

**AVALIAÇÃO DA TAXA DE DETECÇÃO DE ADENOMAS
COLORRETAIS EM COLONOSCOPIAS REALIZADAS
EM SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM ENDOSCOPIA
DIGESTIVA NA CIDADE DO RECIFE EM UM PERÍODO
DE 5 ANOS**

EVALUATION OF THE COLORECTAL ADENOMAS DETECTION RATE IN
COLONOSCOPIES MADE IN A DIGESTIVE ENDOSCOPY REFERENCE SERVICE
LOCATE IN THE CITY OF RECIFE IN A PERIOD OF 5 YEARS

Luanna Vitor de Macêdo¹, Ana Lígia Pereira Firmino², Thaysi Maria Mendonça Lopes
Ferreira³, Rafaela de Lima Valadares Alves⁴, Gustavo Carneiro Leão Filho⁵, Julyanne
Luize de Lima Rios Castro⁶, José Luiz de Figueiredo⁷.

¹Aluna da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS) –Bolsista PIBIC/FPS

²Aluna da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS)

³Aluna da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS)

⁴Aluna da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS)

⁵Colaborador- Membro Titular da Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva.
Mestre pela UFPE. Chefe do Serviço de Endoscopia Digestiva do IMIP.

⁶Orientadora – Mestre em Educação para o Ensino na Área de Saúde na FPS. Preceptora
da Residência de Endoscopia Digestiva do IMIP. Tutora do 7º e 8º período de Medicina
da FPS.

⁷Orientador - Doutor em Biologia Aplicada à Saúde pela UFPE. Mestre em Cirurgia
pela UFPE e Fellowship em Harvard. Membro do Colegiado da Pós-Graduação em
Cirurgia da UFPE e em Saúde Integral do IMIP.

RESUMO

Objetivo: identificar a taxa de detecção de adenoma (TDA) em colonoscopias de rastreio; quantificar e caracterizar pólipos adenomatosos quanto à localização no cólon, quantidade, morfologia, tamanho e tipo histológico. Além de avaliar o perfil epidemiológico dos pacientes submetidos à colonoscopia em um serviço de referência localizado na cidade do Recife.

Métodos: estudo transversal retrospectivo, realizado no período de agosto de 2018 a julho de 2019. Participaram 915 pacientes, com idade entre 50 e 75 anos, submetidos à colonoscopia por rastreio e excluídos pacientes com formação vegetativa obstruindo o lúmen do órgão, câncer colorretal prévio, seguimento de adenoma anterior ou falha técnica. A partir de informações obtidas do sistema de diagnóstico por imagem (PSDI), foram coletados os dados demográficos e laudos endoscópicos e histopatológicos, sendo registrados no software Magpi® e estes lançados e organizados no programa Microsoft Excel®.

Resultados: das 915 colonoscopias, 65,2% foram em pacientes do sexo feminino e 34,8% do sexo masculino. A idade média da população foi de 63,6 anos. Em relação à faixa etária, 31,69 % estavam entre 50 e 59 anos e 68,3% entre 60 e 75 anos. Duzentos e quarenta e nove pacientes apresentaram pólipos, sendo 58,6% adenomatosos e 41,4% não adenomatosos. A TDA geral do estudo foi de 16% (com uma TDA nos homens de 20,7% e 13,4% nas mulheres). Para a faixa etária mais jovem (50 e 59 anos), a TDA foi de 7,6%, enquanto que, para os pacientes idosos (60 e 75 anos), foi de 19,8%. Quanto à localização dos adenomas, cólon esquerdo e reto foram os mais prevalentes com 34,2% e 32,9%, respectivamente; mais da metade dos pacientes tinham apenas uma lesão adenomatosa; a grande maioria, representando 80,1%, eram de morfologia séssil, porém os pediculados que apresentaram associação estatística significativa com a presença de adenoma. O tamanho dos adenomas mais encontrado foi entre 3 e 5 mm e em relação à histologia, 84,2% eram tubulares.

Conclusão: a TDA encontrada foi mais baixa do que a meta estabelecida mundialmente e sabendo que essa taxa é validada para medir a qualidade do desempenho do serviço, se mostra necessário avaliar se existem falhas no rastreio e buscar meios de aperfeiçoamento, utilizando a TDA como uma meta contínua.

