

CANCER DU CANAL ANAL

Pr Mardaci,H
Service de Chirurgie générale
Faculté de médecine Annaba

Plan

I- Définition

II- Intérêt de la question

III-Rappels

a-anatomique

b-histologique

IV-Anatomie pathologique

V-Clinique

VI-Examens complémentaires

VII-Complications

VIII-Traitement

IX-Conclusion

I-Définition:

C'est l'ensemble des tumeurs malignes développées au dépens du canal anal , c.a.d au dépens de la partie terminale du tube digestif , comprise entre le bord > des muscles releveurs de l'anوس et la marge anale.

II-Intérêt de la question:

- **Fréquence:** rare <2% des cancers colo- rectaux
- **Anatomopathologie:** cancer épidermoïde dans 95%
- **Sexe+ âge:** prédominance féminine ≥ 60ans
- **facteurs risque:** homosexualité⇒ infections à HPV++(Human papilloma virus), HSV(Virus herpès simplex), syphilis et VIH, tabagisme
- **Dgc:** symptomatologie initiale pauvre, fait ⇒TR+ biopsie
- **Évolution:** locorégionale, svt lente
- **TRT:** conservateur >75% ⇒ radiothérapie externe, curiethérapie interstitielle. Radiothérapie +chimiothérapie radical⇒ amputation abdominopelvienne: réponses insuffisantes=tm évoluées. Complications tardives invalidantes
- **Particularité:** mélanome malin anorectal ⇒exérèse locale, pronostic péjoratif

III- Rappels

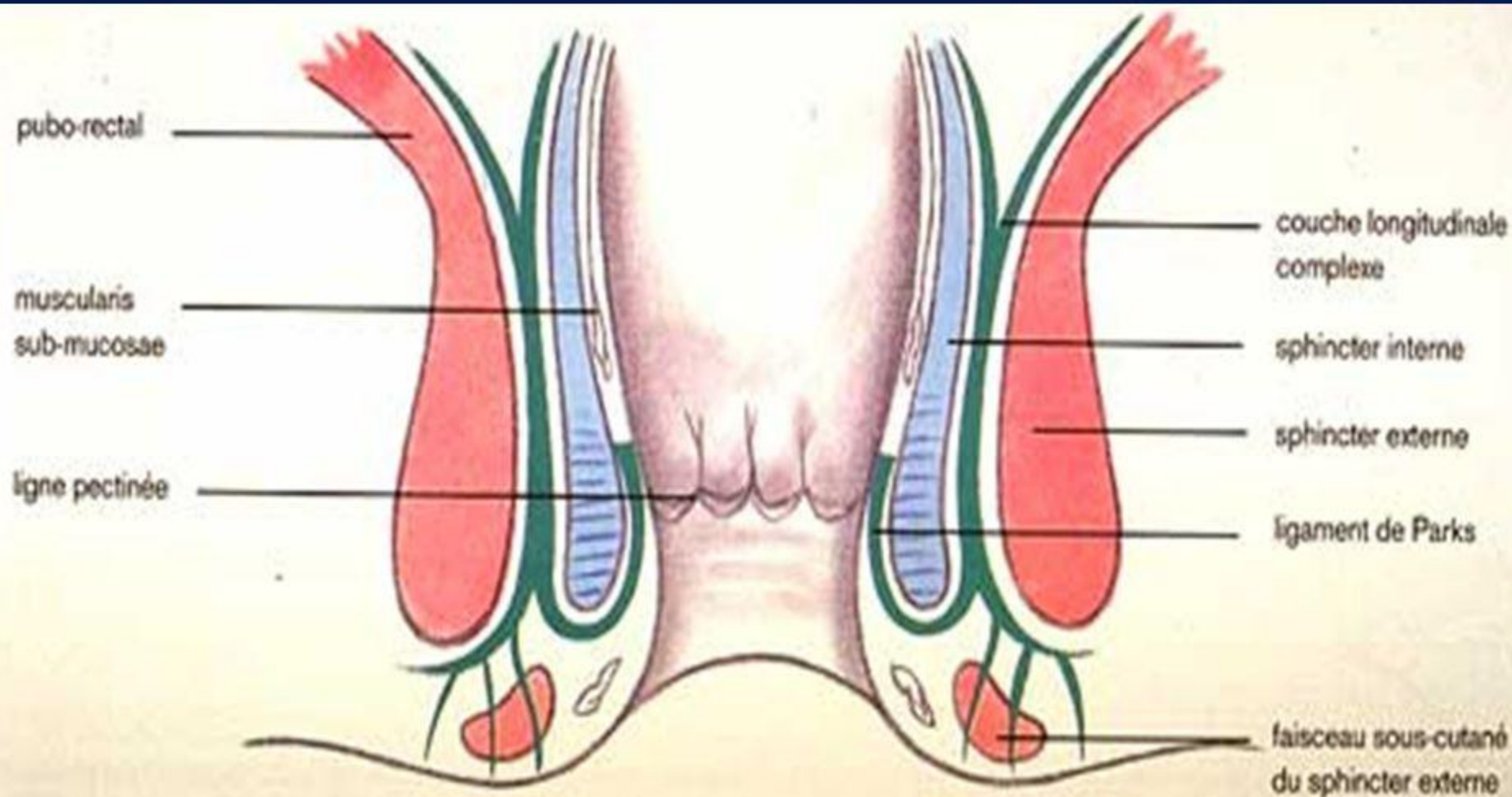
a-Anatomique:

