



PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE PACIENTES COM CÂNCER DE CANAL ANAL E O TRATAMENTO ONCOLÓGICO NA DOENÇA INICIAL EM UM HOSPITAL ONCOLOGICO PUBLICO DO DISTRITO FEDERAL¹

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PATIENTS WITH ANAL CANAL CANCER AND ONCOLOGICAL TREATMENT IN INITIAL DISEASE IN A PUBLIC ONCOLOGICAL HOSPITAL IN THE FEDERAL DISTRICT

Mônica Rodrigues PIRES

Fundação de Ensino de Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS/SES/DF)

E-mail: monirpires@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-9207-6266>

Lara de Paula SOUSA

Fundação de Ensino de Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS/SES/DF)

E-mail: laradepaulasousa@gmail.com

ORCID: <http://orcid.org/0009-0009-8082-8118>

Raquel Baptista PIO

Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE)

E-mail: pio.raquel@gmail.com

ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-5282-4464>

RESUMO

Introdução: O câncer anal é relativamente raro, afetando um em cada 100.000 habitantes no mundo e representando 2-4% de todos os tumores do trato gastrointestinal. A maioria tem origem epidérmica e é frequentemente curável e sensível à quimioterapia (QT) e radioterapia (RT). Estudos da década de 1990 estabeleceram a quimiorradioterapia combinada como base do tratamento inicial. Atualmente, cerca de três quartos dos pacientes recebem quimiorradioterapia como terapia primária. **Métodos:** Estudo transversal, observacional e descritivo baseado em dados de prontuários de 39 pacientes atendidos no Ambulatório de Oncologia Clínica do Hospital Regional de Taguatinga no período de maio de 2013 a dezembro de 2022. **Resultados:** A média de idade dos participantes foi de 63,4 anos. e houve predomínio de pacientes do sexo feminino (76,9%). A maioria dos pacientes apresentava doença

¹ Corresponding author: Mônica R. Pires. Fundação de Ensino de Pesquisa em Ciências da Saúde - FEPECS/SES/DF, Brasil Setor Médico Hospitalar Norte - Asa Norte, Brasília - DF, 70710-907. Contato: (61) 2017-2110 Email: monirpires@gmail.com.

localmente avançada (82%). Trinta pacientes (78,6%) foram tratados com quimiorradiação concomitante e os regimes de terapia sistêmica mais comumente utilizados foram Cisplatina com Capecitabina (30,8%) e Capecitabina isoladamente (28,2%). Resposta completa foi observada em 08 pacientes (20,5%) e 59% dos pacientes estavam vivos aos 2 anos. **Conclusão:** O carcinoma do canal anal é uma doença incomum e foi encontrada heterogeneidade nos tratamentos utilizados. Esforços devem ser direcionados para melhorar o desenvolvimento de protocolos institucionais compatíveis com a realidade de cada serviço visando melhores resultados clínicos.

Palavras-chave: Carcinoma. Canal anal. Tratamento.

ABSTRACT

Introduction: Anal cancer is relatively rare, affecting one in every 100,000 inhabitants worldwide and representing 2-4% of all tumors of the gastrointestinal tract. The majority have epidermal origin and are often curable and sensitive to chemotherapy (QT) and radiotherapy (RT). Studies from the 1990s established combined chemoradiotherapy as the mainstay of initial treatment. Currently, about three-quarters of patients receive chemoradiotherapy as primary therapy. **Methods:** Cross-sectional, observational and descriptive study based on data from medical records of 39 patients treated at the Clinical Oncology Outpatient Clinic of the Hospital Regional de Taguatinga from May 2013 to December 2022. **Results:** The average age of the participants was 63.4 years, and there was a predominance of female patients (76.9%). The majority of patients had locally advanced disease (82%). Thirty patients (78.6%) were treated with concomitant chemoradiation and the most commonly used systemic therapy regimens were Cisplatin with Capecitabine (30.8%) and Capecitabine alone (28.2%). Complete response was observed in 8 patients (20.5%) and 59% of patients were alive at 2 years. **Conclusion:** Anal canal carcinoma is an uncommon disease and heterogeneity was found in the treatments used. Efforts must be directed to improving the development of institutional protocols compatible with the reality of each service, aiming for better clinical results.

Keywords: Carcinoma. Anal canal. Treatment.

