

CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES – UNIT
CURSO DE GRADUAÇÃO EM BIOMEDICINA

IRLYANA BEATRIZ CALAÇA DOS SANTOS
MARLLAYZA TATIANE DE MELO GOMES

CÂNCER COLORRETAL E SUA INCIDÊNCIA EM PACINETE
JOVENS

MACEIÓ/AL

IRLYANA BEATRIZ CALAÇA DOS SANTOS

MARLLAYZA TATIANE DE MELO GOMES

**CÂNCER COLORRETAL E SUA INCIDÊNCIA EM PACIENTES
JOVENS**

Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentado para obtenção do Grau de
Bacharel no Curso de Biomedicina do Centro
Universitário Tiradentes - UNIT.

Orientador: Prof. Dra. Maria Anilda dos
Santos Araújo

MACEIÒ/AL

IRLYANA BEATRIZ CALAÇA DOS SANTOS
MARLLAYZA TATIANE DE MELO GOMES

CÂNCER COLORRETAL E SUA INCIDÊNCIA EM PACINETE
JOVENS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
pela Banca Examinadora para obtenção do
Grau de Bacharel, no Curso de Biomedicina
do Centro Universitário Tiradentes – UNIT,
com linha de pesquisa em patologia.

Data de defesa:

Resultado: _____.

BANCA EXAMINADORA

Professora Avaliadora

Professor Avaliador

Profa. Dra. Maria Anilda dos Santos Araújo
Centro Universitário Tiradentes - UNIT
Orientadora

CANCER COLORRETAL E SUA INCIDENCIA EM PACIENTES JOVENS

CANCER COLORRETAL AND ITS INCIDENCE IN YOUNG PATIENTS

Irlyana Beatriz Calaça dos Santos
Marllayza Tatiane de Melo Gomes

Acadêmicas do curso de Biomedicina da UNIT- Maceió, Alagoas
Docente do curso de Biomedicina da UNIT - Maceió, Alagoas

RESUMO

O câncer colorretal(CCR) é uma doença predominante na população idosa, e pouco frequente em pacientes jovens, com incidência de 2% a 10% em pacientes com 40 anos de idade. O objetivo desse estudo foi realizar uma revisão atualizada sobre a incidência do CCR em pacientes jovens. Trata-se de um estudo exploratório de natureza bibliográfica, com revisão crítica da literatura, cuja configuração se caracteriza como um processo de levantamento e análise de publicações a partir de busca ativa em base de dados de documentos eletrônicos. A doença em pacientes jovens age de uma forma mais agressiva e com maior capacidade de disseminação a distância, possibilitando um pior prognóstico e uma menor taxa de cura para esses pacientes. A principal causa do câncer colorretal está relacionada à idade, e a alimentação pobre em fibras e rica em gordura, carboidrato e carnes, elementos de difícil digestão. Apesar da importância da prevenção e do diagnóstico precoce do câncer colorretal, no Brasil existem diversos determinantes nacionais que dificultam a realização de uma efetiva política preventiva em saúde pública para o CCR. O diagnóstico precoce para o câncer colorretal é de extrema importância, pois os sintomas da neoplasia só surgem quando a doença já está em estágio avançado, demandando altos índices de mortalidade.

Palavras-chave:câncer colorretal,rastreamento, neoplasia.

ABSTRACT

Colorectal cancer (CRC) is a predominant disease in the elderly population, and is not very frequent in young patients, with an incidence of 2% to 10% in patients aged 40 years. The objective of this study was to perform an updated review on the incidence of RCC in young patients. This is an exploratory study of a bibliographical nature, with a critical review of the literature, whose configuration is characterized as a process of survey and analysis of publications from an active search in a database of electronic documents. The disease in young patients acts in a more aggressive way and with a greater capacity of distant dissemination, allowing a worse prognosis and a lower rate of cure for these patients. The main cause of colorectal cancer is age-related, and the diet low in fiber and high in fat, carbohydrate and meats, difficult to digest. Despite the importance of the prevention and early diagnosis of colorectal cancer, in Brazil there are several national determinants that make it difficult to carry out an effective preventive public health policy for the RCC. The early diagnosis for colorectal cancer is extremely important, since the symptoms of the neoplasm arise only when the disease is already at an advanced stage, demanding high mortality rates.