Le canal anal ou rectum périnéal est un cylindre de 3 cm de long, fait suite au rectum pelvien (ampoule rectale) et s'ouvre par l'anus.

Tapissé dans sa majeure partie par un épithélium malpighien de type épidermoïde.

Sa vascularisation est assurée essentiellement par les artères hémorroïdales inférieures, nées de la honteuse interne.

Anatomie du canal anal



b-Histologique:

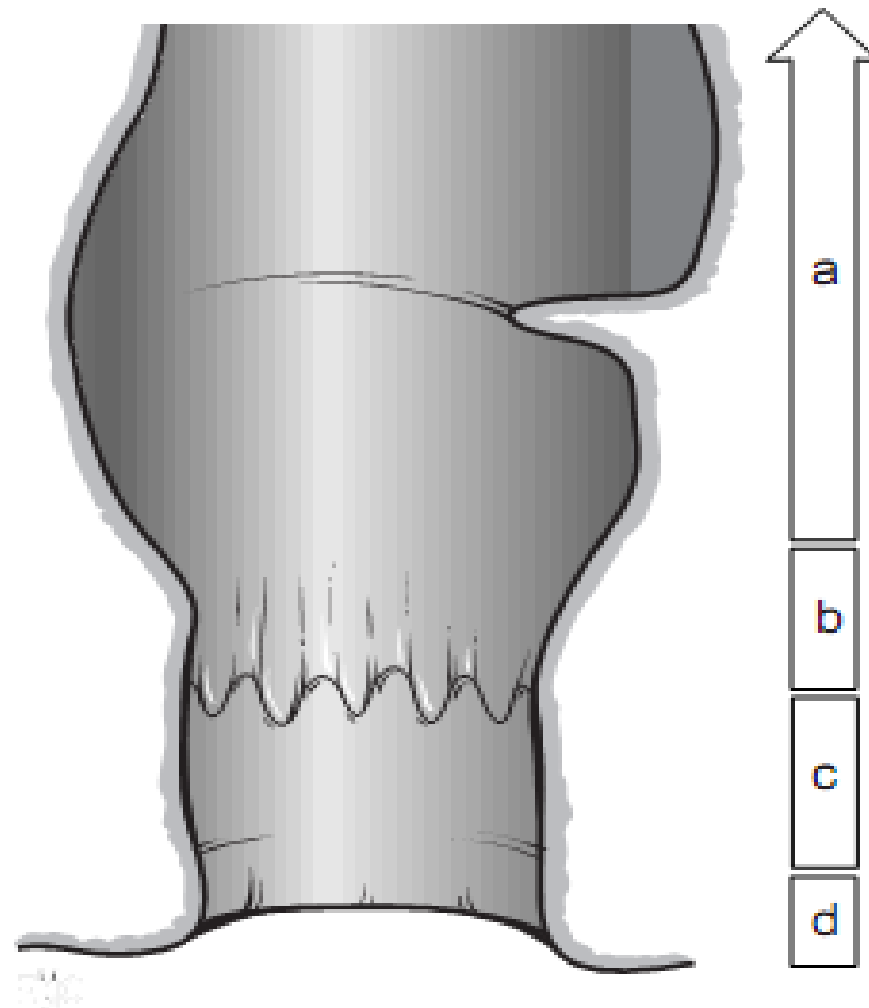
Le canal anal est constitué de différents contingents muqueux qui vont être à l'origine de l'émergence de plusieurs types anatomopathologiques de cancers.

