

Université de DJILLALI LIABES Sidi Bel Abbès

Faculté de Médecine TALEB MOURAD

Département de Médecine

Module de Gastroentérologie 4^{ème} année de Médecine

Année Universitaire 2024/2025

Le Cancer du Canal Anal

Dr El Bordji Z.

Service de Chirurgie « A » - HMLCC Sidi Bel Abbès

Plan:

- I. Définition
- II. Intérêt de la question
- III. Rappel anatomique
- IV. Épidémiologie
- V. Anatomo-pathologie
- VI. Clinique
- VII. Examens complémentaires
- VIII. Traitement
- IX. Résultats

I. Définition

C'est l'ensemble des tumeurs malignes développées au dépend du canal anal, situé entre le rectum et la marge anale.

II. Intérêt de la question

- **Fréquence** : ce sont des tumeurs rares : moins de 2 % des cancers colorectaux.

- **Anatomopathologie** : Le carcinome épidermoïde représente 90 % des cancers du canal anal.
- **Sexe et âge** : prédominance féminine de plus de 60 ans.
- **Facteurs de risque** : les infections à HPV, HIV, le tabagisme, rapports sexuels anaux à partenaires multiples.
- **Diagnostic** : grâce au toucher rectal, avec confirmation par biopsie.
- **Evolution** : essentiellement locorégionale, souvent lente.
- **Traitement** : Radiothérapie-chimiothérapie

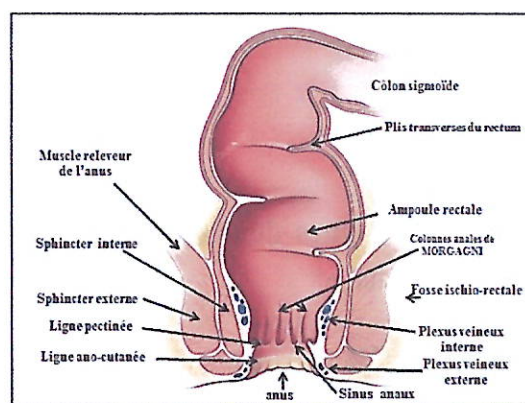
III. Rappel anatomique

1) Configuration externe:

- Le canal anal fait suite au rectum et s'ouvre à l'extérieur par l'anus.
- Il mesure 3 – 4cm de longueur, il est situé dans le périnée postérieur et se dirige en arrière et en bas.
- Il constitue, avec le bas rectum, l'angle ano-rectal de 90 à 100° appelée « cap anal ».
- Sa limite supérieure: ligne ano-rectale, qui correspond au bord supérieur de l'appareil sphinctérien.
- Sa limite inférieure: ligne ano-cutanée correspond à la marge anale.

2) Rapports

- **En avant** : chez la femme : la cloison recto-vaginale, chez l'homme : le bulbe de l'urètre, aponévrose de DENONVILLIERS.
- **Latéralement**: les fosses ischio-rectales.
- **En arrière**: raphé ano-coccygien et coccyx.



3) Histologie

- **La zone supérieure:** une muqueuse glandulaire lieberkühnienne de type rectal.
- **La zone inférieure:** est faite d'un épithélium malpighien initialement non kératinisé et qui le devient en se rapprochant de la marge anale.
- **La zone intermédiaire:** ou de transition, de 10 à 15 mm de hauteur, correspond aux colonnes et aux valvules de Morgagni

4) Vascularisation :

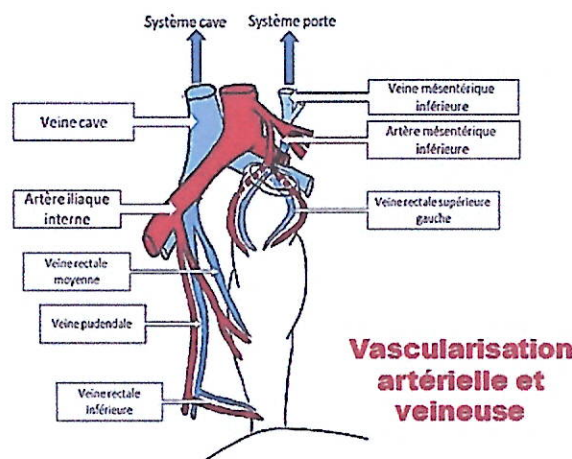
Artérielle:

