

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM CÂNCER COLORRETAL

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PATIENTS WITH COLORECTAL CANCER

Carolina Kutscher **ULGUIM**¹, Odery **RAMOS-JUNIOR**², Plínio **GASPERIN-JUNIOR**², Susana Puga **RIBEIRO**², Jurandir Marcondes **RIBAS-FILHO**^{1,2}

REV. MÉD. PARANÁ/1616

Ulguim CK, Ramos-Junior O, Gasperin-Junior P, Ribeiro SP, Ribas-Filho JM. Perfil epidemiológico de pacientes com câncer colorretal. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2021;79(2):40-42.

RESUMO - O câncer colorretal é uma das neoplasias mais comuns em todo o mundo. O objetivo deste estudo foi identificar o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes com esse câncer submetidos ao tratamento cirúrgico. Trata-se de estudo transversal descritivo realizado de forma retrospectiva com revisão de prontuários no período de janeiro de 2015 a outubro de 2020. Em conclusão, a partir dos dados dos 5 anos analisados, foi possível estruturar o perfil epidemiológico dos pacientes com diagnóstico confirmado de neoplasia colorretal atendidos pelo serviço. Podendo-se, assim, conhecer as particularidades dos pacientes, para que seja oferecido um atendimento mais direcionado, impactando de forma positiva no prognóstico de cada um.

DESCRIPTORIOS - Câncer colorretal. Perfil epidemiológico. Retossigmoidectomia

INTRODUÇÃO

O câncer colorretal (CCR) é uma das neoplasias mais comuns em todo o mundo¹. No Brasil, em 2018, foi responsável por 19.603 mortes, ocupando o terceiro lugar em mortalidade por neoplasias. O Instituto Nacional do Câncer estimou, para o ano de 2020 20.540 novos casos em homens e 20.470 em mulheres¹⁴. É neoplasia que acomete o intestino grosso e/ou reto, sendo o cólon o local mais frequentemente atingido pelos tumores primários como adenomas e adenocarcinomas¹⁹. Surge a partir de alterações genéticas das células da mucosa colônica que acabam evoluindo para pólipos adenomatosos³. Pode ser dividido em dois principais tipos: o hereditário e o esporádico. O primeiro está relacionado ao acúmulo de mutações ao longo da vida e é o tipo mais prevalente⁸. As evidências apontam que esse tipo pode estar relacionado à dieta e ao sedentarismo como fatores de risco.

No momento do diagnóstico o paciente pode ser assintomático ou possuir sintomas associados ao crescimento local do tumor que irão variar de acordo com o tipo, diagnóstico, estágio, tratamento e características do indivíduo, como presença de comorbidades e variáveis biopsicossociais⁴.

O tratamento possui como base o tamanho, localização, extensão do tumor e o estado geral do paciente. Atualmente, as modalidades terapêuticas disponíveis consistem em operações curativas ou paliativas, quimioterapia e radioterapia, podendo serem usadas individualmente ou associadas²¹.

Este estudo teve como objetivo identificar o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes com câncer colorretal submetidos a tratamento cirúrgico em um hospital universitário.

MÉTODO

Estudo transversal descritivo realizado de forma retrospectiva com revisão de prontuários dos pacientes atendidos no Hospital Universitário Evangélico Mackenzie, Curitiba, PR, Brasil, no período de janeiro de 2015 a outubro de 2020.

Foram incluídos aqueles com câncer colorretal submetidos ao tratamento cirúrgico, independentemente do estadiamento. O critério de exclusão foi ausência de malignidade no anatomopatológico após a operação. Foram estudados 141 pacientes. As variáveis analisadas foram idade, gênero, raça, comorbidades, operações prévias, história familiar de câncer colorretal, tabagismo, etilismo, motivo para realização da operação (urgência ou eletiva), inventário da cavidade, laudo do anatomopatológico, colonoscopia, dosagem de antígeno carcinoembrionário (CEA), estadiamento com base em exames de imagem, complicações e desfecho.

