

Universidade Federal do Rio Grande do Sul Faculdade de Medicina

Programa de Pós-Graduação em Medicina Ciências Cirúrgicas

**Pacientes jovens com doenças anais: é recomendada a  
realização de colonoscopia?**

**Belisa Gomes Müller Contin**

Orientador: Prof. Dr. Daniel de Carvalho Damin

Dissertação apresentada como requisito parcial  
para obtenção do título de Mestre no Programa  
de Pós-Graduação em Medicina: Ciências  
Cirúrgicas, Faculdade de Medicina, Universidade  
Federal do Rio Grande do Sul.

Porto Alegre, 2018

## AGRADECIMENTOS

Agradeço inicialmente ao meu orientador, Dr. Daniel Damin, pela dedicação, disponibilidade e auxílio durante este projeto. Agradeço ainda pelos ensinamentos, espírito científico e liderança que tive o prazer de testemunhar durante minha especialização como coloproctologista.

Agradeço também aos mestres, Dr. Paulo Contu, Dr. Cláudio Tarta, Dr. Tiago Ghezzi por todo o incentivo, cooperação e amizade durante este trabalho. Levo o exemplo de vocês como um norte, a orientar os rumos da minha carreira.

Aos meus pais e ao meu esposo o meu muito obrigada pela compreensão da minha ausência e incentivo durante este período.

Agradeço, por fim, aos pacientes, que são o motivo da busca constante do aperfeiçoamento da profissão e da busca do conhecimento científico.

## SUMÁRIO

<b>AGRADECIMENTOS.....</b>	<b>2</b>
<b>LISTA DE ABREVIATURAS.....</b>	<b>4</b>
<b>RESUMO.....</b>	<b>5</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>7</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>RESUMO.....</b>	<b>11</b>
<b>JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>12</b>
<b>HIPÓTESE .....</b>	<b>13</b>
<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>14</b>
Objetivo Principal.....	14
Objetivos Secundário .....	14
<b>PACIENTES E MÉTODOS.....</b>	<b>15</b>
Delineamento do estudo .....	15
População .....	15
Critérios de Inclusão .....	15
Critérios de Exclusão .....	16
Colonoscopia.....	16
Obtenção dos dados.....	17
Definições .....	17
Análise estatística .....	18
<b>RESULTADOS .....</b>	<b>19</b>
<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>23</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>26</b>
<b>MANUSCRITO EM INGLÊS .....</b>	<b>29</b>
<b>MANUSCRITO EM PORTUGUÊS.....</b>	<b>39</b>

## LISTA DE ABREVIATURAS

CRC – Câncer colorretal

TDA – Taxa de detecção de adenomas

HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre

## RESUMO

**Introdução:** A incidência de câncer colorretal vêm diminuindo na população acima dos 50 anos, possivelmente pelo emprego do rastreamento nesta faixa etária. Por razões ainda desconhecidas, as taxas desta neoplasia têm aumentado em pacientes jovens. Apesar deste aumento de incidência, as diretrizes atuais não definem a abordagem diagnóstica ideal nos pacientes com menos de 50 anos que consultam por doenças orificiais benignas, cenário comum no dia a dia do coloproctologista. **Objetivo:** Avaliar a prevalência de alterações em colonoscopias de pacientes com menos de 50 anos de idade que consultam por doenças anais. **Método:** Estudo observacional, prospectivo e unicêntrico. Foram realizadas colonoscopias nos pacientes com menos de 50 anos de idade atendidos por doenças anais benignas. **Resultado:** Foram incluídos 200 pacientes e 39% deles apresentaram alterações na colonoscopia. A prevalência de adenomas no grupo foi de 18% (15,5% em pacientes com menos de 40 anos e 19,5% nos pacientes com 40 a 49 anos). Um paciente foi diagnosticado com câncer colorretal e em outro foi indicada colectomia pela presença de adenoma não ressecável à colonoscopia. **Conclusão:** Nosso estudo encontrou uma prevalência de adenomas maior do que a relatada em estudos prévios com população de mesma faixa etária. Acreditamos que a indicação de colonoscopia no grupo jovem com doenças orificiais seja uma oportunidade de prevenção, interrompendo a cadeia de eventos que levará à formação dos tumores colorretais.

**Palavras-chave:** colonoscopia; câncer colorretal; rastreamento; doenças perianais; jovens; sangramento anal.

## ABSTRACT

**Introduction:** The incidence of colorectal cancer has been decreasing in the population over 50 years, possibly by the uptake of screening in this age group. The rates of this neoplasm have increased in young patients. The reasons for this are not fully understood. Despite this increased incidence, the current guidelines do not define the ideal diagnostic approach in patients under 50 years who are referred for benign anal diseases, a common scenario in the coloproctologist's daily life. **Objective:** To evaluate the prevalence of alterations in colonoscopies of patients under 50 years of age who consult for anal diseases. **Method:** Observational, prospective and unicentric study. Colonoscopies were performed in patients less than 50 years of age who were attended by benign anal diseases. **Outcome:** 200 patients were included and 39% of the patients presented changes in colonoscopy. The prevalence of adenomas in the group was 18% (15.5% in patients younger than 40 years and 19.5% in patients 40-49 years old). One patient was diagnosed with colorectal cancer and in another colectomy was indicated for the presence of unresectable adenoma at colonoscopy. **Conclusion:** Our study found a higher prevalence of adenomas than reported in previous studies with the same age group. We believe that the indication of colonoscopy in the young group with orifice diseases is an opportunity for prevention, interrupting the chain of events that will lead to the formation of colorectal tumors.

**Keywords:** colonoscopy; colorectal cancer; screening; perianal diseases; young; anal bleeding.

## INTRODUÇÃO

O câncer colorretal (CRC) é uma neoplasia de alta incidência, representando a terceira em incidência e a quarta causa de mortalidade por câncer no mundo.<sup>1,2</sup> A doença apresenta uma história natural bem documentada, na qual, a partir do crescimento de uma lesão precursora benigna (adenoma), ocorre transformação em tumor invasor: a chamada sequência adenoma-carcinoma. Acredita-se que tal cadeia de eventos leve até 10 anos para se completar, sendo fruto de alterações neoplásicas resultantes de defeitos genéticos adquiridos e herdados.<sup>3,4,5</sup> Este longo período de tempo torna esta neoplasia passível de detecção precoce pois, com a ressecção das lesões precursoras, interrompe-se a vida que levaria ao surgimento do câncer.

Diversas experiências em diferentes locais do mundo mostram que estratégias de rastreamento são custo-efetivas para reduzir a incidência do CCR. A colonoscopia é hoje reconhecida como o melhor e mais acurado método de rastreamento deste câncer, sendo o exame com maior acurácia em indivíduos assintomáticos com risco intermediário. De acordo com as diretrizes da Associação Americana de Gastroenterologia, a todo indivíduo assintomático com mais de 50 anos de idade deve ser oferecida alguma forma de rastreamento do câncer colorretal. Idealmente, se disponível, a colonoscopia deve ser realizada em indivíduos entre 50 e 80 anos.<sup>5</sup> De fato, se credita à realização da colonoscopia o decréscimo da incidência de neoplasia de cólon e reto em indivíduo com mais de 50 anos nas últimas décadas.<sup>2,6</sup> Ainda não é completamente compreendido o motivo pelo qual, no mesmo período, houve aumento da incidência desta mesma neoplasia em pacientes com menos de 50 anos.<sup>7-9</sup>



