

SEGUIMENTO ENDOSCÓPICO DOS PORTADORES DE ADENOMAS COLORRETAIS

CARMEN RUTH MANZIONE¹, SIDNEY ROBERTO NADAL¹, MILLENA ACCETTA NADAL¹, SANDRO VINICIUS M MELO¹

¹*Clínica Manzione Nadal, São Paulo, Brasil*

MANZIONE CR, NADAL SR, NADAL MA, MELO SVM. Seguimento Endoscópico dos Portadores de Adenomas Colorretais. **Rev bras Coloproct**, 2005;25(2):150-154.

RESUMO: Introdução: Há necessidade de colonoscopia de controle para portadores de pólipos colorretais pela possibilidade de surgirem novas lesões e pelo risco de transformação carcinomatosa.

Objetivo: conhecer as características dos portadores de pólipos colorretais que apresentarão lesões metacrônicas nos exames de controle.

Método: Acompanhamos 270 portadores de pólipos adenomatosos colorretais ressecados endoscopicamente no período de 1998 a 2004. A maioria eram mulheres (61%) e a média etária foi 61, com limites entre 42 e 84 anos. Todos eram adenomas e o tamanho médio foi de 1,16 cm. Os pólipos eram múltiplos em 26,1% dos exames. A colonoscopia de controle foi indicada após um ano. No segundo exame, retiramos adenomas com diâmetro médio de 0,5 cm em 60 (22,2%) doentes. Localizavam-se no hemicólon esquerdo em 64% e no hemicólon direito em 36%. O terceiro exame, feito após um ano, mostrou novos adenomas em 50% dos casos. Nova colonoscopia foi sugerida após um ano e revelou adenomas em 18 (60%), sendo um (3,3%) com transformação maligna. O tamanho médio foi de 0,3cm.

Resultados: As lesões incidiram mais nas colonoscopias de controle quando, no exame anterior, os pólipos situavam-se no hemicólon esquerdo, 73%, enquanto que no hemicólon direito ocorreram em 54%. Todavia, a análise estatística não revelou diferença significativa. 50% dos doentes com pólipos múltiplos e 12,5% daqueles com lesões únicas apresentaram novos pólipos nos exames de controle. (p=0,00 significativa). Pólipos metacrônicos se desenvolveram em 23,4% dos doentes com adenomas tubulares no primeiro exame, e em 43,9% dos portadores de adenomas túbulo-vilosos. (p=0,016 significativa). Os doentes com atipias de alto grau apresentaram mais novos pólipos que aqueles com atipias de baixo grau. (p=0,026 significativa)

Conclusão: A avaliação dos nossos resultados permitiu concluir que a presença de novos pólipos foi maior nos doentes com pólipos múltiplos, nos adenomas túbulo-vilosos e naqueles com atipias de alto grau nas colonoscopias iniciais.

Descritores: Pólipos colorretais; Polipectomia, Adenomas colorretais; Colonoscopia, Seguimento

INTRODUÇÃO

Embora não se conheça a real incidência do adenocarcinoma colorretal no Brasil, estima-se que atinja entre 8,4 e 13,1/100.000 habitantes, anualmente.¹ Durante o ano de 2001, 16 mil novos casos foram diagnosticados e 7.230 morreram pela doença.² Com a aceitação geral da seqüência adenoma-carcinoma e a

possibilidade de detectar pólipos pela colonoscopia,³ acredita-se que esse tipo de câncer será prevenido se todos os adenomas forem removidos antes de malignizar.⁴

Embora poucos sofram transformação maligna,⁵ é aconselhável o seguimento dos doentes para diagnóstico e extirpação dos pólipos metacrônicos e dos sincrônicos, não percebidos no exame inicial, por ser método seguro e com poucas complicações.⁶⁻⁹

Trabalho realizado na Clínica Manzione Nadal - São Paulo

Recebido em 20/05/2005

Aceito para publicação em 13/06/2005

A idade e o sexo, o tamanho dos pólipos e a presença de atipia não identificaram doentes com maior risco para lesões metacrônicas. Aproximadamente metade dos homens mais velhos com história de pólipos adenomatosos irá desenvolver lesões metacrônicas em até dois anos, e com crescimento de 10 mm ou mais no período.¹⁰