Os dados coletados foram inseridos em formulário eletrônico Google Forms e posteriormente transferidos para planilha eletrônica. Após a coleta, as variáveis foram relacionadas com o desfecho com o intuito de análise do prognóstico e gravidade dos casos.

Análise estatística

Os resultados foram expressos por médias e desvios-padrão ou por frequências e percentuais. Os dados qualitativos foram apresentados segundo suas frequências absolutas e/ou percentuais sendo testadas as diferenças entre os pacientes com e sem metástase através dos testes exatos de Fisher ou qui-quadrado. Já as idades foram apresentadas por suas médias, desvios-padrão e valores mínimos e máximos. Na comparação entre pacientes com e sem metástase a idade foi testada para normalidade através do teste de D'Agostino-Pearson e as diferenças avaliadas pelo teste t de Student. As análises estatísticas foram efetuadas com os pacotes estatísticos Graphpad Prism, sendo considerado nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$).

RESULTADOS

Os dados do perfil epidemiológico dos 116 pacientes estão apresentados na Tabela 1, sendo que a idade mínima foi de 19 anos e a máxima de 87 anos.

TABELA 1 – DADOS EPIDEMIOLÓGICOS (N=116)

Variável		n	%
Sexo	Masculino	54	46,6
	Feminino	62	53,4
Idade	(medida em anos)	60,1±12,7	
Raça	Branco	108	93,1
	Negro	3	2,6
	Pardo	5	4,3
	HAS	58	50
Comorbidades	Diabete	21	18,1
	Pólipos intestinais	9	7,8
	Doença diverticular	9	7,8
	Obesidade	2	1,7
Ca cólon familiar		22	19
Tabagismo	Ex-Tabagista	20	17,2
	Não	80	69
	Sim	16	13,
Etilismo	Ex-etilista	20	17,2
	Não	80	69
	Sim	16	13,8
Tipo de operação	Hartmann	22	19
	Retossigmoidectomia/Colectomia com anastomose primária	94	81
	3	81	69,8
Estádio	4	35	30,2
	Metástase	Sim	35
Prosseguimento	Acompanhamento	98	84,5
	Óbito	17	14,7
Motivo da operação	Eletivo	51	44,
	Urgência (sangramento/oclusão)	65	56

Dos 35 pacientes (30,2%) que apresentaram metástase elas foram localizadas no fígado em 62,9% (n=22); pulmão em 20% (n=7); fígado e pulmão em 14,3% (n=5); e carcinomatose peritoneal em 2,9% (n=1).

Comparando-se os pacientes com metástase (n=35) e os pacientes sem (n=81) foi observado que somente a variável seguimento apresentou diferença significativa (p<0,05); os que apresentaram metástase foram mais a óbito (Tabela 2).

TABELA 2 – VALORES DE FREQUÊNCIAS PERCENTUAIS (MÉDIA±DESVIO-PADRÃO) DE DIFERENTES VARIÁVEIS QUE FORAM COMPARADAS EM RELAÇÃO À PRESENÇA OU NÃO DE METÁSTASE (N=116)

Variável	Sem meta (n=81)	Com meta (n=35)	P	
Sexo	Feminino/Masculino	55,6% 44,4%	48,6% 51,4%	0,546
	Idade	60,0±12,8	62,6±12,4	0,161
Raça	Branco	92,6%	94,3%	0,131
	Negro	1,2%	5,7%	
	Pardo	6,2%	0,0%	
	HAS	50,6%	48,6%	
Comorbidades	Diabete	16,0%	22,9%	>0,999
	Pólipos intestinais	9,9%	2,9%	0,434
	Doença diverticular	8,6%	5,7%	0,721
	Obesidade	1,2%	2,9%	0,514
CA cólon familiar	18,5%	20,0%	>0,999	
Tabagismo	Ex-tabagista	16,0%	20,0%	0,858
	Não	70,4%	65,7%	
	Sim	13,6%	14,3%	
Etilismo	Ex-etilista	7,4%	8,6%	0,861
	Não	88,9%	85,7%	
	Sim	3,7%	5,7%	
Tipo de operação	Hartmann	17,3%	22,9%	0,606
	Retossigmoidectomia / Colectomia com anastomose primária	82,7%	77,1%	
Seguimento	Acompanhamento	88,9%	74,3%	0,044
	Óbito	9,9%	25,7%	
Estádio	3	100,0%	0,0%	-
	4	0,0%	100,0%	
Motivo da operação	Eletivo	43,2%	45,7%	0,841
	Urgência (sangramento/oclusão)	56,8%	54,3%	

