

BOWEL CANCER SCREENING

PORTUGUESE

The Colonoscopy Investigation

RASTREIO DO CANCRO DO INTESTINO

O exame de colonoscopia

Qual é o objectivo deste folheto?

Este folheto apresenta-lhe informação sobre a forma como a colonoscopia é efectuada e explica os benefícios e riscos deste exame. Esperamos assim ajudá-lo a fazer uma escolha informada sobre se deseja ou não submeter-se à colonoscopia.

O que é a colonoscopia?

- A colonoscopia é um exame do revestimento interno (mucosa) da parede do intestino.
- Você é sedado e depois é introduzido no seu recto um tubo fino e flexível, o colonoscópio, que é guiado em volta do intestino grosso.
- A colonoscopia é a forma mais eficaz de diagnosticar o cancro do intestino.
- Os tratamentos para o cancro do intestino têm maiores probabilidades de êxito se este cancro for detectado precocemente.

Porque é que me prescreveram uma colonoscopia?

Todas as pessoas que têm um resultado anormal após o teste de rastreio do cancro do intestino são convidadas a discutir a possibilidade de fazer uma colonoscopia.

Antes de ser submetido a este procedimento, um enfermeiro especializado explicar-lhe-á em pormenor o que uma colonoscopia envolve. Terá a oportunidade de fazer perguntas e a sua forma física para o procedimento será avaliada.

A razão principal pela qual lhe foi oferecida a colonoscopia é a necessidade de examinar o revestimento interno da parede do seu intestino para verificar se existe cancro presente. Os tratamentos para o cancro do intestino têm maiores probabilidades de serem eficazes se este cancro for detectado precocemente. Uma colonoscopia pode também detectar pólipos intestinais. Os pólipos não são cancro, mas podem por vezes tornar-se cancerosos ao longo de vários anos. Os pólipos podem ser extraídos (normalmente durante a colonoscopia), reduzindo assim o seu risco de contrair cancro no futuro.

O que significa um resultado anormal do rastreio de cancro do intestino?

Cerca de duas em cada cem pessoas têm um resultado anormal do seu rastreio de cancro do intestino. Contudo, isto não significa necessariamente que tenham cancro. Um resultado de rastreio anormal (vestígios de sangue encontrados na sua amostra do teste de rastreio) pode dever-se a razões não relacionadas com o cancro, tais como:

- hemorróidas – veias inchadas no recto ou ânus; e
- fissuras anais – ulcerações na mucosa do recto ou no ânus, por vezes causadas por prisão de ventre. Um resultado anormal do rastreio pode também dever-se a sangramento de um pólipó do intestino ou a um cancro.

O que é o cancro do intestino?

- Cerca de uma em cada 20 pessoas no Reino Unido contraem cancro do intestino ao longo da vida.
- Tanto homens como mulheres correm o risco de contrair cancro do intestino.
- Este é o terceiro cancro mais comum no Reino Unido e a segunda causa principal de mortes provocadas por cancro. Mais de 16.000 pessoas morrem de cancro do intestino anualmente (Cancer Research UK, 2005. *Cancerstats*).

O cancro do intestino é também conhecido como cancro do cólon, rectal ou colorrectal. O revestimento interno do intestino é composto por células que se renovam constantemente. Por vezes estas células crescem com excessiva rapidez, formando um amontoado de células conhecido como **pólipo** intestinal (também conhecido como um adenoma). Os pólipos não são cancros do intestino (eles são habitualmente benignos), mas podem transformar-se num cancro maligno ao longo de alguns anos. Um cancro maligno ocorre quando as células cancerosas têm a capacidade para se espalhar do local inicial para outras partes do corpo.

O que devo fazer antes da colonoscopia?

Antes de uma colonoscopia, terá que esvaziar totalmente os intestinos para permitir ao especialista examinar claramente a mucosa do intestino.