A possibilidade da transformação adenoma-carcinoma sugere risco aumentado para câncer colorretal em famílias de doentes com pólipos adenomatosos.¹¹ Entre os parentes de primeiro grau com até 50 anos de idade por ocasião do diagnóstico de adenoma, o risco para câncer colorretal foi quatro vezes maior que entre os de primeiro grau cujo diagnóstico foi feito em mais velhos que 60 anos e deveriam ter rastreamento semelhante ao recomendado nos familiares de doentes com câncer colorretal.¹²

Depois da polipectomia inicial, os portadores de adenomas devem ser encaminhados para programa de rastreamento, visando detectar e remover adenomas sincrônicos e metacrônicos,⁴ para o controle do câncer colorretal.¹³ Atualmente, os intervalos recomendados entre as colonoscopias após as polipectomias são variáveis. Desde de um a três,^{11,14} ou até cinco anos.^{13,15} Parece que os exames anuais deveriam ser realizados até que dois deles estejam normais. A partir de então, a reavaliação a cada dois ou três anos parece ser adequada enquanto o doente permanecer assintomático.¹⁶ Entretanto, há quem proponha que a primeira avaliação seja feita depois de seis anos, se até dois pólipos forem removidos, ou após três anos, se forem três ou mais adenomas.¹⁷ Os intervalos recomendados para rastreamento serão menores para aqueles com história familiar de câncer colorretal, nos grandes adenomas (igual ou maior que 1 cm), nos múltiplos (mais que 2) e naqueles com atipias de alto grau ou cancerosos.⁴ A

colonoscopia deveria ser realizada no primeiro ano, se os pólipos originais forem do reto ou sigmóide, e anualmente até que não haja mais novas lesões.¹⁸

Há muitas controvérsias quanto aos doentes com risco para desenvolver pólipos metacrônicos e o objetivo deste trabalho foi conhecer as características dos portadores de pólipos colorretais que apresentarão lesões metacrônicas nos exames de controle.

MÉTODO

Acompanhamos 270 portadores de pólipos adenomatosos colorretais ressecados endoscopicamente no período de 1998 a 2004. A maioria eram mulheres (61%) e a média etária foi 61, com limites entre 42 e 84 anos. Todos eram adenomas e o tamanho médio foi de 1,16 cm. Os pólipos eram múltiplos em 26,1% dos exames. A colonoscopia de controle foi indicada após um ano. No segundo exame, retiramos adenomas com diâmetro médio de 0,5 cm em 60 (22,2%) doentes. Localizavam-se no hemicólon esquerdo em 64% e no hemicólon direito em 36%. O terceiro exame, feito após um ano, mostrou novos adenomas em 50% dos casos. Nova colonoscopia foi sugerida após um ano e revelou adenomas em 18 (60%), sendo um (3,3%) carcinoma. O tamanho médio foi de 0,3cm. (Tabela-1)

RESULTADOS

As lesões incidiram mais nas colonoscopias de controle quando, no exame anterior, os pólipos situavam-se no hemicólon esquerdo, 73%, enquanto que no hemicólon direito ocorreram em 54%. Todavia, a análise estatística não revelou diferença significativa. Metade dos doentes com pólipos múltiplos e 12,5%

Tabela 1 – Características de pólipos adenomatosos de 270 doentes submetidos a colonoscopia e polipectomia. Clínica Manzione Nadal. 2004.

	1º Exame	2º Exame	3º Exame	4º Exame
Nº de doentes	270	60(18%)	30(50%)	18(60%)
Diâmetro médio (cm)	1,16	0,5	0,3	0,3
Cólon Esquerdo (%)	65%	64%	80%	83%
Pólipos Múltiplos	26%	50%	x	x
Câncer	x	x	x	01 (T1)

daqueles com lesões únicas apresentaram novos pólipos nos exames de controle. ($p=0,00$ significativa). Pólipos metacrônicos se desenvolveram em 23,4% dos doentes com adenomas tubulares e em 43,9% dos portadores de adenomas túbulo-vilosos no primeiro exame. ($p=0,016$ significativa). Os doentes com atipias de alto grau apresentaram mais novos pólipos que aqueles com atipias de baixo grau. ($p=0,026$ significativa).