- L'artère rectale supérieure: branche terminale de la mésentérique inférieure.
- L'artère rectale moyenne
- L'artère rectale inférieure: toutes deux collatérales de l'artère pupendale interne qui naît de l'artère iliaque interne.

Veineuse:

Elle est particulièrement riche. Les veines du canal anal forment un volumineux plexus : le plexus hémorroïdal, il existe trois pédicules :

- Veines rectales supérieures se jettent dans la veine mésentérique inférieure puis système porte.
- Veines rectales moyennes et inférieures: rejoignent veines pudendales puis la veine iliaque interne et système cave.



5) Drainage lymphatique

- **Les collecteurs inférieurs** : se drainent vers les ganglions inguinaux puis vers les ganglions iliaques externes.
- **Les collecteurs moyens** vers les ganglions iliaques internes.
- **Les collecteurs supérieurs**: vers la chaîne mésentérique inférieure.
- Le drainage lymphatique du canal anal est séparé par la ligne pectinée: au dessus, il est péri-rectal, au dessous, il est inguinal puis pelvien.

IV. Epidémiologie

- **Fréquence** : le cancer du canal anal est rare, représente 1 à 2% des cancers colo-rectaux, 6% des cancers ano-rectaux.
- **Sexe** : prédominance féminine, Sexe Ratio = 4
- **Âge** : âge moyen du diagnostic 58 à 70ans, l'incidence augmente après 60ans, rare avant 30ans
- **Facteurs de risque:**
 - Maladies sexuellement transmissibles (MST).
 - Infections à HPV, HSV et VIH.
 - Tabagisme.
 - Dysplasie ou cancer génital à HPV positif (col utérin).
 - Maladie inflammatoire chronique (M. de CROHN).
 - Les lésions anales bénignes (fistule, fissure, hémorroïdes) ne prédisposent pas au cancer.

V. Anato-pathologie

- **Macroscopie:**
 - Formes bourgeonnantes.
 - Formes ulcéro-bourgeonnantes.
 - Formes ulcérées.
 - Formes infiltrantes.
- **Microscopie:**
 - Le carcinome épidermoïde : 90%
 - L'adénocarcinome : 8%, à partir de la muqueuse glandulaire au niveau de la zone transitionnelle.

- Autres: Le mélanome malin : 1%, de pronostic péjoratif. Le carcinome colloïde. Les lymphomes (Hodgkiniens ou non Hodgkiniens).

- **Extension locale**

- **En profondeur:** le sphincter interne qui est envahi précocement.
- **Latéralement:** les fosses ischio-rectales.
- **En haut :** ampoule rectale.
- **En bas:** la marge anale.
- **En avant:** chez la femme: la cloison recto-vaginale, chez l'homme: prostate, vésicules séminales.
- **En arrière:** tissu cellulo-graisseux précoccygien.

- **Extension lymphatique:**

- Le carcinome épidermoïde est très lymphophile.
- Extension vers les ganglions inguinaux et pelviens.

- **À distance:** les métastases viscérales sont rares: foie, poumons, os, peau.