INTRODUÇÃO

O câncer de canal anal é uma doença pouco frequente, acometendo um a cada 100.000 habitantes no mundo e representando 2-4% de todos os tumores do trato gastrointestinal. Publicação recente da American Cancer Society aponta para 9940 novos casos de câncer de canal anal nos Estados Unidos, 6290 dos casos somente em mulheres. A mortalidade chegou a 1670 óbitos, sendo 930 em mulheres e 740 em homens. Estes dados demonstram o perfil ainda pouco comum deste tipo de câncer e com alto potencial de cura.^{1,2}

O número de novos casos aumentou substancialmente nas últimas três décadas, com a incidência atingindo 1-3% ao ano. Há um predomínio do câncer de canal anal no sexo feminino de 2:1 a 5:1 e em pacientes na sexta e sétima décadas de vida. A sobrevida global (SG) em cinco anos aumentou de uma média de 64% [intervalo de confiança de 95% (IC) 58% a 71%] em 1980 para 75% (IC 95% 70% a 79%) em 2010 (P = 0,046).^{2,3}

O carcinoma de células escamosas é a histologia mais comum do câncer de canal anal correspondendo a cerca de de 75% a 80% dos casos. Sua carcinogênese é principalmente atribuída a fatores ambientais, possuindo uma estreita relação com a infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV), principalmente os subtipos 16 e 18. Dados de revisão sistemática de 35 estudos de câncer anal mostraram a prevalência de HPV-16/18 em 72% dos casos. Relatório de 2012 do Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos Estados Unidos da América (EUA) estimou que 86% a 97% dos cânceres do ânus são atribuíveis à infecção pelo HPV.^{4,5}

Outros fatores de risco incluem o número de parceiros sexuais ao longo da vida, neoplasia intraepitelial anal (NIA), verrugas genitais, tabagismo, relação anal receptiva, imunossupressão após transplante de órgãos sólidos, malignidades hematológicas, certos distúrbios autoimunes; e infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV).^{1,6}

As medidas de rastreamento de lesões precursoras na população de alto risco, como pacientes vivendo com HIV é controverso, pois apesar dos potenciais benefícios faltam dados demonstrando que tais programas possam impactar incidência e mortalidade

relacionadas ao câncer de canal anal. Algumas revisões sistemáticas e metanálises demonstram a eficácia da citologia anal na detecção de NIA, principalmente em indivíduos de alto risco. No entanto, a maioria das diretrizes não recomendam a triagem de câncer anal, mesmo na população de alto risco.⁷

Como medida de prevenção, o Comitê Consultivo em Práticas de Imunização (ACIP) recomenda o uso rotineiro da vacina 9-valente em crianças de 11 anos e 12 anos, bem como vacinação em dia para indivíduos até 26 anos de idade que não foram vacinados anteriormente. A Sociedade Americana de Oncologia Clínica (ASCO) divulgou uma declaração sobre a vacinação contra o HPV para prevenção do câncer com o objetivo de aumentar a cobertura vacinal e em 2018, o FDA expandiu o uso da vacina 9-valente para incluir indivíduos de 27 a 45 anos.^{8,9}

No Brasil o ministério da Saúde recomenda e fornece de forma gratuita a vacina quadrivalente (dirigida para os tipos mais frequentes de tipos de HPV: 6, 11, 16 e 18) para meninas e meninos de 9 a 14 anos, com esquema de 2 doses com intervalo de 6 meses; para mulheres e homens que vivem com HIV, transplantados de órgãos sólidos, de medula óssea ou pacientes oncológicos na faixa etária de 9 a 45 anos, com esquema de três doses (0,2,6 meses), para vítimas de abuso sexual de 9 a 45 anos (homens e mulheres) que não tenham tomado a vacina HPV ou estejam com esquema incompleto administrar conforme a indicação da situação vacinal.¹⁰

O diagnóstico do câncer de canal anal inicia pela inspeção anal e toque retal adequados, bem como a palpação da região inguinal, o exame ginecológico em mulheres e urológico em homens. É fundamental antes da instituição de qualquer tratamento, conhecer o status imunológico em relação ao HIV. Em caso de linfonodos aumentados em região inguinal pode ser realizado punção para diagnóstico histopatológico. Devem ser realizados exames de imagem com tomografias de tórax, abdome para avaliação de doença à distância e ressonância magnética de pelve para adequado estadiamento tanto da lesão primária, quanto loco-regional com avaliação linfonodal. A tomografia computadorizada com emissão de pósitrons (PET-CT) não é mandatória, mas pode ser utilizada quando disponível. Os dados atuais ainda são variáveis e baseados em séries retrospectivas com 12-59% de mudança de conduta no manejo desses pacientes.^{11,12}

Em linhas gerais, pacientes com doença inicial (Tis, T1N0), fatores de bom prognóstico e tumores bem diferenciados podem ser tratados com ressecção local exclusiva se houver possibilidade de adequada margem de segurança. A maior parte dos pacientes possui ao diagnóstico doença com estadiamento mínimo cT2 e/ou acometimento linfonodal, os quais são tratados com quimiorradiação definitiva. Já o resgate cirúrgico com amputação abdominoperineal fica reservado para pacientes com falha no tratamento combinado. ^{11,13}

