



**ALBERT EINSTEIN**  
HOSPITAL ISRAELITA

## Diretrizes Assistenciais

### Protocolo de Conduta da Assistência Médico- Hospitalar – Canal Anal

---

Versão eletrônica atualizada em  
Novembro – 2008

## Protocolo de Conduta da Assistência Médico-Hospitalar

### Objetivos:

- manuseio das doenças de forma rápida e efetiva
- diminuição da morbidade e mortalidade dos pacientes
- melhora da qualidade de vida e a diminuição dos custos

A intenção deste protocolo é de encorajar a uniformização de alguns serviços de saúde prestados. Embora pretenda melhorar a eficácia e a qualidade dos serviços não é uma garantia absoluta sobre os resultados. O protocolo constitui apenas um guia de condutas, cabendo ao médico responsável as decisões finais sobre o manuseio de seus pacientes. Deve conter os requisitos mínimos aceitos para o manejo dos pacientes.

**I. Este protocolo envolve:** radioterapia no tratamento do câncer de canal anal (CID C21).

**II. Tempo de Tratamento hospitalar previsto:** 06 semanas.

### III. Introdução

Estima-se 3990 casos novos de câncer de canal anal nos EUA em 2005.

### IV. Critérios de inclusão:

Será considerado elegível o paciente que apresentar TODOS os seguintes critérios de inclusão:

- ser portador de neoplasia maligna primária de canal anal com confirmação histológica;
- estágio clínico I a III (AJCC).

### V. Critérios de exclusão: (contra-indicações absolutas)

Será considerado inelegível o paciente que apresentar UM OU MAIS dos seguintes critérios de exclusão:

- senilidade e/ou falta de compreensão dos procedimentos;
- impossibilidade de adesão ao tratamento;
- recusa ao tratamento;
- radioterapia pélvica prévia
- colagenose em atividade.

### VI. Confirmação do diagnóstico clínico:

- história clínica;
- exame físico: (geral e dirigido)
- exames complementares:

\*Anuscopia;  
\*TC de tórax, abdômen e pelve;  
\*Exames desejáveis: RNM de pelve, sorologia para HIV, colpocitologia oncológica.

## VII. Plano Terapêutico:

VII. A. Tratamento curativo com quimioterapia concomitante

- Quimioterapia:

Condutas referentes à administração dos quimioterápicos encontram-se especificadas em separado.

- Radioterapia externa:

(1ª fase)

CTV: = leito tumoral + drenagem linfonodal

PTV: = CTV + margens

(2ª fase)

GTV: = leito tumoral + LNDs acometidos

CTV: = GTV + margem

PTV: = CTV + margens

Dose-dia: 180cGy

Dose total:

(1ª fase): 3060cGy

(2ª fase): 1440 a 2340cGy

Doses máximas em órgãos de risco:

Bexiga:

≤55%: ≥ 47Gy

≤30%: ≥ 70Gy

Dmáx: 82Gy

Cabeça femoral:

Dmáx: 50Gy

Reto:

≤55%: ≥ 47Gy

≤40%: ≥ 65Gy

≤25%: ≥ 70Gy

≤10%: ≥ 75Gy

Dmáx: 82Gy

Intestino delgado:

≤100%: ≥ 40Gy

≤66%: ≥ 45Gy

≤33%: ≥ 50Gy  
Dmax: 60Gy

Posicionamento e imobilização:

- decúbito dorsal;
- utilização de imobilizador individual.

Técnica de irradiação:

- Radioterapia Conformada Tri-Dimensional (3D-CRT) e/ou Radioterapia de Feixe de Intensidade Modulada (IMRT).

#### **VIII. Critérios de suspensão temporária do tratamento:**

- qualquer toxicidade grau III ou superior (RTOG).

#### **IX. Critérios de interrupção do tratamento:**

- progressão de doença;
- toxicidade grau 4 (RTOG) persistente, sem recuperação com suspensão temporária do tratamento e/ou terapêutica habitual;
- perda de peso maior que 20% do peso habitual.

#### **X. Instruções específicas por ocasião da alta:**

| Tipo  | Instruções   |
|---|--|
| Dieta   | De acordo com protocolo específico da nutrição.  |
| Atividade Física                                | Normal, dentro de sua capacidade.  |
| Curativos/Incisões                              | Não.   |
| Medicamentos                                    | Medicações conforme clinicamente indicado.   |
| Exames controle                                 | Anuscopia a cada 3 - 6 meses; TC de tórax, abdômen e pelve a cada 3 - 6 meses.   |
| Materiais especiais                             | Nenhum.  |
| Educação (sinais, sintomas, equipamentos, etc.) | Observar sintomas urinários e intestinais em geral.  |
| Reavaliação/Emergência                          | Reavaliações no 1o mês após o tratamento; a cada 3 meses no primeiro ano; a cada 4 meses no segundo ano; a cada 6 meses nos anos subseqüentes. |

#### **XI. Abreviaturas explicativas usadas:**

GTV: gross tumor volume;  
CTV: clinical target volume;  
PTV: planning target volume;

RTOG: Radiation Therapy Oncology Group;  
AJCC: American Joint Committee on Cancer;  
RM: ressonância nuclear magnética;  
TC: tomografia computadorizada;  
USG: ultrassonografia.

