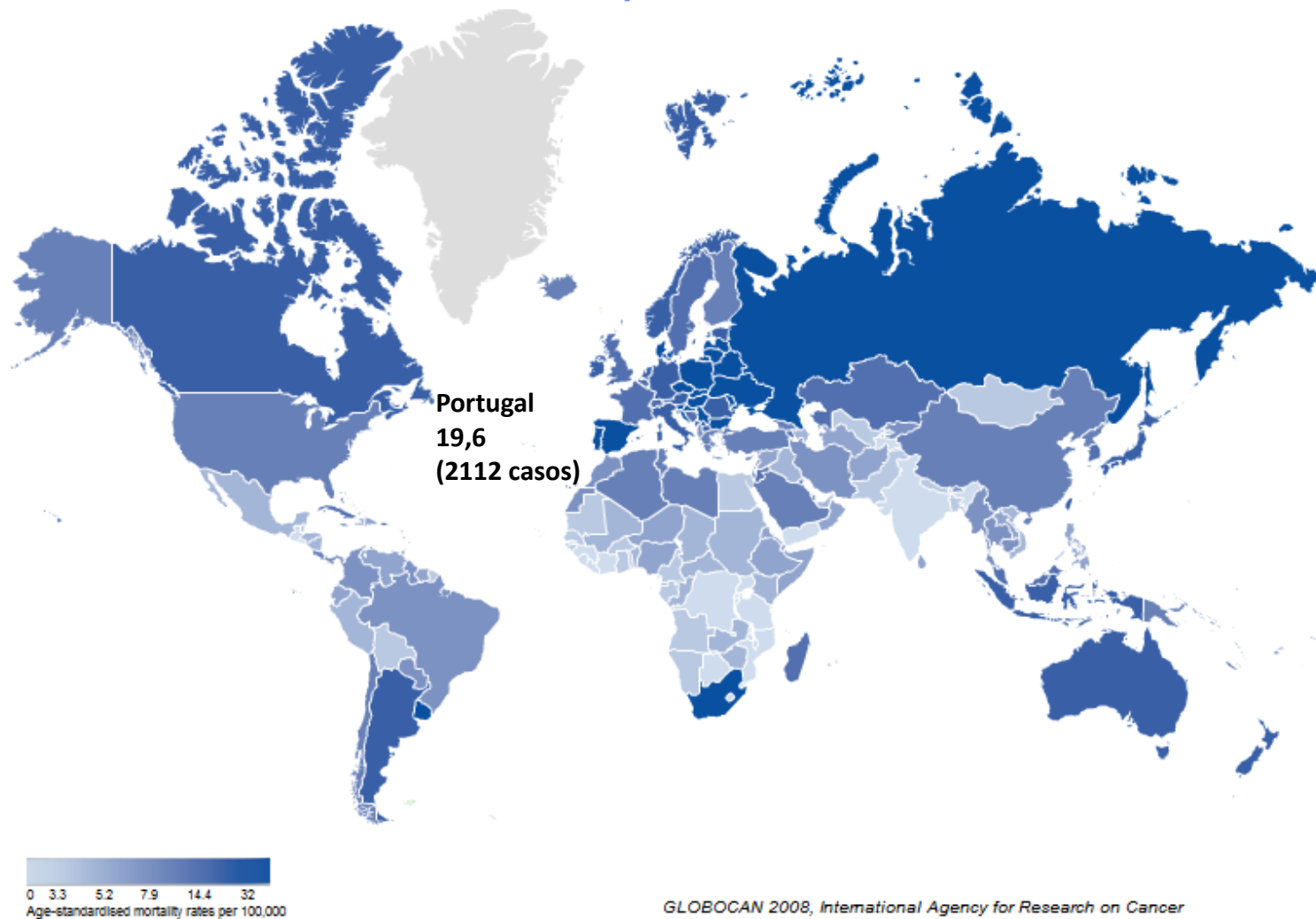
Epidemiologia

▲ Estimated Colorectal Cancer Incidence Worldwide in 2008



Epidemiologia

▲ Estimated Colorectal Cancer Mortality Worldwide in 2008:



Carcinogénese

VIAS DE CARCINOGENÉSE

- Cancro colo-rectal esporádico
- Via serrada de carcinogénese
- Via de carcinogénese nos síndromes hereditários (Síndrome de Lynch, PAF, outros)

Carcinogénese

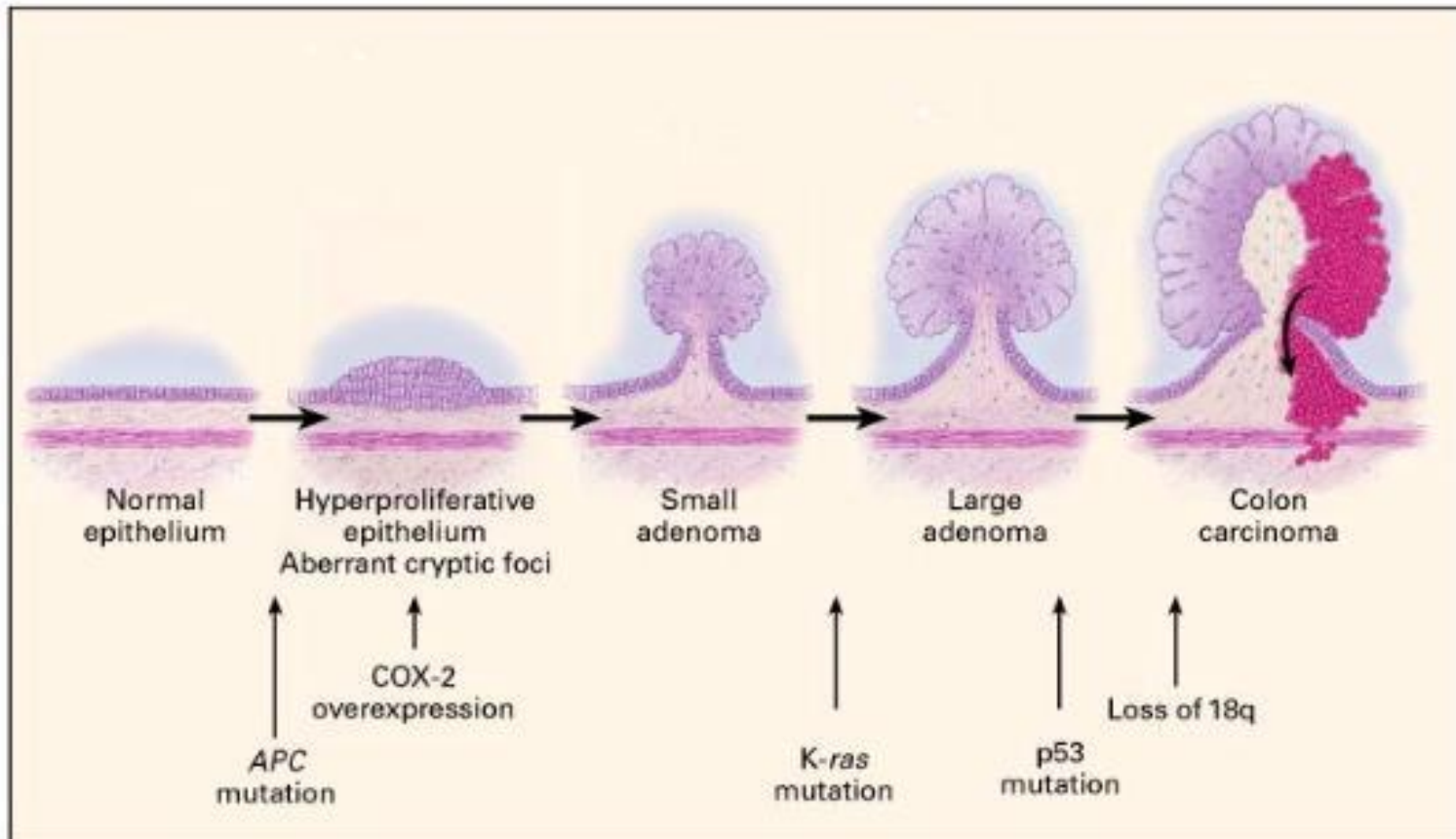
Pathway	Frequency	Genes	MSI	Precursor	Speed
CIN	65% to 70%	APC K-ras p53	No	Adenoma	Slow
Lynch	3%	MLH1 MLH2 MLH6 PMS2	Yes	Adenoma	Fast
CIMP	30% to 35%	BRAF	Sometimes	Serrated	Can be fast

