*Artigo escrito por Rita Gomes de Sousa, gastrenterologista no Hospital da Luz, membro da Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia*

## Cancro Digestivo: Prevenir e rastrear para salvar vidas

O cancro é uma das principais causas de morbilidade e mortalidade em todo o mundo. Segundo a Organização Mundial da Saúde, os tipos de cancro mais frequentes são o cancro do pulmão (12,4%), mama (11,5%), colorretal (9,6%), próstata (7,3%), estômago (4,8%) e fígado (4,3%). Em termos de mortalidade, os mais letais são o cancro do pulmão (18,7%), colorretal (9,3%), fígado (7,8%), mama (6,8%) e estômago (6,8%). O impacto do cancro digestivo é particularmente expressivo, com mais de 350.000 mortes anuais na Europa devido aos cancros colorretal, gástrico, pancreático e hepático.

Para reduzir a incidência e mortalidade destes tumores, é fundamental a prevenção, por meio da redução dos fatores de risco, e o diagnóstico precoce, alcançado através de programas de rastreio eficazes. O rastreio pode ser organizado e monitorizado, dentro de programas estruturados, ou realizado de forma oportunística durante consultas clínicas.

Em Portugal, existem três programas de rastreio oncológico de base populacional: cancro da mama, cancro do colo do útero e cancro do cólon e reto, que é o cancro digestivo mais frequente. No rastreio do cancro colorretal, são elegíveis todos os adultos assintomáticos entre os 50 e 74 anos. O processo inclui inicialmente a realização de um teste imunoquímico para pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF). Se o resultado for negativo, o teste é repetido passados dois anos. Se o teste for positivo, o utente deve ser rapidamente submetido a uma colonoscopia para detetar e, quando possível, remover lesões precursoras (também designados de pólipos) ou cancro em fase inicial.

Dados de 2022 indicam que o programa de rastreio do cólon e reto está implementado em todas as regiões de saúde, mas a taxa de cobertura populacional foi de apenas 33%, com uma adesão de 41%. Entre os que realizaram o rastreio, 5,9% tiveram PSOF positivo, mas só 35% deste grupo fizeram colonoscopia. Das colonoscopias realizadas, 36% evidenciaram lesões precursoras ou cancro precoce. Embora o programa esteja quase totalmente implementado, a baixa cobertura e adesão limitam a eficácia da deteção precoce, o que resulta na perda de muitas oportunidades de diagnóstico e, por conseguinte, em bastantes mortes que poderiam ser evitadas.

Quando instituído de forma oportunística, é habitual que o exame de rastreio do cancro colorretal escolhido seja a colonoscopia, visto ser o único exame que, para além de diagnóstico é também terapêutico, permitindo a excisão das lesões percursoras num único momento. Pela remoção dos pólipos, a colonoscopia reduz em 76-90% a incidência e em 53-92% a mortalidade por cancro colorretal. Se forem detetados pólipos, o intervalo até à próxima colonoscopia depende do número e tipo histológico dos mesmos. Se não forem detetados pólipos, a colonoscopia só terá que ser repetida no espaço de 10 anos. A colonoscopia é realizada com apoio anestésico e é comparticipada pelos diferentes sistemas de saúde, estando à disposição de todos os portugueses.

O World Cancer Research Fund aponta que 47% dos cancros colorretais podem ser prevenidos pela alteração de fatores de risco, que são: a obesidade, o sedentarismo, o

elevado consumo de carne vermelha e/ou processada, a baixa ingestão de frutas e vegetais e os hábitos de consumo de álcool e tabaco.

Para o cancro do estômago, os fatores de risco incluem a infeção por Helicobacter pylori, o álcool, o tabaco, o consumo excessivo de sal e a baixa ingestão de frutas e vegetais. Em Portugal, existe uma prevalência muito elevada da infeção por Helicobacter pylori, estimando-se que entre 60% a 70% dos adultos estejam infetados, o que coloca o país entre os que apresentam maior prevalência na Europa Ocidental. Estudos demonstram que a erradicação do Helicobacter pylori em indivíduos saudáveis reduz a incidência do cancro gástrico. Em Portugal, foi demonstrado que a combinação da endoscopia digestiva alta com a colonoscopia a partir dos 50 anos tem uma relação custo-benefício positiva, razão pela qual todos os gastrenterologistas adicionam a endoscopia digestiva alta à prescrição da primeira colonoscopia de rastreio.

Os cancros do fígado e do pâncreas também apresentam fatores de risco modificáveis. No cancro do fígado, destacam-se a infeção pelos vírus das hepatites B e C e os hábitos alcoólicos. Em ambos os cancros, a obesidade e o tabagismo são fatores importantes.

O cancro digestivo é mais prevalente em adultos com mais de 50 anos, no entanto, a sua incidência em idade inferior a 50 anos tem vindo a aumentar de forma consistente nas últimas décadas a nível mundial. Esta tendência é particularmente evidente no cancro colorretal, mas também se observa no cancro gástrico. Atualmente, cerca de 10% dos novos casos de cancro colorretal ocorrem em indivíduos com menos de 50 anos, sendo que aproximadamente 75% destes diagnósticos surgem entre os 40 e os 49 anos. Este aumento de incidência tem sido atribuído à exposição em idade jovem a fatores de risco relacionados com estilos de vida pouco saudáveis, como padrões alimentares inadequados, excesso de peso e alterações da microbiota intestinal. Face a esta realidade, as recomendações de rastreio do cancro colorretal foram revistas nos Estados Unidos, passando a iniciar-se aos 45 anos. A Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia defende igualmente esta posição.

No Dia Mundial do Cancro Digestivo, as recomendações fundamentais são:

- Adotar uma dieta rica em frutas e vegetais e pobre em sal e em carne vermelha e/ou processada
- Reduzir o consumo de álcool e tabaco
- Praticar exercício físico regularmente
- Participar no rastreio, seja pelo programa nacional ou de modo oportunístico pela realização de colonoscopia e endoscopia digestiva alta a partir dos 45 anos.

Estas medidas são essenciais para a prevenção e diagnóstico precoce, contribuindo para a redução do impacto dos cancros digestivos na população portuguesa.