

Cancro Colo-rectal e Doença Inflamatória do Intestino

Um futuro sem doença de Crohn e Colite Ulcerosa



APD 

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DA DOENÇA INFLAMATÓRIA
DO INTESTINO

A **Associação Portuguesa da Doença Inflamatória do Intestino** (Colite Ulcerosa e Doença de Crohn) é uma organização voluntária, sem fins lucrativos, que tem como objectivos:

- a. O aconselhamento e apoio a pessoas que sofrem de doença de Crohn ou colite ulcerosa;
- b. A melhoria e o alargamento dos cuidados médicos ambulatoriais;
- c. A difusão de informação ao público sobre esta doença;
- d. A promoção da investigação sobre as causas e o tratamento desta doença;
- e. A cooperação com a classe médica, pessoal de enfermagem, indústria farmacêutica, serviços e entidades publicas.

Esperamos que esta brochura o ajude a compreender estas doenças e o torne um membro activo da nossa associação.



Cancro Colo-rectal e Doença Inflamatória do Intestino

Introdução

Se lhe foi diagnosticada uma doença inflamatória intestinal (DII), a Colite Ulcerosa e a Doença de Crohn, poderá perguntar a si próprio se corre um risco acrescido de desenvolver cancro, especialmente dos intestinos. Mesmo que exista um maior risco de cancro intestinal é importante recordar que esta doença pode ser tratada se for detectada precocemente.

Este boletim informativo encontra-se direccionado para os doentes com DII que apresentam um risco maior de desenvolver cancro colo-rectal e para a forma de reduzir esse risco. Também descreve as alterações verificadas nos intestinos que podem contribuir para o desenvolvimento de cancro.

Quem corre estes riscos?

Existem vários factores de risco conhecidos associados ao cancro, incluindo a história familiar e hábitos tabágicos. Para muitas pessoas com DII o risco de vir a sofrer de cancro colo-rectal é considerado semelhante ou apenas ligeiramente superior ao existente na maioria da população.

A **Colite Ulcerosa** (CU) afecta o revestimento do intestino grosso (também chamado cólon).

Existem dois factores de risco principais no caso de CU:

- O período de tempo decorrido desde o início da doença;
- A porção de cólon que está afectada pela doença.

Os estudos revelam que o risco apenas começa a aumentar 8 a 10 anos após o início dos sintomas, e não a partir da data do diagnóstico da doença, sendo que esta última pode ser determinada muito mais tarde.

Após este período, o risco de desenvolvimento de cancro é mais elevado, caso a doença afecte todo o cólon (designada colite extensa, total ou pancolite), mesmo que manifeste poucos sintomas.

Se apenas o lado esquerdo do seu cólon estiver afectado (designada colite distal) pela doença, o risco de desenvolver cancro é menor, em comparação com os doentes que apresentam colite total. Se apenas o recto estiver afectado (proctite), o risco é baixo ou igual ao da maioria da população.

O risco real de desenvolver cancro do cólon se tiver CU é difícil de determinar, porque os estudos apresentam conclusões diversas. Contudo, um estudo recente revelou que, aproximadamente, 7 em cada 100 pessoas com doença extensa podem vir a desenvolver cancro 20 anos mais tarde. Após os 30 anos de idade, o risco aumenta gradualmente, cerca de 16 em cada 100 pessoas, mas após os 40 anos o risco parece não aumentar. De salientar que, mesmo entre as pessoas sem DII, aproximadamente 5 em cada 100 pessoas irão desenvolver cancro do intestino grosso num determinado momento das suas vidas.

Doença de Crohn

A Doença de Crohn pode afectar qualquer parte do tubo digestivo desde a boca até ao ânus. Se a doença de Crohn afectar a totalidade ou a maior parte do seu intestino grosso, por vezes designada por Colite de Crohn, o risco de desenvolvimento de cancro é semelhante ao da CU extensa.

Se a sua doença de Crohn afectar apenas o seu intestino delgado, o risco de desenvolvimento de cancro é baixo. Existem poucos estudos relativamente ao risco para a doença de Crohn no intestino delgado. As investigações revelam que existe um risco acrescido, mas como o cancro do intestino delgado apenas é responsável por 1 em cada 100 casos de todos os cancros gastrointestinais, o risco real é extremamente baixo.

Há outros factores de risco?

