
DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER COLO-RETAL

PROF. KONRAD ARNOLD (*)

Palestra: Prof. Konrad Arnold

Senhor Presidente, senhoras e senhores.

Para iniciarmos nossa palestra mostrarei um **slide** no qual podemos notar que o mundo se encontra dividido em partes escuras e partes mais claras, ou em partes pretas e partes brancas.

Estas cores ou partes não estão relacionadas a nenhum fator racial ou político, mas dizem respeito à incidência de carcinoma do cólon como também dos pólipos do intestino grosso.

As marcas pretas não se referem ao fato de que nestas regiões do mundo não exista o câncer a nível colo-retal ou que a incidência nesses locais seja menor, mas apenas significa que não temos informações exatas sobre a incidência de câncer nessas regiões.

Se agora nos detivermos nos locais nos quais temos dados da incidência de tal patologia, dados normalmente fornecidos pela W.H.O. (Organização Mundial da Saúde), poderemos observar que existem faixas de grandes regiões do mundo onde a incidência do câncer do cólon e reto é alta. Essas regiões encontram-se simbolizadas aqui sob a cor mais clara ou sob a cor branca. Vista esta breve introdução, gostaria que os senhores atentassem aos dados relacionados à distribuição do câncer do cólon e reto.

Em meu país, a República Federativa Alemã, observamos um aumento dramático na incidência do câncer do cólon e reto. Atualmente este índice é seis vezes maior do que no início do século.

Vamos então tentar correlacionar alguns dados encontrados neste mapa de distribuição mundial com os dados encontrados atualmente na Alemanha, em particular.

Se compararmos as marcas brancas, que correspondem a locais de grande incidência, com as escuras onde encontramos baixa incidência do câncer do cólon e reto, teremos que admitir que este mapa mostra as regiões do mundo onde existem países ricos e pobres.

A dieta da população nos países ricos é baseada na ingestão de maiores quantidades de proteínas e gorduras e carboidratos, encontrados sobre as formas mais refinadas.

(*) Prof. da Universidade de Wiesbaden (Alemanha).

Por outro lado, em grandes regiões da África e da Índia, a dieta costuma ser basicamente o que nós denominamos de dieta vegetariana, que comumente é baseada na ingestão de cereais, legumes e frutas.

Estes alimentos fazem parte do que nós chamamos de dieta com resíduos, que é uma dieta onde o alimento ingerido e que se encontra na luz intestinal se transformará em material fecal apresentando maior massa ou maior peso; a movimentação deste material dentro da luz intestinal ocorrerá da maneira mais rápida porque existe uma propulsão mais vigorosa das paredes intestinais por causa da distensão provocada pelo material do lúmen intestinal. Além deste fato este material inter-luminal leva consigo grandes quantidades de ácidos biliares que são transportados rapidamente junto com os demais elementos intestinais, não ocorrendo o contato direto desses ácidos com a parede intestinal.

Quais seriam então os dados que fazem com que a alimentação nos países desenvolvidos seja tão diferente a tal ponto de poder contribuir como um dos fatores causais para o aumento da incidência do câncer do colo e reto?

Uma dieta rica em proteínas, gorduras e carboidratos resulta em fezes mais endurecidas e ressecadas que conseqüentemente não distendem totalmente a parede intestinal e portanto este material permanece na luz intestinal 3 a 4 vezes mais do que o material fecal com resíduos.

As gorduras têm um papel importante na formação das fezes. Grandes quantidades de gorduras na dieta levam a formação de grandes quantidades de bactérias que decompõem ácidos biliares e esteróides do organismo, formando grande quantidade de substâncias associadas a um maior tempo de contato do material fecal com a parede intestinal estão relacionadas com os altos índices de tumores deste órgão.

A alta incidência do câncer do colo e reto que ocorre em países desenvolvidos e os baixos índices encontrados em países em desenvolvimento mostra que a composição da alimentação tem papel muito importante na incidência do câncer do cólon e do reto.

