

Pareceres SPED¹

Rastreio de cancro colorretal (CCR) – versão atualizada

O CCR é um importante problema de saúde pública em todo o mundo, sendo a 2ª causa de morte associada ao cancro em Portugal [1]. O rastreio do cancro do cólon e reto (CCR) permite a redução da incidência e mortalidade por CCR[2].

A SPED, ao longo da sua história, sempre esteve atenta à problemática do CCR e à promoção do rastreio de base populacional desta patologia.

Em 2017, o governo português legislou a implementação de um programa de rastreio nacional de base populacional usando como estratégia o teste de sangue oculto por método imunoquímico (FIT) cada 2 anos. Esta escolha foi implementada sem uma análise custo-eficácia prévia publicada, comparando as diferentes estratégias de rastreio internacionalmente aceites.

Em 2019, a SPED emitiu um parecer acerca do rastreio do CCR recomendando como método de rastreio de base populacional o FIT, com base no menor custo e numa eventual taxa superior de adesão face à colonoscopia. Esta recomendação foi suportada por uma análise custo-eficácia publicada em 2018, concluindo que o rastreio do CCR por FIT a cada 2 anos era a estratégia adequada para Portugal[3].

Após a publicação da recomendação anterior surgiram novos dados, nomeadamente uma análise custo-eficácia comparando 5 estratégias de rastreio, publicada em 2022, usando uma perspetiva de pagamento pelo Sistema Nacional de Saúde (SNS)[4].

No rastreio do CCR, a evidência obtida dos estudos randomizados, apesar de importante, sofre de várias limitações, nomeadamente a dificuldade na comparação direta de múltiplas estratégias de rastreio, a necessidade de tempos de seguimento muito longos e de amostras de grande dimensão. As modelizações custo-eficácia, recorrendo a dados de múltiplas fontes, são determinantes como fonte de evidência para a tomada de decisão no rastreio do CCR.

A esse propósito, com base na nova evidência entretanto publicada, bem como na constante evolução da Gastrenterologia Nacional e com as alterações do modelo de pagamento do tratamento do CCR nas instituições do SNS, a SPED promove uma atualização do atual parecer que consiste num conjunto de recomendações/afirmações e respetivas referências de suporte científico.

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"

A SPED recomenda que:

- 1. O rastreio do CCR deve ser organizado, nacional e de base populacional [5].** 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 da implementação, promoção ativa da adesão, monitorização e avaliação dos resultados do rastreio.
- 2. Todos os médicos sugiram o rastreio do CCR a todos os cidadãos, assintomáticos, de ambos os sexos, de risco padrão, com idade entre os 50 e os 74 anos e desde que a expectativa de vida seja superior a 10 anos [6,7].** 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, pelo que uma antecipação da idade de início do rastreio para os 45 anos poderá ser considerada [8].
- 3. O rastreio deve ser preferencialmente feito por colonoscopia, sendo o FIT uma alternativa viável em populações com baixa taxa de adesão à colonoscopia [6,7].** Na maioria dos países com rastreio de CCR este é realizado por FIT anual ou colonoscopia 10/10 anos. O rastreio do CCR pode ser realizado por vários métodos tais como, FIT, rectosigmoidoscopia flexível, colonoscopia total, colonografia por TC e teste DNA nas fezes [9, 10]. O rastreio de CCR é recomendado pela maioria das sociedades científicas de endoscopia e oncologia internacionais, sendo várias as opções, quanto ao métodos e periodicidades a adotar. A colonoscopia e o FIT têm níveis diferentes de eficácia, adesão da população, custos e necessidades de capacidade endoscópica. A colonoscopia (geralmente considerado o *gold standard*) apresenta a maior eficácia na redução da mortalidade e, sobretudo, na redução da incidência do CCR. Apesar do maior custo da colonoscopia, o custo global da estratégia é menor que o FIT, dado o menor número de doentes com CCR com necessidade de tratamentos oncológicos (o principal determinante do custo das estratégias de rastreio). A pesquisa de sangue oculto por FIT anual seria uma alternativa preferencial, apenas se a taxa de adesão à colonoscopia ou se incidência de CCR fosse muito baixa[4].
- 4. Em Portugal, o modelo baseado na colonoscopia mostrou-se custo-eficaz[4].** Na modelização económica comparando 5 estratégias, usando uma perspetiva de pagamento pelo SNS, metodologia requerida pela maioria dos reguladores da saúde para introdução de novas tecnologias, por questões de objetividade e consistência, as estratégias de rastreio baseadas na colonoscopia 10/ 10 anos foram sempre superiores às estratégias baseadas na FIT, mesmo quando sujeitas a testes de sensibilidade probabilísticos. A adesão à colonoscopia é determinante para que a colonoscopia seja a estratégia mais eficaz. Em Portugal, a maioria das



Data: 09/06/2023

colonoscopias financiadas pelo SNS para os cuidados de saúde primários são realizadas com anestesia (desde 2014), sem custos para o doente, num regime de *open-access*. Este contexto poderá contribuir para uma taxa de adesão elevada a um programa de rastreio de CCR baseado na colonoscopia. Assim, a SPED defende que sejam desde já criadas coortes randomizadas com doentes convidados para colonoscopia primária de forma que se possa conhecer a taxa adesão à colonoscopia e o desempenho concreto do FIT no contexto do programa em vigor.

