

# Prise en charge actuelle du cancer épidermoïde du canal anal

## Introduction

### Généralités

Le canal anal est la partie terminale du tube digestif mesurant 3 à 4 cm située entre le rectum et la peau de la marge de l'anus. Les cancers du canal anal représentent 1,2 % des cancers digestifs, et 6 % des cancers ano-rectaux [3]. Ils prédominent chez la femme (sex-ratio de 4 en France [3, 6] et deux tiers des patients ont plus de 65 ans [6]). Leur incidence augmente [8] et l'âge au diagnostic diminue : il n'est plus rare de voir des patients de la quarantaine. Les cancers épidermoïdes représentent 95 % des formes histologiques. Ils restent longtemps localisés. Seuls 5 % sont métastatiques au diagnostic [6]. L'homosexualité masculine, les infections à HPV et le tabagisme sont des facteurs de risque.

Le traitement vise à guérir le patient et à obtenir le meilleur contrôle local en conservant un sphincter fonctionnel.

La radiothérapie et l'association d'une chimiothérapie concomitante pour les grosses tumeurs visent à conserver le sphincter.

### Diagnostic histologique

Il distingue les cancers épidermoïdes des autres formes.

Les cancers épidermoïdes sont : à grandes cellules kératinisants, non ké-

ratinisants (transitionnels) ou cloacogéniques, basaloïdes. Ils constituent une entité clinique homogène et bénéficient du traitement conservateur.

Les adénocarcinomes (de type rectal, glandes anales, ou sur fistules ano-rectales), les carcinomes à petites cellules, les carcinomes indifférenciés et les autres tumeurs (sarcomes - lymphomes - mélanomes) sont des entités pour lesquelles le traitement conservateur n'est pas le standard thérapeutique et la décision prise au cas par cas.

### Facteurs pronostiques

Leur connaissance précise la place des différents traitements dans la stratégie pluridisciplinaire.

#### FACTEURS PRONOSTIQUES PRINCIPAUX

##### Sur la survie

Le stade T est un facteur pronostique pour de nombreux auteurs [3, 5, 10, 13, 14, 16, 19]. Pour certains, la taille inférieure ou supérieure à 4 cm apparaît également pronostique [5, 9, 10, 19]. L'envahissement ganglionnaire inguinal ou pelvien est également décrit [5, 9, 10, 13].

##### Sur le contrôle locorégional

Le seul facteur pronostique du contrôle locorégional, inconstamment mis en évidence [3, 10, 16], est la taille de la tumeur primitive.



D. PEIFFERT  
(Vandœuvre-  
lès-Nancy)

#### FACTEURS PRONOSTIQUES ASSOCIÉS

- Liés au patient : l'âge élevé et le sexe masculin ont pu être mis en évidence (L. Bedenne, analyse monofactorielle).
- L'homosexualité et l'infection par le VIH ne sont pas étudiées en tant que facteurs pronostiques (faible nombre de patients). L'infection par le VIH n'est pas une contre indication à un traitement curatif [4].

### STADIFICATION

Elle est préthérapeutique, le traitement initial étant généralement conservateur. L'ancienne classification de l'UICC de 1967, qui reposait sur l'analyse histologique de la pièce opératoire, a été abandonnée. L'actuelle classification TNM de UICC (4<sup>e</sup> édition 1987) repose sur la taille tumorale et l'existence d'adénopathies, d'après l'examen clinique et le scanner ou IRM.

|   |
|---|
| Tumeur primitive  |
| TX : tumeur non évaluable   |
| T0 : pas de tumeur  |
| Tis : carcinome <i>in situ</i>  |
| T1 : tumeur ≤ 2 cm dans sa plus grande dimension  |
| T2 : tumeur > 2 cm mais ≤ 5 cm dans sa plus grande dimension (de 21 mm à 50 mm)                                 |
| 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) |

Adénopathies régionales (N)  
 NX : adénopathies non précisées  
 N0 : pas de métastase ganglionnaire lymphatique régionale  
 N1 : périrectaux  
 N2 : métastases d'un ou plusieurs ganglions lymphatiques iliaque interne et/ou inguinal unilatéral  
 N3 : métastases dans les ganglions inguinaux ou périrectaux et/ou les ganglions lymphatiques iliaques externes et/ou inguinaux bilatéraux.  
 Métastases à distance (M)  
 MX : non précisées  
 M0 : pas de métastases  
 M1 : métastases

