



## **Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes (PSOF) e Colonoscopia no rastreamento do câncer colorretal**

Fecal Occult-Blood Test (FOBT) and colonoscopy for colorectal cancer screening

Prueba de sangre oculta em heces (PSOF) y colonoscopia en la detección del cáncer colorretal

Thalissa de Almeida Werneck Almeida<sup>1</sup>, Maria Eduarda Luizeto de Oliveira<sup>1</sup>, Leandra de Almeida Werneck Almeida<sup>1</sup>, Carla Resende Vaz Oliveira<sup>1</sup>, Bruno Cezario Costa Reis<sup>1</sup>.

### **RESUMO**

**Objetivo:** Identificar a idade adequada, fatores de risco e sintomas que indiquem o rastreio e o melhor teste diante da clínica apresentada. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica integrativa de abordagem qualitativa e caráter descritivo. Os dados foram coletados nas bases Biblioteca Virtual em Saúde e National Library of Medicine. A busca foi realizada através dos descritores "feccal occult blod test", "colonoscopy", "colorectal cancer" e "screening" utilizando o operador "and" na língua inglesa e são encontrados nos Descritores da Ciência em Saúde. Houve utilização de filtros de pesquisa journal article, clinical trial e recorte temporal de 2019 a 2021. Foram excluídos artigos fora do tema, revisão sistemática, textos pagos e artigos duplicados. **Resultados:** O rastreio do cancer colorretal é indicado para indivíduos entre 45 e 75 anos independente de sintomas e o método de escolha é indicado de acordo com a classificação em médio ou alto risco. A colonoscopia é o padrão-ouro, mas o baixo custo e o fato de não ser invasiva torna a PSOF um bom método. Os sintomas são praticamente inexistentes e podem manifestar conforme a doença avança. **Considerações finais:** Considera-se, então, que o diagnóstico precoce a partir do rastreamento leva a redução da mortalidade.

**Palavras-chave:** Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes, Colonoscopia, Rastreamento, Câncer Colorretal.

### **ABSTRACT**

**Objective:** To identify the appropriate age, risk factors and symptoms that indicate screening and the best test in view of the presented clinic. **Methods:** This is an integrative bibliographic research with a qualitative and descriptive approach. Data were collected from the Virtual Health Library and National Library of Medicine databases. The search was performed using the descriptors "feccal occult blod test", "colonoscopy", "colorectal cancer" and "screening" using the "and" operator in English and are found in the Descriptors of Health Science. Journal article, clinical trial and time frame from 2019 to 2021 were used. Off-topic articles, systematic review, paid texts and duplicate articles were excluded. **Results:** Colorectal cancer screening is indicated for individuals between 45 and 75 years old, regardless of symptoms, and the method of choice is indicated according to the classification of medium or high risk. Colonoscopy is the gold standard, but the low cost and non-invasiveness make PSOF a good method. Symptoms are virtually non-existent and may manifest as the disease progresses. **Final considerations:** It is considered, therefore, that early diagnosis based on screening leads to a reduction in mortality.

**Keywords:** Fecal occult-blood test, Colonoscopy, Screening, Neoplasms colorectal.

### **RESUMEN**

**Objetivo:** Identificar la edad adecuada, los factores de riesgo y los síntomas que indican el tamizaje y la mejor prueba de cara a la clínica presentada. **Métodos:** Se trata de una investigación bibliográfica integradora con enfoque cualitativo y descriptivo. Los datos fueron recolectados de las bases de datos de la Biblioteca Virtual en Salud y la Biblioteca Nacional de Medicina. La búsqueda se realizó mediante los descriptores "feccal occult

<sup>1</sup> Universidade de Vassouras, Vassouras - RJ.

blod test", "colonoscopia", "colorrectal cancer" y "screening" utilizando el operador "and" en inglés y se encuentran en los Descriptores de Ciencias de la Salud. Se utilizaron artículo de revista, ensayo clínico y marco temporal de 2019 a 2021. Se excluyeron artículos fuera de tema, revisión sistemática, textos pagados y artículos duplicados. **Resultados:** El cribado de cáncer colorrectal está indicado para individuos entre 45 y 75 años, independientemente de los síntomas, y el método de elección se indica según la clasificación de riesgo medio o alto. La colonoscopia es el estándar de oro, pero el bajo costo y la no invasividad hacen de la PSOF un buen método. Los síntomas son prácticamente inexistentes y pueden manifestarse a medida que avanza la enfermedad. **Consideraciones finales:** Se considera, por tanto, que el diagnóstico precoz basado en el cribado conduce a una reducción de la mortalidad.

