

Carcinoma anal: considerações sobre 101 casos

EVERARDO LEITE GONÇALVES¹, MARCELO BANDEIRA COELHO DIAS¹, ADEMAR LOPES² — ACBC,
FERNANDO C. GENTIL³ — TCBC, FACS, FICS, ALBERTO KAZUKI FUZIOKA¹, PAULO EDUARDO R.S. NOVAES², OSWALDO PERES³

Unitermos: Ânus — Carcinoma. Ânus — Carcinoma epidermóide.

Key words: Anus — Carcinoma. Anus — Carcinoma epidermoid

RESUMO — No Departamento de Cirurgia Pélvica do Hospital A.C. Camargo (Fundação Antônio Prudente), no período de 1953 a 1985, foram matriculados e examinados 101 pacientes portadores de câncer anal, dos quais 74 (73,26%) eram do sexo feminino e 27 (26,7%) do masculino. Os tipos histológicos encontrados foram os seguintes: carcinoma espinocelular, 88 casos (87,1%); melanoma maligno, sete casos (7,0%), carcinoma cloacogênico, cinco casos (5%) e mesenquimoma maligno, um caso (0,99%). Fazem parte deste estudo, no entanto, somente os pacientes portadores de carcinoma espinocelular e cloacogênico. Além do melanoma e do mesenquimoma maligno, não incluídos neste trabalho, também os casos que recusaram cirurgia e aqueles muito avançados foram excluídos. Os 69 pacientes analisados foram distribuídos em três grupos diferentes: 1) tumores ressecáveis, sem conservação do esfíncter (41 casos), tratados por ressecção abdominoperineal, com mortalidade pós-operatória de 9,7% e sobrevivida a três anos de 60,6%; 2) lesões ressecáveis e passíveis de conservação do esfíncter (14 casos), tratadas com radioterapia (RT) exclusiva ou com ressecção local seguida de RT, mostrando bons resultados (somente um óbito pela doença); 3) lesões irresssecáveis (14 casos), tratadas com RT, com resultados pobres, levando 85% dos pacientes a óbito pela doença. Os autores analisam comparativamente dados de literatura e discutem a posição atual de radioterapia (RT) e quimioterapia (QT) no tratamento da doença.

INTRODUÇÃO

O carcinoma anal é uma neoplasia pouco frequente, visto que corresponde de um a três por cento dos tumores oriundos dos últimos 20cm do trato intestinal⁽¹⁻³⁾. São vários os tipos histológicos que podem ocorrer nesta região e os mais frequentes são o carcinoma epidermóide e o cloacogênico (ou basalóide ou transicional), porém melanoma, sarcoma, carcinóide, linfoma e carcinoma indiferenciado de pequenas células não são tão raros^(3,20). A

ressecção abdominoperineal do reto (RAP) tem sido por muito tempo o tratamento mais utilizado para o câncer anal na maioria dos centros^(7,11,18,19). O controle local da lesão com preservação da função é porém o grande desafio atualmente. Com esse intento, ressecções locais têm sido cada vez mais utilizadas para tumores pequenos, bem diferenciados^(3,13). Bons resultados obtidos com RT são também relatados, fazendo com que esta seja a conduta de primeira linha preconizada atualmente por muitos autores, quer como tratamento exclusivo, quer como terapia pré-operatória^(4,10,12,15). A cirurgia ficaria reservada para tratamento da doença residual ou para os casos mais avançados.

Na análise retrospectiva desta série, os pacientes foram divididos em três grupos, conforme a extensão da lesão e a terapêutica empregada.

Trabalho realizado nos Deptos. de Cirurgia Pélvica e Radioterapia do Hospital A.C. Camargo da Fundação Antônio Prudente, São Paulo. Aprovado para publicação em 22/12/88.

