

Colonografia por Tomografia Computorizada

Posição da Sociedade Portuguesa de Gastroenterologia

INTRODUÇÃO

A colonografia por tomografia computadorizada (CTC) - também conhecida por colonoscopia virtual - é uma técnica de visualização do cólon que envolve a obtenção de imagens bidimensionais de alta resolução através de aparelhos de tomografia computadorizada helicoidal multi-corte. Posteriormente é efectuado o pós processamento por *software* específico que possibilita uma reconstrução tridimensional e a obtenção de uma imagem endoluminal do cólon semelhante à que se obtém com a colonoscopia óptica convencional.

Durante a última década, a CTC tem sido avaliada como método de estudo do cólon para a detecção de neoplasia colo-rectal. Múltiplos avanços tecnológicos e clínicos têm permitido a sua evolução gradual desde uma técnica de investigação até se tornar uma opção viável para o rastreio do cancro colo-rectal.

Uma das vantagens apontadas para a CTC é a de permitir uma avaliação diagnóstica minimamente invasiva, com provável aumento das taxas de adesão aos programas de rastreio populacional. Além disso, a CTC poderia igualmente permitir desenvolver uma estratégia de vigilância por subgrupos de pólipos com a consequente alocação dos recursos da colonoscopia óptica à vertente terapêutica, nomeadamente à remoção de adenomas de maiores dimensões.

Contudo, persiste alguma polémica entre radiologistas, gastroenterologistas e outros clínicos quanto ao papel que a CTC deverá ocupar na prática clínica. Na realidade, se por um lado existe uma enorme expectativa em relação a uma técnica de imagem não invasiva que poderá detectar lesões colo-rectais clínica-

mente significativas, vários estudos têm demonstrado uma acuidade diagnóstica diminuída quando a CTC é realizada por especialistas sem treino e experiência ou quando a tecnologia e metodologias utilizadas não são as mais adequadas. Além disso, os potenciais efeitos a longo prazo da radiação ionizante emitida durante a CTC, nomeadamente se esta for utilizada como exame de rastreio, são também motivo de preocupação.

De acordo com estes pressupostos, a Sociedade Portuguesa de Gastroenterologia decidiu tomar uma posição sobre o papel da CTC na prática clínica actual, nomeadamente no rastreio do cancro colo-rectal.

INDICAÇÕES ACTUAIS

Actualmente existem várias situações clínicas em que a CTC pode desempenhar um papel importante. A colonoscopia óptica incompleta por falta de colaboração ou intolerância do doente, tortuosidade do cólon, aderências pós-cirúrgicas e hérnias ocorrem em aproximadamente 2 a 5% dos casos. Também a avaliação do cólon proximal a um carcinoma colo-rectal obstrutivo é recomendada devido ao facto de 5 a 8% dos doentes apresentarem uma lesão neoplásica síncrona. Nestas situações, bem como noutros casos de estenose, nomeadamente devido a radioterapia ou colite isquémica, a CTC tem demonstrado permitir uma visualização adequada e ser superior ao clister opaco com duplo contraste na detecção de pólipos e carcinomas no cólon restante.

Uma área em que a CTC poderá ser útil é no rastreio do cancro colo-rectal em pessoas com contra-indicação relativa para a colonoscopia convencional (diátese hemorrágica, alto risco anestésico) ou que recusam outros métodos de rastreio.

Na realidade, por várias razões (medo, ansiedade, embaraço) muitas pessoas apresentam alguma relutância em efectuar o rastreio por colonoscopia. O conceito de um exame relativamente indolor que permita visualizar o cólon e detectar lesões significativas é apelativo para uma parte significativa da população. No entanto, nem sempre os doentes são informados sobre a vertente terapêutica da colonoscopia. Um doente pode preferir a CTC em relação à colonoscopia, mas se souber que se algum pólipo for detectado este pode ser removido durante o procedimento, isso pode aumentar a sua aceitação em relação ao exame.