-partie supérieure(a): tapissée par un épithélium(muqueuse) de type glandulaire luberkhunien=adénocarcinome

-partie transitionnelle(b): valvules de Morgagni, tapissée par un épithélium de type épidermoïde=carcinome épidermoïde ,cloacogénique ,basaloïde.

-partie inférieure(c): située s/ligne pectinée =carcinome épidermoïde

-peau de la marge anale(d)=épithéliomas baso et spinocellulaire, maladie de Bowen, maladie de Paget, tumeurs annexielles.



2 Variétés histologiques tumorales en fonction des contingents tissulaires. D'après Papillon ^[67] et Schlienger ^[86]. a. Épithélium lieberkühnien : adénocarcinome ; b. zone transitionnelle : carcinome épidermoïde, carcinome cloacogénique, carcinome basaloïde ; c. sous la ligne pectinée : carcinome épidermoïde ; d. peau de la marge anale : épithélioma basocellulaire, maladie de Bowen, maladie de Paget, tumeurs annexielles.

IV-Anatomopathologie:

A-Macroscopie:

-Formes bourgeonnantes , ulcéro-bourgeonnantes, ulcérées et infiltrantes.

B-Microscopie:

-Carcinome épidermoïde dans 60-80%+++.

C-Extension:

1-Locale:

- profondeur: sphincter interne
- latéralement: sphincter externe, fosses ischioanales
- haut: ampoule rectale
- bas: marge anale
- avant: femme⇒cloison vaginale, homme⇒prostate, vésicules séminales, urètre et vessie
- arrière: tissus cellulo-grasseyeux préoccygiens

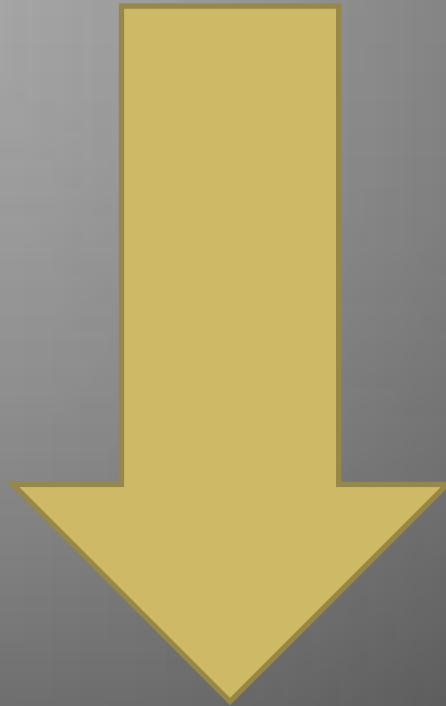
2-Régionale:

- ganglions inguino-cruraux et pelviens

3-Distance:

- Métastases hépatiques(5-8%), pulmonaires(2-4%) et osseuses(2%) et revêtement cutané

D-Classification:



Classification TNM (tumeur maligne [T], ganglions [nodes : N], métastases [M]) UICC 2002 (6^e édition).

