

Sigmoidoscopia aos 60 anos de idade está associada a menor incidência de câncer colorretal, mas não a menor mortalidade

Autores da tradução:

Pablo Gonzáles Blasco^I, Marcelo Rozenfeld Levites^{II}, Cauê Mônaco^{III}

Sociedade Brasileira de Medicina de Família

QUESTÃO CLÍNICA

Uma única sigmoidoscopia pode ser efetiva no rastreamento do câncer colorretal?

RESUMO

Nesse grande estudo,¹ uma única sigmoidoscopia flexível ao redor dos 60 anos de idade foi associada à redução da incidência de câncer colorretal, mas não à redução na mortalidade.

DESENHO DO ESTUDO

Ensaio clínico aleatório controlado (não cego).

Nível de evidência: 1b.²

CASUÍSTICA

Base populacional: adultos entre 55 e 64 anos de idade.

DISCUSSÃO

Foram enviados questionários perguntando a 236.000 adultos com idades entre 55 e 64 anos se estavam dispostos a participar desse grande estudo italiano de rastreamento por sigmoidoscopia em indivíduos da população geral sem fatores de risco para carcinoma colorretal. Desses, pouco mais de 34.000 (14,4%) responderam e foram aleatoriamente designados para serem submetidos a uma única sigmoidoscopia (n = 17.136, dos quais somente 9.911 compareceram) ou para terem seus dados acompanhados (n = 17.136 para os quais não foram feitos convites para rastreamento, constituindo o grupo de controle).

Os pacientes submetidos a sigmoidoscopia não tiveram restrições dietéticas e lhes foi pedido que autoadministrassem um enema em domicílio duas horas antes do exame.

Pequenos pólipos (de menos de 5 mm) foram removidos durante a sigmoidoscopia. Os pacientes que tinham pólipos grandes, preparo inadequado com presença de pelo menos um pólipos ou um carcinoma colorretal invasivo foram encaminha-

dos para uma colonoscopia total. Além disso, os pacientes também foram encaminhados para colonoscopia total se tivessem três ou mais adenomas, adenomas vilosos ou pólipos com alto grau de displasia.

Durante o período de acompanhamento, os autores realizaram pesquisas em uma base ligada aos registros de alta hospitalar e departamentos de patologia a cada dois anos para determinar os desfechos primários: incidência de câncer colorretal e mortalidade relacionada a ele, avaliadas por intenção de tratar.

O registro nacional de mortalidade foi acessado para avaliar o status vital ao final do estudo. Após aproximadamente 10 anos de acompanhamento, os pesquisadores haviam perdido menos de 2% dos pacientes. No geral, 557 (1,62%) pacientes tiveram um diagnóstico de carcinoma colorretal (251 [0,73%] no grupo de intervenção e 306 [0,89%] no grupo de controle). A incidência de carcinoma colorretal nos grupos de intervenção e de controle foi 144 e 176 por 100.000 pessoas/anos, respectivamente. Seria necessário convidar para rastreamento por sigmoidoscopia 3.125 adultos (intervalo de confiança, IC de 95%: 2915-3289) para se identificar um carcinoma colorretal invasivo.

Não houve diferenças estatisticamente significativas de mortalidade por todas as causas para os pacientes diagnosticados com câncer colorretal entre os dois grupos (50 por 100.000 pessoas/anos para os pacientes do grupo controle e 38 para o grupo de intervenção). Entretanto, o estudo não teve poder suficiente para avaliar este último resultado.

COMENTÁRIO

Esse estudo é bastante ilustrativo sobre a dificuldade de se estabelecer a utilidade prática de um rastreamento do ponto de vista da saúde pública. De 250.000 convidados, somente 34.000 responderam e, de 17.000 selecionados para o grupo de intervenção, somente 10.000 efetivamente dedicaram tempo e esforço para se submeterem a um único exame. E a conclusão ainda não

^IMédico de família, doutor em Medicina, diretor científico e membro-fundador da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa).

^{II}Médico de família e diretor da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa).

^{III}Médico de família, professor de Medicina de Família do Centro Universitário São Camilo, membro ativo da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa).

traz satisfação suficiente, já que a ideia por trás do rastreamento é fazer as pessoas viverem mais (não adianta detectar precocemente uma doença se elas forem vitimadas por outras que as matem).

Considerando-se a complexidade de uma consulta clínica individual, a informação desse estudo não serve para que deixemos de solicitar exames de *screening* para nossos pacientes, mas nos dá subsídios para esclarecer os pacientes e para não acreditarmos nos exames como uma panaceia salvadora.

REFERÊNCIAS

1. Segnan N, Armaroli P, Bonelli L, et al. Once-only sigmoidoscopy in colorectal cancer screening: follow-up findings of the Italian Randomized Controlled Trial--SCORE. *J Natl Cancer Inst.* 2011;103(17):1310-22.
2. Centre for Evidence Based Medicine. Oxford Centre for Evidence-based Medicine - Levels of Evidence (March 2009). Disponível em: <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025>. Acessado em 2011 (8 dez).

EDITORES RESPONSÁVEIS POR ESTA SEÇÃO

Pablo Gonzáles Blasco. Médico de família, doutor em Medicina, diretor científico e membro-fundador da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa).

Marcelo Rozenfeld Levites. Médico de família e diretor da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa).

Cauê Mônaco. Médico de família, membro ativo da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa).

INFORMAÇÕES

Tradução e adaptação:

Sobramfa (Sociedade Brasileira de Medicina de Família)

Rua Silvia, 56

Bela Vista – São Paulo (SP)

CEP 01331-000

Tel. (11) 3253-7251/3285-3126

E-mail: sobramfa@sobramfa.com.br

<http://www.sobramfa.com.br>

Data de entrada: 25 de novembro de 2011

Data da última modificação: 1º de dezembro de 2011

Data de aceitação: 19 de dezembro de 2011

Responsável pela edição desta seção: Sobramfa

