

CORRELAÇÃO ENTRE A INDICAÇÃO DE COLONOSCOPIA, COMORBIDADES E NEOPLASIA COLORRETAL NO PACIENTE IDOSO E MUITO IDOSOS.

CORRELATION BETWEEN THE INDICATION OF COLONOSCOPY, COMORBIDITIES AND COLORRETAL CANCER IN THE ELDERLY AND VERY ELDERLY PATIENT.

Leiber Carvalho **CAUM**¹, Ana Gabriela de Matos **MARTINS**²,
Franciele Rigloski **MENEZES**³, Caroline Garcia **LIRA**⁴, Odilon Henrique Bento **GONÇALVES**⁵.

Rev. Méd. Paraná/1569

Caum LC, Martins AGM, Menezes FR, Lira CG, Gonçalves OHB. Correlação entre a indicação de colonoscopia, comorbidades e neoplasia colorretal no paciente idoso e muito idosos. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2020;78(2):65-69.

RESUMO - OBJETIVO: O objetivo do estudo é verificar a associação da indicação do exame com a presença de neoplasia na análise anatomopatológica além da associação entre comorbidades e câncer colorretal. MÉTODOS: É um estudo descritivo transversal epidemiológico, em que foram analisadas colonoscopias concluídas em pacientes idosos internados em hospital especializado. A amostra de 212 pacientes foi dividida em dois grupos com base na idade: 60-79 anos composto por 135 indivíduos, o outro grupo com 80 anos ou mais com 77 indivíduos. RESULTADOS: No grupo 60-79 anos, houve uma incidência de câncer colorretal de 9%, já no grupo 80 anos ou mais, foi de 10%. Existe associação entre anemia e adenocarcinoma, onde 92,9% dos pacientes com adenocarcinoma possuem anemia. Foi evidenciado associação entre os pacientes diabéticos e o desenvolvimento do câncer colorretal ($p=0,004$). CONCLUSÃO: Indivíduos com adenocarcinoma colorretal possuem maior probabilidade de apresentar anemia. Diabetes mellitus é uma doença que mostrou associação relevante ao câncer colorretal, podendo sugerir um novo fator de risco.

DESCRITORES - Câncer colorretal, colonoscopia, saúde do idoso, idoso de 80 anos ou mais.

INTRODUÇÃO

O câncer colorretal (CCR) é a terceira neoplasia mais comumente diagnosticada nos Estados Unidos da América com um número estimado de 26.950 homens e 22.230 mulheres com idade entre 65-70 anos. Com idade acima de 80 anos, esse número diminui para 12.510 homens e 17.100 mulheres.⁽¹⁾ No Brasil, foi estimado cerca de 17.380 casos novos em homens e 18.980 em mulheres no ano de 2018-2019, sendo o terceiro câncer mais comum entre os homens e o segundo entre as mulheres não levan-

do em consideração os melanomas. A incidência é maior em países desenvolvidos, porém a mortalidade é maior em países em desenvolvimento cujo o Índice de Desenvolvimento Humano é menor.⁽²⁾

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento de câncer CCR são idade, história familiar, obesidade, tabagismo, sedentarismo, consumo de carnes vermelhas e baixa ingestão de frutas e vegetais.⁽³⁾ A sintomatologia mais descrita pelos pacientes envolve alteração do hábito intestinal, sangramentos, perda ponderal não intencional e dor abdominal.⁽⁴⁾

Trabalho realizado no Hospital do Idoso Zilda Arns e Fundação Estatal de Atenção à Saúde em Curitiba – PR, Brasil.

1 - Médico pela UFPR, residência em Clínica médica pelo Hospital de Clínicas - UFPR, Gastroenterologista pelo Hospital de Clínicas da Universidade Médico endoscopista digestivo no Hospital do Trabalhador e no Hospital do Idoso Zilda Arns, Membro Titular da Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva e da Federação Brasileira de Gastroenterologia, Curitiba-PR.