Embora o câncer colorretal em pacientes jovens seja creditado à um aumento da predisposição genética, a grande maioria dos casos parece ser esporádica e os tumores associados com condições hereditárias conhecidas, como Síndrome de Lynch, compreende apenas a minoria dos casos.<sup>6</sup>

Além do caráter preventivo, a colonoscopia também tem papel fundamental na investigação de pacientes apresentando sintomas do trato gastrointestinal baixo, como alteração do padrão evacuatório e sangramento anal.<sup>5,10,11</sup>

Grande parte das consultas em coloproctologia são devidas a patologias orificiais benignas, como doença hemorroidária, fissura e fístula anal. Em pacientes com mais de 50 anos, idade em que a maioria dos consensos sugere iniciar o rastreamento, a colonoscopia é rotineiramente utilizada como método diagnóstico complementar. Embora a presença de patologia colorretal significativa concomitante com doenças orificiais já tenha sido documentada<sup>11,20</sup>, ainda não há consenso quanto à indicação de investigação complementar em pacientes com menos de 50 anos de idade.<sup>11-16</sup>

Segundo indicação da Associação Americana de Gastroenterologia, indivíduos com menos de 50 anos de idade que apresentam sangramento anal devem ser investigados através de retossigmoidoscopia flexível. Este exame permite a avaliação dos 60 cm distais do intestino grosso, correspondendo aos seguimentos intestinais localizados entre o ângulo esplênico e o canal anal. Tal recomendação se baseia em evidências de que a maior parte das lesões neoplásicas em indivíduos mais jovens se localiza no cólon esquerdo, sendo, portanto, passível de detecção através da

retossigmoidoscopia flexível.<sup>5</sup> Uma vulnerabilidade desta estratégia, no entanto, é a impossibilidade de detecção e manejo de lesões localizadas nos segmentos proximais ao ângulo esplênico. Segundo uma análise de dados coletados prospectivamente de 1776 pacientes, conduzida por pesquisadores da Universidade da Carolina do Sul (EUA), até 7% dos pacientes com menos de 40 anos de idade que apresentam sangramento anal tem alterações significativas de cólon proximal detectadas à colonoscopia (as quais não seriam diagnosticadas com a retossigmoidoscopia flexível).<sup>17</sup>

Tais dados devem ser considerados para definição na prática clínica de quando indicar a colonoscopia como exame complementar para pacientes com menos de 50 anos de idade. As diretrizes atuais falham em definir a conduta para jovens que se apresentam com queixas orificiais.

## RESUMO

O câncer colorretal vem apresentando diminuição de incidência nas últimas décadas, na população com mais de 50 anos, idade em que a maioria dos consensos sugere iniciar o rastreamento. Em pacientes jovens, ainda por motivos desconhecidos, essa incidência vem aumentando.<sup>2,6-9</sup>

A colonoscopia é hoje o método de escolha para o rastreamento e investigação em indivíduos com mais de 50 anos de idade. Em pacientes jovens, porém, ainda é controverso o seu papel.<sup>11-16</sup>

Diante do exposto e da controvérsia quanto à indicação de colonoscopia para pacientes jovens, o presente projeto de pesquisa tem como objetivo investigar os resultados das colonoscopias realizadas em indivíduos com menos de 50 anos, que procuram atendimento devido à sintomas anais.

## JUSTIFICATIVA

Apesar da colonoscopia ser o mais efetivo método de rastreamento e avaliação do intestino grosso hoje disponível, ainda existem controvérsias quanto ao seu papel como método de rastreamento e investigação diagnóstica em indivíduos com menos de 50 anos. Este estudo visa estudar a prevalência de alterações colonoscópicas nesta população.

## HIPÓTESE

Por se tratar de um estudo transversal sem comparação entre grupos, não há hipótese conceitual nem hipótese de nulidade formuladas. Os resultados serão apresentados através de análise estatística descritiva.

## OBJETIVOS

### Objetivo Principal

Avaliar a prevalência de alterações em colonoscopias de pacientes com menos de 50 anos de idade que consultam por doenças anais.

### Objetivos Secundário

Caracterizar a natureza e distribuição anatômica das lesões colorretais identificadas.

Correlacionar os achados colonoscópicos com a apresentação clínica de cada paciente.

Analisar o impacto desta estratégia (realização de colonoscopia em pacientes jovens) na conduta terapêutica.

## PACIENTES E MÉTODOS

### Delineamento do estudo

Estudo observacional prospectivo unicêntrico.

### População

Pacientes do Sistema Único de Saúde que buscam atendimento eletivo no ambulatório do Serviço de Coloproctologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

### Critérios de Inclusão

Adultos entre 18 e 50 anos de idade, atendidos eletivamente no Serviço de Coloproctologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre por queixas orificiais (sangramento, dor anal, saída de secreção perianal e aumento do volume anal), que tiveram um diagnóstico de doença perianal benigna em consulta ambulatorial (doença hemorroidária, fissura ou fístula anal) e foram submetidos à colonoscopia como parte de sua investigação complementar, no período de 01 de janeiro de 2013 à 31 de dezembro de 2017.

## Critérios de Exclusão

Foram excluídos do estudo pacientes com idade inferior a 18 anos, história pessoal (atual ou prévia) de câncer colorretal ou que apresentassem sintomas sugestivos de neoplasia (alteração de hábito intestinal, anemia, perda ponderal). Outros critérios de exclusão incluíam diagnóstico prévio de doença inflamatória intestinal, história familiar sugestiva de síndrome de câncer colorretal hereditária e realização prévia de colonoscopia.

## Colonoscopia

A colonoscopia foi realizada após obtenção de consentimento informado de cada paciente.

Os exames foram realizados sob sedação superficial com meperidina e midazolan endovenosos em dose variável conforme a necessidade de cada caso. O preparo intestinal ao qual todos os pacientes serão submetidos consiste em: (1) dieta sem resíduos nos dois dias que antecedem o exame, (2) administração oral de 02 comprimidos de bisacodil 5 mg duas vezes ao dia no dia que antecede o exame, e (3) ingestão de solução contendo 500 ml de manitol 20% cerca de 6 horas antes do exame. Os exames foram realizados com colonoscópio Pentax™ EPK-i (Pentax, Japão), por médicos contratados do Serviço de Coloproctologia, ou por residentes sob supervisão dos mesmos. Todos os achados endoscópicos anormais foram fotografados, descritos no laudo do exame e gravados no sistema AGH, sistema de prontuário eletrônico utilizado pelo hospital. Sempre que um dos médicos examinadores julgou necessário foram coletadas biópsias para análise histológica por patologista cegado do Serviço de



Anatomia Patológica do HCPA. Durante o exame todos os pacientes realizaram monitorização da frequência cardíaca, pressão arterial não invasiva e oximetria de pulso. Ao término do exame os pacientes foram conduzidos à sala de recuperação, onde permaneceram por cerca de 60 minutos até a plena recuperação da sedação. Durante este período foram monitorizados a cada 30 minutos através da aferição da frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura axilar, oximetria de pulso e pressão arterial não invasiva.

Toda e qualquer intercorrência com o paciente durante ou após o exame foi documentada na evolução do prontuário médico no sistema AGH.

### Obtenção dos dados

Foi realizada revisão dos prontuários dos pacientes com menos de 50 anos submetidos à colonoscopia, pelo mesmo examinador. Os dados obtidos foram registrados através de formulário eletrônico específico elaborado através de planilha do programa Microsoft Excel®. Todos os pacientes incluídos na presente pesquisa apresentam as informações necessárias ao estudo registradas através do sistema de prontuários eletrônicos dos Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

### Definições

O cólon proximal foi definido como todas as áreas proximais à flexura esplênica, incluindo o ceco, cólon direito e cólon transverso, enquanto o cólon distal foi definido como a flexura esplênica e áreas distais à esta (cólon descendente, sigmoide e reto).

