



PRISE EN CHARGE DU CANCER DE L'ANUS QUE RECOMMANDER? (ESMO 2021, SNFCP 2022)

LAURENT SIPROUDHIS (RENNES)

ESMO GOOD SCIENCE
BETTER MEDICINE
BEST PRACTICE

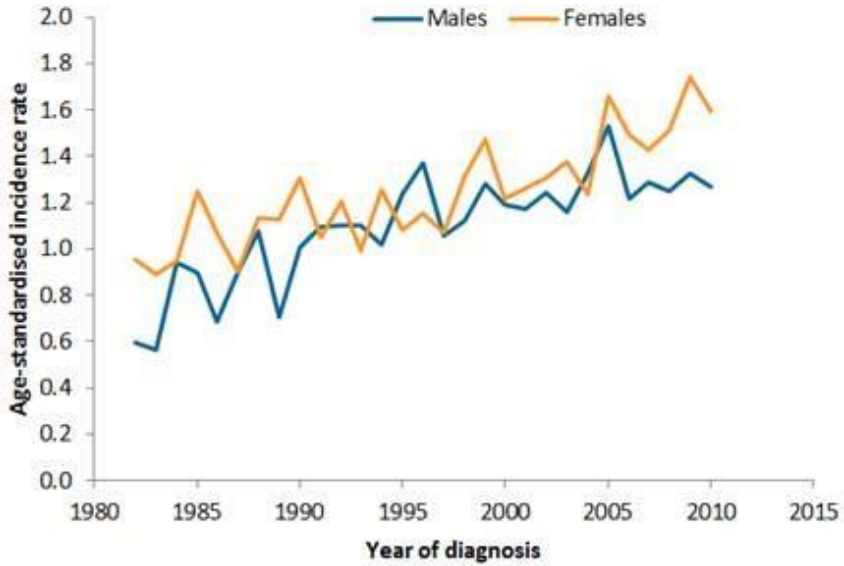


SNFCP
Société Nationale Française de
Colo-Proctologie

Aucun lien

CE QUE CHACUN SAIT

Age-standardised incidence rate by year



Source: Australian Institute of Health and Welfare

HPV

LSIL

HSIL

cancer

Contents lists available at [ScienceDirect](https://www.sciencedirect.com)

Vaccine

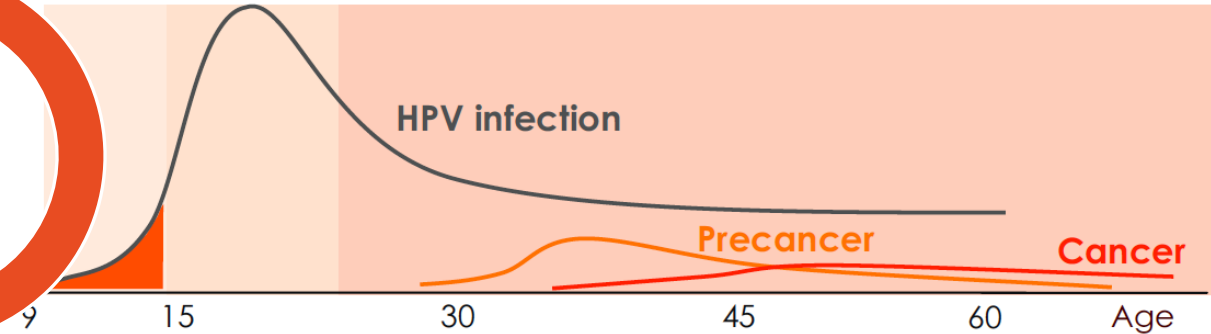
journal homepage: www.elsevier.com/locate/vaccine



Vaccine 31S (2013) H1–H31

Comprehensive Control of Human Papillomavirus Infections and Related Diseases[☆]

Xavier Bosch^{a,*}, Thomas R. Broker^b, David Forman^c, Anna-Barbara Moscicki^d,



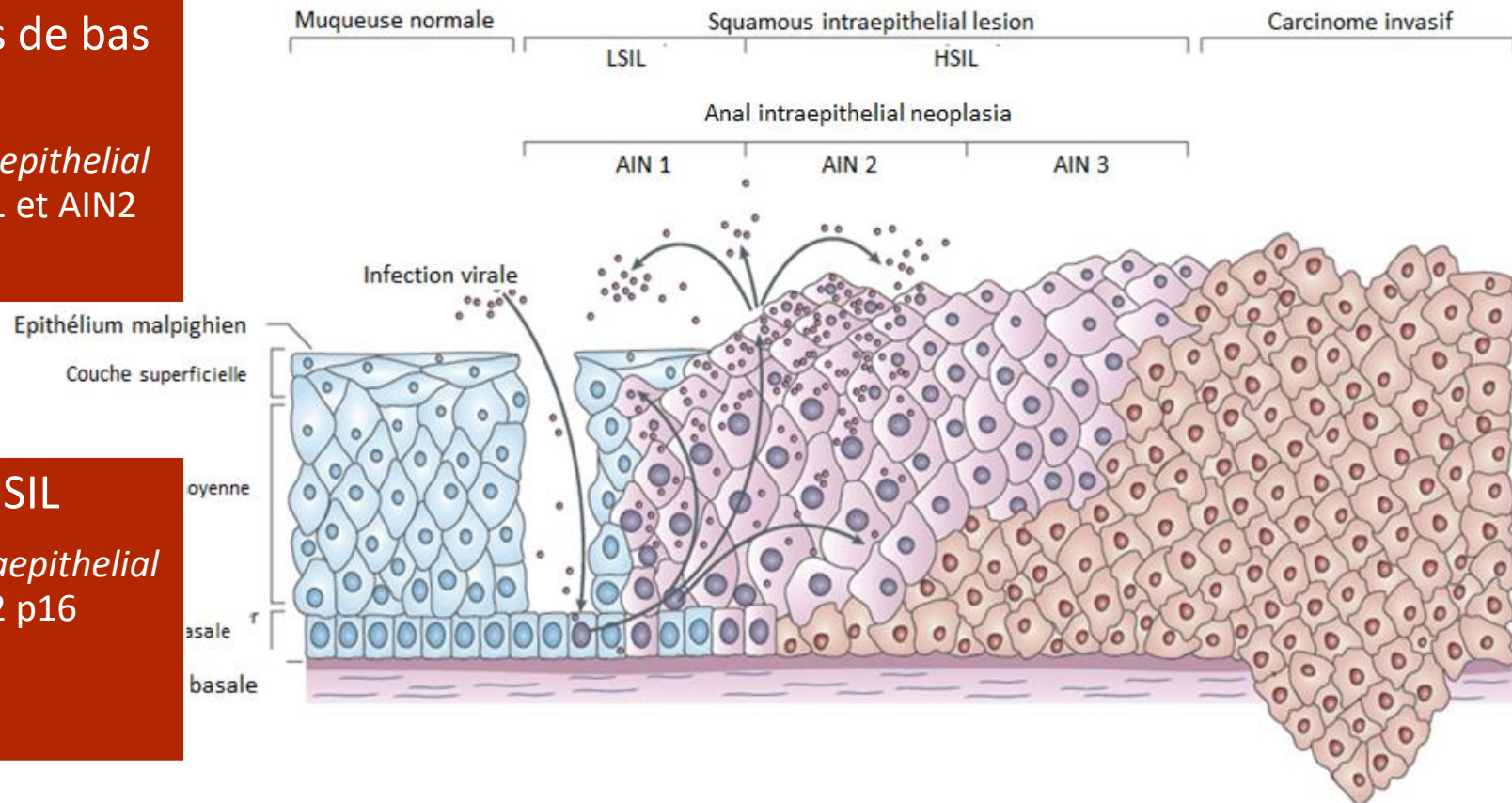
SÉQUENCE DYSPLASIE - CANCER

lésions intraépithéliales de bas grade LSIL

- *Low Grade Squamous Intraepithelial Lesion* (anciennement AIN1 et AIN2 p16 négative)

lésions de haut grade HSIL

- *High Grade Squamous Intraepithelial Lesion* (anciennement AIN2 p16 positive et AIN3).



