

CIRURGIA SALVADORA PODE SER CURATIVA EM PACIENTES COM CARCINOMA DE CANAL ANAL INCONTROLÁVEL

RENATO ARAÚJO BONARDI - TSBCP

Allal AS, Laurencet FM, Reymond MA, Kurtz JM, Marti M-C. Effectiveness of surgical salvage therapy for patients with locally uncontrolled anal carcinoma after sphincter-saving treatment. *Cancer* 86:405-409, 1999.

BONARDI RA – Cirurgia salvadora pode ser curativa em pacientes com carcinoma de canal anal incontrolável. *Rev bras Coloproct*, 2000; (3):194-195

ABSTRATO

O carcinoma de canal anal localmente incontrolável após o tratamento de radioterapia e quimioterapia para a preservação esfinteriana tem sido um problema clínico significativo. Os dados recentes têm demonstrado que a cirurgia radical têm sido a única modalidade de tratamento que possa curar estes pacientes com doença incontrolável localmente. Entretanto em alguns casos o índice de sucesso tem sido muito baixo. Allal e colaboradores relatam os resultados nos pacientes que responderam mal à radioterapia e quimioterapia para o tratamento do carcinoma de canal anal.

Em um período de 20 anos, de 185 pacientes consecutivos com carcinoma de canal anal, tratados com radio e quimioterapia neoadjuvante, 42 apresentaram persistência de tumor ou recidiva local após o tratamento. Destes 42 pacientes, 27 apresentaram somente lesão local e 15 com metástases regionais ou à distância. Nove pacientes (21%) receberam tratamento suportivo somente; sete (17%) submetidos a tratamento paliativo; e 26 (62%) submetidos a cirurgia salvadora potencialmente curativa, sendo 23 a amputação abdomino-perineal do reto e 3 a ressecção local. O seguimento médio após o tratamento salvador foi de 21,5 meses (1 a 231 meses).

Dois pacientes abandonaram o seguimento. Daqueles que não foram submetidos a cirurgia salvadora, todos foram a óbito por doença progressiva. Dos 26 pacientes que receberam tratamento cirúrgico curativo, 11 conseguiram alcançar controle da doença. Após o diagnóstico de tumor residual ou recidiva local, a sobrevivência em 5 anos foi de 28% para todos os pacientes e de 44,5% para aqueles que receberam cirurgia salvadora.

Ainda que a amputação abdomino-perineal do reto não seja o tratamento de primeira linha para o carcinoma de canal anal, este procedimento representa uma forma de terapêutica salvadora para o controle da doença após falha local isolada. Considerando o potencial curativo deste procedimento, é importante o diagnóstico precoce da persistência do tumor ou a recidiva local após o tratamento não cirúrgico de preservação esfinteriana com radio e quimioterapia.

COMENTÁRIO

A grande maioria dos trabalhos sobre o tratamento do carcinoma epidermoide de canal anal tem nos levado ao tratamento não cirúrgico com radioterapia e quimioterapia, mostrando um índice de curabilidade elevado com a preservação dos esfínteres. Nos casos de tumor residual ou recidiva local, temos sido contrários às modalidades de tratamento com novas séries de radioterapia, uma vez que isto tem levado estes pacientes a uma morbidade local acentuada pela radioterapia com a persistência do tumor e sem condições de ressecção cirúrgica. Ao contrário, o tratamento cirúrgico radical tem sido empregado com maior sucesso.

A raridade relativa deste tipo de tumor de canal anal tem impedido o estudo de maiores séries de pacientes. Os diversos trabalhos com relato de poucos pacientes com modalidades de tratamento diferente são difíceis de comparar. Estas modalidades têm diferido em parte porque são analisados longos períodos de tratamento durante os quais o enfoque e o tratamento têm mudado. Os pacientes comumente incluídos nestes estudos representam uma mis-

tura de tumores histologicamente diferentes o que faz a comparação muito difícil. No presente trabalho, ainda que os resultados sejam animadores, não está bem definido o caráter histológico dos 185 pacientes observados ao longo de 20 anos. Devemos assumir que todos sejam da variedade epidermoide? A histologia está bem definida nas falhas locais mas mesmo assim não identificamos se os tumores são de margem anal ou de canal anal.

