GE J Port Gastrenterol. 2012;**19(3)**:113–114

Jornal Português de Gastrenterologia
Portuguese Journal of Gastroenterology
www.elsevier.pt/ge

EDITORIAL

Rastreio do carcinoma do cólon e reto: Eficácia e adesão

Colorectal Cancer Screening: Efficiency and accession

Anabela Pinto

Serviço de Gastrenterologia do Instituto Português de Oncologia de Lisboa

O Carcinoma do Cólon e Reto (CCR) em Portugal constitui o tumor mais frequente e o segundo com maior mortalidade[1]. Todos os dias no nosso país morrem 9 a 10 pessoas por CCR. Na verdade, apesar de existir tratamento curativo, o diagnóstico é habitualmente realizado numa fase sintomática e assim, o prognóstico é reservado e a sobrevivência global aos 5 anos não ultrapassa 50%. O rastreio é a única estratégia que pode alterar esta situação, porque ao ser realizado obrigatoriamente numa fase assintomática, permite reduzir a mortalidade.

Múltiplas guidelines dirigidas ao rastreio do CCR têm sido publicadas. Em 2008, pela primeira vez, os testes foram divididos em dois grupos em função dos seus objetivos[2]. Num grupo foram incluídos os testes de fezes e num segundo grupo os exames estruturais (radiológicos e endoscópicos). Os testes de fezes permitem apenas diagnosticar o carcinoma e os exames estruturais permitem não só o diagnóstico do carcinoma, mas também da lesão precursora, o adenoma. Qualquer dos exames ao diagnosticar o CCR numa fase precoce permite reduzir a mortalidade. A endoscopia, porque permite ainda, a ressecção dos pólipos reduz simultaneamente, a mortalidade e a incidência do CCR.

As últimas guidelines, publicadas no início deste ano definiram a Pesquisa de Sangue Oculto Fezes (PSOF) anual, a Sigmoidoscopia Flexível (SF) de 5 em 5 anos e a colonoscopia de 10 em 10 anos, como as melhores estratégias de rastreio do CCR[3].

No entanto, apenas a PSOF e a SF foram avaliados em estudos controlados e randomizados. Estes estudos, porque constituem os de maior grau de evidência estatística são obrigatórios para demonstrar a eficácia de qualquer estratégia. Na verdade, os estudos com PSOF anual ou de dois em dois anos demonstraram redução da mortalidade (15-33%)[4–7] e os estudos com uma única SF demonstraram redução da mortalidade (44-70%)[8–10] e da incidência (55%)[8].

Portanto, o CCR cumpre todas as regras indispensáveis que permitem definir um programa de rastreio eficaz: Mortalidade elevada, tratamento curativo, história natural longa e conhecida e testes eficazes.

Mas existe uma outra variável que é essencial para definir a eficácia duma estratégia de rastreio, a adesão. Tem sido conceptualmente aceite que a adesão tem de ser superior a 50%, para que a estratégia utilizada seja eficaz. Numa meta-análise muito antiga que inclui 130 artigos, os autores constataram que a adesão era muito baixa para a PSOF (40% a 50%) e muito variada para a Sigmoidoscopia (2% a 69%)[11]. Mas se é possível calcular a adesão em programas de rastreio com uma base populacional bem definida, a nível nacional é uma variável impossível de definir. Habitualmente, utiliza-se a taxa de utilização.

Um estudo europeu publicado em 2010 avaliou a utilização de endoscopia digestiva baixa e PSOF em 11 países europeus[12]. Os autores constataram uma taxa de utilização muito baixa e muito variada, não só para a endoscopia (6,1-25,1%), mas também para a PSOF (4,1-61,1%). Os autores verificaram que o país, idade, educação, rendimento, estado civil, residência principal, hábitos tabágicos e perceção do seu estado de saúde constituíram fatores preditivos com significado estatístico em relação à utilização dos testes.

No estudo publicado neste número do Jornal Português de Gastrenterologia[13], os autores pretendem identificar fatores que possam contribuir para a baixa taxa de utilização ao rastreio do CCR, numa população residente em 15 freguesias da cidade do Porto. Estudaram fatores como as características sociodemográficas, conhecimentos acerca do CCR, atitudes relativas ao CCR, comportamentos acerca dos

Artigo relacionado com: http://dx.doi.org/10.1016/j.jpg.2012.04.010

Correio eletrónico: anagrancho@gmail.com

0872-8178/$ – see front matter © 2012 Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos os direitos reservados.
http://dx.doi.org/10.1016/j.jpg.2012.05.001

cuidados de saúde e tipo de informação sobre o CCR. Concluíram que apesar da população estudada evidenciar falta de conhecimentos em relação à importância do rastreio e portanto, com uma prática de rastreio reduzida, mostrou-se recetiva ao mesmo. Terminam chamando a atenção para a importância da prevenção secundária através do acesso gratuito ao rastreio.

São muitas as barreiras que o rastreio do CCR tem de ultrapassar. Estas barreiras estão relacionadas não apenas com os cidadãos, mas também com os médicos, as instituições que legalizam, patrocinam e onde o rastreio é realizado e obviamente os testes. Estes fatores relacionam-se entre si e se a informação é essencial, a gratuitidade não é menos importante. Por outro lado, quanto mais direto for o contacto entre o médico e o seu doente, maior será a probabilidade de realizar a estratégia proposta, facto demonstrado também por este estudo[13]. Mas, essa estratégia tem de estar definida, disponível, ser acessível e finalmente ser aceite. Em rastreio, o melhor teste é aquele que é realizado, mas obviamente, realizado com qualidade. E portanto, as guidelines são importantes, mas a decisão tem de ser adaptada a cada um e às circunstâncias que nos rodeiam.

