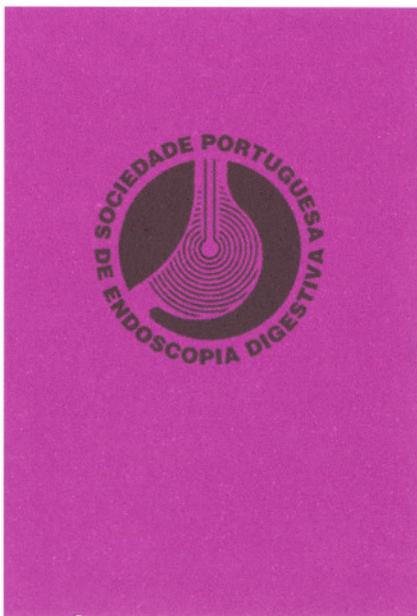


Diagnóstico, Terapêutica e Vigilância nos Doentes com Pólipos Colorectais Não Familiar

RECOMENDAÇÕES



Divulgar recomendações para a abordagem de condições médicas tornou-se prática corrente em muitas Sociedades Científicas em todo o mundo. Esta prática resulta da necessidade de divulgar, de forma expedita e acessível, um conjunto de conceitos que se julgam estabilizados e adquiridos, relativos à abordagem de problemas clínicos relevantes. Dessa forma, as Sociedades pretendem estimular a uniformização de atitudes.

Obviamente que um conjunto de recomendações não substitui o senso clínico que o caso individual suscita nem pretende ser um obstáculo à permanente experimentação de novas soluções mas, tão só, constituir um auxiliar de memória para o não-especialista ou para o especialista não habitualmente envolvido no tema em questão.

Por tudo isto a Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva, seguindo a sugestão de muitos sócios, procura iniciar, também, a prática de divulgar recomendações, propondo-se dinamizar a construção de grupos de peritos nos diversos assuntos escolhidos. Neste primeiro tema a SPED, escolheu o trabalho do grupo do IPOFG (Lisboa) na área dos pólipos do cólon e recto, assunto onde este grupo se tem destacado desde há vários anos. Competiu ao nosso colega Carlos Nobre Leitão a elaboração da síntese aqui apresentada e para ele vai uma palavra de agradecimento.

As razões para escolhermos os pólipos do cólon e recto esporádicos (não-familiar), designadamente os adenomas têm a ver com a sua bem documentada relação com o carcinoma do cólon e recto, entidade cuja incidência está a aumentar rapidamente no nosso país, constituindo já a segunda neoplasia endógena mais frequente de acordo com os dados do Registo Oncológico Nacional. Com efeito, por um lado, admite-se que a maioria dos casos de cancro colorectal têm a sua origem nos adenomas e, por outro, nos últimos anos, demonstrou-se que a generalização da atitude de polipectomia sistemática de todas as lesões precursoras conduz à diminuição da incidência daquele tumor na população objecto da intervenção. Torna-se por isto importante tomar consciência que a abordagem dos indivíduos portadores de adenomas deve ser uma prioridade assistencial para os serviços e que, pelo seu grande número, novas exigências de organização, equipamento e meios humanos deverão ser considerados por hospitais e centros de saúde. Só assim poderemos oferecer à população uma oportunidade de intervenção profiláctica eficaz. Para além dessa tomada de consciência, importa uniformizar atitudes que são hoje consensuais e esta lista de recomendações vem responder a problemas tão importantes, como sejam: a decisão de executar uma colonoscopia, os intervalos de tempo para monitorizar a eficácia da polipectomia, a abordagem do pólipo maligno e a periodicidade de colonoscopias que um programa de vigilância deve ter após a obtenção de um cólon "limpo" de adenomas.

Esperamos que esta iniciativa da SPED venha revelar-se útil e que seja possível assegurar com regularidade o plano de publicação das "RECOMENDAÇÕES".