Até a década de 1970 a cirurgia de ressecção abdômino-perineal era o tratamento de escolha. Nos últimos 40 anos a abordagem terapêutica do carcinoma de canal anal evoluiu em função dos resultados de preservação da função esfinteriana. Em 1974, Nigro et al.¹⁹ publicaram os resultados preliminares de três pacientes tratados com quimioterapia com 5-fluorouracil (5-FU) e mitomicina C (MMC) concomitantes à radioterapia de forma pré-operatória com evidência de resposta completa após o procedimento cirúrgico em dois pacientes e ausência de recorrência da doença 15 meses após o tratamento no paciente que recusou cirurgia. ^{14,15}

Com base em estudos randomizados publicados na década de 1990 ficou estabelecido o tratamento com quimiorradioterapia combinada como a base do tratamento inicial. Atualmente, cerca de três quartos dos pacientes recebem quimiorradiação como terapia primária. Desde então, numerosos estudos clínicos foram realizados em diversos esquemas para o carcinoma de canal anal com resultados terapêuticos considerados satisfatórios. A cirurgia passou a ser reservada para casos de resgate em eventual falha terapêutica ou para os casos com doença destrutiva do canal anal. ^{16,17}

Historicamente, o estudo de fase III ACT I do UKCCCR comparou o uso da radioterapia exclusiva versus quimiorradiação no tratamento de 585 pacientes com câncer de canal anal com estadiamento igual ou superior a T1 demonstrando maior controle local com tratamento combinado, apesar de ausência de ganho de sobrevida. Tais dados foram replicados posteriormente em estudo Fase III do EORTC com 110 pacientes, também com achado de melhor desfecho de sobrevida livre de colostomia em pacientes tratados com quimiorradiação consolidando esse tratamento como padrão. ^{18,19,20}

O papel da adição da MMC ao esquema com 5-FU e Radioterapia foi avaliado em estudo fase III RTOG, demonstrando menor falha de tratamento reduzindo o número de cirurgias de resgate quando comparado a 5-FU isolado com radioterapia.²¹ É válido lembrar que há a alguns anos a MMC não é produzida no Brasil e sua importação pode representar fator limitante de acessibilidade a estes esquema de terapia sistêmica em diversos serviços.

No estudo RTOG 89 foi avaliada a substituição da MMC pela Cisplatina sem diferença em termos de sobrevida global, apesar da sobrevida livre de colostomia favorável a MMC, sendo a escolha quando disponível. Por outro lado, no ACT II não foram observadas diferenças em sobrevida global ou livre de colostomia entre estes esquemas, no entanto, foi visto maior toxicidade ao esquema com cisplatina. Outra substituição avaliada foi o uso da capecitabina nos dias de realização da radioterapia no lugar do 5-FU infusional, já que este último demanda de dispositivos como implante de port-à-cath e infusores, que podem não se encontrar facilmente disponíveis em alguns serviços. Portanto, a sua substituição pela capecitabina foi avaliada e se tornou uma alternativa, porém, as toxicidades relacionadas devem ser avaliadas na escolha do tratamento.^{22,23,24}

O objetivo deste estudo foi descrever dados epidemiológicos de pacientes com câncer de canal anal e quais esquemas de terapia sistêmica utilizadas no tratamento da doença localizada em um Hospital Oncológico do Distrito Federal no período de Maio/2013 a Dezembro/2022; bem como correlacionar tais dados com a literatura científica relacionada.

MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal, observacional e descritivo realizado no serviço de Oncologia clínica do Hospital Regional de Taguatinga do Distrito Federal através da análise de dados de prontuários eletrônicos de pacientes atendidos no serviço no período de Maio/2013 a Dezembro/2022. Neste projeto foram observados os princípios éticos da pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CAAE: 77070724.1.0000.5553).

A amostra do estudo foi composta por dados de prontuário médico de 39 pacientes atendidos no Ambulatório de Oncologia clínica através de dados existentes

em sistema TRAK-CARE e ACESS versão 2013 disponível na base de dados da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal (SES – DF) e preenchidos conforme rotina de atendimentos do serviço.

Foram incluídos no estudo pacientes conforme os seguintes critérios: pacientes maiores de 18 anos; que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa através de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); pacientes com diagnóstico anátomo-patológico de carcinoma de canal anal, sob código de classificação de doença CID-10: C21.

Os dados foram tabulados em planilha do programa Microsoft Office Excel 2013 e analisados utilizando o software SPSS – IBM 22.0 (Statistical Package for Social Science), devidamente registrado. Foram realizadas estatísticas descritivas por meio de medidas de tendência central (média), de dispersão (desvio-padrão) e frequências. Para a comparação de variáveis categóricas, foram realizados testes do qui-quadrado (χ^2), ou teste Exato de Fisher, dependendo da casuística, ou quando as frequências esperadas foram menores que cinco.