DISCUSSÃO

O carcinoma colorretal é o terceiro câncer mais comumente diagnosticado em homens e o segundo em mulheres, de acordo com o banco de dados Globocan da Organização Mundial de Saúde. Anualmente, cerca de 52.980 americanos morrem em decorrência desse tumor, sendo responsável por aproximadamente 8% de todas as mortes por câncer^{6,13,16,17}. A incidência em diferentes países é heterogênea, com valores que variam mais de 10 vezes. As taxas de incidência mais altas estão na Austrália, Nova Zelândia, Europa e América do Norte, e as mais baixas na África e Centro-Sul da Ásia. Essas diferenças geográficas parecem ser atribuíveis às diferenças nas exposições dietéticas e ambientais, baixo status socioeconômico e taxas mais baixas de triagem para CCR.

A idade é importante fator de risco para o CCR esporádico. Essa neoplasia é incomum antes dos 40 anos, com aumento significativo da incidência entre as idades de 40-50. Embora dados mais recentes do banco de dados de Vigilância, Epidemiologia e Resultados Finais (SEER) dos Estados Unidos e outros registros de câncer ocidentais sugiram que a incidência esteja aumentando no grupo de menores de 50 anos e diminuindo nos mais velhos^{7,10,12}; neste estudo observou-se que a média de idade continua acima de 50 anos. Esse aumento está sendo notado predominantemente por cânceres do lado esquerdo e do reto em particular. Mais de 86% dos diagnosticados com CCR com menos de 50 anos são sintomáticos, sugerindo que o aumento da incidência é real e não representativo de uma mudança na idade no diagnóstico atribuível à detecção precoce. Embora atualmente a American Cancer Society já indique início do rastreio com colonoscopia aos 45 anos, no Brasil o Caderno de Atenção Primária Rastreamento do Ministério da Saúde, recomenda o rastreamento a partir dos 50 anos. Essa diferença da idade de começo poderia estar relacionada com a diferença notada nesta amostra²².

A incidência de CCR é aproximadamente 25% maior em homens do que em mulheres nos Estados Unidos. Para o Brasil, estima-se para cada ano do triênio de 2020-2022, 20.520 casos em homens e 20.470 em mulheres. Ainda de acordo com o INCA, a estimativa para a população de Curitiba seria semelhante entre homens e mulheres. Neste estudo, notou-se que o número de mulheres acometidas superou o de homens em 6,8%. A porcentagem de casos quanto a etnia é aproximadamente 20% maior em negro do que em caucasianos americanos, dado difícil de ser avaliado neste estudo em razão da composição étnica da amostra e da população¹⁵.

A história familiar é fator de risco de importância já bem estabelecido, dado de metanálise que analisou 20 estudos incluindo história familiar de CCR em parente de primeiro grau (risco relativo [RR] 4,21, IC 95% 2,61-6,79). Nessa mesma publicação ainda se demonstrou que hiperlipidemia (RR 1,62, 95% CI 1,22-2,13), obesidade (RR 1,54, 95% CI 1,01-2,35) e alto consumo de álcool (RR 1,71, IC 95% 1,62-1,80) também são fatores de risco significativos²⁰. De nossos pacientes apenas 1,7% eram obesos e 69% negaram etilismo.

O diabetes melito está associado ao risco elevado de CCR. Metanálise de 14 estudos, incluindo 6 casos-controle e 8 coortes, concluiu que o risco entre diabéticos foi aproximadamente 38% maior (RR 1,38, IC 95% 1,26-1,51), e para câncer retal foi 20% maior (RR 1,20, IC 95% 1,09-1,31)^{5,23}. De acordo com os prontuários, 18,1% dos nossos pacientes eram diabéticos.