Key words: colorectal cancer, polyps, age.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	07
2 REFERENCIAL TEÓRICO	09
2.1 CANCER COLORRETAL EM PACIENTES JOVENS	09
2.2 FATORES DE RISCO PARA O CANCER COLORRETAL	11
2.3 MÈTODOS DE DIAGNÒSTICO PARA O CÂNCER	12
3 METODOLOGIA	14
4 DISCUSSÃO E RESULTADOS	15
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	17
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	18

1. INTRODUÇÃO

O câncer colorretal (CCR) é doença caracterizada pela presença de tumores que comete o colón e o reto, é uma das neoplasias mais freqüente na população adulta, apresentando incidência e mortalidade crescente em varias regiões do mundo (BEPPA, 2010).

Estima-se que em cerca de 80% dos casos, o CCR pode ser classificado como esporádico - de caráter não familiar, onde a ação de agentes cancerígenos atuando cronicamente sobre a mucosa intestinal aumenta o risco de desenvolvimento da doença (LIRA et al., 2012).

O CCR costuma ser pouco comum antes dos 40 anos de idade, sua incidência aumenta progressivamente após os 50 anos de idade, sexo masculino, e em afro descendentes (MONTEIRO et al., 2006, ASSIS, 2011).

Relata-se que o tumor diagnosticado em pacientes mais jovens tem se mostrado indicadores de maior agressividade e indiferenciação, o que justificaria a alta taxa de doença avançada ao diagnóstico, e menor possibilidade de cura e pior prognóstico nesses pacientes. (RÊGO et al., 2012).

Existe uma diversidade de fatores de risco que estão envolvidos na etiopatogenia do câncer, a predisposição genética, história familiar de polipose adenomatosa, ou parentes de primeiro grau com câncer colorretal, adenomas, tabagismo, etilismo e obesidade são considerados fatores de alto risco. Incluem-se também como fatores de risco a dieta com alto conteúdo de gordura e as doenças inflamatórias do cólon, e a idade que é um fator importante para o desenvolvimento do CCR esporádico, que é incomum antes dos 40 anos de idade (SILVA LIMA; LIMA 2014, ZANDONAI et al., 2011).

Geralmente os pacientes são assintomáticos, sintomas como sangramento, mudança do hábito intestinal, desconforto abdominal, perda de peso e anemia ocorrem em um estágio avançado ou incurável do CCR, de onde se depreende a necessidade de rastreamento dos indivíduos com lesões pré-malignas (DIAS et al., 2007).

O diagnóstico determinante para confirmação do câncer colorretal é realizado principalmente através da biópsia, feita pela colonoscopia, sendo esse teste considerado

padrão ouro para o diagnóstico. Outro exame que pode ser feito é o enema de duplo contraste, nesse exame é possível revelar massas e ulcerações colônicas, porém sua sensibilidade diminui para lesões superficiais. A Ultrassonografia endoscópica é utilizada para determinar o envolvimento linfonodal na periferia do tumor e avaliar o grau de penetração na parede do cólon. Já Tomografia computadorizada de abdome, pode informar a presença de adenomegalias, envolvimento hepático e relações do tumor com estruturas do retroperitônio. (BARRETO, ANDRADE, 2010).

Exames também como o hemograma que é de extrema importância para a avaliação clínica do paciente, para a quantificação da anemia devido o sangramento intestinal crônico no seguimento. São utilizados nesse caso marcadores tumorais como o antígeno carcinoma embrionário CEA e a CA 19-9. (ANDRADE , PEREIRA FL, 2007).

Diante disso, o objetivo desse estudo é conhecer a frequência do câncer colorretal em pacientes jovens. Justifica-se pela necessidade de ampliação do conhecimento a respeito do câncer colorretal em pacientes jovens, visto que a doença é mais prevalente em pacientes idosos, assim sendo um câncer mais agressivo nesse grupo de indivíduo, pois quando se é descoberto já está muito avançando e tornando esse câncer mais difícil de ser tratado, e muitas vezes com metástase visto isso a taxa de mortalidade é maior dentre esses pacientes.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 CANCER COLORRETAL EM PACIENTES JOVENS

O câncer colorretal (CCR) é a terceira neoplasia maligna mais frequente em homens e a segunda mais frequente em mulheres no mundo. O desenvolvimento do câncer colorretal ocorre pelo resultado da transformação do epitélio colônico normal em lesões benignas, denominadas de pólipos adenomatosos, que posteriormente evoluem para um adenocarcinoma (RÊGO et al., 2012 ; ZANDONAI et al., 2011).