1. Residente.
2. Titular.
3. Diretor de Depto.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

De 1953 a 1985 foram admitidos no Departamento de Cirurgia Pélvica do Hospital A.C. Camargo 101 pacientes portadores de câncer anal (canal anal, margem anal e junção anorretal) distribuídos por tipos histológicos, conforme a tabela 1. O sexo feminino foi mais acometido, em proporção de 74 mulheres para 27 homens. Na tabela 2 temos a distribuição da idade segundo decênios, sendo que a média de idade foi de 55,6 anos, variando de 25 a 84 anos. Os pacientes com melanoma (sete casos) e mesenquimoma (um caso) foram excluídos do estudo, assim como aqueles admitidos com doença avançada que foram submetidos apenas a colostomia e os que estavam em fase terminal. Vinte e quatro pacientes que recusaram tratamento também não estão neste trabalho. Restaram portanto 69 casos de carcinoma epidermóide e cloacogênico, que foram tratados e analisados conforme os seguintes grupos (tabela 3): 1) tumores ressecáveis, porém sem possibilidade para conservação do esfíncter; 2) tumores ressecáveis e passíveis de conservação do esfíncter; 3) tumores irresssecáveis.

Tumores ressecáveis, sem conservação do esfíncter — Quarenta e um pacientes foram submetidos a ressecção abdominoperineal (RAP); eram portadores de lesões avançadas (T₃, T₄ e N₁N₂) que infiltravam estruturas vizinhas; eram anulares ou apresentavam metástase inguinal. Em seis pacientes foi realizado esvaziamento pélvico, sendo total em dois e posterior em quatro. O esvaziamento inguinoilíaco (EII) para metástases inguinais sincrônicas foi efetuado em 11 pacientes e para metástases metacrônicas em oito (ao todo 13 unilaterais e seis bilaterais). A RAP exclusiva foi feita em 15 pacientes, sendo que em 12 foi associada à RT (com o fluorouracil, 500mg EV, duas vezes por semana), pré-operatoriamente.

Dois pacientes já apresentavam metástase hepática quando se realizou a RAP, sendo que um deles foi submetido a hepatectomia direita três meses após.

Tumores ressecáveis e passíveis de conservação do esfíncter — Quatorze pacientes eram portadores de lesões menores que 4cm e que comprometiam menos que um terço da circunferência anal. Destes, dez foram tratados com RT exclusiva e quatro com ressecção local e radioterapia pós-operatória. Quando se utilizou a RT exclusiva, a dose total foi aproximadamente de 45-60Gy, sendo a irradiação externa a forma mais empregada e, em três casos, foi combinada com RT intersticial (implante com I¹⁹²). Neste grupo havia apenas uma lesão perianal (trata-

da com ressecção local) e as demais eram de margem ou de canal anal.

Tumores irresssecáveis — Quatorze pacientes apresentaram lesões localmente avançadas, consideradas irresssecáveis, tendo sido tratados com radioterapia. Em quatro foi associada a quimioterapia, usando-se cisplatina, na dose de 40mg por dia, em infusão de duas horas durante três dias, e bleomicina, 15mg em infusão contínua por seis horas, durante três dias.

TABELA 1
Tipos histológicos

Tipo histológico	Nº	%
Carcinoma espinocelular	88	87,1
Melanoma maligno	7	7,0
Carcinoma cloacogênico	5	5,0
Mesenquimoma maligno	1	0,9
Total	101	100

TABELA 2
Faixa etária

Faixa etária	Nº	%
20-30	2	2,0
30-40	14	13,9
40-50	16	15,8
50-60	32	31,7
60-70	25	24,7
70-80	9	8,9
80-90	3	3,0
Total	101	100

TABELA 3
Distribuição por grupos terapêuticos

Tratamento	Nº
Ressecáveis sem cons. esfíncter	
RAP (6 esvaz. pélvicos)	41
Ressecáveis com cons. esfíncter	
RT exclusiva	10
Ressec. local + RT	4
Irresssecáveis	
RT + QT	4
RT exclusiva	10
Total	69

RESULTADOS

Dentre os 101 pacientes desta série, 23,7% apresentaram linfonodos clinicamente metastáticos à admissão. No grupo tratado com RAP, a incidência de linfonodos clínica e sincronicamente tumorais foi de 19,5%, com igual proporção também para as metástases metacrônicas. Três pacientes submetidos a esvaziamento inguinoilíaco não apresentaram linfonodos comprometidos por neoplasia, o que representa 27% de falso-positivo na avaliação clínica dos linfonodos inguinais. Com relação às metástases para linfonodos pélvicos, no grupo tratado com RAP, a incidência foi de 32,5%, sendo de 2,5% para os pacientes tratados com RT pré-operatória, contra 30% para os que não a receberam.

