

# CANCER DE L'ANUS

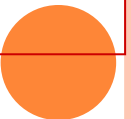
PR L.KHELAFI

25/02/2021



# CANCER DU CANAL ANAL

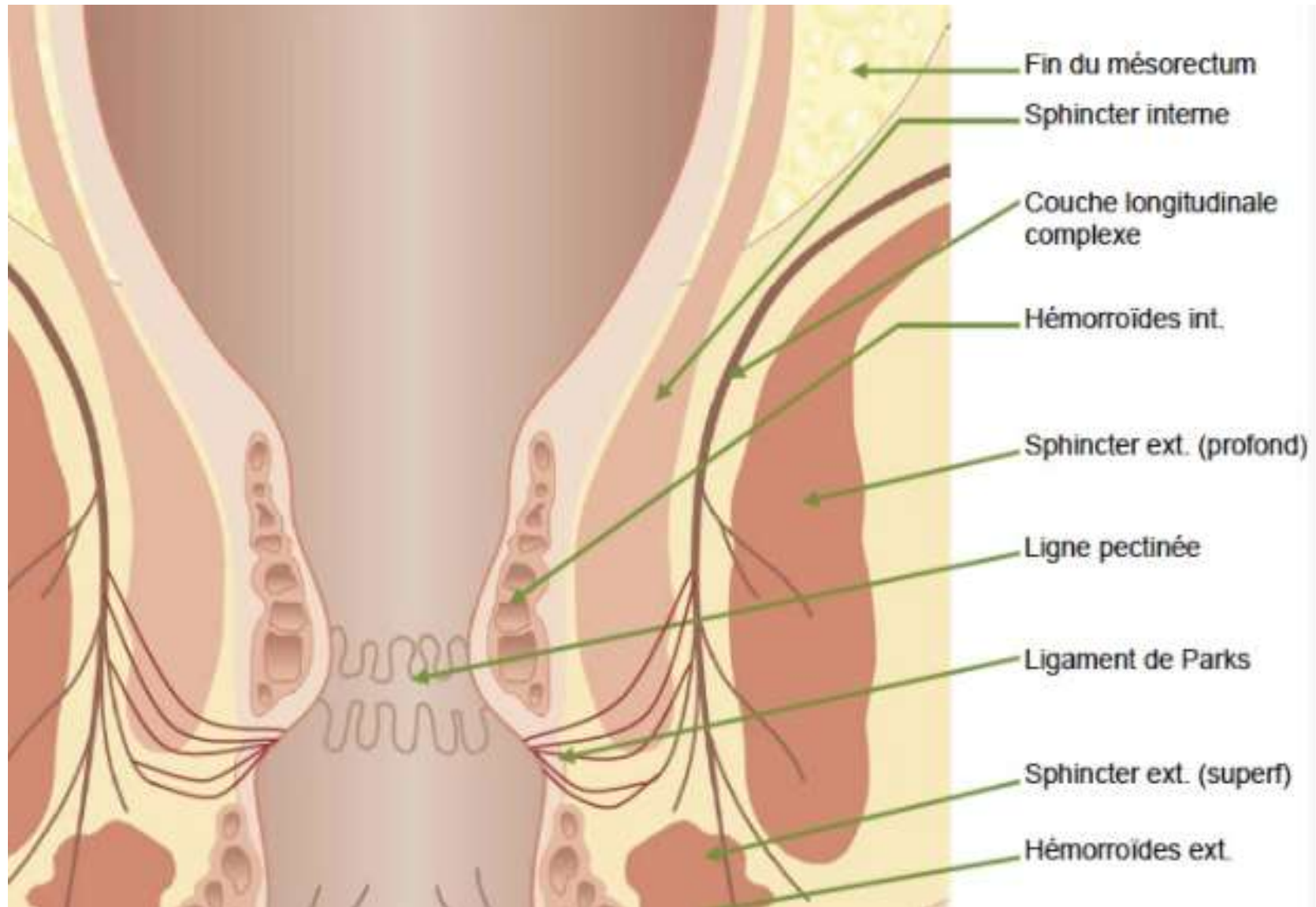
- ❑ INTRODUCTION - GENERALITES
- ❑ EPIDEMIOLOGIE
- ❑ ETIOLOGIE
- ❑ ANATOMIE PATHOLOGIE
- ❑ ETUDE CLINIQUE
- ❑ BILAN PRETHERAPEUTIQUE
- ❑ INDICATIONS
- ❑ SURVEILLANCE