#### STADES DE L'UICC

|            |                   |
|------------|-------------------|
| Stade 0    | Tis N0 M0         |
| Stade I    | T1 N0 M0          |
| Stade II   | T2 N0 M0          |
|            | T3 N0 M0          |
| Stade IIIA | T1 N1 M0          |
|            | T2 N1 M0          |
|            | T3 N1 M0          |
|            | T4 N0 M0          |
| Stade IIIB | T4 N1 M0          |
|            | Tous T N2 M0      |
| Stade IV   | Tous T Tous N, M1 |

La classification US TNM repose sur l'échographie endorectale. Elle ne modifie pas la classification TNM clinique, mais apporte surtout l'information complémentaire concernant les adénopathies périrectales en tenant compte des critères échocardiographiques de malignité

La séméiologie échographique du canal anal au niveau pariétal est différente de celle du rectum. En effet, aux classiques 5 couches décrites au niveau de la paroi rectale (3 hyperéchogènes et 2 hypoéchogènes) se substitue une paroi à 7 couches:

- 1<sup>re</sup> couche hyperéchogène : interface ballonnet - paroi
- 2<sup>e</sup> couche hypoéchogène : muqueuse du canal anal
- 3<sup>e</sup> couche hyperéchogène : sous-muqueuse
- 4<sup>e</sup> couche hypoéchogène : sphincter interne + + +
- 5<sup>e</sup> couche hyperéchogène : interface entre le sphincter lisse et la couche longitudinale complexe
- 6<sup>e</sup> couche hypoéchogène : couche longitudinale complexe
- 7<sup>e</sup> couche hyperéchogène : sphincter externe + + +

La classification us TN apprécie le degré d'infiltration pariétale et l'ex-

tension ganglionnaire péri-rectale basse et haute (charnière) mais ignore l'atteinte ganglionnaire inguinale :

- **Tumeur usT1** : atteinte de la muqueuse et sous-muqueuse sans infiltration du sphincter interne
- **Tumeur usT2** : atteinte du sphincter interne avec le respect du sphincter externe
- **Tumeur usT3** : atteinte du sphincter externe
- **Tumeur usT4** : atteinte d'un organe pelvien de voisinage
- **N0** : pas d'adénopathie suspecte péri-rectale
- **N+** : adénopathie(s) péri-rectale(s) de 5 à 10 mm de diamètre ayant des critères échocardiographiques de ganglion malin (rond, hypoéchogène, contours nets, 3 critères sur 3 sont nécessaires pour conclure à la malignité de l'adénopathie), ou mesurant plus de 10 mm de diamètre.

En pratique : on distingue les tumeurs localisées (T 1 T2 N0 ≤ 4 cm) et les tumeurs localement avancées.

## Bilan diagnostique et préthérapeutique

Les symptômes sont peu spécifiques et reproduisent ceux habituellement présents en proctologie quotidienne.

L'examen clinique avec biopsie à la pince et analyse anatomo-pathologique est le standard diagnostique. Il permet d'affirmer le diagnostic et de différencier le cancer vis à vis des formes d'allure bénigne.

Le bilan d'extension locorégional recherche des sites d'extension tumorale, afin d'adapter le traitement aux facteurs pronostiques. L'examen clinique est là aussi primordial. Le toucher anorectal éventuellement réalisé sous AG, précédé d'un examen de la marge anale en écartant les plis radiés, évalue l'extension en hauteur de la tumeur, son extension par rapport à la marge et à la zone de transition anorectale, l'envahissement du bas rectum. Il précise l'extension circulaire, sa fixation à l'espace anococcygien et aux fosses ischio-rectales et

ses rapports avec la prostate ou le vagin. Il peut déceler une adénopathie périrectale. L'anuscopie complète le TR. Dans les formes antérieures, un toucher vaginal et un examen au spéculum sont nécessaires. La palpation des aires inguinales recherche des adénopathies, qui sont ponctionnées. Un examen gynécologique avec frottis cervical ou un examen de verge sont nécessaires, avec recherche de lésion HPV associées. L'examen général recherche une masse pelvienne, une hépatomégalie, une adénopathie sus-claviculaire.

Le bilan paraclinique comprend une radiographie du thorax et un scanner pelvien et hépatique. Une échographie inguinale avec cytoponction peut être réalisée en cas d'adénopathie. Les sérologies VIH, VHB et VHC sont réalisées.

