

RESUMOS DE ARTIGOS SOBRE TRATAMENTO DO CÂNCER DO CANAL ANAL

José Reinan Ramos – TSBCP
Mauro Pinho – TSBCP

I – Tratamento cirúrgico

J. Clark e cols., do Roswell Park Memorial Institute, Buffalo, N.Y., num artigo (*Epidermoid Carcinoma of the Anal Canal*) publicado na revista *Cancer* (57: 400-406, 1986), analisam 67 pacientes portadores de câncer epidermóide do canal anal tratados no período de 1962-1984, sendo que 32, apesar da cirurgia radical (RAP + Ressecção alargada do períneo e fossas isquiorretais + Vaginectomia posterior) apresentaram uma taxa de recidiva de 58%.

A excisão local do câncer primário foi realizada em 12 pacientes. A recidiva ocorreu em 78% dos casos com excisão "curativa". Em quatro homens a RAP foi paliativa com uma sobrevida média de 18 meses e em 10, curativa, com 50% de sobrevida em 2 anos. Onze mulheres foram submetidas a RAP, sendo duas paliativas; a sobrevida média das nove pacientes foi 37 meses. Seis tiveram recidiva (duas na vagina) e morreram em 13 meses (média). Cinco das 27 pacientes submetidas a RAP + Vaginectomia posterior foram consideradas paliativas e a sobrevida média foi de 14 meses. A sobrevida média das outras 22 pacientes foi de 33 meses; 14 tiveram recidivas com óbito em 15 meses (média) após o diagnóstico (a maioria tinha metástase ganglionar na primeira opera-

ção). Duas pacientes tinham metástase inguinal sincrônica e oito metacrônica. A sobrevida média deste grupo foi de 27 meses e 50% tinham metástase a distância (a maioria no pulmão).



Num artigo intitulado "*Carcinoma of the Anal Canal – A clinical and pathologic study of 188 cases*" (*Cancer*, 54: 114-125, 1984), B.M. Boman e cols. da Mayo Clinic avaliam 172 casos de carcinoma do canal anal dos tipos escamoso e basalióide não queratinizado tratados no período de 1950-1976.

Eles utilizaram uma classificação baseada no tipo histológico, penetração ou não em musculatura e tecidos vizinhos, e diferenciação. Doze pacientes foram tratados apenas com excisão local (a maioria superficial e menor que 2 cm de diâmetro). Todos sobreviveram cinco anos. Cento e dezoito pacientes foram submetidos a RAP com 71% de sobrevida de 5 anos e 40% de recidiva (local ou a distância).

Os autores concluem que: o carcinoma escamoso superficial < 2 cm deve ser tratado com excisão local e quando é B2 ou B3 deve-se associar radioterapia (RT); câncer escamoso com penetração maior que B3 deve ser tratado com RAP; carcinoma basalióide não deve ser tratado com excisão local, pois mesmo os menores que 2 cm mostraram 35% de gânglios

positivos na peça; tumores de pequenas células não devem ser tratados com procedimentos radicais pois são de péssimo prognóstico (considerado doença sistêmica).



Em outro trabalho *W.H. Schrauf e cols.* da Universidade de Chicago ("*Depth of Invasion, Location, and Size of Cancer of the Anus dictate Operative Treatment*" – *Cancer* 51: 1291-1296, 1983) revêem 47 pacientes portadores de carcinoma do canal anal tratados no período de 30 anos. Abordam ambas as lesões da mesma forma e seus resultados não sugerem diferença entre lesão escamosa ou cloacogênica. Treze (41,9%) dos tumores do canal anal tinham gânglios positivos, porém nunca em lesões menores que 2 cm, mesmo nos cloacogênicos.

A excisão local curou 14 pacientes em que a lesão era igual ou menor que 2 cm. A sobrevivência de 5 anos após a RAP foi de 59%. Em 14 casos foi realizado dissecação hipogástrica, sendo encontrado invasão em seis, sendo que três pacientes sobreviveram mais de 10 anos.

Os autores acham que o importante na escolha do tipo de tratamento é o tamanho e penetração da lesão e não o tipo histológico; defendem ainda a dissecação hipogástrica e a QRT proposta por NIGRO no pré-operatório.

