Recomendações para o seguimento do doente tratado por cancro colorectal

NUNO MATOS COSTA*, CAMILA COUTINHO**, ANA CRISTINA RAIMUNDO***, MARIA FRAGOSO****, EVARISTO SANCHES*****

RESUMO

O cancro colorectal é a segunda neoplasia mais frequente em homens e mulheres. Os doentes tratados apresentam um risco de recorrência elevado, pelo que o seguimento assume um papel crucial para a sua detecção precoce. As estratégias de seguimento são diferentes entre países e, dentro de cada país, entre as diferentes instituições. Em comum procuram melhorar: 1) a sobrevivência global; 2) a qualidade de vida; e 3) a razão custo/benefício. Os autores apresentam um algoritmo de seguimento para os doentes tratados por cancro colorectal, o qual assenta nos índices das recomendações da Sociedade Americana de Oncologia Médica.

Palavras-Chave: *Cancro colorectal; Seguimento; ASCO.*

INTRODUÇÃO

O cancro colorectal (CCR) é a segunda neoplasia mais frequente em homens e mulheres. Nos Estados Unidos são diagnosticados cerca de 130.000 novos casos por ano. Na União Europeia a sua incidência tem vindo a aumentar. No ano de 2000, segundo os dados publicados pelo GLOBOCAN, o número de novos casos de CCR em Portugal rondou os 5.500[1,2].

Destes doentes, cerca de 30% são diagnosticados em estádios II ou III, apresentando um risco significativamente aumentado de recorrência após ressecção cirúrgica. As taxas de sobrevivência aos cinco anos para o estádio II são de 70-80% e para o estádio III são de 25-60%[3]. A maioria das recorrências nos doentes submetidos a ressecção completa do CCR ocorrem nos primeiros três anos (80-90%) e, só muito raramente, depois dos cinco anos (<5%)[4]. Os doentes com cancro do cólon desenvolvem mais frequentemente recorrências à distância (hepáticas), enquanto que no cancro do recto estas surgem local ou regionalmente[5].

A doença metastática é normalmente fatal, pelo que se tem assistido a um grande esforço no sentido de esta ser diagnosticada numa fase precoce, ainda assintomática, permitindo um segundo tratamento potencialmente curativo. Este propósito só será atingido, se os doentes com CCR fizerem parte de um programa de vigilância. Os diversos estudos sobre a vigilância pós-operatória do CCR têm tido resultados muito diferentes, gerando grande controvérsia. Actualmente, os programas de seguimento diferem entre os países e entre as instituições.

SEGUIMENTO DO DOENTE TRATADO POR CANCRO COLORECTAL

Os doentes que completaram o tratamento para o CCR necessitam de vigilância para detectar precocemente complicações relacionadas com a terapêutica, para o diagnóstico de doença recorrente e para o despiste de segundos cancros ou lesões precurssoras.

Existem várias estratégias de se-

*Interno do Internato Complementar de Oncologia Médica, Departamento de Oncologia Médica, Instituto Português de Oncologia do Porto
**Assistente Hospitalar, Serviço de Oncologia Médica, Hospital Nossa Senhora da Oliveira, Guimarães
***Assistente Hospitalar, Serviço de Oncologia Médica, Hospital de São João, Porto
****Assistente Graduada, Departamento de Oncologia Médica, Instituto Português de Oncologia do Porto
*****Chefe de Serviço, Departamento de Oncologia Médica, Instituto Português de Oncologia do Porto

guimento destes doentes, desde a educação do doente com instruções para recorrer de imediato ao seu médico assistente aquando do aparecimento de sintomas, até regimes de seguimento apertado com visitas e exames frequentes. No entanto, não existem estudos com conclusões categóricas e definitivas sobre a relação custo/benefício dos diferentes regimes de seguimento e o impacto na sobrevivência dos doentes.

No IPO do Porto, o seguimento dos doentes tratados por CCR assenta nos índices das recomendações da ASCO *(American Society of Clinical Oncology)*, publicadas após revisão da literatura sobre os estudos nesta área[6,7]. Para cada índice foram determinados níveis de evidência e graus de recomendação. Um algoritmo de seguimento proposto no IPO do Porto a partir destas recomendações está desenhado na Figura 1.

Antigénio Carcinoembrionário (CEA)

Nível de evidência: II
Grau de recomendação: C
Cerca de 70% de todas as recorrências do CCR cursam com uma elevação do CEA, que pode anteceder o aparecimento dos sintomas em cinco a seis meses. É o primeiro índice de doença recorrente, principalmente hepática, em indivíduos assintomáticos, sendo o indicador com melhor relação custo-eficácia na detecção de doença metastática potencialmente ressecável/tratável.