2 - Médica pela PUC-PR, residência em Clínica médica pelo Hospital do Idoso Zilda Arns, Curitiba-PR.

3 - Médica pela UFPR, residência em Clínica médica pelo Hospital de Clínicas - UFPR, Título de especialista em Geriatria - Associação Médica Brasileira e Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Curitiba-PR.

4 - Médica pela Universidade da Região de Joinville, residência em Clínica médica pelo Hospital do Idoso Zilda Arns, Residente em Cardiologia pela Santa Casa de Misericórdia de Curitiba, Curitiba-PR.

5 - Médico pela PUC-PR, Cirurgião geral pelo Hospital Universitário Cajuru, Curitiba-PR.

As lesões podem surgir em decorrência de uma série de alterações genéticas resultando no desenvolvimento do pólip, lesão precursora neoplásica, sendo que a progressão para o câncer colorretal demora em média 10-15 anos. Existem duas vias para o desenvolvimento de câncer, primeiro a via adenoma – carcinoma responsável por 70-90% dos casos de câncer colorretal e a via de neoplasia serrilhada que conta com 10-20% dos cânceres colorretais. ⁽⁴⁾

A colonoscopia é o exame de escolha para diagnóstico das lesões precursoras, os pólipos, e tratamento através da remoção dos mesmos. O exame está indicado para a população acima de 45 anos com nova realização do exame a cada 10 anos por rastreamento ou quando é identificado sangue oculto nas fezes. ^{(6) (7)(8)}

Segundo recomendações do Ministério da Saúde, os adultos entre 50 e 75 anos devem ser rastreados com sangue oculto nas fezes, colonoscopia ou retossigmoidoscopia (grau de recomendação A). Não recomenda-se o rastreamento de rotina na população entre 76-85 anos, salvo casos especiais (grau de recomendação C) e contra indica o rastreio na população acima de 85 anos (grau de recomendação D). ⁽⁹⁾

As complicações graves decorrentes do procedimento estão presentes em 2,8 por 1000 procedimentos. Os efeitos adversos mais comuns são perfuração, hemorragia, infecção, dor abdominal, no entanto, o benefício de diagnóstico precoce supera os riscos. ⁽⁵⁾

O objetivo do presente estudo foi associar a indicação de colonoscopia com a presença de adenocarcinoma na análise anatomopatológica, além de associar o câncer colorretal com comorbidades e características da população idosa.

MÉTODOS

É um estudo descritivo transversal epidemiológico, em que foram analisadas todas as colonoscopias realizadas em pacientes acima de 60 anos internados em hospital especializado no atendimento a idosos, no período de 01 de janeiro de 2016 a 31 de dezembro de 2018.

O estudo obteve a aprovação do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba aprovado segundo número 3.716.510. Após a aprovação foram coletados os dados no sistema de prontuário eletrônico do referido centro, analisando evoluções da equipe de anestesiologia, equipe assistente e resultado do estudo anatomopatológico.

Foram incluídos no estudo pacientes acima de 60 anos com colonoscopias realizadas durante o período de internamento. Foram excluídos os pacientes com histórico de neoplasia intestinal, exames para controle pós-cirúrgico, preparo não ideal e os exames incompletos, exceto os que apresentavam lesão estenosante sugestiva de neoplasia.

Os pacientes foram separados em dois grupos de acordo com a idade dos idosos: 60-79 anos e 80 anos

ou mais. Por se tratar de dados categóricos, optou-se por uma análise por meio de distribuição de frequências para comorbidades, indicação do exame de colonoscopia e achados histológicos.

Foram investigadas as associações entre: resultados anatomopatológicos e indicação do exame; resultado do laudo da colonoscopia e indicação do exame; resultados anatomopatológicos e comorbidades. Para a medida indicação do exame, quando os dados foram associados, optou-se em agrupar as categorias de indicação conforme a relação entre elas, sendo: (1) diarreia e alterações no hábito intestinal; (2) anemia; (3) sangramento; (4) síndrome consumptiva; (5) pólipos prévios, rastreio e outros.