RESULTADOS

O presente estudo avaliou dados de prontuário de 39 pacientes com diagnóstico oncológico de carcinoma de canal anal em um Hospital Oncológico do Distrito Federal atendidos no período de Maio de 2013 a Dezembro de 2022. A idade dos pacientes variou de 38 a 93 anos, com média de idade de $63,4 \pm 14,1$ e 24 pacientes acima dos 60 anos (61,5%). Houve um predomínio de pacientes do sexo feminino, sendo 30 (76,9%) mulheres e 09 (23,1%) homens. Também foi observado um maior número de pacientes de raça parda (38,5%) e foram encontrados 05 (12,8%) paciente com sorologia positiva para HIV, apesar do grande número de pacientes no qual não constava essa informação em prontuário (59%) conforme demonstrado em Tabela 01.

Tabela 01. Dados descritivos sociodemográficos.

Variáveis		N	%
Sexo	Feminino	30	76,9
	Masculino	09	23,1
	Total	39	100
Raça	Branca	03	7,7
	Parda	15	38,5
	Sem informação	21	53,8
	Total	39	100
HIV	Sim	05	12,8
	Não	11	28,2
	Indefinido	23	59
	Total	39	100

Fonte: As autoras.

A distribuição de pacientes por estágio clínico foi: I - quatro pacientes (10,3%), II - oito pacientes (20,5%), III - vinte e quatro pacientes (61,5%) e IV - três pacientes (7,6%), dessa forma 36 pacientes apresentaram doença localizada ou localmente avançada.

Paciente com Grau do tumor II ou III representaram 58,9% da amostra. Trinta pacientes (78,6%) foram tratados com RT e QT concomitantes e três pacientes receberam radioterapia exclusiva por falta de condições clínicas. Dos esquemas de terapia sistêmica utilizadas, doze (33,3%) pacientes receberam CDDP com capecitabina, onze receberam capecitabina isolada (30,6%) e uma minoria (5,6%) recebeu CDDP + 5-FU ou MMC + 5-FU. Tabela 02

A resposta clínica foi avaliada após término de tratamento com ampla variação de tempo, de 30 dias até 8 meses. Foi encontrado resposta completa em 08 pacientes (22,2%). Dez pacientes (27,8%) necessitaram de colostomia, sendo 06 pacientes no período pré tratamento e 04 na recorrência da doença. Nos 12 pacientes que apresentaram recidiva de doença, 7 pacientes (58,3%) tiveram recidiva locorregional e 05 pacientes (41,7%) doença à distância . O tratamento na recorrência foi realizado

com resgate cirúrgico em 05 pacientes (41,7%) e com terapia sistêmica em 06 pacientes (50%) conforme Tabela 02.

Tabela 02. Dados clínicos.

Variáveis		N	%
Estadiamento da doença	I	04	10,3
	II	08	20,5
	III	24	61,6
	IV	03	7,6
	Total	39	100
Grau do tumor	1	07	17,9
	2	10	25,6
	3	13	33,3
	Sem especificação	09	23,1
	Total	39	100
Tratamento	CDDP+5FU ou MMC+5FU	02	5,6
	Capecitabina +CDDP	12	33,3
	Capecitabina isolado	11	30,6
	Sem especificação	8	22,2
	Recusou fazer/CI	03	8,3
	Total	36	100

CI: Contra-indicado.

Radioterapia	Concomitante	30	83,4
	Radioterapia	03	8,3
	Sem especificação	03	8,3
	Total	36	100
Desfecho	Resposta Completo	08	22,2
	Doença Residual	10	27,8
	Progressão da doença	01	2,8
	Não Especificado	20	47,2
	Total	36	100
Colostomia	Sim	10	27,8
	Não	26	72,2
	Total	36	100
Tipo Recorrência	Local	07	58,3
	Distância	05	41,7
	Total	12	100
Tratamento recorrência	Resgate Cirúrgico	5	41,7
	Terapia Sistêmica	6	50
	Ambos	1	8,3
	Total	12	100

Fonte: As autoras.

Em 2 anos vinte e três pacientes (59%) estavam vivos e em 5 anos sete pacientes (17,9%), conforme Tabela 03. Do total de pacientes, 14 ainda não atingiram 2 e 5 anos de sobrevida. Não foram realizadas associações entre a sobrevida e esquemas de tratamento sistêmico concomitante ou não à radioterapia utilizados devido ao número limitado da amostra.

Tabela 03. Sobrevida em 2 e 5 anos

Variáveis		N	%
Sobrevida 02 anos	Sim	23	59
	Não	14	35,9
	Não atingido	02	5,1
Total		39	100
Sobrevida 05 anos	Sim	07	17,9
	Não	20	51,3
	Não atingido	12	30,8
Total		39	100

Fonte: As autoras.