Nos pacientes submetidos a RAP (41 casos), a sobrevida a três anos foi de 60,6% (tabela 4) e a mortalidade operatória de 9,7%. Dos quatro pacientes que faleceram no pós-operatório imediato, três haviam sido submetidos a esvaziamento pélvico.

Neste grupo, cinco pacientes faleceram por causa não relacionada à neoplasia e três foram perdidos de seguimento (sem câncer), após um tempo de seis meses. Dezoito pacientes (43,9%) faleceram pela doença, com sobrevida média de 31,2 meses. Dos 12 pacientes que receberam RT pré-operatória, três (25%) não mais apresentaram tumor residual na peça operatória ao exame anatomopatológico.

Dos casos com conservação do esfíncter, cinco foram perdidos de seguimento, sem câncer, após período de tempo que variou de dois meses a quatro anos, e dois outros faleceram por causa não relacionada à neoplasia. Temos seis pacientes vivos, assintomáticos, com período de seguimento variando de dois a 22 anos (tabela 5), sendo que um único paciente veio a falecer pela doença (após três anos). Dois casos desenvolveram estenose anal pós-RT, necessitando colostomia definitiva, tendo ambos sido tratados com RT externa, seguida de implante (agulhamento) com irídio-192. Uma destas pacientes está livre de doença há dois anos e a outra faleceu após cinco anos, em consequência de leucemia mielóide crônica, com a neoplasia anal assintomática.

Nos 14 casos considerados irressecáveis, não tivemos nenhuma sobrevida, sendo que dois foram perdidos de vista, sem câncer, um após três meses e outro após três anos (tabela 6). Doze pacientes (85%) faleceram pela doença, sendo que quatro deles foram tratados pela radioterapia em associação com quimioterapia.

TABELA 4
Resultados

Ressecáveis sem cons. esfíncter (RAP) — 41 casos	%
Sobrevida 3 anos*	60,6
Óbito por câncer**	43,9
Mortalidade pós-operatória	9,7
Metástase inguinal sincr.	19,5
Metástase inguinal metacr.	19,5
Falso-positivo	27
Metástase linfonodos pélvicos	
Com RT pré-op.	2,5
Sem RT pré-op.	30

* Três pacientes perdidos de vista sem Ca, cinco óbitos por outra causa.

** Sobrevida média de 31,2 meses.

TABELA 5
Resultados

Ressecáveis com conservação do esfíncter — 14 casos	Nº	(**Follow-up**)
Assintomáticos	6	(2 a 22 anos)
Óbito por câncer	1	(3 anos)
PV sem câncer	5	(2m a 4 anos)
Óbito por outra causa	2	
Total	14	

PV = perdido de vista; m = meses.

TABELA 6
Resultados

Irressecáveis	Nº	(**Follow-up**)
Assintomáticos	0	—
Óbito por câncer	12	(SM = 14 meses)
PV sem câncer	2	(3m/3 anos)
Total	14	

PV = perdido de vista; SM = sobrevida média.

DISCUSSÃO

O câncer anal representa um desafio ao médico por várias razões, sendo que uma das mais relevantes é a dificuldade de se controlar localmente a lesão sem a perda da continência anal. Outro fator de importância é a falta de estudos randomizados que mostrem a eficácia das várias

modalidades terapêuticas até agora empregadas e também a possibilidade de um cotejo comparativo entre elas. O diagnóstico precoce pela educação da população e pelo ensino dos médicos a nível de graduação e pós-graduação é outro fator que faz parte deste desafio.

Na nossa série, a incidência de metástase inguinal sincrônica (19,5%) se enquadra dentro daquela encontrada na literatura⁽¹³⁾, que é de 13 a 25%; o mesmo é válido para as metástases em linfonodos pélvicos (32,5%), que em outras séries é de 20 a 45%⁽¹³⁾. Os resultados com a cirurgia radical (RAP), na nossa casuística e na literatura, são variáveis conforme a proporção de casos avançados e iniciais em cada série (tabelas 6 e 7). A diferença encontrada nestes resultados é explicada pela presença de lesões mais extensas tratadas no Memorial Hospital em suas últimas séries, segundo Quan *et al.*⁽¹⁵⁾. Rousseau *et al.*^(1,7), por exemplo, relataram sobrevida a cinco anos de 73% para pacientes com lesões mais extensas. Já Boman *et al.*⁽³⁾, em uma série de 118 RAP, obtiveram sobrevida a cinco anos de 71%, com mortalidade operatória de 2,5%. Entretanto, deve-se ressaltar que numerosas lesões pequenas estão incluídas nesta série.