Este trabalho, agora publicado[13] tem a importância de chamar a atenção para algumas das barreiras que explicam a baixa utilização do rastreio do CCR na população residente no Porto e a necessidade de divulgar a importância do rastreio. No entanto, é importante referir que a baixa taxa de utilização referida está incluída na variação identificada nos 11 países europeus e portanto, o problema tem uma dimensão que atinge a Europa.

A Comissão Europeia publicou[14], em 2010 as guidelines para garantir a qualidade do rastreio e do diagnóstico do CCR e ainda, da vigilância após o tratamento. As decisões basearam-se nos resultados de estudos controlados e randomizados. Os autores utilizaram bibliografia publicada até 2008, mas consideraram ainda, programas a decorrer com a mesma metodologia, com resultados preliminares já conhecidos. Esta publicação mantém a PSOF, como o teste essencial no rastreio do CCR, mas salienta a necessidade de desenvolver ações de informação e utilizar programas de rastreio organizados, utilizando estratégias com eficácia demonstrada em estudos controlados e randomizados.

Na verdade, em época de clima económico adverso, é fundamental a prevenção de uma doença muito frequente como o CCR, com mortalidade elevada e que exige um tratamento com grande morbilidade e custos muito elevados. Aliás, num estudo de simulação, os autores demonstraram que o rastreio com endoscopia permite poupar recursos económicos[15].

Em Portugal, sem um programa nacional de rastreio de CCR a informação e a divulgação são essenciais. Não nos podemos esquecer que todos os dias morrem 9 a 10 pessoas por CCR.

Esperamos que este estudo seja o primeiro de mais trabalhos portugueses do litoral ao interior, do norte a sul que procurem identificar em todo o país, algumas das barreiras ao rastreio do CCR. Estas barreiras, uma vez identificadas não poderão ser ignoradas, devem ser trabalhadas e assim, procurar desenvolver programas de rastreio organizados e aumentar a utilização dos testes de rastreio quer a PSOF, quer a Sigmoidoscopia Flexível, cumprindo as guidelines definidas pela Comissão Europeia.

Bibliografia

1. Direção Geral da Saúde. Direção de Serviços de Epidemiologia e Estatísticas de Saúde. Divisão de Epidemiologia, Lisboa 2006. www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol1_311html.(acedido Out 21, 2011).
2. Levin B, Lieberman DA, Mcfarland B, Andrews KS, et al. Screening and surveillance for the early detection of colorectal cancer and adenomatous polyps A joint guideline from the American Cancer Society, the US Multi-Society Task Force on the colorectal cancer, and the American College of Radiology. Gastroenterol. 2008:1341570–95.
3. Qaseem A, Denberg TD, Hopkins RH, Humphrey LL, Levine J, Sweet DE, et al. Screening for Colorectal Cancer: A Guidance Statement from the American College of Physicians. Ann Intern Med. 2012;156:378–86.
4. Mandel JS, Bond JH, Church TR, Snover DC, Bradley GM, Schuman LM, et al. Reducing mortality from colorectal cancer by screening for fecal occult blood. N Engl J Med. 1993;328:1365–75.
5. Hardcastle JD, Chamberlain JO, Robinson MH, Moss SM, Amar SS, Balfour TW, et al. Randomised controlled trial of faecal-occult-blood screening for colorectal cancer. Lancet. 1996;348:1472–7.
6. Kronborg O, Fenger C, Olsen J, Jorgensen OD, Sondergaard O. Randomised study of screening for colorectal cancer with faecal-occult-blood test. Lancet. 1996;348:1467–71.
7. Faivre J, Dancourt V, Lejeune C, Tazi MA, Lamour J, Gerard D, et al. Reduction in colorectal cancer mortality by faecal occult blood screening in a French controlled study. Gastroenterology. 2004;126:1674–8.
8. Atkin WS, Edward R, Kralj-Hans I, Wooldrage K, Hart AR, Northover JMA, et al. Once-only flexible sigmoidoscopy screening in prevention of colorectal cancer: a multicenter randomised controlled trial. Lancet. 2010;375:1624–33.
9. Hoff G, Grotmol T, Skovlund E, Bretthauer M. Risk of colorectal cancer seven years after flexible sigmoidoscopy screening: randomised controlled trial. BMJ. 2009;338:1846–52.
10. Segnan N, Armaroli P, Bonelli L, Risio M, Sciallero S, Zappa M, et al. Once-only sigmoidoscopy in colorectal cancer screening: follow-up findings of the Italian randomised controlled trial –SCORE. J Natl Cancer Inst. 2011;103:1310–22.
11. Vernon SW. Participation in colorectal cancer screening: a review. J Natl Cancer Inst. 1997;89:1406–22.
12. Stock C, Brenner H. Utilization of lower gastrointestinal endoscopy and fecal occult blood test in 11 European countries: evidence from the Survey of Health Aging and Retirement in Europe (SHARE). Endoscopy. 2010;42:546–56.
13. Forno S, Castro Poças F, Matos M. O Cancro Colo-Rectal e o Rastreio: Conhecimento e Atitudes dos Portuenses. GE J Port Gastrenterol. 2012;19:118–25.
14. Aabakken L, Altenhofen L, Ancelle-Park R, Antoljak N, Armaroli P, Arrossi S, Atkin W et al. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. First Edition 2010.
15. Loeve F, Brown ML, Boer R, Ballegooijen M, Oortmarssen GJ, Habbema JDF. Endoscopic Colorectal Cancer Screening: a Cost-Saving Analysis. J Natl Cancer Inst. 2000;92:557–63.