**Palabras clave:** Prueba de sangre oculta en heces, Colonoscopia, Detección, Cáncer Colorrectal.

## INTRODUÇÃO

O Câncer Colorretal (CC) é um tumor maligno que pode comprometer todo o intestino grosso e o reto, geralmente, se inicia a partir de pólipos, lesões benignas que podem crescer para a parede do órgão. É o terceiro câncer mais incidente do mundo e representa o terceiro tipo mais comum em homens e o segundo em mulheres. A estimativa para o Brasil no ano de 2020 foi de 40.990 novos casos, sendo 20.520 em homens e 20.470 em mulheres, com 20.578 novas mortes (NAVARRO M, et al., 2017).

A detecção precoce reduz a mortalidade e é realizada através de uma triagem, sendo indicada para todos os indivíduos maiores de 45 anos independente da presença de sintomas e com risco médio, se estendendo até os 75 anos. A partir de então, o rastreamento deve ser individualizado de acordo com a expectativa de vida, estado geral de saúde e histórico de rastreamento anterior. Pessoas com mais de 85 anos não devem ser rastreadas (SIMON K, 2016; GASHTI SM, et al., 2021). Embora a incidência global de CC tenha diminuído em 20% nos últimos 20 anos, ela continua sendo uma das principais causas de mortalidade global. Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), entre os casos de neoplasia, esta foi a terceira causa de morte no Brasil em 2018. Além disso, deve-se notar que o CC tem uma alta taxa de diagnóstico tardio, o que pode ser explicado pelo estado assintomático do indivíduo ou por apresentar manifestações clínicas vagas (HOFFMANN S, et al., 2020; REMES TJM, et al., 2020).

Embora qualquer pessoa possa desenvolver o câncer colorretal, vários fatores estão associados a um risco aumentado para a doença. Alguns fatores de risco são modificáveis, como dieta, obesidade, sedentarismo, tabagismo e uso de álcool, outros fatores de risco, no entanto, não são modificáveis, como história pessoal ou familiar de pólipos colorretais ou câncer colorretal, condições hereditárias como a síndrome de Lynch, história pessoal de doença inflamatória intestinal, etnia e a presença de diabetes tipo 2 (SIMON K, 2016; FELISBERTO YDS, et al., 2021; REMES TJM, et al., 2020).

A partir da determinação dos fatores de risco, a população é classificada em risco médio ou alto para desenvolvimento de câncer colorretal. Indivíduos de risco médio são aqueles maiores de 50 anos, que não apresentam história familiar e pessoal de câncer colorretal, história pessoal de pólipos, história pessoal de doença inflamatória intestinal, polipose adenomatosa familiar, síndrome de Lynch e história de radiação para o abdome ou área pélvica. A designação de alto risco inclui indivíduos com história pessoal ou familiar de câncer colorretal, pólipos adenomatosos, doença inflamatória intestinal e síndromes hereditárias, histórico pessoal de radioterapia prévia do abdome ou região pélvica (EL-SHAMI K, et al., 2015; ALCÂNTARA ACP, et al., 2022).

O exame de sangue oculto nas fezes é uma estratégia utilizada como um primeiro teste de suspeição, que necessitará, nos casos positivos, de exame confirmatório. Os exames endoscópicos, sigmoidoscopia e colonoscopia, são confirmatórios e permitem fazer biópsia e retirar a lesão pré-maligna durante sua realização. Para indivíduos de risco médio os testes de escolha para a triagem incluem o Teste Imunoquímico Fecal (FIT) anualmente, Exame de Sangue Oculto nas Fezes em Guaico (gFOBT) a cada ano ou Colonoscopia a cada 10 anos. Qualquer resultado anormal de um teste de fezes deve ser seguido por uma colonoscopia confirmatória (FELISBERTO YDS, et al., 2021; NAVARRO M, et al., 2017; MOHD SMA, et al., 2020).