Os dados foram colocados em planilhas do Excel® (Microsoft Excel® para Windows 10 versão RTM Microsoft Corporation 2015) e toda a análise estatística foi realizada do software IBM SPSS (versão 21). Para as medidas dicotômicas o teste *Exato de Fisher* foi utilizado, já para as medidas com número maior de categorias, optou-se pelo teste de *Qui-Quadrado*.

Para essa análise, o intervalo de confiança de 95% foi assumido ($\alpha=0,05$).

RESULTADOS

A amostra foi composta por 212 idosos, divididos em dois grupos: 60-79 anos (135 pacientes) e 80 anos ou mais (77 pacientes). As demais características da amostra estão apresentadas na Tabela 1, incluindo distribuição das comorbidades e classificação *American Society of Anesthesiologists (ASA)* separadas por grupos.

TABELA 1 – DADOS DEMOGRÁFICOS DA AMOSTRA.

Variáveis	60-79 anos (n=135)	≥80 anos (n=77)
Idade (anos) - Mediana (mín-máx)	71 (60 - 79)	85 (80 - 99)
Sexo		
- Feminino n (%)	72 (53,3%)	47 (61%)
- Masculino n (%)	63 (46,7%)	30 (39%)
IMC (kg/m ²) - Mediana (mín-máx)	25,2 (12,9 - 42,2)	25,1 (17,1 - 38,5)
- Desnutrição n (%)	12 (8,9%)	4 (5,2%)
- Eutrófico n (%)	52 (38,5%)	34 (44,2%)
- Sobrepeso n (%)	47 (34,8%)	29 (37,7%)
- Obesidade I n (%)	18 (13,3%)	7 (9,1%)
- Obesidade II n (%)	5 (3,7%)	3 (3,1%)
- Obesidade III n (%)	1 (0,7%)	0 (0%)
Tabagismo		
- Sim n (%)	74 (54,8%)	30 (39%)
- Não n (%)	61 (45,2%)	47 (61%)
Etilismo		
- Sim n (%)	31 (23%)	13 (16,9%)
- Não n (%)	104 (77%)	64 (83,1%)

Anemia			
- Sim n (%)	93 (68,9%)	59 (76,6%)	
- Não n (%)	42 (31,1%)	18 (23,4%)	
Dislipidemia			
- Sim n (%)	50 (37%)	24 (31,2%)	
- Não n (%)	85 (63%)	53 (68,8%)	
Diabetes Mellitus			
- Sim n (%)	53 (39,3%)	25 (32,5%)	
- Não n (%)	81 (60,7%)	52 (67,5%)	
Hipotireoidismo			
- Sim n (%)	34 (25,2%)	14 (18,2%)	
- Não n (%)	101 (74,8%)	63 (81,8%)	
Hipertensão arterial sistêmica			
- Sim n (%)	97 (71,9%)	60 (77,9%)	
- Não n (%)	38 (28,1%)	17 (22,1%)	
Classificação ASA			
I n (%)	1 (0,7%)	0 (0%)	
II n (%)	37 (27,4%)	18 (23,4%)	
III n (%)	47 (34,8%)	28 (36,4%)	
IV n (%)	1 (0,7%)	1 (1,3%)	
Não especificado n (%)	49 (36,3%)	30 (39%)	

As colonoscopias tiveram como maior motivo para a sua realização sangramento, 31,1% no primeiro grupo e 33,8% no segundo grupo. Em seguida, foi a anemia com 23,7% no grupo mais jovem e 27,3% no grupo mais velho.

Durante o exame de colonoscopia, 82 indivíduos (60,7%) com 60-79 anos apresentaram pólipos e 37 (48,05%) dos pacientes com 80 anos ou mais foram identificados pólipos.