DISCUSSÃO

Nessa descrição de dados de pouco mais de 8 anos foram levantadas informações epidemiológicas e de tratamento de 39 pacientes com diagnóstico de carcinoma de canal anal. Outro estudo com este mesmo período de análise descreveu 47 pacientes com diagnóstico histológico de carcinoma epidermóide de canal anal tratados em Centro Pesquisa de um hospital oncológico brasileiro. Estudo retrospectivo realizado em Barcelona encontrou 20 casos relacionados a este tipo de tumor em 14 anos de análise, tais dados demonstram que o câncer de canal anal se trata de doença pouco comum. ^{2,25}

Foi encontrado uma maior prevalência do câncer de canal anal em pacientes acima de 60 anos e em mulheres. Tais achados corroboram com a análise da incidência de câncer anal dados do Programa Nacional de Registros de Câncer e SEER de 2001 a 2016, que demonstraram elevações nos percentuais de incidência tanto na população geral quanto naqueles maiores ou iguais a 50 anos de idade, de 2,1 (95% CI, 1,7–2,5), e 2,8 (95% CI, 2,5– 3.1) respectivamente. Esse aumento tem sido observado especialmente em mulheres com 50 anos ou mais. Outro estudo brasileiro também demonstrou maior proporção deste tumor no sexo feminino (4,5:1). ^{26,27}

Já é bem estabelecido na literatura a importante associação do desenvolvimento do carcinoma de canal anal em pacientes com infecção pelos virus HPV e HIV, nestes a

probabilidade de ser diagnosticado com câncer anal é de 15 a 35 vezes maior do que na população geral. Sabe-se que a supressão do sistema imunológico pelo uso de drogas imunossupressoras ou pela infecção por HIV provavelmente facilita a persistência da infecção por HPV e lesões precursoras na região anal.^{28,29}

Análise do banco de dados franceses mostraram um risco altamente elevado de câncer anal em pessoas vivendo com HIV, inclusive naqueles que estavam em terapia e cujas contagens de células T CD4+ eram elevadas. Por outro lado, algumas evidências sugerem que o tratamento prolongado (>24 meses) pode estar associada a uma redução na incidência de lesões precursoras como a NIA de alto grau.³⁰

Neste estudo apenas 12,8 % dos pacientes apresentavam registro positivo para HIV, porém, a maioria não apresentava registro e/ou especificação sobre status sorológico ou não foram testados. O rastreio da infecção HIV é mandatório em pacientes com câncer de canal anal, tendo em vista o maior risco relatado nesses pacientes. Nos EUA, 13% das pessoas acometidas desconhecem seu diagnóstico e, portanto, não recebem os cuidados clínicos de que necessitam para reduzir a morbimortalidade relacionada à doença, além de aumentarem o risco de transmissão do vírus. A identificação da infecção pelo HIV tem o potencial de melhorar os resultados clínicos, sendo recomendada pelo CDC em todos os pacientes, exceto se recusa dos mesmos.^{31,32}

Já a positividade para HPV e/ou p16 tem valor prognóstico para sobrevida em pacientes com carcinoma anal. Em uma retrospectiva de 143 amostras de tumor, a positividade de p16 foi fator prognóstico independente para sobrevida global (HR, 0,07; IC 95%, 0,01–0,61; P = 0,016). Nesse estudo não foram encontrados pacientes com descrição de positividade para HPV e/ou p16 em prontuário, o que pode ser explicado pela falta de acessibilidade ao teste no serviço.^{33,34}

A maioria dos cânceres anais tem origem epidérmica (epidermoides, cloacogênicos, basaloides, células transicionais), sendo frequentemente curáveis e sensíveis à quimioterapia (QT) e à radioterapia (RT). Os fatores prognósticos mais relevantes neste tipo de tumor são o tamanho, o grau de diferenciação, o local (canal anal medial ou lateral, margem anal) e a presença de metástases. Em consistência com a literatura, neste estudo todos os pacientes apresentavam histologia de carcinoma

epidermóide e foram diagnosticados em estadios iniciais (92,4%) com doença localizada ou localmente avançada.³⁵

Quanto ao estadiamento e tratamento, houve um maior número de pacientes com doença localmente avançada com estadios II (20,5%) e III (61,6%) - Tabela 02. Trinta pacientes (78,6%) foram tratados com RT e QT concomitantes e três pacientes receberam radioterapia exclusiva por falta de condições clínicas. Dos esquemas de terapia sistêmica utilizadas, doze (33,3%) pacientes receberam CDDP com capecitabina, onze receberam capecitabina isolada (30,6%) e uma minoria (5,6%) recebeu CDDP + 5-FU ou MMC + 5-FU.

