

LISTE DES ABREVIATIONS

AAP	: Amputation abdominopérinéale
ACE	: Antigène carcino-embryonnaire
ADN	: Acide désoxyribonucléique
ADP	: Adénopathie
AJCC	: American Joint Committee on Cancer
CDDP	: Cisplatine
CT	: Chimiothérapie
CYFRA 21-1	: Cytokeratin fragment 21-1
Fufol	: 5 Fluoro-uracile + acide folinique
FU	: 5 Fluorouracile
HB	: Hémoglobine
HPV	: Papillomavirus Humain
IRM	: Imagerie par résonance magnétique
Gy	: Gray
MMC	: Mitomycine C
MST	: Maladie sexuellement transmissibles
OMS	: Organisation mondiale de la Santé
RTE	: Radiothérapie externe
SCC TA4	: Squamous cell carcinoma tumor antigen 4
TDM	: Tomodensitométrie
TPA	: Tumor plasminogen activator
UICC	: Union for international cancer control
UKCCCR	: United Kingdom Coordinating Committee on Cancer Research
VIH	: Virus d'immunodéficience humaine

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Anatomie de l'anus (coupe sagittale) vue antérieure	7
Figure 2: les artères du canal anal	9
Figure 3: les veines du canal anal	9
Figure 4: Drainage lymphatique	11
Figure 5: La zone transitionnelle du canal anal	12
Figure 6: Tumeur prolabée à la marge anale (photo patient Dr Dieng).....	20
Figure 7: Tumeur hypo-échogène du pôle postérieur du canal anal dépassant le sphincter interne	21
Figure 8: Aspect en hypo-signal d'un carcinome épidermoïde T3 du canal anal en IRM (flèche) (coupe axiale en pondération T2)	22
Figure 9: Carcinome épidermoïde bien différencié mature invasif du canal anal	23
Figure 10 : Répartition des patients selon les années.....	43
Figure 11 : Répartition des patients par tranche d'âge de 10 ans	44
Figure 12 : Répartition des patients selon le sexe	44
Figure 13 : Répartition des patients selon les facteurs de risques.....	45
Figure 14 : répartition des cas selon les circonstances de découverte	47
Figure 15 : Répartition des cas selon les aspects macroscopiques	50
Figure 16 : Différentiation cellulaire.....	51
Figure 17 : Répartition des cas traités en radiothérapie selon leur réponse à ce traitement.....	57
Figure 18 : Répartition des cas selon le délai de suivi en mois	60

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: La classification	26
Tableau II: Stadification.....	27
Tableau III : Les antécédents des patients.....	45
Tableau IV: Répartition des malades selon la durée d'évolution des symptômes	46
Tableau V : Répartition des cas selon les classes OMS.....	47
Tableau VI : Données de l'examen physique	48
Tableau VII: Répartition des cas selon le siège de la tumeur	49
Tableau VIII : Répartition des cas selon le taux d'Hb	50
Tableau IX : Répartition des cas selon la taille de la tumeur.....	51
Tableau X : Classification selon les stades	53
Tableau XI : Répartition selon la dose.....	56
Tableau XII : Répartition des cas selon la tolérance à la RTE – Complications aigues.....	57
Tableau XIII : Répartition des cas selon la tolérance à la RTE – Complications tardives	58
Tableau XIV : Récapitulatif de traitement des patients	59
Tableau XV : Répartition des métastases.....	60
Tableau XVI: Répartition par âge des principales séries de littérature occidentale	63
Tableau XVII : Répartition par sexe selon les séries occidentales	64
Tableau XVIII : Études publiées avec résultats de survie après amputation abdominopérinéale (AAP) de rattrapage suivant un traitement par radiothérapie ou radio-chimiothérapie pour carcinome épidermoïde du canal anal. In.....	71
Tableau XIX: Morbidité de l'amputation abdominopérinéale (AAP) de rattrapage.	71

