

Epidemiologia e Fatores de Risco

Epidemiologia	Neo mais comum TGI
	Maior taxa de mortalidade em PT
	Redução da mortalidade por novas medidas
Fatores de Risco	Não modificáveis (idade, hx pessoal, DII, hx familiar, síndromes hereditárias: lynch paf e peutz-jaghers)
	Modificáveis (dieta_ mt carne vermelha e pouca fibra; estilo de vida;)
Fatores Protetores	fruta vegetais e fibras; micronutrientes (Ca, selênio, vit A,C,D,E)
	folato e melatonina
	AINES e reposição hormonal pós-menopausa

Rastreio

PSOF	Testes imunoistoquímicos: se negativo repete em 2 anos; se positivo colonoscopia no max em 8 semanas
Colono scopia	quando é realizada: PSOF +, sinais ou sintomas, antecedentes familiares ou pessoais de: adenoma, CCR, DII, síndromes hereditárias
	Normal - repete em 10 anos; sem necessidade de PSOF por 5 A; Se não foi otimizada repetir no max em 1 ano
	Impossibilidade de realizar por:
	1. intolerância ou preparação incompatível: repete em 90 dias.
	2. Se por estenose inultrapassável consulta de gastro em 60 d

Rastreio (cont)

	Anormal -
	cancro ou pólipos malignos: consulta de gastro em 30d
	pólipos com risco de excisão não hospitalar ou >10 pólipos ou DII - gastro em 60d prioritário
Idade de início de diagnóstico	Antecedentes familiares: 40A ou 10A antes do dx no fam, EDB 5/5
	DII: ao dx + 8-12A após; a cada 1-5 anos dependendo do risco
	PAF: 10-12 A, sigmoidoscopia flexível anual
	PAF atenuada 20 A
	CCR hereditário não polipoide: 20-25 anos ou 10 anos antes do fam mais jovem

Quem Realiza: assintomáticos e sem fatores de risco 50-74 anos
Quem tem sx e sinais sugestivos segue lg para colonoscopia total

Patogénese

CCR esporádico	Maioria
Hereditário	PAF (atenuada) Lynch e familiar
Polipos neoplásicos	adenomatosos (displásicos), com risco crescente de malignidade (tubulares < tubulovilosos < vilosos)
	Pedunculados
	Sésseis
Outros	Hiperplásicos (não pré-malignos)
	Hamartomas (infância, geralmente não pré-malignos) (síndrome P-J)
	Serreçados (risco de Ca. invasivo)
	Inflamatórios (não pré-malignos, associada DII)

Patogénese (cont)

Genética	ativação oncogenes K-RAS inativação sup tumorais (APC, p53) Instabilidade cromossômica (PAF ex; + Esq) Inst Microssatélites (Lynch, ++ Dto)
-----------------	--

Clínica

Cólon dto	Massa palpável nos QDs; Hemorragia com melenas; déficit de ferro e anemia; Diarreia por hiperssecreção de muco
Colón Esq	Cólica, Alt hábitos intestinais, hematoquezias ou retorragias, obstrução
Reto	Tenesmo, dor, diminuição calibre fezes, falsa vontade, retorragias, flatulência ou incontinência fecal

Sx constitucionais

Metastases

<i>Hepáticas</i>	ascite, hepatomegalia, dor, icterícia e anorexia
<i>Pulmonares</i>	dispneia, tosse, hemoptises, derrame
<i>peritoneais</i>	ascite, distensão abdominal e dor; obstrução intestinal

Diagnóstico

Exame físico com toque retal

Colonoscopia

Sigmoidoscopia flexível se hematoquezias escassas e intermitentes num doente com <40 anos, sem fatores de risco nem sinais de alarme

Colonografia TC

Enema bário com duplo contraste

Lab Marcadores tumorais como CEA e CA 19-9 (+ para prognóstico e acompanhamento, menos p dx)

Estadiamento

envolvimento ganglionar regional

estadio T: preditor da invasão ganglionar regional

estadio N: preditor de doença metastática e sobrevida

Colon fígado e pulmão

Reto Superior: Fígado;
Inferior: Pulmão e osso

Estádios TNM relacionase com sobrevida a 5 anos

1: Restrito à submucosa ou muscular, sem invasão ganglionar

2: Invade muscular e subserosa (T3) ou órgãos e tecidos (T4) sem invasão ganglionar

3: Qualquer T com invasão ganglionar

4: qualquer T e N com metastização à distância

Exames

TC-TAP; RMN; PET-CT com 18F-FDG

Retoscopia rígida no retal + ecoendoscopia retal (loco regional)+
RMN pélvica (fascia mesorretal)

Tratamento

In situ Basta a recessão endoscópica

Estadio 1 Ver características histológicas

Alterações confinadas no polipo sem fatores desfavoráveis (pode ter invasão da submucosa) Recessão endoscópica com seguimento adequado

Presença de Fator desfavorável Recessão cirúrgica com remoção de ganglios linfáticos
Se comorbidades colonoscopia de vigilância aos 6m

Estadio 2

Não podem ser ressecados por colonoscopia logo necessitam de recessão cirúrgica do segmento intestinal e drenagem linfática (pelo menos 12 ganglios p diferença estadio 2 e 3)

Estadio 3

Recessão cirúrgica alargada e anastomose (se risco de neo mt aumentado, colectomia total)



By Beatriz_A_O

cheatography.com/beatriz-a-o/

Published 17th December, 2023.

Last updated 17th December, 2023.

Page 2 of 3.

Sponsored by Readable.com

Measure your website readability!

<https://readable.com>

Tratamento (cont)

QTx adjuvante em tds os elegíveis, idealmente até 12s pós cx
(nunca dps de 6m)

Estadio 2 + De Garamond (Leucovorina + 5-FU) 6m

Risco Capecitabina 6m

intermédio

Risco alto e 3 FOLFOX (leuco + 5fu + oxaliplatina) 6m

CAPOX (capecitabina + oxaliplatina) 3 a 6m

Mutação PI3K pode beneficiar de AAS

Estadio 4: metastizado

(esquemas)

Infusão 5FU ou via oral

Alternativa com capecitabina (tb fluoropirimidina)

FOLFOX / FOLFIRI (em vez de oxaliplatina é 5FU/LV/irinotecano)

Terapia dirigida **VEGF** Bevacizumab

(monotx ou **EGFR** Cetuximab ou Panitumumab NOTA: estes

associado a só se RAS wild type e tipicamente mais eficaz no

Qt) colon esq (nas outras usar beva)

Ressecar metastases quando possivel, se não, tentar diminuir p
tornar ressecável (downsizing).

Follow up



By Beatriz_A_O

cheatography.com/beatriz-a-o/

Published 17th December, 2023.

Last updated 17th December, 2023.

Page 3 of 3.

Sponsored by **Readable.com**

Measure your website readability!

<https://readable.com>