

# PROTOCOLO DE REGULAÇÃO DO ACESSO PARA EXAME DE COLONOSCOPIA

## INTRODUÇÃO

O câncer colorretal (CCR) é um problema no Brasil e no mundo. Está entre as cinco causas mais frequentes de neoplasias e apresenta alta taxa de mortalidade. As taxas de incidência tem alta correlação com o aumento do índice de desenvolvimento econômico.

O número absoluto de casos aumentará nas próximas duas décadas como resultado do envelhecimento e expansão das populações, sendo que em países desenvolvidos a incidência é maior que nos países em desenvolvimento.

O risco de CCR varia de um país para outro, inclusive dentro de um mesmo país. O risco também varia entre os indivíduos segundo sua dieta, estilo de vida e fatores hereditários.

Em Campinas, desde 1992, o câncer faz parte das doenças de notificação compulsória. O Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP) criado em 1992 registrou em 2011 5607 casos de câncer no município.

Entre 2010 e 2011 o CCR foi o segundo em frequência para as mulheres, perdendo apenas para mama. Colo de útero foi o nono, o que reflete a política de prevenção positiva. Em homens foi também o segundo mais frequente, sendo o primeiro o de próstata.

A maioria dos CCR aparece a partir de adenomas esporádicos, e uns poucos a partir de síndromes genéticas de polipose ou doença inflamatória intestinal. Segundo dados de triagem utilizando colonoscopia, a prevalência descrita dos pólipos adenomatosos está na faixa de 18 a 36%.

### **Prevenção do CCR:**

Dieta rica em vegetais e laticínios e pobre em gordura (principalmente saturada).

### **Fatores de risco para CCR:**

Consumo exagerado de carne vermelha;

Obesidade;

Sedentarismo;

Consumo de bebidas alcoólicas;

Tabagismo;

É fator de risco o fato de já ter tido câncer de ovário, útero ou mama, mas não há necessidade de rastreamento diferenciado.

## **RASTREAMENTO DE CCR**

Pacientes acima de 60 anos, apenas pela idade são considerados de risco moderado, portanto recomenda-se o **rastreamento** para prevenção de CCR em todos os pacientes acima de 60 anos.

Segundo dados de literatura com metanálises o rastreamento de CCR em maiores de 60 anos de idade, **por pesquisa de sangue oculto nas fezes**, realizado **a cada 2 anos por 10 anos (cinco coletas)**, é tão eficaz na redução de mortalidade, quanto a realização de uma colonoscopia no período.

Portanto recomendamos como exame de rastreamento para CCR o início de pesquisa de sangue oculto nas fezes à partir de **60 anos de idade**.

Não esquecendo que independentemente da idade pacientes com sinais de alarme (emagrecimento/astenia/anemia sem outra causa após investigação clínica, tumor palpável) devem ser encaminhados para colonoscopia.

Pacientes abaixo de 60 anos, sem antecedentes familiares de primeiro grau de adenomas ou CCR, com sangramento tipo orifical (anorretal) ou com doença orifical (anorretal) ao exame físico não têm indicação para colonoscopia. Deve-se tratar a doença antes.

**Todos os pacientes com 60 anos ou mais COM SANGUE OCULTO POSITIVO** independente de sinais e sintomas de alarme são considerados **risco moderado** para Câncer Colorretal, portanto devem realizar exame de colonoscopia.

**Pacientes com história pessoal ou familiar descritos abaixo, são considerados de alto risco e devem submeter-se à colonoscopia:**

História pessoal (a) ou familiar (b e c) de adenomas colorretais

História pessoal (a) ou familiar (b) de Câncer Colorretal

Doença inflamatória intestinal (Retocolite Ulcerativa ou doença de Crohn)

**Obs.** Entenda-se por história familiar parentes de primeiro grau. O risco também aumenta se houver mais de um parente acometido.

## **Após a colonoscopia o segmento do paciente segue o esquema abaixo, conforme resultados da colonoscopia anterior:**

### **1a - História pessoal de adenomas colorretais (pólipos adenomatosos):**

- **Menos de 3 pólipos (adenomas)** menores que 1cm - colonoscopia em **até 5 anos** após a colonoscopia inicial com polipectomia. Se a segunda colonoscopia for normal, intervalo de 5-10 anos.
- **Mais de 3 pólipos (adenomas)** com ressecção completa em exame inicial, repetir em **2 a 3 anos**.
- **Pólipos (adenomas)** maior que 1cm ou com componente viloso ou com displasia de alto grau, repetir em **3 a 6 meses**.
- **Pólipos sésseis** ressecados em fatias (“piecemeal”); **pólipos malignos ou com displasia de alto grau**, repetir em **3-6 meses**.
- **Pólipos com ressecção incompleta ou duvidosa**, repetir em **3-6 meses**.
- **Pólipo serrilhado** deve ser seguido a cada 1-3 anos

### **1b - História familiar de adenomas colorretais (pólipos adenomatosos):**

Realizar colonoscopia **a cada 5 anos a partir de 40 anos** ou 10 anos abaixo da idade do diagnóstico do parente de primeiro grau.

### **1c - Polipose adenomatosa familiar**

- Exame endoscópico a partir de 12 anos em parentes de primeiro grau
- Endoscopia digestiva alta periódica pelo menos a cada 2 anos, ou mais frequentes, se houver adenomas no duodeno.