Carcinogénese

WHO Classification	Prevalence	Shape	Size	Distribution	Malignancy Potential
Hyperplastic polyp	Very common	Sessile/flat	Small	Mostly distal	Very low
Sessile serrated adenoma/polyp	Common	Sessile/flat	Large	80% proximal	Significant
Traditional serrated adenoma	Rare	Sessile/pedunculated	Large	Mostly distal	Significant

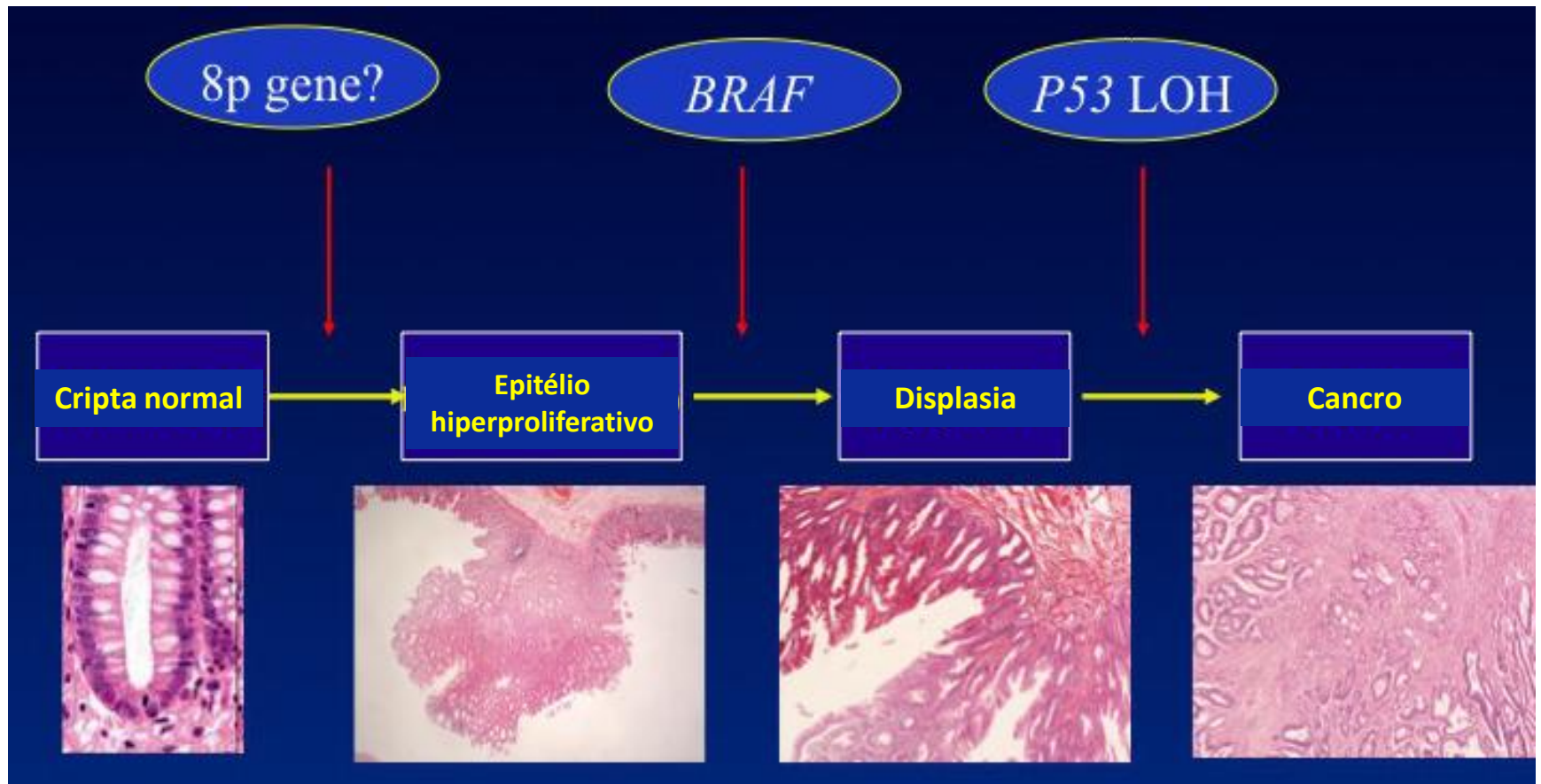
Carcinogénese

Cancro colo-retal esporádico

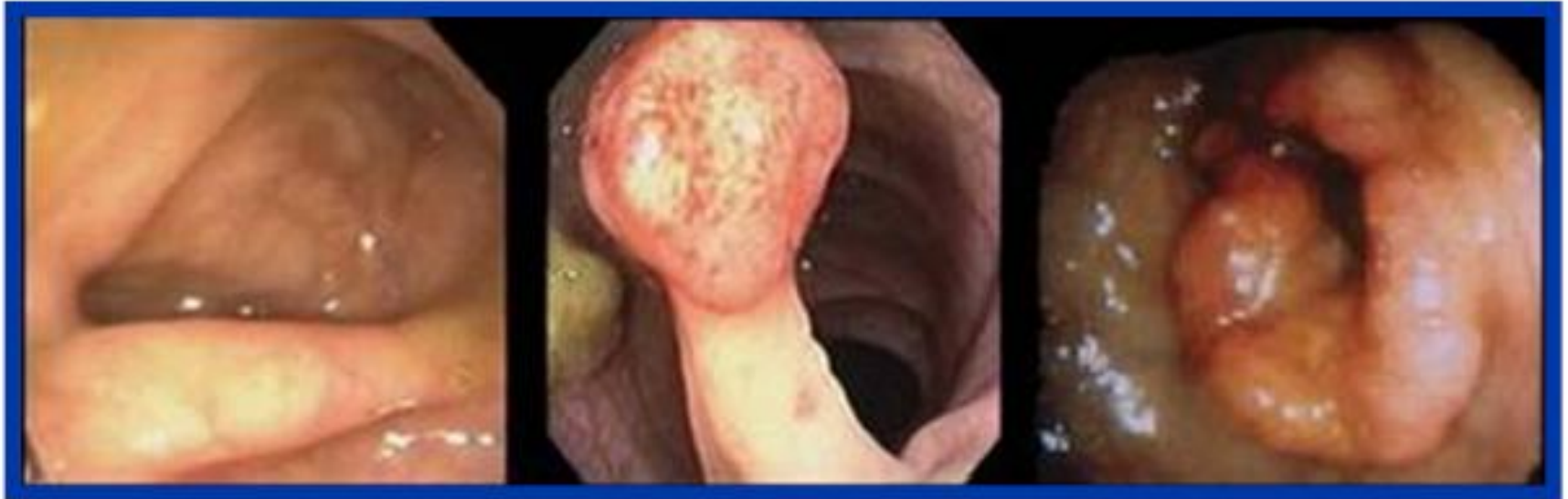


Carcinogénese

Via serrada de carcinogénese



Carcinogénese



Normal

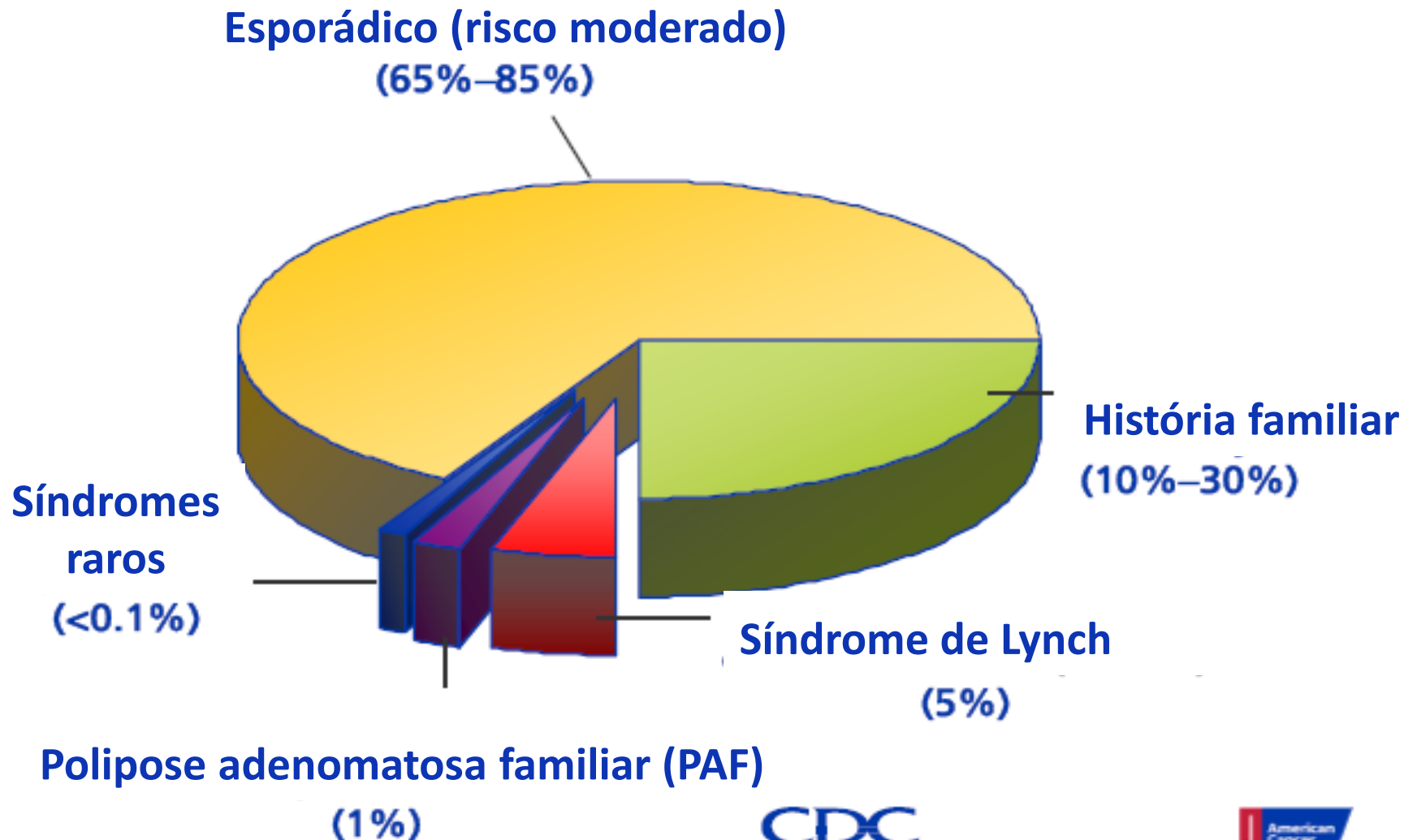


Adenoma



Carcinoma

Grupos de risco



Rastreio de cancro colo-retal

◇ **Recomendações segundo a *US Preventive Task Force***

Idade entre **50** e **75** anos

Modalidades de rastreio

Pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF) anualmente, ou

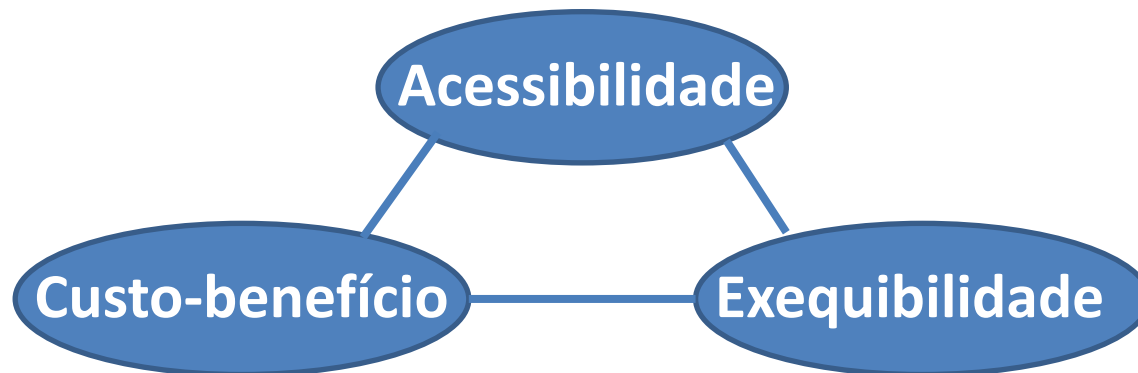
Retosigmoidoscopia flexível de 5-5 anos + PSOF de 3-3anos, ou

Colonoscopia total de 10-10 anos

Rastreio de cancro colo-retal

Programa Nacional para as Doenças Oncológicas

-> Rastreio do cancro colo-retal (CCR) com **pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF)** a toda a população entre os 50 e 74 anos



Rastreio de cancro colo-retal

Programa de rastreio de cancro organizado:

- método definido incluindo intervalos de rastreio;
- uma população-alvo bem definida;
- uma equipa para implementar o programa e monitorizar os dados;
- um programa detalhado de **garantia de qualidade**;
- identificação dos casos de cancro e morte na população-alvo e na população em geral.