Se já teve Colite Ulcerosa extensa durante pelo menos 8-10 anos, podem considerar-se alguns factores adicionais que contribuem para aumentar ligeiramente o seu risco de desenvolver cancro.

Indicam-se seguidamente alguns deles:

- **Idade apresentada aquando do aparecimento dos sintomas**
Alguns estudos indicam um ligeiro aumento do risco se tiver tido CU durante a infância.
- **Gravidade da inflamação**
Vários estudos têm revelado que existe um risco mais elevado para as pessoas com inflamação grave e persistente.
- **História de cancro na família**
Os estudos sugerem que se houver um membro da sua família que apresente cancro colo-rectal corre um risco mais elevado de desenvolver cancro.
- **Colangite Esclerosante Primária (CEP)**
A CEP e a CU estão associadas a um risco de cancro mais elevado. No entanto, muito poucas pessoas com CU desenvolvem CEP.

Existem poucos estudos sobre estes riscos adicionais para as pessoas com Colite de Crohn. No entanto, a CEP pode afectar as pessoas com a Doença de Crohn e se desenvolver CEP terá um risco semelhante ao das pessoas com CU.

Posso reduzir o risco?

Existem três métodos principais para o ajudar a reduzir o risco de desenvolvimento de cancro dos intestinos:

- **Tomar medicação regularmente**
Vários estudos sugerem que a toma regular de um medicamento 5-ASA, especialmente a messalazina (Asacol, Claversal, Pentasa, Salofalk), reduz o risco de cancro. Não está ainda completamente esclarecida a forma como estes medicamentos evitam o cancro, mas pensa-se que a prevenção a longo prazo ou a redução da inflamação são factores chave.

- **Consulte o seu médico regularmente**

As consultas médicas para a realização regular de exames, pelo menos uma vez por ano, mesmo que esteja em remissão da DII, permitem que lhe seja prescrito o tratamento mais adequado.

Em qualquer altura, sempre que detectar algumas alterações de sintomatologia, deverá consultar imediatamente o seu médico.

- **Fazer colonoscopias regulares**

A realização de colonoscopias regulares (ver mais abaixo) permite aos especialistas detectar alterações precoces no cólon antes que o cancro se desenvolva. Este procedimento é conhecido como colonoscopia de vigilância. Se tem DII há 8 ou 10 anos e não fez uma colonoscopia recentemente, será aconselhável que consulte o seu médico para decidir se este procedimento será adequado para si.

Há mais alguma coisa que permita reduzir o risco?

A actividade física e uma dieta rica em fibras ajudam a prevenir o cancro. Por outro lado, uma dieta rica em gorduras saturadas e carne vermelha pode aumentar o risco de cancro do cólon, por isso é aconselhável ingerir menos destes últimos alimentos e mais peixe e galinha sem pele. Se tiver DII pode sentir dificuldade em aumentar a quantidade de fibras na sua dieta e, nesse caso, poderá consultar o seu médico para o ajudar, ou mesmo consultar um dietista.

Existem vários estudos sobre o potencial do cálcio e da vitamina D na protecção contra o desenvolvimento do cancro. Os resultados são diversos, mas alguns estudos sugerem que elevados níveis destes suplementos podem ter um papel protector. Os suplementos de cálcio e vitamina D podem também fortalecer os ossos, os quais podem estar enfraquecidos se tiver DII.



Há inúmeras evidências que sugerem que os suplementos de ácido fólico podem fornecer protecção contra o desenvolvimento do cancro. No entanto, estudos mais recentes sugerem que após detecção de alterações no cólon indicadoras de cancro, níveis elevados de ácido fólico parecem aumentar o desenvolvimento do cancro (ver mais abaixo "O que é a Displasia?").

Tal sugere que a realização de colonoscopias regulares para verificar alterações pré-cancerígenas é especialmente importante.

O que é uma colonoscopia?

Uma colonoscopia é um procedimento em que se utiliza um colonoscópio, o qual permite ao especialista observar directamente o revestimento do cólon. Um colonoscópio é um tubo longo e flexível, com a grossura aproximada do dedo mindinho, com uma lâmpada brilhante e uma câmara na sua extremidade. É suficientemente longo para permitir examinar a totalidade do cólon e o final do intestino delgado. O especialista pode verificar a extensão da sua colite, a inflamação do seu cólon e ainda se tem alguns pólipos (ver mais abaixo) ou áreas de estreitamento.