## XII. Tabelas e anexos:

### MORBIDADE AGUDA - RTOG\*

| Órgão - tecido            | Grau 1   | Grau 2   | Grau 3  | Grau 4  |
|---------------------------|--|--|---|---|
| Pele                      | Eritema folicular fraco ou apagado, epilação, descamação seca, diminuição se sudorese.                             | Eritema brando ou claro, descamação úmida em placas, edema moderado.   | “Descamação úmida confluyente, além das dobras da pele ou edema em casca de laranja”  | Ulceração, hemorragia ou necrose.   |
| Gastrointestinal Inferior | Aumento da frequência ou modificação do hábito intestinal não necessitando de medicação. Sem desconforto retal.    | Diarréia necessitando de drogas parassimpatolíticas. Descamação de mucosa ou dor retal e abdominal.  | Diarréia requerendo suporte parenteral. Mucosite grave ou sangramento necessitando de fraudas.  | Obstrução aguda ou sub-aguda, fístula ou perfuração. Sangramento requerendo transfusão. Dor abdominal ou tenesmos necessitando de sonda nasogástrica. |
| Genitourinário            | Frequência urinária ou nictúria duas vezes maior que o habitual. Urgência miccional não necessitando de medicação. | Frequência urinária ou nictúria menos frequente do que a cada hora. Disúria ou espasmo de bexiga necessitando de analgésico tópico (p ex. Pyridium). | Frequência urinária ou nictúria a cada hora ou mais frequente. Disúria, dor pélvica ou espasmo de bexiga necessitando o uso de narcóticos regularmente. | Hematúria requerendo transfusão. Obstrução aguda de bexiga. Ulceração ou necrose.   |

|              |   |   |  |   |
|--------------|---|---|--|---|
|              |   |   | Hematúria<br>macroscópica<br>, com ou sem<br>coágulos.   |   |
| Hematológico | 11 > Hb > 9,5<br>4000 > Gb ><br>3000<br>1900 ><br>fagócitos ><br>1500<br>100.000 > plaq<br>uetas > 75.000 | 9,5 > Hb > 7,5<br>3000 > Gb ><br>2000<br>1500 ><br>fagócitos ><br>1000<br>75.000 ><br>plaquetas ><br>50.000 | 7,5 > Hb > 5<br>2000 > Gb ><br>1000<br>1000 ><br>fagócitos ><br>500<br>50.000 ><br>plaquetas ><br>25.000 | Hb < 5<br>Gb < 1000<br>fagócitos <<br>500<br>plaquetas <<br>25.000<br>*Grau 0: Sem<br>mudança /<br>ausência de<br>toxicidade. |

MORBIDADE TARDIA / SEQÜELAS - RTOG / EORT\*

| Órgão/tecido         | Grau 1   | Grau 2   | Grau 3   | Grau 4                                |
|----------------------|--|--|--|---------------------------------------|
| Pele                 | Leve atrofia,<br>mudança de<br>pigmentação<br>ou alguma<br>perda de<br>cabelo.   | Atrofia,<br>teleangectasi<br>a moderada<br>ou perda total<br>de cabelo.  | Atrofia e<br>teleangectasi<br>a acentuadas.  | Ulceração.                            |
| Tecido<br>Subcutâneo | Leve fibrose e<br>perda de<br>gordura<br>subcutânea.   | Fibrose<br>acentuada<br>mas<br>assintomática<br>. Leve<br>contratura no<br>campo com<br>diminuição<br>linear menos<br>de 10%.                | Fibrose<br>intensa e<br>perda de<br>tecido<br>subcutâneo.<br>Contratura no<br>campo igual<br>ou superior a<br>10%. | Necrose.                              |
| Intestinal           | Diarréia<br>branda ou<br>cólicas leves.<br>Até 5<br>evacuações<br>ao dia.<br>Descarga<br>retal ou<br>sangramento<br>leves. | Diarréia<br>moderada e<br>cólicas.<br>Evacuações<br>mais de 5<br>vezes ao dia.<br>Excessivo<br>muco retal ou<br>sangramento<br>intermitente. | Obstrução e<br>sangramento<br>requerendo<br>cirurgia.  | Necrose,<br>perfuração ou<br>fístula. |
| Bexiga               | Atrofia<br>epitelial leve,<br>teleangectasi  | Freqüência<br>urinária<br>moderada,  | Freqüência<br>urinária<br>elevada ou   | Necrose ou<br>bexiga<br>contraída     |



|  |   |  |  |  |
|--|---|--|--|--|
|  | a branda ou hematúria microscópica leve e rara. | teleangectasi a generalizada ou hematúria microscópica intermitente. | disúria. Teleangectasi a generalizada. Hematúria freqüente ou redução da capacidade vesical (< 150 cc) | secundária (< 100 cc). Cistite hemorrágica severa) |
|--|---|--|--|--|

\*Grau 0: Sem mudança ou ausência de toxicidade; Grau 5: Óbito diretamente relacionado ao efeito tardio da radiação.

**XIII. Data da realização do protocolo: 01/2007**

Data da próxima revisão:

**XIV. Equipe responsável pela elaboração**

| Nomes               | Profissão / Especialidade |
|---------------------|---------------------------|
| Michael Jenwei Chen | Médico / Radioterapia     |
|                     |                           |
|                     |                           |
|                     |                           |