Que tipo de pessoas estariam mais propensas a ter o câncer do cólon e reto?

Devemos neste ponto distinguir dois grupos de pacientes: Primeiramente, 5% da população de indivíduos normais poderá eventualmente desenvolver este tipo de câncer.

O segundo grupo de paciente são aqueles assim chamados de alto risco apresentando fatores predisponentes para o carcinoma do cólon e reto.

Vamos iniciar fazendo um comentário sobre os 5% da população de indivíduos normais que podem eventualmente apresentar um carcinoma de intestino grosso.

Como podemos então ajudar esses pacientes. A partir de dados estatísticos, e por nossa própria experiência, podemos dizer que não se alcançou progresso significativo em relação às técnicas cirúrgicas durante as duas últimas décadas; e tão pouco a quimioterapia e a radioterapia mostraram melhores resultados. Portanto não ocorreram mudanças significativas relacionadas à terapêutica desses tumores nos últimos 20 anos. Progresso foi alcançado no que diz respeito à ressecção de lesões pré-cancerosas. Nós sabemos que as lesões polipóides devem ser removidas e temos ressecado tais tumores com o uso de endoscópicos rígidos ou flexíveis. Os patologistas nos ensinaram como poder ser altos os índices de sobrevivência quando detectamos e em seguida ressecamos o carcinoma no estágio inicial.

Quais foram então os progressos que foram alcançados a nível de diagnóstico? Nós todos temos que saber que o toque retal não é um método diagnóstico tão satisfatório quanto nos foi preconizado durante nossa fase de aprendizado médico. Pelo nosso conhecimento atual sobre esta patologia, podemos afirmar que apenas 12 a 15% do total dos carcinomas do cólon e reto podem ser detectados pelo toque retal. A retoscopia, realizada com um equipamento rígido introduzido até 25 cm, pode detectar de 60 a 70% de todos os tumores do cólon e reto. Realmente este método diagnóstico tem se mostrado bastante eficaz para o diagnóstico precoce dos tumores, mas as limitações ao uso do equipamento evitam tanto por causa do pequeno número de médicos que realizam retoscopia como também existem restrições ligadas aos pacientes que não concordam em realizar o exame anualmente sem que apresentem sintomas.

Os 2 outros métodos diagnósticos utilizados para se detectar alterações em todo o colo também são o Raios X contrastado e a colonoscopia realizada com o uso de fibroscópios que nos possibilitam confirmar as nossas hipóteses diagnósticas, como também, verificar nossas limitações tanto com que diz respeito à nossa conduta médica como em relação ao custo desses exames.

O nosso objetivo seria o de conseguir realizar um teste que nos permita prevenir quase todas as mortes devidas à presença de carcinoma do cólon e reto; mas não temos certamente capacidade econômica e nem possibilidade de que a classe médica possa realizar tão gigantesco programa.

Será que existem outros métodos utilizados para se conseguir diagnóstico precoce desses carcinomas sob condições que possam ser realizadas do ponto de vista prático?

Primeiramente teremos que conscientizar a população de indivíduos sãos sobre a incidência desses tumores, pedindo que se evite a ingestão de certos alimentos que possam levar a presença de certas substâncias carcinogênicas na luz intestinal. Gostaria de lembrá-los neste momento da dieta com resíduo, rica em fibras.

Em segundo lugar deveremos encontrar métodos que nos possibilitem selecionar dentre toda a população os indivíduos de alto risco, que naturalmente conglomeram um pequeno número de pacientes.

Sobre este grupo de pacientes é que nós médicos deveremos atuar, procurando realizar os maiores esforços, principalmente visando o diagnóstico precoce e nesse trabalho deveremos certamente ter o auxílio do governo para atingirmos tal objetivo. Com relação ao câncer do cólon e reto, podemos nos beneficiar do fato que as primeiras alterações pré-malignas da mucosa — os pólipos, os adenomas, como também os carcinomas, promovem pequenos sangramentos à partir de sua superfície. Este fato já havia sido detectado no início do século. Os testes para diagnóstico nesta época eram exageradamente sensíveis, ocorrendo um alto número de falsos positivos, fazendo com que o número de pacientes examinados à procura desses tumores, era alto demais.