Na Tabela 2, estão apresentados as frequências dos resultados anatomopatológicos separados por grupos.

TABELA 2 – FREQUÊNCIAS DOS RESULTADOS ANATOMOPATOLÓGICOS SEPARADOS POR GRUPOS.

Resultado anatomopatológico	60-79 anos (n=135)		≥80 anos (n=77)	
	Sim n (%)	Não n (%)	Sim n (%)	Não n (%)
Adenocarcinoma	14 (10,4%)	121 (89,6%)	7 (9,1%)	70 (90,9%)
Adenoma	32 (23,7%)	103 (76,3%)	19 (24,7%)	58 (75,3%)
Pólipo Hipoplásico	24 (17,8%)	111 (82,2%)	5 (6,5%)	72 (93,5%)

Ao correlacionar as principais indicações de colonoscopia com os resultados anatomopatológicos, não houve significância estatística.

No que diz respeito as complicações durante a colonoscopia, nenhum dos indivíduos de ambos os grupos apresentou algum tipo de complicações antes, durante ou depois do exame.

A incidência de adenocarcinoma após análise ana-

tomopatológica foi de 14 (10,4%) dentro dos 135 pacientes com 60 a 79 anos e de 7 (9,1%) dentro do grupo com 80 anos ou mais.

Em ambos os grupos analisados, não houve associação entre CCR tanto em relação tabagismo quanto ao etilismo.

Na análise de associação entre comorbidades e os resultados da colonoscopia para o grupo 60-79 anos, 78,1% dos idosos que não tinham pólipos na colonoscopia, possuem anemia ($p=0,021$). Outra associação encontrada foi entre a análise anatomopatológica e anemia, onde 92,9% dos idosos do grupo 60-79 anos que tem adenocarcinoma, também possuem anemia ($p=0,032$) (Tabela 3).

Já para o grupo 80 anos ou mais, 92,3% dos idosos que tinham hemorroidas no laudo de suas colonoscopias, possuíam também hipertensão arterial sistêmica ($p=0,025$). Houve significância estatística entre lesão sugestiva de neoplasia na colonoscopia e diabetes, sendo que 75% dos indivíduos que possuem esse laudo, também apresentam diabetes ($p=0,012$). O que é confirmado com a associação entre a análise anatomopatológica e diabetes, onde 85,7% dos idosos que possuem adenocarcinoma possuem também diabetes ($p=0,004$) (Tabela 3).

TABELA 3 – RELAÇÃO ENTRE DIABETES E ANEMIA COM CRR.

Grupo 60-79 anos	Câncer		p-valor	
	Não n (%)	Sim n (%)		
Diabetes	Não	74 (61,2%)	8 (57,1%)	0,492
	Sim	47 (38,8%)	6 (42,9%)	
Anemia	Não	41 (33,9%)	1 (7,1%)	0,032*
	Sim	80 (66,1%)	13 (92,9%)	
Grupo 80 anos ou mais	Câncer		p-valor	
	Não n (%)	Sim n (%)		
Diabetes	Não	51 (72,9%)	1 (14,3%)	0,004*
	Sim	19 (27,1%)	6 (85,7%)	
Anemia	Não	17 (24,3%)	1 (14,3%)	0,479
	Sim	53 (75,7%)	6 (85,7%)	

DISCUSSÃO

O presente estudo evidenciou a manutenção da prevalência de CCR na população 60-79 anos e 80 anos ou mais sugerindo que a idade não foi um fator de risco para os pacientes com idade avançada, apesar de Siegel et al ter mostrado dados diferentes na população americana em dois estudos em anos diferentes analisados. A prevalência de CCR tanto nos indivíduos entre 60-79 anos quanto nos pacientes com 80 anos ou mais foi em torno de 10%, ou seja, 30 pacientes a cada 1000 indivíduos por ano. Um valor maior do que dados rela-

tados previamente na literatura que mostrava um valor de 0,24 a cada 1000 indivíduos acima de 75 anos, no entanto, esses dados são referentes às colonoscopias realizadas com o objetivo de rastreio diferente do presente estudo. ⁽¹⁰⁾⁽¹⁾⁽⁸⁾