Enquanto para as pessoas consideradas de alto risco existem diferentes recomendações de triagem e devem consultar seu médico para determinar quando começar a triagem e com que frequência a realizar. Os sintomas são praticamente inexistentes no início e conforme a doença vai avançando as principais manifestações são presença de sangue nas fezes, alteração do hábito intestinal, constipação e diarreia, dor ou desconforto abdominal, fraqueza, anemia, perda de peso sem causa aparente e massa abdominal. Estes sintomas podem estar associados a outras patologias, portanto, devem ser investigados e associados a exames diagnósticos (ALCÂNTARA ACP, et al., 2022; GASHTI SM, et al., 2021).

Diante disso, o objetivo dessa revisão de literatura é identificar a população considerada adequada para a realização do rastreamento e posteriormente o melhor teste a ser realizado frente a clínica apresentada.

## MÉTODOS

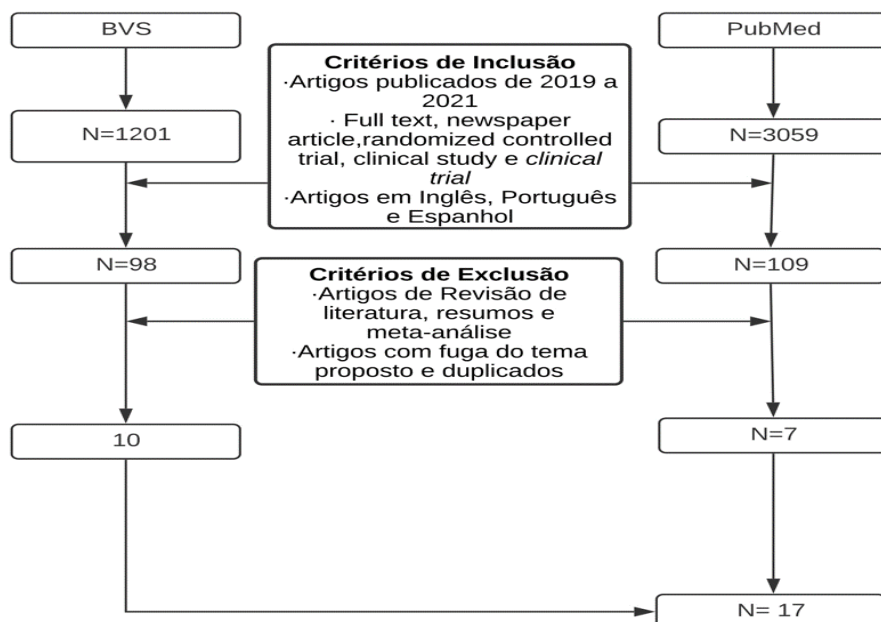
Trata-se de uma pesquisa bibliográfica de abordagem qualitativa e caráter descritivo. Os dados foram coletados em Base de Dados Virtuais. Para tal utilizou-se o Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Base de Dados *National Library of Medicine* (PubMed), com os critérios de inclusão idioma inglês, free full text, ensaio clínico e artigo de jornal, no período de tempo de 2019 a março de 2021. Os descritores utilizados foram "fecal occult-blood test" and "colonoscopy" and "neoplasms colorectal" and "screening" apenas na língua inglesa e são encontrados nos Descritores de Ciências da Saúde (DeCS).

A revisão de literatura foi realizada seguindo as seguintes etapas: estabelecimento do tema; definição dos parâmetros de elegibilidade; definição dos critérios de inclusão e exclusão; verificação das publicações nas bases de dados; exames das informações encontradas; análise dos estudos encontrados e exposição dos resultados (PEREIRA AS, et al., 2018). Foram excluídos artigos duplicados, aqueles em que os descritores não estavam relacionados, artigos que não foram descritos no idioma inglês, artigos pagos e artigos de revisão de literatura e meta-análise.

## RESULTADOS

Após a associação de todos os descritores nas bases pesquisadas foram encontrados 1.201 artigos na base BVS e 3.059 artigos na base eletrônica PubMed. A partir disso, após a aplicação dos filtros, restaram 98 artigos na base BVS e 109 na base PubMed. Foram excluídos artigos fora do tema, revisão sistemática, textos pagos e artigos duplicados, permanecendo 17 artigos, conforme a **Figura 1**.

**Figura 1** - Fluxograma dos artigos selecionados nas bases de dados eletrônicas.



Fonte: Werneck TA, et al., 2023.