(18/51) dos pacientes permaneceram com tumor residual e 8% (4/51) desenvolveram recidivas num período de 9 a 56 meses. Nove pacientes foram submetidos a RAP e um a excisão local. A taxa de controle local da doença com RT (29 casos) e cirurgia (8 casos) foi de 73% (37/51). Um segundo ciclo de RX foi utilizado em cinco pacientes sem erradicar o câncer. A RT controlou oito dos 11 pacientes com metástases (2 com biopsias positivas). Um paciente apresentou metástase inguinal metacrônica (grupo dos 13 sem RT inguinal) e outro metástase nos gânglios ilíacos (grupo dos 11 com RT inguinal). Dezoito pacientes faleceram com câncer (14 local, um inguinal e 2 a distância). Complicações devido a RT ocorreram em 16 pacientes (2 com ulceração anal – RAP, sete com estenose anal, uma colostomia, quatro com fibrose perineal, um com cistite hemorrágica, um sangramento retal, e um fissura anal). Nove pacientes tinham colostomia antes do tratamento e mais 11 foram realizadas após a RT (cinco associada a RAP, três para tratamento de complicações, dois para palição de doença terminal e um por incontinência anal), totalizando 39%.

A RT não controlou o câncer em 43% dos casos; a cirurgia adicional reduziu a taxa para 27%. Os autores acham que a vantagem da RT com relação à cirurgia é sua habilidade para curar os pacientes preservando a função esfinteriana e a possibilidade de realizar a cirurgia se o câncer persistir.



II – Radioterapia

B.J. Cummings e cols., do Princess Margaret Hospital, Toronto, Canada, num artigo intitulado "*Primary radiation therapy in the treatment of the anal carcinoma*" (*Dis Colon Rectum* 25: 778-782, 1982), analisam retrospectivamente 51 pacientes com carcinoma do canal anal (41 escamoso e 10 cloacogênico) tratados com RT (4500-5000 rads 4 semanas) e cirurgia somente nos casos de câncer residual ou recidiva. Os tumores foram estagiados segundo o critério utilizado pela "International Union Against Cancer". Onze pacientes apresentaram gânglios inguinais. Colostomia foi realizada em nove casos.

A sobrevivência total em cinco anos de 59% e a corrigida foi de 71%. Trinta e cinco por cento

Salmon e cols., do Institute Curie, Paris, França, num artigo intitulado "*Treatment of Epidermoid Anal Canal Cancer*" (*Am J-Surg* 147: 43-48, 1984), analisam 183 pacientes portadores de câncer epidermóide do canal anal tratados no período de 1978-1979.

Todos foram considerados invasivos. Sessenta e cinco eram < 4 cm, 98 eram > 4 < 6 cm e 20 eram > 6 cm. A circunferência do canal anal estava invadida 25% em 49 casos, 50% em 101, 75% em 16, e 100% em 17 casos. Todos os pacientes receberam RT (4000-5000 rads) como tratamento curativo ou adjuvante à cirurgia. Dos 25 casos em que a RT foi usada no pré-operatório, em 9 (36%) houve regressão total do tumor (biopsias negativas). Nos 158 pacientes nos quais a RT foi "curativa", a cirurgia foi utilizada em 43 (27%).

A sobrevida geral de 5 anos fôï de 59%, estando diretamente relacionada ao tamanho do tumor e à circunferência anal atingida. A sobrevida dos pacientes submetidos a RAP após RT "curativa" foi de 49%. A recidiva local foi de 9,4% e o número de tumores que não responderam a RT foi de 30% (52 após a RT "curativa" e quatro após RT pré-operatória).



No artigo "*A New Approach to the Management of Epidermoid Carcinoma of the Anal Canal*" (*Cancer* 51: 1830-1837, 1983), *J Papillon e cols.* da Universidade de Lyons, Lyons, França, afirmam que os resultados obtidos com cirurgia radical ou com RT tradicional no tratamento do câncer epidermóide infiltrante do canal anal são ruins e que o melhor caminho para melhorar os resultados é aprofundar o conhecimento da história natural da doença e das técnicas de RT. Eles enfatizam a importância do estágio da doença, da presença de metástase ganglionar, e das condições gerais do paciente na escolha do tipo de tratamento e estagiam os tumores utilizando a seguinte classificação: T1 — $T < 2$ cm, T2 — $T > 2 < 4$ cm, T3 — $T > 4$ cm, T4a — $T > 4$ cm invadindo mucosa vaginal, T4b — invadindo estruturas vizinhas e fixo.

