



ARTIGO ORIGINAL

**ANÁLISE COMPARATIVA DAS INDICAÇÕES E ACHADOS COLONOSCÓPICOS EM
PACIENTES MENORES E MAIORES DE 50 ANOS****COMPARATIVE ANALYSIS OF INDICATIONS AND FINDINGS COLONOSCOPY IN
PATIENTS YOUNGER AND OLDER THAN 50 YEARS**

Débora Creuz¹
Humberto Fenner Lyra Junior²
Daniella Serafin Couto Viera³
João Carlos Costa de Oliveira⁴
José Mauro dos Santos⁵

RESUMO

As neoplasias colorretais (pólipos e câncer) são na maioria das vezes diagnosticadas e em algumas ocasiões ressecadas endoscopicamente, fato que mostra claramente a importância da detecção precoce através de programas de rastreamento adequados que são capazes de mudar o prognóstico da doença. O objetivo do presente estudo se baseia em analisar as indicações e os achados de exames colonoscópicos realizados pelo Serviço de Coloproctologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Estudo transversal que avaliou 1271 prontuários de pacientes submetidos à colonoscopia entre os anos de 2003 à 2014 no HU-UFSC. Dados foram obtidos através da aplicação de instrumento de coleta de dados elaborado pelo autor. Foram excluídos pacientes com impossibilidade de acesso aos laudos anatomopatológicos. Os resultados foram avaliados descritivamente e após, foram utilizados testes de associação. O sexo masculino representou 69,3% dos participantes, 63,49% com a idade superior a 50 anos, a alteração do hábito intestinal representou 15,8% das indicações, e os pólipos 33,1% dos achados colonoscópicos. 17,2% dos pólipos apresentavam tamanho entre 0-0,5cm, e 8,4% estavam no sigmoide. A hemorragia digestiva baixa (HDB) apresentou maior prevalência em pacientes menores de 50 anos com 20,58%, e a alteração do hábito intestinal nos pacientes maiores de 50 anos com 16,9%. O pólipos adenomatoso tubular representou 9,5% das neoplasias. A prevalência de neoplasias foi maior nos pacientes sintomáticos com idade superior a 50 anos.

Descritores: Colonoscopia. Screening. Neoplasia colorretal. Câncer colorretal. Pólipos colônicos.

ABSTRACT

Colorrectal neoplasm (polyps and cancer), can evidently be detected and resected before its malignancy and spread, a fact expressly shows the importance of early detection through screening programs that are able to change the disease's prognosis. Analyze the indications and findings of colonoscopy performed by Unit of Coloproctology, University Hospital, Federal University of Santa Catarina. Cross-sectional study that evaluated medical records of 1271 patients who underwent colonoscopy between 2003 to 2014 at HU-UFSC. Data were obtained by applying a data collection

¹ Doutoranda do Curso Medicina – UNISUL

² Médico do Serviço de Coloproctologia e Professor da Disciplina de Proctologia HU-UFSC e da Disciplina do Aparelho Digestivo UNISUL – Mestre em Ciências Médicas UFSC

³ Médica Patologista e Professora da Disciplina de Patologia HU/UFSC – Mestre em Ciências Médicas UFSC

⁴ Médico do Serviço de Coloproctologia e Professor da Disciplina de Proctologia UFSC – HU/UFSC – Mestre e Doutor em Ciências Médicas UFSC

⁵ Médico Serviço de Coloproctologia HU/UFSC e Professor da Disciplina de Proctologia UFSC – Doutor em Medicina UNIFESP



instrument developed by the authors. Patients with inaccessibility of pathological reports were excluded. Data were analyzed descriptively and after tests of association were used. Males represented 69,3%, 63,49% age over 50 years, change in intestinal habit represented 15,8% and polyps was 33,1% found colonoscopies. 17,2% of polyps had size between 0-0,5cm and 8,4% were localized on sigmoid. Lower gastrointestinal bleeding had higher prevalence in patients under 50 years with 20,58% and change in intestinal habit in patients older than 50 years with 16,9%. The tubular adenomatous polyp represented 9.5% of neoplasms. The prevalence of neoplasm was higher in symptomatic patients older than 50 years.