Com relação às principais indicações de colonoscopia, as mais comuns foram anemia e sangramento. Porém, ao analisar os dados observou-se que apenas a anemia está relacionada com o CCR. Dados que corroboram Baker et al., no qual exames de colonoscopia realizados por indicação da presença de anemia, constatou CCR. ⁽¹¹⁾

Um dado que se mostrou interessante foi a relação entre pacientes que não possuíam pólipos e mesmo assim eram anêmicos, indo contra a associação entre anemia e pólipos colorretais. A anemia, portanto, provavelmente possui outra origem que não a presença de pólipos. ⁽¹²⁾

A associação entre elitismo e CCR não foi confirmada neste estudo uma vez que a maioria dos pacientes com adenocarcinoma não eram etilistas e nem tabagista dados contrários aos presentes na literatura. ⁽³⁾

O estudo não mostrou relação entre obesidade e CCR, visto que a maioria dos pacientes eram eutróficos ou apresentavam sobrepeso. Diferente da clara associação descrita entre obesidade (IMC \geq 25 kg/m) e CCR na literatura. ⁽¹³⁾

A diabetes não foi prevalente entre as comorbidades analisadas no estudo, no entanto, houve uma relação significativa entre diabetes e CCR, evidenciando um aumento no risco de lesão pré cancerígena e o próprio CCR. ⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾. Pode ser aventada a hipótese de relação a um estado inflamatório crônico desenvolvido com o DM e o surgimento de CCR na população mais

idosa. Além disso, mais estudos são necessários para avaliar a possível relação entre o uso de metformina e risco de câncer colorretal. Deve ser levado em consideração o número de fatores de risco comuns entre CCR e diabetes. ⁽¹⁵⁾⁽¹⁴⁾

Outro dado que deve ser notado é a ausência de informações com relação à história familiar presente mesmo sendo uma informação de grande relevância durante a investigação de câncer colorretal por ser importante fator de risco para neoplasia colorretal. ⁽⁴⁾

O presente estudo teve algumas limitações como falta de dados com relação a historia familiar no prontuário além de ter sido um estudo realizado em centro único. Também tivemos um viés de que as colonoscopias não foram realizadas por rastreio e sim por algum sintoma, para investigação. Teve vantagem por analisar uma população específica, com idade avançada e naturalmente com mais comorbidades.

CONCLUSÃO

A idade dos dois grupos, idosos (60-79 anos) e muito idosos (80 anos ou mais), não se mostrou como um fator de risco para o aumento da incidência de carcinoma colorretal como era esperado, uma vez que a idade é um fator de risco para o desenvolvimento do CCR. O estudo não foi encontrada relação entre a indicação inicial e o desfecho após a colonoscopia.

A relação entre CCR e diabetes evidenciada no estudo nos leva a questionar se não deveria ser considerada como fator de risco independente ao desenvolvimento da neoplasia principalmente na população mais jovem.

Caum LC, Martins AGM, Menezes FR, Lira CG, Gonçalves OHB. Correlation between the indication of colonoscopy, comorbidities and colorretal cancer in the elderly and very elderly patient. *Rev. Méd. Paraná*, Curitiba, 2020;78(2):65-69.

ABSTRACT - OBJECTIVE: The objective of the study is to verify the association between the indication of colonoscopy and the presence of cancer in the anatomopathological analysis and the association between comorbidities and colorectal cancer. METHODS: This is a descriptive cross-sectional epidemiological study in which all colonoscopies completed in elderly patients admitted to a specialized hospital were. The sample of 212 patients was divided into two groups based on age: 60-79 years with 135 individuals, the other group 80 years or older with 77 individuals. RESULTS: In the group 60-79 years there was an incidence of colorectal cancer in 9%, while in the group 80 years or more it was 10%. There is an association between diabetes and colorectal cancer ($p=0,004$). CONCLUSION: Individuals with adenocarcinoma are more likely to have anemia. Diabetes mellitus is a common disease that may be associated with colorectal cancer, that could suggest a new risk factor.