Palavras-chaves: *pólipo adenomatoso, câncer colorretal, colonoscopia.*

ABSTRACT

Objective: identify adenoma detection rate (ADR) in screening colonoscopies; quantify and characterize adenomatous polyps for colon location, quantity, morphology, size and histological type. In addition, to assessing the epidemiological profile of patients undergoing colonoscopy in a referral service located in the city of Recife.

Methods: a retrospective cross-sectional study, conducted from August 2018 to July 2019. Participated 915 patients, aged 50 to 75 years, who underwent screening colonoscopy and excluded patients with vegetative formation obstructing the organ lumen, previous colorectal cancer, follow-up. of anterior adenoma or technical failure. From information obtained from the diagnostic imaging system (PSDI), demographic data and endoscopic and histopathological reports were collected, recorded in the Magpi® software and released and organized in the Microsoft Excel® program.

Results: of the 915 colonoscopies, 65.2% were female and 34.8% male. The average age of the population was 63.6 years. Regarding the age group, 31.69% were between 50 and 59 years old and 68.3% between 60 and 75 years old. Two hundred and forty-nine patients had polyps, 58.6% adenomatous and 41.4% nonadenomatous. The overall ADR of the study was 16% (with an ADR in men of 20.7% and 13.4% in women). For the youngest age group (50 and 59 years), ADR was 7.6%, while for the elderly patients (60 and 75 years), it was 19.8%. As for location of adenomas, left colon and rectum were the most prevalent with 34.2% and 32.9%, respectively; more than half of the patients had only one adenomatous lesion; the vast majority, representing 80.1%, were of sessile morphology, but the pediculates that showed a significant statistical association with the presence of adenoma. The size of the most common adenomas was between 3 and 5 mm and in relation to histology, 84.2% were tubular.

Conclusion: the ADR found was lower than the globally established target and knowing that this rate is validated to measure the quality of service performance, it is necessary to assess whether there are screening failures and look for ways to improve, using the ADD as a continuous target.

Keywords: *adenomatous polyp, colorectal cancer, colonoscopy.*

INTRODUÇÃO

Pólipo colorretal é definido como uma protrusão visível acima da superfície mucosa normal do cólon que a circunda, podendo originar-se devido à inflamação, maturação anormal da mucosa, anormalidade da arquitetura ou proliferação e displasia. As duas últimas alterações estão implicadas na fisiopatologia do surgimento das lesões neoplásicas precursoras do adenocarcinoma colorretal (CCR)¹.

Os pólipos adenomatosos são os mais frequentes entre os pólipos neoplásicos e correspondem a cerca de 2/3 de todos os pólipos do cólon, podendo ser classificados em 3 subtipos com base na arquitetura epitelial: 1) adenomas tubulares (80%), 2) adenomas vilosos (5 a 15%) e 3) adenomas túbulo-vilosos (5 a 15%)^{1,7}. Apesar de quase todos os CCR advirem de adenomas, apenas 5% evoluem para carcinoma em um período de 7 a 10 anos. O risco de progressão é maior quando lesões apresentam dimensões ≥ 10 mm, arquitetura histológica vilosa e/ou presença de displasia de alto grau, considerados adenomas avançados. Os fatores de risco associados ao aparecimento do CCR incluem: idade avançada, sedentarismo, sexo masculino e aumento do IMC/gordura abdominal^{10,19,21}.

O conceito da sequência adenoma-carcinoma é bem descrito na literatura e explica uma progressão do epitélio colorretal normal para adenoma e posteriormente carcinoma, fato relacionado ao acúmulo de múltiplas alterações genéticas nas células epiteliais colônicas. Os pólipos adenomatosos esporádicos são precursores em cerca de 90% de todos os casos de câncer de cólon e reto^{2,4,10}.

Como usualmente os pólipos colônicos são assintomáticos, a colonoscopia é considerada o método “padrão-ouro” de *screening*^{4,8}. A taxa de detecção do adenoma

(TDA) nas colonoscopias de rastreio é a porcentagem de pacientes com idade igual ou superior a 50 anos, que tenham um ou mais adenomas convencionais detectados e removidos. É um dos indicadores mais aceitos para avaliação da qualidade do exame de colonoscopia^{5,6}.