Keywords: Colonoscopy. Screening. Colorectal neoplasm. Colorectal câncer. Colonic polyps.

INTRODUÇÃO

O câncer colorretal (CCR) é uma das principais causas de morbidade e mortalidade em países como: Brasil, Estados Unidos e, também no continente Europeu ao longo dos últimos anos¹. Segundo a estimativa do Instituto Nacional do Câncer – INCA, do Ministério da Saúde, no ano de 2014, o CCR representou o segundo tipo de câncer com maior incidência no sexo feminino e terceiro no sexo masculino, excetuando-se os cânceres de pele não melanoma². Vários fatores influenciam e são considerados importantes na etiopatogenia do CCR, tais como: idade, dieta, álcool, tabaco, história familiar de neoplasia, doença inflamatória intestinal, entre outros¹. Já está estabelecido pela literatura ser a colonoscopia o exame com maior sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de doenças colorretais, sendo então, considerada padrão-ouro na avaliação de alterações da mucosa³⁻⁵. Como também é um importante instrumento terapêutico, que permite as ressecções de lesões neoplásicas⁶⁻⁸ contribuindo consideravelmente para a prevenção do CCR⁹⁻¹³.

MÉTODOS

Estudo transversal, observacional, realizado no Serviço de Coloproctologia HU-UFSC e no Serviço de Anatomia Patológica HU-UFSC. Pacientes submetidos aos exames colonoscópicos pelo Serviço de Coloproctologia, provenientes do ambulatório de coloproctologia do HU-UFSC, dos postos de saúde da rede pública, e da secretaria estadual da saúde, examinados entre janeiro de 2003 e fevereiro de 2014, formaram a amostra do presente estudo. Pacientes cujo realizaram o exame por seguimento pós-operatório de neoplasia, com história prévia de radioterapia, portadores de síndromes polipoides intestinais, doenças inflamatórias intestinais, ou mesmo a impossibilidade de acesso aos prontuários, compuseram os critérios de exclusão da pesquisa. Todos os procedimentos foram aprovados pelo comitê de ética e pesquisa da Universidade do Sul de Santa Catarina. O banco de dados foi elaborado no software Excel, e depois exportado para o programa SPSS 20.0. A análise descritiva constou da apresentação de frequências absolutas e relativas. Na análise bivariada foi utilizada a regressão logística para cálculo dos OR e os respectivos IC95%, além da utilização do teste qui-quadrado para testar a homogeneidade das proporções.



RESULTADOS

Foram analisados 1271 laudos de exames realizados no período de estudo sendo 619 excluídos, totalizando 652 incluídos para estudo onde 238 eram pacientes menores de 50 anos e 414 maiores que 50 anos. (Figura 1)

O sexo masculino (58,43%) apresentou maior prevalência, quando comparado ao sexo feminino (41,5%) (Figura2), sendo, a maioria acima de 50 anos (63,49%) (Tabela 1). Dentre as indicações para o exame, a alteração do hábito intestinal obteve maior prevalência (15,8%), seguida pela hemorragia digestiva baixa (15,2%) (Tabela 2).

Houve uma prevalência de 33,1% de pólipos (neoplásicos e não neoplásicos), seguido por doença diverticular (18,4%), tumores (4,8%) e, doença inflamatória intestinal (2,6%). Dentre os achados neoplásicos, o mais prevalente foi o pólipos adenomatoso tubular (9,5%), seguido do pólipos hiperplásico (6,28%) (Tabela 3) e a maioria dos cânceres se localizavam em sigmoide (8,4%) e reto (8,1%). Grande parte dos pólipos identificados apresentaram tamanho menor 0,5cm de diâmetro (17,2%) (Tabela 4). Na comparação entre indicação e faixa etária, a hemorragia digestiva baixa apresentou maior prevalência nos pacientes com menos de 50 anos (20,58%) e a alteração do hábito intestinal naqueles pacientes com mais de 50 anos (16,9%) (Tabela 5).