O CCR pode se apresentar sob a forma de adenomas esporádica correspondendo a 75% dos casos que aumenta com a idade, e está relacionado a agentes ambientais consumidos na dieta, com 20% de origem familiar e o restante secundário a doença inflamatória intestinal e síndromes hereditárias (ASSIS, 2011).

O tempo estimado para o aparecimento de um adenoma, e seu crescimento e transformação em tumor é superior a 10 anos. O pólipó ademomatoso pode ser classificado em três formas diferentes, tubular, vilosa ou tubuvilosa. O pólipó do tipo viloso tem um maior potencial de malignidade (DIAS et al., 2007; STEVENS ALAN, 1998).

A doença é predominante em indivíduos idosos, sendo diagnosticada em 90% dos casos em pacientes acima de 50 anos. A prevalência do CCR em pacientes com idade inferior de 40 anos varia de 2% a 10%. Em relação ao prognóstico nesses pacientes, estudos mostram que os tumores se desenvolvem de uma forma mais agressiva e com maior capacidade de metástases (DRUMMOND et al., 2003).

Em pacientes jovens, ressalta a necessidade de pesquisar condições que estejam associadas ao desenvolvimento do câncer colorretal, como as doenças genéticas (polipose adematosa familiar, HNPCC, síndrome do câncer colorretal familiar, síndrome de Peutz-Jeghers) ou inflamatórias (doença de Crohn). Nos pacientes jovens há aqueles que acreditam que o CCR esteja associado ao estadiamento avançado por ocasião do diagnóstico, ocorrendo metástases linfodonais e sobrevida menor (LUPINACCI et al., 2003).

O risco de malignidade de um pólipó adenomatoso esta correlacionado com três fatores, tamanho do pólipó, arquitetura histológica e grau de displasia epitelial. Essa displasia pode ser classificada pela microscopia como leve, moderada e intensa. Na displasia leve, as células são muito semelhantes às células epiteliais normais, sendo esse diagnóstico difícil e sua interpretação variando muito em diferentes patologias. Na displasia moderada as células se assemelham àquelas de um câncer, e, de fato o adenoma com displasia intensa constitui o carcinoma *in situ* (COTTI GCC et .al., 2000).

Os tumores menos indiferenciado com componentes mucinoso, os com células em anel de sinete são mais comuns em pacientes mais jovens. O componente mucinoso é um dos fatores que influência a sobrevivência dos doentes com CCR. Esse componente é caracterizado pela presença da mucina extracelular que corresponde mais que 50% do tumor. Predomina em homens, e tem localização preferencial no cólon direito, apresenta em estágios mais avançado, mais metástases peritoneais, e com menos metástases hepáticas e menos taxa de ressecção curativa. Tendo uma sobrevida pior de cinco anos, como em todos os tumores mais indiferenciado (NADAL et .al.,2009).

Os pacientes com câncer colorretal geralmente são assintomáticos, os sinais o sintomas mais comum são, alteração do hábito intestinal, cólica abdominal, sangue oculto nas fezes e alteração do material fecal; e menos comum muco nas fezes, dor no baixo do ventre, anemia, queda do estado geral, tumor abdominal palpável, obstrução intestinal aguda, fístulas colônicas e peritonite fecal por perfuração intestinal (GOMES et al., 2013).

A prevenção pode reduzir taxa de morbidade e mortalidade, que pode ser realizada por meio de programas de prevenção. No caso do câncer colorretal , a prevenção primaria, consiste na limitação a exposição a agentes casuais ou fatores de risco, relacionada a 80% dos tumores. A prevenção secundaria do câncer requer procedimentos junto à população que permitam o diagnóstico precoce ou a detecção das lesões pré-malignas, cujo tratamento pode levar a cura, ou á uma melhora da sobrevida dos indivíduos (TUCUNDUVA et al.,2004).

2.2 FATORES DE RISCO PARA O CÂNCER COLORRETAL

São inúmeros fatores ambientais e genéticos que predispõe o aparecimento do câncer colorretal. Síndromes genéticas, história familiar para CCR, câncer de endométrio, estômago, ureter, pelve renal ou intestino delgado, história pessoal de doença inflamatória intestinal ou CCR. Entretanto estudos mostram que mais de 75% de todos os casos de CCR ocorrem em pessoas que não apresentam estes fatores (DINIZ, FILHO, 2004, DIAS et .al, 2007).