## **2 - História pessoal de Câncer colorretal e submetidos à cirurgia:**

**2a - Seguimento:** primeiro controle em 1 ano, se no exame pré operatório foi possível avaliar todo o colon. Se normal, em 3 anos, e depois de 5/5 anos.

**2b - História familiar de Câncer colorretal:** idem 1b

## **3 - Doença inflamatória intestinal**

Iniciar rastreamento 7 a 8 anos após o início da retocolite ulcerativa. Se houver colangite esclerosante, imediatamente após diagnóstico.

O achado neoplásico mais comum da triagem de câncer colorretal é o adenoma. Após sua ressecção, os pacientes devem integrar-se a um programa de vigilância para seu seguimento, como todos os pacientes com câncer identificado e tratado

O tempo para a realização da próxima colonoscopia após a ressecção de lesões neoplásicas depende da histologia, tamanho e número de adenomas.

## Considerações Sobre Pólipos

Pólipos hiperplásicos, não adenomatosos não são por si só fatores de alto risco para o câncer colorretal. O seguimento deve ser feito como o de paciente acima de 60 anos (risco moderado).

A **Polipose Hiperplásica** é caracterizada pela presença de múltiplos ou de grandes pólipos hiperplásicos, sendo definida como condição de alto risco e deve ser seguido a cada 1-3 anos quando:

- Pelo menos 5 pólipos hiperplásicos proximais ao descendente, sendo 2 deles maiores que 1cm; ou
- Qualquer número de pólipos proximais ao sigmoide em parente de primeiro grau de polipose hiperplásica; ou
- Mais que 30 pólipos hiperplásicos de qualquer tamanho distribuídos no cólon.

## Contra Indicações do Exame

Podem ser relativas ou absolutas:

### **Absolutas:**

- Quando um paciente apresentar qualquer suspeita clínica ou radiológica de abdome agudo perfurativo ou de diverticulite aguda
- Megacólon tóxico

### **Relativas:**

- Neutropenia importante (menos de 500 neutrófilos)
- Infarto recente do miocárdio ou angina instável
- Embolia pulmonar recente
- Grande aneurisma de aorta ou de íliaca
- Grande esplenomegalia
- Gravidez após o 2º semestre
- O paciente em uso de anticoagulante ou antiagregante plaquetário deve ser avaliado individualmente pelo médico assistente da anticoagulação

## BIBLIOGRAFIA

- 1 - The IARC Prespective on Colorectal Cancer Screening 2018. Lauby-Secretan et al. The New England Journal of Medicine. 2018, 378;18
- 1 - World Gastroenterology Organisation/International Digestive Cancer Alliance (WGO) Practice Guidelines: **Triagem do câncer colorretal.**
- 2- American College of Gastroenterology Guidelines for Colorectal Cancer Screening 2008. Douglas K. et al. The American Journal of Gastroenterology 2009,104:739-750.
- 3 – Portaria no 601, de 26 de junho de 2012. Diretrizes Diagnósticas e terapêuticas em Oncologia. Carcinoma Colorretal.
- 4- Boletim do Instituto Nacional do Cancer.
- 5- Boletim do Registro de Câncer de Base Populacional de Campinas.
- 6 - Rastreamento e Vigilância. Prevenção Secundária e detecção precoce para o CCR da Sociedade de Coloproctologia e Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva (SOBED). site: [www.sbc.org.br](http://www.sbc.org.br)
- 7 - Registro de Base populacional da Fundação Oncocentro do Estado de S. Paulo – FOSP
- 8 – Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (site do INCA)

## COLABORADORES PARA ELABORAÇÃO DESTE PROTOCOLO

1. Marta Soares Rossini – Médica Hematologista/Patologista Clínica do núcleo de especialidades da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas
2. Valéria Vendramini – Médica Sanitarista do núcleo de especialidades da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas
3. Ghuimmell Elaise Vani – Médica Neurologista do Serviço de Regulação da DRS7
4. Joaquim José Oliveira Filho - Médico Coloproctologista do Serviço de Cirurgia do Hospital Municipal Mário Gatti de Campinas
5. Gustavo Sevá Pereira - Médico Coloproctologista do Serviço de Cirurgia do Hospital Municipal Mário Gatti de Campinas
6. Maria Fernanda C Nunes – Enfermeira do Serviço de Colonoscopia da Policlínica III da Prefeitura Municipal de Campinas

7. Luciana Botelho – Enfermeira do Hospital Regional de Jundiaí Cláudia Nassif – Médica do serviço de Colonoscopia do Hospital Estadual de Sumaré
8. Cláudia Nassif – Médica do serviço de Colonoscopia do Hospital Estadual de Sumaré
9. Carolina Fulas - Médica Colonoscopista do Serviço de Colonoscopia da Policlínica III da Prefeitura Municipal de Campinas
10. Marcelo Postal - Médico gastroenterologista do Serviço de Colonoscopia da Policlínica III da Prefeitura Municipal de Campinas
11. - Luiz Tagliolatto Jr - Médico proctologista do Serviço de Colonoscopia da Policlínica II da Prefeitura Municipal de Campinas
12. Morgana de Queiroz – Médica Colonoscopista do Serviço de Colonoscopia da Policlínica III da Prefeitura Municipal de Campinas