International Agency for Research on Cancer. IARC Handbooks of cancer prevention. 10: Volume Lyon, France: IARC Press; 2005

Pesquisa de sangue oculto nas fezes

- Estudo retrospectivo observacional
- Doentes que realizaram colonoscopia total durante o ano de 2012, na sequência de PSOF positiva.
- Excluídos: indivíduos com risco familiar de CCR, antecedentes de CCR ou pólipos colo-retais.

Lourenço L., Oliveira A. M., Rodrigues C., Cardoso F., Ricardo L., Alberto S., Horta D., Martins A., Reis J., Pires E., Deus J. R.

Pesquisa de sangue oculto nas fezes

RESULTADOS

1542 colonoscopias totais em ambulatório

92 casos – Motivo: PSOF +

77 casos incluídos

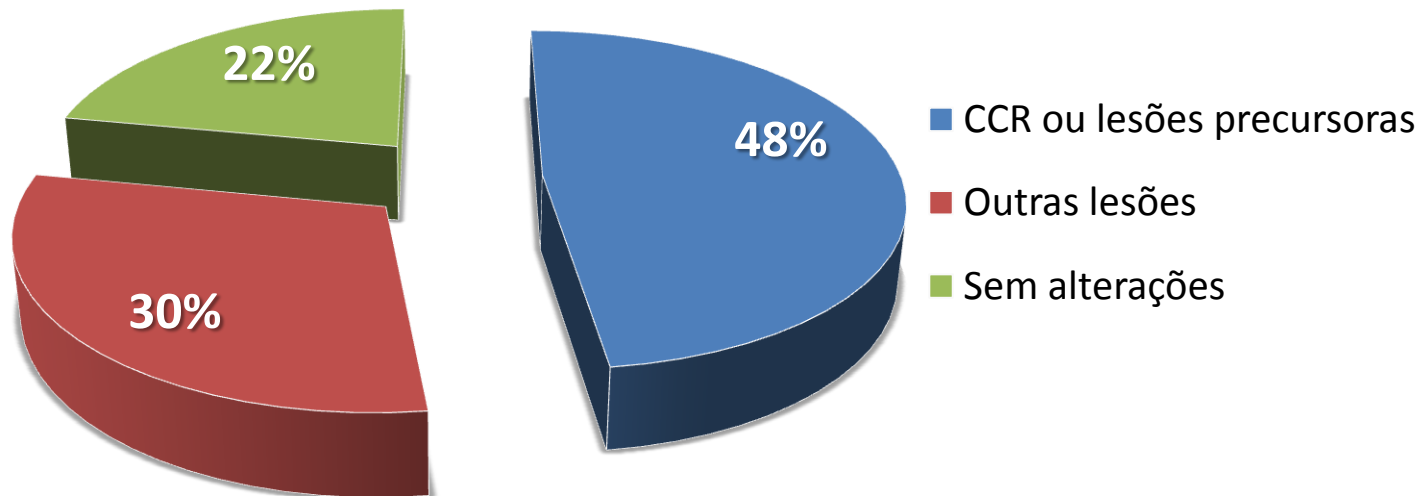
Idade média: 64 anos (50-74).

Sexo masculino: 55%

*Lourenço L., Oliveira A. M., Rodrigues C., Cardoso F., Ricardo L., Alberto S.,
Horta D., Martins A., Reis J., Pires E., Deus J. R.*

Pesquisa de sangue oculto nas fezes

Achados em colonoscopia total de doentes com PSOF+



n= 77

Lourenço L., Oliveira A. M., Rodrigues C., Cardoso F., Ricardo L., Alberto S., Horta D., Martins A., Reis J., Pires E., Deus J. R.

Pesquisa de sangue oculto nas fezes

Casos de CCR ou lesões precursoras detetadas

- Adenomas detetados em 48% dos casos (n=37).
- Lesões de **alto risco**
67% (n=25)
7 com displasia de alto grau
- Adenomas no cólon direito 17% (n=13)
- Um **adenocarcinoma** invasivo (T3N0M1) do reto.

Índice de deteção de adenomas =0,96

*Lourenço L., Oliveira A. M., Rodrigues C., Cardoso F., Ricardo L.,
Alberto S., Horta D., Martins A., Reis J., Pires E., Deus J. R.*

Pesquisa de sangue oculto nas fezes

Outras lesões encontradas

- Doença hemorroidária
- Divertículos do cólon
- Pólipos não adenomatosos
- Angiodisplasias

*Lourenço L., Oliveira A. M., Rodrigues C., Cardoso F., Ricardo L.,
Alberto S., Horta D., Martins A., Reis J., Pires E., Deus J. R.*

Pesquisa de sangue oculto nas fezes

CONCLUSÕES

- ✓ Impacto importante da PSOF na seleção de doentes para colonoscopia total
 - Elevada taxa de deteção de adenomas
 - Proporção de lesões pré-malignas encontradas no cólon direito
- ✓ Impõe-se o desenvolvimento de programas organizados que afirmam a qualidade dos programas de rastreio de CCR

Lourenço L., Oliveira A. M., Rodrigues C., Cardoso F., Ricardo L., Alberto S., Horta D., Martins A., Reis J., Pires E., Deus J. R.

Qualidade em colonoscopia de rastreio

INDICADORES

- 1) Consentimento
- 2) Experiência do colonoscopista
- 3) Limpeza e desinfecção
- 4) Sedação, analgesia, conforto
- 5) Taxa de intubação cecal ($\geq 90\%$)

Qualidade em colonoscopia de rastreio

INDICADORES

6) Taxa de deteção de adenomas e cancro

($\geq 15\%$ ♀ $\geq 25\%$ ♂)