Considerando lenta a evolução do adenoma para carcinoma, a colonoscopia é ferramenta fundamental por diminuir cerca de 50-90% a morbimortalidade do CCR. Nesse contexto, observa-se a relevância do exame, haja vista que a referida neoplasia é o terceiro câncer mais incidente em homens e segundo em mulheres em todo o mundo, inclusive no Brasil, excluindo o câncer de pele não melanoma^{2,3}.

Logo, devido à importância da detecção dos pólipos adenomatosos como lesões precursoras do CCR, o presente estudo objetiva identificar a taxa de detecção de adenoma em colonoscopias de rastreio, caracterizando os achados quanto à localização no cólon, quantidade, morfologia, tamanho e tipo histológico. Além de avaliar o perfil demográfico dos pacientes submetidos ao exame

em um serviço de referência localizado na cidade do Recife.

MÉTODO

Foi realizado um estudo observacional retrospectivo do tipo corte transversal no setor de Endoscopia Digestiva e Colonoscopia do Hospital Instituto de Medicina Integral Prof^o Fernando Figueira - IMIP, na cidade do Recife, no período de Agosto de 2018 a Julho de 2019. O estudo teve aprovação do Comitê de ética em Pesquisa do IMIP (CAEE: 92686318.6.0000.5201). Não houve a necessidade de assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Com base nas informações obtidas do sistema de diagnóstico por imagem (PSDI) do serviço, foram selecionadas as colonoscopias de rastreamento realizadas entre 2013 a 2017 de pacientes com idade entre 50 a 75 anos, totalizando 915. Logo, excluiu-se do estudo colonoscopias de pacientes submetidos à cirurgia colorretal prévia, em seguimento de adenoma anterior, com presença de formação vegetante obstruindo a luz do órgão, além de colonoscopias parciais quando preparo inadequado ou dificuldade técnica. Após aplicar os critérios de inclusão, utilizou-se para registro dos dados demográficos e laudos endoscópicos e histopatológicos dos pacientes o software Magpi®. Em seguida, os resultados eram lançados e organizados no programa Microsoft Excel®.

Tabelas de distribuição foram construídas de acordo com a frequência absoluta e relativa das variáveis: sexo e idade dos pacientes, localização dos pólipos no cólon, quantidade, morfologia, tamanho e tipo histológico dos pólipos, sendo então categorizadas e codificadas. Os dados qualitativos foram resumidos através de frequências absolutas e relativas e os numéricos como idade, através de média e desvio padrão. Para a análise, subdividiram-se os pacientes em duas faixas etárias: entre 50 e

59 anos e 60 e 75 anos. As comparações de proporção entre grupos foram avaliadas com o teste de qui-quadrado de Pearson ou teste qui-quadrado. A comparação das médias de idade entre os grupos de pacientes com e sem pólipos foi realizada através do teste t de Student para amostras independentes. Em todos os testes adotou-se o nível de significância de 5,0%. A análise estatística foi realizada com o *software* Stata 12.1SE.

RESULTADOS

Foram selecionadas 915 colonoscopias, sendo 272 em 2013, 287 em 2014, 142 em 2015, 87 em 2016 e 127 em 2017. (Tabela 1) Salientando que foram excluídos 46 exames de rastreamento cujos laudos histopatológicos estavam ausentes. Entre os pacientes submetidos à colonoscopia, houve predomínio de pacientes do sexo feminino (65,2%). A idade média foi de $63,6 \pm 6,8$ anos. 31,7% tinham idade entre 50 e 59 anos e 68,3% entre 60 e 75 anos. (Tabela 2)

Do total de exames avaliados foram identificados 249 colonoscopias com pólipos. Destes, 103 colonoscopias apresentaram pólipos não adenomatosos (41,4%) e 146 exames com pólipos adenomatosos (58,6%) (Tabela 3), resultando em uma TDA geral de 16,0%, sendo 20,8% no sexo masculino e 13,4% no feminino. Para a faixa etária mais jovem, a TDA encontrada foi de 7,6%, enquanto que, para os pacientes com mais de 65 anos foi de 19,8%.

