

NEWSLETTER

ISBE & COCHRANE PORTUGAL

25 JANEIRO 2024 | Nº 274



Esta Newsletter (NL) resulta de uma parceria entre o Instituto de Saúde Baseada na Evidência e a Cochrane Portugal, e tem como objectivo disponibilizar informação sobre áreas importantes para a prática clínica, com base na melhor evidência científica disponível. São incluídos estudos relevantes, criticamente avaliados pela sua validade, importância dos resultados e aplicabilidade prática, resumos numa óptica de suporte à decisão. É dada prioridade a estudos de causalidade incluindo-se ainda, quando justificado, estudos qualitativos e metodológicos, assim como revisões científicas. O conteúdo da NL é da exclusiva responsabilidade do(s) seu(s) autor(es).

O benefício dos testes de rastreio oncológico mais utilizados é modesto

Referência: Michael Bretthauer et al. Estimated lifetime gained with cancer screening tests. Meta-analysis of randomized clinical trials. JAMA Intern Med. 2023;183(11):1196-1203. doi:10.1001/jamainternmed.2023.3798

Análise do estudo: Esta revisão sistemática com meta-análise teve como objectivo principal estimar o impacto do rastreio na mortalidade oncológica.

Foram pesquisadas - até 12 de outubro de 2022 - a MEDLINE e a Cochrane Library, para localizar ensaios clínicos (RCTs) com 10-15 anos de seguimento, reportando dados da mortalidade global e específica, assim como ganhos calculados na sobrevida, comparando os indivíduos rastreados com os não rastreados. Foram analisados os seguintes testes de rastreio: mamografia para rastreio do cancro da mama, colonoscopia, sigmoidoscopia e pesquisa de sangue oculto nas fezes para deteção do cancro colo-rectal, tomografia computadorizada para rastreio do cancro do pulmão em fumadores e ex-fumadores e PSA para rastreio do cancro da próstata.

O resultado primário (primary outcome) foi a sobrevida conseguida com o rastreio e foram incluídos na análise final 18 RCTs com 2.111.958 doentes, mais dados de 4 análises (das quais 3 meta-análises). Resultados na tabela.

Testes (nº de RCTs)	Eventos/100 pessoas-ano		Risco Relativo (IC 95%)	Dias de sobrevida pelo rastreio (IC)
	Rastreados	Não rastreados		
Sangue oculto nas fezes bianual (n=4)	1,8	1,8	1.00 (0.99 to 1.01)	0 (-55 to 55)
Sangue oculto nas fezes anual (n=1)	1,8	1,8	1.00 (0.98 to 1.03)	0 (-164 to 110)
Sigmoidoscopia (n=4)	0,95	0,97	0.98 (0.95 to 1.00)	110 (0 to 274)
Colonoscopia (n=1)	1,1	1,1	0.99 (0.96 to 1.04)	37 (-146 to 146)
PSA (n=4)	1,3	1,3	0.99 (0.98 to 1.01)	37 (-37 to 73)
Mamografia (n=2)	0,65	0,65	1.00 (0.95 to 1.04)	0 (-190 to 237)
TC pulmonar (n=3)	1,2	1,2	0.97 (0.88 to 1.08)	107 (-286 to 430)

Tabela adaptada de doi:10.7326/J23-0112

Aplicação prática: A justificação do rastreio do cancro baseia-se na ideia de que a deteção precoce do tumor diminuirá a mortalidade e morbilidade da doença oncológica. Por outras palavras: quanto mais cedo se detectar um tumor, mais cedo se intervirá e, desta maneira, se melhorará o prognóstico do doente. Baseados nesta convicção, e em estudos observacionais sugerindo diminuição da mortalidade, múltiplos países criaram programas de rastreio do cancro que implementam com maior ou menor intensidade.

O presente estudo sugere que o uso de 5 de 6 testes de rastreio oncológico mais utilizados têm um impacto na mortalidade que é nulo (nenhuma diferença na mortalidade entre pacientes rastreados ou não), ou modesto (sobrevida de, em média, perto de 4 meses com a sigmoidoscopia no rastreio do cancro colo-rectal). Estes resultados (deprimentes...) são dificilmente explicáveis: uma hipótese é a existência de co-morbilidades cardiovasculares, metabólicas simultâneas nestes pacientes, que induzem mortalidade antes do tumor progredir. Outra alternativa seria o diagnóstico de doenças inesperadas – o chamado sobrediagnóstico. De qualquer maneira, alguns doentes irão viver mais após realização dos rastreios, outros menos (devido às complicações das intervenções).

Finalmente, e como dizem os autores, este estudo não suporta a ideia de pararmos com os rastreios oncológicos, antes os orientarmos para pacientes selecionados com riscos de base mais elevados.

António Vaz Carneiro, Juan José Rachadell, Nuno Lupi Manso