

Pareceres SPED¹

Rastreio de cancro colorretal (CCR)

Mário Dinis-Ribeiro, Miguel Areia, António Dias-Pereira em nome da SPED

A SPED ao longo da sua história sempre esteve atenta à problemática do cancro colorretal (CCR) e à promoção do rastreio de base populacional desta patologia. O CCR é um problema de saúde dada a sua elevada incidência e mortalidade [1]. Em 2018 em Portugal cerca de 10.000 pessoas terão sido diagnosticadas com esta doença (1º lugar na incidência suplantando os cancros da mama e próstata) e a mortalidade terá rondado os 45% (1ª causa de morte por cancro representando 16% das mortes por neoplasia): são 11 Portugueses por dia a morrer por esta doença, evitável pelo rastreio [2-5]!

Em 2017, o Governo Português legislou finalmente no sentido da implementação de um programa de rastreio nacional de base populacional; na sua sequência, a Direção Geral de Saúde retirou, em conformidade, a norma do rastreio oportunístico do CCR [6]. A esse propósito, e com base na evidência e recomendações de sociedades congéneres, a SPED promove o atual parecer que consiste numa série de recomendações/afirmações e respetivas referências de suporte científico.

A SPED recomenda que:

- 1. Todos os médicos sugiram o rastreio do CCR a todos os cidadãos, assintomáticos, de ambos os sexos, sem história familiar de CCR, com idade entre os 50 e os 74 anos e sempre que a expectativa de vida seja superior a 10 anos [7, 8].** A SPED julga necessário que, de forma continuada, se promovam ações de informação à população e à comunidade médica, da relevância deste problema bem como das formas conhecidas de prevenção primária e secundária. A SPED reconhece igualmente observações de um aumento da incidência de CCR em idades inferiores aos 50 anos, o que poderá determinar num futuro próximo uma modificação da idade de início do rastreio.
- 2. O rastreio do CCR deve ser organizado, nacional e de base populacional [7, 8].** O rastreio do CCR é custo-eficaz na redução da mortalidade por esta neoplasia em vários países. O CCR deve ser uma prioridade de saúde pública em Portugal e a SPED julga fundamental que os vários intervenientes no processo de rastreio do CCR organizado em Portugal se alinhem no propósito

¹ *A Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED) decidiu recentemente não desenvolver de forma autónoma recomendações ou guidelines. Atendendo ao número, abrangência e aplicabilidade no contexto nacional das guidelines publicadas pela European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE), não nos parece fazer sentido esse desenvolvimento, podendo pontualmente fazer a sua tradução para português. Por outro lado, a SPED pode e deve assumir um papel ativo noutras estruturas nacionais que formulem recomendações na área da endoscopia, ou onde esta desempenhe um papel central, utilizando para tal o formato dos "Pareceres SPED".*

último da implementação, adesão e qualidade de procedimentos, que resultem na diminuição da mortalidade por CCR..

3. **De acordo com as recomendações internacionais, a colonoscopia e a pesquisa de sangue oculto nas fezes por método imunoquímico (FIT) são os métodos de rastreio de 1ª linha a propor no rastreio do CCR [9, 10].** Estas duas metodologias têm níveis diferentes de eficácia, adesão da população, custos e necessidades de capacidade endoscópica: a) a colonoscopia apresenta a maior eficácia na redução da mortalidade sendo também eficaz na redução da incidência, mas apresenta as menores taxas de adesão da população (sendo este parâmetro desconhecido em Portugal) e custos muito superiores; b) a pesquisa de sangue oculto por FIT é uma alternativa que apresenta de forma consistente taxas de adesão significativas e por isso se mostra igualmente efetiva sendo muito mais barato, mas se positivo determina a realização de colonoscopia.
4. **Em Portugal, o modelo de FIT seguido de colonoscopia mostrou-se custo-eficaz [11].** A SPED acha que outras opções poderão ser consideradas, tais como a sigmoidoscopia ou colonoscopia total com periodicidades diversas, mas necessitam de assunções ao nível da adesão da população ainda não verificadas e necessidade de recursos endoscópicos para os quais é expectável antecipar dificuldades de implementação.
5. **Qualquer que seja o modelo adotado em termos populacionais, a realização de uma colonoscopia de qualidade é central porque é geradora de indicadores imediatos relacionáveis com o resultado último de prevenção de morte por cancro [8, 12].** Os indicadores de qualidade da colonoscopia incluem parâmetros, como a taxa de deteção de adenomas, que se relacionam diretamente com a taxa de cancros de intervalo (cancros diagnosticados antes da data proposta para a próxima colonoscopia de controlo) e o risco de morte por cancro colorretal [13]. A SPED acha fundamental a auditoria da qualidade das colonoscopias como pilar da qualidade e eficácia de um programa de rastreio do CCR. Em articulação com outras Sociedades nacionais e internacionais, a SPED promoverá a avaliação de critérios mensuráveis dessa qualidade, bem como procurará desenvolver formas de facilitar esse processo através de listas de verificação de segurança, certificação de programas de relatórios endoscópicos e ações formativas.
6. **Individualmente e nos grupos constituídos em unidades e/ou Serviços todos os gastroenterologistas meçam, auditem e reportem os indicadores de qualidade das colonoscopias que realizam.** Todas as colonoscopias devem cumprir um limiar de qualidade, o qual deve ser mantido ao longo do tempo. Os indicadores de qualidade foram já definidos e poderão servir de base para esse processo [12].