Dos pacientes com adenoma, 54,8% eram do sexo feminino; 32,2% o apresentavam em topografia de cólon direito, 25,3% no transversal, 34,2% no esquerdo e 32,9% no reto. Ao que se refere à quantidade de adenomas: 85 pacientes apresentavam apenas uma lesão, 25 tinham duas, 18 possuíam três e em 18 pacientes foram encontrados mais que três. Quanto à morfologia dos pólipos adenomatosos, a grande maioria era sésil (80,1%), seguida de 13,7% pediculados e 6,2% subpediculados. Na

tabela 4 se observa que 18,5% dos adenomas apresentavam tamanho <3mm, 3-5mm em 63 destes (43,2%), 5-10mm em 43(29,5%) e >10mm em 13 pacientes (8,9%). Quanto à histologia, 84,2% eram adenomas tubulares, 10,3% túbulo-vilosos, 5,5% vilosos.

DISCUSSÃO

Na presente análise, das 915 colonoscopias de rastreamento houve uma predominância do sexo feminino com 65,2%, corroborando com o perfil dos pacientes vistos na literatura em que número bem semelhante foi encontrado (66,3% eram mulheres)¹⁵. Tal descrição pode estar relacionada a aspectos socioculturais, nos quais as mulheres têm mais orientações para buscar medidas de prevenção em saúde. Outro fato a ser ressaltado é que, na cidade estudada, a quantidade de mulheres é maior que a de homens, 53,83% mulheres e 46,17% homens segundo o Censo de 2010 do IBGE¹⁶. A média de idade dos pacientes foi de $63,6 \pm 6,8$ anos, condizente com a idade de 59 anos como demonstrado no estudo de Pinto et. al¹⁷, porém bem acima do recomendado pela literatura que é de 50 anos que pode ser justificado pela falta de acesso por parte do paciente ao serviço diagnóstico, à falta de conhecimento sobre a colonoscopia de rastreamento ou ainda receio em relação a realização do exame^{11,24}.

Dos pacientes submetidos à colonoscopia, foram encontrados pólipos em 249 exames, sendo 58,6% adenomatosos, dado próximo ao encontrado na literatura: segundo Valer et. al 63,8% dos pólipos eram do tipo adenoma¹⁸, 48,5% de acordo com Artuso et. al⁴ e 37,1% como demonstrado por Cardoso et. al¹⁵.

É reconhecido que um dos critérios de qualidade mais importantes na colonoscopia é a TDA, que se correlaciona inversamente com a incidência de câncer de intervalo, definido como o câncer colorretal que aparece após um teste de rastreamento ou vigilância negativo, seja colonoscopia ou outro tipo de teste, e antes da data

recomendada para o seguinte teste de rastreio¹¹. A Sociedade Americana de Endoscopia Gastrointestinal (ASGE) recomenda como meta atual para os serviços que realizam colonoscopias uma TDA geral de pelo menos 25,0%^{15,19}. Um dado relevante a ser considerado nos nossos resultados foi a TDA geral de 16,0%, e em outros estudos como o de Bugajski et. al de 29,8%¹³ e em outro trabalho de 32,3%²⁷. A nossa taxa se encontra dentro da variação exposta por Corley et. al: 7,4 a 52,5%⁸.

No presente estudo, a TDA ficou um pouco abaixo do esperado, haja vista a presença de fatores que justifiquem a subnotificação dos dados: não realização do *screening* do CCR como advertem os *guidelines* seja pela não universalização da saúde, questões culturais e educacionais por parte da população, ademais o fato do hospital oferecer um programa de residência médica pode diminuir um pouco a taxa como mostram os estudos^{11,24,25,26}. Além disso, há ainda a perda da janela de oportunidade de detecção precoce de adenoma, como por exemplo, após preparos inadequados. Outra explicação seria que a incidência de câncer colorretal no Nordeste é a 2ª menor entre as regiões do Brasil, como evidenciado no *World Endoscopy Organization Colorectal Cancer Screening Committee Meeting 2015*²⁰, sugerindo que a incidência de adenoma seja também reduzida, sabendo da importante evolução do adenoma para carcinoma.