bon pronostic dans les formes non métastatiques

- mais de plutôt mauvais pronostic dans les formes dites « avancées » (récidives non résécables et/ou métastatiques).

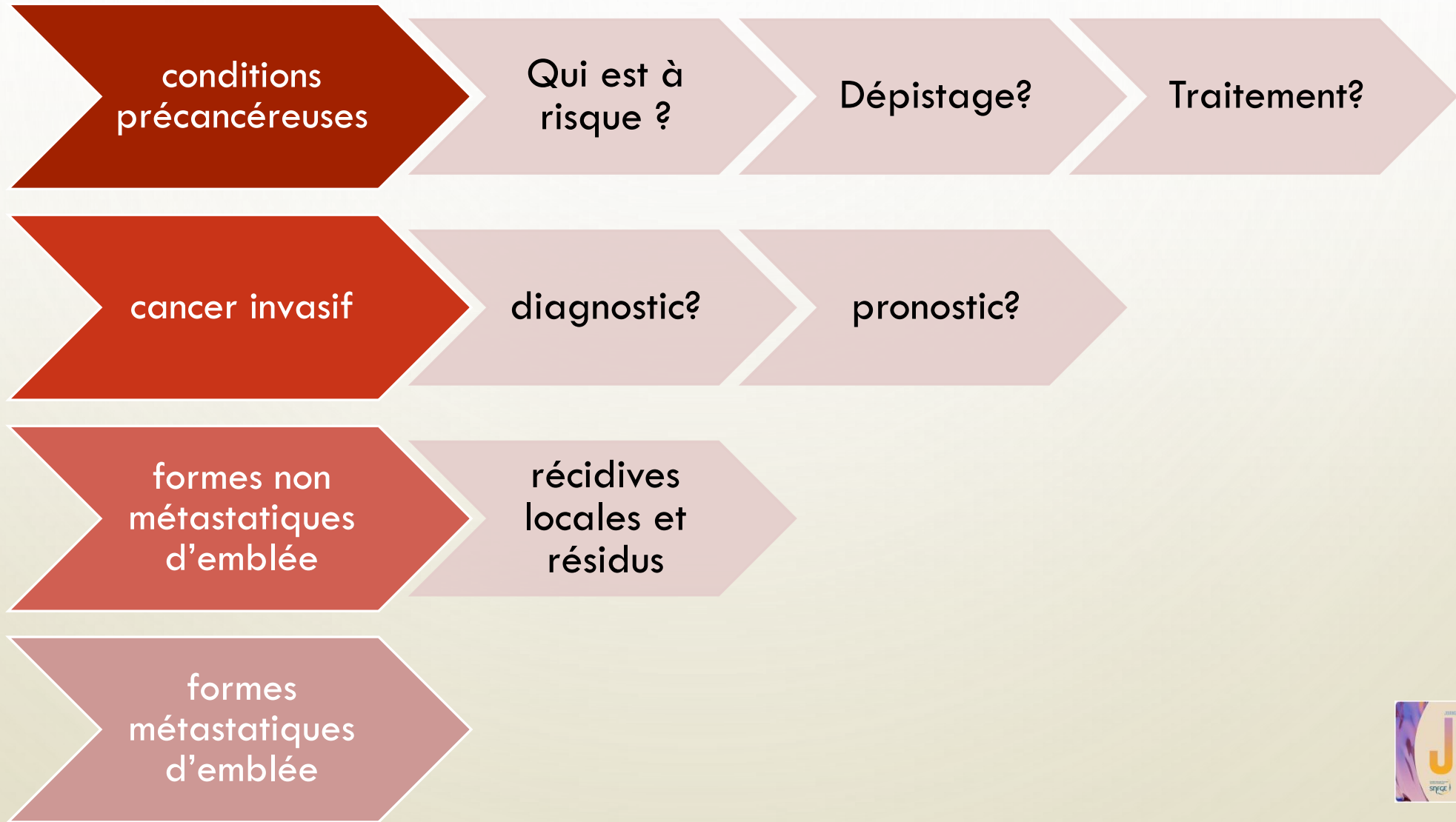
n'est plus un recrutement de recours

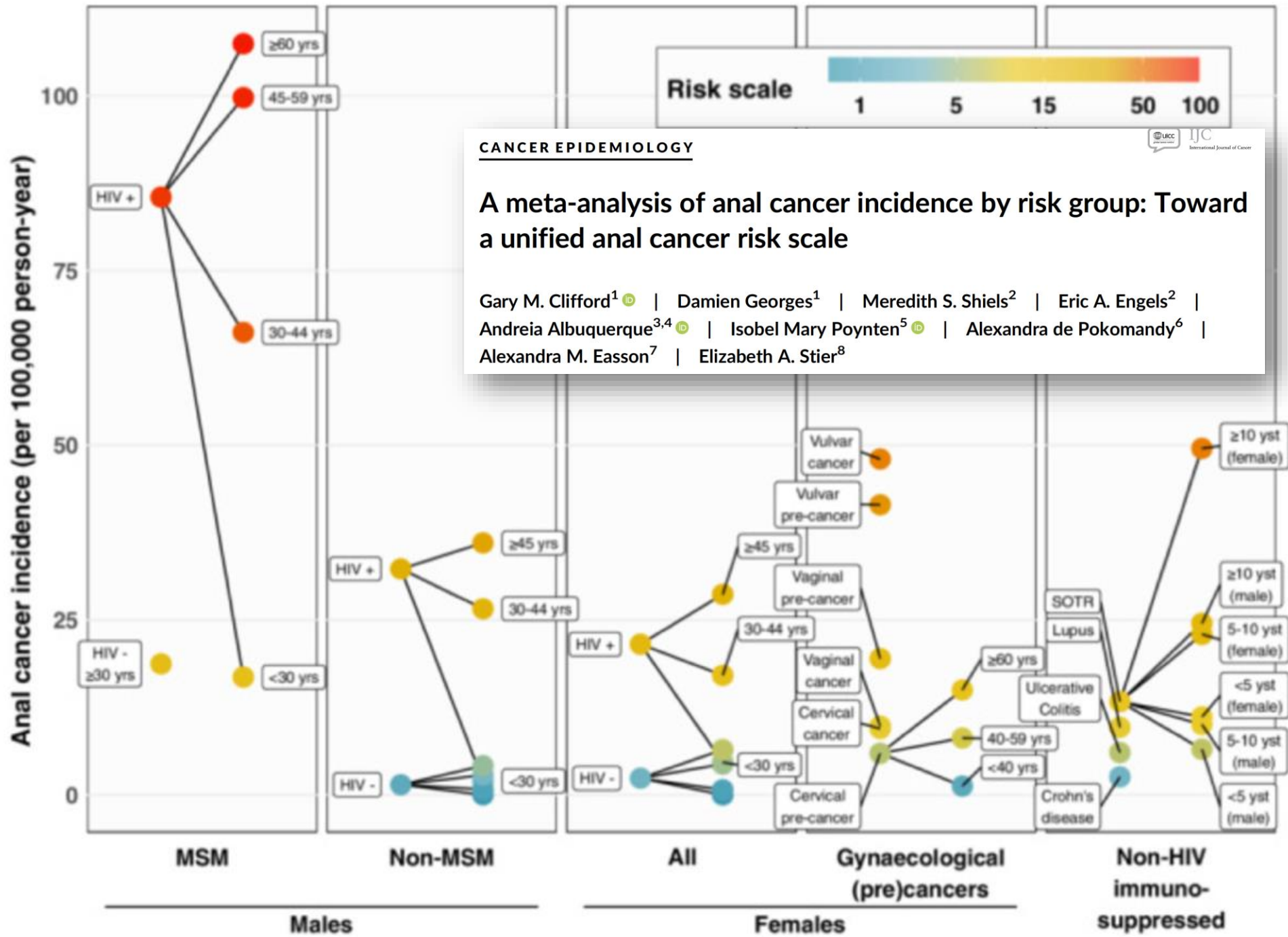
- l'ensemble du monde gastro-entérologique est aujourd'hui concerné par sa prise en charge.

La sollicitation HGE s'entend à deux niveaux :

- celui du dépistage et de la prise en charge des lésions précancéreuses d'une part,
- celui du diagnostic lésionnel et du suivi des cancers invasifs d'autre part

QUELQUES QUESTIONS COURANTES DE PRATIQUE DE SOINS





conditions
précancéreuses

cancer invasif

formes non
métastatiques
d'emblée

formes
métastatiques
d'emblée

HIV-negative

HIV-positive

Cervical
cancer

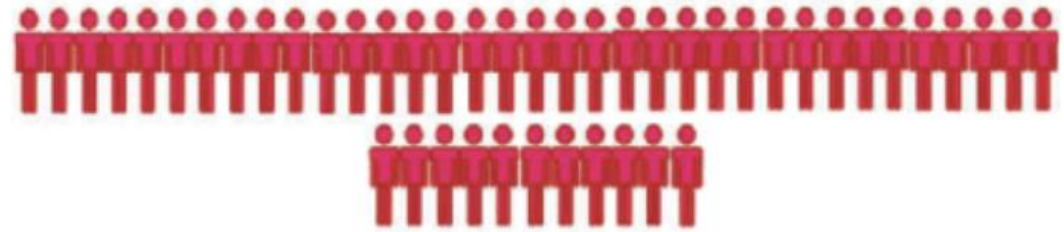


Anal
cancer

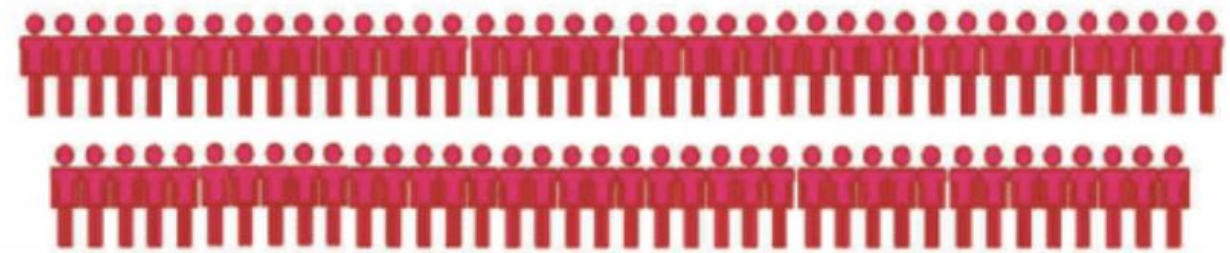
Women



Men



MSM



Pooled estimated cervical and anal cancer incidence per 100,000 person-years among HIVpositive and HIV-