# INTRODUCTION - GENERALITES

- .
- Le canal anal, partie terminale du TD mesurant 3 à 4 cm situé entre le rectum et la peau de la marge de l'anus.







# EPIDEMIOLOGIE

- Les cancers du canal anal sont rares avec environ 2000 nouveaux cas par an en France
- 2,5 des cancers digestifs
- 6% des cancers ano- rectaux
- Plus fréquent chez la femme :sex ratio 4
- Age entre 45 et 65 ans



# FACTEURS FAVORISANTS

- Pathologie locale inflammatoire chronique
- Sexe, homosexualité
- Tabagisme X par 5
- Immunosuppression ( greffe, VIH)
- Atteinte virale (papilloma virus 90%, condylomes anaux)
- ATCDs cancer du col chez la femme
- Maladie de Brown.



# ANATOMIE PATHOLOGIE

\*Microscopie:Carcinome épidermoïde 90%  
des cas

Adénocarcinome 8 % des cas

Carcinomes :

mucineux,verruqueux(condylome géant)

Basaloïde , indifférencié ,TNE

Autres tumeurs

(sarcomes,lymphome,mélanome)





Extension : En surface par contiguïté

En profondeur vers le sphincter anal

La fosse ischio rectale

- L'appareil génital
- Lymphatique vers les ganglions inguinaux 15 à 30 % des cas et les ganglions pelviens 30 %
- Si la T est > 6 cm : 56 % de métastases ganglionnaires
- Métastases viscérales rares :
  - \*Foie 30 %
  - \*Poumons
  - \*Os et peau



# ETUDE CLINIQUE

Peu spécifique et trompeuse

- Rectorragies
- Douleur anale
- Suintement
- Prurit
- Tardivement : Ténésme, épreinte

Parfois le cancer est de découverte fortuite  
sur une pièce d'exérèse d'une lésion anale  
(fissure, hémorroïde)



# SIGNES PHYSIQUES

- Inspection : Masse bourgeonnante infiltrée; ulcération irrégulière
- TR: le siège et la distance par rapport au pôle inférieur- l'extension en hauteur- l'importance de l'envahissement circonférentiel- l'envahissement des structures de voisinage (cloison recto-vaginale chez la femme et prostate chez l'homme)



# ANO-RECTOSCOPIE

Visualise:

- Nodule infiltrant
- Ulcéro- Bourgeonnant

Permet de faire des biopsies

Le caractère indolore, friable, infiltrant doit faire suspecté le cancer de l'anus



# BILAN PRETHERAPEUTIQUE

\*Examen clinique :Palpation des creux inguinaux à la recherche d'ADP dures indolores

Hépatomégalie,une ADP claviculaire, condylome

\*Examen gynécologique avec frottis à la recherche de masse pelvienne (examen au spéculum)



# BILAN PARA CLINIQUE

- telethorax de face
- Echographie abdominale
- Echographie inguinale avec cytoponction
- Scanner thoraco- abdomino pelvien à la recherche de métastase
- Coloscopie à la recherche d'une lésion colique ou rectale



\*UIV et cystoscopie en cas de signes d'appels urinaires

\***Echo-endoscopie**: évalue l'extension transpariétale anale par la mesure de l'épaisseur maximale de la tumeur et l'envahissement des couches, recherche des ADP péri rectales et du promontoire recto-sigmoïdien.

