

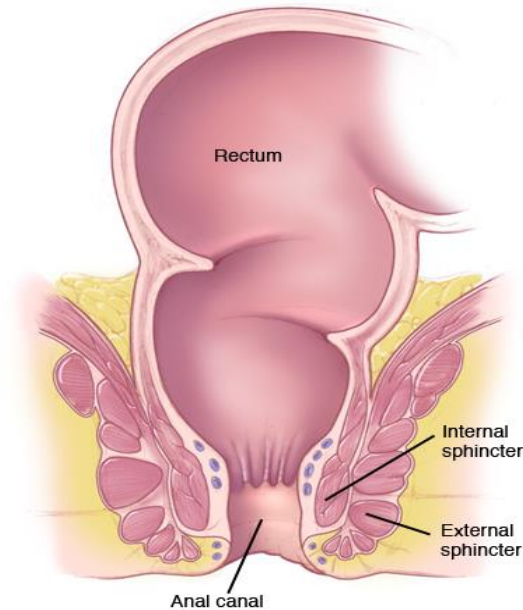
Le cancer du canal anal

Dr Christine Casa

Anatomie du canal anal

Du rectum à la peau péri anale

3-4 cm long



Proche en AV

- Cz l'homme : bulbe urétral, urètre, gl de Cowper
- Cz la femme : face postérieure du vagin

Epidémiologie des CCA

Rare

2,5 % des K digestifs

1 / 100 000 habitants

900 nouveaux cas / an

↑ **Incidence** depuis 30 ans (rôle des MST)

HPV 16 présent dans 89 % cas

♀ >> ♂ (sex ratio de 0,4 à 4,4)

Age moyen = 65 ans

Facteurs de risque des CCA

Infections liées au HPV

VIH

Immunosuppression

Tabac

Rapports anaux passifs

Partenaires multiples

Age (65 ans)

Anatomopathologie des CCA

Carcinome épidermoïde (95 %)

Longtemps localisé

Métastases (5 à 10 %, os, foie, poumon)

Carcinomes cloacogéniques (muqueuse transitionnelle)

- ADK
- Mélanomes malins
- Carcinomes colloïdes muqueux
- Sarcomes
- TNE à petites cellules

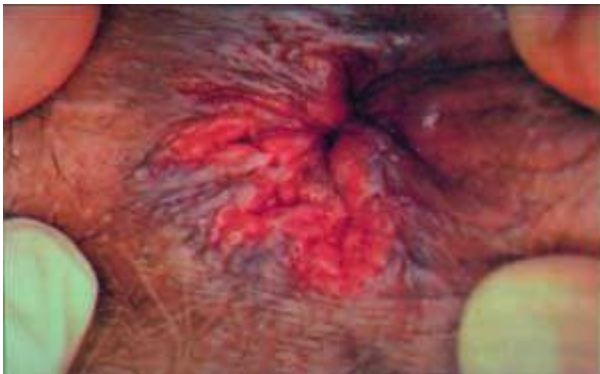
Clinique du CCA

Rectorragies

Douleurs anales

Lésion anale persistante

Incontinence anale



Attention à ne pas penser « trop vite » à des hémorroïdes

Diagnostic du CCA

Examen procto (inspection, TR)

(Ex gynéco et frottis)

Palpation des **aires GG inguinales** (et sus claviculaires)

Rectoscopie avec biopsies

IRM +++

TDM TAP

Sérologie **HIV**

TEP au FDG (si récidence)

EER (pour les petites T superficielles)

Le traitement du CCA

Les Buts

- Guérir le patient
- Obtenir le meilleur contrôle local
- Conserver un sphincter fonctionnel

Les classifications du CCA

TNM

T1 \leq 2cm

T2 de 21 à 50 mm

T3 $>$ 50 mm

T4 envahissement organes de voisinage

N : GG péri rectaux, iliaques internes, inguinaux

M

Classification échoendoscopique

Atteinte des sphincters et des organes de voisinage, ADP

Intérêt pronostique $>$ TNM

Les thérapeutiques (1)

La radiothérapie

(conformationnelle avec modulation d'intensité)

TDM avec injection de PDC

2 séquences séparées de 1 à 3 semaines

S1 : 36 à 45 Gys en 25 séances sur 5 semaines

S2 : 15 à 25 Gys soit par RT externe, soit par curiethérapie interstitielle

Les thérapeutiques (2)

La chimiothérapie

En association à la RT

5 FU de J1 à J4

et Mitomycine C à J1 de S1 et S5

Seule si métastases ou récurrence (5FU/ cisplatine)

Nombreux essais

Les thérapeutiques (3)

La chirurgie

Exclusive (exérèse) si T1NO de la marge anale

AAP (colostomie définitive) après RCT si

- réponse incomplète

- récidive

- poursuite évolutive

- complications locales

Colostomie de décharge avant RCT (Occlusion, envahissement recto-vaginal)

Curage inguinal (ADP résiduelles, rechutes GG)

Les résultats du ttt dans le CCA

T1 – T2 N0

- 70 à 90 % de guérisons
- Le plus souvent sans chirurgie

T3 – T4

- 60 à 70% de guérisons
- Souvent avec chirurgie de rattrapage

Arbre décisionnel 1

T1NO

Marge anale : exérèse en marges saines (> 1 mm)

Canal anal : RT exclusive

Si exérèse chirurgicale 1^{ère} (pour marisque ou découverte fortuite sur histo post op)

pas de RT si marges saines et $T < 10$ mm et bilan négatif (IRM et TEP)

Arbre décisionnel 2

T2/T3/T4

RCT concomittante (5 FU – Mitomycine C)

AAP seulement si échec, persistance à 6 mois,
progression, rechute locale, incontinence anale et fistule
vaginale persistante

Arbre décisionnel 3

T métastatiques d'emblée

Chimio de 1^{ère} intention (5 FU – cisplatine)

RCT à discuter

Colostomie de décharge si incontinence

Surveillance des CCA (1)

Buts

- Dépister RCD ou métastase
- Déceler une complication du traitement

Les RCD

- Dans les 2 ans surtout
- 30 %
- Chirurgie
- Savoir attendre ...

Surveillance des CCA (2)

TR + palpation GG inguinaux + anoscopie

- 6 à 8 semaines après la fin du ttt
- Tous les 4 mois pendant 2 ans, puis tous les 6 mois pendant 5 ans

Pas de biopsie si réponse complète

Eviter les biopsies chirurgicales (risque de nécrose)

Options

TDM TAP annuel

TEP 4 à 6 mois après fin du ttt

IRM avant chirurgie de rattrapage

Dosage des SCC sériques

Conclusions

Le cancer du canal anal

Est un cancer **rare**, mais en augmentation

Favorisé notamment par les infections à **HPV**

D'évolution plutôt **loco régionale**

Dont le traitement de référence est souvent la **RCT**

Pour lequel la chirurgie n'est souvent que rattrapage

Et dont le **PC** est plutôt **correct**