DISCUSSÃO

Os dados da literatura indicam que os pólipos incidem mais em doentes que os tiveram previamente,¹⁶ o que também observamos. A incidência de lesões metacrônicas foi de 15% em seis meses,¹⁴ e de 26 a 59% entre um e cinco anos.^{10,11,13,16,18,19} Em 81%, os novos pólipos estavam no mesmo segmento em que a lesão anterior havia sido totalmente removida.¹⁹ Dentre eles, encontrou-se entre 3,3 e 7% de adenomas com atipias de alto grau.^{18,20} Em nossa casuística, notamos que os pólipos metacrônicos surgiam em localização mais distal e nem sempre no mesmo segmento.

Seguindo relatos que sugeriam re-avaliação em um ano após polipectomia, para detecção de lesões metacrônicas ou daquelas sem identificação anterior,²¹ e outro no qual uma segunda colonoscopia foi realizada, imediatamente após a primeira, por examinador diferente e que observou adenomas não identificados em 17% doentes com um, 29% com dois e 42% com três ou mais pólipos,¹⁰ optamos por realizar exames com esse intervalo.

Os pólipos removidos durante o seguimento, eram mais benignos e menores, quando comparados aos anteriormente retirados, independentemente do tamanho e da análise histológica das lesões identificadas na colonoscopia inicial., o que está de acordo com a literatura especializada.^{14,19} O tipo dos adenomas, bem como o grau de atipia, pode predizer o surgimento de novos pólipos. O diagnóstico de pólipos nas colonoscopias de controle ocorreu mais nos adenomas túbulo-vilosos que nos tubulares, e naqueles com atipias de alto grau, a exemplo do relatado por outros.^{22,23}

Dentre as muitas variáveis estudadas, apenas a multiplicidade dos pólipos no exame inicial parece predizer o surgimento de novos pólipos, corroborando com a observação de outros autores.^{18,23,24} O grupo de maior risco foi o dos doentes com mais que quatro lesões na colonoscopia inicial, que apresentou pólipos

metacrônicos em 59% dos casos.¹⁸ Aqueles com um ou dois adenomas tubulares constituem grupo de baixo risco.²³ Quando houver história pregressa de adenomas, o exame de controle normal está associado com redução do risco para tumores do cólon.¹³

Notamos que a presença de mais que um pólipos na colonoscopia inicial indica possibilidade de aparecerem novas lesões depois de um ano, conforme consta na literatura.²⁴ Também foi demonstrado que esses novos pólipos não foram encarados como lesões esquecidas no exame inicial, devido à mudança na localização, menor tamanho e atipias menos intensas quando comparados aos pólipos anteriormente ressecados.²⁴ Esses autores acreditam que os pólipos encontrados depois de um ano sejam lesões metacrônicas,²⁴ a exemplo do que também sugerimos.

As recomendações para seguimento com sigmoidoscopia flexível se os pólipos originais são confinados ao sigmóide ou reto,¹⁸ devem ser evitadas devido aos pólipos poderem surgir em outros segmentos que não o da lesão inicial,¹⁹ o que também observamos. Concordamos com outros autores,¹⁸ que sugerem que a colonoscopia seja realizada no primeiro ano se os pólipos originais forem do reto ou sigmóide, quando houver atipias de alto grau, nos portadores de câncer colorretal tratado e naqueles com pólipos sincrônicos múltiplos e, continuar anualmente até que não haja novas lesões. Todavia, aqueles com adenomas grandes e sésseis ressecados em pedaços necessitam seguimento em três meses.^{18,25} Quando as condições acima não são encontradas, a colonoscopia com três anos de intervalo é adequada para rastreamento de novos pólipos e detectar malignidades na fase inicial.^{18,23}

Segundo alguns autores,¹⁷ as avaliações podem ser suspensas naqueles em que apenas um pólipos foi removido e que possuam 65 anos ou mais, naqueles em que até dois pólipos tenham sido removidos e tenham 75 anos ou mais, entretanto, naqueles que tiveram três ou mais pólipos, o seguimento deve ser feito até que as condições clínicas do doente as justifiquem. Algoritmos diferentes devem ser aplicados em doentes com adenomas geneticamente determinados.¹⁷

A avaliação dos nossos resultados permitiu concluir que a presença de novos pólipos foi maior nos doentes com pólipos múltiplos, nos adenomas túbulo-vilosos e naqueles com atipias de alto grau nas colonoscopias iniciais.

