

# Les cancers du canal anal

M.HAOUI, M.AYAD

SERVICE DE RADIOTHÉRAPIE -ONCOLOGIE  
EHS EN LUTTE CONTRE LE CANCER. BLIDA  
FACULTÉ DE MÉDECINE - UNIVERSITÉ BLIDA 1

## Introduction

Le cancer du canal anal est rare, il représente 0,5 à 1% de tous les cancers, environ 2% des cancers colorectaux, 6 % des cancers ano-rectaux. Le type le plus fréquent est le carcinome épidermoïde. 95 % des cas. Il prédomine chez la femme. L'incidence est plus élevée, chez les personnes infectées par le VIH (56,3 nouveaux cas par 100 000 personnes infectées par le VIH, par an). En 2007 Alger : l'incidence est de : 0,4 chez la femme et de 0,2 chez l'homme, 2/3 des patients ont plus de 65 ans. (l'âge moyen est de 57ans chez les hommes et 68 ans chez les femmes). 5 % sont M+ au moment du diagnostic. L'homosexualité, HPV et le tabagisme sont des facteurs de risque.

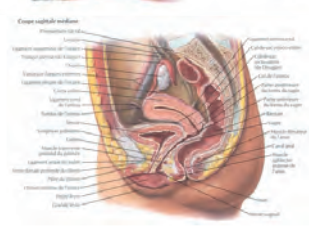
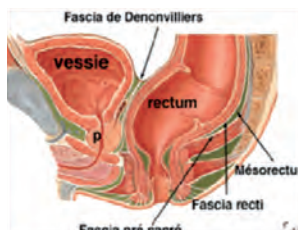
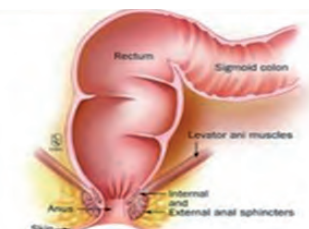
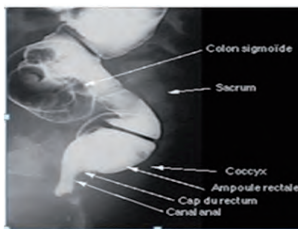
Le diagnostic est fait grâce au toucher rectal (TR) et confirmé par l'étude anatomopathologique de la biopsie.

## Rappel anatomique

Le canal anal est la jonction entre le rectum et l'anus. Il mesure de 2,5, 3 cm, 5cm s'étend vers le bas et l'arrière de la jonction ano-rectale (limite supérieure) à la marge anale (limite inférieure).

-le canal anal

-la marge anale (revêtement cutané péri-anal s'étendant sur un rayon de 5 à 6 cm autour de la jonction ano-cutanée) 85% sont des cancers du canal anal, 15% des cancers de la marge anale.



Coupe sagittale du pelvis chez l'homme

Coupe sagittale du pelvis chez l'homme

## Les rapports du canal anal sont :

En arrière avec le raphé anococcygien, puis le coccyx  
Latéralement, avec les fosses ischio-rectales, limités en haut par la face inférieure des muscles releveurs de l'anus, latéralement par la paroi pelvienne, et en bas par le paquet vasculo-nerveux. En avant, la cloison rectovaginale chez la femme, et l'aponévrose de Denonvilliers qui constitue une membrane solide entre le canal anal et le rectum et le loge prostatique chez l'homme.

## Vascularisation :

La vascularisation artérielle est assurée par les artères hémorroïdaires inférieures qui s'anastomosent avec les artères hémorroïdaires supérieures et moyennes. Le plexus veineux se draine par 3 pédicules : supérieur, moyen et inférieur. Le développement anormal du plexus hémorroïdal, est à l'origine des hémorroïdes.

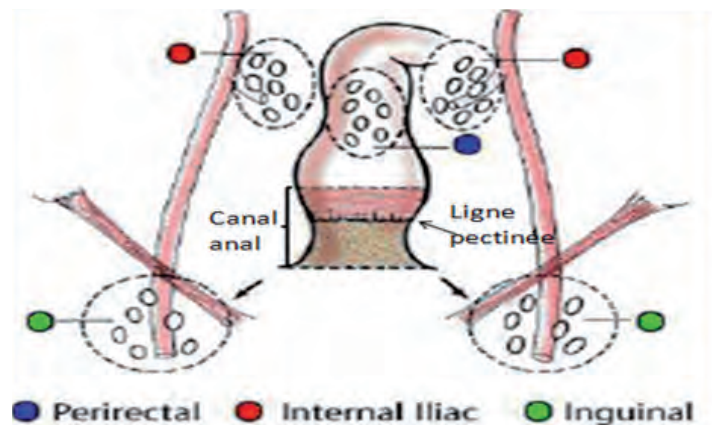
## Innervation :

L'innervation du canal anal est assurée par les branches du plexus hypogastriques, et par le nerf anal.