La Classification TNM UICC 8^{ème} édition 2017

T: Tumor N: Node M: métastase

Tumeur primitive Tis : tumeur in situ T1 : tumeur inférieure ou égale à 2 cm dans sa plus grande dimension T2 : tumeur supérieure à 2 cm mais inférieure ou égale à 5 cm dans sa plus grande dimension (de 21 mm à 50 mm) T3 : tumeur supérieure à 5 cm dans sa plus grande dimension T4 : tumeur, quelle que soit sa taille, qui envahit un ou plusieurs organes adjacents (vagin, urètre, vessie) à l'exception du rectum, de la peau périnéale, du tissu cellulaire sous-cutané et du sphincter. Tx : non évaluée
Adénopathies régionales (N) Nx : ganglions non évalués N0 : absence de ganglion métastatique N1a : métas ganglionnaires inguinales et/ou dans le mésorectum et/ou iliaque interne N1b : métas ganglionnaires iliaques externes N1c : métas ganglionnaires iliaques externes et inguinales, dans le mésorectum et/ou iliaques internes.
Métastases à distance (M) MX : non évaluées M0 : pas de localisation secondaire à distance de la tumeur primitive M1 : métastases à distance

VI. Clinique

- **Circonstances de découverte**

- La symptomatologie n'est pas spécifique.
- Signes assimilables à des lésions bénignes (hémorroïdes, fissure, fistule, abcès).
- Douleur, rectorragie, modification du transit, émissions glaireuses.
- Adénopathie inguinale.
- Pièce d'hémorroïdectomie.

- **Signes physiques:**

- Inspection du périnée et de la marge anale après avoir déplisser les plis radiés.
- Différencier le cancer de la marge anale du cancer du canal anal avec extension à la marge anale.
- Toucher rectal TR (en position genu pectorale) apprécie : la taille, topographie de la lésion, atteinte circonférentielle.
- Extension à la cloison recto-vaginale (TR combiné au toucher vaginal).
- Extension à la prostate chez l'homme.
- Examen des aires ganglionnaires : ganglions inguinaux.
- Examen clinique complet : hépatomégalie, ganglion de TROISIER.

VII. Examens complémentaires

- **Anuscopie – Rectoscopie:**

- Aspect végétant.
- Ulcération entourée d'un bourrelet induré.
- Aspect infiltrant en circonférence avec sténose.
- Biopsies profondes et multiples.

- **Échographie endo-anale ou endo-rectale :**

- extension en profondeur vers les différentes couches de la paroi.
- Recherche d'adénopathies péri-rectales.

- **IRM pelvienne:** précise l'extension pelvienne et recherche d'adénopathies.

- **Scanner abdomino-pelvien.**

- **Imagerie métabolique par TEP.**

- **Sérologie HIV**

- **Radiographie du thorax**

VIII. Traitement

- **Objectifs**

- Supprimer la tumeur et minimiser les séquelles fonctionnelles.
- Préserver la fonction sphinctérienne si possible.
- Éviter les récurrences.

- **Méthodes:**

- **Radiothérapie exclusive** : 45 Gray.
- **Curiethérapie interstitielle.**
- **Radio-chimiothérapie concomitante:** Association : 5 Fluorouracile (5FU)+ Mitomycine C
- **Chimiothérapie exclusive:** Association : 5 Fluorouracile (5FU)+Cisplatine
- **Chirurgie d'exérèse:**
 - Exérèse locale.
 - Amputation abdomino-périnéale (AAP).
 - Les marges chirurgicales recommandées = 01mm
- **Chirurgie de dérivation:**

colostomie, si lésion sténosante pour permettre une radio-chimiothérapie.

- **Indications:**

- Tumeur T1:
 - Si carcinome épidermoïde de la marge anale : chirurgie d'exérèse.
 - Si carcinome épidermoïde du canal anal : radiothérapie exclusive.
- À partir de T2 quelque soit N:
 - Radio-chimiothérapie concomitante.
 - AAP si absence de réponse, rechute locale, intolérance.
- Si tumeur métastatique : chimiothérapie exclusive.

IX. Résultats

- La survie à 5 ans
 - 60 % pour les tumeurs T1
 - 15 % pour les tumeurs T4
- Les récurrences locales: environ 25 % des cas,
- Complications: rectorragie, fibrose pelvienne, incontinence, radionécrose anale, fistule recto-vaginale et sténose.