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE : RAPPELS	4
1 ANATOMIE.....	5
1.1 Anatomie descriptive.....	5
1.1.1 Canal anal.....	5
1.1.2 L'appareil sphinctérien	6
1.2 Rapports anatomiques	8
1.3 La vascularisation.....	8
1.4 L'innervation.....	10
1.5 Drainage lymphatique	10
1.5.1 Collecteurs supérieurs	10
1.5.2 Collecteurs moyens	10
1.5.3 Collecteurs inférieurs	11
1.6 Histologie de La muqueuse anale.....	11
2 EPIDEMIOLOGIE	13
2.1 Epidémiologie descriptive.....	13
2.1.1 La fréquence.....	13
2.1.2 Le sexe	13
2.1.3 L'âge	13
2.2 Epidémiologie analytique.....	13
2.2.1 Facteurs de risque	13
3 HISTOIRE NATURELLE	16
4 DIAGNOSTIC	17
4.1 Diagnostic positif	17
4.1.1 Circonstances de découverte	17

4.1.2	L'examen clinique	18
4.1.3	Examen complémentaire.....	20
5	LE MODE D'EXTENSION TUMORALE.....	24
5.1	L'extension locale	24
5.1.1	L'extension régionale.....	24
5.1.2	L'évolution métastatique	25
6	CLASSIFICATIONS	26
7	TRAITEMENT :.....	27
7.1	Buts.....	27
7.2	Moyens	27
7.2.1	Chirurgie	27
7.2.2	La radiothérapie	28
7.2.3	Radio-chimiothérapie concomitante	30
7.2.4	Chimiothérapie exclusive.....	30
7.2.5	Traitemenr radio-chirurgical	30
7.3	Indications	31
7.4	Les Complications.....	32
7.4.1	Les complications aigues	32
7.4.2	Les complications tardives.....	33
8	SURVEILLANCE	34
	DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE	35
1	PATIENTS ET METHODES.....	36
1.1	Cadre d'étude.....	36
1.1.1	Vocation de la structure	36
1.1.2	Les infrastructures :.....	36
1.1.3	Patients	37
1.2	Méthodes	37

1.2.1	Objectif du travail	37
1.2.2	Types et durée d'étude	37
1.2.3	Méthode de recueil des données.....	37
1.2.4	Critères d'inclusion	41
1.2.5	Critères de non inclusion.....	41
1.2.6	Analyse des données	41
1.2.7	Les limites du travail.....	42
1.3	RESULTATS	43
1.3.1	Aspects épidémiologiques	43
1.3.2	Aspects cliniques	46
1.3.3	Aspects paracliniques.....	49
1.3.4	Bilan d'extension	52
1.3.5	Classification.....	53
1.3.6	Aspects thérapeutiques.....	54
1.3.7	Aspects évolutifs.....	59
1.3.8	Le suivi.....	60
	TROISIEME PARTIE : COMMENTAIRES	61
1	EPIDEMIOLOGIE	62
1.1	La fréquence.....	62
1.2	L'âge.....	62
1.3	Le sexe.....	63
1.4	Les antécédents.....	64
1.5	Les facteurs de risque.....	65
2	ASPECTS CLINIQUES	66
2.1	Le délai d'évolution des symptômes	66
2.2	Les circonstances de découverte.....	67
2.3	Examen physique	67

3	ASPECTS PARACLINIQUES	68
4	Le bilan d'extension	68
5	La classification :.....	69
5	Traitemen.....	70
5.1	La chirurgie	70
5.2	La radiothérapie.....	72
5.3	La chimiothérapie.....	73
6	LE DEVENIR DES PATIENTS	75
6.1	Les récidives.....	75
6.2	Les métastases	75
6.3	Suivi	75
	CONCLUSION	76
	REFERENCES.....	81
	ANNEXES	

INTRODUCTION

Le cancer du canal anal est une tumeur rare qui représente 1,2 % des cancers digestifs et 6% des cancers anorectaux [30]. Leur incidence est en augmentation au cours des dernières décennies [8,30].

Le carcinome épidermoïde du canal anal est le type histologique le plus fréquent et représente 95 % des cas de cancers du canal anal. Il est situé entre la jonction anorectale et la jonction anocutanée, au niveau d'un segment vertical mesurant environ 3 à 4 cm de longueur. Ce segment est divisé en deux étages par la ligne pectinée et comporte trois types d'épithélium de haut en bas : cylindrique de type rectal, transitionnel, et malpighien non kératinisé.