Já é consolidado que sexo e idade são considerados preditores de alta TDA^{9,15,16,21,23}. Um resultado importante do nosso trabalho foi a TDA específica para o sexo: 20,7% em homens e 13,4% em mulheres, condizente com o descrito na literatura atual de que a TDA tem valor mais pronunciado no sexo masculino do que no feminino^{8,12,14,19}.

Quando se relaciona a TDA com a faixa etária, foi constatado que os idosos (60-75 anos) apresentavam uma maior prevalência de adenomas de 19,8%, em conformidade com as análises de Diamond et. al, Pinto et. al, Cardoso et. al e Macrae et.

al que descreveram o aumento linear dessa taxa de acordo com a faixa etária^{12,14,18,19}. Tais parâmetros são significativos por serem fatores prognósticos, como destacou um estudo polonês que avaliou 45000 pacientes^{5,12}.

Ainda relacionado à topografia dos adenomas, cólon esquerdo e reto foram os segmentos colônicos que apresentaram mais achados no exame, 34,2% e 32,9% respectivamente, exibindo a mesma distribuição colônica do CCR, aceita pela literatura atual, o que, mais uma vez fornece subsídio para a aceitação da sequência adenoma-adenocarcinoma²². Um resultado interessante foi a alta prevalência de adenoma em cólon direito de 32,2%, o que ratifica ser inapropriado indicar a realização somente de retossigmoidoscopia como exame de rastreio, já que não diagnosticaria essas lesões, o que possivelmente justifique a TDA de apenas 9,1% encontrada em uma análise retrospectiva de sigmoidoscopias, realizada na Inglaterra, que incluiu 8256 procedimentos²⁴. A maioria dos pacientes apresentou um único pólipso adenomatoso (58,2%), apresentando baixo risco de adenoma avançado o qual aumenta com o número de adenomas: 9,0%, 13%, 15%, 20% e 24% para 1, 2, 3, 4 ou ≥ 5 adenomas, respectivamente¹⁸. Quanto à morfologia do adenoma, a grande maioria era sésil (80,1%), porém um dado considerável em nossos resultados foi que os morfológicamente pediculados demonstraram uma associação estatística significativa com a presença de pólipso adenomatoso ($p= 0,04$), não sendo encontrada essa relação com os sésseis. O tamanho mais prevalente dos pólipos encontrados no nosso trabalho foi de 3-5mm (43,2%), e estudos revelam que o câncer invasivo em adenomas ≤ 5 mm de tamanho é extremamente raro. Além disso, também foi possível inferir na presente análise que a associação tamanho do pólipso e adenoma é diretamente proporcional e estatisticamente significativa ($p=0,010$), validando o dado já evidenciado em outros estudos de que maiores tamanhos de pólipos pode aumentar a ocorrência de

adenomas^{10,18,19,22}. A literatura atual ratifica nossos dados ao destacar que mais de 80,0% dos adenomas tem classificação histológica tubular^{15,22}; ao passo que verificamos 84,2% com tal histologia.

Uma das limitações deste trabalho foi que a instituição onde foi realizada a coleta de dados é um centro superespecializado em que pacientes quando conseguem acesso já possuem diagnóstico avançado, o que pode limitar a generalização dos resultados do estudo. Além disso, precisamos excluir 46 pacientes que possuíam pólipos à colonoscopia, porém não possuíam registro histopatológico, o que pode ter interferido na menor TDA encontrada nesse estudo. Por ser um estudo retrospectivo, não houve como excluir possíveis fatores de confusão e vieses.

CONCLUSÃO

Devido à alta incidência do CCR, a detecção precoce das suas lesões precursoras – adenomas - através de programas de *screening* adequados é de suma importância, haja vista que é capaz de mudar o prognóstico da doença. Considerando que os valores de TDA encontrados neste trabalho foram mais baixos do que as metas estabelecidas mundialmente, e sabendo que essa taxa é validada para medir a qualidade do desempenho de um serviço médico, se mostra necessário avaliar se existem falhas no rastreio e buscar meios de aperfeiçoamento, utilizando a TDA como uma meta contínua.