A idade é um dos fatores mais importante para o aparecimento do câncer colorretal esporádico sendo mais comum em pessoas acima de 50 anos de idade considerada como a população de maior risco. Sendo raros os casos de CCR em pessoas mais jovens, exceção feita às com predisposição hereditária. Os homens têm risco maior para CCR quando comparado às mulheres (ALTENBURG FL et .al., 2007).

Dentre os fatores ambientais que contribui para o desenvolvimento da doença, surge como destaque o habito alimentar. Uma dieta rica em frutas, verduras, cereais e peixes, associado a praticas de atividades físicas, reduz o desenvolvimento da doença. No entanto, o risco maior para o CCR esta associado à obesidade e ao consumo de carne vermelha, embutidos e álcool (LIRA et al., 2012).

A ingestão de carne vermelha e suplementação de ferro heme têm demonstrado um aumento na concentração fecal de composto nitroso, sendo que muitos deles pode se torna um potente agente cancerígeno, que podem promover o aparecimento do câncer. A carne cozida em alta temperatura contém agentes mutagênicos e cancerígenos na forma de amins heterocíclicas e hidrocarbonetos policíclicos aromáticos. No entanto o risco para câncer sobreposto aos humanos acerca dessa substancia depende da extensão pela qual os componentes são ativados pela enzima metabólica (ZANDONAI, 2012).

O consumo de cigarro e álcool aumenta as chances de desenvolvimento de mais de 15 neoplasias, incluindo o CCR. A maioria do câncer colorretal ocorre em pessoas sem histórico familiar de câncer colorretal, sendo 20% das pessoas doentes tem membros da família que já foram afetadas pela enfermidade. O risco se torna maior quando o parente foi diagnosticado com menos de 45 anos (SILVA LIMA; LIMA, 2014).

Pessoa com diabetes tem risco de 30 - 40% de desenvolver o câncer colorretal, com maior índice de 42% de mortalidade, sem levar em consideração maior chances de adquirir outras doenças que pode estar associadas ao óbito (SANTO JR, 2007).

Estudos sobre fatores que predispõe o aparecimento do CCR revelam uma associação a sua ocorrência e o desenvolvimento socioeconômico. Em população com melhor nível socioeconômico, sua ocorrência é considerada maior conseqüente a padrões dietéticos (DIAS et al.,2007).

2.3 MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO PARA O CANCER COLORRETAL

O rastreamento para o câncer colorretal é recomendado para população em geral, e em indivíduos com 50 anos de idade classificados como indivíduos de risco médio. Sendo a abordagem avaliada e seguida pela preferência do medico, orientando os indivíduos sobre vantagens e desvantagens de cada método (ASSIS, 2011).

A pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSO) surge como um método de diagnostico de grande importância para o rastreamento de carcinoma colorretal em pacientes sem fatores de risco, pois é um exame que permite encontrar precocemente lesões do trato gastrointestinais as quais cursam sem sangramento. Diferentes estudos internacionais apontam para uma redução de óbitos CCR entre 14% e 18% com exames bianuais e de 33% quando o rastreamento se faz com exames anuais. Foi introduzido um novo método PSO o exame imunoquimico, que apresenta vantagens em relação ao método mais tradicional guáiacó (ALTEMBURG et al.,2007,LIRA et al.,2012).

A Retossigmoidoscopia é recomenda a cada 05 anos, podendo ser utilizada de forma isolada ou preferencial mente associada à PSOF anual. É um método que pode localizar lesões envolvendo o reto e o cólon descendente, sendo considerado um exame de complexidade intermediária. É limitada, por não permitir o exame da maior parte do cólon, sendo indicada a colonoscopia na presença de lesões preditivas ou associada à PSOF anual (BEPA, 2010).