Le drainage lymphatique :

Le drainage lymphatique de la partie supérieure du canal anal est assuré (au dessus de la ligne pectinée) par : les ganglions anorectaux, les ganglions périrectaux, et les ganglions iliaques internes.

La partie inférieure est drainée par les ganglions lymphatiques inguinaux.



Le drainage lymphatique du canal anal

La muqueuse : la muqueuse du canal anal est formée de 3 zones :

- le 1/3 sup : muqueuse glandulaire
- le 1/3 moy : zone de transition plus lisse et gris bleu
- le 1/3 inf : muqueuse malpighienne lisse et brune

## Étude anatomopathologique

La 2<sup>ème</sup> édition de la classification de l'OMS

Le carcinome épidermoïde représente le principal type histologique des carcinomes

du canal anal (95%). Il peut être :

- \* à grandes cellules kératinisantes,
- \* à grandes cellules non kératinisantes,
- \* à petites cellules et les carcinomes indifférenciés (rares)

Les adénocarcinomes (7 à 9%) sont beaucoup plus rares. Ils peuvent être de type intestinal difficile à distinguer des ADK du bas rectum.

Les cancers non épithéliaux : sont exceptionnels : mélanomes, sarcomes, lymphomes ou tumeurs endocrines.

Les cancers de la marge anale sont classés avec les cancers cutanés (carcinomes épidermoïde).

## Facteurs de risque

- \* Tabagisme.
  - \* homosexualité masculine (37/100000).
  - \* ATCD de dysplasie anale vulvaire ou cervicale.
  - \* immunodéprimés : séropositifs HIV, ou les patients greffés sous trt immunosuppresseurs.
- Le risque est multiplié par 40 pour les HIV +, et par 80 pour les homosexuels et HIV+.

## Étude clinique

### 1) Signes cliniques:

Les signes cliniques ne sont pas spécifiques, (abcès, fissure anale, fistule hémorroïdes), ces symptômes plus fréquemment en rapport avec des pathologies bénignes, peuvent être

parfois négligés par le patient ou le médecin traitant conduisant à un retard du diagnostic :

-rectorragie-douleur anale -ténisme-prurit anal -adénopathie inguinale -abcès-masse anale-modification du transit  
A un stade avancé : -occlusion, incontinence anale, fistule rectovaginale.

Parfois le diagnostic est découvert lors l'examen histologique d'une pièce d'hémorroidectomie.

**2) Examen clinique :**

L'examen local : comporte une inspection de la marge anale, déplier les plis radiés.

Le toucher rectal(TR) :( + - sous AG) : avec ou sans anoscopie permet de préciser la taille, le siège, la fixité, la circonférence, l'état du sphincter,

Chez la femme : il faut faire aussi le toucher vaginal(TV) pour apprécier l'état de la cloison rectovaginale et le col utérin.

Au terme de l'examen local, il faut faire un schéma avec les mensurations et les distances.

Examen clinique générale :

Palpation des aires ganglionnaires et sus claviculaires (ganglion de Troisier), l'abdomen à la recherche des localisations métastatiques (hépatomégalie).

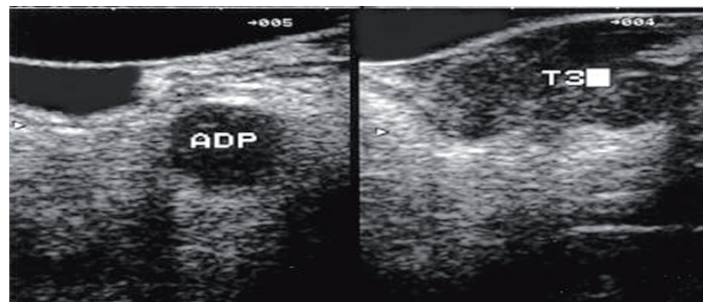
Le toucher rectal

**3) Examens para cliniques :**

\* Anorectoscopie (biopsie) schéma

\* Echoendorectale: permet de préciser :  
-l'atteinte du sphincter interne et externe

-l'infiltration de la tumeur dans les différentes couches du canal anal, atteinte des ganglions péri rectaux et du promoteiroire(les adénopathies sont dites pathologiques quand elles sont plus de 10mm ou entre 5à10mm, rondes, régulières, hypoéchogènes) elle permet une meilleure détection des petites lésions que l'imagerie par resonance magnétique(IRM) - la classification de la tumeur par l'échoendoscopie s'appelle la classification usTNM.



Images de l'échoendoscopie d'une tumeur du canal anal avec une adénopathie

\* IRM pelvienne: -doit être faite pour tout le pelvis  
- précise l'infiltration ou non des ganglions inguinaux, iliaques internes et externes

-la taille de la tumeur, et l'atteinte des organes de voisinage, la présence d'une fistule  
-nécessaire pour la radiothérapie.

