



# COLONOSCOPIA EM 9 QUESTÕES

Por Dr<sup>a</sup>. Rosa Ramalho | Clínica de Gastrenterologia da CSB

## 1 – A colonoscopia reduz a possibilidade de ter cancro do colón?

A Colonoscopia Total (endoscopia do colon e reto) é o único meio eficaz de rastreio do cancro colo-retal porque, para além de diagnosticar lesões avançadas, pode tratar lesões benignas (pólipos) com potencial maligno. Este tipo de cancro é, neste momento, a maior causa de mortalidade por cancro em Portugal (morrem 10 a 11 doentes por dia). O exame permite reduzir até 40% o número de casos de cancro colo-retal, doença que mata 1,2 milhões de pessoas a cada ano em todo o mundo – concluiu um estudo norte-americano realizado pela Faculdade de Saúde Pública, de Harvard, e publicado, em 2013, na revista científica “New England Journal of Medicine” [<http://www.nejm.org/>]. Não existem em Portugal recomendações oficiais (para além das recomendações das sociedades de endoscopia e gastrenterologia) para rastreio do cancro colo-retal por colonoscopia, por motivos económicos. O método de rastreio utilizado é a pesquisa de sangue oculto nas fezes, pelo meio tradicional, implicando um elevado número de falsos negativos e de falsos positivos.

## 2 – Quem deve fazer colonoscopia?

A colonoscopia de rastreio deverá abranger toda a população com mais de 50 anos. Se o resultado for normal, a colonoscopia deverá repetir-se de 10 em 10 anos, até aos 75 anos. Se existirem familiares diretos (pais, filhos ou irmãos) com pólipos ou cancro do intestino, a colonoscopia deverá ser realizada aos 40 anos, ou com a idade do familiar mais novo em quem foi diagnosticado cancro do intestino menos 10 anos (se foi diagnosticado num irmão aos 35 deverá fazer a colonoscopia aos 25 (35-10); sendo indicado repetir de 5 em 5 anos. No caso de existirem pólipos, a vigilância deve ser determinada pelo especialista, conforme o número e dimensão dos pólipos retirados. Em caso de Síndromes Genéticas Hereditárias, o doente deverá ser referenciado a um centro hospitalar da área de residência.

## 3 – O que é um colonoscópio?

Os colonoscópios, dependendo da marca e modelo, são instrumentos flexíveis, de comprimento entre 190 e 200 cm e com diâmetro externo de 10 a 12 mm. Estes instrumentos permitem a visualização do intestino através de uma minúscula câmara de alta definição e possuem, ainda, um canal interno. Os pólipos e biópsias são retirados através de instrumentos introduzidos no canal interno de trabalho do colonoscópio. No caso da polipectomia / mucosectomia, estes instrumentos estão ligados a fontes elétricas de eletrocoagulação.

#### **4 – Qual o profissional responsável por fazer este exame?**

O exame é feito por médico especialista de gastroenterologia.

#### **5 – É um exame demorado?**

O exame demora, em média, 20 minutos (pode demorar mais, se for efetuada polipectomia ou outros atos terapêuticos). O exame pode provocar incómodo, flatulência e mesmo dor (na passagem de ângulos mais agudos). A ideia de que as perfurações do cólon, durante a colonoscopia, só acontecem quando o doente está anestesiado é um mito, não corresponde à verdade. Esta complicação pode surgir em 0,1 % dos exames, com ou sem anestesia.

#### **6 – O que é a colonoscopia virtual?**

A Colonoscopia Virtual, mais corretamente denominada Colonografia Virtual, é um exame de imagem feito com aparelho de TAC, com elevada dose de radiação, que poderá ser utilizado para diagnóstico. No entanto, se forem detetados pólipos, será necessário recorrer à colonoscopia; o mesmo acontece com a colonoscopia por CÁPSULA, outro meio de diagnóstico, ainda não utilizado por rotina. Todos estes meios diagnósticos necessitam de preparação cólica.

#### **7 – Que preparação deve ser feita?**

As preparações utilizadas para limpeza do cólon estão mais ou menos protocoladas, com algumas variações, conforme preferência dos especialistas médicos e respetivas instituições.

#### **8 – Com ou sem anestesia?**

A anestesia também está protocolada e uniformizada, e é da responsabilidade do médico anestesista, sempre presente durante os exames. O procedimento anestésico é bem tolerado pela maioria dos doentes, quase isento de efeitos secundários. Se não existirem contra-indicações médicas, é sempre preferível o exame sob anestesia. O recobro depende da dose de anestesia utilizada, mas, usualmente, não ultrapassa 1 hora. O doente não poderá conduzir, durante, pelo menos, 6 horas, e não deverá abandonar o recobro sem acompanhante. Se não existir recurso à anestesia, o doente não necessitará de recobro.

#### **9 – E depois da alta?**

No momento da alta, se tiverem ocorrido atos terapêuticos, como polipectomia, o médico dará as instruções ao doente, oralmente ou por escrito, para a eventualidade de surgirem complicações pós-procedimento, tais como hemorragias (pós-polipectomia) ou dor abdominal aguda, que poderá significar perfuração. Se o exame foi só diagnóstico, é comum o doente sentir distensão abdominal (gases), situação que melhorará espontaneamente. A alimentação após o exame deverá ser leve.