Em série de 11 casos todos os pacientes foram submetidos a quimioterapia com 5-FU e MMC em associação a radioterapia externa. Este esquema também foi o preferível em 89,4% dos pacientes atendidos em um Hospital Oncológico brasileiro. Os estudos que fizeram uso desses esquemas eram mais antigos, sabe-se que atualmente a disponibilidade da Mitomicina no Brasil e sua importação representam limitações para seu uso. Apesar disso, é possível observar uma heterogeneidade das escolhas e do acesso aos esquemas de tratamento para tal enfermidade.^{2,27}

Como alternativa ao esquema padrão, um estudo retrospectivo com 67 pacientes com carcinoma de canal anal localizado estádios II-III avaliou o uso de CDDP (60-70 mg/m² a cada 21 dias por dois cursos) e capecitabina (875mg/m² duas vezes ao dia por 5 dias/semana) concomitante com radioterapia. Foi encontrada uma taxa de resposta clínica completa, de resposta objetiva e de controle da doença em 6 meses de 93%, 94% e 99%, respectivamente. A sobrevida livre de doença em 3 anos foi de 85%, enquanto a sobrevida global em 1 e 2 anos chegou a 100% e 95%. A sobrevida livre de colostomia atingiu 90% em 1 ano e 88% em 2 anos. Eventos adversos agudos de grau 3-4 foram relatados em 61% dos pacientes; predominantemente toxicidade cutânea (46%) e toxicidade hematológica (12%).³⁶

Neste estudo foi encontrada importante variação do tempo para avaliação de resposta após o término do tratamento, desde 30 dias até 8 meses. No entanto, a descrição dessa variável foi registrada em menos da metade dos prontuários analisados, dificultando a avaliação fidedigna dos resultados. Um dado de extrema relevância visto no estudo ACT II mostra que 3/4 dos pacientes que não atingiram resposta clínica completa inicialmente, podem evoluir com taxas de resposta em até 6

meses. Em casos de respostas consecutivas esse período pode ser estendido por até 12 meses poupando o paciente da morbidade cirúrgica.²³

A recidiva de doença ocorreu em 12 pacientes, destes, 07 (58,3%) tiveram recaída locorregional com realização de resgate cirúrgico em 05. Metástases à distância ocorreram em 05 pacientes (13,8%) da população com doença inicial. Com relação a mortalidade, 59% dos pacientes avaliados estavam vivos em 2 anos e somente 17,9% em 5 anos. Diferente do encontrado em análise semelhante com pacientes entre 36 e 77 anos (mediana 56 anos), no qual a probabilidade de sobrevida global em cinco anos chegou a 61,5%. Tal fato pode estar relacionado a maior prevalência da doença em pacientes idosos, que neste estudo representa parte importante da população (61,5%) e, conseqüentemente, com maior prevalência de outras morbidades graves associadas.²

Este estudo demonstra que o carcinoma de canal anal se trata de doença pouco comum e ampla heterogeneidade nas escolhas de tratamentos foram encontradas, por vezes incongruentes com os esquemas previstos como padrão na literatura e guidelines. Os esquemas recomendados no tratamento da doença inicial com as associações de 5-FU infusional com MMC ou cisplatina foram raramente utilizados nesse serviço, o que pode estar relacionado à indisponibilidade de MMC no Brasil, a dificuldade de acesso à dispositivos infusionais em tempo hábil e às escolhas dos profissionais diante das limitações do serviço. Nesse contexto, destacamos a importância do envolvimento dos profissionais em conjunto com a administração institucional para promover formas de melhorias visando o maior acesso dos pacientes aos esquemas preconizados com o objetivo de atingir melhores resultados e desfechos clínicos.

Esforços também devem ser direcionados em atividades educacionais, aperfeiçoamentos e atualizações aos profissionais para otimizar o preenchimento dos dados de prontuários, bem como estimular o desenvolvimento de protocolos institucionais compatíveis com a realidade de cada serviço para melhor avaliação, seguimento e manejo desses pacientes. Nesse sentido, destacamos o baixo número de pacientes com status sorológico de HIV solicitado e/ou descrito em prontuário. Informações completas e dados de qualidade podem auxiliar na geração de *feedback* e trazer benefícios ao paciente, profissionais e serviço.