Os principais pontos focados para a construção dos resultados foram a indicação para a triagem de Câncer Colorretal (CCR); a escolha do teste apropriado para o rastreamento, pesquisa de sangue oculto nas fezes ou colonoscopia; principais fatores de risco e sintomas associados, conforme será observado no **Quadro 1**.

**Quadro 1** - Indicação, Teste Adequado, Fatores de Risco e Sintomas no rastreamento do Câncer Colorretal.

| AUTOR E ANO               | INDICAÇÃO  | TESTE DE ESCOLHA  | FATORES DE RISCO  | SINTOMAS  |
|---------------------------|--|---|---|---|
| Mattar R, et al. (2020)   | 50-79 anos   | FR calculado > 3%:<br>FIT anual/bianual<br>Colono 10/10 anos  | Calculadora<br>Qcancer: Idade,<br>Sexo, Etnia, IMC,<br>Tabagismo, HF                  | Sangramento<br>Retal, Perda de<br>Peso,<br>Sangramento<br>Retal Isolado |
| Kaushal A, et al. (2020)  | 60-74 anos   | FIT/FOBT bianual.<br>Se+, Colono.   | Ausente   | Ausente   |
| Hoffmann S, et al. (2020) | 50 anos ou mais  | iFOBT bianual,<br>Colono a cada 10<br>anos em > 55 ou<br>imediate se iFOBT +                                      | HF de Parente de<br>1º/2º grau com CCR,<br>Idade, Sexo,<br>Tabagismo, Álcool          | Ausente   |
| Mohd SMA, et al. (2020)   | > 50 anos sem HF<br>de câncer  | iFOBT e Colono se<br>iFOBT positivo   | HF de Câncer  | Assintomáticos  |
| Cusuma VT, et al. (2020)  | Risco médio entre<br>50-75 anos  | FIT e Colono. Na<br>presença de FIT+,<br>colono imediata.   | Ausente   | Ausente   |
| Remes TJM, et al. (2020)  | Voluntários com<br>idade maior que 50<br>anos  | Triagem Baseada<br>em FIT para > 50<br>anos, Colono se FIT<br>positivo  | HF ou Pessoal CCR,<br>Tabagismo, Álcool,<br>HAS, DM, IMC                              | Sangramento   |
| Forbes N, et al. (2020).  | Risco Médio: 50-75<br>anos, sem HF ou<br>pessoal de CCR <60<br>anos.                                 | IFOBT<br>anual/bianual. Um<br>teste +, colono em<br>até 8 anos  | Ausente   | FIT não é<br>recomendado a<br>sintomáticos                              |
| He XX, et al. (2019)      | Assintomáticos, > 50<br>anos de médio/alto<br>risco de acordo com<br>questionário                    | Médio Risco (0-2<br>pontos) - FIT/FOBT.<br>Se +, colono.<br>Alto Risco<br>(>3pontos) Colono                       | Questionário: Idade,<br>Sexo, Tabagismo,<br>Álcool, HF, Diabetes,<br>Obesidade, Dieta | Ausente   |
| D'Andrea E, et al. (2019) | USPSTF:<br>rastreamento em<br>intervalos regulares,<br>dos 50-75 anos.                               | FIT/gFOBT anual,<br>Colono a cada 10<br>anos. Se FIT/FOBT<br>+, colono imediata.                                  | Idade, Raça,<br>Educação, HF de<br>CCR ou Doença<br>Colorretal                        | Ausente   |
| Mojica CM, et al. (2019)  | Risco Médio igual ou<br>superior a 50 anos   | FOBT anual ou<br>Colono a cada 10<br>anos e imediata se<br>FOBT positivo.   | Ausente   | Ausente   |
| Qaseem A, et al. (2019)   | Assintomático de<br>risco médio entre 50-<br>75 anos. E deve ser<br>interrompido em > de<br>75 anos. | FOBT/FIT- anual<br>Colono - a cada 10<br>anos ou imediata se<br>FOBT/FIT+. Alto<br>risco a escolha é a<br>Colono. | HF e pessoal de<br>CCR, DII, PAF são<br>considerados alto<br>risco.                   | Assintomático   |