KEYWORDS - Colorectal cancer, colonoscopy, health of the elderly, aged 80 years and over.

REFERÊNCIAS

1. Siegel RL, Miller KD, Fedewa SA, Ahnen DJ, Meester RGS, Barzi A, et al. Colorectal cancer statistics, 2017. *CA Cancer J Clin.* 2017;67(3):177–93.
2. Santos M de O. Estimativa 2018: Incidência de Câncer no Brasil. *Rev Bras Cancerol.* 2018;64(1):119–20.
3. Johnson CM, Wei C, Ensor JE, Smolenski DJ, Amos CI, Levin B, et al. Meta-Analyses of colorectal cancer risk factors. *Cancer Causes Control.* 2013;24(6):1207–22.
4. Dekker E, Tanis PJ, Vleugels JLA, Kasi PM, Wallace MB. Colorectal cancer. *Lancet [Internet].* 2019;394(10207):1467–80. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32319-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32319-0)
5. Fisher DA, Maple JT, Ben-Menachem T, Cash BD, Decker GA, Early DS, et al. Complications of colonoscopy. *Gastrointest Endosc.* 2011;74(4):745–52.
6. Triantafyllidis JK, Vagianos C, Malgarinos G. Colonoscopy in Colorectal Cancer Screening: Current Aspects. *Indian J Surg Oncol.* 2015;6(3):237–50.
7. Tinmouth J, Kennedy EB, Baron D, Burke M, Feinberg S, Gould M, et al. Colonoscopy quality assurance in Ontario: Systematic review and clinical practice guideline. *Can J Gastroenterol Hepatol.* 2014;28(5):251–74.
8. Siegel RL, Miller KD, Goding Sauer A, Fedewa SA, Butterly LF, Anderson JC, et al. Colorectal cancer statistics, 2020. *CA Cancer J Clin.* 2020;70(3):145–64.
9. BRASIL., Ministério da Saúde. Rastreamento 29 29. Vol. 29. 2010. 95 p.
10. Tran AH, Man Ngor EW, Wu BU. Surveillance colonoscopy in elderly patients: A retrospective cohort study. *JAMA Intern Med.* 2014;174(10):1675–82.
11. Abu Baker F, Z'cruz De La Garza JA, Mari A, Zeina A-R, Bishara A, Gal O, et al. Colorectal Cancer and Polyps in Diverticulosis Patients: A 10-Year Retrospective Study in 13680 Patients. *Gastroenterol Res Pract [Internet].* 2019;2019:2507848. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31871446> [Ahttp://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC6913345](http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC6913345)
12. Woalder. Colonoscopy Identifies Increased Prevalence of Large Polyps or Tumors in Patients 40–49 Years Old with Hematochezia vs Other Gastrointestinal Indications *Physiol Behav.* 2017;176(1):139–48.
13. Soltani G, Poursheikhani A, Yassi M, Hayatbakhsh A, Kerachian M, Kerachian MA. Obesity, diabetes and the risk of colorectal adenoma and cancer. *BMC Endocr Disord.* 2019;19(1):1–10.
14. Ma Y, Yang W, Song M, Smith-Warner SA, Yang J, Li Y, et al. Type 2 diabetes and risk of colorectal cancer in two large U.S. prospective cohorts. *Br J Cancer [Internet].* 2018;119(11):1436–42. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/s41416-018-0314-4>
15. MAURÍCIO JML. Diabetes Mellitus Tipo 2 E Carcinoma Colorretal. 2014;47.