A preparação para a realização de uma colonoscopia inclui o esvaziamento prévio do intestino, para que o especialista consiga realizar uma observação clara do revestimento dos seus intestinos. O hospital, onde irá realizar este exame, deverá aconselhá-lo sobre a dieta, ingestão de fluidos e laxante, antes do exame.

Poderão anestesiá-lo antes do procedimento. Durante o exame, que dura aproximadamente 40 minutos, o especialista irá retirar, num processo indolor para si, pequenas amostras do revestimento do intestino para as submeter, posteriormente, a um exame microscópico no laboratório. Este procedimento é designado por biopsia. Normalmente as biopsias revelam apenas células normais, mas por vezes há sinais de alerta precoces quanto ao desenvolvimento de cancro (displasia – ver mais abaixo). O especialista poderá também retirar alguns pólipos que serão, posteriormente, examinados pormenorizadamente.

O que são pólipos?

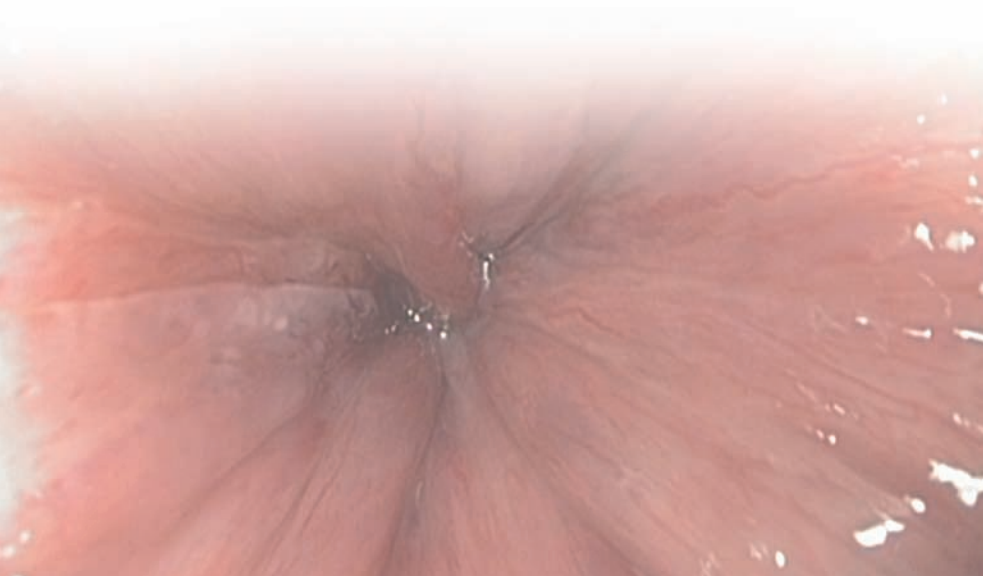
Os pólipos são saliências constituídas por tecido, como verrugas, que se formam na superfície geralmente lisa do revestimento do cólon. Podem ser apenas pequenas protuberâncias inócuas de tecido inchado ou inflamado, chamados pólipos inflamatórios, mas raramente correspondem a pólipos adenomatosos.

- **Pólipos inflamatórios**

Estes pólipos não requerem tratamento, mas podem ser removidos durante a colonoscopia, com o fim de serem examinados ao microscópio para confirmação do diagnóstico.

- **Pólipos adenomatosos**

Estes pólipos têm potencial para o desenvolvimento de cancro, mas não estão especificamente relacionados com a DII – podem desenvolver-se em qualquer pessoa. São removidos durante a colonoscopia para serem melhor estudados em laboratório. Este procedimento permite determinar se os pólipos têm potencial para desenvolver cancro. Se os pólipos revelarem apenas sinais de alteração pré-cancerígena não será necessário mais nenhum tratamento. No entanto, se existirem sinais de cancro pode ser necessário recorrer a uma cirurgia.



O que é a displasia?

A displasia não é cancro, mas é um sinal da possibilidade de desenvolvimento de cancro no futuro. A displasia é uma alteração na dimensão, forma e padrão das células normais, observada através de biopsia. A displasia pode ocorrer em consequência da DII. Consoante a aparência que apresenta ao microscópio pode ser classificada como sendo de baixo ou alto grau.