| AUTOR E ANO                 | INDICAÇÃO   | TESTE DE ESCOLHA  | FATORES DE RISCO   | SINTOMAS  |
|-----------------------------|---|---|--|---|
| Helsingen LM, et al. (2019) | 50-79 anos  | Risco < 3%: Não rastrear<br>Risco > 3%: FIT bianual, Colono a cada 10 anos ou imediata se FIT+  | QCâncer: Idade, Sexo, Etnia, Tabagismo, IMC, HF  | Assintomáticos  |
| Mehta SJ, et al. (2019)     | 50-74 anos  | Assintomáticos: FIT anual ou Colono a cada 10 anos. Um FIT+, colono imediato  | Ausente  | Ausente   |
| Mankaney G, et al. (2019)   | ACS: rastreamento aos 45 anos para todos até 75 anos, devendo ser individualizada entre os 76-80. | Assintomáticos, de risco médio - FIT anual ou colono a cada 10 anos. Alto Risco- Colono a cada 5 anos a partir de 40 anos. Presença de sintomas- colono | Parente de 1º grau < de 60 anos com CCR ou adenoma avançado são considerados de alto risco | Sangramento retal, Anemia Ferropriva, Dor abdominal progressiva, Alterações Intestinais, Obstrução Intestinal |
| Beshara A, et al. (2019)    | Rastreamento para maiores 45 anos.  | FIT/gFOBT anual Colono a cada 10 anos ou imediata se FIT+   | Idade, Sexo, Etnia, IMC, Tabagismo   | Ausente   |
| Selby MDK, et al. (2019)    | Indivíduos de 50-74 anos  | FOBT anual para todos Colono a cada 10 anos ou imediata se FOBT + em até 90 dias  | 3-6 campos positivos no FOBT- alto risco para câncer e câncer avançado                     | Ausente   |
| Lopes G, et al. (2019)      | Assintomáticas entre 50-75 anos, sem história família de cancer                                   | gFOBT/FIT anual/bianual OU colono cada 10 anos. Colono: gFOBT/FIT + e/ou sintomáticos   | HF, DII, Polipose Adenomatosa Familiar, Doença de Lynch                                    | Anemia ferropriva, Sangramento, Dor abdominal, Alteração Intestinal   |

**Legenda:** ACS – American Cancer Society / CCR- Câncer Colorretal / Colono – Colonoscopia / DII - Doença Inflamatória Intestinal / HF - História Familiar / FIT – Teste Imunoquímico Fecal / FR – Fator de Risco / GI – Gastrointestinal / gFOBT – Teste de Fezes Baseado em Guaico / HRFQ –High Risk Factor Questionnaire (Questionário de Fator de Alto Risco) / PAF – Polipose Adenomatosa Familiar /USPSTF –United States Preventive Services Task Force (Força-Tarefa de Saúde Preventiva dos Estados Unidos)/ (+) - TESTE POSITIVO. **Fonte:** Werneck TA, et al., 2023.

A partir da análise dos estudos selecionados foi possível observar que dos 17 artigos, 11 artigos demonstram que o rastreio para câncer colorretal deve ser realizado em indivíduos de 45 a 75 anos e o teste de triagem escolhido dever ser determinado de acordo com a classificação em médio, alto risco e sintomáticos. Já seis artigos que demonstraram indivíduos de médio risco são considerados aqueles assintomáticos com idade maior que 50 anos e que não apresentam história familiar ou pessoal de câncer colorretal, doença inflamatória intestinal, polipose adenomatosa familiar, síndromes hereditárias ou câncer



hereditário não poliposo. Para esses casos, os principais testes são Teste imunoquímico fecal (FIT) anual, Teste de Fezes baseado em guaiaco (gFOBT) anual ou Colonoscopia a cada 10 anos.

Enquanto 5 artigos relatam que os considerados de alto risco possuem idade maior que 50 anos, com história de câncer familiar ou pessoal, doença inflamatória intestinal, polipose adenomatosa, síndromes hereditárias ou câncer hereditário não polipose, e o teste de escolha é sempre a colonoscopia com frequência determinada de forma individual de acordo com cada caso. Em nove artigos os sintomas são, na maioria das vezes, inexistentes, aparecendo, geralmente, nas fases avançadas da doença. Os principais sintomas encontrados em 5 artigos são alteração do hábito intestinal (constipação/diarreia), dor abdominal, perda de peso e sangue nas fezes. Na presença de qualquer um desses sintomas, independentemente da idade, uma colonoscopia diagnóstica deve ser realizada.