OUTILS SIMPLES

Tests de triage

- **cytologie**
- **test HPV**
- autres

Diagnostic lésionnel

- anoscopie
- **AHR**



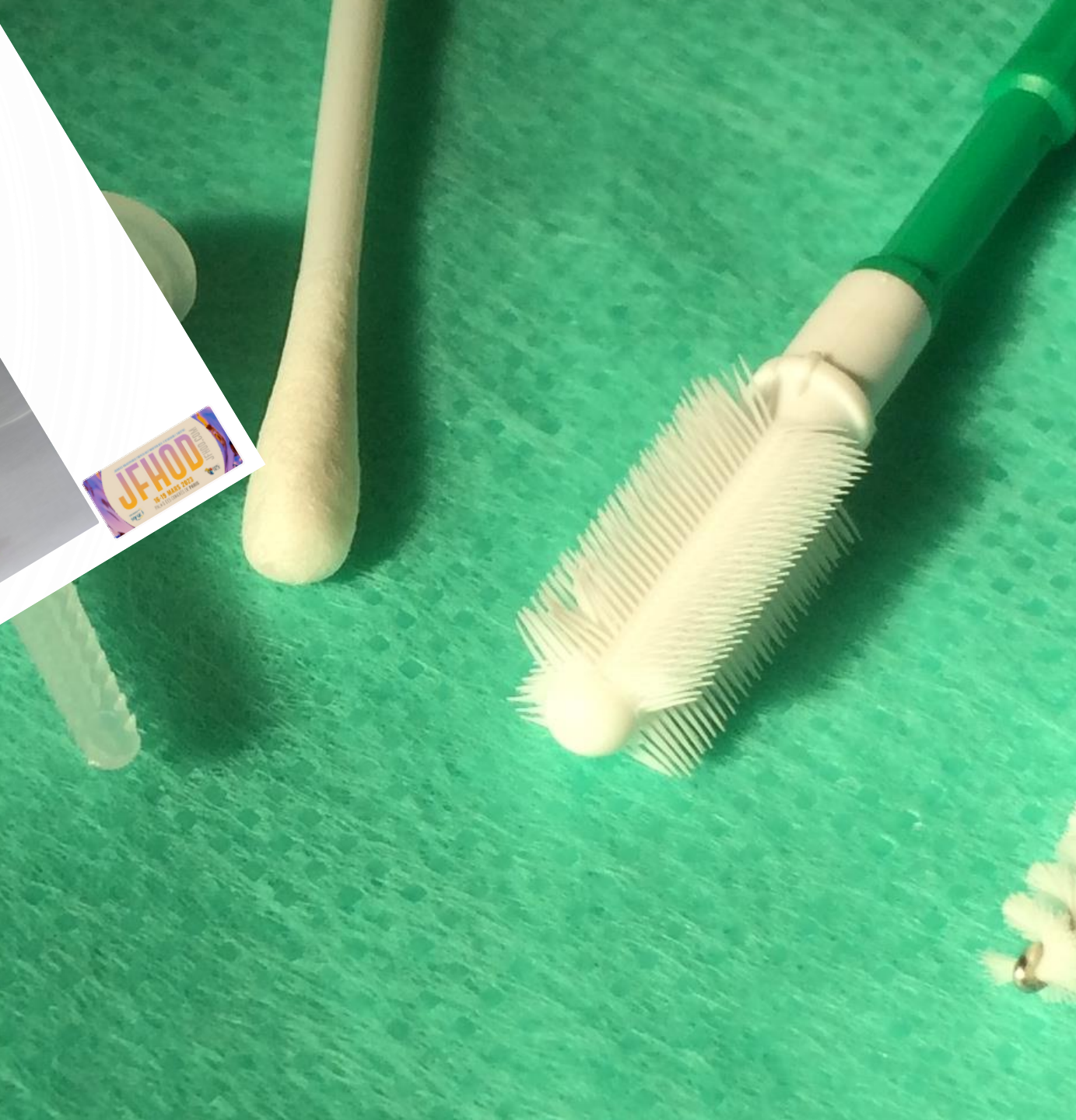
TECHNIQUE

ans désinfection préalable, ni
pose d'écarteur

Passage d'une brosse en Dacron,
puis mise en suspension en phase
liquide (Thin Prep®)

Après sédimentation en couche
mince et coloration selon
Papanicolaou

Lecture du frottis selon le système
de Bethesda en aveugle par trois
cytopathologistes