A colonoscopia foi considerada completa quando atingiu o íleo terminal ou ceco. O preparo foi categorizado como satisfatório (ausência de resíduo que prejudicasse a avaliação), regular (presença de mínima quantidade de resíduo líquido ou grumoso, não prejudicando de maneira importante a avaliação da mucosa) e ruim (presença grosseira de resíduos sólidos, prejudicando a avaliação).

Caracterizamos como adenomas avançados como aqueles que continham a presença de componente viloso, tamanho maior ou igual à 1cm ou presença de displasia de alto grau.

### Análise estatística

Para a descrição dos pacientes em estudo e das características mensuradas foi realizada a análise descritiva, apresentando a frequência absoluta e a frequência relativa percentual, em se tratando de dados qualitativos. No caso dos dados quantitativos, a descrição foi ilustrada pelos valores máximo e mínimo, pela média, pela mediana e pelo desvio-padrão.

Foram também realizadas análises bivariadas com a finalidade de comparar proporções de características do grupo em estudo. Nessas comparações foi utilizado o teste Qui-Quadrado para duas amostras independentes, o teste Qui-Quadrado para mais de duas amostras independentes e o teste Exato de Fisher. Para a aplicação dos testes estatísticos optou-se por utilizar a variável idade em duas categorias: menos de 40 anos e 40 anos ou mais. As análises foram realizadas no PAWS (Power of Advanced Statistical Analysis - Statistical Analysis Software) versão 18. Considerou-se nível de significância 5%.

## RESULTADOS

Foram incluídos no estudo 200 pacientes, sendo 103 (51,5%) homens, a idade variou de 18 a 49 anos, com mediana 42,5 anos. O sintoma principal que motivou a consulta foi sangramento em 135 (67,5%) casos e o diagnóstico mais encontrado foi doença hemorroidária, em 139 (69,5%) dos pacientes. A grande maioria (169 – 84,5%) dos pacientes não tinha qualquer história familiar de neoplasia colorretal. A tabela 1 mostra as características da população em estudo.

*Tabela 1 – Características do grupo em estudo*

Variável	n (%)	Variável	n (%)
Sexo		Colonoscopia	
Masculino	97 (48,5)	Completa	180 (90)
Feminino	103 (51,5)	Incompleta	20 (10)
Sintoma Principal		Preparo do exame	
Sangramento	135 (67,5)	Satisfatório	129 (64,5)
Dor anal	20 (10,0)	Regular	71 (34,5%)
Prolapso	16 (8,0)		
Drenagem de secreção	29 (14,5)		
Diagnóstico principal		Alteração encontrada	
Hemorróidas	139 (69,5)	Pólipo	62 (31)
Fissura anal	28 (14,0)	Tumor	1 (0,5)
Fístula anal	33 (16,5)	Divertículo	10 (5,0)
		Inflamação	4 (2,0)
História Familiar de CCR		Angiodisplasia	1 (0,5)
Positiva	31 (15,5)		
Negativa	169 (84,5)		

Quanto à colonoscopia, o exame foi considerado completo em 180 (90%) dos pacientes. O preparo foi classificado como satisfatório em 129 (64,5%) pacientes e como regular em 71 (34,5%).

Foram observadas anormalidades na colonoscopia em 78 (39%) exames, sendo a mais comum a presença de pólipos, que foi encontrada em 62 paciente. Uma paciente de 38 anos foi diagnosticada com adenocarcinoma em cólon esquerdo. Dez colonoscopias (5%) apresentaram como alteração a presença de divertículos, um paciente apresentou angiodisplasia no ceco (0,5%) e em quatro (2%) foram identificadas áreas de alteração inflamatória inespecífica. Apesar da presença destas áreas inflamatórias, não houve nenhum diagnóstico de doença inflamatória intestinal. Em um paciente de 45 anos foi encontrada lesão polipoide irresseccável à colonoscopia, em cólon esquerdo.

A única complicação entre todos os exames realizados foi um pequeno sangramento no local de polipectomia realizada, que foi controlado com injeção submucosa de solução contendo adrenalina.

Após análise histopatológica dos pólipos retirados, foram identificados 36 pacientes com adenomas (prevalência de 18%). Três deles (8,4%) apresentaram dois adenomas. Para fins de análise, dos pacientes com mais de um adenoma, foi considerado o adenoma de mais alto grau para comparação. Dentre as lesões adenomatosas estão incluídos 3 adenomas serrilhados e 10 lesões avançadas (1,5% e 5%, respectivamente, de prevalência na população em estudo). Dos pacientes com lesões adenomatosas, 33,3% tinham menos de 40 anos e 55,6% eram homens. Mais de 22% das lesões adenomatosas localizavam-se apenas no cólon direito e a grande maioria dos pacientes (86,1%) não tinha qualquer história de câncer colorretal na família. Apenas um paciente com história familiar de câncer de cólon em parente de primeiro grau foi diagnosticado com adenoma. Os dados com relação às características das lesões adenomatosas e seus pacientes encontram-se na tabela 2.

*Tabela 2– Características dos lesões adenomatosas e respectivos pacientes*

Variável	n (%)	Variável	n (%)
Tipo histológico *		Sexo	
Adenoma tubular	29 (76,3)	Masculino	20 (55,6)
Adenoma tubuloviloso	5 (13,1)	Feminino	16 (44,4)
Adenoma viloso	1 (2,6)		
Adenoma serrilhado	3 (7,8)		
Localização adenoma por paciente		Idade	
Apenas cólon direito	8 (22,2)	Menos de 40 anos	12 (33,3)
Apenas cólon esquerdo	25 (69,4)	40 anos ou mais	24 (66,7)
Colón direito e esquerdo	3 (8,3)		
Lesões de alto grau		História familiar de neoplasia	
Cólon direito	2 (20,0)	Positiva	5 (13,9)
Cólon esquerdo	8 (80,0)	Negativa	31 (86,1)

Realizou-se análise bivariada para comparar os pacientes com lesão adenomatosa e os pacientes sem lesão adenomatosa (tabela 3), em relação ao sexo, idade, queixa principal, diagnóstico clínico e história familiar. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

*Tabela 3 – Comparação entre pacientes com adenoma e sem adenoma*

Variável	Adenoma (n=36)	Sem adenoma (n=164)	p
Sexo			
Masculino	20 (55,6%)	77(47%)	0,350
Feminino	16 (44,4%)	87 (53,0%)	
Idade			
<40 anos	12 (33,3%)	65 (39,6%)	0,482
≥40 anos	24 (66,7%)	99 (60,4%)	
Principal sintoma			
Sangramento	23 (63,9%)	112 (68,3%)	0,609
Outro	13 (36,1%)	52 (31,7%)	
Diagnóstico principal			
Hemorroidas	29 (80,6%)	110 (67,1%)	0,094
Fissura anal	1 (2,8%)	27 (16,5%)	
Fístula anal	6 (16,7%)	27 (16,5%)	
História de CCR			
Positiva	5 (13,9%)	25 (15,3%)	0,768
Negativa	31 (86,1%)	139 (84,7%)	

Após a realização dos exames foram indicadas duas cirurgias: para a paciente diagnosticado com câncer colorretal e para o paciente com lesão irressecável através da colonoscopia. Nenhum destes pacientes tinha qualquer história familiar de neoplasia de cólon ou sintomas de alerta. Após análise histopatológica completa, a lesão irressecável foi classificada como adenoma com displasia de alto grau.