7. **A SPED julga como fundamental para a completa implementação do rastreio do CCR de forma nacional e universal a utilização de toda a capacidade endoscópica existente em Portugal, independente da sua relação contratual e forma de pagamento, desde que cumprindo os critérios de qualidade já referidos.** O modelo de custo-eficácia em Portugal assumiu o uso de todos os recursos humanos disponíveis para a implementação da proposta atual de FIT seguido de colonoscopia [11].
8. **A SPED considera que os valores atuais atribuídos à colonoscopia devem ser revistos e aumentados.** O preço atual não considera na sua ponderação a qualidade da colonoscopia. Face aos mais atuais parâmetros de qualidade como o tempo de procedimento, qualidade da preparação intestinal, pressupostos de taxa de deteção e remoção de pólipos/adenomas e capacidade de resolução de eventuais complicações associadas, desinfeção, desgaste do material endoscópico e custo dos acessórios indispensáveis à realização de uma colonoscopia de qualidade, torna-se fundamental e urgente a sua revisão. O modelo de custo-eficácia em Portugal de FIT seguido de colonoscopia mostrou que o preço da colonoscopia pode ser claramente aumentado sem comprometer a sua custo-efetividade [9].

Referências

1. Jemal, A., et al., *Global cancer statistics*. CA Cancer J Clin, 2011. 61(2): p. 69-90.
2. Ferlay, J., et al., *Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012*. Eur J Cancer, 2013. 49(6): p. 1374-403.
3. Zorzi, M., et al., *Impact on colorectal cancer mortality of screening programmes based on the faecal immunochemical test*. Gut, 2015. 64(5): p. 784-90.
4. Lin, J.S., et al., *Screening for Colorectal Cancer: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force*. JAMA, 2016. 315(23): p. 2576-94.
5. World Health Organization. *Mortality database* Department of Information, Evidence and Research (accessed on 05 January 2019)]; Available from: <http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/620-portugal-factsheets.pdf>.
6. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, *Despacho 8254/2017*. 2017, Governo de Portugal: Diário da República. p. 20788-9.
7. Lansdorp-Vogelaar, I., L. von Karsa, and I.A.f.R.o. Cancer, *European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. First Edition--Introduction*. Endoscopy, 2012. 44 Suppl 3: p. SE15-30.
8. Rembacken, B., et al., *Quality in screening colonoscopy: position statement of the European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE)*. Endoscopy, 2012. 44(10): p. 957-68.
9. Rex, D.K., et al., *Colorectal cancer screening: Recommendations for physicians and patients from the U.S. Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer*. Gastrointest Endosc, 2017. 86(1): p. 18-33.

Associação Científica de Utilidade Pública

Rua Abranches Ferrão, nº 10 – 14º • 1600-001 LISBOA • PORTUGAL • N.º 501 764 852

Telefone: 217 995 533 • Fax: 217 995 538 • geral@sped.pt • www.sped.pt



Data: 29/03/2019

10. Wolf, A.M.D., et al., *Colorectal cancer screening for average-risk adults: 2018 guideline update from the American Cancer Society*. CA Cancer J Clin, 2018. 68(4): p. 250-281.
11. Areia, M., et al., *Cost-utility analysis of colonoscopy or faecal immunochemical test for population-based organised colorectal cancer screening*. United European Gastroenterology Journal, 2018: p. in press.
12. Kaminski, M.F., et al., *Performance measures for lower gastrointestinal endoscopy: a European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Quality Improvement Initiative*. Endoscopy, 2017. 49(4): p. 378-397.
13. Corley, D.A., et al., *Adenoma detection rate and risk of colorectal cancer and death*. N Engl J Med, 2014. 370(14): p. 1298-306.