AHR

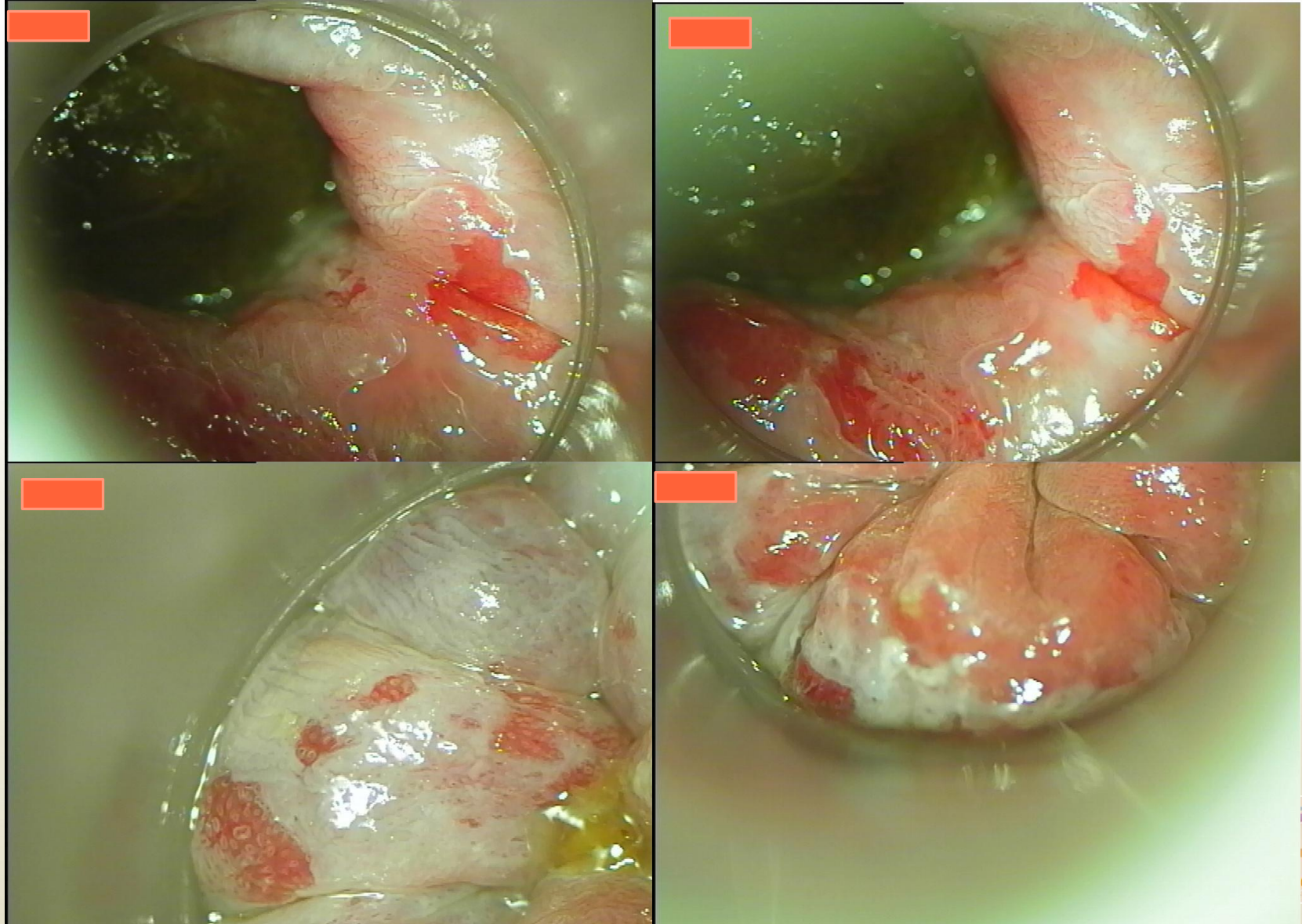
Lésion plane, lisse

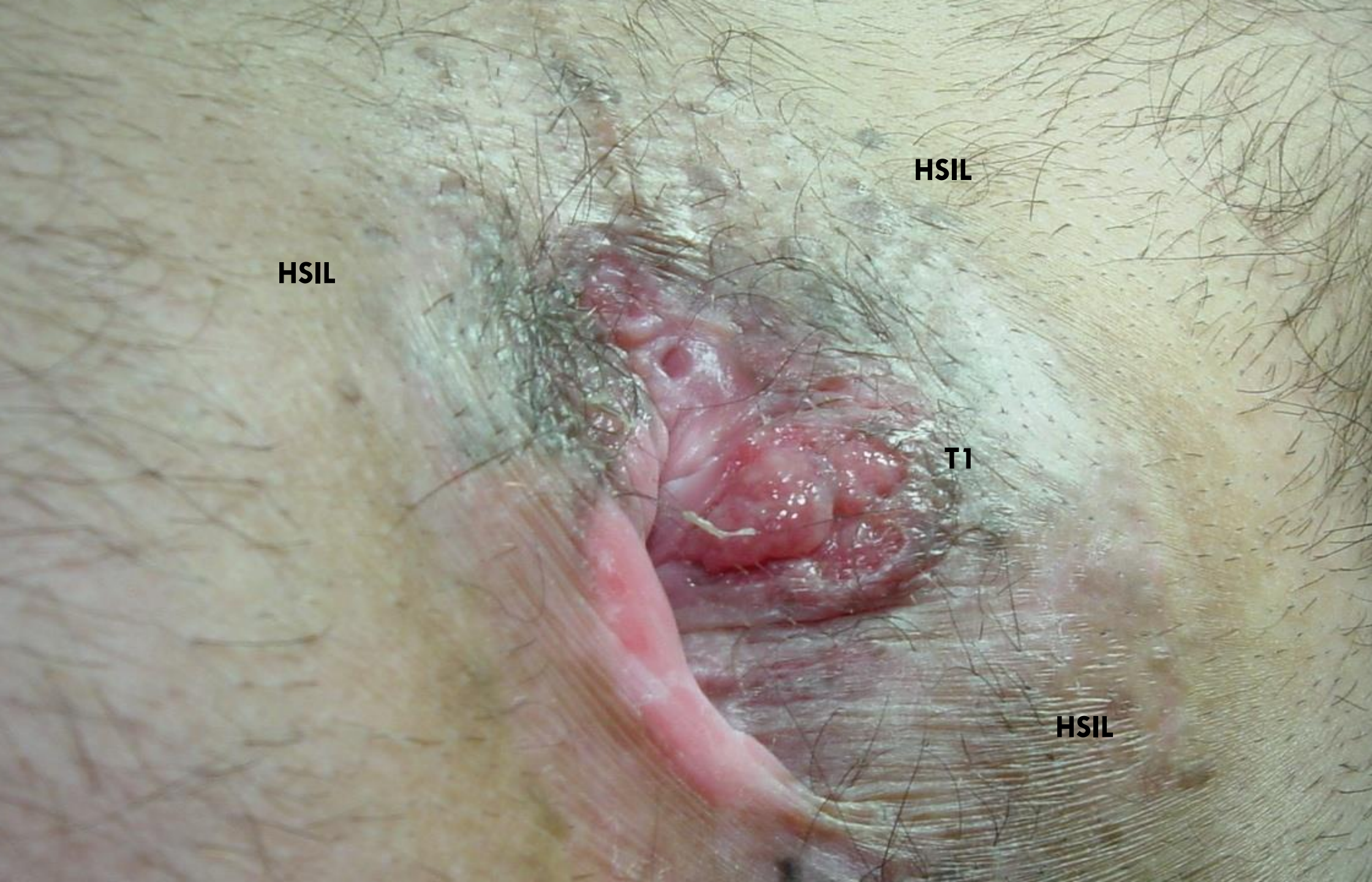
Réaction acidophile
intense et rapide

Prise de lugol très faible