## DISCUSSÃO

Atualmente, apesar do aumento da incidência de CRC em pacientes jovens, a maioria das colonoscopias realizadas nesta população é recomendada com base em sintomas de alerta para neoplasia colorretal, como anemia, alteração do hábito intestinal, perda de peso e sangramento involuntário sem causa definitiva.<sup>18</sup> Nosso estudo tentou avaliar o papel da colonoscopia em pacientes jovens com queixas típicas e um diagnóstico clinicamente estabelecido de doença anal benigna. Embora esta seja uma situação extremamente frequente na prática diária de todos os coloproctologistas, não há uma resposta clara na literatura se este grupo de pacientes deve ter o cólon investigado e qual seria o método de escolha.

Em pacientes com mais de 50 anos, a taxa de detecção de adenoma (TDA) preconizada é maior ou igual a 25%, sendo maior ou igual a 30% em homens e maior ou igual a 20% em mulheres. A TDA em indivíduos com menos de 50 anos permanece desconhecida<sup>18,19</sup>. Encontramos uma prevalência de adenomas de 18%, 15,5% entre pacientes com idade inferior a quarenta e 19,5% naqueles entre 40 e 50 anos de idade. Essa taxa de detecção é maior que a relatada em estudos anteriores que avaliaram pacientes jovens com hematoquezia (prevalência descrita entre 8,3% e 9,9%).<sup>20,21</sup> Não encontramos correlação entre a história familiar de câncer colorretal e a presença de adenomas, de acordo com os resultados relatado por Wong et al.<sup>20</sup>

Embora estudos anteriores tenham sugerido que a realização de sigmoidoscopia flexível pode ser apropriada para a investigação de pacientes jovens com sangramento

anorretal,<sup>22,23</sup> a capacidade de atingir o ângulo esplênico durante o exame é apenas cerca de 80%.<sup>24,25</sup> Dos nossos pacientes com adenoma, 22% apresentaram lesão localizada somente no cólon direito. O uso de sigmoidoscopia flexível como ferramenta diagnóstica não detectaria 4% das lesões no grupo estudado. Taggarshe et al demonstrou que as diretrizes de rastreamento atuais perderiam 8% dos diagnósticos de CRC em pacientes com menos de 50 anos.<sup>27</sup>

A maioria das diretrizes atualmente recomenda iniciar o rastreamento colorretal aos 50 anos. No entanto, os pólipos colônico neoplásicos podem apresentar-se tão cedo quanto antes dos 40 anos. E a chamada sequência adenoma-carcinoma pode demorar cerca de 10 anos para se completar.<sup>26</sup> Nesse contexto, a realização de colonoscopia em um paciente jovem que procura cuidados médicos devido a queixas anais pode representar uma oportunidade potencialmente importante para a prevenção do câncer. Demonstramos uma elevada prevalência de adenomas nesta população específica, mas muito frequentemente vista pelo cirurgião colorretal. Seria correto não indicar uma colonoscopia nestes pacientes com problemas anais comuns e deixar um adenoma não diagnosticado sem tratamento até este paciente atingir a idade preconizada de 50 anos? Nós acreditamos que não. Apesar das limitações de nosso estudo (um estudo de centro único com número relativamente limitado de pacientes), conseguimos apresentar um novo aspecto na prevenção do câncer colorretal que não havia sido explorado até essa data.



Em conclusão, nossos resultados sugerem que a colonoscopia pode ser um teste válido em pacientes jovens com problemas anais comuns. Estudos adicionais são necessários.

## REFERÊNCIAS

1. Jung KW, Won YJ, Kong HJ, Oh CM, Cho H Lee DH, et al. Cancer statistics in Korea: incidence, mortality, survival, and prevalence in 2012. *Cancer Res Treat* 2015;47:127-41.
2. Siegel, R. L., Miller, K. D. and Jemal, A. (2017), Cancer statistics, 2017. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 67: 7–30.
3. Markowitz SD, Bertagnolli MM. Molecular origins of cancer: Molecular basis of colorectal cancer. *N Engl J Med*. 2009; 361: 2449.
4. Fearon ER, Vogelstein B. A genetic model for colorectal tumorigenesis. *Cell*. 1990;61(5):759-67.
5. Winawer S, Fletcher R, Rex D, et al. Colorectal cancer screening and surveillance: clinical guidelines and rationale-Update based on new evidence. *Gastroenterology*. 2003;124(2):544-60.
6. Cress RD, Morris C, Ellison GL, Goodman MT. Secular changes in colorectal cancer incidence by subsite, stage at diagnosis, and race/ethnicity, 1992-2001. *Cancer*. 2006;107(suppl 5):1142-1152.
7. Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) Program. SEER\*Stat Database: Incidence-SEER 9 Regs Research Data with Delay-Adjustment, Malignant Only, Nov. 2015 Sub (1975-2013).
8. Davis DM, Marcet JE, Frattini JC, Prather AD, Mateka JJ, Nfonsam VN. Is it time to lower the recommended screening age for colorectal cancer?. *J Am Coll Surg*. 2011;213(3):352-61.
9. Wong S, Lidums I, Rosty C, et al. Findings in young adults at colonoscopy from a hospital service database audit. *BMC Gastroenterol*. 2017;17(1):56.

10. Lason A, Kilander A, Stotzer PO. Diagnostic yield of colonoscopy based on symptoms. *Scand J Gastroenterol* 2008;43(3):356-362.
11. Helfand M, Marton KI, Zimmer-Gembeck MJ, Sox HC Jr. History of visible rectal bleeding in a primary care population. Initial assessment and 10-year follow-up. *JAMA* 1997; 277:44–48.
12. Editorial. Investigation of rectal bleeding. *Lancet* 1989; 1:195–197.
13. Graham DJ, Pritchard TJ, Bloom AD. Colonoscopy for intermittent rectal bleeding: impact on patient management *J Surg Res* 1993; 54:136–139.
14. Shinya H, Cwern M, Wolf G. Colonoscopy diagnosis and management of rectal bleeding. *Surg Clin North Am* 1982; 62:897–903.
15. Guillem JG, Forde KA, Treat MR, Neugut AI, Bodian CA. The impact of colonoscopy on early detection of colonic neoplasms in patients with rectal bleeding. *Ann Surg* 1987; 206:606–611.
16. Tedesco FJ, Wayne JD, Raskin JB, Morris SJ, Greenwald RA. Colonoscopic evaluation of rectal bleeding: A study of 304 patients. *Ann Intern Med* 1978; 89:907–909.
17. Mulcahy HE, Patel RS, Postic G et al. Yield of colonoscopy in patients with nonacute rectal bleeding: a multicenter database study of 1766 patients. *Am J Gastroenterol*. 2002 Feb;97(2):328-33.
18. Rex DK, Schoenfeld PS, Cohen J, et al. Quality indicators for colonoscopy. *Gastrointest Endosc*. 2015;81(1):31-53.
19. Chen KC, Chung CS, Hsu WF, et al. Identification of Risk Factors For Neoplastic Colonic Polyps In Young Adults With Bloody Stool In Comparison With Those Without Symptom. *J Gastroenterol Hepatol*. 2017.