SUMMARY: Introduction: Follow-up colonoscopy is necessary for patients with colorectal adenomas because metachronic adenomatous polyps may appear and risks of progression to invasive carcinoma.

Objective: To know features of patients with colorectal adenomatous polyps who could present metachronic lesions in colonoscopy follow-up

Method: We attended 270 patients with colorectal adenomatous polyps from 1998 to 2004. Most were female (61%) and mean age was 61 years old, varying from 42 to 84 years old. All lesions were adenomas with mean size of 1.16 cm. Multiple polyps were diagnosed in 26.1% of patients. Follow-up colonoscopies were done one year after and new adenomas, with 0.5 cm in diameter, were resected from 60 (22.2%) patients (64% in left colon and 36% in right colon). Colonoscopies were performed one year later and new adenomas were submitted to polypectomy in 30 patients (50%). Another colonoscopy did after one more year revealed new adenomas in 18 patients (60%), one with invasive carcinoma (3.3%). Mean diameter was 0.3 cm.

Results: Metachronic polyps appeared more in follow-up colonoscopies when, in previous exams, polyps were in left colon (73%), although in right colon they occurred in 54%. However, statistics showed no significant difference. Half of patients with multiple polyps and 12.5% with single lesions had new adenomas in follow-up. ($p=0.00$ significant). Metachronic polyps were found in 23.4% of patients with adenomatous tubular lesions and in 43.9% of patients with tubulovillous adenomas, in their first exam ($p=0.016$ significant). Patients with high grade lesions presented more new polyps than others with low grade lesions ($p=0.026$ significant)

Conclusion: Our results allowed us to conclude that the presence of new polyps was more frequent in patients with multiple adenomas, in tubulovillous adenomas and in those with histological high grade lesions, in prior colonoscopy.

Key words: Colorectal polyps; Polypectomy, Colonic adenomas; Colonoscopy, Follow-up.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pinho MSL, Ferreira LC, Brigo MJK, Pereira Filho A, Wengerkievicz A, Ponath A, et al.: Incidência do câncer colorretal na Regional de Saúde de Joinville (SC). Rev Bras Coloproct. 2003; 23: 73-6.
2. Lupinacci RM, Campos FGCM, Araújo SEA, Imperiale AR, Seid VE, Habr-Gama A, et al.: Análise comparativa das características clínicas, anátomo-patológicas e sobrevida entre pacientes com câncer colo-retal abaixo e acima de 40 anos de idade. Rev Bras Coloproct. 2003; 23: 155-62.
3. Ponz de Leon M, Di Gregorio C: Pathology of colorectal cancer. Dig Liver Dis. 2001; 33: 372-88.
4. Miller K, Waye JD: Colorectal polyps in the elderly: what should be done? Drugs Aging. 2002; 19: 393-404.
5. Gschwantler M, Kriwanek S, Langner E, Goritzer B, Schrutka-Kolbl C, Brownstone E, et al.: High-grade dysplasia and invasive carcinoma in colorectal adenomas: a multivariate analysis of the impact of adenoma and patient characteristics. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2002; 14: 183-8.
6. Webb WA, McDaniel L, Jones L: Experience with 1000 colonoscopic polypectomies. Ann Surg. 1985; 201: 626-32.
7. Nahas SC, Alves PR, Borba MR, Nahas CS, Sobrado Junior CW, Araujo SE, et al.: Polypectomies: colonic endoscopic resections. Arq Gastroenterol 1999; 36: 133-8.
8. Almeida MG, Baraviera AC, Malheiros APR, Bellandi DM, Cury RM, Milman MHSA, et al.: Polipectomias endoscópicas - estudo histopatológico e complicações. Rev Bras Coloproct. 2003; 23: 100-4.
9. Manzione CR, Nadal SR, Nadal MA, Melo SVM: Análise morfológica e histológica de pólipos colorretais submetidos à ressecção endoscópica. Rev Bras Coloproct. 2004; 24: 119-25.
10. Hixson LJ, Fennerty MB, Sampliner RE, McGee DL, Garewal H: Two-year incidence of colon adenomas developing after tandem colonoscopy. Am J Gastroenterol. 1994; 89: 687-91.
11. Winawer SJ, Zauber AG, Gerdes H, O'Brien MJ, Gottlieb LS, Sternberg SS, et al.: Risk of colorectal cancer in the families of patients with adenomatous polyps. National Polyp Study Workgroup. N Engl J Med. 1996; 334: 82-7.
12. Ahsan H, Neugut AI, Garbowski GC, Jacobson JS, Forde KA, Treat MR, et al.: Family history of colorectal adenomatous polyps and increased risk for colorectal cancer. Ann Intern Med. 1998; 128: 900-5.
13. Blumberg D, Opelka FG, Hicks TC, Timmcke AE, Beck DE: Significance of a normal surveillance colonoscopy in patients with a history of adenomatous polyps. Dis Colon Rectum. 2000; 43: 1084-91; discussion 1091-2.
14. Cordero C, Leo E, Cayuela A, Bozada JM, Garcia E, Pizarro MA: Validity of early colonoscopy for the treatment of adenomas missed by initial endoscopic examination. Rev Esp Enferm Dig. 2001; 93: 519-28.
15. McFall MR, Woods WG, Miles WF: Colonoscopic surveillance after curative colorectal resection: results of an empirical surveillance programme. Colorectal Dis. 2003; 5: 233-40.
16. Holtzman R, Poulard JB, Bank S, Levin LR, Flint GW, Strauss RJ, et al.: Repeat colonoscopy after endoscopic polypectomy. Dis Colon Rectum. 1987; 30: 185-8.