## DISCUSSÃO

O CC é uma das neoplasias malignas mais frequentes no ocidente e o número de óbitos supera o câncer colo uterino na população feminina. Com base no recente aumento na incidência de CC em pessoas mais jovens, as análises demonstram um equilíbrio favorável de benefício-custo para iniciar o rastreamento mais cedo e a redução esperada na sua mortalidade e incidência. A *American Cancer Society (ACS)* recomenda que todos os adultos comecem o Rastreamento de Câncer Colorretal (CCR) com idade igual ou superior a 45 anos com risco médio de câncer colorretal e devem ser submetidos a exames regulares com um teste baseado em fezes de alta sensibilidade ou um exame estrutural (visual) (FANG C, 2002; MATTAR R, et al., 2020; FORBES N, et al., 2020).

Uma recomendação qualificada é que você comece a rastrear quando tiver 45 anos, e uma forte recomendação é que comece quando tiver 50 anos ou mais. Recomendações fortes transmitem o consenso de que os benefícios de adicionar esta intervenção superam quaisquer efeitos colaterais indesejáveis que possam ocorrer. As recomendações qualificadas sugerem que há evidências claras do benefício (ou dano) da triagem, mas menos certeza quanto ao balanço de benefícios e malefícios ou sobre os valores e preferências dos pacientes, o que pode resultar em decisões diferentes quanto à triagem. Além disso, devido à maior incerteza sobre a relação risco-benefício da simplificação do CRC, a triagem deve ser interrompida para pacientes com mais de 85 anos (WOLF AM, et al., 2018; KAUSHAL A, et al., 2020; BESHARA A, et al., 2019; LOPES G, et al., 2019).

Estudos realizados em países desenvolvidos demonstraram que a detecção precoce de tumores e a redução da taxa de mortalidade são possibilitadas pela radioterapia tumoral. Como resultado, a taxa de mortalidade nos Estados Unidos caiu de 14,5 para 9,1 por 100.000 habitantes. Estudos recentes têm empregado o estudo do sangue oculto nas fezes como forma de acompanhamento e orientação de pacientes sem fatores de risco para câncer colorretal (ALTENBURD, et al., 2007; HOFFMANN S, et al., 2020; MOHD SMA, et al., 2020; REMES TJM, et al., 2020).

O método de escolha para o rastreamento é indicado de acordo com a classificação de risco. Indivíduos de médio risco são aquele que não possuem histórico pessoal ou familiar de câncer colorretal ou pólipos, história pessoal de doença inflamatória intestinal, síndromes colorretais hereditárias ou histórico pessoal de radioterapia prévia do abdome. Enquanto os de alto risco apresentam um desses fatores descritos (KHADIJEH J, et al., 2021; D'ANDREA E, et al., 2019).

Aqueles com baixo risco de desenvolver câncer podem ser investigados usando um dos três procedimentos: (1) exame anual das fezes em busca de sangue oculto; (2) sigmoidoscopia realizada de forma flexível a cada cinco anos; ou (3) repetir a sigmoidoscopia a cada dois anos para pacientes com mais de 50 anos. No entanto, em alguns casos, os resultados podem não ser confiáveis devido à perda de sangue causada por doenças como doença diverticular, neoplasia, hemorróidas ou mesmo doenças inflamatórias (CUSUMA VT, et al., 2020; HE XX, et al., 2019).

Para aqueles com alto risco de desenvolver câncer, aconselha-se a realização do rastreamento a partir dos 40 anos por meio da colonoscopia, pois permite o exame detalhado das bordas das lesões, profundidade de penetração e superfície. Esse exame possibilita ainda a realização de uma biópsia para posterior

confirmação diagnóstica, após a qual o tratamento pode ser finalizado. Assim, tomografias computadorizadas (TC) de tireoide, pelve e abdome podem ser úteis, além de exames físicos e quantificação de antígeno carcinoembrionários (BESHARA A, et al., 2019; LOPES G, et al., 2019).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cancerologia (SBC), o processo de triagem deve começar para aqueles com alto risco de desenvolver câncer entre 35 e 40 anos por meio de endoscopia retal e exame de sangue para sangue oculto nas fezes, em além da retossigmoidoscopia recomendada a cada 3 a 5 anos (WOLF AM, et al., 2018).