A maioria das neoplasias foram observadas na população maior de 50 anos. O pólipos adenomatoso tubular apresentou maior prevalência entre os achados neoplásicos em ambos os grupos etários (9,5%), sendo que, em pacientes maiores de 50 anos sua prevalência foi significativamente maior (12,1%). Em segundo lugar ficaram os pólipos hiperplásicos (6,3%), também apresentando maior prevalência entre pacientes com mais de 50 anos (7,0%) (Tabela 6). Os achados colonoscópicos avaliados separadamente de acordo com a faixa etária, mostram maior prevalência de doença diverticular (22,1%) e neoplasias (44,7%) na população maior de 50 anos (Figura 2). A ausência de alterações da mucosa ao exame (50%) assim como a doença inflamatória intestinal (3,8%) está mais presente na população menor de 50 anos. O pólipos adenomatoso tubular se apresentou como o achado mais comum entre os pacientes maiores de 50 anos (39%), enquanto que entre os pacientes menores de 50 anos, este achado apresentou-se com prevalência semelhante ao pólipos hiperplásico (27%). O pólipos hiperplásico foi o segundo tipo de pólipos mais prevalente nos pacientes maiores de 50 anos (22%). Em pacientes menores de 50 anos, o câncer foi o terceiro achado neoplásico mais presente (25%), alteração que se apresentou em quarto lugar entre os pacientes maiores de 50 anos (15%). O segmento do cólon sigmoide apresentou maior prevalência na ocorrência de neoplasias nos pacientes maiores de 50 anos (9,9%). Entre os pacientes menores de 50 anos, o reto foi o local de maior prevalência de neoplasias (9,2%) (Tabela 7). Todos os tipos histológicos de neoplasias apresentaram-se mais prevalentes nos pacientes com idade superior a 50 anos (Tabela 8).



DISCUSSÃO

No presente estudo ressalta-se o número de exames executados, como também, o grande período analisado. Porém, houve limitações, como a impossibilidade de acesso aos laudos anatomopatológicos dos pacientes entre os anos de 2003 e 2009, bem como pacientes que optaram por realizar suas biópsias em outras instituições, fato que reduziu o número de pacientes elegíveis para comparação. Em estudo de Barret *et al*⁸ sobre os fatores associados a detecção de adenomas e diagnóstico de pólipos e câncer colorretal durante a colonoscopia, a prevalência do sexo masculino foi de 74,9% dos participantes. Ao avaliar a faixa etária, verificamos maior prevalência de pacientes com idade igual ou superior a 50 anos, tal resultado é considerado superior quando comparado aos dados encontrados na literatura. O mesmo trabalho de Barret *et al*⁸ chegou a um valor superior a 70% dos pacientes com mais de 55 anos, porém, Freitas *et al*, obteve uma população de 54,2% com menos de 50 anos, valor que difere dos dados encontrados nesta pesquisa¹⁴. Quando avaliadas as indicações para realização da colonoscopia, foi observado a HDB como a indicação de maior prevalência sendo aqui considerados: enterorragia, hematoquezia, melena e sangramento retal. Resultado semelhante ao publicado por Rêgo *et al* que avaliou o câncer colorretal em pacientes jovens¹⁵. Seu estudo compreendeu 505 participantes, e verificou a HDB como indicação mais prevalente em ambos os grupos etários, sendo responsável ao todo por 78,27% dos casos. A alteração do hábito intestinal foi a segunda indicação com maior prevalência, e igualmente esteve mais presente entre os pacientes maiores de 50 anos. Carneiro Neto *et al* verificou a mesma indicação com 63,6% dos seus pacientes¹⁶, e 75% no estudo de Saad-Hossne *et al*.¹⁷ Diferentemente dos dados encontrados na presente pesquisa, Freitas *et al* avaliaram 683 pacientes submetidos à colonoscopia, e apenas 6,8% dos casos apresentaram alteração do hábito intestinal como indicação¹⁴. Associando os achados neoplásicos com a faixa etária dos pacientes, tanto em pacientes sintomáticos quanto pacientes assintomáticos, foi possível constatar que todas as neoplasias, incluindo o câncer, apresentaram maiores prevalência nos pacientes com idade mais avançada, corroborando com a literatura^{18,19}. Muitos pacientes com neoplasias não realizaram o exame anatomopatológico na instituição, fato que limitou a avaliação e descrição dos achados. Os pólipos sem biópsia foram descritos como “não especificados” e também foram mais prevalentes nas populações com idade superior a 50 anos. Ao avaliar o tipo histológico das neoplasias, o pólipo adenomatoso tubular apresentou percentual de 9,5%, sendo o mais prevalente em ambos grupos etários. O mesmo dado foi encontrado por outros autores, Freitas *et al* em seu estudo, concluiu sobre a importância de um diagnóstico precoce na prevenção do CCR pela realização da polipectomias¹⁴.