Le cancer du canal anal prédomine nettement chez la femme de plus de 60 ans [59, 8, 30,40]. L'infection par les Papillomavirus humains à haut risque oncogène et les rapports sexuels anaux, tout particulièrement chez les homosexuels à partenaires multiples, sont les principaux facteurs de risque de carcinome épidermoïde de l'anus [19]. Un état d'immunodépression, notamment en cas d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) joue un rôle aggravant [27,80]. Le rôle grandissant joué par les Papillomavirus humains expliquerait d'ailleurs l'augmentation récente de l'incidence du carcinome épidermoïde de l'anus. Le tabac serait également un facteur de risque mais dans une moindre mesure. Tandis que les fistules, les fissures, l'abcès, et les maladies inflammatoires chroniques semblent être des facteurs prédisposants de l'adénocarcinome du canal anal [77].

La symptomatologie initiale est pauvre, non spécifique, et le plus souvent silencieuse. Le diagnostic est fait grâce au toucher rectal, avec confirmation par l'examen anatomo- pathologique. Son évolution est essentiellement locorégionale, souvent lente.

La chirurgie, à type d'amputation abdomino-périnéale avec évidement ganglionnaire inguino-iliaque, antérieurement proposée en première intention en cas de carcinome épidermoïde de l'anus, a été abandonnée il y a plus de vingt ans au profit d'un traitement conservateur visant à préserver l'appareil sphinctérien. Les cancers du canal anal sont des tumeurs radio- et chimiosensibles [59, 10, 30]. Le traitement conservateur de première intention a ainsi remplacé la chirurgie mutilante. La radiothérapie exclusive à haute dose reste le traitement de référence des stades précoces T1-T2 N0 de moins de quatre centimètres. La radiochimiothérapie est devenue le standard thérapeutique des tumeurs localement avancées [10,59].

Afin de décrire les aspects diagnostiques et thérapeutiques du carcinome épidermoïde du canal anal, nous avons étudié une série de 28 malades admis à l'Institut Joliot Curie de l'Hôpital Aristide Le Dantec de Dakar.

PREMIERE PARTIE :

RAPPELS

1 ANATOMIE

L'anus est une zone charnière dite de transition entre la partie terminale du tube digestif et le revêtement cutané.

On distingue deux parties :

- une partie interne, le canal anal faisant suite au rectum.
- une partie externe, la marge anale qui se continue par le revêtement cutané.

1.1 Anatomie descriptive

1.1.1 Canal anal [77, 68, 4, 40, 19]

Le canal anal est le segment périnéal et terminal du tube digestif [20, 67], il est entouré par un manchon musculo-aponévrotique, constitué de haut en bas par l'aponévrose pelvienne, le muscle releveur de l'anus et le sphincter externe. Il est vertical de face, est oblique en bas et en arrière de profil et constitue avec le segment pelvien du rectum un angle ouvert en arrière d'environ 90° appelé cap anal. Cette angulation, assurée par la sangle des releveurs de l'anus qui limite le canal anal par son bord supérieur, est facilement palpable latéralement et en arrière lors du toucher rectal. En bas le canal se termine au niveau de la ligne ano-cutanée par la peau lisse et pigmentée de la marge anale.

Le canal anal mesure 3 à 4 cm de longueur, sa face interne muqueuse, est divisée en deux étages par la ligne pectinée ou dentate line *des anglo-saxons, celle-ci située à la partie moyenne du canal anal, et par le bord libre des valvules anales de Morgagni:

- la zone sus-valvulaire occupée par des replis verticaux ou colonnes de Morgagni. Au nombre de 6 à 8, elles ont une forme pyramidale de 10 à 15 mm de haut, et leurs bases reliées entre elles par les commissures inter valvulaires ;

- la zone sous-valvulaire ou pectiné, de couleur gris bleuté, qui s'étend sur 10 à 15 mm jusqu'à la marge dont elle est séparée par la ligne ano-cutanée. La muqueuse de cette zone sous valvulaire est intimement accolée au sphincter interne sous-jacent par le ligament de Parks (figure1).

1.1.2 L'appareil sphinctérien [71, 4]

Il est formé de deux éléments musculaires distincts :

1.1.2.1 Le sphincter interne

C'est un muscle lisse formé de fibres circulaires qui continue vers le bas les fibres circulaires de la musculeuse rectale. L'épaississement de ces fibres autour du canal anal forme ce sphincter, qui joue un rôle important dans la continence.