L'échographie endorectale ou échocardiographie précise l'épaisseur maximale de la tumeur et l'envahissement des couches, recherche des adénopathies péri-rectales et du promontoire recto-sigmoïdien.

## Traitement

Les objectifs sont l'obtention d'un taux de survie élevé avec le meilleur contrôle local et régional. Les taux de conservation sphinctérienne et de sphincter fonctionnel sont également évalués.

En pratique : le traitement repose pour les formes limitées sur la radiothérapie et pour les formes étendues sur une association radio-chimiothérapie et/ou chirurgicale.

## Moyens

### CHIRURGIE

- L'excision locale est une option réservée aux tumeurs in-situ, les petits T1 de moins de 1 cm de grand axe, de découverte fortuite sur une pièce d'hémoroïdectomie ;
- L'amputation ano-rectale par voie abdomino-périnéale avec curage ganglionnaire hémorroïdal supérieur, moyen et inférieur, est réa-

lisée en deuxième intention, après échec du traitement conservateur ;

- Le curage inguinal de nécessité est intentionnellement limité, en présence d'adénopathies malignes ou suspectes, à leur exérèse. Il peut être réalisé avant ou après l'irradiation inguinale. Il expose à la survenue d'une lymphocèle persistante et à l'apparition d'un lymphoedème.

#### RADIOTHÉRAPIE EXCLUSIVE (TABLEAU I)

Elle est réalisée en deux temps, comportant une radiothérapie externe pelvienne, suivie après un intervalle de repos, d'un complément localisé par radiothérapie externe ou curiethérapie interstitielle.

Le premier temps de radiothérapie externe a pour volume cible la marge, le canal, le bas rectum, les ganglions péri-rectaux et latéro-pelviens et délivre 50 Gy en 25 fractions et 5 semaines. On peut ajouter au volume cible les aires ganglionnaires inguinales uni ou bilatérales.

Le deuxième temps d'irradiation (complément) est délivré par radiothérapie externe ou curiethérapie interstitielle à l'Iridium sur les volumes tumoraux initiaux à la dose de 15 à 20 Gy.

| Auteur    | Nombre patients | Récidive | Survie 5 ans |
|-----------|-----------------|----------|--------------|
| Salmon    | 183             | 34 %     | 58 %         |
| Eschwege  | 64              | 19 %     | 46 %         |
| Papillon* | 159             | 12 %     | 65 % (brut)  |
| Touboul   | 270             | 20 %     | 74 %         |
| Allal*    | 125             | 20 %     | 65 %         |
| Gérard*   | 108             | 17 %     | 64 %         |
| Peiffert* | 118             | 20 %     | 60 %         |
| Total =   | 1027            |          |              |

\*Curiethérapie

#### RADIO-CHIMIOTHÉRAPIE CONCOMITANTE (TABLEAU II)

Elle associe une radiothérapie externe pelvienne (45 Gy en 25 fractions et 5 semaines) et une chimiothérapie concomitante la 1<sup>re</sup> semaine et la 5<sup>e</sup> semaine selon le protocole 5 FU – MITO, ou 5FU-CDDP. Son bénéfice concernant la survie sans colostomie et la

|        |                      | Contrôle local           | Survie sans colostomie    | Survie spécifique        | Survie                   |
|--------|----------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| EORTC  | Radio<br>Radiochimio | 55 %<br>p = 0.02<br>68 % | 40 %<br>p = 0.002<br>72 % |                          | 55 %<br>NS<br>57%        |
| UKCCCR | Radio<br>Radiochimio | 39 %<br>p<0.0001<br>61 % |                           | 61 %<br>p = 0.02<br>72 % | 58 %<br>p = 0.25<br>65 % |

survie sans récurrence a été confirmé par les deux études ci-dessus.

#### CHIMIOTHÉRAPIE EXCLUSIVE

L'association de 5-Fluorouracile (600 à 1000 mg/m<sup>2</sup> de J1 à J4 ou J5) et de mitomycine C (10 à 15 mg/m<sup>2</sup> à J1) est le standard, renouvelée tous les 28 jours. L'association 5-Fluorouracile (600 à 1000 mg/m<sup>2</sup> de J1 à J4 ou J5) et CIS DDP (80 à 100 mg/m<sup>2</sup> en une injection ou sur 5 jours) peut être utilisée en option. Il ne semble pas y avoir de résistance croisée.