A neoplasia com maior grau de diferenciação, o câncer invasivo, apareceu em terceiro entre os 652 pacientes examinados, com 4,8% dos casos. Como em todas as neoplasias, esteve mais presente no grupo etário maior de 50 anos. A literatura apresenta uma gama de estudos sobre pacientes com o



diagnóstico já confirmado de CCR e seus aspectos clínicos e patológicos, ou sobre os pólipos colorretais e seus subtipos histológicos. Porém, a quantificação da prevalência de todos os tipos de neoplasias que podem estar presentes no trato gastrointestinal inferior é pouco abordada entre os estudos na literatura, fato que dificulta a análise comparativa, mas também abre caminhos para novas pesquisas. Em nosso estudo a comparação dos achados neoplásicos com a faixa etária dos pacientes sintomáticos apresentou significância estatística para indicação da colonoscopia com valor de $p < 0,001$. A localização das neoplasias também mostrou apenas uma discreta diferença entre a prevalência de neoplasias no sigmoide e reto, sendo 8,4% dos casos encontravam-se no primeiro e, 8,1% encontravam-se no segundo segmento respectivamente. Já está estabelecido a importância do diagnóstico precoce para um melhor prognóstico dos pacientes portadores de CCR. O mesmo só é possível com a realização de programas de rastreamento efetivos, e para isso, diversos estudos vem questionando a necessidade de mudança nos protocolos de realização da colonoscopia aos 50 anos. Pesquisas futuras são necessárias para determinar a idade ideal de início dos programas de rastreamento na população com risco geral tendo em vista o aumento crescente da incidência de neoplasias colorretais em jovens.

CONCLUSÃO

Observa-se predomínio do sexo masculino entre os pacientes encaminhados a realizar colonoscopia, sendo a maioria com idade superior a 50 anos. A hemorragia digestiva baixa (HDB) representou a indicação mais comum para realização do exame em pacientes menores de 50 anos, já para os maiores de 50 anos, a indicação mais encontrada foi alteração do hábito intestinal. A prevalência de neoplasias colorretais em pacientes com menos de 50 anos foi de 25,9%, e nos pacientes com mais de 50 anos foi de 44,7%. O pólipos adenomatoso tubular foi a neoplasia mais encontrada em ambos grupos etários, apresentando prevalência significativamente maior em pacientes com idade superior a 50 anos.