Ponctuations larges et/ou
un aspect en mosaïque
large

Lésions vasculaires ++



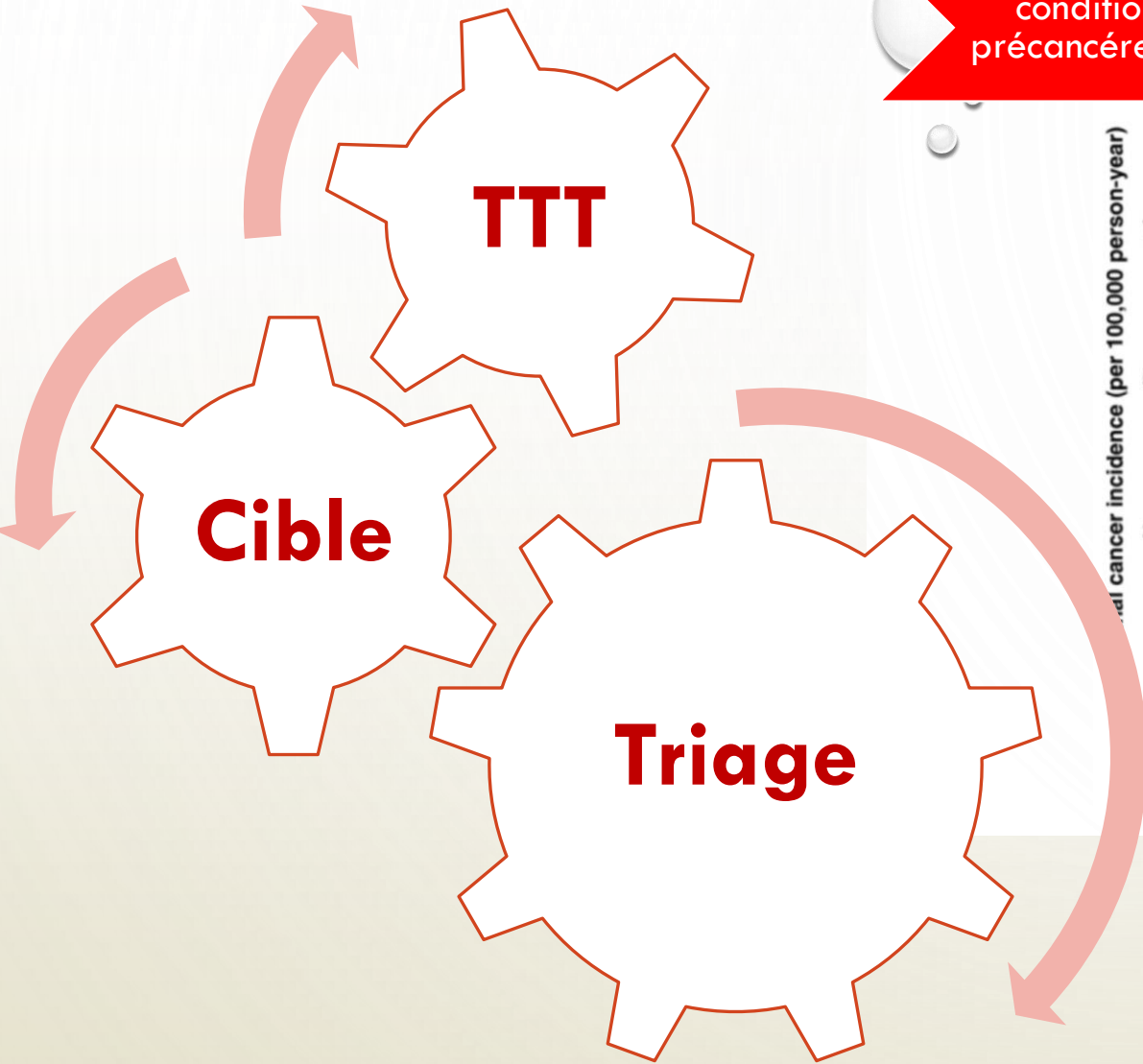
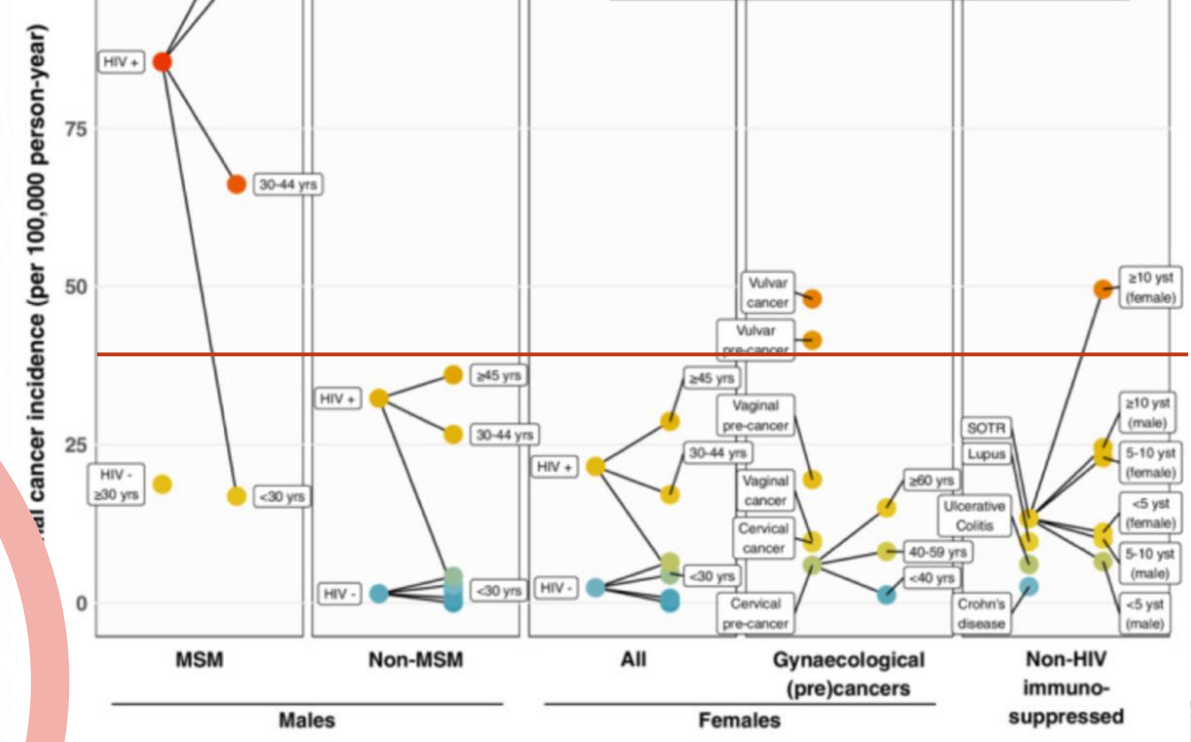