Permet de faire une classification <sub>us</sub>TNM.



usT1 :Atteinte de la muqueuse et la sous muqueuse sans infiltration du sphincter interne  
usT2 : Atteinte du sphincter interne avec respect du sphincter externe  
usT3 : Atteinte du sphincter externe  
usT4 : Atteinte d'un organe pelvien de voisinage  
 $N_0$  : Pas d'ADP suspecte péri rectale  
 $N_+$  : ADP péri rectale de 5 à 10 mm ou sup à 10 mm





# TRAITEMENT

## BUTS :

- Destruction tumorale
- Conservation de la fonction sphinctérienne
- Eviter les récides



- Classification TNM clinique de l'AJCC et de l'UICC, 8<sup>ème</sup> édition (2017)
- 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



# MOYENS

## Chirurgie:

- Excision locale réservées aux tumeurs in situ, T<sub>1</sub> de moins de 1 cm
- Amputation abdomino-périnéale avec curage ganglionnaire hémorroïdal supérieur, moyen, et inférieur indiqué en cas d'échec de traitement conservateur.
- Le curage inguinal



Radiothérapie exclusive: en 2 temps  
Radiothérapie externe pelvienne : suivie  
après repos d'une curiethérapie interstitielle.

Radio chimiothérapie : Radiothérapie externe  
pelvienne (45Gy pendant 5 semaines) et une  
chimiothérapie la 1ère semaine puis la 5ème  
semaine selon le protocole 5 FU-  
MITOMYCINE C



-Chimiothérapie exclusive: 5-FLUO et de mitomycine.

-Traitement radio chirurgical:

Radiothérapie pelvienne préopératoire ou la radio chimiothérapie préopératoire suivie d'une amputation abdomino- périnéale après 6 semaines de délai.



# INDICATIONS

La radiothérapie est indiquée en 1ère intention.

- Stade T<sub>is</sub>: La chirurgie d'exérèse est suffisante
- Stade T<sub>1</sub>N<sub>0</sub> :Radiothérapie exclusive 50Gy/5 semaines La chirurgie d'exérèse est suffisante pour des tumeurs de moins de 1 cm
- Stade T<sub>2</sub>N<sub>0</sub> : Radiothérapie exclusive 50Gy/5 semaines la radio chimiothérapie concomitante indiquée pour les tumeurs de plus de 4 cm.



-Stade  $T_3$  ou  $T_1-T_2 N_1-N_3$  : radio chimiothérapie concomitante 5 FU-MITO 50Gy/5 semaines ; la chirurgie mutilante est réservée en l'absence de réponse tumorale.

-Stade  $T_4$  : radio chimiothérapie exclusive  $\pm$  associée à la chirurgie mutilante

Tumeurs métastatiques : chimiothérapie exclusive est proposée  $\pm$  radiothérapie pelvienne  $\pm$  chirurgie fonctionnelle.





# INDICATIONS DE LA CHIRURGIE

\*Amputation ano rectale:

Réservée aux échecs du traitement conservateur

Absence de réponse à la radio chimiothérapie

Nécrose anale après radio chimiothérapie

Fistule vaginale

\*Curage inguinal : -à visée diagnostique dans le cadre de bilan d'extension

- Rattrapage d'une récurrence ganglionnaires  
inguinales

\*L'exérèse - excision locale : petites tumeurs T<sub>1</sub> de moins de 1 cm de grand axe et aux tumeurs in situ de découverte fortuite sur pièces d'hémorroïdectomie



- \*La colostomie est indiquée en cas de volumineuses tumeurs douloureuses et hémorragiques en préparation à un traitement conservateur par radio chimiothérapie.
- \*Définitive pour des tumeurs volumineuses T<sub>4</sub> avec fistule vaginale



# SURVEILLANCE

## But :

Dépister une récurrence locorégionale ou métastatique .

La surveillance repose sur l'examen clinique ,le toucher pelvien,Anuscopie,palpation inguinale tous les 4 mois pendant 2 ans

Puis tous les 6 mois pendant 3 ans

Puis 1 fois par an