REFERÊNCIAS

- 1- Santos JR, JCM. Câncer Ano-Reto-Cólico: Aspectos Atuais II – Câncer Colorretal – Fatores de riscos e prevenção. *Rev bras Coloproct*, 2007;27(4): 459-73.
- 2- Instituto Nacional do Câncer (Brasil). Registro hospitalar de câncer: dados das unidades hospitalares do INCA: relatório anual 2011. Rio de Janeiro: INCA, 2014.
- 3- Kollings FT, Crispin A, Munte A, Wagner A, Mansmann U, Goke B. Risk of advanced colorectal neoplasia according to age and gender. *PLoS ONE*. 2011;6(5):1-8.
- 4- Rostirolla RA, Pereira-Lima JC, Teixeira CR, Schuch AW, Perazzoli C, Saul C. Desenvolvimento de neoplasias/adenomas avançados colorretais no seguimento a longo prazo de pacientes submetidos a colonoscopia com polipectomia. *Arq Gastroenterol*. 2009;46(3): 167-72.
- 5- Mehran A, Jaffe P, Efron J, Vernavay A, Liberman A. Screening colonoscopy in the asymptomatic 50-to-59-year-old population. *Surg Endosc*. 2003; 17:1974-77.
- 6- Pohl H, Robertson JD. Colorectal cancers detected after colonoscopy frequently result from missed lesions. *CGH*. 2010; 8:858-64.
- 7- Lyra Júnior HF, Bonardi MA, Schiochet VJC, et al. Importância da Colonoscopia no Rastreamento de pólipos e câncer colorretal em pacientes portadores de pólipos retais. *Rev Bras Coloproct*. 2005; 25(3): 226-34.
- 8- Barret M, Boustiere C, Canard J, Arpurt J, Bernardini D, et al. Factors associated with adenoma detection rate and diagnosis of polyps and colorectal cancer during colonoscopy in France: Results of a prospective nationwide survey. *PLoS ONE*. 2013; 8(7): 1-7.
- 9- Dennis R, Tou S, Miller R. Colorectal cancer: prevention and early diagnosis. *Medicine*. 2001;39(5):243-9.
- 10- Wu Z-J, Lin Y, Xiao J, Wu L-C, Liu J-G. Clinical Significance of Colonoscopy in Patients with Upper Gastrointestinal Polyps and Neoplasms: A Meta- Analysis. *PLoS ONE*. 2014; 9(3): 1-8.
- 11- Santos JM, Felício F, Lyra Junior HF, Martins MRC, Cardoso FB. Análise dos pólipos colorretais em 3.491 videocolonoscopias. *Rev Bras Coloproct*. 2008;28(3):299-305.
- 12- Lam TJ, Wong BCY, Mulder CJJ, Peña AS, Hui WM, Lam SK, Chan AOO. Increasing prevalence of advanced colonic polyps in young patients undergoing colonoscopy in a referral academic hospital in Hong Kong. *World J Gastroenterol*. 2007;13(28):3873-7.
- 13- Adelstein BA, Macaskill P, Turner RM, Katelaris PH, Irwig L. The value of age and medical history for predicting colorectal cancer and adenomas in people referred for colonoscopy. *BCM Gastroenterology*. 2011;11(5):95-9.
- 14- Freitas CD, Sartor MC, Correa MFM, et al. Appropriateness of colonoscopy indication for colorectal neoplasm detection in patients under 50 years old with hematochezia. *J Coloproct*. 2012; 32(1):40-9.
- 15- Rêgo AGS, Borges ICV, Valença RJV, Teles JBM, Pinto LSS. Câncer colorretal em pacientes jovens. *Rev Bras Cancerol*. 2012;58(2):173-180.
- 16- Carneiro Neto JD, Barreto JBP, Freitas NS, Queiroz MA. Câncer colorretal: Características clínicas e anatomopatológicas em pacientes com idade inferior a 40 anos. *Rev bras Coloproct*. 2006;26(4): 430-35.
- 17- Saad-Hossne R, Prado RG, Bakonyi Neto A, et al. Estudo retrospectivo de pacientes portadores de câncer colorretal atendidos na Faculdade de Medicina de Botucatu no período de 2000-2003. *Rev bras Coloproct*. 2005;25(1):31-37.
- 18- Aswakul P, Prachayakul V, Lohsiriwat V, Bunyaarunnate T, Kachintorn U. Screening colonoscopy from a large single center of Thailand – Something needs to be changed? *Asian Pacific J Cancer Prev*. 2012;13:1361-4.
- 19- Mansouri D, McMillan DC, Grant Y, Crighton EM, Horgan PG. The Impact of Age, Sex and Socioeconomic Deprivation on Outcomes in a Colorectal Cancer Screening Programme. *PLoS ONE*. 2013; 8(6): 1-9.