Para os pacientes do grupo I (T1, T2, T3) que representam 75 a 80% dos casos eles utilizaram a RT em dois estágios com dois meses de intervalo (10-Cobalto-4000 rads/19 dias — pré-sacral e região pélvica posterior e perineal; 20-Iridium-2000 rads/1D — no local do tumor). O grupo II (T4a e T3 com metástase perirretal) representa 10% dos casos; são tratados com QRT (5-FU-MTC + 3000 rads) e RAP 6 semanas após. O grupo III (T4b e tumor irrecutível) representa 15 a 20% dos pacientes e a RT é paliativa. Cobalto (4000 rads) + 5FU-MTC e posteriormente "boost" de 5500 rads na região anal (cobalto ou iridium), ou na massa pélvica (cobalto) ou na região inguinal (elétrons) foi o tratamento utilizado.

A sobrevida de cinco anos do grupo I (70) foi de 67% (47) e 51% (36) vivem sem colostomia. A sobrevida de três anos (97) foi de 72% (70) e 55% (54) sem colostomia. Dos seis pacientes do grupo II 3 (50%) morreram de câncer. Dos 18 do grupo III somente três (16%) sobreviveram cinco anos. A radionecrose

ocorreu em 9% dos pacientes com controle local.

Metástase ganglionar foi observada em 54 pacientes (44,6%), sendo que em 28 foi inguinal. A metástase inguinal foi tratada por dissecação inguinal + 3000 rads (Cobalto) e 1500 rads (elétrons). A sobrevida de três anos nestes casos foi de 43% (22% e 64%) nas metástases sincrônicas e metacrônicas, respectivamente). Doze pacientes apresentavam metástases inguinais e pélvicas e 10 morreram com câncer. As metástases ganglionares pélvicas foram diagnosticadas no mesorreto (31) e na parede pélvica (7). Vinte e duas eram sincrônicas e dezesseis metacrônicas. A sobrevida de três anos foi de 42% (16) nestes pacientes sendo que 50% tinham colostomia.

III — Quimiorradioterapia

N.D. Nigro, da "Wayne State University", Detroit, Michigan, num artigo intitulado "*An evaluation of combined therapy for squamous cell cancer of the anal canal*" (*Dis Colon Rectum* 27: 763-766, 1984), procura usar o termo carcinoma escamoso para os cânceres localizados ao nível da linha pectínea já que as várias denominações dependem somente de predominância de cada tipo de célula (basalióide, transicional, cloacogênico, epidermóide ou escamoso) e o tratamento não depende do tipo celular. A sobrevida de cinco anos dos pacientes com carcinoma escamoso tratados com RAP varia com a seleção dos pacientes e em média é de 62%. Com o desenvolvimento de melhores equipamentos e de técnicas mais precisas, a RT está cada vez mais sendo usada para o tratamento do câncer do ânus.

Neste artigo Nigro avalia 76 mulheres e 28 homens com carcinoma escamoso do canal anal tratados com QRT no período de jan/1972 a jan/1982. Oitenta e cinco pacientes tinham lesões iguais ou maiores que 5 cm de diâmetro. Quatro tinham metástases inguinais sincrônicas. O protocolo consistiu de 3000 rads (no tumor, regiões pélvicas e inguinais) nos dias 1 a 21 (200 rads/D) e 5-FU em infusão contínua (1000 mg/M²/24 h) nos dias 1 a 4 e 28 a 31 mais Mitomicina C (15 mg/M² EV) no dia 1.

Só sete pacientes não obtiveram resposta completa. Trinta e um pacientes foram subme-

tidos a RAP e em 22 não foi encontrado câncer; nove tinham câncer sendo que dois eram microscópicos. Sessenta e dois fizeram excisão da cicatriz com somente um caso de câncer microscópico. Onze pacientes não fizeram biopsias e duas morreram da doença. Sete recidivas foram diagnosticadas após biopsias negativas (após 3-12 meses) e tratadas por RAP. Um dos três pacientes submetidos a dissecação inguinal unilateral e RAP por metástase inguinal sincrônica faleceu de metástase a distância. Outro paciente com metástase inguinal bilateral foi tratado com maior dose de RX e também faleceu. Dois pacientes desenvolveram metástases inguinais metacrônicas e não responderam a RT. A toxicidade foi leve a moderada em 99 pacientes (estomatite, diarreia, perda de cabelo temporária, dermatite). Quinze pacientes tiveram leucopenia e ou plaquetopenia. Cinco pacientes desenvolveram toxicidade severa com necessidade de internação hospitalar.