7) Tempo de retirada do colonoscópio

8) Taxa de remoção de pólipos

9) Lesões de intervalo

10) Referenciação para remoção de grandes pólipos

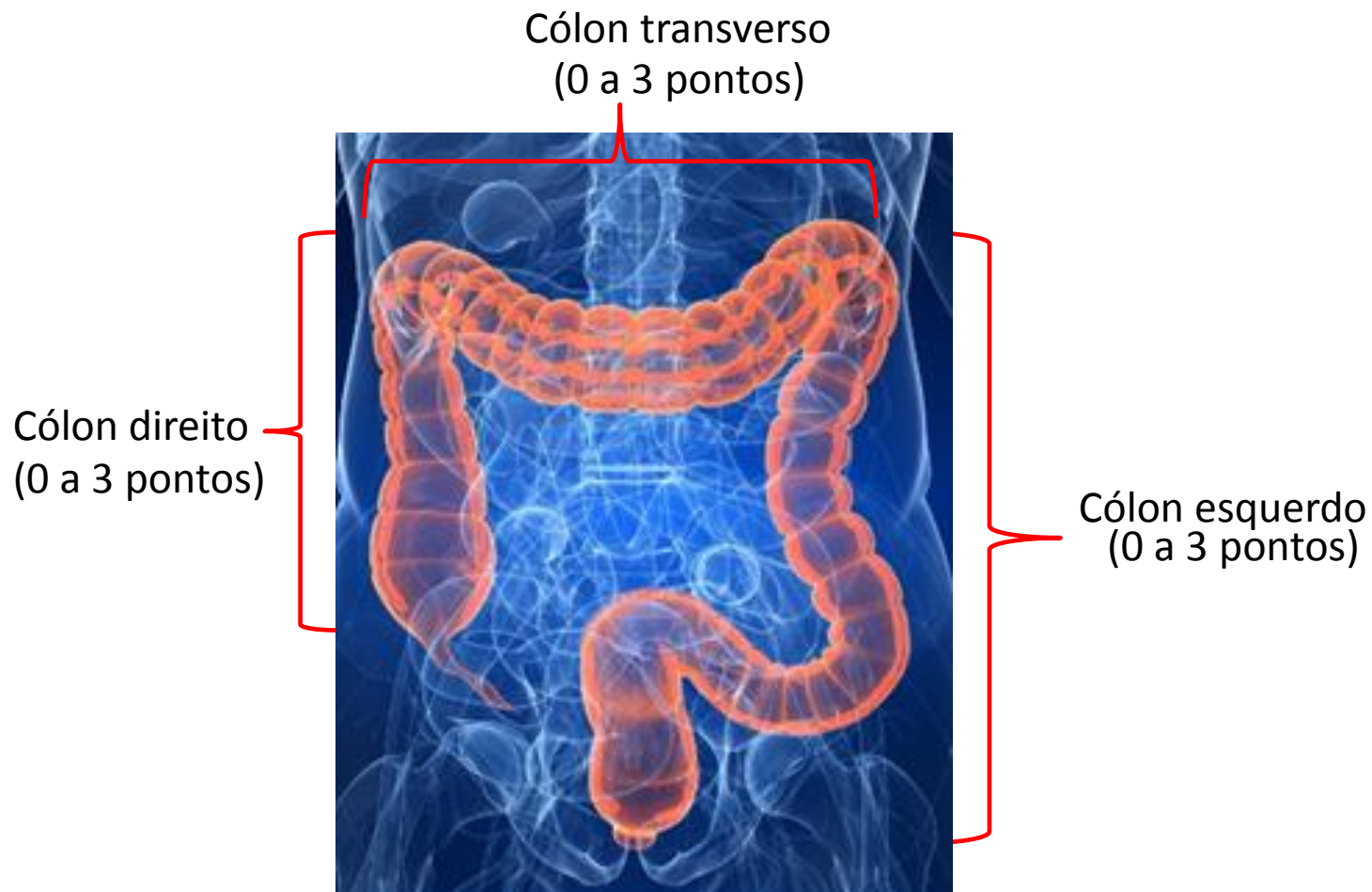
Qualidade em colonoscopia de rastreio

INDICADORES

- 11) Tatuagem na localização de grandes pólipos
- 12) Readmissões não programadas
- 13) Taxa de perfuração e hemorragia
- 14) **Preparação intestinal**

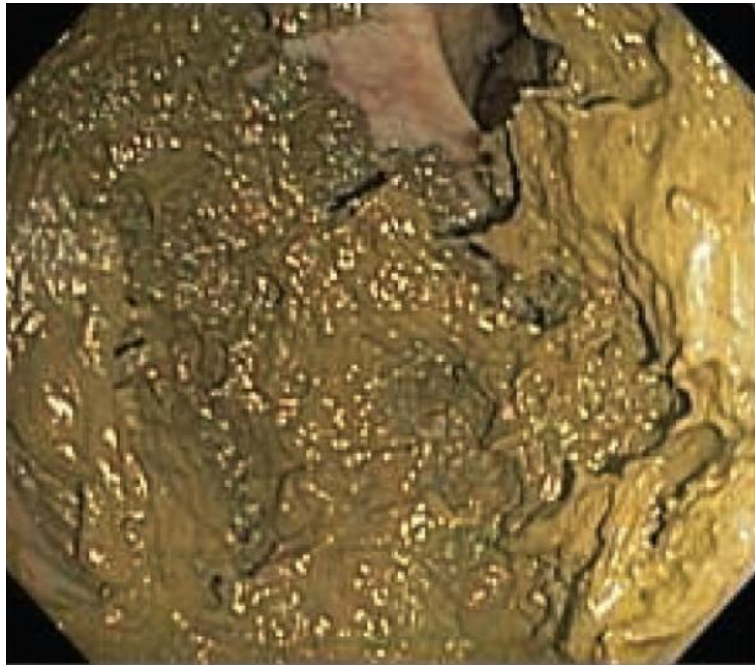
Preparação intestinal

Escala de preparação intestinal de Boston



Preparação intestinal

Escala de preparação intestinal de Boston

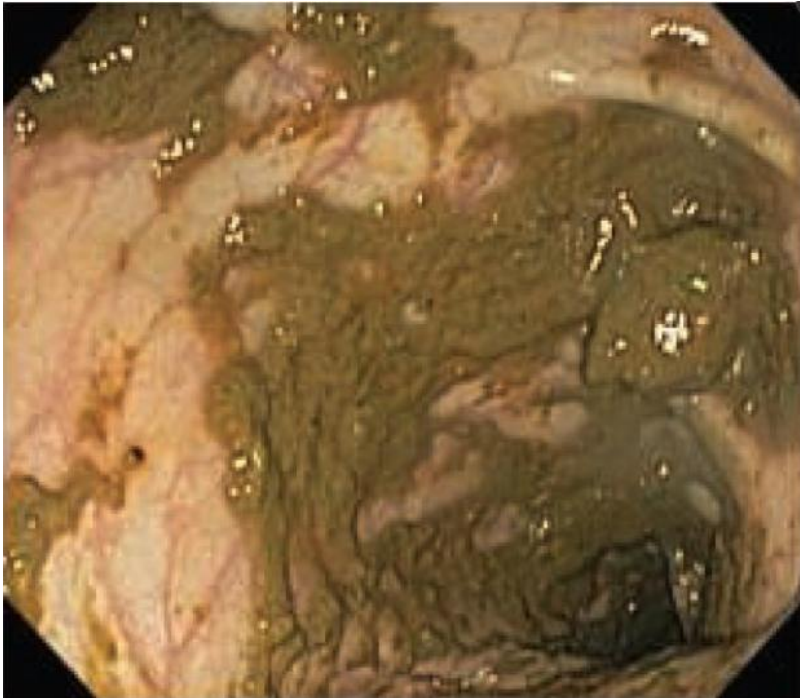


Score 0:

♦ Segmento da mucosa não visualizada devido a fezes sólidas que não podem ser removidas

Preparação intestinal

Escala de preparação intestinal de Boston

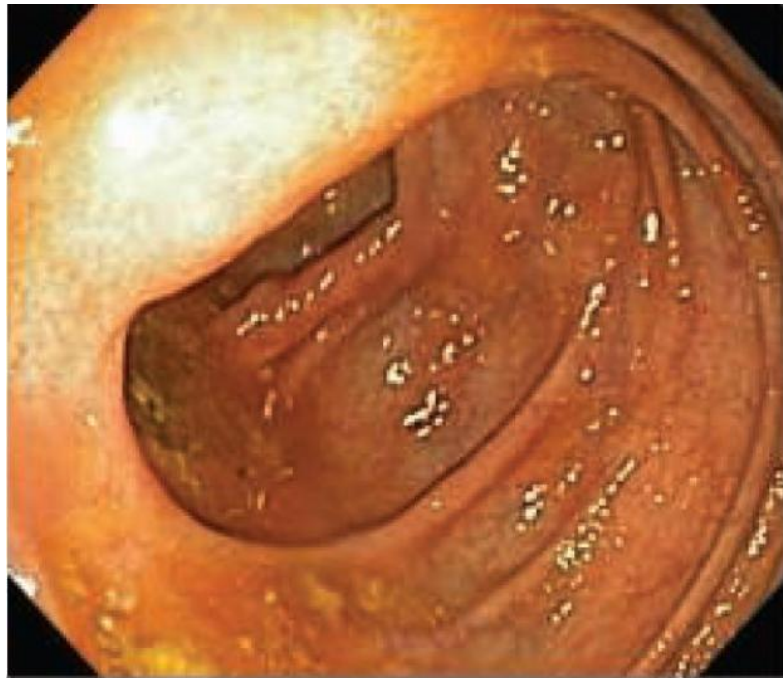


Score 1:

♦ Mucosa parcialmente visualizada, no entanto, outras áreas do segmento não visualizadas devido à presença de fezes sólidas ou líquido opaco

Preparação intestinal

Escala de preparação intestinal de Boston



Score 2:

♦ Pequena quantidade de resíduos fecais ou líquido opaco, no entanto, boa visualização da mucosa do segmento considerado

Preparação intestinal

Escala de preparação intestinal de Boston

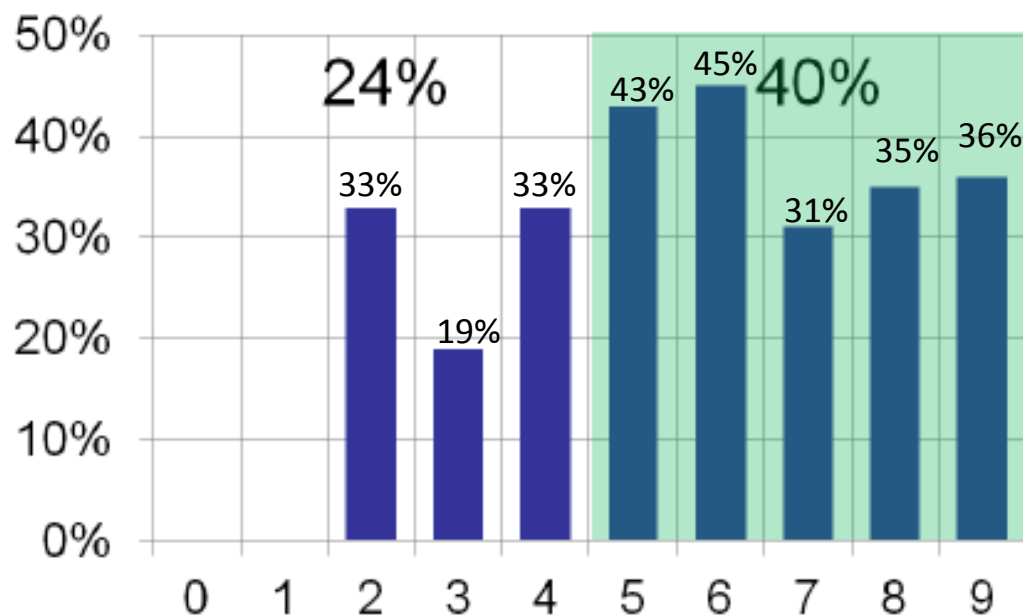


Score 3:

◇ Toda a mucosa do segmento considerado bem visualizada, sem resíduos fecais nem líquido opaco

Preparação intestinal

Taxa de detecção de pólipos de acordo com a escala de Boston



◇ Taxa de detecção de pólipos:

40% Escala de Boston ≥ 5 versus 24% Escala de Boston < 5 ($p < 0,02$)

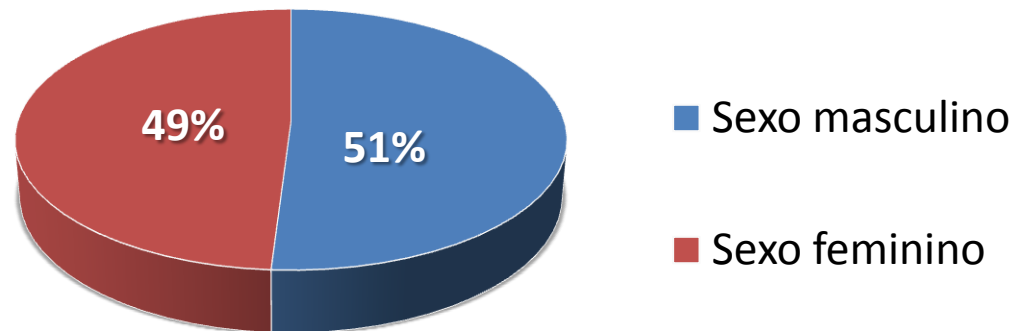
Preparação intestinal

ESTUDO AVALIAÇÃO QUALIDADE DAS PREPARAÇÕES PARA COLONOSCOPIA

- ◇ Estudo prospetivo
- ◇ Doentes submetidos a colonoscopia no nosso serviço entre Junho de 2011 e Junho de 2012