Receberá uma lista das limitações dietéticas e um preparado medicinal para os intestinos (um laxativo forte) antes da colonoscopia. Deve tomar o laxativo forte no dia anterior à colonoscopia e este provocará diarreia. Após tomar o laxativo, é sensato ficar próximo de uma casa de banho e evitar viajar ou ir para o trabalho.

É importante que siga as instruções com muito cuidado para que esvazie completamente os intestinos. Se não o fizer, o especialista poderá não conseguir ver claramente a mucosa do intestino durante a colonoscopia e você terá que repetir o exame. Deverá também pedir a alguém que o leve a casa depois da colonoscopia pois ser-lhe-á administrado um sedativo que talvez o deixe sonolento.

O que acontece durante a colonoscopia?

Dar-lhe-ão um sedativo para o ajudar a relaxar e depois pedir-lhe-ão que se deite de lado. Um tubo fino e flexível, chamado um colonoscópio, é introduzido no seu recto e guiado em volta do intestino grosso. Na extremidade do colonoscópio há uma pequena câmara com iluminação, que permite ao especialista ver o interior do seu intestino num ecrã de televisão.

Quando a colonoscopia é efectuada, é bombeado algum ar para dentro do intestino para permitir ao especialista ver claramente o revestimento da parede do intestino. Isto poderá dar-lhe uma sensação de inchaço ou cólicas no abdómen. O sedativo que lhe dão fará provavelmente com que se sinta sonolento e talvez não se lembre de quase nada do que aconteceu durante o exame. A colonoscopia deverá levar entre 30 a 45 minutos.

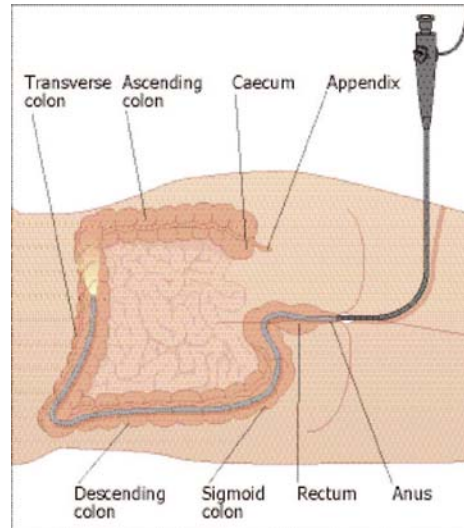


Diagrama: Cólon

Transverse colon – Cólon transverso; Ascending colon – Cólon ascendente; Caecum – Cego; Appendix – Apêndice; Descending colon – Cólon descendente; Sigmoid colon – Cólon sigmóide; Rectum – Recto; Anus – Ânus

Por vezes é colhida uma pequena amostra de tecido, chamada biópsia. A maioria dos pólipos podem também ser extraídos de forma indolor, utilizando um aro de arame introduzido através do tubo do colonoscópio. Estas amostras de tecido serão verificadas a fim de confirmar se contêm algumas células anormais que possam indicar a presença de cancro. Algumas pessoas acham a colonoscopia desconfortável, mas a maioria das pessoas não a acham dolorosa.

Quando receberei os meus resultados e o que significam?

Imediatamente a seguir à colonoscopia, o especialista dir-lhe-á se colheu algumas amostras de tecido ou pólipos. Se tiverem sido retiradas amostras durante a colonoscopia, deverá receber os resultados dentro de três semanas. Os resultados podem ser de três tipos.