HSIL

HSIL

T1

HSIL



DES CHANGEMENTS DANS LES RECO 2022



conditions
précancéreuses

cancer invasif

formes non
métastatiques
d'emblée

formes
métastatiques
d'emblée

Pas de symptôme

- 1 - HSH vivant avec le VIH et âgés de plus de 30 ans
- 2 - Femmes avec antécédents de lésions précancéreuses et de K de la vulve
- 3 - Femmes transplantées d'organe solide depuis plus de 10 ans

Test HPV
HPV 16 –

Test HPV
HPV 16+

Test HPV
/ 5 ans

ex.clinique &
cytologie

conditions
précancéreuses

cancer invasif

formes non
métastatiques
d'emblée

formes
métastatiques
d'emblée

HPV16+: ex.clinique & cytologie

ex.clinique & cytologie
normaux

ex.clinique anormal ou
cytologie au moins
ASCUS+

Test HPV et cytologie /
3 ans

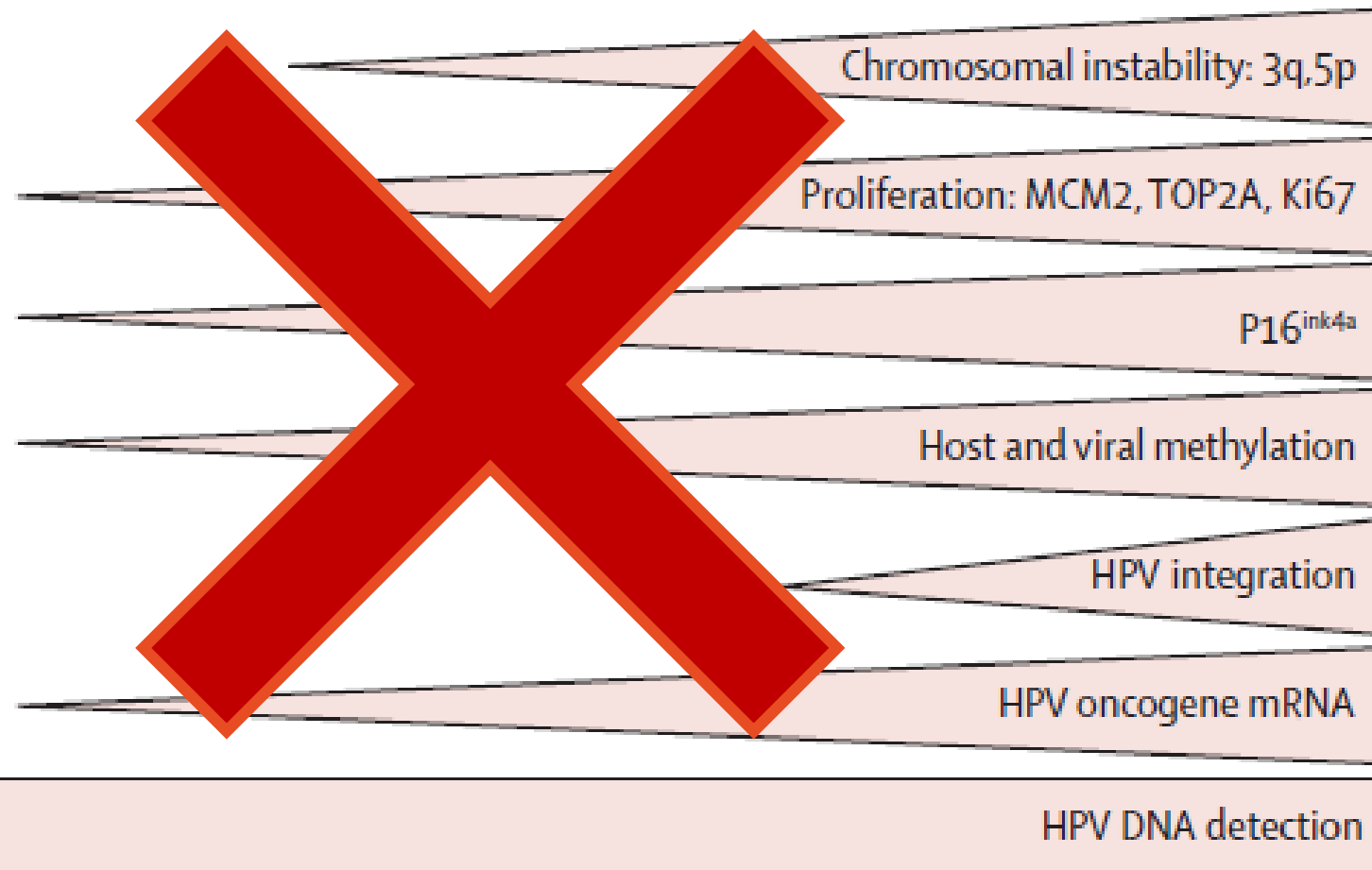
AHR

conditions
précancéreuses

cancer invasif

formes non
métastatiques
d'emblée

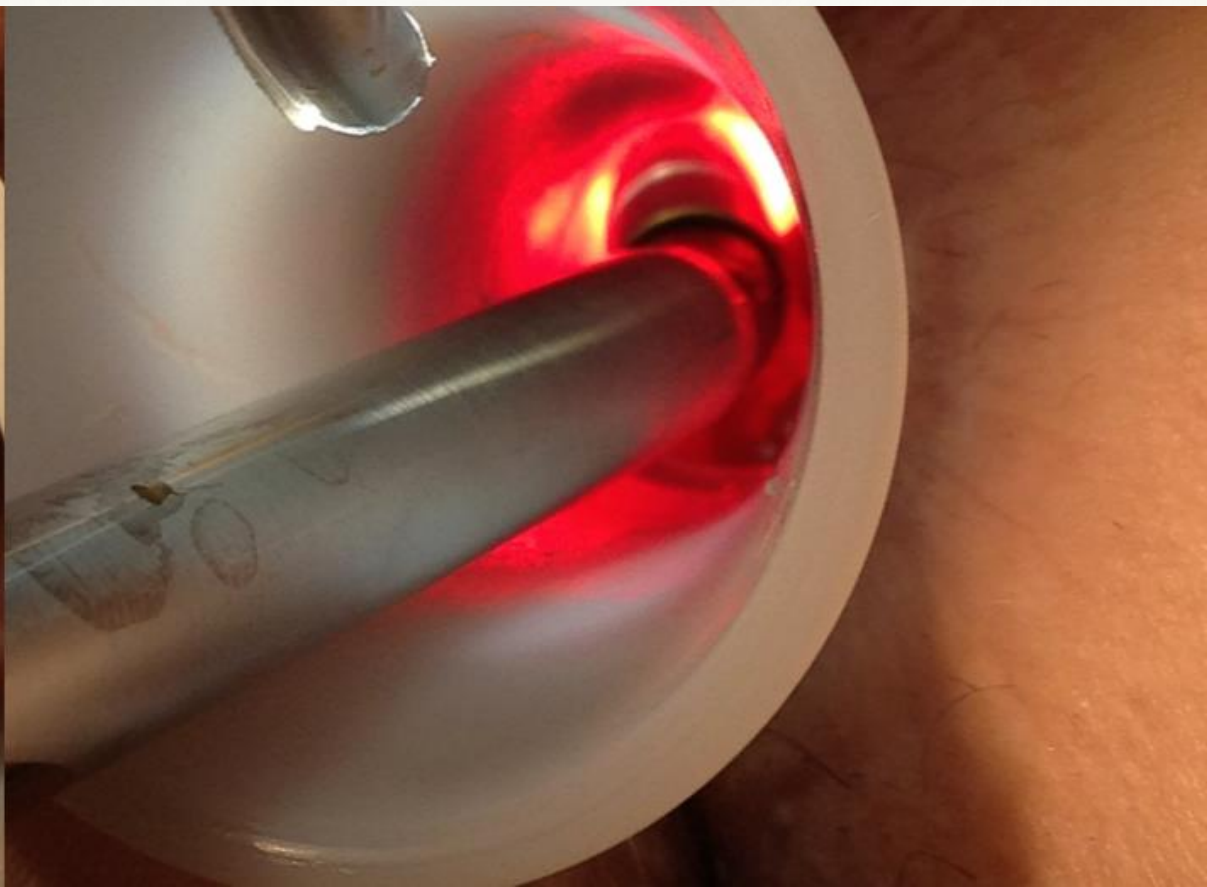
formes
métastatiques
d'emblée



Cellular

Viral

IDENTIFIER ET TRAITER



Treatment of Anal High-Grade Squamous Intraepithelial Lesions to Prevent Anal Cancer