T : Tumeur primitive

Tx	Renseignements insuffisants pour classer la tumeur
T0	Pas d'évidence de tumeur primitive
Tis	Carcinome in situ
T1	Tumeur ≤ 2 cm dans sa plus grande dimension
T2	Tumeur > 2 et ≤ 5 cm dans sa plus grande dimension
T3	Tumeur > 5 cm dans sa plus grande dimension
T4	Tumeur de n'importe quelle dimension, envahissant un ou plusieurs organes adjacents : vagin, urètre, vessie (l'envahissement du muscle isolé n'est pas classé T4), à l'exception du rectum, de la peau périnéale, du tissu cellulaire sous-cutané et du sphincter.

N : Adénopathies régionales

Nx	Renseignements insuffisants pour classer les adénopathies régionales
N0	Pas de métastase ganglionnaire
N1	Ganglions périrectaux
N2	Ganglions iliaque interne et/ou inguinal unilatéraux
N3	Ganglions périrectaux et inguinaux et/ou iliaques internes bilatéraux et/ou inguinaux bilatéraux. <u>NB</u> : nombre de ganglions à examiner histologiquement : au moins 12 sur un curage péri-rectal et pelvien ou au moins 6 sur un curage inguinal.

M : Métastases

Mx	Métastases non évaluées
M0	Pas de métastase
M1	Métastases à distance

E-facteurs pronostiques:

sont liés

- ⇒ Taille tumorale,
- ⇒ Envahissement ganglionnaire
- ⇒ Présence ou pas de métastases.

V-Clinique

A- Symptômes révélateurs:

-symptomatologie non spécifique, parfois les signes cliniques sont assimilables à ceux des lésions bénignes: hémorroïdes, fissures, fistules anales et abcès.

-découvertes fortuite: pièce d'hémorroïdectomie+++, toucher rectal, ADPs inguinales

-symptômes les plus fréquemment retrouvés:

-rectorragies 40-50% , faible abondance+++

-émissions glaireuses

-prurit

-masse palpable

-trouble du transit

-l'existence tenesmes, faux besoins, incontinence anale, fistule recto-vaginale $\Rightarrow$ lésions déjà avancées

B-Signes physiques:

a-inspection: marge anale après déplissement des plis radiés
⇒ tumeur cancer de marge anale visible, d'un cancer du canal anal avec extension à la marge = deux maladies distinctes : EV + TRT

b-Toucher rectal:

- position genu pectoral
- permet d'évaluer:
 - taille centimétrique de tm en hauteur, largeur et épaisseur
 - topographie de lésion / au bas rectum
 - degré d'atteinte circonférentielle et de sténose canalaire
 - envahissement du sphincter interne
 - infiltration cloison recto vaginale chez femme (TR combiné au TV), prostate chez homme. Fosses ischio rectales latéralement
- ADPS para rectaux ou pelviens

C-Examen clinique général:

- ADPs inguinales**
- masse pelvienne**
- métastase à distance**
- HPM**
- ganglion de Troisier**

VI-Examens complémentaires:

a -Biologie:

- sérologie virale (HIV, TPHA)
- frottis cervical femme, verge homme⇒
recherche HPV
- marqueurs tumoraux⇒pas Dgc ,srt
surveillance+++
- SCC Tumor squamos antigen 4(SCC TA4)
- Cytokeratin fragment 21-1(CYFRA 21-1)

b-Morphologiques:

1-Anuscopie, rectoscopie:

-Tm+biopsies⇒Dgc++++

2-Echographie endo anale et endo rectale:

-Envahissement loco régional⇒ recherche d'ADPs dans gaine rectale

3-Echographie inguinale:

-Recherche d'ADPs profondes , permettant cytoponction à visée Dgc

4-TDM abdomino-pelvienne:

-Intérêt ⇒tm volumineuses, précisera l'extension pelvienne et recherchera ADPs iliaques suspects