- Um **resultado normal** significa que não foram detectados quaisquer pólipos ou cancros do intestino durante a colonoscopia. Metade das pessoas que fazem uma colonoscopia (cerca de cinco em 10) têm um resultado normal. O especialista dir-lhe-á após a sua colonoscopia se o seu resultado foi normal. Como existe uma pequena hipótese de a colonoscopia não ter detectado um eventual cancro, um resultado normal não garante que você não tenha ou que nunca venha a ter cancro. Ser-lhe-á oferecido outro rastreio do cancro do intestino ao fim de dois anos.
- **Um ou mais pólipos** podem ter sido encontrados durante a colonoscopia. Na maioria dos casos, o especialista extrairá o pólipo ou pólipos (este procedimento chama-se polipectomia) e analisá-los-á. Cerca de quatro em dez pessoas terão pólipos. A extracção destes pode impedir o desenvolvimento de um cancro. Se tiver sido extraído um pólipo, será informado se você se insere no grupo de baixo, médio ou alto risco. As pessoas no grupo de baixo risco terão a possibilidade

de fazer novo rastreio de cancro do intestino dentro de dois anos. As pessoas no grupo de médio ou alto risco deverão fazer nova colonoscopia dentro de um a três anos, dependendo da natureza do pólipó ou pólipós.

- A colonoscopia pode ter detectado um **cancro**. O exame só revela cancro em cerca de uma em dez pessoas. Se tiver sido detectado cancro, você será encaminhado para tratamento.

Se for detectado cancro do intestino na fase mais inicial, existe uma hipótese de 90% de êxito no tratamento. Contudo, nem todos os cancros do intestino detectados por uma colonoscopia podem ser tratados com êxito.

Qual é a fiabilidade do exame de colonoscopia?

Embora a colonoscopia não seja um exame perfeito, tem uma precisão superior a 90% na detecção do cancro do intestino (*Screening for colorectal cancer in adults of average risk*. Annals of Internal Medicine, 2002, 137(2), 132-141). Existe uma pequena hipótese de o especialista não ver o cancro (cerca de cinco em cada cem pessoas). Isto significa que ou o cancro não pôde ser visto devido ao intestino não estar completamente vazio ou, em casos raros, o especialista pode não se ter apercebido da presença do pólipó ou cancro. Há também uma pequena possibilidade de o especialista não ter conseguido passar o colonoscópio ao longo de todo o intestino (em cerca de cinco em cada cem pessoas). Isto pode acontecer devido a um bloqueio ou a dificuldade em fazer o colonoscópio contornar o intestino.

Há efeitos secundários ou complicações devido à colonoscopia?

Para a maioria das pessoas, uma colonoscopia é um procedimento simples, mas, em casos raros, pode haver complicações, nomeadamente:

- Não conseguir ver todo o intestino. Isto pode por vezes acontecer se os seus intestinos não estiverem completamente vazios ou se o colonoscópio não conseguir ir até à extremidade do intestino grosso (poderão pedir-lhe que faça outra colonoscopia ou um clister opaco – veja *Outros exames*).
- Hemorragia forte, requerendo mais investigação ou aconselhamento médico. Os pólipós ou amostras de tecido extraídos durante uma colonoscopia podem provocar hemorragias fortes. Estima-se que isto aconteça em cerca de uma em cada 150 colonoscopias.
- Intestino perfurado. O colonoscópio pode provocar um orifício (perfuração) na parede do seu intestino. As hipóteses de tal acontecer são de cerca de uma em 1.500. Se isto acontecer, necessitará de uma operação.
- Problemas respiratórios ou cardíacos. Você poderá reagir ao sedativo e ter problemas respiratórios ou cardíacos temporários. Os problemas graves são raros pois você é cuidadosamente monitorizado durante o exame.

Algumas destas complicações podem exigir mais tratamento, ou mesmo uma operação.

Em casos extremamente raros, o procedimento pode provocar a morte. Os dados actuais sugerem que isto pode acontecer em cerca de um em cada 10.000 exames.

O que acontece depois do exame?

O especialista que efectuou a colonoscopia explicar-lhe-á o resultado da mesma. Após a colonoscopia, será informado sobre se foram colhidas algumas amostras de tecido.