Ce sphincter commence au niveau de la jonction anorectale et se termine à 1 cm au-dessous de la ligne pectinée. Il est sous la dépendance du système nerveux parasympatique.

1.1.2.2 Le sphincter externe

C'est un muscle strié constitué de trois faisceaux : le faisceau profond indissociable du faisceau pubo-rectal du releveur de l'anus, le faisceau superficiel et le faisceau sous cutané. Leurs fibres s'entrecroisent en avant et en arrière du canal anal et s'insèrent en avant sur le noyau fibreux central du périnée et en arrière tout au long du raphé ano-coccygien jusqu'à la pointe du coccyx.

A l'état normal, le faisceau sous cutané du sphincter externe déborde vers le bas vers le sphincter interne. Il en est séparé par la dépression intersphinctérienne. Ce sphincter est sous la dépendance du contrôle volontaire.

1.1.2.3 Autres muscles

D'autres muscles échangent certaines fibres avec celles de l'appareil sphinctérien :

- Le muscle longitudinal anal : qui forme un manchon musculofibreux qui se glisse dans l'espace inter sphinctérien ;

- Le muscle releveur de l'anus, dont certaines de ses fibres se continuent avec celles du sphincter externe.

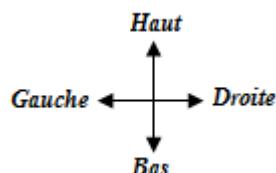
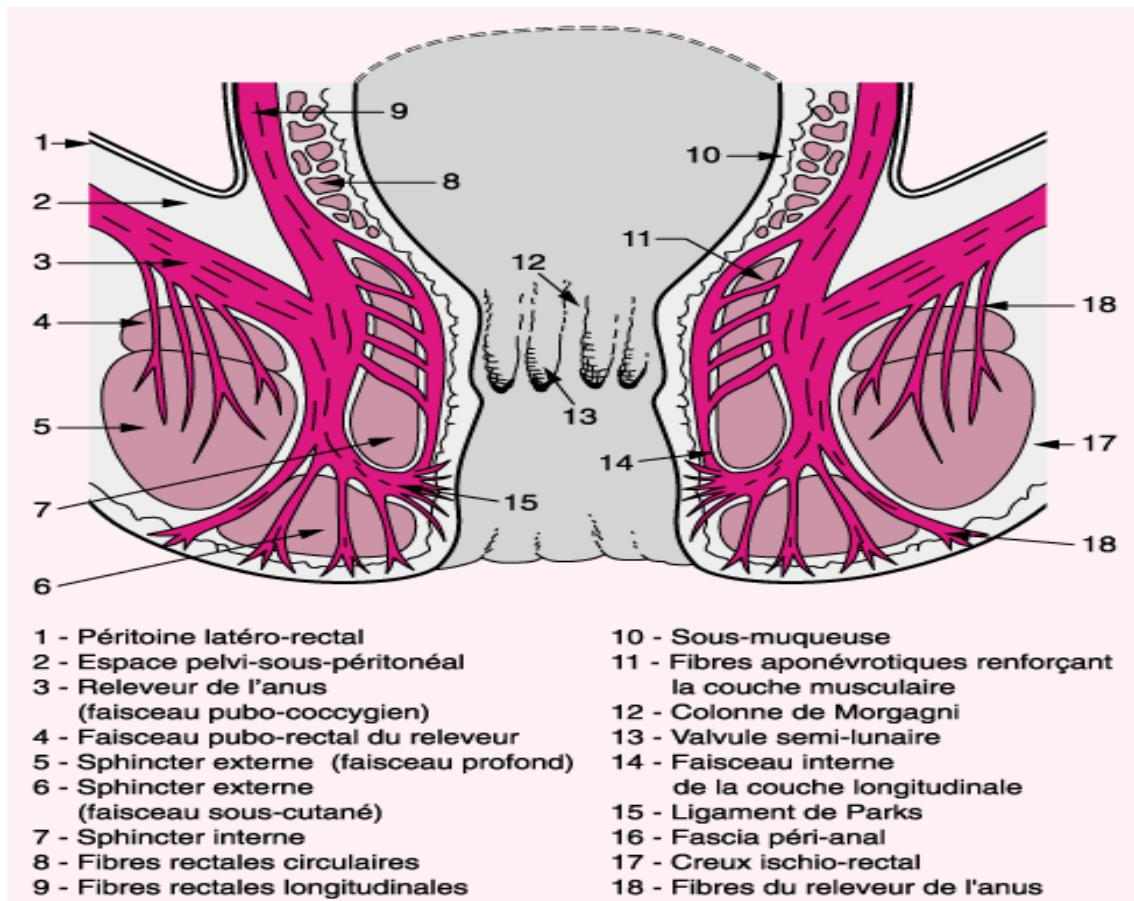