REFERÊNCIAS

1. Siegel RL, Miller KD, Fuchs HE, Jemal A. Estatísticas de câncer, 2022. *CA Cancer J Clin* 2022; 72:7.
2. Ricardo Akiyoshi Nakamura; Robson Ferrigno et. al.. Conservative treatment of anal canal carcinoma. , Fev 2005. *Rev. Col. Bras. Cir.* 32 (1)
3. Siegel RL, Giaquinto AN, Jemal A. Cancer statistics, 2024. *CA Cancer J Clin.* 2024; 1-38. doi:10.3322/caac.21820
4. Souza DL, Curado MP, Bernal MM, Jerez-Roig J, Boffetta P. Mortality trends and prediction of HPV-related cancers in Brazil. *Eur J Cancer Prev.* 2013;22(4):380-7.
5. Jemal A, Simard EP, Dorell C, et al. Annual Report to the Nation on the Status of Cancer, 1975-2009, featuring the burden and trends in human papillomavirus (HPV)-associated cancers and HPV vaccination coverage levels. *J Natl Cancer Inst* 2013;105:175-201. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23297039>.
6. Human papillomavirus-associated cancers - United States, 2004- 2008. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2012;61:258-261. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22513527>
7. Goncalves JCN, Macedo ACL, Madeira K, et al. Accuracy of Anal Cytology for Diagnostic of Precursor Lesions of Anal Cancer: Systematic Review and Meta-analysis. *Dis Colon Rectum* 2019;62:112- 120. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30451747>.
8. Meites E, Szilagyi PG, Chesson HW, et al. Human Papillomavirus Vaccination for Adults: Updated Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2019;68:698-702. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31415491>. 72
9. Bailey HH, Chuang LT, duPont NC, et al. American Society of Clinical Oncology statement: human papillomavirus vaccination for cancer prevention. *J Clin Oncol* 2016;34:1803-1812. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27069078>.74
10. Ministerio da saude. <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/manuais>
11. Ribeiro e Venchiarutti. Diretriz SBOC 2023 .<https://sboc.org.br/diretrizes-publicas/versoes-finalizadas-2023>
12. Mahmud A, Poon R, Jonker D. PET imaging in anal canal cancer: a systematic review and meta-analysis. *Br J Radiol.* 2017 Dec;90(1080):20170370. doi: 10.1259/bjr.20170370. Epub 2017 Oct 3. PMID: 28972796; PMCID: PMC6047643.
13. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Guideline,Version 1.2024. 2023

Mônica Rodrigues PIRES; Lara de Paula SOUSA; Raquel Baptista PIO. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM CÂNCER DE CANAL ANAL E O TRATAMENTO ONCOLÓGICO NA DOENÇA INICIAL EM UM HOSPITAL ONCOLÓGICO PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL. *JNT Facit Business and Technology Journal. QUALIS B1.* 2024. FLUXO CONTÍNUO - FEVEREIRO-MARÇO. Ed. 49. Vol. 1. Págs. 279-296. ISSN: 2526-4281 <http://revistas.faculdefacit.edu.br>. E-mail: jnt@faculdefacit.edu.br.

14. Ryan DP, Compton CC, Mayer RJ. Carcinoma of the anal canal. *N Engl J Med* 2000;342:792-800. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10717015>.
15. Nigro ND, Vaitkevicius VK, Considine B. Combined therapy for cancer of the anal canal: a preliminary report. *Dis Colon Rectum* 1974;17:354-356. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4830803>.
16. Cummings BJ, Keane TJ, O'Sullivan B, et al. Epidermoid anal cancer: treatment by radiation alone or by radiation and 5-fluorouracil with and without mitomycin C. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1991;21:1115-1125. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1938508>.
17. 117. Papillon J, Chassard JL. Respective roles of radiotherapy and surgery in the management of epidermoid carcinoma of the anal margin. Series of 57 patients. *Dis Colon Rectum* 1992;35:422-429. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1568392>.
18. Epidermoid anal cancer: results from the UKCCCR randomised trial of radiotherapy alone versus radiotherapy, 5-fluorouracil, and mitomycin. UKCCCR Anal Cancer Trial Working Party. UK Co-ordinating Committee on Cancer Research. *Lancet* 1996;348:1049-1054. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8874455>.
19. Northover J, Glynn-Jones R, Sebag-Montefiore D, James R, Meadows H, Wan S, Jitlal M, Ledermann J. Chemoradiation for the treatment of epidermoid anal cancer: 13-year follow-up of the first randomised UKCCCR Anal Cancer Trial (ACT I). *Br J Cancer*. 2010 Mar 30;102(7):1123-8. doi: 10.1038/sj.bjc.6605605. Epub 2010 Mar 16. PMID: 20354531; PMCID: PMC2853094.
20. Bartelink H, Roelofsen F, Eschwege F, et al. Concomitant radiotherapy and chemotherapy is superior to radiotherapy alone in the treatment of locally advanced anal cancer: results of a phase III randomized trial of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Radiotherapy and Gastrointestinal Cooperative Groups. *J Clin Oncol* 1997;15:2040-2049. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9164216>.
21. Flam M, John M, Pajak TF, Petrelli N, Myerson R, Doggett S, Quivey J, Rotman M, Kerman H, Coia L, Murray K. Role of mitomycin in combination with fluorouracil and radiotherapy, and of salvage chemoradiation in the definitive nonsurgical treatment of epidermoid carcinoma of the anal canal: results of a phase III randomized intergroup study. *J Clin Oncol*. 1996 Sep;14(9):2527-39. doi: 10.1200/JCO.1996.14.9.2527. PMID: 8823332.
22. Ajani JA, Winter KA, Gunderson LL, Pedersen J, Benson AB 3rd, Thomas CR Jr, Mayer RJ, Haddock MG, Rich TA, Willett C. Fluorouracil, mitomycin, and radiotherapy vs fluorouracil, cisplatin, and radiotherapy for carcinoma of the anal canal: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2008 Apr 23;299(16):1914-21. doi: 10.1001/jama.299.16.1914. PMID: 18430910.