20. Wong RF, Khosla R, Moore JH, Kuwada SK. Consider colonoscopy for young patients with hematochezia. *J Fam Pract.* 2004;53(11):879-84.
21. Carlo P, Paolo RF, Carmelo B, et al. Colonoscopic evaluation of hematochezia in low and average risk patients for colorectal cancer: a prospective study. *World J Gastro- enterol* 2006;12:7304–8.
22. Khalid AB, Majid S, Salih M, Hashmat F, Jafri W. Is full colonoscopic examination necessary in young patients with fresh bleeding per rectum?. *Endoscopy.* 2011;43(8):692-6.
23. Marderstein EL, Church JM. Classic "outlet" rectal bleeding does not require full colonoscopy to exclude significant pathology. *Dis Colon Rectum.* 2008;51(2):202-6.
24. Ramakrishnan K, Scheid DC. Predictors of incomplete flexible sigmoidoscopy. *J Am Board Fam Pract* 2003;16: 478–84.
25. Weissfeld JL, Schoen RE, Pinsky PF, et al. Flexible sigmoidoscopy in the PLCO cancer screening trial: results from the baseline screening examination of a randomized trial. *J Natl Cancer Inst* 2005;97:989–97.
26. Markowitz SD, Bertagnolli MM. Molecular origins of cancer: Molecular basis of colorectal cancer. *N Engl J Med.* 2009; 361: 2449.
27. Taggarshe D, Rehil N, Sharma S, Flynn JC, Damadi A. Colorectal cancer: are the "young" being overlooked?. *Am J Surg.* 2013;205(3):312-6.

## **Young patients with anal disorders: is a colonoscopy recommended?**

### Introduction

Although colorectal cancer (CRC) is the third most common cancer worldwide,<sup>1,2</sup> its incidence has been decreasing in recent years, probably reflecting the uptake of colonoscopy with removal of precancerous adenomatous polyps.<sup>2,3</sup> In contrast to the decline of CRC among screening aged adults, the incidence of the disease has been increasing in the last decades among individuals younger than 50 years.<sup>4,5</sup> The reasons for this phenomenon are not fully understood.<sup>6</sup>

Most visits to colorectal surgeon are motivated by anorectal conditions, such as hemorrhoidal disease, anal fissure and fistula. In patients older than 50 years, the age at which most guidelines recommend colorectal screening, colonoscopy is routinely performed as complementary diagnostic exam.<sup>7-13</sup> Although the presence of significant colorectal disease concomitant with orificial diseases has been well documented<sup>14,15</sup>, there is still no consensus regarding the indication of complementary investigation in patients under 50 years of age.

Considering the increased incidence of cancer in this population and the diagnostic and preventive role of colonoscopy, this study aims to evaluate the role of colonoscopy in detecting colorectal disorders in patients with anal diseases.

## Patients

It was a prospective hospital-based study. Patients younger than fifty years, attended at the outpatient clinic of Coloproctology within Hospital de Clínicas de Porto Alegre, a tertiary hospital, between January 2013 and december 2017 were included in the study. All patients presented with complaints of anal problems, and had diagnosed a anal disorder, such as hemorrhoids or anal fissure. Colonoscopy was performed as a complementary diagnostic method in all cases. Patients with symptoms suggesting the possibility of a colorectal adenocarcinoma (altered bowel habit, anemia, weight loss) were not included in this series. Other exclusion criteria were inflammatory bowel disease, family history of inherited colorectal cancer syndrome, less than eighteen years of age and history of a previous colonoscopy. This study was performed after approval by the Ethics and Scientific Committee of our institution. All patients signed a consent form before study entry.

## Methods

Clinical, endoscopic and histopathological data were collected by the same physician. Clinical variables included main symptom and diagnosis. The main symptom was divided into 4 categories: bleeding, anal pain, prolapse and anal drainage of secretion. Hemorrhoids, anal fissures and fistulas were the main diagnoses.

All colonoscopies were performed by skilled endoscopists or by fellows under close supervision using Pentax™ EPK-i (Pentax, Japan) endoscopes after bowel

preparation. Informed written consent was obtained from each patient before every procedure. The bowel preparation consisted of (1) diet without residues in the two days prior to the examination, (2) administration of 2 tablets of bisacodyl 5mg twice a day on the day before the examination and (3) ingestion of solution containing 500 ml of mannitol 20% about 6 hours before the exam. All detected polyps were photographed, and their characteristics were documented. The proximal colon was defined as areas proximal to the splenic flexure, whereas the distal colon included the splenic flexure and distal areas. The histological evaluation was performed by a blind experienced gastrointestinal pathologists. We characterized advanced adenoma as the presence of adenoma with villous component, size greater than or equal to 1cm or presence of high grade dysplasia.

## Statistics

For the description of the qualitative data a descriptive analysis was performed, presenting the absolute and the relative percentage frequency. In the case of quantitative data, the description was illustrated by the maximum and minimum values, by the mean, median and standard deviation. Bivariate analyzes were also performed to compare proportions, using the chi-square test for two independent samples, the chi-square test for more than two independent samples, and Fisher's exact test. For the application of the statistical tests we chose to use the variable age in two categories: less than 40 years and 40 years or more. Analyzes were carried out in the PAWS (Power of Advanced Statistical Analysis - Statistical Analysis Software) version 18. The level of significance was considered 5%.

## Results

Two hundred consecutive patients were included in this study, being 103 women (51.5%) with mean age  $40.3 \pm 7.1$  years. The main characteristics of our patients are presented in table 1. Thirty-nine percent of the colonoscopies had some type of alteration, the most common one was the presence of colorectal polyps (table 2).

In two cases a subsequent surgical approach was necessary to treat otherwise unsuspected colorectal problems: a 38-year-old woman was diagnosed with CRC in the left colon, and a 45-year-old man with an endoscopically unresectable adenoma located in the right colon. None of them had a family history of neoplasia. The only adverse event reported was a small bleeding after polypectomy, controlled with local injection of adrenaline.

As shown in table 3, we found colonic polyps in 62 patients, 36 of which were adenomas (58%). A total of three serrated adenomas (8,3%) and ten advanced adenoma (27,7%) were found. Of the 36 patients with adenoma, 33.3% were had less than 40 years of age and twenty were male (55,6%). Twenty-two percent of the adenomas were located in the right colon, without any other lesions in the distal colon. Family history of colorectal neoplasia was not significantly related with the presence of adenoma. Only one patient with a history of colon cancer in a first degree relative presented an adenoma.

## Discussion

Most colonoscopies performed in young individual are recommended based on warning symptoms for colorectal neoplasia, such as anemia, change in bowel habit,



unintentional weight loss and bleeding without a definite cause.<sup>16</sup> Our study tried to evaluate the role of colonoscopy in young patients with typical complaints and a clinically established diagnosis of benign anal disease. Although this is an extremely frequent situation in the everyday practice of every coloproctologist, there is not a clear answer in the literature whether such a group of patients should be further investigated through a complete colonoscopy.

The adequate rate of adenoma detection (ADR) in subjects younger than 50 years remains unknown<sup>16,17</sup>. We found a prevalence of adenomas of 18%, 15.5% in patients under the age of forty and 19.5% in those between 40 and 50 years of age. This rate of detection is higher than that reported in previous studies evaluating young patients with hematochezia (prevalence between 8.3% and 9.9%).<sup>14,18</sup> We found no correlation between family history of colorectal cancer and presence of adenomas, in accordance to the results reported by Wong et al.<sup>14</sup>

Although previous studies have suggested that performing sigmoidoscopy might be appropriate for the investigation of young patients with anorectal bleeding,<sup>19, 20</sup> the ability to reach the splenic angle during the examination is only about 80%.<sup>21,22</sup> Of our patients with adenoma, 22% had lesion located only in the right colon. The use of flexible sigmoidoscopy as the diagnostic tool would fail to detect 4% of the lesions.