Figure 1: Anatomie de l'anus (coupe sagittale) vue antérieure [62]

1.2 Rapports anatomiques [4,40]

L'anus est limité :

- en haut, par le plancher des releveurs, à la limite inférieure des fosses ischio-rectales qui séparent le canal anal de la cavité pelvienne.
- en bas, par la peau du périnée qui ferme la région.
- en avant, le canal anal est en rapport avec le noyau fibreux central du périnée et les muscles qui s'en détachent. Chez l'homme il est proche du bulbe urétral, de l'urètre et des glandes de Cowper. Chez la femme il est en rapport avec la paroi postérieure du vagin.
- latéralement le canal anal est en rapport avec les fosses ischio-rectales et leur contenu cellulo-graissieux.
- en arrière la pointe du coccyx et le raphé ano-coccygien.

1.3 La vascularisation

La vascularisation artérielle du canal anal est assurée par les artères hémorroïdales inférieures nées de la honteuse interne. Dans la paroi du canal, elles s'anastomosent avec les rameaux de l'hémorroïdale supérieure et de l'hémorroïdale moyenne (figure 2).

La vascularisation veineuse est particulièrement riche. Les veines du canal anal forment un volumineux plexus : le plexus hémorroïdal. Ce plexus veineux, dont le développement anormal est à l'origine des hémorroïdes, se draine par trois pédicules : un pédicule supérieur se jetant dans les veines hémorroïdales supérieures, un pédicule moyen allant aux veines hémorroïdales internes, et un pédicule inférieur qui se répartit entre les veines honteuses externes, les veines hémorroïdales inférieures et les veines sous-cutanées de la région coccygienne [40.67] (figure 3).

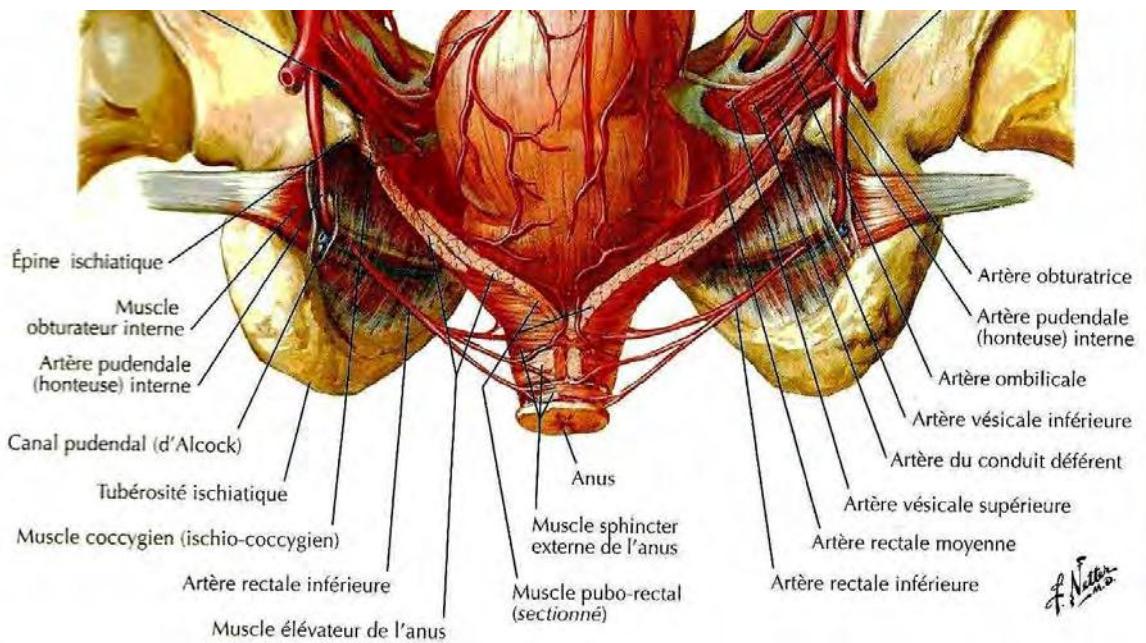


Figure 2: les artères du canal anal [50]