5-IRM:

-mêmes résultats que la TDM

VII-complications:

A-complications aiguës:

- radiothérapie ano rectale⇒radioépithélite, mucite: cèdent s/ trt symptomatique médical.
- radiochimiothérapie:
 - leucopénie avec ou sans thrombopénie , associée à l'utilisation de MMC
 - nausées, vomissements, emploi de sels de platine

B-complications tardives:

1-complications non invalidantes:

- télangiectasies cutanées péri-anales
- sclérose cutanée périnéale
- œdème pelvien
- épilation pubienne partielle

2-complications peu invalidantes ⇒ trt médical symptomatique

- rectorragies
- rectite
- sclérose modérée du canal
- cystites à répétitions
- castration(homme+femme)
- dyspareunie
- OMI
- fissures ou fractures des Brs iléo et ischiopubiennes

3- complications invalidantes

- ▣ (3-5%) ⇒ nécessitent trt chirurgical
 - rectorragies abondantes ,fréquentes
 - radionécrose anale
 - ostéo radionécrose tête fémorale
 - OIA
 - fistules recto vaginales ou recto périnéales

VIII-traitement:

A-But:

- guérir en conservant un anus (sphincter) fonctionnel
- prévenir l'évolution métastatique
- améliorer la survie et la qualité de vie

B-Moyens à visée curative

1-TRT chirurgicaux:

a-chirurgie limitée:

- exérèse d'une tumeur <2cm avec conservation sphinctérienne + radiothérapie postopératoire, évitera la récurrence.

b-chirurgie radicale (amputation abdomino-pelvienne):

- nécessite deux voies d'abord: abdominale et périnéale
 - consiste en l'exérèse de la totalité de l'ampoule rectale, l'appareil sphinctérien ,canal anal et l'atmosphère cellulo-ganglionnaire péri rectale.
 - confection d'une colostomie iliaque gauche définitive
- indication:
 - complications
 - mauvaise réponse(radiothérapie)
 - récidive après trt conservateur
 - intéresse tm>6cm ,infiltrant au moins 2/3 de circonférence ,après 1^{ère} séquence d'irradiation

c-colostomie de décharge

⇒ pratiquée pour:

- tm très sténosantes
- hyperalgiques, non soulagées par antalgiques majeurs
- fistulisées au vagin ou à la peau

2-Radiothérapie exclusive

3-Radiochimiothérapie:associe

Radiothérapie externe pelvienne+chimiothérapie:5FU-Mitomycine C(MMC),ou 5FU- Cisplatine

4-TRT radio-chirurgical:

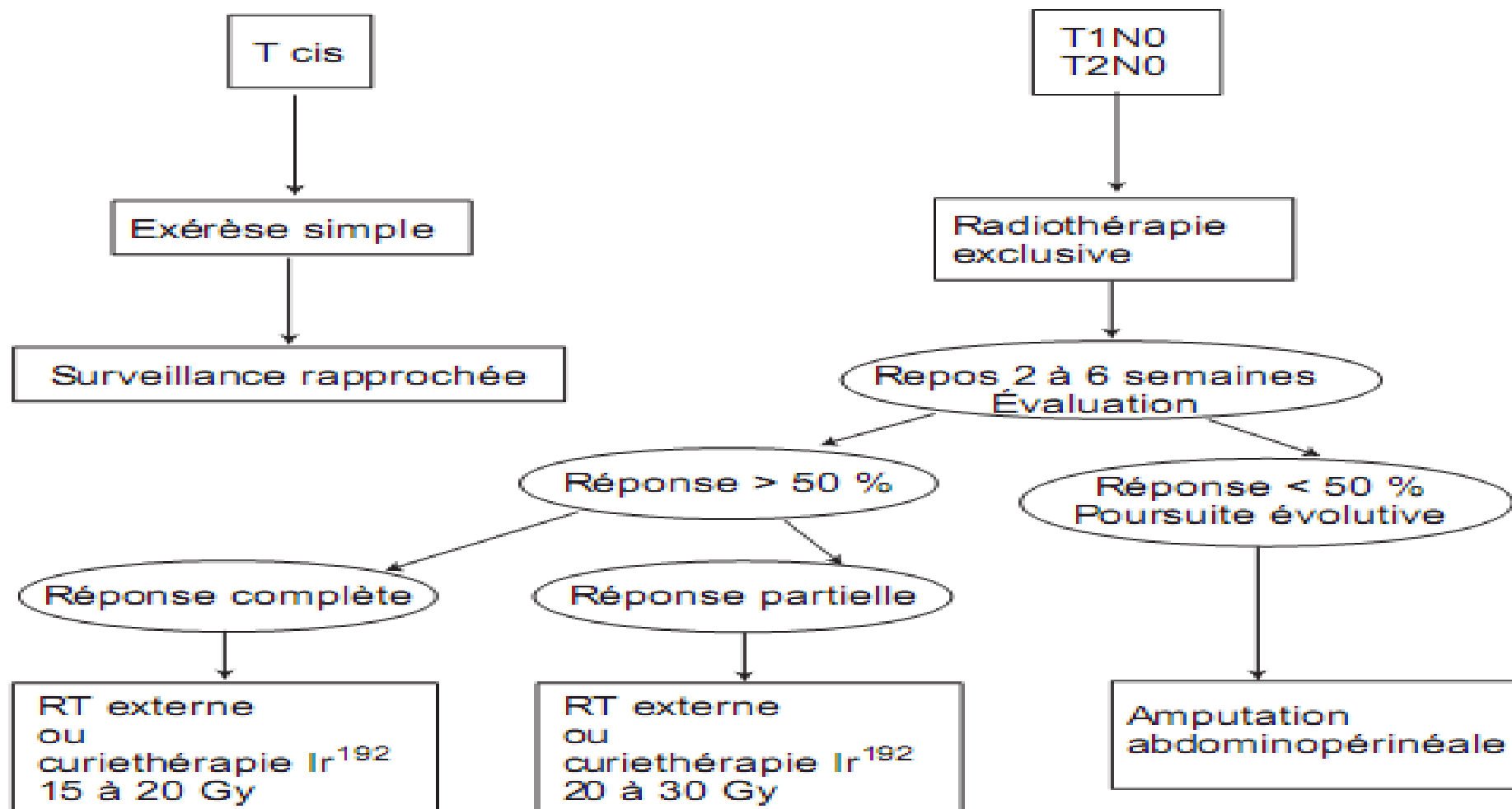
-radiothérapie pelvienne, ou radio chimiothérapie préopératoire