**Tabela 1.** Distribuição quanto a faixa etária.

| Variáveis | N | % |
|---------------------|-----|-------|
| Faixa Etária | | |
| 20 – 30 anos | 57 | 8,74 |
| 31 – 40 anos | 62 | 9,50 |
| 41 – 50 anos | 119 | 18,25 |
| 51 – 60 anos | 184 | 28,22 |
| 61 – 70 anos | 145 | 22,23 |
| >70 anos | 85 | 13,03 |

Fonte: Elaboração do Autor, 2014.

Tabela 2. Indicações para a Realização da Colonoscopia.

| Variáveis | n | % |
|--------------------------------|-----|------|
| Indicação | | |
| Outros | 115 | 17,6 |
| Alteração do hábito intestinal | 103 | 15,8 |
| HDB* | 99 | 15,2 |
| Dor abdominal | 64 | 9,8 |
| Seguimento pós polipectomia | 55 | 8,4 |
| Screening | 45 | 6,9 |
| HF CCR ‡ | 36 | 5,5 |
| Anemia | 27 | 4,1 |
| Sangue oculto positivo | 23 | 3,5 |
| Emagrecimento | 23 | 3,5 |
| DII § | 23 | 3,5 |
| Massa pélvica/abdominal | 11 | 1,7 |
| Enterorragia | 8 | 1,2 |
| Fístula | 6 | 0,9 |
| Sangramento retal | 4 | 0,6 |
| Diarréia | 3 | 0,5 |
| Constipação | 3 | 0,5 |
| Aumento do CEA † | 2 | 0,3 |
| Hematoquezia | 1 | 0,2 |
| Melena | 1 | 0,2 |
| Total | 652 | 100 |

* Hemorragia digestiva baixa; † Antígeno carcinoembrionário; ‡ História familiar de câncer colorretal;

§ Doença inflamatória intestinal;

Fonte: Elaboração do Autor, 2014.

**Tabela 3.** Achados à Colonoscopia.

| Variáveis | n | % |
|----------------------------------|-----|------|
| Achados | | |
| Normal | 214 | 32,8 |
| Doença diverticular | 120 | 18,4 |
| Pólipo não especificado | 73 | 11,2 |
| Pólipo adenomatoso tubular | 62 | 9,5 |
| Pólipo hiperplásico | 41 | 6,3 |
| Pólipo adenomatoso túbulo viloso | 34 | 5,2 |
| Câncer | 31 | 4,8 |
| Retocolite ulcerativa | 14 | 2,1 |
| Proctite | 11 | 1,7 |
| Melanose | 9 | 1,4 |
| Ileite | 8 | 1,2 |
| Angiodisplasia | 7 | 1,1 |
| Pólipo adenomatoso viloso | 6 | 0,9 |
| Lipoma | 5 | 0,8 |
| Doença de crohn | 3 | 0,5 |
| Outros | 13 | 2,0 |

Fonte: Elaboração do Autor, 2014.

Tabela 4. Tamanho dos pólipos encontrados à colonoscopia.

| Variáveis | n | % |
|----------------------------|-----|------|
| Tamanho dos pólipos | | |
| 0-0,5cm | 112 | 17,2 |
| ≥0,5 - ≤ 1,0cm | 36 | 5,5 |
| >1,0 - 1,5cm | 5 | 0,8 |
| ≥1,5 - < 2,0cm | 2 | 0,3 |
| ≥2,0cm | 3 | 0,5 |

Fonte: Elaboração do Autor, 2014.