17. Nagengast FM, Kaandorp CJ, CBO-workgroup: Revised CBO guideline "Follow-up after polypectomy" Ned Tijdschr Geneesk. 2001; 145: 2022-5.
18. Olsen HW, Lawrence WA, Snook CW, Mutch WM: Review of recurrent polyps and cancer in 500 patients with initial colonoscopy for polyps. Dis Colon Rectum. 1988; 31: 222-7.
19. Nava H, Carlsson G, Petrelli NJ, Mittelman A: Follow-up colonoscopy in patients with colorectal adenomatous polyps. Prog Clin Biol Res. 1988; 279: 79-87.
20. Winawer SJ, Zauber AG, O'Brien MJ, Ho MN, Gottlieb L, Sternberg SS, et al.: Randomized comparison of surveillance intervals after colonoscopic removal of newly diagnosed adenomatous polyps. The National Polyp Study Workgroup. N Engl J Med. 1993; 328: 901-6.
21. Waye JD, Braunfeld S: Surveillance intervals after colonoscopic polypectomy. Endoscopy. 1982; 14: 79-81.
22. O'Brien MJ, Winawer SJ, Zauber AG, Bushey MT, Sternberg SS, Gottlieb LS, et al.: Flat adenomas in the National Polyp Study: is there increased risk for high-grade dysplasia initially or during surveillance? Clin Gastroenterol Hepatol. 2004; 2: 905-11.
23. van Stolk RU, Beck GJ, Baron JA, Haile R, Summers R: Adenoma characteristics at first colonoscopy as predictors of adenoma recurrence and characteristics at follow-up. The Polyp Prevention Study Group. Gastroenterology. 1998; 115: 13-8.
24. Woolfson IK, Eckholdt GJ, Wetzel CR, Gathright JB Jr, Ray JE, Hicks TC, et al.: Usefulness of performing colonoscopy one year after endoscopic polypectomy. Dis Colon Rectum. 1990; 33: 389-93.
25. Atkin WS, Saunders BP; British Society for Gastroenterology; Association of Coloproctology for Great Britain and Ireland: Surveillance guidelines after removal of colorectal adenomatous polyps. Gut. 2002; 51 (Suppl 5): V6-9.

Endereço para correspondência:

Carmen Ruth Manzione
Rua Dr. Virgílio de Carvalho Pinto, 381/23
Pinheiros
05415 - São Paulo - SP