Oitenta e dois pacientes estão vivos e livres da doença num período de 2 a 11 anos. Dois estão vivos com doença terminal. Dos 20 óbitos, 13 foram por câncer sendo que 10 tiveram cirurgia radical (dois após biopsias negativas); oito óbitos foram devido a metástase a distância e cinco devido a metástase a distância e recidiva local.

Nigro está convencido que QRT é tão efetiva quanto a RAP para a maioria dos pacientes com câncer do canal anal e reserva a RAP para os casos de câncer residual sem evidência de doença disseminada.



L. Leichman e cols., do Wayne State University, Detroit, Michigan, num artigo (*Cancer of the Anal Canal – Model for Preoperative Adjuvant Combined Modality Therapy – Am J Med* 68: 211-215, 1985), analisam a sobrevida e a recidiva de 45 pacientes com câncer epidermóide do canal anal (67% escamoso, 16% cloacogênico e 13% basalióide) tratados com QRT no período de jan/1971 a jan/1982.

Foi utilizado o protocolo de NIGRO e biopsias profundas eram realizadas sob anestesia 4 a 6 semanas após a QRT. O mais freqüente efeito colateral foi estomatite (5-FU) e diarreia (QRT). Onze por cento tiveram leucopenia e ou plaquetopenia. Não foi observado complicações tardias como estenose ou proctite devido a RT.

Dezoito (40%) dos pacientes foram submetidos a RAP sem óbitos. Trinta e oito (84%) pacientes tiveram biopsias negativas; 89% destes pacientes estão vivos sem doença num seguimento médio de 50 meses (18-124). Nenhum paciente com biopsia negativa faleceu com câncer. Seis dos sete pacientes com biopsias positivas foram submetidos a RAP. Todos tiveram recidiva num período médio de dois anos e morreram de doença disseminada. O diâmetro médio dos tumores foi de 3,5 e 5,0 cm nos casos de biopsias negativas e positivas, respectivamente. Todos os casos de recidivas eram de câncer escamoso.

Os autores sugerem que a QT não só torna o tumor mais sensível a RT como também em combinação com a RT "mata" as células no tumor e clones sensíveis de manifestação subclínica. O fato da QRT erradicar 84% dos cânceres epidermóides primários sugere que este tratamento não deve ser considerado adjuvante ou pré-operatório. A RAP nos casos de resposta negativa à QRT não preveniu a morte por doença disseminada, colocando este procedimento em discussão. Eles advogam, nestes casos, QT com cisplatina e bleomicina com a intenção de erradicar clones tumorais resistentes.



H.J. Wanebo e cols., da Universidade de Virginia, Charlottesville, Virginia (*Multimodality Approach to Surgical Management of Locally Advanced Epidermoid Carcinoma of the Anorectum – Cancer* 47: 2817-2826, 1981), fazem uma apresentação de sete casos de carcinoma epidermóide avançado do canal anal. Dois pacientes já haviam sido submetidos a RT e um a RAP. Todos foram tratados pelo protocolo inicial de NIGRO (QRT + Cirurgia).

Apresentaram os seguintes resultados: regressão de 50% do tumor em cinco pacientes e menor que 50% em um. O sétimo paciente não respondeu ao tratamento e já tinha feito RT anteriormente. Ressecção abdominossacral perineal foi realizada em cinco e RAP em três. Dissecação dos gânglios pélvicos em todos. Linfadenectomia inguinal em cinco. Mortalidade operatória zero. Disfunção vesical precoce em todos e definitiva em três.

Cinco pacientes ficaram livres da doença por um período médio de 18 meses (4-26). Dois morreram de causas não relacionadas ao câncer.

Dois estão sem doença após 25 meses e dois morreram com câncer.



M.S. Fram e cols., do UCSF Medical Center, San Francisco, California (*Definitive Nonsurgical Therapy of Epithelial Malignancies of the Anal Canal – Cancer* 51: 1378-1387, 1983), fazem uma revisão de 12 pacientes portadores de câncer epidermóide do canal anal, sendo seis escamoso e seis cloacogênico. A maioria dos tumores media em torno de 3 cm e apenas um apresentava gânglio inguinal e três gânglio perirretal palpável. Não foi realizado tratamento cirúrgico, apenas biopsias antes e após o tratamento.