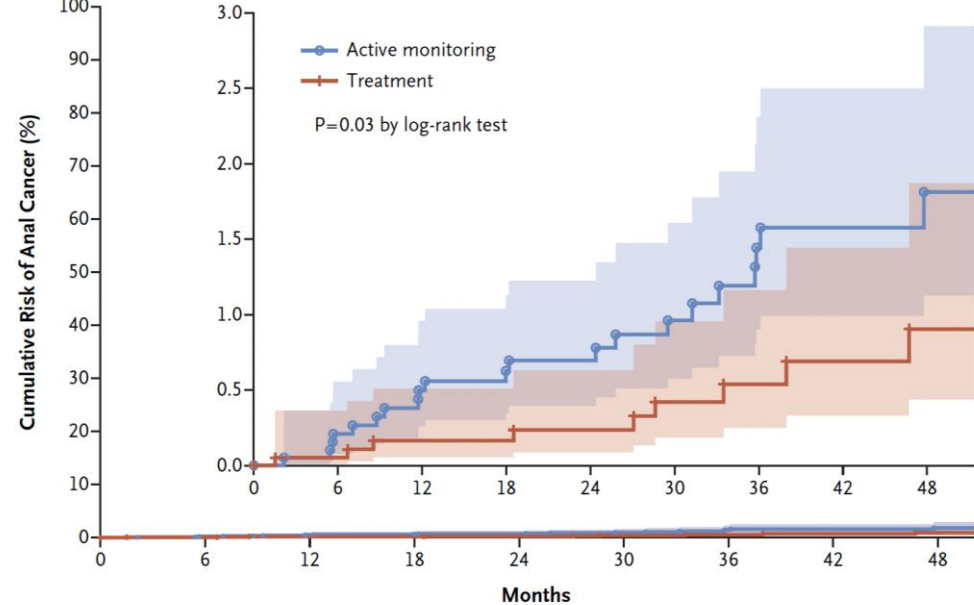
J.M. Palefsky, J.Y. Lee, N. Jay, S.E. Goldstone, T.M. Darragh, H.A. Dunlevy, I. Rosa-Cunha, A. Arons, J.C. Pugliese, D. Vena, J.A. Sparano, T.J. Wilkin, G. Bucher, E.A. Stier, M. Tirado Gomez, L. Flowers, L.F. Barroso, R.T. Mitsuyasu, S.Y. Lensing, J. Logan, D.M. Aboulafia, J.T. Schouten, J. de la Ossa, R. Levine, J.D. Korman, M. Hagensee, T.M. Atkinson, M.H. Einstein, B.M. Cracchiolo, D. Wiley, G.B. Ellsworth, C. Brickman, and J.M. Berry-Lawhorn, for the ANCHOR Investigators Group*



Suivi médian 25.8 mois

9 cas groupe traité (173/100,000 PA [CI]: 90 à 332)

21 cas groupe surveillé (402/100,000 PA [CI]: 262 à 616)



Months at Risk	0	6	12	18	24	30	36	42	48
Active monitoring	2219	1856	1671	1459	1238	992	758	572	407
Treatment	2227	1871	1655	1473	1224	989	753	557	409

Figure 2. Kaplan–Meier Curve of the Time to Progression to Anal Cancer. The inset shows the data on an expanded y axis. The shaded areas represent 95% confidence intervals.