→ 1676 colonoscopias

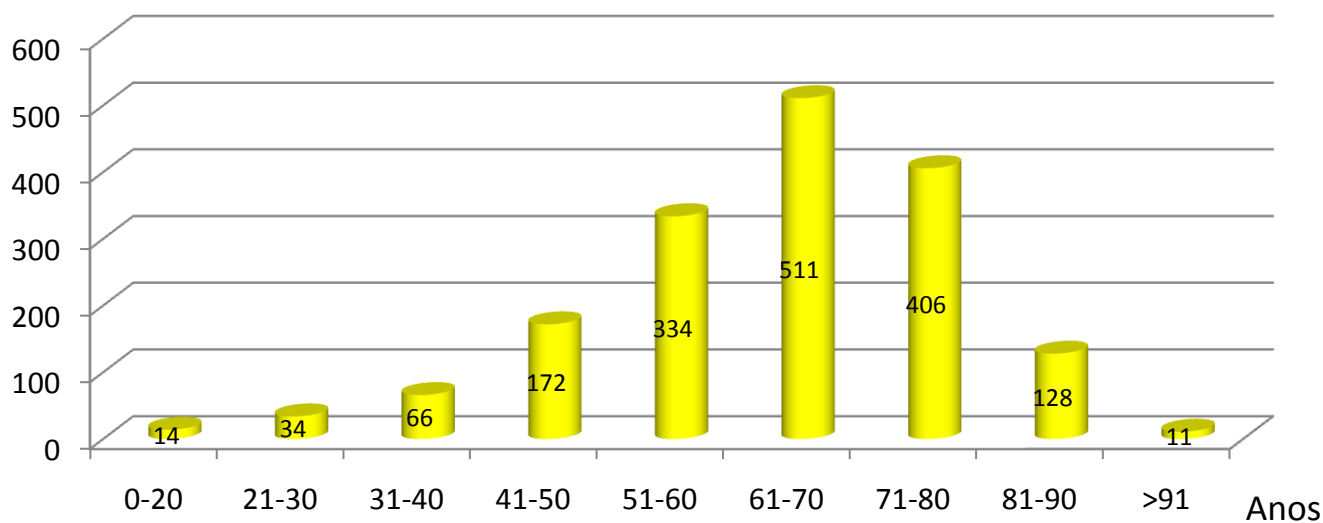
◇ Distribuição por género



Preparação intestinal

ESTUDO AVALIAÇÃO QUALIDADE DAS PREPARAÇÕES PARA COLONOSCOPIA

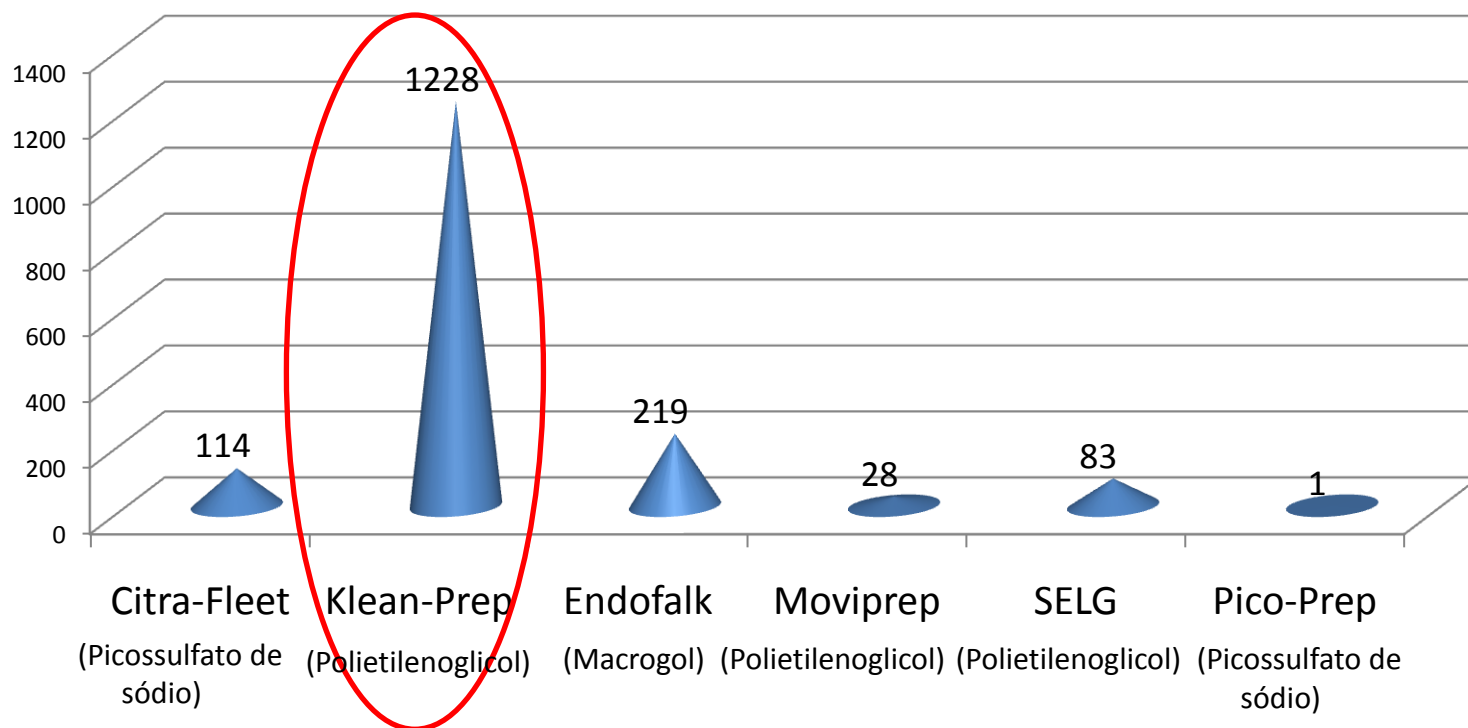
◇ Distribuição por grupo etário



Preparação intestinal

ESTUDO AVALIAÇÃO QUALIDADE DAS PREPARAÇÕES PARA COLONOSCOPIA

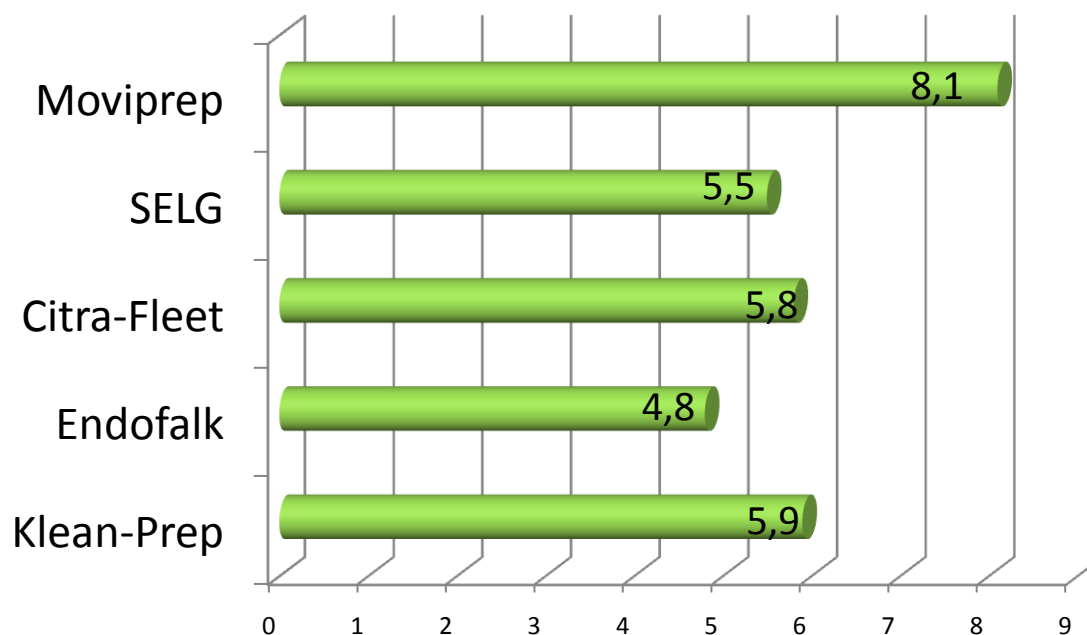
◇ Tipo de preparação intestinal



Preparação intestinal

ESTUDO AVALIAÇÃO QUALIDADE DAS PREPARAÇÕES PARA COLONOSCOPIA

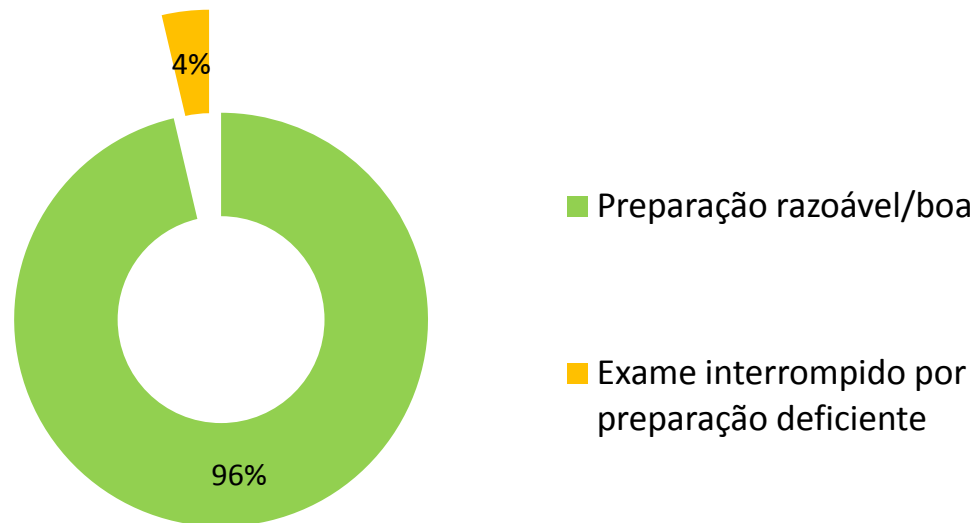
◇ Média da Escala de Boston



Preparação intestinal

ESTUDO AVALIAÇÃO QUALIDADE DAS PREPARAÇÕES PARA COLONOSCOPIA

◇ Exames Interrompidos por preparação intestinal deficiente



Preparação intestinal

NÃO EXISTEM PREPARAÇÕES IDEAIS !

- Preparações de baixo volume (ex: sulfato de sódio oral; picossulfato de sódio /citrato de magnésio; PEG 2L)
 - Adequado para doentes não obstipados
- Preparações de alto volume (ex: PEG 4L) são apropriadas para:
 - Doentes obstipados
 - Doentes a fazer opiáceos, antidepressivos tricíclicos
 - Doentes com má preparação intestinal em exame prévio

Vigilância de lesões precursoras CCR

◇ Recomendações para os intervalos de vigilância segundo *US Multi-Society Task Force*

Colonoscopia inicial	Intervalo recomendado de vigilância
Ausência de pólipos	10 anos
Pólipos hiperplásicos pequenos (<10mm) no recto ou sigmóide	10 anos
1-2 adenomas tubulares pequenos (<10mm)	5-10 anos
3-10 adenomas tubulares	3 anos
>10 adenomas	<3 anos
≥1 adenoma tubular ≥10mm	3 anos
≥1 adenoma viloso	3 anos
Adenoma com displasia de alto grau	3 anos

Vigilância de lesões precursoras CCR

◇ Recomendações para os intervalos de vigilância segundo *US Multi-Society Task Force*

Colonoscopia inicial	Intervalo recomendado de vigilância
Lesões serreadas	
Pólipo(s) séssil serreado <10mm sem displasia	5 anos
Pólipo(s) séssil serreado ≥10mm	3 anos
Pólipo séssil serreado com displasia	3 anos
Adenoma serreado tradicional	3 anos
Síndrome polipósico serreado	1 ano

Vigilância de lesões precursoras CCR

◇ Repetição de colonoscopia após exame com preparação intestinal deficiente

→ Preparação intestinal deficiente que não permite a visualização adequada da mucosa pode estar associada a lesões não observadas

◇ Se a preparação intestinal for deficiente

➡ Repetir colonoscopia **1** ano depois

◇ Se a preparação intestinal for razoável e permitir visualizar lesões >5mm e se forem detetados adenomas tubulares pequenos (<10mm)

➡ Repetir colonoscopia aos **5** anos

Vigilância de lesões precursoras CCR

◇ Quando suspender a vigilância?

- O risco associado à realização da colonoscopia aumenta com a idade
- A vigilância não deve continuar se os riscos forem superiores aos benefícios

→ Recomendações de *United States Preventive Services Task Force* :

- **Vigilância não deverá ser mantida após os 85 anos**
- **Entre 75-85 anos: vigilância não recomendada por rotina**
Decidir caso-a-caso (co-morbilidades e colonoscopia prévia)
Este grupo etário poderá beneficiar da vigilância

Vigilância de lesões precursoras CCR