**Tabela 5.** Relação entre indicação para colonoscopia e faixa etária

| Variáveis | Idade | | | Valor de p | OR (IC95%) |
|--------------------------------|-----------|-----------|------------|------------|-------------------|
| | <50a | >50a | Total | | |
| | n (%) | n (%) | n (%) | | |
| Indicações | | | | 0,008 | |
| HDB | 49(20,58) | 64(15,45) | 113(17,33) | | 1,11 (0,65-1,87) |
| Alteração do hábito intestinal | 39(16,38) | 70(16,9) | 109(16,71) | | 0,81 (0,47-1,38) |
| Dor abdominal | 28(11,8) | 36(8,7) | 64(9,8) | | 1,13 (0,61-2,09) |
| Seguimento pós polipectomia | 13(5,5) | 42(10,1) | 55(8,4) | | 0,45 (0,22-0,92) |
| Screening | 10(4,2) | 35(8,5) | 45(6,9) | | 0,41 (0,19-0,92) |
| HF CCR | 14(5,9) | 22(5,3) | 36(5,5) | | 0,92 (0,43-1,98) |
| Anemia | 5(2,1) | 22(5,3) | 27(4,1) | | 0,33 (0,12-0,93) |
| DII | 13(5,5) | 10(2,4) | 23(3,5) | | 1,88 (0,76-4,65) |
| Emagrecimento | 7(2,9) | 16(3,9) | 23(3,5) | | 0,63 (0,24-1,66) |
| Sangue oculto positivo | 2(8,0) | 21(5,1) | 23(3,5) | | 0,14 (0,03-0,62) |
| Massa pélvica/abdominal | 6(2,5) | 5(1,2) | 11(1,7) | | 1,74 (0,5-6,02) |
| Fistula | 4(1,7) | 2(0,5) | 6(0,9) | | 2,89 (0,51-16,45) |
| Aumento do CEA | 1(0,4) | 1(0,2) | 2(0,3%) | | 1,45 (0,09-23,71) |
| Outros | 47(19,7) | 69(16,4) | 115(17,6) | | 1 |

Fonte: Elaboração do Autor, 2014.

Tabela 6. Prevalência dos achados colonoscópicos de acordo com a faixa etária

| Variáveis | Idade | | | Valor de p | OR (IC95%) |
|----------------------------------|-----------|----------|-----------|------------|------------------|
| | <50a | >50a | Total | | |
| | n (%) | n (%) | n (%) | | |
| Achados | | | | 0,0001 | |
| Normal (sem achado) | 119(50,0) | 95(22,9) | 214(32,8) | | 1 |
| Pólipo Não Especificado | 18(7,6) | 55(13,3) | 73(11,2) | | 0,33 (0,16-0,68) |
| Pólipo Adenomatoso Tubular | 12(5,0) | 50(12,1) | 62(9,5) | | 0,19 (0,09-0,38) |
| Pólipo Hiperplásico | 12(5,0) | 29(7,0) | 41(6,3) | | 0,21 (0,08-0,50) |
| Câncer | 11(4,6) | 20(4,8) | 31(4,8) | | 0,26 (0,14-0,47) |
| Pólipo Adenomatoso Tubulo-Viloso | 7(2,9) | 27(6,5) | 34(5,2) | | 0,43 (0,20-0,96) |
| Pólipo Adenomatoso Viloso | 2(0,8) | 4(1,0) | 6(0,9) | | 0,40 (0,07-2,23) |

Fonte: Elaboração do Autor, 2014.