Receberá os resultados de uma eventual biopsia dentro de três semanas após o exame. Se tiverem sido colhidas amostras de tecido, poderá notar vestígios de sangue perdido pelo recto. Hemorragias ligeiras deste tipo não são raras e podem prolongar-se por alguns dias. Deve comunicar quaisquer sintomas de hemorragias prolongadas ou fortes (tais como cólicas, dores de barriga e sangramento abundante pelo recto) à unidade de colonoscopia ou ao seu médico de família.

Como o efeito do sedativo leva algum tempo a passar, você precisará de alguém que o leve do hospital para casa. Deverá também ter alguém consigo durante as 12 horas seguintes. É também boa ideia ter alguém consigo quando o especialista lhe explicar os resultados da colonoscopia pois você ainda estará a sentir os efeitos do sedativo.

É importante que não conduza, utilize maquinaria ou beba álcool durante pelo menos 24 horas. O sedativo leva algum tempo até sair do seu organismo e poderá afectar em certa medida as suas reacções e raciocínio. Deve também evitar tomar decisões importantes durante as 24 horas imediatamente a seguir à colonoscopia.

E se eu precisar de tratamento?

A maior parte dos pólipos encontrados durante uma colonoscopia podem ser extraídos de forma indolor durante o exame, utilizando um aro de arame introduzido pelo colonoscópio. Este procedimento chama-se polipectomia.

Se a colonoscopia revelar que você necessita de mais tratamento, terá a possibilidade de discutir a questão com uma equipa de especialistas. Normalmente isto envolve mais testes para determinar o local e tipo exacto do cancro, para que você e a equipa de especialistas possam decidir em conjunto qual é a melhor solução e tratamento. Os três principais tratamentos para o cancro do intestino são a cirurgia, a quimioterapia e a radioterapia. Dependendo do estado de avanço do cancro quando este for detectado, poderão ser utilizados dois ou mais tipos de tratamento, simultânea ou sequencialmente. O tratamento será sempre adaptado às suas necessidades, após discussões com a equipa que cuida de si.

Cirurgia

O tratamento principal para o cancro do intestino é a cirurgia. A cirurgia visando a remoção total do cancro é normalmente considerada adequada para cerca de oito em dez pessoas. Após a cirurgia, mais de 50% das pessoas vivem por mais de cinco anos.

Quimioterapia

A quimioterapia consiste na utilização de fármacos anticancerígenos (citotóxicos) para eliminar as células cancerígenas ou torná-las menos activas.

A quimioterapia é administrada principalmente após a cirurgia para reduzir o risco de regresso do cancro. Por vezes é também administrada antes da cirurgia, para reduzir o tamanho do cancro, ou ao mesmo tempo que a radioterapia.

Radioterapia

O objectivo da radioterapia é eliminar as células cancerígenas sem causar demasiado dano às células normais. A radioterapia é normalmente utilizada para tratar o cancro rectal e pode ser administrada antes ou depois da cirurgia.

Se o cancro do intestino não for tratado, poderá continuar a desenvolver-se e bloquear os intestinos ou espalhar-se para outros órgãos ou ambos.

Precisarei de exames de controlo posteriores?

Se tiver sido extraído um pólipó, será informado se está inserido num grupo de baixo, médio ou alto risco de futuros pólipos se tornarem cancerosos. As pessoas do grupo de baixo risco terão a possibilidade de fazer novo rastreio do cancro do intestino dentro de dois anos. As pessoas dos grupos de médio a alto risco serão inseridas no segmento de vigilância do programa de rastreio e serão aconselhadas a fazer uma colonoscopia dentro de um a três anos, dependendo da natureza do pólipo ou pólipos. É também efectuada uma colonoscopia de acompanhamento para verificar a mucosa do intestino e ver se alguns pólipos se formaram desde o seu último exame.

Outros exames

Por vezes, devido a outros problemas de saúde, a colonoscopia pode ser contraindicada no seu caso. Se assim for, poderá ser-lhe sugerido um exame alternativo, tal como um clister opaco, em vez da colonoscopia.