O enema de duplo contraste não sido muito utilizado como exame de rastreamento efetivo para o câncer colorretal, devido a limitação do método. É considerado um método insensível para detecção de lesões pequenas e planas, bem como não possibilita a realização de biopsias em lesões suspeita. Sua indicação é limitada para indivíduos que o

A colonoscopia é considerada padrão ouro para o diagnóstico definitivo do CCR. Esse exame permite uma visualização de todo o cólon e reto e apresenta uma sensibilidade de 90% para os pólipos maiores. É um método considerado de alta complexidade, invasivo, com custo mais elevado. Para realização desse exame é necessário a sedação do paciente e preparo adequado do intestino, sendo atualmente indicado quando a presença de sintomas e para casos positivos de PSO (BEPPA, 2010)

Atualmente a biologia molecular tem se tornando uma potente ferramenta na compreensão da carcinogênese, que ocorreu através de estudos sobre o câncer colorretal, que só foi possível com os trabalhos pioneiros de Vogelstein e seu grupo, que analisando a variação da expressão gênica na sequência adenocarcinoma, foi possível identificar que a degeneração de um tecido normal até o surgimento de um câncer ocorria em consequência de um acúmulo de mutações de genes expressando proteínas com ação sobre o ciclo celular APC _k-ras_ Dcc_p53. Essa descoberta representou um importante passo inicial para a compreensão dos estudos da biologia molecular na carcinogênese (PINHEIRO, 2008).

O tratamento do câncer colorretal pode incluir a cirurgia, sendo essa terapia indicada para estágio inicial da doença. Em casos mais avançados, bem como o estágio dois, o paciente deverá ser submetido à quimioterapia ou a radioterapia adjuvante (BARRETO, ANDRADE, 2010).

2. METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão crítica de literatura com caráter exploratório, e especificado de acordo com a seleção pela análise e levantamentos de dados ao qual já foi publicado sobre o tema.

A pesquisa foi realizada utilizando banco de dados científicos; *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Revista Brasileira de Cancerologia (REV BRAS COLOPROCT), Instituto Nacional do Câncer (INCA).

“ Os dados coletados foi encontrado utilizando os seguintes descritores, “Câncer Colorretal”, “ Rastreamento”, “Incidência em Pacientes Jovens”. Foi realizado um cruzamento da seguinte forma: “Câncer Colorretal” AND “Pacientes Jovens”.

Foram selecionados artigos publicados entre os anos de 1998 até 2015 que se dirigiram de maneira complementar ao objetivo desse estudo. A seleção dos artigos obedeceu aos seguintes critérios: critérios de inclusão que foram estudos referentes ao câncer colorretal em pacientes jovens. Os critérios de exclusão foram artigos desatualizados sobre o tema, e artigos com abordagem de outros temas.

A busca realizada totalizou 26 artigos, que foram posteriormente analisados considerando os critérios de exclusão, e então foram selecionados 15 artigos para construir os dados assim coletados, além de 11 publicações em sites eletrônicos. A estratégia da busca para dados assim coletados está quadro um descrito abaixo.

Quadro 1. Pesquisa na busca de Artigos científicos

	SCIELO	LILACS	REV BRAS COLOPRAC
TOTAL DE ARTIGOS ENCONTRADOS	8	2	16
TOTAL DE ARTIGOS SELECIONADOS	5	1	10

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O resultado do estudo evidenciou que a incidência do câncer colorretal em pacientes jovens abaixo de 40 anos varia de 2% a 10,6. Sendo a incidência maior na população idosa com 90% dos casos diagnosticado.

A incidência de câncer colorretal vem aumentando nos últimos anos, sendo incomum em menores de 40 anos, constituindo a segunda maior causa de morte por câncer, com sintomatologia aparente quando a doença já esta avançada.

A predisposição genética, como a historia de polipose familiar é um fator de risco dominante para alguns indivíduos. Entretanto, estudos mostram que o consumo de carne vermelha pode estar associado ao risco aumentado de câncer colorretal.

A doença se desenvolve de forma lenta e silenciosa, o CCR produz poucos sintomas iniciais, fato que se traduz em um diagnóstico tardio do câncer na maioria das vezes, piorando sobre maneira o prognóstico dos casos diagnosticados (LIRA et al., 2012).

Afirma NETO et al., (2006) que um estudo feito com 186 pacientes com idade inferior a 40 anos com adenocarcinoma colorretal primário, indicadores de maior agressividade foram encontrados em maior proporção em comparação aos pacientes com idade superior a 40 anos. Esse resultado poderia explicar a alta taxa de doença avançada ao diagnóstico em pacientes com idade abaixo de 40 anos.