Em relação ao tabagismo, 31% se declaram tabagistas ou ex-tabagistas. O tabagismo tem sido associado ao aumento

tanto da incidência quanto da mortalidade por tumores de cólon e reto. Metanálise de 106 estudos observacionais estimou que o risco de desenvolver CCR foi aumentado entre tabagistas em comparação com aqueles que nunca fumaram (RR 1,18, IC 95% 1,11-1,25). O risco de morrer de CRC também aumentou entre os fumantes (RR 1,25, IC 95% 1,14-1,37)².

Estima-se que 20-25% dos pacientes com tumor colorretal apresentem metástases hepáticas sincrônicas ao diagnóstico, chegando a 50% dos casos durante a evolução da doença¹⁸. No guideline da Sociedade Japonesa para Câncer de Cólon e Reto, há o registro de que 10,9% dos pacientes com tumores colorretais apresentam metástase hepática, enquanto apenas 2,4% metástase pulmonar. Entre nossos pacientes metastáticos, 62,9% o fígado foi o único sítio da metástase, enquanto o pulmão foi o único órgão acometido em 20%. Além disso, 14,3% dos metastáticos apresentaram doença em ambos os

órgãos¹¹. Ao comparar os pacientes que apresentaram e os que não apresentaram metástases, não conseguiu-se fazer associações com diferença significativa ($p < 0,05$).

Entre os pacientes com doença em estágio IV, o prognóstico está mais intimamente ligado à localização e extensão da doença metastática à distância³. Os não metastáticos avaliados apresentaram seguimento maior que os metastáticos; esses, por sua vez, apresentaram porcentagem de óbito mais elevada.

CONCLUSÃO

Através desse perfil, foi possível identificar as particularidades dos pacientes, permitindo que seja oferecido atendimento mais direcionado, impactando de forma positiva no prognóstico de cada um.

Ulguim CK, Ramos-Junior O, Gasperin-Junior P, Ribeiro SP, Ribas-Filho JM. Epidemiological profile of patients with colorectal cancer. *Rev. Méd. Paraná, Curitiba*, 2021;79(2):40-42.

ABSTRACT - Colorectal cancer is one of the most common neoplasms around the world. The objective of this work was to identify the clinical and epidemiological profile of patients with colorectal cancer submitted to surgical treatment. This is a descriptive cross-sectional study carried out in a retrospective manner, from January 2015 to October 2020. In conclusion, from the data of the 5 years analyzed, it was possible to structure the epidemiological profile of patients with confirmed diagnosis of colorectal neoplasia attended by the service. It can thus know the patients' particularities to be offered a more targeted service, impacting in a positive way in the prognosis of each.

HEADINGS - Colorectal cancer. Epidemiological profile. Hartmann.