REFERÊNCIAS

1. Gago T., Vaz AM., Queirós P., Roseira J., et al. Pólipos colo-rectais e sua importância clínica. *Revista Portuguesa de Coloproctologia*. 2017; 50-59.
2. Menezes CCS., Ferreira DBB., Faro FBA., Bomfim MS., Trindade LMDF. Câncer colorretal na população brasileira: taxa de mortalidade no período de 2005-2015. *Rev Bras Promoç Saúde*, 2016,29(2): 172-179.
3. AMERICAN CANCER SOCIETY 2017
4. Artuso A., Rudnick NG., Almeida ZB. Detecção de adenomas colorretais no Serviço de Endoscopia Digestiva do Hospital Santa Cruz. 2010.
5. Kaminski MF., Regula J., Kraszewska E., et al. Quality Indicators for Colonoscopy and the Risk of Interval Cancer. *The New England Journal of Medicine*. 2010; 363:1371-1373.
6. Rex DK., Ponugoti PL. Calculating the adenoma detection rate in screening colonoscopies only: Is it necessary? Can it be gamed?. 2017; 49(11):1069-1074.
7. Wieszczy P., Regula J., Kaminski MF. Adenoma detection rate and risk of colorectal câncer. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*. 2017; 370:1298-1306.
8. Corley DA., Jensen CD., Marks AR. Adenoma Detection Rate and Risk of Colorectal Cancer and Death. *The new england journal of medicine*. 2014; 1298-1306.
9. Kashiwagi K., Inoue N., Yoshida T., et. al. Polyp detection rate in transverse and sigmoid colon significantly increases with longer withdrawal time during screening colonoscopy. *Plos one-Public Library of Science*. 2017; 1-11.
10. Rex D.K., Boland C.R., Dominitz J.A., et.al. Colorectal Cancer Screening: Recommendations for Physicians and Patients from the U.S. Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. *Clinical guidelines by the American College of Gastroenterology*. 2017.
11. Pellisé M. Colonoscopy in the screening, follow-up and treatment of colorectal cancer and precursor lesions. *Gastroenterol Hepatol.*; 2015;38:71-77.

12. Lieberman D.A., Rex D.K., Qinawer S.J., et. al. Guidelines for colonoscopy surveillance after screening and polypectomy: a consensus update by the us multi-society task force on colorectal cancer. Clinical guidelines by the American College of Gastroenterology. 2012;143:844–857.
13. Bugajski M., Rupinski M., Wieszczy P. et. al. Key performance measures for colonoscopy in the Polish Colonoscopy Screening Program. Endoscopy. 2019.
14. Ferlitsch M., Moss A., Hassan C. Colorectal polypectomy and endoscopic mucosal resection (EMR): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline. Thieme Connect. 2017; 49(3):270-29.
15. Cardoso DMM., Botacin MAS., Mekdessi MA. Adenoma detection rate evaluation and quality of colonoscopy in the center-west region of Brazil. Arq. Gastroenterol. 2017; 54(4).
16. Censo Demográfico Brasileiro de 2010 do Instituto de Geografia e Estatística – IBGE
17. Pinto RC., Conrado LM., Coelho NH., Nascimento RC., Citrin AK. Assessment of adenomas detection rate in colonoscopy training service in brazil. Gastrointestinal Endoscopy. 2019; 89(6):165-166.
18. Valer FD., Rivera FO., Juárez GG., Boza CP. Pólipos colónicos: estudio clínico y anatómico patológico en el cusco. Acta Médica Peruana. 2001; XVIII(3).
19. Liem B., Gupta N. Adenoma detection rate: the perfect colonoscopy quality measure or is there more? Translational Gastroenterol Hepatol. 2018; 3:19.
20. World Endoscopy Organization Colorectal Cancer Screening Committee Meeting 2015.
21. Macrae FA., Rutgeerts P., Grover S. Overview of colon polyps. UpToDate. 2018.
22. Silva SM., Rosa VF., Santos ACN. et al. Influência da idade do paciente e do tamanho dos pólipos colorretais nos achados histopatológicos. Arquivo Brasileiro de Cirurgia Digestiva. São Paulo. 2014; 27(2).
23. Lieberman D, Mascarenhas R. Adenoma detection rate: in search of quality improvement, not just measurement. Gastrointest Endosc. 2015; 82(4):683-5.
24. Bevan R., Blanks RG., Nickerson C. et. Al. Factors affecting adenoma detection rate in a national flexible sigmoidoscopy screening programme: a