A prevalência do CCR é maior em homens, com taxas médias de 1,2-3 para homens e 1 para mulheres. O tempo médio entre o início dos sintomas e o diagnóstico varia de 2,3 a 10 meses (MONTEIRO et al., 2011),

Rêgo et al., (2011) Descreve que os tumores que acomete os pacientes jovens seriam mais agressivos e menos indiferenciados possibilitando menor taxa de cura e pior prognostico para esses pacientes.

Tumores menos indiferenciados com componentes mucinoso e com célula de anel de sinete são mais comuns nos pacientes jovens. Esse tumor tem localização preferencial pelo colón direito, e se proliferam e produzem metástase mais rápido que os mais diferenciados. São maiores que os mais diferenciados, a incidência de metástases linfonodais também é considerada maior nesses pacientes (NADAL et al., 2009)

Cerca de 90% dos tumores malignos de cólon são diagnosticados tardiamente, em estágio mais avançado. Porém medidas testes de rastreamento pode diminuir este número de casos (ANDRADE, PEREIRA, 2007).

O rastreamento é recomendado em paciente de baixo risco com 50 anos de idade que realize o exame de baixo custo a pesquisa de sangue oculto nas fezes repetindo esse exame a cada 5 anos. A partir dos 60 esta indicada a colonoscopia ou enema de duplo contraste sendo realizado a cada 10 anos. Porém, indivíduos com histórico familiar de polipose e câncer de intestino, devem iniciar o rastreamento com 40 anos (ALTENBURG et al., 2007).

Quanto mais precoce o diagnóstico e tratamento, melhor a sobrevida do CCR. Observa-se uma sobrevida de 5 anos em 90% dos pacientes se a doença estiver localizada restrita à parede do intestino, 68% para doença com envolvimento de linfonodos, e apenas 10% de metástase à distância (ASSIS, 2011)

O diagnóstico da doença antes de 40 anos de idade é raro. No entanto, a incidência começa a aumentar expressivamente entre 40 e 50 anos, e a cada década seguinte, as taxas de incidência se tornam cada vez evidente.

A tabela abaixo mostra alguns dados epidemiológicos sobre o câncer colorretal de acordo com LUPINACCI et al., (2003) e NADAL et al., (2009).

Tabela 1. Dados epidemiológicos sobre o câncer colorretal

DADOS	JOVENS	TIPO HISTOLÓGICO	DIFERENCIAÇÃO CELULAR
Idade média (anos)	19-20	Tubular 57,5%	Pouco 18,2%
Sexo		Túbulo viloso 6%	Moderado/bem 81,8
Masculino	57,8%	Túbulo papilífero 7,5%	
Feminino	42,4%	Mucinoso 29%	
Sintomas	13,8		
Localização do tumor			
Cólon direito	12,1%		
Cólon transversal	4,5%		
Cólon esquerdo	----		
Cólon sigmóide	10,6%		
reto	72,7%		

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desta forma, o conhecimento e estudo sobre o câncer colorretal em pacientes com idade inferior a 40 anos, apresentam aspecto importante, sintomatologia rica quanto ao seu comportamento e prognóstico, admitindo-se que esses grupos de indivíduos tenham tumores localmente mais agressivos com maior capacidade de disseminação à distância, diminuindo a possibilidade de cura e, portanto, Possibilitando a tomada de medida que proporcione um reconhecimento dos casos de câncer que na maioria das vezes são muito reservado isso ocorre, provavelmente, pela maior tendência de os pacientes mais jovens retardarem sua procura a assistência medica e pelo fato de o diagnostico de caso de câncer colorretal nesses pacientes ser freqüente ignorado, ao ser muitas vezes considerado como uma condição clinica de pacientes idosos, superior a 50 anos.

Diante das publicações, enfatiza-se a importância do diagnostico precoce, porem é um grande problema de saúde publica, onde diagnosticado a tempo a chance de cura ao paciente com câncer colorretal, com, campanhas educativas de prevenção e uma melhor formação dos médicos, que deve ficar atentos a possibilidade de CCR, método mais freqüente utilizado para o rastreamento do CCR é a pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSO) e a colonoscopia, contribuir para um tratamento adequado e mais rápido e mais confortável para o paciente, com maior câncer de cura para esses indivíduos.