RASTREIO DO CANCRO COLO-RECTAL

Múltiplos estudos têm avaliado a acuidade da CTC na identificação de pólipos e cancro colo-rectal. As descrições iniciais envolviam sobretudo pequenos grupos de doentes sintomáticos e com risco aumentado de cancro colo-rectal e a utilização de aparelhos com único detector. Nos últimos anos, vários estudos multicêntricos prospectivos, com um elevado número de doentes e utilizando tecnologia mais avançada, têm sido publicados. Um dos problemas apontados à CTC como método alternativo de rastreio do cancro colo-rectal tem sido a ampla variação de sensibilidades que têm sido descritas nestes estudos multicêntricos. Algumas das diferenças podem ser explicadas pela selecção do perfil de corte, estação de trabalho e técnica de interpretação. O treino e a experiência do especialista é outro dos factores que pode influenciar a acuidade diagnóstica.

O diâmetro dos pólipos é um factor crítico para a CTC poder ser considerada um procedimento custo-eficaz e ser

usada como exame de rastreio do cancro colo-rectal. O facto de não identificar por rotina pólipos diminutos (de diâmetro igual ou inferior a 5 mm) é minimizado pela reduzida probabilidade destes conterem lesões neoplásicas avançadas. A CTC poderia então funcionar como um filtro selectivo e evitar a realização de colonoscopias que seriam desnecessárias. Na realidade, para a CTC poder ser considerada como um método de rastreio custo-eficaz, as lesões diminutas teriam que ser ignoradas ou, se detectadas, seguidas com um intervalo de vigilância apropriado. Contudo, não existem estudos controlados adequados a longo prazo que confirmem ser seguro não remover pequenos pólipos do cólon e as recomendações actuais são de referenciar para colonoscopia óptica todos os doentes em que são diagnosticados pólipos, independentemente do seu tamanho. De igual modo, não existem ainda estudos que avaliem a eficácia dessa estratégia na redução da morbilidade e da mortalidade por cancro colo-rectal. Apesar disso, em Março de 2008, a *American Cancer Society*, juntamente com a *US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer* e o *American College of Radiology*, considerou haver evidência suficiente para incluir a CTC como teste de rastreio em indivíduos de risco médio a partir dos 50 anos de idade, com uma periodicidade de 5 anos, e a indicação para referenciar para colonoscopia todos os doentes com um ou mais pólipos com ≥ 6 mm de diâmetro.

RECOMENDAÇÕES

- A CTC constitui actualmente o melhor método de imagem alternativo à colonoscopia óptica para a detecção de pólipos colo-rectais.
- A impossibilidade de realização de

colonoscopia óptica completa devido a contra-indicação médica ou anestésica, dificuldade técnica ou lesão obstrutiva, constituem actualmente as principais indicações para a realização de CTC.

- A CTC pode também constituir um método alternativo de rastreio de cancro colo-rectal em doentes com contra-indicação relativa para a colonoscopia óptica ou que recusam outros métodos de rastreio. Nestes casos, deve ser ministrada ao doente informação adequada sobre as vantagens e desvantagens de cada técnica, nomeadamente a possibilidade de efectuar polipectomia durante a colonoscopia.

- Não existem estudos que avaliem a eficácia da CTC como método de rastreio do cancro colo-rectal, devendo por isso a sua utilização com essa indicação ser considerada investigacional.

- Devido aos potenciais efeitos a longo prazo da radiação ionizante emitida durante a CTC, nomeadamente se esta for utilizada como exame de rastreio, deve ser preconizado o uso de protocolos mais eficientes com parâmetros de baixa dose.

- A eficácia do procedimento está dependente da utilização do estado da arte em termos de equipamento técnico de aquisição e pós processamento de imagem.

- A leitura e interpretação dos dados deve ser feita por radiologistas e gastrenterologistas treinados e com experiência. A Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia compromete-se a trabalhar juntamente com as outras Sociedades e Colégio da Especialidade de modo a se definirem os parâmetros de treino e o curriculum mínimos necessários, bem como a patrocinar e desenvolver acções de formação específicas para que os es-

pecialistas actuais e os que ainda se encontram em formação possam vir a interpretar CTC. 

Texto elaborado pelo Dr. Rui A. Silva, Gastrenterologista do Serviço de Gastrenterologia do Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE.

Email: rsgastro@sapo.pt