Nossa sobrevida com a cirurgia radical, apesar de não termos ainda cinco anos de acompanhamento para todos os pacientes, pode ser considerada satisfatória, levando-se em conta a extensão das lesões e a percentagem de metástases inguinais presentes. Houve necessidade de esvaziamento pélvico em seis pacientes e de realização de esvaziamento inguinoilíaco em 39% dos pacientes (19,5% para metástases sincrônicas e 19,5% para metacrônicas). A taxa de mortalidade operatória (9,7%) foi alta, quando comparada com a maioria de outras séries, que se situa entre 4,5 e 8%^(8,9,16).

Durante a última década, houve considerável avanço em relação ao tratamento irradiante para o câncer anal, especialmente por parte dos centros europeus. Nigro⁽¹⁰⁾, em 1973, foi o primeiro a publicar relato de bons resultados com a radioquimioterapia pré-operatória, o que foi seguido por Quan⁽¹⁵⁾ do Memorial Hospital e depois por Parks⁽¹⁴⁾, no St. Mark's Hospital. Papillon e Montbarbon⁽¹³⁾ publicaram recentemente série de 276 casos, dos quais 222 foram tratados com RT (associada a 5-FU nos cinco primeiros dias e mitomicina C no 1.º dia) e 21 RAP precedidas de radioquimioterapia também. A irradiação consistiu de dose externa (30Gy em 19 dias), seguida de RT intersticial com irídio-192 (15-20Gy), dois meses após. Obteve percentagem de sobrevida a cinco anos de

TABELA 7
Resultados da cirurgia radical

Instituição e autor	Nº casos	Sobrevida 5 anos
St. Mark's Hospital, Londres, Hardcastle	92	48%
Mayo Clinic, Beahrs	80	60,7%
Memorial Hospital, NY, Quan		
3 períodos: 1907-1944	144	41%
1944-1963	109	57%
1963-1970	65	33%

Papillon *et al.*: Cancer, 51: 1.830, 1.837, 1983.

TABELA 8
Resultados com a radioterapia

Autor	Sobrevida 5 anos
• Papillon <i>et al.</i>	65,4% (76,2%/58,3%)
• Delouche <i>et al.</i>	45,0%
• Rousseau <i>et al.</i>	44,0%
• Juin <i>et al.</i>	31,0%

65,4, sendo de 76,2 para lesões menores de 4cm e 58,3 para lesões maiores de 4cm. Cinco pacientes (2,2%) desenvolveram severa radionecrose, requerendo realização de colostomia definitiva ou RAP. O grupo tratado com RAP obteve 50% de sobrevida a cinco anos, sendo que 52,3% dos pacientes não apresentaram tumor residual ao exame anatomopatológico das peças operatórias. Nem todos os autores, contudo, conseguiram resultados semelhantes com a RT. Delouch⁽⁵⁾, Rousseau⁽¹⁷⁾ e Juin⁽⁶⁾, em diferentes séries, relataram sobrevidas a cinco anos de 45, 44 e 31%, respectivamente (tabela 8). Entretanto, parece haver atualmente consenso entre a maioria dos autores de que a radioquimioterapia deva ser a terapêutica inicial para a maioria dos casos^(4,10,12,15). A cirurgia ficará reservada para o tratamento da doença residual, caso haja persistência da mesma.

