

## NEWSLETTER ISBE & COCHRANE PORTUGAL

14 SETEMBRO 2023 | Nº 256



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, resumidos 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).

### Rastreio do cancro do cólon em indivíduos assintomáticos de risco médio

**Referência:** Amir Qaseem et al. Screening for Colorectal Cancer in Asymptomatic Average-Risk Adults: A Guidance Statement From the American College of Physicians (Version 2). *Ann Intern Med.* 2023;176:1092-1100. doi:10.7326/M23-0779

Os nossos leitores já se aperceberam que raramente resumimos Normas de Orientação Clínica – NOCs (*Clinical Practice Guidelines*). A razão é que estes documentos são normalmente muito extensos e têm quase sempre uma ou várias páginas com as recomendações finais (sobreponíveis a qualquer NL que quiséssemos fazer). A presente NOC – uma atualização – é diferente e justifica o seu resumo nesta NL, quer pela importância do tópico (prevenção do cancro do cólon), quer na maneira como a NOC é elaborada.

O objectivo desta NOC foi, em doentes com risco médio\* de cancro colorectal (CCR), apoiar as decisões clínicas referentes à idade de início e fim do rastreio, assim como a selecção do tipo de testes a usar em cada caso.

A evidência de base foi análoga à utilizada nas recomendações emitidas pela U.S. Preventive Services Task Force (doi:10.1001/jama.2021.6238) e pela American Cancer Society (doi:10.3322/caac.21457), diferindo em 3 aspectos abaixo descritos (guias 2, 4c e 4b) e levando em linha de conta aspectos económicos, assim como os riscos para os doentes e para a sociedade da utilização dos diversos testes de rastreio disponíveis (doi:10.7326/M23-1695): testes imunoquímicos fecais, testes de pesquisa de sangue oculto nas fezes, DNA fecal, colonoscopia, sigmoidoscopia flexível e colonografia por tomografia computadorizada.

#### RECOMENDAÇÕES PARA RASTREIO DO CANCRO COLORECTAL

GUIA 1: Deve-se iniciar o rastreio aos 50 anos de idade

GUIA 2: Deve-se considerar não rastrear adultos assintomáticos de risco médio entre 45 e 49 anos, discutindo com os doentes a incerteza sobre os benefícios e danos do rastreio nesta população

GUIA 3: Deve-se parar o rastreio do CCR em adultos assintomáticos de risco médio com mais de 75 anos de idade, ou com expectativa de vida de 10 anos ou menos

GUIA 4a: Deve-se seleccionar um teste de rastreio para o CCR na base da discussão de benefícios, danos, custos, disponibilidade, frequência, valores e preferências do paciente

GUIA 4b: Deve-se seleccionar entre testes imunoquímicos fecais ou de pesquisa de sangue oculto nas fezes de alta sensibilidade a cada 2 anos, colonoscopia a cada 10 anos ou sigmoidoscopia flexível a cada 10 anos mais um teste imunoquímico fecal a cada 2 anos

GUIA 4c: Não se devem utilizar o DNA de fezes, colonografia por tomografia computadorizada, cápsula endoscópica, urina ou testes de triagem sérica para CCR.

**António Vaz Carneiro, Juan José Rachadell, Nuno Lupi Manso**

\*O risco médio de CCR define-se como o doente estar assintomático e nunca ter tido um diagnóstico prévio de CCR, pólipos adenomatosos ou doença inflamatória intestinal e ausência de doença genética que induza incidência aumentada de CCR.