**Tabela 7.** Prevalência da localização das neoplasias de acordo com a faixa etária.

| Variáveis | Idade | | | Valor de <i>p</i> | OR (IC95%) |
|-----------------------------------|---------|---------|---------|-------------------|-------------------|
| | <50a | >50a | Total | | |
| | n (%) | n (%) | n (%) | | |
| Localização das Neoplasias | | | | 0,045 | |
| Reto | 15(6,3) | 38(9,2) | 53(8,1) | | 1 |
| Sigmóide | 14(5,9) | 41(9,9) | 55(8,4) | | 0,86 (0,37-2,03) |
| Colon Transverso | 4(1,7) | 14(3,4) | 18(2,8) | | 0,72 (0,20-2,56) |
| Colon Descendente | 3(1,3) | 9(2,2) | 12(1,8) | | 0,84 (0,20-3,55) |
| Ceco | 1(0,4) | 10(2,4) | 11(1,7) | | 0,25 (0,03-2,15) |
| Colon Ascendente | 1(0,4) | 5(1,2) | 6(0,9) | | 0,51 (0,55-4,71) |
| Ileo Terminal | 1(0,4) | 2(0,5) | 3(0,5) | | 1,27 (0,11-15,03) |

Fonte: Elaboração do Autor, 2014.

Tabela 8. Prevalência da neoplasia de acordo com a faixa etária em pacientes sintomáticos

| Variáveis | Idade | | | Valor de <i>p</i> | OR (IC95%) |
|----------------------------------|----------|----------|-----------|-------------------|------------------|
| | <50a | >50a | Total | | |
| | n (%) | n (%) | n (%) | | |
| Achados Colonoscópicos | | | | 0,0001 | |
| Normal | 82(62,3) | 60(37,5) | 142(50,7) | | 1 |
| Pólipo adenomatoso túbulo-viloso | 9(7,5) | 30(18,8) | 39(13,9) | | 0,22(0,10-0,50) |
| Pólipo adenomatoso tubular | 7(5,8) | 26(16,3) | 33(11,8) | | 0,20(0,08-0,48) |
| Pólipo hiperplásico | 11(9,2) | 12(7,5) | 23(8,2) | | 0,67(0,27-1,62) |
| Pólipo adenomatoso serrilhado | 6(5,0) | 17(10,6) | 23(8,2) | | 0,26(0,09-0,69) |
| Câncer | 4(3,3) | 14(8,8) | 18(6,4) | | 0,21(0,06-0,67) |
| Pólipo adenomatoso viloso | 1(0,8) | 1(0,6) | 2(0,7) | | 0,73(0,04-11,93) |

Fonte: Elaboração do Autor, 2014.

Figura 1 – Fluxograma referente à amostra analisada

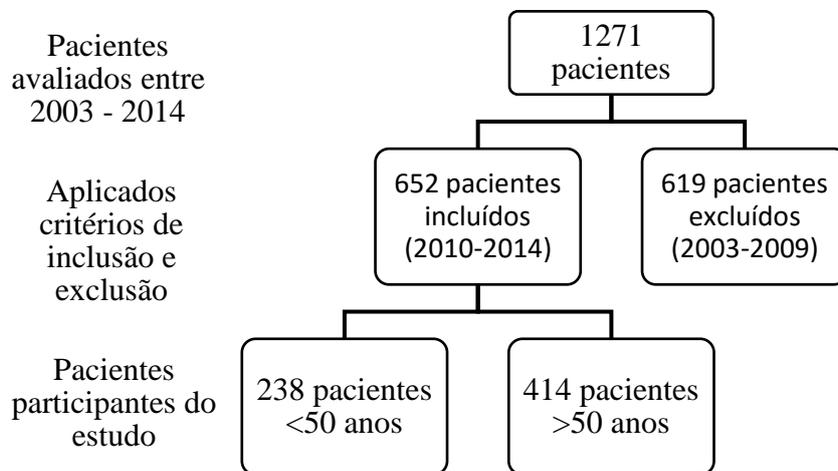


Figura 2 – Comparação de achados de acordo com a faixa etária