Most guidelines currently recommend starting colorectal screening at the age of 50 years. However, neoplastic colonic polyps may present as early as before 40 years. And the so-called adenoma-carcinoma sequence may take approximately 10 years to be completed<sup>23</sup>. In this context, the performance of a colonoscopy in a young patient seeking

medical care due to anal complaints might represent a potentially important opportunity for cancer prevention. We demonstrated a high prevalence of adenomas in this specific, but very frequently seen, population of patients. Can we just not indicated a colonoscopy in a patient younger than 40 years (or 50 years) with a common anal problem and let a colorectal adenoma undiagnosed and untreated until this patient reaches 50 years of age? We believe not. Despite the limitations of our study (a single-center study with relatively limited number of patients), we were able to present a new aspect in colorectal cancer prevention that had not been exploited to this date.

In conclusion, our results suggest that a colonoscopy might be a worthwhile test in young patients presenting with common anal problems. Further studies are warranted.

## References

1. Jung KW, Won YJ, Kong HJ, Oh CM, Cho H Lee DH, et al. Cancer statistics in Korea: incidence, mortality, survival, and prevalence in 2012. *Cancer Res Treat* 2015;47:127-41.
2. Siegel, R. L., Miller, K. D. and Jemal, A. (2017), *Cancer statistics, 2017*. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 67: 7–30.
3. Cress RD, Morris C, Ellison GL, Goodman MT. Secular changes in colorectal cancer incidence by subsite, stage at diagnosis, and race/ethnicity, 1992-2001. *Cancer*. 2006;107(suppl 5):1142-1152.
4. Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) Program. SEER\*Stat Database: Incidence-SEER 9 Regs Research Data with Delay-Adjustment, Malignant Only, Nov. 2015 Sub (1975-2013).

5. Davis DM, Marcet JE, Frattini JC, Prather AD, Mateka JJ, Nfonsam VN. Is it time to lower the recommended screening age for colorectal cancer?. *J Am Coll Surg*. 2011;213(3):352-61.
6. Wong S, Lidums I, Rosty C, et al. Findings in young adults at colonoscopy from a hospital service database audit. *BMC Gastroenterol*. 2017;17(1):56.
7. Helfand M, Marton KI, Zimmer-Gembeck MJ, Sox HC Jr. History of visible rectal bleeding in a primary care population. Initial assessment and 10-year follow-up. *JAMA* 1997; 277:44–48.
8. Brenna E, Skreden K, Waldum HL, et al. The benefit of colonoscopy. *Scand J Gastroenterol* 1990; 25:81–88.
9. Editorial. Investigation of rectal bleeding. *Lancet* 1989; 1:195–197.
10. Graham DJ, Pritchard TJ, Bloom AD. Colonoscopy for intermittent rectal bleeding: impact on patient management *J Surg Res* 1993; 54:136–139.
11. Shinya H, Cwern M, Wolf G. Colonoscopy diagnosis and management of rectal bleeding. *Surg Clin North Am* 1982; 62:897–903.
12. Guillem JG, Forde KA, Treat MR, Neugut AI, Bodian CA. The impact of colonoscopy on early detection of colonic neoplasms in patients with rectal bleeding. *Ann Surg* 1987; 206:606–611.
13. Tedesco FJ, Waye JD, Raskin JB, Morris SJ, Greenwald RA. Colonoscopic evaluation of rectal bleeding: A study of 304 patients. *Ann Intern Med* 1978; 89:907–909.
14. Wong RF, Khosla R, Moore JH, Kuwada SK. Consider colonoscopy for young patients with hematochezia. *J Fam Pract*. 2004;53(11):879-84.

15. Helfand M, Marton KI, Zimmer-Gembeck MJ, Sox HC. History of Visible Rectal Bleeding in a Primary Care Population Initial Assessment and 10-Year Follow-up. *JAMA*. 1997;277(1):44–48.
16. Rex DK, Schoenfeld PS, Cohen J, et al. Quality indicators for colonoscopy. *Gastrointest Endosc*. 2015;81(1):31-53.
17. Chen KC, Chung CS, Hsu WF, et al. Identification of Risk Factors For Neoplastic Colonic Polyps In Young Adults With Bloody Stool In Comparison With Those Without Symptom. *J Gastroenterol Hepatol*. 2017.
18. Carlo P, Paolo RF, Carmelo B, et al. Colonoscopic evaluation of hematochezia in low and average risk patients for colorectal cancer: a prospective study. *World J Gastro- enterol* 2006;12:7304–8.
19. Khalid AB, Majid S, Salih M, Hashmat F, Jafri W. Is full colonoscopic examination necessary in young patients with fresh bleeding per rectum?. *Endoscopy*. 2011;43(8):692-6.
20. Marderstein EL, Church JM. Classic "outlet" rectal bleeding does not require full colonoscopy to exclude significant pathology. *Dis Colon Rectum*. 2008;51(2):202-6.
21. Ramakrishnan K, Scheid DC. Predictors of incomplete flexible sigmoidoscopy. *J Am Board Fam Pract* 2003;16: 478–84.
22. Weissfeld JL, Schoen RE, Pinsky PF, et al. Flexible sigmoidoscopy in the PLCO cancer screening trial: results from the baseline screening examination of a randomized trial. *J Natl Cancer Inst* 2005;97:989–97.
23. Markowitz SD, Bertagnolli MM. Molecular origins of cancer: Molecular basis of colorectal cancer. *N Engl J Med*. 2009; 361: 2449.

Table 1 - Characteristics of patients

Variable	n (%)
Sex	
Males	97 (48,5)
Females	103 (51,5)
Main symptom	
Bleeding	135 (67,5)
Anal pain	20 (10,0)
Anal prolapse	16 (8,0)
Drainage of secretion	29 (14,5)
Main diagnosis	
Hemorrhoids	139 (69,5)
Anal fissure	28 (14,0)
Anal Fistula	33 (16,5)
Family history of CCR	
Positive	31 (15,5)
Negative	169 (84,5)

Table 2 - Colonoscopy findings

Variable	n (%) 78 (39)
Polyp	62 (79,5)
Tumor	1 (1,3)
Diverticula	10 (12,8)
Non-specific inflammation	4 (5,1)
Angiodysplasia	1 (1,3)

Table 3 – Adenoma x No adenoma

Variable	Adenoma (n=36)	No adenoma (n=164)	p-value
----------	-------------------	-----------------------	---------

Sex			
Males	20 (55,6%)	77(47%)	0,350
Females	16 (44,4%)	87 (53,0%)	
Age			
<40 years	12 (33,3%)	65 (39,6%)	0,482
≥40 years	24 (66,7%)	99 (60,4%)	
Main symptom			
Bleeding	23 (63,9%)	112 (68,3%)	0,609
Other	13 (36,1%)	52 (31,7%)	
Main diagnosis			
Hemorrhoids	29 (80,6%)	110 (67,1%)	0,094
Anal fissure	1 (2,8%)	27 (16,5%)	
Anal Fistula	6 (16,7%)	27 (16,5%)	
Family history of CCR			
Positive	5 (13,9%)	25 (15,3%)	0,768
Negative	31 (86,1%)	138 (84,7%)	

## **Pacientes jovens com doenças perianais: é recomendada colonoscopia?**

### Introdução

Embora o câncer colorretal (CRC) seja o terceiro mais comum no mundo, <sup>1,2</sup> sua incidência tem diminuído nos últimos anos, provavelmente refletindo o aumento da realização de colonoscopia para remoção dos pólipos adenomatosos pré-cancerosos. <sup>2,3</sup> Em contraste ao declínio do CRC entre os adultos cuja idade é abrangida pelo rastreamento, a incidência da doença vem aumentando nas últimas décadas entre indivíduos com menos de 50 anos. <sup>4,5</sup> As razões para esse fenômeno ainda não são compreendidas. <sup>6</sup>

Grande parte das consultas do cirurgião colorretal são motivadas por problemas perianais, como doença hemorroidária, fissura e fístula anal. Em paciente com mais de 50 anos, idade na qual a maioria das diretrizes recomenda iniciar o rastreamento, a colonoscopia é rotineiramente realizada como exame diagnóstico complementar. <sup>7-14</sup>. Embora a presença de doença colorretal significativa concomitante com doença orifical já tenha sido documentada, <sup>15</sup> ainda não há consenso quanto à indicação de investigação em pacientes com menos de 50 anos.