SUMMARY

In a retrospective study the authors present their experience with 101 anal cancers admitted to the Hospital A.C. Camargo (Pelvic Surgery Department) of the Fundação Antonio Prudente (São Paulo, Brazil), from 1953 to 1985. There were 72 females and 25 males. According

to their extension the tumors were grouped in 3 categories: 1) resectable with sphincter sacrifice, 41 cases; 2) resectable with sphincter preservation, 14 cases; 3) not resectable. The first group was treated by surgery, that is, abdomino-perineal resection (postoperative mortality of 9.7%) presenting a 3 year survival free of disease of 60.6%. The second group was treated either by radiation alone or local excision followed by radiotherapy. The third group was treated mainly by radiation and the results were rather poor. The authors analyze their cases and compare the results with the ones obtained by others in the world literature.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BEAHR, H & WILSON, SM Carcinoma of the anus. Ann Surg 184: 422-428, 1976.
2. BOHE, M et al Carcinoma of the anal canal. Scand J Gastroenterol 17: 795-800, 1982.
3. BOMAN, BM; MOERTEL, CG; O'CONNELL, MJ Carcinoma of the anal canal. Cancer, 54: 114-125, 1984.
4. CUMMINGS, BJ et al Combined treatment of squamous cell carcinoma of the anal canal: radical radiation therapy with 5-fluorouracil and mitomycin-C; a preliminary report. Dis Colon Rectum 23: 389-391, 1980.
5. DELOUCH, G et al La radiotherapie des cancers malphigiens de l'anus. J Radiol Electrol Med Nucl 54: 642-646, 1973.
6. JUIN, P et al Resultats de la radiotherapie por voie externe des carcinomas du canal anal. J Radiol Electrol Med Nucl 54: 637-638, 1973.
7. KEY, JC & WHITEHEAD, WA Surgical treatment of carcinoma of the anus. South Med J 73: 1.311-1.313, 1980.
8. KLOTZ, RG; PAMUKOGLU, T; SONILLARD, DH Transitional cloacogenic carcinoma of the anal canal: clinicopathological study of 373 cases. Cancer, 20: 1.727-1.745, 1967.
9. McCONNELL, EM Squamous cell carcinoma of the anus: review of 96 cases. Br J Surg 57: 89-92, 1970.
10. NIGRO, ND; VATKEVICIUS, VK; CONSIDINE Jr., B Combined therapy for cancer of the anal canal: a preliminary report. Dis Colon Rectum 17: 354-356, 1974.
11. O'BRIEN, PH et al Epidermoid carcinoma of the anus. Surg Gynecol Obstet 155: 745-751, 1982.
12. PAPILLON, J; MAYER, M; MONTBARBON, JF A new approach to the management of epidermoid carcinoma of the anal canal. Cancer, 51: 1.830-1.837, 1983.
13. PAPILLON, J & MONTBARBON, JF Epidermoid carcinoma of the anal canal: a series of 276 cases. Dis Colon Rectum 30: 324-333, 1987.
14. PARKS, A Squamous carcinoma of the canal anal. Ann Gastroenterol Hepatol 17: 103-107, 1981.
15. QUAN, SHQ et al Multidisciplinary preoperative approach to the management of epidermoid carcinoma of the anus and ano-rectum. Dis Colon Rectum 21: 89-91, 1978.
16. RICHARDS, IC; BEAHR, OH; WOOLNER, LB Squamous cell carcinoma of the anus, anal canal and rectum in 109 patients. Surg Gynecol Obstet 114: 475-479, 1962.
17. ROUSSEAU, J et al La telecobaltotherapie des cancers du canal anal. J Radiol Med Nucl 54: 622-626, 1973.
18. SCHNEIDER, TC & SCHULTE, WJ Management of carcinoma of anal canal. Surgery, 90: 729, 734, 1981.
19. SCHRAUT, WH et al Deep of invasion location and size of cancer of the anus dictate operative treatment. Cancer, 51: 1.291-1.296, 1983.
20. WEATHERBY, PR et al Small cell undifferentiated (neuro endocrine) carcinoma of the colon rectum and anus (in preparation).

Dia Nacional de Combate ao Câncer

Foi instituído o Dia Nacional de Combate ao Câncer, a ser comemorado do dia 27 de novembro, com a finalidade — segundo a portaria que o criou — “de evocar o importante significado histórico das entidades de combate ao câncer e de consagração aos inumeráveis e valiosos serviços prestados ao país e proporcionar importante mobilização popular quanto aos aspectos educativos e sociais da luta contra o câncer”.

Segundo ainda a portaria, baixada pelo então ministro Borges da Silveira, da Saúde, o Ministério da Saúde, através da Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas/Campanha Nacional de Combate ao Câncer, ficará encarregado de organizar as comemorações respectivas, que incluirão, dentre outras iniciativas, as ações de educação e informação no combate ao câncer.