-suivie AAP après 6semaines

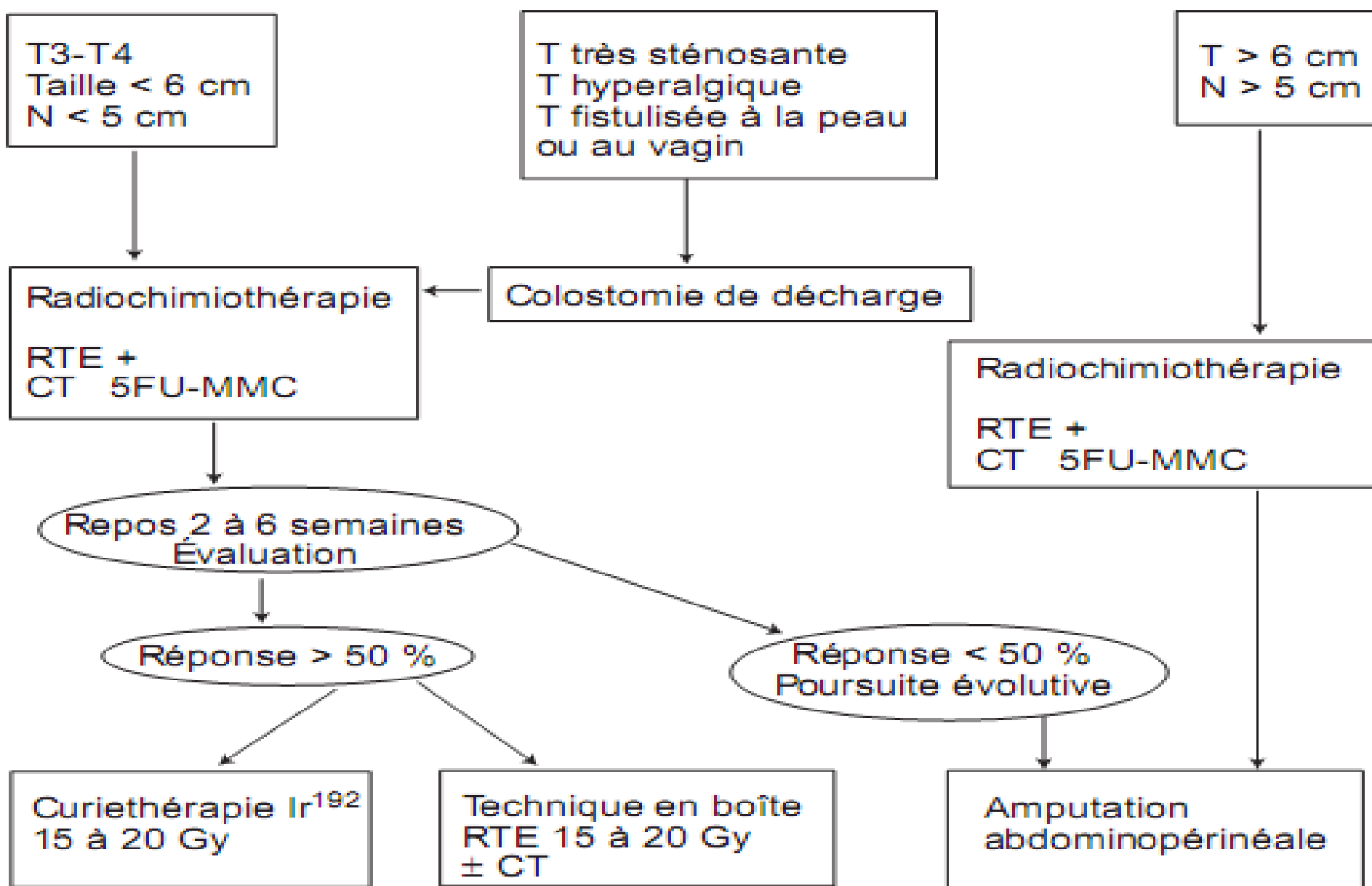
C-Moyens à visée palliative:

- tm localement très avancées avec ou sans métastases, associées à altération état général
 - colostomie de décharge
 - radiothérapie
 - chimiothérapie exclusive

D-Indications:



10 Arbre décisionnel des indications thérapeutiques concernant les cancers épidermoïdes limités du canal anal. RT : radiothérapie ; Ir : iridium ; cis : carcinome in situ ; 5-FU : 5-fluorouracile ; MMC : mitomycine C.



11 Arbre décisionnel des indications thérapeutiques concernant les cancers épidermoïdes étendus du canal anal. RTE : radiothérapie externe ; CT : chimiothérapie ; Ir : iridium ; 5-FU : 5-fluorouracile ; MMC : mitomycine C.

IX- Conclusion:

- Carcinome épidermoïde++++

 - Dgc⇒TR+biopsie

 - Radiothérapie±chimiothérapie⇒guérison avec conservation sphinctérienne

 - Chirurgie⇒ échecs thérapeutiques

 - ⇒tm évoluées sans réponse à la 1^{ère} séquence thérapeutique

 - ⇒complications tardives invalidantes

- Les autres formes histologiques(mélanomes, ADK)=chirurgie

 - Survie: ⇒T1=60%, à 5ans

 - ⇒T2=15%, à 5ans

Merci!