- retrospective analysis. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*. 2019; 4(3):239-247.
25. El-Halabi MM., Barrett PR., Martinez Mateo M., Fayad NF. Should We Measure Adenoma Detection Rate for Gastroenterology Fellows in Training? *Gastroenterology Res*. 2018; 11(4):290-294.
 26. Kim YD., Bae WK., Choi YH., Jwa YJ. et. al. Difference in Adenoma Detection Rates according to Colonoscopic Withdrawal Times and the Level of Expertise. *Korean J Gastroenterol*. 2014; 64(5):278-83.
 27. Boroff ES., Disbrow M., Crowell MD., Ramirez FC. Adenoma and Polyp Detection Rates in Colonoscopy according to Indication. *Gastroenterology Research and Practice*. 2017.

ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 - Distribuição das colonoscopias realizadas por ano

| ANO | COLONOSCOPIAS | |
|--------------|---------------|------------|
| | N | % |
| 2013 | 272 | 29,7 |
| 2014 | 287 | 31,4 |
| 2015 | 142 | 15,5 |
| 2016 | 87 | 9,50 |
| 2017 | 127 | 13,9 |
| Total | 915 | 100 |

Tabela 2 - Perfil epidemiológico das colonoscopias realizadas

| | | N | % |
|---------------------------|------------|-----------|------|
| Sexo | Feminino | 597 | 65,2 |
| | Masculino | 318 | 34,8 |
| Faixa etária | 50-59 anos | 290 | 31,7 |
| | 60-75 anos | 625 | 68,3 |
| Média de idade(DP) | | 63,6(6,8) | |

Tabela 3 - Tipos de pólipos

| | N | % | p |
|---------------------------------|-----|------|------|
| Pólipos adenomatosos | 146 | 58,6 | |
| Pólipos não adenomatosos | 103 | 41,4 | |
| Total | 249 | 100 | 0,09 |

Tabela 4 - Distribuição das características e localização dos pólipos

| | Adenoma | | p |
|--------------------|-----------|-----------|------|
| | Sim | Não | |
| Sexo | | | |
| | N (%) | N (%) | |
| Feminino | 80 (54,8) | 61 (59,2) | |
| Masculino | 66 (45,2) | 42 (40,8) | |
| Total | 146 (100) | 103 (100) | 0,48 |
| Localização | | | |
| | N (%) | N (%) | p |
| Cólon direito | 47 (32,2) | 24 (23,3) | 0,12 |
| Cólon transverso | 37 (25,3) | 18 (17,5) | 0,14 |

| | | | |
|----------------|-----------|-----------|------|
| Cólon esquerdo | 50 (34,2) | 27 (26,2) | 0,17 |
| Reto | 48 (32,9) | 45 (43,7) | 0,08 |

Quantidade

| | N (%) | N (%) | p |
|-------|-----------|-----------|------|
| 1 | 85 (58,2) | 67 (65,0) | |
| 2 | 25 (17,2) | 22 (21,4) | |
| 3 | 18 (12,3) | 10 (9,7) | |
| >3 | 18 (12,3) | 4 (3,9) | |
| Total | 146 (100) | 103 (100) | 0,09 |

Morfologia

| | N (%) | N (%) | p |
|---------------|------------|-----------|------|
| Pediculado | 20 (13,7) | 6 (5,8) | 0,04 |
| Subpediculado | 9 (6,2) | 3 (2,9) | 0,36 |
| Séssil | 117 (80,1) | 90 (87,4) | 0,07 |

Tamanho

| | N (%) | N (%) | p |
|---------|-----------|-----------|------|
| <3 mm | 27 (18,5) | 22 (21,6) | |
| 3-5 mm | 63 (43,2) | 61 (59,8) | |
| 5-10 mm | 43 (29,5) | 15 (14,7) | |
| >10 mm | 13 (8,9) | 4 (3,9) | 0,01 |

Histologia

| | N (%) | | p |
|---------------|------------|--|------|
| Tubular | 123 (84,2) | | |
| Túbulo-viloso | 15 (10,3) | | |
| Viloso | 8 (5,5) | | 0,14 |