Devemos observar entretanto que os 29% de falhas não são diferentes de outros trabalhos recentes [1-3]. O índice de salvação de 44.5% destes pacientes é um pouco menor do que o que foi publicado anteriormente [1,4,5] e aparentemente foi melhor nos pacientes que tiveram a sua recidiva retardada (56% de sobrevida) em relação aos pacientes que tiveram persistência do tumor após a radio e quimioterapia (13% sobrevida). Isto vem contrariar um trabalho recente de Pocard e colaboradores que demonstraram 60% de sobrevida em 5 anos para pacientes submetidos a amputação abdomino-perineal do reto salvadora para tumor residual, versus nenhuma sobrevida em 5 anos para tumores de recidiva retardada [4].

Os autores teorizam que seus resultados são relacionados a doença localmente mais avançada, ou tumores mais agressivos que não responderam bem a radio e quimioterapia e portanto também não responderam adequadamente à cirurgia salvadora. A resposta a esta questão é mais complexa, não esquecendo que realmente a curabilidade de até 50% pode ser alcançada em pacientes com doença residual ou com tumores inicialmente limitados.

Existem algumas dúvidas ainda a serem esclarecidas com relação a este tipo de tratamento. O estadiamento destes tumores não pode ser bem estabelecido no período pré-tratamento. Não sabemos também a dose apropriada de radioterapia com relação ao estadiamento da neoplasia, lembrando que o esquema original de Nigro propunha uma Rt de 3000 cGy e atualmente estamos oferecendo a estes pacientes 4500 cGy com o mesmo esquema de quimioterapia [6]. Portanto o estadiamento pode ser um fator determinante de adequação do tratamento radio-quimioterápico. A amputação abdomino-perineal do reto tem sido a única opção salvadora para estes pacientes. Não existem relatos de ressecção local e novos cursos de quimioterapia para tumores residuais ou recidivas tardias. Pessoalmente não acreditamos em novas séries de radioterapia quando a sobrevida dos nossos pacientes sempre foi inferior a 5 anos. Devido à raridade destes tumores é difícil uma experiência grande o suficiente para determinar com maior certeza qual o melhor método terapêutico para cada caso e para aqueles com tumor residual ou recidiva neoplásica. Talvez pudéssemos estabelecer um registro nacional coordenado pela Sociedade Brasileira de Colo-Proctologia de pacientes com carcinoma epidermoide de canal anal, com um protocolo adequado para que os especialistas brasileiros pudessem obter uma resposta mais rápida em função da agregação dos pacientes em todo o país.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Klas JV, Rothenberger DA, Wong WD, Madoff RD. Malignant tumors of the anal canal. The spectrum of disease, treatment, and outcomes. *Cancer* 85:1686-1693,1999.
2. Allal AS, Obradovic M, Laurencet F. Treatment of anal carcinoma in the elderly. Feasibility and outcome of radical radiotherapy with or without concomitant chemotherapy. *Cancer* 85:26-31,1999.
3. Valentino V, Mantello G, Luzzi S et al. Cancer of the anal canal and local control. *Rays* 23:586-594,1998.
4. Pocard M, Turet E, Nugent K, Dehni N, Parc R. Results of salvage abdominoperineal resection for anal canal cancer after radiotherapy. *Dis Colon Rectum* 41:1488-1493,1998.
5. Grabenhauer GG, Matzel KE, Schneider IH, et al. Sphincter preservation with chemoradiation in anal carcinoma: abdominoperineal resection in selected cases ? *Dis Colon Rectum* 41:441-450,1998.
6. Liberman H, Hooks V, Adams D, et al. Anal cancer: outcomes by radiation dose. Abstract. *Dis Colon Rectum* 42:A6,1999.

Endereço para Correspondência:

Renato Bonardi
Rua Olavo Bilac 680
80440-040 Curitiba - Pr.
Fax: (0xx41) 243-8827
E-mail: bonardi@avalon.sul.com.br