23. James RD, Glynne-Jones R, Meadows HM, Cunningham D, Myint AS, Saunders MP, Maughan T, McDonald A, Essapen S, Leslie M, Falk S, Wilson C, Gollins S, Begum R, Ledermann J, Kadalayil L, Sebag-Montefiore D. Mitomycin or cisplatin chemoradiation with or without maintenance chemotherapy for treatment of squamous-cell carcinoma of the anus (ACT II): a randomised, phase 3, open-label, 2 × 2 factorial trial. *Lancet Oncol.* 2013 May;14(6):516-24. doi: 10.1016/S1470-2045(13)70086-X. Epub 2013 Apr 9. PMID: 23578724.
24. Souza KT, Pereira AA, Araujo RL, Oliveira SC, Hoff PM, Riechelmann RP. Replacing 5-fluorouracil by capecitabine in localised squamous cell carcinoma of the anal canal: systematic review and meta-analysis. *Ecancelmedicalscience.* 2016 Dec 1;10:699. doi: 10.3332/ecancer.2016.699. PMID: 28105070; PMCID: PMC5221636.
25. Gallen M, Pla J, Miguel A, Ibeas R, Charles J, Fabregat X. Anal carcinoma: a 14 year experience. *Rev Esp Enferm Dig* 1997;89:23-8.
26. Deshmukh AA, Suk R, Shiels MS, Sonawane K, Nyitray AG, Liu Y, Gaisa MM, Palefsky JM, Sigel K. Recent Trends in Squamous Cell Carcinoma of the Anus Incidence and Mortality in the United States, 2001-2015. *J Natl Cancer Inst.* 2020 Aug 1;112(8):829-838. doi: 10.1093/jnci/djz219. PMID: 31742639; PMCID: PMC7825484.
27. Guimarães AP, Matos D, Segreto R, Forones NM. Carcinoma espinocelular de canal anal: análise de 11 casos. *Arq Gastroenterologia*, V. 38 - no. 1 - jan./mar. 2001
28. Human papillomavirus-associated cancers - United States, 2004- 2008. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2012;61:258-261. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22513527>.
29. Palefsky JM, Holly EA, Ralston ML, Jay N. Prevalence and risk factors for human papillomavirus infection of the anal canal in human immunodeficiency virus (HIV)-positive and HIV-negative homosexual men. *J Infect Dis* 1998;177:361-367. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9466522>.
30. Piketty C, Selinger-Leneman H, Bouvier AM, Belot A, Mary-Krause M, Duvivier C, Bonmarchand M, Abramowitz L, Costagliola D, Grabar S. Incidence of HIV-related anal cancer remains increased despite long-term combined antiretroviral treatment: results from the french hospital database on HIV. *J Clin Oncol.* 2012 Dec 10;30(35):4360-6. doi: 10.1200/JCO.2012.44.5486. Epub 2012 Oct 22. PMID: 23091098.
31. Frisch M, Biggar RJ, Goedert JJ. Human papillomavirus-associated cancers in patients with human immunodeficiency virus infection and acquired immunodeficiency syndrome. *J Natl Cancer Inst* 2000;92:1500-1510. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10995805>.
32. Branson BM, Handsfield HH, Lampe MA, et al. Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings. *MMWR*

Recomm Rep 2006;55:1-17; quiz CE11-14. Available at:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16988643>.

33. Parwaiz I, MacCabe TA, Thomas MG, Messenger DE. A Systematic Review and Meta-Analysis of Prognostic Biomarkers in Anal Squamous Cell Carcinoma Treated With Primary Chemoradiotherapy. *Clin Oncol (R Coll Radiol)* 2019;31:e1-e13. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31301958>.
34. U.S. Statistics. HIV.gov; 2022. Available at: <https://www.hiv.gov/hiv-basics/overview/data-and-trends/statistics>. Accessed February 14, 2023.
35. Cummings BJ, Ajani JA, Swallow CJ. Cancer of the anal region. In: DeVita Jr. VT, Lawrence TS, Rosenberg SA, et al., eds. *Cancer: Principles & Practice of Oncology*, Eighth Edition. Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins; 2008.
36. Rotundo MS, Zampino MG, Ravenda PS, Bagnardi V, Peveri G, Dell'Acqua V, Surgo A, Trovato C, Bottiglieri L, Bertani E, Petz WL, Fumagalli Romario U, Fazio N. Cisplatina mais capecitabina concomitante com radioterapia modulada por intensidade em carcinoma de células escamosas anais não metastático: a experiência de um único centro de pesquisa sobre câncer. *Ther Adv Med Oncol*. 15 de julho de 2020;12:1758835920940945. doi: 10.1177/1758835920940945. PMID: 32728394; PMCID: PMC7364808.