Greeger desenvolveu um teste laboratorial nos Estados Unidos que era baseado na impregnação de um tipo de papel com uma substância tipo guajac modificada. O nome comercial do produto era Hemoccult e sob esta forma foi introduzido no meu país como parte da previdência médica do Estado.

Vamos analisar quais são os quesitos necessários para que um método seja considerado um método preventivo eficaz.

1. Este teste deverá apresentar um menor grau de dificuldade para o paciente a fim de que o mesmo aceite realizá-lo mais de uma vez.

2. A avaliação dos resultados deverá ser realizada pelo próprio pessoal do laboratório, sem haver necessidade de conhecimentos técnicos sofisticados.
3. Os testes realizados deverão ter baixo custo.
4. O teste utilizado deverá exibir especificidade e sensibilidade suficientes a tal ponto de poder detectar o maior número possível de pacientes portadores de carcinoma, ou seja, este teste deverá fornecer o mínimo de resultados falsos negativos, o que chamamos de sensibilidade.
5. Por outro lado este mesmo teste, além das características citadas previamente não poderá apresentar uma porcentagem alta de falsos positivos; isto é, resultados positivos sem carcinoma ou polipos de um teste específico.

Se através do teste detectarmos um grande número de falsos positivos isto pode significar uma seleção hiper-estimada dos pacientes que exibem risco de ter o carcinoma; e portanto o programa de seleção (programa de detecção) não será eficaz. Voltando ao nosso programa de detecção para sangue oculto nesta patologia, gostaria de lhes dizer como esse programa tem sido realizado.

Quando analisamos o aspecto de menor grau de dificuldade técnicas para o paciente, durante a realização do teste, queremos lembrar o fator relacionado à dieta que o mesmo deverá seguir antes e durante a época de avaliação. Como vocês podem ver uma dieta com resíduo deve ser recomendada. O material fecal originário dessa dieta em questão possibilita que todas as porções do intestino grosso são distendidas e as fezes entram em contato com toda a mucosa intestinal e tudo que se encontra na sua superfície.

Durante os últimos anos temos notado que o ácido ascórbico interfere nos processos oxidativos da solução de guajac, aumentando a incidência de resultados falsos.

O primeiro teste guajac era muito sensível, era necessário que o paciente seguisse uma dieta restrita em carne e pobre em ferro, por um determinado período de tempo. Atualmente, no entanto, sabe-se que não há diferenças entre os resultados obtidos com este teste utilizando uma dieta restrita em carne ou com quantidades normais do mesmo elemento. Ambos os métodos nos fornecem 3,5% de resultados positivos.

Feifel e cols. também mostraram que com uma dieta comum

contendo salame cru e carne moída, de 40 testes, em 24 pacientes, não apresentaram nenhuma reação positiva.

Concluimos através de nossos estudos que as amostras de material fecal devem ser tomadas por três vezes sucessivamente e que cada tomada deve incluir duas amostras de locais diferentes das fezes.

Um outro ponto importante de ser ressaltado é que a quantidade de material fecal a ser analisado na lâmina deve ser suficiente de tal maneira a termos certeza que a lâmina está recoberta por este material em toda sua extensão. As lâminas após serem preparadas devem ser analisadas num prazo de dias e não devem ser estocadas por semanas em locais muito quentes. Estas precauções devem ser seguidas para ser diminuída a incidência de resultados falsos.

Para detalhes técnicos adicionais, as senhoras e senhores, devem procurar o Sr. Néelson Persival e sua equipe do laboratório Eaton Vemaco, que demonstrarão o procedimento com substâncias de teste positivos e negativos.

O que deve ser feito com os pacientes com teste Hemoccult positivo?