#### TRAITEMENT RADIO-CHIRURGICAL

La radiothérapie pelvienne préopératoire ou la radiochimiothérapie préopératoire est suivie d'une amputation abdomino-périnéale après 6 semaines de délai.

## INDICATIONS

La radiothérapie est indiquée en première intention.

Trois essais ont démontré la supériorité de l'association radio-chimiothérapie par 5 FU-Mitomycine C sur la radiothérapie seule, pour les tumeurs localement avancées, avec augmentation du contrôle local et de la survie sans colostomie, mais sans bénéfice sur la survie globale [1, 7, 18].

L'amputation abdomino-périnéale reste réservée aux échecs des traitements conservateurs, ou aux complications graves.

#### STADES T1S

La chirurgie d'exérèse est suffisante.

#### STADES T1 N0

Le traitement conservateur de référence est la radiothérapie exclusive (50 Gy / 25 fr / 5 semaines puis complément). La chirurgie d'exérèse peut être suffisante pour les tumeurs ou de moins de 1 cm.

#### STADES T2 N0

Le traitement conservateur de référence est la radiothérapie exclusive (50 Gy / 25 fr / 5 semaines puis complément localisé).

La radio-chimiothérapie concomitante est indiquée pour les tumeurs de plus de 4 cm de grande dimension.

#### STADES T3 OU T1 - T2 N1 - N3

La radiochimiothérapie concomitante (5 FU – MITO ou FU-CDDP) est la référence (45 Gy / 25 fr / 5 semaines puis complément localisé).

La chirurgie mutilante est réservée à l'absence de réponse tumorale.

#### STADES T4

La radiochimiothérapie exclusive ou associée à la chirurgie mutilante est proposée selon l'extension initiale, la réponse tumorale et la possibilité d'obtention d'un sphincter continet.

#### TUMEURS MÉTASTATIQUES D'EMBLÉE

La chimiothérapie exclusive est proposée, associée au besoin à une radiothérapie pelvienne fonctionnelle ou à une chirurgie fonctionnelle.

## Traitements associés à la radiothérapie

### La curiethérapie

Est toujours réalisée en complément d'irradiation sur la tumeur, après un premier temps d'irradiation externe sur le pelvis. Elle est indiquée pour les tumeurs peu épaisses (< 1-2 cm), atteignant moins de l'hémi-circonférence, sur moins de 5 cm de hauteur, et ayant régressé de plus de 50 % après la radiothérapie externe.

## La chimiothérapie

Elle est délivrée les semaines 1 et 5 de la radiothérapie, associant 5-FU et Mitomycine C ou 5-FU et Cis-DDP.

Elle est indiquée pour les tumeurs de plus de 4 cm et/ou avec envahissement ganglionnaire.

## Indications de la chirurgie

### L'amputation ano-rectale

Elle est réservée aux échecs du traitement conservateur :

- Absence de réponse à la radiochimiothérapie ;
- Rattrapage d'une récidive locale après radiochimiothérapie ;
- Nécrose anale après radiochimiothérapie ;
- Volumineux cloaque ou fistule vaginale, sans espoir d'obtenir un sphincter fonctionnel par un traitement conservateur.

### Le curage inguinal peut être réalisé :

- A visée diagnostique dans le cadre du bilan d'extension ;
- En rattrapage d'une récidive ganglionnaire inguinale (associée à une irradiation inguinale si possible).

### L'exérèse-excision locale

Elle est réservée aux petites tumeurs T1 de moins de 1 cm de grand axe, ou aux tumeurs *in situ*, généralement de découverte fortuite sur pièce d'hémorroïdectomie.

### La colostomie peut être :

- Transitoire : pour une volumineuse tumeur douloureuse et hémorragique, en préparation d'un traitement conservateur par radiochimiothérapie ou lors des difficultés de cicatrisation ;
- Définitive : pour les tumeurs volumineuses T4 avec fistule, le plus souvent vaginale.

## Surveillance

Le but de la surveillance est de dépister une récidive locorégionale ou métastatique accessible à un traitement curatif, et de déceler une complication locale liée au traitement conservateur.

Quatre-vingt pourcent des récidives surviennent dans les 48 mois après le traitement.

Les récidives locales ou locorégionales sont rattrapables pour la moitié d'entre elles, par AAP et/ou curage ganglionnaire.

La fréquence des rechutes locales est de 0 à 20 % pour les T1, 10 à 30 % pour les T2, 20 à 40 % pour les T3 et T4.