Considerando o aumento da incidência de câncer na população jovem e o papel diagnóstico e preventivo da colonoscopia, este estudo visa avaliar o papel deste exame na detecção de doenças colorretais em pacientes com doenças perianais.

## Pacientes

Pacientes com menos de 50 anos, atendidos no ambulatório de Coloproctologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, um hospital terciário, entre janeiro de 2013 e dezembro de 2017 foram incluídos no estudo. Todos os pacientes foram atendidos por queixas perianais e tiveram um diagnóstico realizado durante a consulta, como doença hemorroidária, fissura ou fistula anal. Colonoscopia foi realizada como método diagnóstico complementar em todos os casos. Pacientes com sintomas sugerindo a possibilidade de câncer colorretal (alteração de hábito intestinal, anemia, perda ponderal) foram excluídos do estudo. Outros critérios de exclusão foram o diagnóstico prévio de doença inflamatória intestinal, história familiar sugestiva de síndromes de câncer colorretal hereditário, menos de 18 anos de idade e realização prévia de colonoscopia. Este estudo foi realizado após aprovação do comitê de ética da nossa instituição. Todos os pacientes que concordaram em participar deste estudo assinaram, previamente, um consentimento informado.



## Métodos

Foi realizado um estudo prospectivo, com coleta de dados a partir do prontuário dos pacientes. Dados clínicos, endoscópicos e histopatológicos foram coletados pelo mesmo médico. As variáveis clínicas incluíam sintoma principal e diagnóstico. O sintoma principal foi dividido em 4 categorias: sangramento, dor anal, prolapso e drenagem de secreção perianal. Hemorroidas, fissura anal e fístula anal foram os diagnósticos encontrados.

Todas as colonoscopias foram realizadas por membros da equipe de coloproctologia ou residentes sob supervisão. Foi utilizado endoscópio Pentax™ EPK-i (Pentax, Japão) após preparo de cólon. Consentimento livre e esclarecido foi obtido antes de cada procedimento. O preparo de cólon consistia de (1) dieta sem resíduo nos dois dias prévios ao exame, (2) administração de 2 comprimidos de bisacodil 5 mg duas vezes ao dia no dia anterior ao exame e (3) ingestão de solução contendo 500 ml de manitol 20% cerca de 6 horas antes do exame. Todos os pólipos detectados foram fotografados e suas características documentadas. O cólon proximal foi definido como áreas proximais à flexura esplênica, enquanto o cólon distal incluiu flexura esplênica e áreas distais. A avaliação histológica foi realizada por um patologista cegado com experiência em patologia gastrointestinal. Caracterizamos adenoma avançado como a presença de adenoma com componente viloso, tamanho maior ou igual a 1cm ou presença de displasia de alto grau.

## Análise estatística

Para a descrição dos dados qualitativos, realizou-se uma análise descritiva, apresentando a porcentagem absoluta e porcentual relativa. No caso de dados quantitativos, a descrição foi ilustrada pelos valores máximo e mínimo, pela média, mediana e desvio padrão. As análises bivariadas também foram realizadas para comparar as proporções, usando o teste do qui-quadrado para duas amostras independentes, o teste do qui-quadrado para mais de duas amostras independentes e o teste exato de Fisher. Para a aplicação dos testes estatísticos, escolhemos usar a variável idade em duas categorias: menos de 40 anos e 40 anos ou mais. As análises foram realizadas no PAWS (Power of Advanced Statistical Analysis - Statistical Analysis Software) versão 18. O nível de significância considerado foi de 5%

## Resultados

Duzentos pacientes consecutivos foram incluídos neste estudo, sendo 103 mulheres (51,5%), e idade média  $40,3 \pm 7,1$  anos. As características principais de nossos pacientes são apresentadas na tabela 1. Trinta e nove por cento das colonoscopias apresentaram algum tipo de alteração, a mais comum foi a presença de pólipos colorretais (tabela 2).

Em dois casos, foi necessária uma abordagem cirúrgica subsequente para tratar problemas colorretais não suspeitos: uma mulher de 38 anos foi diagnosticada com CRC

no cólon esquerdo e um homem de 45 anos com adenoma irressecável endoscopicamente no cólon direito. Nenhum deles tinha história familiar de neoplasia. O único evento adverso relatado foi um pequeno sangramento após a polipectomia, controlado com injeção local de adrenalina.

Conforme mostrado na tabela 3, encontramos polipos colônicos em 62 pacientes, 36 dos quais foram diagnosticados como adenomas (58%). Um total de três adenomas serrilhados (8,3%) e dez adenomas avançados (27,7%) foram encontrados. Dos 36 pacientes com adenoma, 33,3% tinham menos de 40 anos e vinte eram do sexo masculino (55,6%). Vinte e dois por cento dos adenomas estavam localizados no cólon direito, sem outras lesões no cólon distal. A história familiar de neoplasia colorretal não foi estatisticamente relacionada com a presença de adenoma. Apenas um paciente com história de câncer de cólon em parente de primeiro grau apresentou adenoma.

## Discussão

A maioria das colonoscopias realizadas em indivíduos jovens é recomendada com base em sintomas de alerta para neoplasia colorretal, como anemia, alteração do hábito intestinal, perda de peso e sangramento involuntário sem causa definida<sup>16</sup>. Nosso estudo tentou avaliar o papel da colonoscopia em pacientes jovens com queixas típicas e um diagnóstico clinicamente estabelecido de doença anal benigna. Embora esta seja uma situação extremamente freqüente na prática diária de todos os coloproctologistas, não há uma resposta clara na literatura se este grupo de pacientes deve ser investigado através de uma colonoscopia completa.

De acordo com os trabalhos revisados a taxa adequada de detecção de adenoma (ADR) em indivíduos com menos de 50 anos permanece desconhecida<sup>16,17</sup>. Na nossa pesquisa encontramos uma prevalência de adenomas de 18%, 15,5% entre pacientes com idade inferior a quarenta e 19,5% naqueles entre 40 e 50 anos de idade. Essa taxa de detecção é maior que a relatada em estudos anteriores que avaliaram pacientes jovens com hematochezia (prevalência entre 8,3% e 9,9%)<sup>14,18</sup>. Não encontramos correlação entre a história familiar de câncer colorretal e a presença de adenomas, estes dados corroboram os resultados encontrados por Wong et al<sup>14</sup>.

Embora estudos anteriores tenham sugerido que a realização de sigmoidoscopia pode ser apropriada para a investigação de pacientes jovens com sangramento anorretal<sup>19,20</sup>, a capacidade de atingir o ângulo esplênico durante o exame é apenas cerca de 80%<sup>21,22</sup>. Dos nossos pacientes com adenoma, 22 % apresentaram lesão localizada somente no cólon direito. O uso de sigmoidoscopia flexível como ferramenta diagnóstica não detectaria 4% das lesões no grupo estudado.