O pior seria negligenciar o teste positivo na idéia que seria um erro de laboratório ou um resultado devido a dieta. Temos muitos exemplos que séries repetidas do teste inteiro deram todas resultados negativos. O médico assim como o paciente ficam satisfeitos e o carcinoma cresce.

Após cada teste positivo temos a obrigação de realizar um exame digital do reto, uma retossigmoidoscopia, um clister opaco com duplo contraste e se necessário, uma colonoscopia.

Agora penso que os senhores querem ouvir de mim como o teste com Hemoccult é eficiente. Gostaria de esclarecer este ponto conforme os dados colhidos na minha clínica, a Deutsche Klinik fuer Diagnose, em Wiesbaden. Na nossa clínica que é um centro de diagnóstico ambulatorial, usamos Hemoccult desde 1972. Neste período testamos 20.900 pacientes e cerca de 720 pacientes ou 3,4% tinham o teste positivo.

Eu já lhes falei que 3,4 a 3,5% é um percentual que encontramos em todos os grupos testados. Aproximadamente 500 destes pacientes com o teste positivo foram submetidos a um exame completo do aparelho digestivo baixo, consistindo de retossigmoidoscopia convencional, clister opaco com duplo contraste ou colonoscopia. Encontramos 103 pacientes com câncer neste grupo. Outros 156 pacientes eram portadores de um ou mais polipos grandes. Cerca de 2/3 destas neoplasias se lo-

calizaram acima do alcance do retossigmóscópio rígido tipo standard — isto é, acima de 25 cm. Cada quinto paciente com câncer e cada segundo portador de polipos era inteiramente assintomático após anamnese cuidadosa e tinha também valores de ferro sérico e hemoglobina normais. Cada quinto paciente tinha idade abaixo de 50 anos. Curiosamente a idade média dos pacientes com câncer, de 60,4 anos, foi dois anos acima da idade dos portadores de polipos grandes. Após revisão das fichas de todos pacientes diagnosticados com câncer em nossa clínica achamos 15 entre 118 com Hemocult test falso-negativo. Isto sugere um resultado falso-negativo, de 15% para câncer. Grandes polipos com sangramento mais intermitente tem um percentual mais alto de falso-negatividade. Porém este esquema é traçado como exame anual da mesma maneira como o Papanicolau para câncer de colo uterino.

Somente testes anualmente repetidos podem permitir uma avaliação dos benefícios que este planejamento pode trazer para os pacientes no sentido de sobrevivida prolongada ou cura da doença. Foi levantada a pergunta, senhoras e senhores, como podemos eliminar os testes falso-negativos aumentando a sensibilidade do material de teste. Estudamos isto usando diversos materiais de teste paralelamente com nosso Hemocult tradicional. Aumentando a sensibilidade numa série de 1600 pessoas somente um câncer a mais e 4 polipos foram encontrados.

Porém, apesar deste número realmente alto de resultados positivos encontramos um outro câncer e 80 grandes polipos em resultados negativos com ambos testes. A razão disto é que a distribuição de hemoglobina enzimaticamente ativa não é homogênea no aparelho digestivo. Estas substâncias com sensibilidade maior dão maior número de resultados falso-positivos, porém não previnem contra os falso-negativos. Quero mostrar-lhes finalmente o esquema preparado pela associação médica alemã, e adaptado pelo programa de saúde do Governo para o diagnóstico precoce de 40 anos de idade. Quando o teste com Hemocult é negativo, repetimos o mesmo após um ano. Se for positivo, continuamos com outros exames e iniciamos o tratamento.

Senhoras e Senhores, meu desejo é que os Srs., meus colegas brasileiros, elaborem um esquema semelhante, que depois seria aprovado pelo governo brasileiro, assim que consigam internar seus pacientes com câncer num estágio inicial com os conhecidos bons resultados terapêuticos. Isto seria para o bem do povo brasileiro. Muito obrigado.