La fréquence des complications est de 5 à 10 % pour les T1 T2 et 15 à 30 % pour les T3 T4 après traitement conservateur.

La surveillance repose sur l'examen clinique, avec touchers pelviens, anoscopie, palpation inguinale, tous les 4 mois pendant 2 ans, puis tous les 6 mois pendant 3 ans, puis annuelle.

Sa difficulté est liée à l'aspect remanié du canal anal après traitement conservateur et aux complications locales de radionécrose que peuvent entraîner des biopsies de contrôle itératives, qui sont à éviter.

En cas de tumeur initialement locale-ment évoluée, un scanner abdomino-pelvien et une radiographie du thorax peuvent être réalisés (option).

## RÉFÉRENCES

1. Bartelink H, Roelofsen F, Eschwege F, Rougier P, Bosset JF, Gonzalez DG et al. Concomitant radiotherapy and chemotherapy is superior to radiotherapy alone in the treatment of locally advanced anal cancer: results of a phase III randomized trial of the European Organization for Research and Treatment of Cancer radiotherapy and gastrointestinal cooperative groups. *J Clin Oncol* 1997;15: 2040-9.
2. Bauer P, Etienney I. Thérapeutiques du cancer épidermoïde de l'anus: particularités chez les sujets infectés par le VIH. *Gastroenterol Clin Biol* 2002; 26: 147-9.
3. Bedenne L, Janoray I, Arveux P, Horiot JC, Janoray P, Ledorze C, Altwegg T, Faivre J. Le cancer épidermoïde du canal anal dans le département de la Côte d'Or. *Gastroenterol Clin Biol* 1989; 15: 130-6.
4. Chadha et al. Squamous cell carcinoma of the anus in HIV-positive patients. *Diseases of the Colon and Rectum* 1994; 37: 861-5.
5. Eschwege F, Lasser P, Chavy A and al. Squamous cell carcinoma of the anal canal : treatment by external beam irradiation. *Radiother Oncol* 1985; 4: 145-50.
6. Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer. Enquête Permanente Cancer 1976-1989 : Survie à long terme des malades traités pour cancer. Monographie FNCLCC 1992.
7. Flam M, John M, Pajak TF, Petrelli N, Myerson R, Doggett S et al. Role of mitomycin in combination with fluorouracil and radiotherapy, and a salvage chemoradiation in the definitive nonsurgical treatment of epidermoid carcinoma of the anal canal: results of a phase III randomized intergroup study. *J Clin Oncol* 1996; 14: 2527-39.
8. Melbye M, Cote TR, Kessler L, Gail M, Biggar RJ and the AIDS/Cancer Working Group. High incidence of Anal Cancer among AIDS patients. *Lancet* 1994; 343: 636-9.
9. Papillon J, Montbaron JF. Epidermoid carcinoma of the anal canal. *Dis of the Colon Rectum* 1987; 30: 324-33.
10. Peiffert D, Giovannini M, Ducreux M, Michel P, François E, Lemanski C, Mirabel X, Cvitkovic F, Luporsi E, Conroy T, Gérard JP and the Digestive Tumours. Group of the French Fédération Nationale de Centres de Lutte Contre le Cancer. High-dose radiation therapy and neoadjuvant plus concomitant chemotherapy with 5-fluorouracil and cisplatin in patients with locally advanced squamous-cell anal cancer: final results of a phase II study. *Ann Oncol* 2001; 12: 397-404.
11. Rabbin CS, Biggar RJ, Melbye M, Curtis RE. Second Primary Cancers Following Anal and Cervical Carcinoma. Evidence of shared Etiologic Factors. *Am. J. Epidemiology* 1992; 136: 54-8.



12. Salmon RJ, Fenton J, Asselain B, Mathier G, Girodet J, Durand J and al. Treatment of epidermoid anal cancer. Am J Surg 1984;147: 43-8.

13. Salmon RJ, Zafrani B, Labib A. Cancer du canal anal. Résultats du traitement d'une série de 195 cas. Gastroenterol Clin Biol 1985; 9, 911-7.

14. Schlienger M, Krzisch C, Pene F, Marin JL, Gindrey-Vie B, Mauban S and al. Epidermoid carcinoma of the anal canal. Treatment results and pronostic variables in a series of 242 cases. Int J Radiat Oncol Biol Phys 1989;17: 1141-51.