A maioria das diretrizes atualmente recomenda iniciar o rastreamento colorretal aos 50 anos. No entanto, os pólipos colônico neoplásicos podem apresentar-se tão cedo quanto antes de 40 anos. É a chamada sequência adenoma-carcinoma, e pode demorar cerca de 10 anos para se completar<sup>23</sup>. Nesse contexto, a realização de colonoscopia em um paciente jovem que procura cuidados médicos devido a queixas anais pode representar uma oportunidade potencialmente importante para a prevenção do câncer. Demonstramos uma elevada prevalência de adenomas nesta população específica, mas muito frequentemente vista pelo cirurgião colorretal. Podemos simplesmente não

indicar uma colonoscopia em pacientes com menos de 40 anos (ou 50) com problemas anais comuns e deixar um adenoma não diagnosticado sem tratamento até este paciente atingir a idade preconizada de 50 anos? Nós acreditamos que não. Apesar das limitações de nosso estudo (um estudo de centro único com número relativamente limitado de pacientes), conseguimos apresentar um novo aspecto na prevenção do câncer colorretal que não havia sido explorado até essa data.

Em conclusão, nossos resultados sugerem que a colonoscopia pode ser um teste válido em pacientes jovens com problemas anais comuns. Estudos adicionais são necessários.

## Referências bibliográficas

1. Jung KW, Won YJ, Kong HJ, Oh CM, Cho H Lee DH, et al. Cancer statistics in Korea: incidence, mortality, survival, and prevalence in 2012. *Cancer Res Treat* 2015;47:127-41.
2. Siegel, R. L., Miller, K. D. and Jemal, A. (2017), *Cancer statistics, 2017*. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 67: 7–30.
3. Cress RD, Morris C, Ellison GL, Goodman MT. Secular changes in colorectal cancer incidence by subsite, stage at diagnosis, and race/ethnicity, 1992-2001. *Cancer*. 2006;107(suppl 5):1142-1152.
4. Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) Program. SEER\*Stat Database: Incidence-SEER 9 Regs Research Data with Delay-Adjustment, Malignant Only, Nov. 2015 Sub (1975-2013).

5. Davis DM, Marcet JE, Frattini JC, Prather AD, Mateka JJ, Nfonsam VN. Is it time to lower the recommended screening age for colorectal cancer?. *J Am Coll Surg.* 2011;213(3):352-61.
6. Wong S, Lidums I, Rosty C, et al. Findings in young adults at colonoscopy from a hospital service database audit. *BMC Gastroenterol.* 2017;17(1):56.
7. Helfand M, Marton KI, Zimmer-Gembeck MJ, Sox HC Jr. History of visible rectal bleeding in a primary care population. Initial assessment and 10-year follow-up. *JAMA* 1997; 277:44–48.
8. Brenna E, Skreden K, Waldum HL, et al. The benefit of colonoscopy. *Scand J Gastroenterol* 1990; 25:81–88.
9. Editorial. Investigation of rectal bleeding. *Lancet* 1989; 1:195–197.
10. Graham DJ, Pritchard TJ, Bloom AD. Colonoscopy for intermittent rectal bleeding: impact on patient management *J Surg Res* 1993; 54:136–139.
11. Shinya H, Cwern M, Wolf G. Colonoscopy diagnosis and management of rectal bleeding. *Surg Clin North Am* 1982; 62:897–903.
12. Guillem JG, Forde KA, Treat MR, Neugut AI, Bodian CA. The impact of colonoscopy on early detection of colonic neoplasms in patients with rectal bleeding. *Ann Surg* 1987; 206:606–611.
13. Tedesco FJ, Waye JD, Raskin JB, Morris SJ, Greenwald RA. Colonoscopic evaluation of rectal bleeding: A study of 304 patients. *Ann Intern Med* 1978; 89:907–909.
14. Wong RF, Khosla R, Moore JH, Kuwada SK. Consider colonoscopy for young patients with hematochezia. *J Fam Pract.* 2004;53(11):879-84.

15. Helfand M, Marton KI, Zimmer-Gembeck MJ, Sox HC. History of Visible Rectal Bleeding in a Primary Care Population Initial Assessment and 10-Year Follow-up. *JAMA*. 1997;277(1):44–48.
16. Rex DK, Schoenfeld PS, Cohen J, et al. Quality indicators for colonoscopy. *Gastrointest Endosc*. 2015;81(1):31-53.
17. Chen KC, Chung CS, Hsu WF, et al. Identification of Risk Factors For Neoplastic Colonic Polyps In Young Adults With Bloody Stool In Comparison With Those Without Symptom. *J Gastroenterol Hepatol*. 2017.
18. Carlo P, Paolo RF, Carmelo B, et al. Colonoscopic evaluation of hematochezia in low and average risk patients for colorectal cancer: a prospective study. *World J Gastro- enterol* 2006;12:7304–8.
19. Khalid AB, Majid S, Salih M, Hashmat F, Jafri W. Is full colonoscopic examination necessary in young patients with fresh bleeding per rectum?. *Endoscopy*. 2011;43(8):692-6.
20. Marderstein EL, Church JM. Classic "outlet" rectal bleeding does not require full colonoscopy to exclude significant pathology. *Dis Colon Rectum*. 2008;51(2):202-6.
21. Ramakrishnan K, Scheid DC. Predictors of incomplete flexible sigmoidoscopy. *J Am Board Fam Pract* 2003;16: 478–84.
22. Weissfeld JL, Schoen RE, Pinsky PF, et al. Flexible sigmoidoscopy in the PLCO cancer screening trial: results from the baseline screening examination of a randomized trial. *J Natl Cancer Inst* 2005;97:989–97.
23. Markowitz SD, Bertagnolli MM. Molecular origins of cancer: Molecular basis of colorectal cancer. *N Engl J Med*. 2009; 361: 2449.

Tabela 1 – Características dos pacientes

Variável	n (%)
Sexo	
Masculino	97 (48,5)
Feminino	103 (51,5)
Sintoma principal	
Sangramento	135 (67,5)
Dor anal	20 (10,0)
Prolapso	16 (8,0)
Drenagem de secreção	29 (14,5)
Diagnóstico principal	
Hemorroidas	139 (69,5)
Fissura anal	28 (14,0)
Fístula anal	33 (16,5)
História familiar de CCR	
Positiva	31 (15,5)
Negativa	169 (84,5)

Table 2 – Achados da colonoscopia

Alteração	n (%) 78 (39)
Pólipo	62 (79,5)
Tumor	1 (1,3)
Divertículo	10 (12,8)
Inflamação não específica	4 (5,1)
Angiodisplasia	1 (1,3)



Table 3 – Presença de adenoma x Ausência de adenoma

Variável	Adenoma (n=36)	Sem adenoma (n=164)	Valor p
Sexo			
Masculino	20 (55,6%)	77(47%)	0,350
Feminino	16 (44,4%)	87 (53,0%)	
Idade			
<40 anos	12 (33,3%)	65 (39,6%)	0,482
≥40 anos	24 (66,7%)	99 (60,4%)	
Sintoma principal			
Sangramento	23 (63,9%)	112 (68,3%)	0,609
Outro	13 (36,1%)	52 (31,7%)	
Diagnóstico clínico			
Hemorroidas	29 (80,6%)	110 (67,1%)	0,094
Fissura anal	1 (2,8%)	27 (16,5%)	
Fístula anal	6 (16,7%)	27 (16,5%)	
História familiar de CCR			
Positiva	5 (13,9%)	25 (15,3%)	0,768
Negativa	31 (86,1%)	138 (84,7%)	