5. **Qualquer que seja o modelo adotado em termos populacionais, a realização de uma colonoscopia de qualidade é determinante [9].** A colonoscopia permite obter indicadores da qualidade dos *inputs* e do *processo*, que se admitem estar positivamente associados aos *outcomes* principais do rastreio, isto é, a redução da incidência e mortalidade por CCR. Os indicadores de qualidade da colonoscopia incluem parâmetros, entre outros, como a taxa de deteção de adenomas, que parecem ser preditores de cancros de intervalo (cancros diagnosticados antes da data proposta para a próxima colonoscopia de controlo) e do risco de morte por cancro colorretal[10]. A SPED considera fundamental a avaliação da qualidade das colonoscopias, no sentido de se conhecer o impacto destas nos objetivos finais do rastreio. 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. **A SPED considera que os valores atuais atribuídos à colonoscopia devem ser revistos e aumentados.** O valor atual não considera na sua ponderação a qualidade da colonoscopia. Face aos atuais parâmetros de qualidade, a necessidade de resseção de lesões durante a colonoscopia de rastreio, as complicações associadas, a desinfeção, o desgaste do material endoscópico e custo dos acessórios de uso único indispensáveis à realização de uma colonoscopia de qualidade, torna-se fundamental e urgente a sua revisão. O modelo de custo-eficácia em Portugal de colonoscopia mostrou que o preço da colonoscopia pode ser claramente aumentado sem comprometer a sua custo-efetividade, em relação à estratégia de rastreio baseado na FIT.
7. **A SPED considera que os doentes com lesões/pólipos complexos detetados no âmbito de rastreio, devem ser encaminhados para unidades/serviços com capacidade para tratar estas situações, devendo os procedimentos endoscópicos de remoção destas lesões ocorrer em menos de 60 dias após a colonoscopia de rastreio.**
8. **Os procedimentos endoscópicos de exérese de lesões/pólipos complexos, devem ser financiados pelo SNS, através de um novo GDH ambulatório a criar, que reflita a diferenciação, complexidade e importância do procedimento endoscópico terapêutico para o doente e para o sucesso do rastreio.** No modelo atual de financiamento das instituições do SNS, a exérese de um pólipo complexo

em regime ambulatorio não é objeto de pagamento direto à instituição hospitalar, criando ineficiências e distorções graves que é urgente resolver.

- 9. Os resultados da monitorização e avaliação do rastreio, devem ser divulgados pelo menos numa base anual.** Estes devem incluir os *outcomes* primários do rastreio, bem como outros indicadores chave, que incluam entre outros, taxas de adesão, indicadores de qualidade da colonoscopia, tratamento de pólipos complexos, tratamento do CCR diagnosticado no rastreio.

Referências

1. Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I et al. Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018: GLOBOCAN sources and methods. *Int J Cancer* 2019; 144: 1941-1953
2. Lin JS, Perdue LA, Henrikson NB et al. Screening for Colorectal Cancer: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *Jama* 2021; 325: 1978-1998
3. Areia M, Fuccio L, Hassan C et al. Cost-utility analysis of colonoscopy or faecal immunochemical test for population-based organised colorectal cancer screening. *United European Gastroenterology Journal* 2019; 7: 105-113
4. Luís Lopes MC, Paula Veiga, Jorge Canena. Cost-effectiveness of Colorectal Screening in a European Country. A Comparison of Five Alternative Screening Strategies. *Journal of Surgery and Research* 2022, DOI: 529-540
5. Rembacken B, Hassan C, Riemann JF et al. Quality in screening colonoscopy: position statement of the European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE). *Endoscopy* 2012; 44: 957-968
6. Shaukat A, Kahi CJ, Burke CA et al. ACG Clinical Guidelines: Colorectal Cancer Screening 2021. *Am J Gastroenterol* 2021; 116: 458-479
7. Davidson KW, Barry MJ, Mangione CM et al. Screening for Colorectal Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Jama* 2021; 325: 1965-1977
8. Patel SG, May FP, Anderson JC et al. Updates on age to start and stop colorectal cancer screening: recommendations from the U.S. Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. *Gastrointest Endosc* 2022; 95: 1-15
9. Kaminski MF, Thomas-Gibson S, Bugajski M et al. Performance measures for lower gastrointestinal endoscopy: a European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Quality Improvement Initiative. *Endoscopy* 2017; 49: 378-397
10. Corley DA, Jensen CD, Marks AR et al. Adenoma detection rate and risk of colorectal cancer and death. *N Engl J Med* 2014; 370: 1298-1306