15. Scholefield JH, Hickson WGE, Smith JHF, Rogers K, Sharp F. Anal intraepithelial neoplasia : part of a multifocal disease process. Lancet 1992; 340: 1271-3.

16. Touboul E, Schlienger M, Buffat L, Lefkopoloulos D, Pène F, Parc R, Tiret E, Gallot D, Malofosse M, Laugier A. Epidermoid Carcinoma of the Anal Canal. Results of Curative-intent Therapy in a Series of 270 Patients. Cancer 1994; 73: 1569-79.

17. Vatra B, Sobhani I, Aparicio T, Girard PM, du Puy Montbrun T, Houssin M, Baillet F, Hecht F, Chossidow D, Soulé JC. Gastroenterol Clin Biol 2002; 26: 150-6.

18. UKCCCR Anal Cancer Trial Working Party. Epidermoid anal cancer: results from the UKCCCR randomised trial of radiotherapy alone versus radiotherapy 5-fluorouracil, and mitomycin. Lancet 1996; 348: 1049-54.

19. Wagner JP, Mahe MA, Romestaing P, Rocher FP, Berger C, Trillet-Lenoir V, Gérard P. Radiation therapy on the conservative treatment of carcinoma of the anal canal. Int J Radiat Oncol Biol Phys 1994; 29: 17-23.

## Définition

### ■ CANAL ANAL :

- 3 à 4 cm de hauteur
- de la jonction anorectale
- à la peau péri-anale

la ligne pectinée est à mi-canal

### ■ MARGE ANALE :

- de la jonction canal-marge
- à la peau (rayon de 5 cm)

visible en totalité en dépliant les plis radiés

• Cummings  
• Papillon  
• UICC  
• WHO



## Histologie

C.épidermoïdes = 95 %

- kératinisants
- non kératinisants (transitionnels) (cloacogéniques)
- basaloïdes

Adénocarcinomes

Sarcomes  
Lymphomes  
Mélanomes

## Epidémiologie

- Rare ~ 600/an
- 6 % des cancers anorectaux
- 1, 2 % des cancers digestifs
- incidence 1 / 100 000
- 75 % femmes - après 60 ans
- 5 % métastatiques au diagnostic
- Homosexualité, HIV, HPV, tabac

## Diagnostic différentiel

signes fonctionnels : - rectorragies  
- proctologie

- Thrombose hémorroïdaire +
- Condylome ++
- Fissure +++

- Ulcération syphilitique ou tuberculeuse
- Abscess de la marge
- Abscess de l'espace ischio-rectal



## Bilan d'extension

- Clinique
  - TR - anoscopie
    - Dimensions - Schéma
  - Ex. gynéco
  - Inguinal
- Echo endo-rectale
  - extension tumorale en profondeur
  - adénopathies périrectales et présacrées
- Scanner pelvien (± Echo foie ± RP)
- Aucun marqueur

## Traitement Curatif

### CONSERVATEUR

1. Radiothérapie:
  - Externe
  - Curiethérapie
2. +/- Chimiothérapie
3. (Chirurgie)

## Canal anal - Classification TNM

- T1 : ≤ 2 cm
- T2 : 2 - 5 cm
- T3 : > 5 cm
- T4 : organes adjacents envahis
  - Vagin
  - Vessie

- N1 : adénopathies périrectales
- N2 : adénopathies hypogastriques ou inguinales unilatérales
- N3 : adénopathies périrectales et inguinales hypogastriques et inguinales bilatérales



1950

Amputation



Amputation

## Classification « pratique »

- Tumeurs localisées:
  - T1-T2 N0 de moins de 4 cm
- Tumeurs localement avancées:
  - T2 N0 de plus de 4 cm
  - ou T3-T4 N0
  - ou T1-T2-T3 N1-3
- Tumeurs métastatiques

## Amputation abdomino-périnéale (1972 - 88)

| Auteurs             | Nb pts | Récidives | Survie à 5 ans |
|---------------------|--------|-----------|----------------|
| Brennen             | 16     | -         | 37 %           |
| Golden              | 487    | -         | 47 %           |
| Stearns             | 80     | -         | 60 %           |
| Paradis             | 28     | -         | 50 %           |
| Loygue              | 33     | -         | 53 %           |
| Frost               | 109    | 27 %      | 62 %           |
| Boman (Mayo Clinic) | 118    | -         | 71 %           |
| Doughery            | 79     | 47 %      | 43 %           |
| Greenall            | 103    | 55 %      | 35 %           |
| Clark               | 31     | 58 %      | -              |
| Jansen              | 50     | 50 %      | -              |