QRT utilizada consistiu de dois ciclos de 5-FU (1000 mg/M²/D) por quatro dias com intervalo de 22 a 33 dias e 3000-4200 rads aplicados em 20 dias.

O resultado mostrou uma regressão total do tumor em todos os pacientes. Todos estão vivos e sem tumor num período de seguimento de 4 a 24 meses. Dois pacientes morreram de causas não relacionadas com a doença. Diarréia, dermatite e proctite foram notadas em todos os casos. Sintomas urinários transitórios ocorreram em seis pacientes.

Os autores fazem uma revisão de outras séries tratadas com a abordagem combinada (QRT), e somando, mostram que de 98 pacientes, 75 (77%) apresentaram regressão total do tumor.



Um artigo publicado na *Dis Colon Rectum* 25: 685-688, 1982 intitulado "*Definitive treatment of the carcinoma by means of radiation therapy and chemotherapy*" pelo grupo do Highland Hospital of Rochester, New York, e tendo como autores *Sischy e cols.*, chama atenção para a estimativa anual de 1400 casos de carcinoma escamoso do ânus que ocorre nos U.S.A. Isto corresponde a aproximadamente 1% de todos os cânceres do cólon e do reto. Também chama atenção para a relativa baixa sobrevivência de cinco anos de 60% alcançada com o tratamento cirúrgico (RAP ou excisão local). Descreve ainda o avanço da quimiorradioterapia pela sensibilização induzida pela infusão contínua de 5-FU.

Eles usaram o esquema quimioterápico proposto por Nigro e modificaram a dose de irradiação. Iniciam no dia 1 com 180 rads/dia por cinco semanas (4500 rads) abrangendo ânus, regiões inguinais e região pélvica. Após três semanas um "boost" de 1500-2000 rads é administrado no ânus e 2000 rads são aplicados nas regiões inguinais com gânglios positivos. Mais 1000-1500 rads são aplicados por implantes intersticiais se houver câncer residual.

Eles trataram 19 pacientes com câncer do canal anal. Quatro foram submetidos a RAP quatro semanas após a quimiorradioterapia e não foi encontrado câncer na peça. A operação foi suspensa nos casos subsequentes. Dezoito pacientes tiveram controle local do tumor e um faleceu devido a metástase pulmonar sem recidiva local.

IV – Tratamento misto

Num estudo retrospectivo de 25 anos (1954-1979), *D.B. Frost e cols.*, do M.D. Anderson Hospital, Houston, Texas (*Epidermoid Cancer of the Anorectum*": *Cancer*, 53: 1285-1293, 1984), apresentam 192 pacientes tratados com carcinoma do anorreto. Foi empregado oito tipos distintos de abordagem terapêutica, incluindo cirurgia e/ou RT. Eles mostram que estes tumores podem ser histologicamente divididos pela presença ou não de queratina, embora tal diferença não altere o prognóstico.

O maior grupo de pacientes foi submetido a RAP (158 casos), seja como procedimento único (em 108) ou associado a dissecação inguinal (11), RT (4000-4600 rads pré-operatória) (26) ou RT (5000-7000 rads pós-operatória) (13 casos). Excisão local foi realizada em 20 pacientes (quatro associado a RT) e em onze casos só foi empregado a RT. Foi considerado no estadiamento dos tumores o seu tamanho, grau de invasão, presença de gânglios e grau histológico (A—1-2 cm, No, invasão superficial, grau I-II; B — 0,5-3 cm, No, invasão profunda ou grau III; C — N+, qq. tumor; e, D — metástase local ou a distância.

Câncer perianal, do canal anal e acima do canal anal tiveram uma incidência de metástase ganglionar de 14%, 39% e 67%, respectivamente. A incidência de metástase ganglionar foi de 46% na média geral, mas alcançando níveis

elevados mesmo em tumores de 3 a 4 cm (33% entre os superficiais e 60% nos profundos) ou mesmo nos de 1 a 2 cm (75% quando havia invasão e 8% na ausência desta). Apesar disto, a sobrevida de 5 anos foi em torno de 60-70% na média geral e de 48% nos pacientes que apresentavam metástase inguinal. A sobrevida de 5 anos para a RAP apenas foi de 76% e para a excisão local foi de 66%.