I – ATITUDE INICIAL

- 1) A maioria dos doentes com pólipos detectados por clister opaco ou sigmoidoscopia deve ser submetida a colonoscopia total para polipectomia e diagnóstico de outras lesões do cólon e recto.
- 2) A decisão para a execução de colonoscopia total em doentes com pólipos no recto e/ou cólon sigmoide deverá ser ponderada em função da idade, doenças associadas e história pregressa de neoplasias do cólon e recto.
- 3) A presença de um pequeno pólipo (< 0,5 cm), observado no curso da sigmoidoscopia, implica a sua exérese para verificar se é um adenoma e, em caso afirmativo, constitui indicação para colonoscopia total. Por outro lado, a evidência actual apoia a recomendação de que um pólipo hiperplásico, encontrado durante uma sigmoidoscopia não é, por si só, uma indicação para colonoscopia total.
- 4) A polipectomia de um pólipo séssil de grandes dimensões (< 2 cm) deve ser seguida de uma colonoscopia de controlo dentro de 3 a 6 meses, para confirmar se a polipectomia foi completa. Se ainda existir pólipo residual, este deve ser retirado e a confirmação da sua remoção completa deve ser feita passados 3 a 6 meses. Se a ressecção completa não foi conseguida após 2 a 3 observações, devem ser equacionadas outras soluções alternativas, nomeadamente a cirurgia.

II – O PÓLIPO MALIGNO

- 1) Após a ressecção de um pólipo maligno deve ser assumida uma atitude conservadora, se forem preenchidos todos os critérios que se seguem:
 - a) O pólipo deve ser considerado completamente ressecado pelo endoscopista e enviado, na sua totalidade, para o laboratório de Anatomia Patológica. A polipectomia por fragmentos ou a fragmentação após a polipectomia pode não garantir a verificação dos critérios descritos nas alíneas seguintes.
 - b) O pólipo deve ser adequadamente avaliado no laboratório de Anatomia Patológica para que seja possível determinar, com segurança, a profundidade da invasão, o grau de diferenciação e o envolvimento vascular.

- c) O carcinoma deve ser bem ou moderadamente diferenciado.
- d) Não deve haver invasão vascular.
- e) A margem de ressecção não deve estar envolvida.
- 2) Um doente com pólipos malignos, onde estejam presentes todos os critérios enunciados de 1 a) a 1 e), deve ser submetido a colonoscopia de controlo dentro de 3 meses para verificar a eventual presença de tecido neoplásico residual no local da polipectomia, sobretudo se o pólipo era séssil.

A marcação precoce do local da exérese, nomeadamente por tatuagem, facilita o reconhecimento.

Após uma observação negativa, o doente deve ser incluído nas regras gerais de vigilância.

- 3) O risco relativo da ressecção cirúrgica deve ser avaliado em face do risco de morte por cancro metastizante quando um doente com pólipo maligno tem um ou mais critérios que contraindiquem uma atitude conservadora.

III – VIGILÂNCIA APÓS POLIPECTOMIA

- 1) Executar colonoscopia total para detectar e ressecar todos os pólipos. Observações adicionais podem ser necessárias após ressecção de adenoma séssil maior que 2 cm ou de adenomas múltiplos.
- 2) Colonoscopia de vigilância aos 3 anos para a maioria dos doentes com um ou mais adenomas.
- 3) Alguns doentes poderão necessitar de colonoscopia nos primeiros 12 meses (ex.: adenomas múltiplos, má preparação).
- 4) Se aos 3 anos a colonoscopia é negativa, os intervalos de vigilância poderão passar para 5 anos.
- 5) A presença de displasia de alto grau (grave) na polipectomia inicial não altera a vigilância a médio prazo, mas pode ser aconselhável uma observação precoce.
- 6) Se não é possível a colonoscopia total, então a sigmoidoscopia associada a estudo radiológico com duplo contraste de cólon é uma alternativa aceitável.

- 7) Doentes com adenoma único, de dimensões inferiores a 1 cm, com arquitectura tubular e displasia de baixo grau (ligeira ou moderada) não carecem de vigilância.
- 8) A vigilância deve ser adequada à idade do doente, à morbilidade eventualmente presente e deve ser suspensa quando pareça improvável que ela possa prolongar a esperança de vida do doente.