Se fazer o clister opaco, será tirada uma radiografia (raios X) ao seu intestino grosso. É introduzido no recto um pequeno tubo através do qual bário (um líquido branco cor de giz) flui para o intestino. Este líquido reveste o interior do seu intestino e revela o perfil do mesmo numa radiografia. O clister opaco leva cerca de 30 minutos.

O que acontece à minha amostra depois de ser analisada?

Se tiverem sido retiradas amostras durante a colonoscopia, o resultado será registado numa base de dados e a amostra de tecido será destruída. Nós analisamos regularmente todos os registos de rastreios como parte do nosso objectivo de lhe oferecer um serviço de qualidade e para ajudar a aumentar a perícia dos nossos especialistas. Isto significa que o pessoal que trabalha noutros pontos do serviço de saúde necessitará de examinar os seus dados.

Para mais informação sobre como mantemos os registos de dados, pode contactar o NHS Direct pelo telefone 0845 4647.

Resumo

Para o ajudar a decidir se deseja ou não submeter-se a uma colonoscopia, indicamos a seguir os benefícios e desvantagens principais deste exame.

- A colonoscopia pode detectar um cancro numa fase precoce, melhorando as suas hipóteses de um tratamento bem-sucedido.
- A extracção de pólipos, normalmente durante uma colonoscopia, pode reduzir os riscos de contrair cancro futuramente.
- Você pode achar o preparado intestinal que tem que tomar no dia anterior à colonoscopia desagradável.
- Os efeitos do sedativo podem dificultar-lhe a realização das suas tarefas no dia seguinte ao exame.
- Há alguns riscos associados à colonoscopia.
- Existe a possibilidade de a colonoscopia não detectar um cancro.

Este folheto foi elaborado pela Cancer Research UK, em associação com o Programa de Rastreio do Cancro do Intestino do NHS, com orientação do Programa Piloto de Rastreio Colorrectal em Inglaterra.

Perguntas que talvez deseje fazer

Na sua primeira consulta, o enfermeiro especializado explicar-lhe-á tudo sobre a colonoscopia.

Sugerimos que utilize o espaço abaixo para anotar perguntas que deseje fazer.

Mais informação e apoio

Se tiver algumas questões a colocar, ou desejar mais informação sobre o rastreio do cancro do intestino ou a colonoscopia, pode:

- contactar o centro do programa pela linha verde 0800 707 60 60;
- falar com o seu médico de família;
- consultar o website dos Programas de Rastreio do Cancro do Serviço Nacional de Saúde (NHS), www.cancerscreening.nhs.uk;
- consultar o website do NHS Direct, www.nhsdirect.nhs.uk;
- consultar o website da Cancerbackup, www.cancerbackup.org.uk, ou telefonar para 0808 8001234;
- consultar o website da CancerHelp, www.cancerhelp.org.uk, ou telefonar para 0800 226237;
- consultar o website da Bowel Cancer UK, www.bowelcanceruk.org.uk, ou telefonar para 08708 506050;
- consultar o website da Beating Bowel Cancer, www.beatingbowelcancer.org, ou telefonar para 02088925256.

Publicado pelo Ministério da Saúde em associação com os Programas de Rastreio do Cancro do NHS, com orientação e apoio do Primary Care Education Group da Cancer Research UK.

Cancer Research UK

© Copyright da Coroa, 2006
273371 1p Maio de 2006

Produzido pelo COI para o Ministério da Saúde
Primeira edição – Maio de 2006

O texto deste documento pode ser reproduzido sem autorização oficial ou encargos para uso pessoal ou interno. Se necessitar de mais exemplares deste título, cite 273371/Colonoscopia e Cancro do Intestino, e contacte:

DH Publications Orderline

PO Box 777 London SE1 6XH

Email: dh@prolog.uk.com

Tel: 08701 555 455

Fax: 01623 724 524

Telefone de texto: 08700 102 870 (08h00 às 18h00, de segunda a sexta-feira)

www.cancerscreening.nhs.uk