Perante a elevação do CEA, torna-se obrigatório a investigação subsequente com outros exames analíticos e radiológicos; no entanto, não parece aumentar a sobrevivência de uma forma significativa, dado que cerca de 30% das recorrências cursam sem elevação do CEA.

História e Exame Físico

Nível de evidência: V
Grau de recomendação: Consenso
Não existem estudos que confirmem a contribuição da história e do exame físico para a eficácia do seguimento, porque cerca de 45% das recorrências dão sintomas que surgem no intervalo das consultas médicas. No entanto, existe consenso quanto à sua realização de três em três ou de seis em seis meses nos dois primeiros anos e depois anualmente.

Estudo Bioquímico Hepático

Nível de evidência: IV
Grau de recomendação: D
Os dados são suficientes para sugerir que não é necessária a sua monitorização. Os doseamentos do CEA e os exames radiológicos são positivos muito antes da alteração destes valores.

Pesquisa de Sangue Oculto

Nível de evidência: II
Grau de recomendação: C
Os dados não recomendam a sua realização periódica. Apenas 12% das recorrências precoces têm disrupção da mucosa intestinal com consequente positividade. Este exame não traz informações suplementares à colonoscopia, positivo, apresentando baixa sensibilidade e especificidade. É útil como teste de rastreio no cancro primário.

Tomografia Axial Computorizada (TAC) Abdominopélvica

Nível de evidência: II
Grau de recomendação: A
O seu uso não está indicado por rotina, porque diversos estudos reportam que a sua realização por rotina

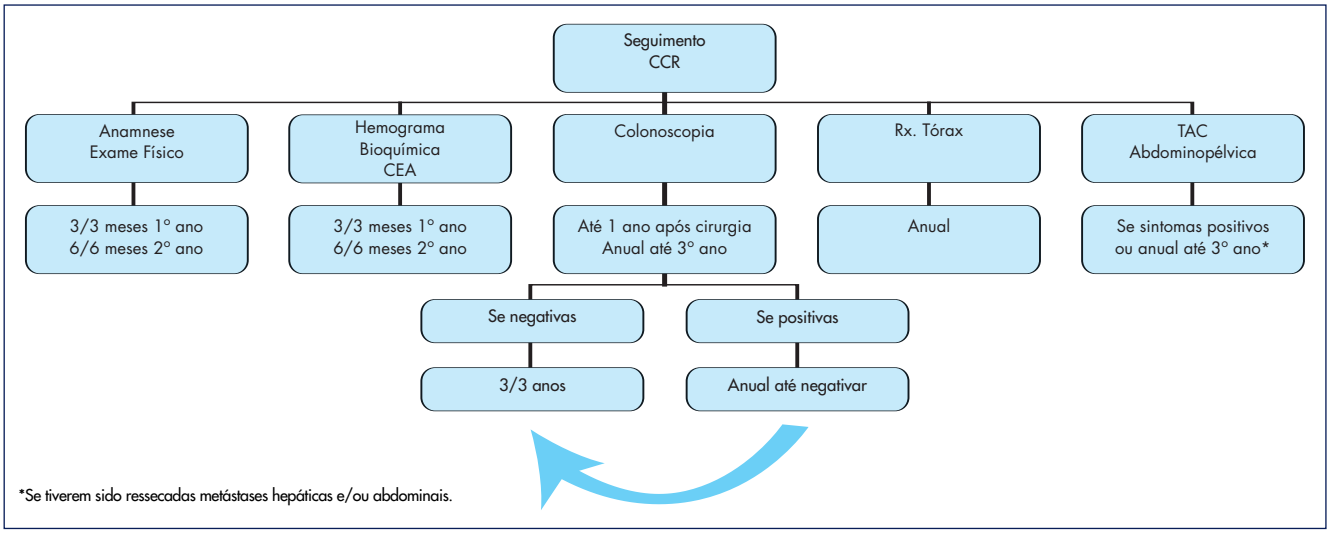

Figura 1. Algoritmo de seguimento para doentes tratados por cancro colorectal.

não revela lesões metastáticas curáveis primeiro que outros métodos mais baratos (por ex., CEA). O papel da TAC, ecografia e ressonância magnética reserva-se para o esclarecimento das situações clínicas quando ocorre elevação do CEA ou surgem sintomas. O papel da TAC nas recorrências CEA negativas ainda não está definido.

Telerradiografia Torácica

Nível de evidência: II
Grau de recomendação: B
Os dados são contra a sua realização por rotina, devendo ser imediatamente efectuada em caso de elevação do CEA ou aparecimento de sintomas compatíveis com metastização pulmonar.