Os autores concluem que: o tipo histológico não influencia o prognóstico; tumores > 3 cm têm elevada incidência de metástase ganglionar; tumores fixos devem ser submetidos a RT pré-operatório; tumores que regrediram totalmente com RT ainda apresentam grande possibilidade de conterem metástases ganglionares (27%) e devem ser tratados com RAP; RT pós-operatória não beneficia o paciente; metástases locais ou inguinais devem ser tratadas com possibilidade de cura; os tumores grandes sempre necessitarão da RAP por causa das metástases ganglionares e os menores podem ser tratados com excisão local; recidiva local e inguinal ou metástase a distância piora muito o prognóstico.



Um outro artigo do Departamento de Cirurgia do Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, Nova York City, publicado por *Greenall e cols. (Recurrent Epidermoid Cancer of the Anus. Cancer 57: 1437-1441, 1986)*, abordando a recidiva do câncer epidermóide do ânus, chama atenção para a diferença tanto na apresentação clínica como no prognóstico dos cânceres do canal anal e da margem anal. Os cânceres da margem anal raramente metastizam e são tratados por excisão local com mais de 80% de cura; já os cânceres do canal anal metastizam com maior frequência e a excisão local só é usada para lesões pequenas e superficiais, nos outros casos a operação realizada é a ressecção abdominoperineal do reto (RAP) com uma sobrevida de 5 anos variando de 40% a 70%. A quimiorradioterapia parece aumentar a sobrevida de 5 anos e diminuir a indicação de RAP. Aproximadamente 30% a 50% dos pacientes tratados por RAP apresentam recidivas.

Eles avaliaram 67 pacientes com recorrência por câncer epidermóide do canal anal; 32 com recidiva local (pelve ou períneo), 20 na região inguinal e 15 em vísceras (5 também na pel-

ve). O tempo médio de aparecimento da recidiva local foi de 10 meses e todos os cânceres eram moderadamente ou pouco diferenciado e somente um era menor que 2 cm de diâmetro e 30 invadiam a musculatura anal no primeiro tratamento. A sobrevida média foi de 9 meses (1-48) após o diagnóstico da recidiva; 19 pacientes foram tratados com radioterapia (2000-8000 rads) com sobrevida média de sete meses (1-48). Nove pacientes foram tratados com quimiorradioterapia. Seis receberam MTC (15 mg/M² IV dia 1), 5FU (750 mg/M² dias 1-5) e 3000 rads iniciando no dia 1. A sobrevida média de 5 anos foi 14 meses (2-27). As metástases inguinais metacrônicas apareceram em 12 meses em média (3-70). Na maioria dos casos o tumor primário era maior que 2 cm de diâmetro e moderadamente ou pouco diferenciados e todos invadiam a musculatura anal. Todos os pacientes foram submetidos a dissecação inguinal com 55% de sobrevida de 5 anos; os outros 45% sobreviveram em média 11 meses (2-29). Seis destes pacientes morreram com metástases a distância. As metástases viscerais foram diagnosticadas em média após 13 meses (1-62) (7-fígado, 3-pulmão, 2-peritônio, 2-osso e 1-tecido subcutâneo). A sobrevida média foi de 8 meses (2-24) e não houve aumento da sobrevida com a quimioterapia (5FU + MTC).

Das 16 recidivas por câncer da margem anal, onze foram locais, quatro inguinais e uma local e inguinal. O tempo médio para o aparecimento da recidiva foi de 26 meses (6-58) nas recorrências locais. Dez casos foram tratados por excisão local (nove sobreviveram cinco anos) e um por RAP (óbito no 6^o mês por IAM). Linfadenectomia foi realizada nos quatro pacientes com metástase inguinal com 50% de sobrevida de cinco anos. O paciente com recidiva local e inguinal foi operado (linfadenectomia + excisão local) e sobreviveu cinco anos.

Os autores concluem que a recorrência local é comum após o tratamento dos cânceres do canal e da margem anal, sendo que o prognóstico é pior nos pacientes operados por câncer do canal anal (somente dois pacientes viveram mais de dois anos) e melhor nas recidivas de câncer da margem anal (um óbito em 11 casos) que são corretamente tratados por excisão local. A linfadenectomia aumenta a sobrevida de cinco anos (55%) e a quimioterapia não aumenta a sobrevida nas metástases viscerais apesar de reduzir o tumor, diminuir a dor e melhorar a "performance status" em 40%