Com a realização anual do estudo do sangue oculto nas fezes e da sigmoidoscopia a cada três a cinco anos, o grupo de risco normal recebe a indicação do rastreamento, previsto pela SBC. No entanto, em áreas onde há alta incidência dessa neoplasia, a Sociedade Americana de Oncologia Clínica (ASCO) recomenda rastrear o CC em pacientes assintomáticos e com idade entre 50 e 75 anos com risco médio de câncer. Como resultado, esse processo precisa ser realizado por meio da pesquisa de vasos sanguíneos ocultos a cada um ou dois anos. Para o grupo com síndromes familiares, a racionalização deve começar o mais cedo possível (MOJICA CM, et al., 2019; QASEEM A, et al., 2019).

Quando comparada a outras técnicas, como a ultrassonografia (US) e a radiografia, consideradas exames de triagem, a TC desempenha essa função de forma mais eficaz em relação ao método de diagnóstico de obstrução e perfuração intestinal devido à sua alta sensibilidade e especificidade. Isso permite deduzir que um exame de triagem deve vir antes da confirmação diagnóstica para que a TC possa fornecer informações específicas sobre as complicações posteriores (MATTAR R, et al., 2020; FORBES N, et al., 2020).

Nenhum dos métodos de rastreamento é recomendado para pacientes com assintomática. Para pacientes de médio risco, o procedimento pode ser iniciado após os 50 anos com exame anual de vias biliares obstrutivas e colonoscopia em caso de resultado positivo; a cada cinco anos com teste de vias biliares obstrutivas e colonoscopia em caso de resultado positivo; ou a cada dez anos com colonoscopia, a última das quais é a mais eficaz.

Aqueles com risco elevado e alto risco devem ser submetidos a colonoscopias em intervalos menos frequentes. Apesar de a colonoscopia ser o exame padrão para o diagnóstico, essa técnica pode ser benéfica para a progressão do câncer colorretal devido ao baixo custo do sangue oculto na pesquisa de tecidos e à falta de invasividade do procedimento (VALADÃO M, et al., 2010; MOJICA CM, et al., 2019; QASEEM A, et al., 2019; HELSINGEN LM, et al., 2019).

O câncer colorretal pode não apresentar nenhum sintoma clínico, mas pode causar um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: Constipação ou diarreia, sensação de que o intestino não foi completamente evacuado, presença de sangue nas fezes, dor abdominal comatosa, sensação de inchaço abdominal, fadiga e perda de peso não especificada são sintomas. Os cânceres coloretais podem muitas vezes causar sangramento do trato digestivo, podem ser vistos nas fezes ou parecem estar mais escuros, mas muitas vezes, como fizeram parecem normais. Mas, com o tempo, a perda de sangue pode aumentar e levar à anemia (VALADÃO M, et al., 2010; MEHTA SJ, et al., 2019; MANKANEY G, et al., 2019; SELBY MDK, et al., 2019).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O número de casos e mortes pelo câncer colorretal vem aumentando significativamente no Brasil nos últimos anos, o rastreamento precoce nos propicia um diagnóstico em fases iniciais. Nos pacientes em geral esse rastreamento deve ser iniciado aos 45 anos e estender até os 75 anos. As principais formas de rastreamento são através da pesquisa de sangue oculto nas fezes, que deverá ser realizada, de preferência, anualmente e colonoscopia a cada 10 anos dependendo da classificação de risco de cada paciente. Qualquer resultado positivo na pesquisa de sangue nas fezes uma colonoscopia deverá ser indicada imediatamente. É uma doença grave e de progressão silenciosa tornando seu diagnóstico e cura mais difíceis. A detecção precoce realizada a partir do rastreamento leva a redução da mortalidade pelo câncer colorretal.