Colonoscopia

Nível de evidência: I
Grau de recomendação: B
Se na data do diagnóstico não foi (ou não pôde ser) efectuada uma colonoscopia completa, esta deve ser feita nos primeiros 6 meses do pós-operatório para despiste de tumores síncronos ou pólipos. Não existem dados seguros que confirmem a redução da mortalidade por doença recorrente ou segundos cancros com a sua realização.

Proctosigmoidoscopia Flexível (Recto)

Nível de evidência: IV
Grau de recomendação: C
No seguimento dos doentes com cancro do recto a proctosigmoidoscopia está indicada a intervalos regulares: anualmente nos primeiros três anos. Nos doentes que foram submetidos a RT a proctosigmoidoscopia não está indicada, devendo realizar colonoscopia a intervalos de três a cinco anos. A maior parte dos doentes com recidivas pélvicas apresentam sintomas antes dos exames, nomeadamente, dor perineal, impotência «de novo», falsas vontades, e/ou tenesmo.

TAC Pélvica (Recto)

Nível de evidência: IV
Grau de recomendação: D
Para doentes que não receberam RT pélvica, está indicada durante os primeiros 36 meses, período onde ocorrem cerca de 80% das recorrências. Nos doentes tratados com RT, este exame não está indicado, porque a probabilidade de detectar recorrências antes do aparecimento de sintomas é muito baixa.

Hemograma

Nível de evidência: V
Grau de recomendação: Consenso
Não tem indicação clínica para o seguimento, na ausência de hemorragia ou infecção. Não existem estudos comparando a monitorização com hemograma e os outros índices e não existe relação entre os níveis de hemoglobina e a recorrência do CCR.

CONCLUSÃO

Se surgirem sintomas, ainda que constitucionais, o doente deve estar alertado para recorrer de imediato ao seu médico e a investigação deve ser iniciada sem qualquer demora.

As recomendações propostas procuram melhorar três objectivos fundamentais do seguimento destes doentes:
1. A sobrevivência global;
2. A qualidade de vida; e
3. A razão custo/benefício.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Black RJ, Ferlay J, Parkin DM. Cancer incidence and mortality in the European Union: cancer registry data and estimates of national incidence for 1990. Eur J Cancer 1997; 33:1075-107.
2. GLOBOCAN 2000. Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide, Version 1.0. IARC CancerBase No. 5. Lyon: IARC Press; 2001.
3. American Joint Committee on Cancer. Colon and Rectum. In: Greene F, Page D, Fleming I, et al., editors. AJCC Cancer Staging Manual. Chicago: American Joint Committee on Cancer; 2002. p. 113-9.
4. Bekradda M, Cvitkovic E. New possibilities in chemotherapy for colorectal cancer. Ann Oncol 1999; 10(Suppl 6):S105-S11.
5. Angélico V, Costa NM, Fragoso M. Cancro do cólon – Controvérsias do tratamento adjuvante. Arq Med 2003; 17(1/2/3):47-54.
6. Desch CE, Benson AB 3rd, Smith TJ, Flynn PJ, Krause C, Loprinzi CL, et al. Recommended Colorectal Cancer Surveillance Guidelines by the American Society of Clinical Oncology. J Clin Oncol 1999; 17:1312-21.
7. Benson AB 3rd, Desch CE, Flynn PJ, Krause C, Loprinzi CL, Minsky BD, et al. 2000 Update of American Society of Clinical Oncology Colorectal Cancer Surveillance Guidelines. J Clin Oncol 2000; 18:3586-8.

Agradecimento
À Dra. Deolinda Pereira, responsável pela organização do Curso de Oncologia para Clínicos Gerais no Departamento de Formação Permanente do IPO do Porto.

Endereço para correspondência
Nuno Matos Costa
Departamento de Oncologia Médica, Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil – Centro Regional de Oncologia do Porto
Rua Dr. António Bernardino de Almeida
4200-072 Porto

Recebido em 02/12/03
Aceite para publicação em 13/01/04

FOLLOW UP RECOMMENDATIONS OF COLORECTAL CANCER PATIENTS

Colorectal cancer is the second more frequent cancer both in men and women. Treated patients have a high recurrence rate, making follow up an essential step for early recurrence recognition. Follow up strategies vary both between countries and between institutions within countries. As a whole, these strategies seek to improve 1) global survival; 2) quality of life; and 3) cost-benefit. The authors present a follow up algorithm for colorectal cancer patients, based on recommendations of the American Society of Clinical Oncology.

Key words: *Colorectal Cancer; Follow Up; ASCO.*