## Objectifs thérapeutiques

- Guérison :
  - contrôle locorégional +++
  - prévention métastases
- Conservation sphinctérienne
  - anatomique
  - fonctionnelle +++



## Radiochimiothérapie concomitante (FUMIR)

- 30 Gy en 15 fractions
  - 5 FU = 1g/m<sup>2</sup>/j J1-J4 et J28-J31 puis AAP programmée
  - MITO = 15 mg/m<sup>2</sup> bolus J1
- 5/6 premières pièces stérilisées
- : exérèse de la cicatrice si réponse complète
- 97 / 104 réponses complètes → 24 AAP → stérilisées  
 → 61 / 62 exérèses cic. → stérilisées  
 → 9 / 11 refus chir → guéris
- 81 sans évolution à 5 ans

Nigam ND - World J Surg 1997; 11:446-451



## Radiothérapie externe

### VOLUMES CIBLES

- Anus - rectum - ganglions périmrectaux
- Ganglions pelviens
- Ganglions inguinaux

## Facteurs pronostiques

- Taille T > 4 cm : contrôle local et survie
- Envahissement ganglionnaire : survie

Ref : Badenne, Touboul, Salmon, Papillon, Eschwege, Peiffert

## Curiethérapie

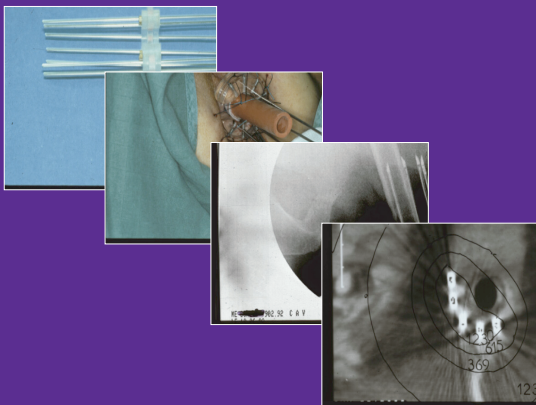
- FILS IRIDIUM (5 fils de 5 cm)
- mise en place sous AG
- 1/2 ou 1/3 circonférence
- dose : 15 à 20 Gy
- durée = 1 jour
- hospitalisation : 3 - 4 jours

## Conservation anale

après radiothérapie

|           |                                  |
|-----------|----------------------------------|
| T1 : 89 % | (11 % récidives)                 |
| T2 : 77 % | (13 % récidives + 10 % complic.) |
| T3 : 63 % | (25 % récidives + 12 % complic.) |
| T4 : 80 % | (20 % récidives)                 |

Ref : Farber



1950 Amputation

Amputation

1970 Radiothérapie exclusive forte dose (70 Gy)

Radiochimio concomitante faible dose (30 - 45 Gy)

1990 Essais randomisés

intensification (chimio concomitante ?)

Réduction (intérêt MITO ?)



## Radiothérapie exclusive (> 60 Gy) (1984-96)

| Auteurs    | Nb pts | Récidive | Survie 5 ans |
|------------|--------|----------|--------------|
| Salmon     | 183    | 34 %     | 58 %         |
| Eschwege   | 64     | 19 %     | 46 %         |
| Papillon * | 159    | 12 %     | 65 % (brut)  |
| Touboul    | 270    | 20 %     | 74 %         |
| Allal *    | 125    | 20 %     | 65 %         |
| Gérard *   | 108    | 17 %     | 64 %         |
| Peiffert * | 118    | 20 %     | 60 %         |
| Total =    | 1027   |          |              |

\* curiethérapie

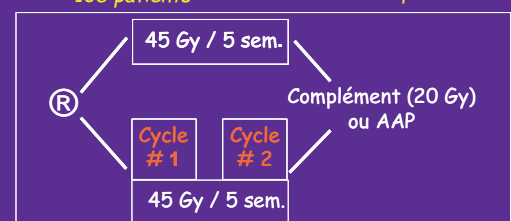
## Essais randomisés

### EORTC

T > 4 cm  
ou adénopathies  
108 patients

### UKCCCR

tous T  
tous N  
585 patients



5 FU = 750 mg / m<sup>2</sup> J1-4 et J29 - 32

MITO = 15 mg / m<sup>2</sup> J1