◇ Pesquisa de sangue oculto nas fezes positiva antes da colonoscopia de *follow-up*

→ Não deve ser pedida PSOF no intervalo de vigilância

Se tiver sido pedida PSOF e se for (+) :

-Rever o relatório da colonoscopia inicial

Se **Incompleta**
Preparação intestinal deficiente



Antecipar colonoscopia
de *follow-up*

Se **completa**
Mas história familiar de CCR



Antecipar colonoscopia
de *follow-up*?

Protocolo hospitalar

→ Diagnóstico de CCR

- ◇ Os exames de diagnóstico de CCR, ou seja, em doentes com sintomas, são considerados prioritários
- ◇ Realizados no prazo máximo de **1 mês**

→ Rastreio e vigilância de CCR

→ PSOF (+):

- ◇ Os pedidos de consulta, por parte dos Centros de Saúde, por PSOF (+), serão atendidos na consulta de Gastreenterologia
- ◇ Os exames solicitados serão efetuados num prazo ideal máximo de **3 meses**

→ Vigilância de polipectomia

- ◇ As requisições de colonoscopia deverão discriminar o tipo de pólipos removidos no exame anterior

Protocolo hospitalar

→ Rastreio e vigilância de CCR

→ Rastreio por colonoscopia

- ◇ Não serão aceites pedidos de colonoscopia com este objetivo (população com risco moderado de CCR)
- ◇ Exceção : Doentes com risco aumentado

→ Exames sob anestesia

- ◇ Só serão aceites os pedidos de exame sob anestesia:
 - No contexto de exame anterior não tolerado sob sedação
 - Em doentes que tenham necessidade de repetição continuada de exames de vigilância, em virtude da sua situação clínica
 - Por indicação de gastroenterologista, por motivos técnicos

Mensagens finais

- ✓ O cancro colo-retal tem uma incidência e mortalidade elevadas em Portugal.
- ✓ O rastreio de CCR realizado segundo as normas internacionais tem impacto na morbi-mortalidade associada a esta entidade qualquer que seja o método de rastreio.
- ✓ Independentemente da modalidade de rastreio, importa garantir e aferir o custo-benefício, acessibilidade e exequibilidade. A preparação intestinal é um critério de qualidade cuja importância não deve ser subestimada.
- ✓ Não há benefício em encurtar os intervalos de vigilância na maioria das lesões precursoras de CCR.
- ✓ Importa previligiarmos a vigilância em adenomas avançados (estrutura vilosa; $\geq 1\text{cm}$; displasia alto grau) e ≥ 3 adenomas.
- ✓ As orientações atuais mostram uma preocupação crescente com as vias aceleradas de carcinogénese (via serrada).

Mensagens finais

- ✓ O cancro colo-retal tem uma incidência e mortalidade elevadas em Portugal.
- ✓ O rastreio de CCR realizado segundo as normas internacionais tem impacto na morbi-mortalidade associada a esta entidade.
- ✓ Independentemente da modalidade de rastreio, importa garantir e aferir a acessibilidade e critérios de qualidade.
- ✓ A preparação intestinal é um critério de qualidade cuja importância não deve ser subestimada.
- ✓ Não há benefício em encurtar os intervalos de vigilância na maioria das lesões precursoras de CCR. As orientações atuais mostram uma preocupação crescente com as vias aceleradas de carcinogénese.

RASTREIO DE CANCRO COLO-RETAL E VIGILÂNCIA DE LESÕES PRECURSORAS— PROTOCOLO HOSPITALAR

OBRIGADO