Réduction de risque

57% (95% CI, 6 à 80; P = 0.03)
log-rank test.

QUEL TYPE DE TRAITEMENT ?

imiquimod

5 FU

Laser

Electrocoag

Infrarouge

radiofréquence

Photothérapie
dynamique

Radiothérapie

conditions
précancéreuses

cancer invasif

formes non
métastatiques
d'emblée

formes
métastatiques
d'emblée

Indispensables

biopsie

examen proctologique

examen somatique

terrain et FR

IRM

Scanner TAP

Examen gynécologique

Recommandés

VIH

HPV

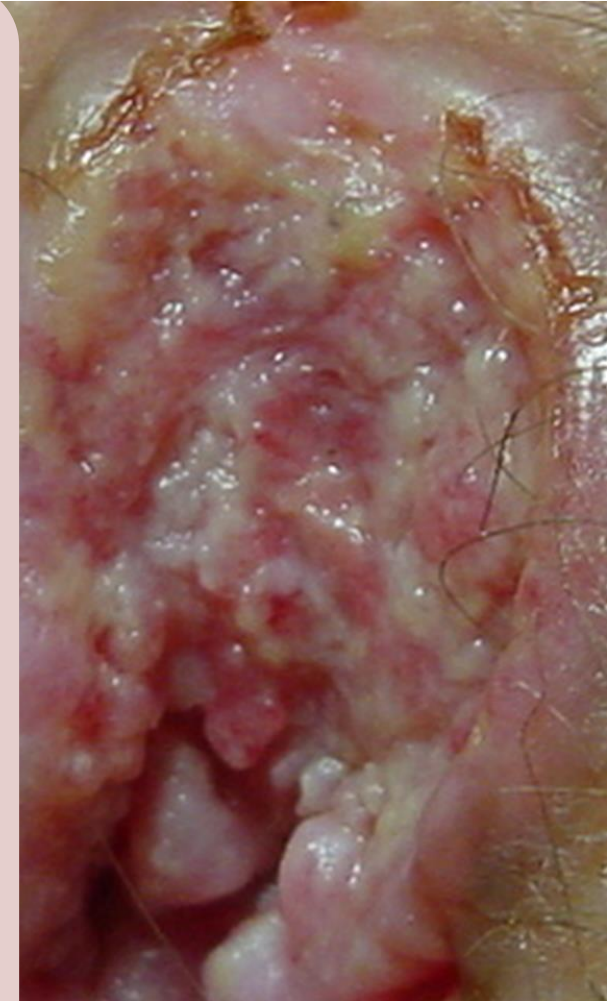
p16

Optionnels

EE

ponction ganglionnaire
écho guidée

examen sous AG



PRONOSTIC ESMO

SURVIE SPÉCIFIQUE, SURVIE SANS PROGRESSION ET SURVIE GLOBALE

○ phénotype HPV+/p16+

○ K ulcéré en territoire malpighien

○ lésion de plus de 5 cm (T)

○ atteinte ganglionnaire (N)

○ genre masculin

○ Statut VIH*

○ différenciation histologique*

*TNCD

conditions
précancéreuses

cancer invasif

formes non
métastatiques
d'emblée

formes
métastatiques
d'emblée

Stade UICC

Stade I (T1N0M0) marginal

Stade II, III marginal
Stade I-III canalaire

excision (IV, C)

CRT + 50Gy (III, B)
5FU-MMC (I,A) Capecitabine (III,B)

marge \neq 1
mm

marge + 1 mm

suivi 26 semaines et éval

CRT low dose (IV, B)

surveillance

résidu tumoral chirurgie

EVALUATION DE LA RÉPONSE THÉRAPEUTIQUE

26 semaines

- La période optimale pour l'évaluation de la réponse à la chimio radiothérapique est 26 semaines (Grade B)

Clinique & IRM

- Une évaluation clinique est indispensable avant et après traitement (Grade B)
- Une évaluation comparative IRM avant et après traitement est souhaitable afin d'évaluer la qualité de la réponse anatomique (Grade A)

~~PET scan~~

- Il n'y pas de preuve suffisante pour proposer l'utilisation du PET scan pour évaluer la réponse au traitement (Grade C)

RÉCIDIVE LOCALE/ PERSISTANCE D'UN TISSU RÉSIDUEL

Une chirurgie de sauvetage doit être discutée dans ces situations (Grade B)

- La suspicion d'une récurrence locale doit être confirmée sur le plan histologique (Grade B)
- Une évaluation IRM et multidisciplinaire est indispensable (Grade A)

l'AAP est la méthode de référence

- L'APP est sensiblement différente de celle proposée pour le traitement du cancer du rectum
 - l'excision anopérinéale est plus large & plastie cutanéomusculaire de recouvrement (Grade C)
- Des chirurgies plus larges peuvent être indiquées (exentération pelvienne) afin d'atteindre l'objectif R0 (Grade C)

De nombreuses organisations suggèrent l'adressage dans un centre de recours dans cette situation (Grade B)

conditions
précancéreuses

cancer invasif

formes non
métastatiques
d'emblée

formes
métastatiques
d'emblée

Cancer anal
stade IV

chimiothérapie
envisageable

chimiothérapie
non envisageable

1ère ligne: Carboplatine + Paclitaxel (Grade B)

soins palliatifs

2nde ligne: Csiplatine-5FU capecitabine, carboplatine, doxorubicine, taxane,
irinotecan Cetuximab et combinaisons (Grade B)

PD-L1 inh dans le cadre d'essais cliniques (Grade B)

SURVEILLANCE

Chez les malades en rémission complète

/3 à 6 mois pendant deux ans puis /6 à 12 mois pendant trois ans comprenant au moins un examen clinique (Grade C)

Dans les formes localement avancées

la surveillance IRM doit être intensifiée pendant les 12 premiers mois de suivi (Grade C)

Pas d'imagerie de surveillance

après trois ans de rémission (Grade B)

POINTS FORTS

Le carcinome épidermoïde de l'anus est, dans 9 cas sur 10, lié au papillomavirus et son incidence est en progression. Une prophylaxie primaire par vaccin nonavalent est en cours de déploiement.

Les personnes à dépister sont celles ayant une sexualité anale et vivant avec le VIH, celles transplantées d'organes solides depuis plus de 10 ans et celles ayant un antécédent de cancer HPV induit.

Le dépistage et le traitement de la dysplasie de haut grade de l'anus sont recommandés car ils diminuent l'incidence du carcinome épidermoïde invasif.

L'IRM ano-périnéale est l'examen de référence pour évaluer l'extension loco-régionale d'un cancer invasif de l'anus.

La radiochimiothérapie comportant l'association de 5 FU et mitomycine C reste depuis plusieurs décennies le traitement de référence des cancers invasifs non métastatiques.