\*Scanner thoracoabdominal : à la recherche des localisations métastatiques à distance, notamment les métastases hépatiques et ou pulmonaires.

\* TEP: la tomographie par émission de positons : indiquée en cas de doute sur les atteintes ganglionnaires ou viscérales vues à l'IRM, et aussi pour l'évaluation thérapeutique (si elle a été faite avant le traitement).

\*Bilan biologique : un bilan biologique standard, sérologie HIV, sérologie d'hépatite

\*marqueur tumoral : SCC (squamous cell carcinoma): élément de PC et de surveillance

Au terme de l'examen, la tumeur est classée selon la classification TNM de l'UICC2010 (Union Internationale Contre le Cancer) :

**Classification endoscopique :**

usT1 : atteinte de la muqueuse et de la sous-muqueuse sans atteinte du sphincter interne

usT2 : atteinte du sphincter interne sans atteinte du sphincter externe

usT3 : atteinte du sphincter externe

usT4 : atteinte d'un organe pelvien de voisinage

usNO : pas d'adénopathie suspecte

us N+ : adénopathie péri-rectale de 5 à 10 mm de diamètre ayant les caractères de malignité (rond, hypoéchogène, contours nets) ou mesurant plus de 10 mm de diamètre.

**Tumeur primitive (1)**

Tx Non évaluée

Tis Tumeur In situ

TO Pas d'évidence de tumeur primitive

T1 Tumeur inférieure ou égale à 2cm dans sa plus grande dimension

T2 Tumeur supérieure à 2cm mais Inférieure ou égale à 5cm dans sa plus grande dimension (de 21 mm à 50mm)

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

Adénopat hies régionales (N)

Nx Ganglions non évalués

NO Pas de métastase ganglionnaire

NI Ganglions périrectaux

N2 Ganglions périrectaux et Inguinaux et/ou Iliques Internes bilatéraux et/ou Inguinaux bilatéraux.

N3 Ganglions périrectaux et Inguinaux et/ou Iliques Internes bilatéraux et/ou Inguinaux bilatéraux.

Métastases à distance (M)

Mx Non évaluées

MO Pas de métastase

MI Métastases à distance

**Traitement**

le traitement diffère selon le type histopathologique de la tumeur, nous allons étudier seulement le traitement du carcinome épidermoïde du canal anal qui est le plus fréquent L'objectif du traitement est : le contrôle locorégional et la conservation sphinctérienne.

Il faut savoir que :

- 90% des patients présentent une maladie locorégionale.

-La majorité des rechutes arrive dans les 2 ans suivant la fin du traitement.

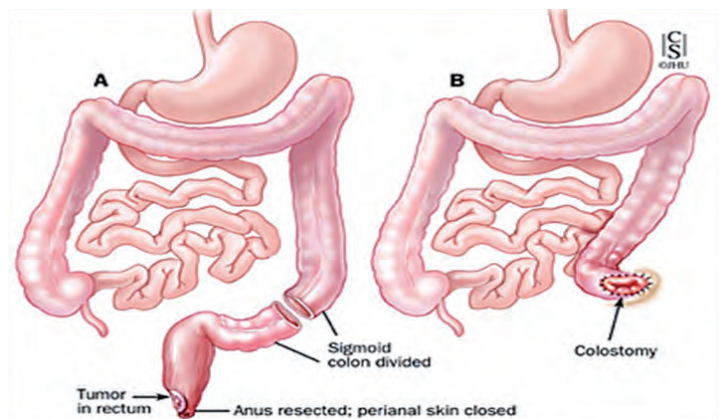
L'objectif principal du traitement du cancer anal est donc le contrôle locorégional.

**1) Armes thérapeutiques:**

-Chirurgie

-Radiothérapie

-Radio chimiothérapie



**A) la chirurgie :**

Est l'amputation abdominopérinéale(AAP)avec une colostomie définitive.

C'était le 1er et le seul traitement dans les années 50 à 70,et la survie était médiocre à cause des récurrences locales .

Elle est indiquée en cas de récurrence après traitement par la radiothérapie +-chimiothérapie.

**B) Radiothérapie(RTE) :**

C'est l'utilisation des rayonnements ionisants, délivrés par des appareils de radiothérapie.

Les doses recommandées (en fractionnement classique) sont de 45 Gray(Gy) à 50 Gy (1,8 Gy par séance) dans le pelvis et les aires ganglionnaires ilio-obturatrices ou inguinales.

Un complément de 15 à 20 Gy est délivré au niveau de la tumeur résiduelle.