- **Displasia de baixo grau**

A displasia de baixo grau ou displasia ligeira (DBG) pode ser difícil de detectar. Poderão ser necessárias mais biopsias para confirmar a displasia e uma vez confirmada, existem várias opções para o seu tratamento, que podem incluir colonoscopias mais frequentes, mas também a possibilidade de cirurgia, visto que estudos recentes sugerem que mesmo a DBG pode aumentar o risco de cancro.

- **Displasia de alto grau**

Se sofrer de displasia de alto grau há uma possibilidade real da existência de células cancerígenas não detectadas e apresenta um risco superior de desenvolver cancro. Nesta situação está genericamente recomendada a realização de uma cirurgia para a remoção do cólon e recto. Esta operação é denominada uma proctocolectomia e é geralmente complementada com a construção de uma bolsa ileal que é ligada ao ânus. Para mais informações consulte a nossa brochura *Cirurgia na DII*.

Com que frequência devo fazer uma colonoscopia?

As normas orientadoras recomendam em caso de Colite Ulcerosa ou Colite de Crohn que realize uma colonoscopia aproximadamente 8 a 10 anos após a ocorrência dos primeiros sintomas para verificar se o seu cólon sofreu alguma alteração. O mais indicado é fazê-la quando a sua DII não estiver activa.

A partir daí é recomendável que faça colonoscopias periódicas. O intervalo pode ser variável (entre 1 e 5 anos), consoante os resultados obtidos na sua colonoscopia anterior, bem como de acordo com quaisquer outros factores de risco que possa apresentar.

Qual é a efectividade da colonoscopia na detecção do cancro?

Não há uma forma ideal para detectar sinais precoces de cancro e infelizmente as pessoas de risco podem desenvolver cancro do intestino grosso mesmo sem revelarem sintomas de DII durante muitos anos.

Contudo, a realização da colonoscopia continua a ser a melhor forma, actualmente disponível, de detectar cancros precoces tratáveis. A realização de exames regulares tem como principal vantagem a detecção de sinais precoces, sendo o tratamento cirúrgico uma opção. Nesta fase precoce, o cancro pode geralmente ser removido e tratado com recurso à cirurgia. Por outro lado, visto que apenas um pequeno número das pessoas de risco desenvolve realmente cancro, os exames regulares evitam cirurgias desnecessárias.

No entanto, há algumas desvantagens na realização da colonoscopia. Mesmo com a recolha de várias amostras por biópsia, apenas é possível obter uma pequena amostra da superfície total do intestino grosso. Por vezes os sinais de alerta são incompletos, podendo obter-se amostras normais, embora a displasia esteja presente noutra secção do intestino.

O exame pode ser demorado e desagradável, pois requer uma preparação minuciosa do intestino. Por vezes, pode também ser desconfortável e em alguns casos causar grandes hemorragias. Algumas pessoas podem ter necessidade de realizar colonoscopias repetidas anualmente ou de 2 em 2 anos, por isso terão que se submeter a exames frequentes. Quase todos estes exames terão resultados normais, porque os sinais de alerta precoces e o desenvolvimento de cancro do intestino grosso são raros.

Embora as complicações resultantes da realização de uma colonoscopia sejam raras, há um pequeno risco de causar lesões no intestino durante o procedimento.

É sempre melhor discutir com o seu médico as potenciais vantagens e desvantagens de realizar colonoscopias regulares.

Existem outros tipos de testes disponíveis?

Foi desenvolvida uma nova técnica chamada cromoendoscopia que está a tornar-se mais amplamente disponível. Esta técnica utiliza um corante que é pulverizado no revestimento interior do cólon durante a colonoscopia, o que contribui para uma detecção mais clara da displasia.

E finalmente...

Futuramente, a investigação vai debruçar-se sobre formas menos invasivas de identificação do cancro e o papel da terapêutica na redução do risco do seu desenvolvimento. No entanto, é encorajador notar que estudos recentes sugerem que o risco de cancro em pessoas com DII tem vindo a diminuir ao longo do tempo. Desconhece-se a razão para tal alteração, mas pensa-se que a utilização mais generalizada de medicamentos e colonoscopias de vigilância podem fazer parte da explicação. Por isso, a utilização de medicação regular e a realização de colonoscopias regulares, quando adequadas, são pelo menos, por agora possivelmente as melhores formas de reduzir o seu risco de cancro.



APDi



ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DA DOENÇA INFLAMATÓRIA
DO INTESTINO

www.apdi.org.pt | geral@apdi.org.pt
Telefs. 22 208 63 50 | 932 086 350

apoio