REFERÊNCIAS

1. AYKAN, N. F. et al. Epidemiology of colorectal cancer in Turkey: A cross-sectional disease registry study (a Turkish oncology group trial). *Turkish Journal of Gastroenterology*, v. 26, n. 2, p. 145-153, 2015.
2. Botteri E, Iodice S, Bagnardi V, Raimondi S, Lowenfels AB, Maisonneuve P. Smoking and colorectal cancer: a meta-analysis. *JAMA*. 2008;300(23):2765-2778. doi:10.1001/jama.2008.839
3. DA SILVA, M.; ERRANTE, P. R. Câncer colorretal: fatores de risco, diagnóstico e tratamento. *Revista UNILUS Ensino e Pesquisa*, v. 13, n. 33, p. 133-140, 2016.
4. DEMELLO, M. R. S. P. et al. Clinical evaluation and pattern of symptoms in colorectal cancer patients. *Arquivos de Gastroenterologia*, v. 57, n. 2, p. 131-136, 2020.
5. DE OLIVEIRA, Cássio Virgílio Cavalcante et al. Histopathological prognostic factors for colorectal liver metastases: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Histol. Histopathol*, v. 18274, 2020.
6. DOUBENI, Chyke A. et al. Socioeconomic status and the risk of colorectal cancer: An analysis of more than a half million adults in the National Institutes of Health-AARP Diet and Health Study. *Cancer*, v. 118, n. 14, p. 3636-3644, 2012.
7. DOMINGUEZ, R. G. S.; BIERRENBACH, A. L. Hospital morbidity and colorectal cancer mortality: Implications for public health in Brazil. *Arquivos de Gastroenterologia*, v. 57, n. 2, p. 182-187, 2020.
8. DUTRA, V. G. P.; PARREIRA, V. A. G.; GUIMARÃES, R. M. Evolution of
9. Mortality for Colorectal Cancer in Brazil and Regions, By Sex, 1996-2015. *Arquivos de Gastroenterologia*, v. 55, n. 1, p. 61-65, 2018.
10. Global Burden of Disease Cancer Collaboration, Fitzmaurice C, Allen C, et al. Global, Regional, and National Cancer Incidence, Mortality, Years of Life Lost, Years Lived With Disability, and Disability-Adjusted Life-years for 32 Cancer Groups, 1990 to 2015: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study [published correction appears in *JAMA Oncol*. 2017 Mar 1;3(3):418]. *JAMA Oncol*. 2017;3(4):524-548. doi:10.1001/jamaoncol.2016.5688
11. Hashiguchi, Y., Muro, K., Saito, Y. et al. Japanese Society for Cancer of the Colon and Rectum (JSCCR) guidelines 2019 for the treatment of colorectal cancer. *Int J Clin Oncol* 25, 1-42 (2020). <https://doi.org/10.1007/s10147-019-01485-z>
12. Howren, A., Sayre, E. C., Loree, J. M., Gill, S., Brown, C. J., Raval, M. J., Farooq, A., & De Vera, M. A. (2021). Trends in the Incidence of Young-Onset Colorectal Cancer With a Focus on Years Approaching Screening Age: A
13. Population-Based Longitudinal Study. *Journal of the National Cancer Institute*, 113(7), 863-868. <https://doi.org/10.1093/jnci/djaa220>
14. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020 - Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil>. Acesso em: 12 dez. 2020.
15. Jemal, A., Siegel, R., Xu, J., & Ward, E. (2010). Cancer statistics, 2010. *CA: a cancer journal for clinicians*, 60(5), 277-300. <https://doi.org/10.3322/caac.20073>
16. Klabunde CN, Cronin KA, Breen N, Waldron WR, Amba AH, Nadel MR. Trends in colorectal cancer test use among vulnerable populations in the United States. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2011;20(8):1611-1621. doi:10.1158/1055-9965.EPI-11-0220
17. KUNITAKE, H. et al. Quality of life and symptoms in long-term survivors of colorectal cancer: results from NSABP protocol LTS-01. *Journal of Cancer Survivorship*, v. 11, n. 1, p. 111-118, 25 fev. 2017.
18. LUPINACCI, Renato Micelli et al. Manejo atual das metástases hepáticas de câncer colorretal: recomendações do Clube do Fígado de São Paulo. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, v. 40, p. 251-260, 2013.
19. MARLEY, A. R.; NAN, H. Epidemiology of colorectal cancer. *Int J Mol Epidemiol Genet.*, v. 7, n. 3, p. 105-114, 2016.
20. O'Sullivan DE, Sutherland RL, Town S, et al. Risk Factors for Early-Onset Colorectal Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis [published online ahead of print, 2021 Jan 29]. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2021;S1542-3565(21)00087-2. doi:10.1016/j.cgh.2021.01.037
21. REDDY, E. V. IMALAKA. et al. Rectal cancer: Time to change? *The National medical journal of India*, v. 28, n. 3, p. 135-136, 2015.
22. Scandiuzzi MCP, Camargo EB, Elias FTS. Câncer colorretal no Brasil: perspectivas para detecção precoce. *Brasília Med* 2019;56(Anual):1-6
23. Yuhara H, Steinmaus C, Cohen SE, Corley DA, Tei Y, Buffler PA. Is diabetes mellitus an independent risk factor for colon cancer and rectal cancer?. *Am J Gastroenterol*. 2011;106(11):1911-1922. doi:10.1038/ajg.2011.301