## REFERÊNCIAS

1. ALCÂNTARA ACP, et al. As repercussões das neoplasias colorretais na qualidade de vida dos pacientes. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2022; 15(5): e10277.
2. ALTENBURG FL, et al. Pesquisa de sangue oculto nas fezes e correlação com alterações nas colonoscopias. *Revista Brasileira de Coloproctologia*, 2007; 27(3).
3. BESHARA A, et al. Association between time to colonoscopy after a positive guaiac fecal test result and risk of colorectal cancer and advanced stage disease at diagnosis. *Int. J. Cancer*, 2020; 146: 1532-1540.
4. CUSUMANO VT, et al. Patients without colonoscopic follow-up after abnormal fecal immunochemical tests are often unaware of the abnormal result and report several barriers to colonoscopy. *BMC Gastroenterol*, 2020; 20(1): 115.
5. D'ANDREA E, et al. Quantifying the impact of adherence to screening strategies on colorectal cancer incidence and mortality. *Cancer Med*, 2020; 9(2): 824-836.
6. EL-SHAMI K, et al. Quantifying the impact of adherence to screening strategies on colorectal cancer incidence and mortality. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 2015; 65(6): 427-455.
7. FANG C. Rastreamento para câncer colorretal. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 2002; 48(4).
8. FELISBERTO YDS, et al. Câncer colorretal: a importância de um rastreamento precoce. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2021; 13(4): e7130.
9. FORBES N, et al. O uso apropriado de testes imunoquímicos fecais. *CMAJ*, 2020; 192(3):E68.
10. GASHTI SM, et al. Câncer colorretal: principais complicações e importância do diagnóstico precoce. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2021; 13(4): e6888.
11. HE XX, et al. Improvement of Asia-Pacific colorectal screening score and evaluation of its use combined with fecal immunochemical test. *BMC Gastroenterol*, 2019; 226.
12. HELSINGEN LM, et al. Colorectal cancer screening with faecal immunochemical testing, sigmoidoscopy or colonoscopy: a clinical practice guideline. *BMJ*, 2019; l5515.
13. HOFFMANN S, et al. Evaluating the effects of a risk-adapted screening program for familial colorectal cancer in individuals between 25 and 50 years of age: study protocol for the prospective population-based intervention study FARKOR. *BMC Gastroenterol*, 2020; 20(1): 131.
14. KAUSHAL A, et al. Preferences for different diagnostic modalities to follow up abnormal colorectal cancer screening results: a hypothetical vignette study. *BMJ Open*, 2020; 10(7): e035264.
15. KHADIJEH J, et al. A DNA methylation panel for high performance detection of colorectal cancer. *Cancer Genetics*, 2021; 64-72.
16. LOPES G, et al. Early Detection for Colorectal Cancer: ASCO Resource-Stratified Guideline. *Journal of Global Oncology*, 2019; 5: 1-22.
17. MANKANEY G, et al. Colorectal cancer screening: Choosing the right test. *Journal of Medicine*, 2019; 86(6): 385-392.
18. MATTAR R, et al. Precisão diagnóstica de uma ou duas amostras teste imunoquímicos fecais quantitativos para detecção de neoplasia intestinal. *Arq. Gastroenterol*, 2020; 57(3): 316-322.
19. MEHTA SJ, et al. Effect of Sequential or Active Choice for Colorectal Cancer Screening Outreach A Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open*, 2019; 2(8): e1910305.
20. MOHD SMA, et al. Perceived deterrence for colonoscopy for colorectal cancer screening among the North Malaysian population: a qualitative study. *Asian Pac J Cancer Prev*, 2020; 21(5): 1253-1258.
21. MOJICA CM, et al. Iniciação da Triagem do Câncer Colorretal Entre Medicaid Enrollees. *Am J Prev Med*, 2020; 58(2): 224-231.
22. NAVARRO M, et al. Colorectal cancer population screening programs worldwide in 2016: An update. *World J Gastroenterol*, 2017; 23(20): 3632-3642.
23. PEREIRA AS, et al. Metodologia da pesquisa científica, 2018.
24. QASEEM A, et al. Screening for Colorectal Cancer in Asymptomatic Average-Risk Adults: A Guidance Statement From the American College of Physicians. *Ann Intern Med*, 2019; 171: 643-654.
25. REMES TJM, et al. Faecal immunochemical test-based colorectal cancer screening in Mexico: an initial experience. *Fam Pract*, 2020; 37(3): 321-324.
26. SELBY K, et al. Estratégias para melhorar o acompanhamento após testes imunoquímicos fecais positivos em um ambiente: um estudo de métodos mistos. *Gastroenterol clín e trans*, 2019; 10(2): 00010.
27. SIMON K. Colorectal cancer development and advances in screening. *Clin Interv Agi*, 2016; 11: 967-976.
28. VALADÃO M, et al. Perfil dos Pacientes Portadores de Câncer Colorretal Operados em um Hospital Geral: Necessitamos de um Programa de Rastreamento Acessível e Efetivo. *Rev bras Coloproct*, 2010; 30(2): 160-166.
29. WOLF AM, et al. Colorectal cancer screening for average-risk adults: 2018 guideline update from the American Cancer Society. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 2018; 68: 250-281.