Portanto o objetivo desse estudo foi avaliar a apresentação do aspecto epidemiológicos mais relevantes do CCR em pacientes com idade inferior a 40 anos no que diz respeito à evolução da doença, a sobrevida e recidiva em pacientes jovens se comparado aqueles acima de 40 anos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALTEMBURG FL; BIONDO-SIMÕES MLP; VON BAHTEN LC. A Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes Associada a um Questionário de Sinais e Sintomas na Prevenção do Câncer Colo Retal. **Rev bras Coloproct**, 2009, v.29, n.1, p. 057-064.

ANDRADE SMS; PEREIRA FL. Câncer Colorretal Sincrônico - Relato de Caso e Revisão de Literatura. **Rev bras Coloproct**, v.27, n.1, 2007, p. 69-79.

ASSIS RVBF. Artigo de Revisão, **Rastreamento e Vigilância do Câncer Colorretal: Guidelines Mundiais**, v.30, n.2, p.62-64, março de 2011.

BEPPA. A relevância do câncer colorretal. **Secretaria de Estado da Saúde**, São Paulo, V.6,n.68,2010,p.1-14.

BASTISTA J.BARRETO P; ANDRADE A.J.A..Protocolo clinico **serviço de proctologia Câncer colorretal**.UFMA Hospital Universitário,2010.

DRUMOND C.A; FERRO R.A.F; NOGUEIRA A.M.F; PROFETA da LUZ M.M, CONCEIÇÃO S.A; SILVA R.G; LACERDA-FILHO A. Câncer colorretal em pacientes com idade inferior a 30 anos. **Rev bras Coloproct**, 2003,v.2,n.3,p.147-154.

LIRA MTA Margarida; FIGUEIREDO CRDL; NEVES H; BASSICHETTO KC; FILHO MN; CAVALHEIRO JB. **Boletim CEInfo Análise 06 Novembro 2012. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, p.35.**

LUPINACCI RM; CAMPOS FGCM; ARAÚJO SEA; IMPERIALE AR; SEID VE; HABR-GAMA A; KISS DR; GAMA-RODRIGUESJJ. Análise comparativa das características clínicas, anátomo-patológicas e sobrevida entre pacientes com câncer colorretal abaixo e acima de 40 anos de idade. **Rev bras Coloproct**, 2003, v.23n. 3,p.155-162.

MONTEIRO EP, SALEM JB, TAGLIETTI EM, ALBUQUERQUE IC, FORMIGA GJS. Neoplasia colorretal até 40 anos - Experiência em cinco anos. **Rev bras Coloproct** 2006, v.26, n.2,p.156-161.

NADAL LRM; ADACHI CT; NUNES MAA; ISHIY CAA; BOBOTIS VC; NDREOTTI AP; NADAL SR; CAPELHUCHNIK P; KLUG WA. Evolução do Carcinoma Colorretal, Comparando Doentes com Idades Acima e Abaixo de 40 Anos, Quanto à Diferenciação Tumoral e ao Estádio do Tumor. **Rev bras Coloproct**,v.29,n.13,p.351-357,2009.

PINHEIRO MSL. Biologia molecular do câncer colorretal: uma revolução Silenciosa em Andamento. Ver bras coloproct,2008,n.3,p353-368.

PIRES DIAS APT; GOLLNER AM; TEIXEIRA MTB. **Câncer colorretal rastreamento, prevenção e controle.** HU rev,v33,n14,p125-131,dez.2007.

RÊGO A.G.S; BORGES I.C.V; VALENÇA R.J.V;TELES J.B.M;PINTO L.S.S. **Câncer Colorretal em Pacientes Jovens.** Revista Brasileira de Cancerologia 2012, v.58, n.2, p.173-180.

SILVA LIMA WC; LIMA TS. **Câncer colorretal; Um estudo de fatores de risco.** UECE; Universidade estadual do Ceará; universidade Federal do Ceará-UFC. Ano de 2014, p.22.

TUCUNDUVA LTCM et al.**Estudo da atitude e do conhecimento dos médicos não oncologistas em relação às medidas de prevenção e rastreamento do câncer,**Rev. Assoc Med Bras 2004,v.50,n.3,p. 257-62.

ZANDONAI AP; SONOBE MH; SAWADA NO. **Os Fatores de risco alimentares para câncer colorrectal relacionado ao consumo de carnes.** Rev Esc Enferm USP 2011, v.46, n.1, p.234-9.