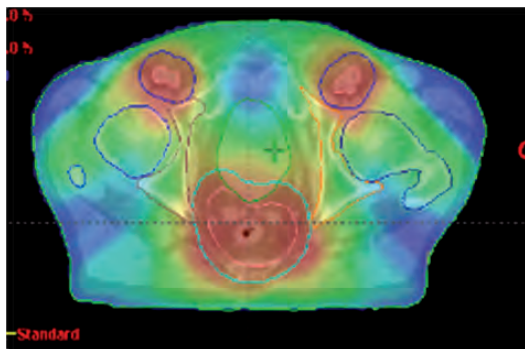
En pratique :

L'irradiation se déroule en deux temps :

**1<sup>er</sup> :** RTE de la tumeur et des aires ganglionnaires. (45à50Gy)

**2<sup>ème</sup> :** réalisé 3 à 4 semaines après (curiethérapie ou par radiothérapie externe)

La curiethérapie interstitielle : Elle intervient le plus souvent en complément de la RTE, nécessite une AG.



Radiothérapie conformationnelle par modulation d'intensité(RCMI)



Curithérapie interstitielle du cancer du canal anal

**C)Chimiothérapie(CT) :** utilisée en association avec la radiothérapie,

2 protocoles standards : 5FU (fluorouracile) +Mitomycine C(MMC) 5FU (fluorouracile) +Cisplatine (CCDP)

**D) Radiochimiothérapie :** c'est le traitement standard et de référence du carcinome épidermoïde du canal anal, qui consiste à associer les 2traitements au même temps : radiothérapie et chimiothérapie.

**2) LES INDICATIONS :**

T1N0 : RTEexclusive (RTE+-Curithérapie).

T2, T3, T4 (quel que soit le N) : RTE+CT: 45Gy-50Gy et 5FU +CDDP ou 5FU +Mitomycine:

- si réponse partielle : Chirurgieaprès 6 à 8 semaines(AAP)

- si réponse complète : complément par RTE +- CT ou Curithérapie+- CT.

Formes métastatiques :CT exclusive.

La surveillance après traitement : la surveillance du patient consiste à faire :

\*un examen clinique avec toucher pelvien,

\*une anoscopie, une IRM pelvienne.

\*la palpation inguinale bilatérale,

- Tous les 4 mois pendant 2 ans
- Puis tous les 6 mois pendant 3 ans
- Tous les ans.

Une échographie hépatique et un Télé thorax tous les ans pendant 5 ans.

**Conclusion**

Le cancer du canal anal est une tumeur rare, on incidence commence à augmenter ces dernières années, les formes évoluées sont fréquentes. Le diagnostic repose sur le toucher rectal avec confirmation histopathologie par biopsie. Pour les carcinomes épidermoïdesla rémission complétée avec une conservation sphinctérienne est obtenue grâce à la radiothérapie associée souvent à la chimiothérapie. Les autres formes histologiques tel que mes mélanomes, lessarcomes, les adénocarcinomes nécessitent d'autresalternatives thérapeutiques, tel que la chirurgie.

**Les références**

Ajani, J.A., et al., US intergroup anal carcinoma trial: tumor diameter predicts for colostomy. J Clin Oncol, 2009. 27(7): p. 1116-21.  
 James, R., A randomised trial of chemoradiation using mitomycin of cisplatin, with or without maintenance cisplatin/5-FU in squamous cell carcinoma of the anus. J Clin Oncol, 2009. 27 (june 20 suppl).  
 Cancéro dig. Vol. 3 N° 4 - 2011 - 280-288  
 Cancer du canal anal (cancer de l'anus) 2010 TNCD  
 Recommandations et mise au point Cancer/Radiothérapie 17 (2013) 566-570  
 EMC -Gastro-entérologie, volume8, n°2, Avril 2013  
 Prise en charge du cancer épidermoïde du canal anal Post'U (2011)  
 Curithérapie du canal anal Brachytherapy for anal cancers P. Pommier X. Mirabel J.-M. Hannoun-Lévi J.-P. Gérard Cancer/Radiothérapie 17 (2013) 143-150  
 Radiochimiothérapie des cancers du canal anal :Pr Didier Peiffert :institut de Lorraine ,juin 2015.

**9<sup>ème</sup> CONGRÈS NATIONAL DE LA SAMEV**  
 04 et 05 octobre 2019  
 Sheraton Oran

**ACTUALITES EN MEDECINE VASCULAIRE**  
 la protection vasculaire en question  
 Obésité et Risque Cardio Vasculaire  
 Quels marqueurs de risque en 2019 ?  
 Quoi de neuf dans la MTEV ?  
 Insuffisance veineuse chronique

**Ateliers**

Ensemble pour les vaisseaux

COMMISSION ABSTRACTS EXCLUSIVEMENT VA  
 SAMEV-DZ.COM  
 DATES DE SOUMISSION: 04 AOUT 2019