Haut

↑
→ Gauche

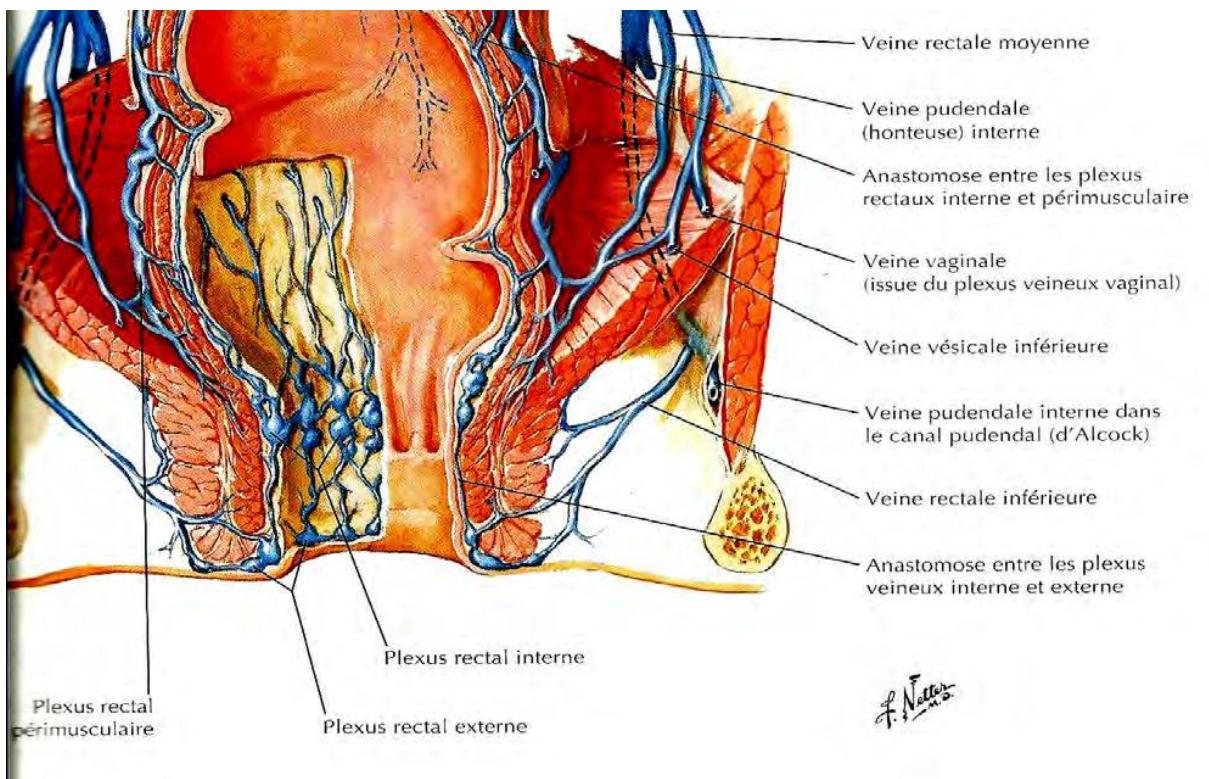


Figure 3: les veines du canal anal [50]

1.4 L'innervation

L'innervation du canal anal est assurée par des branches du plexus hypogastrique, et surtout par le nerf anal, rameau collatéral du plexus honteux issu essentiellement de la quatrième racine sacrée.

1.5 Drainage lymphatique [19] : (figure 4)

Sa connaissance précise est indispensable à la compréhension des métastases lymphatiques des cancers de l'anus.

Il existe deux réseaux lymphatiques, sous-muqueux et musculaires. Les lymphatiques extra muraux se drainent vers les collecteurs lymphatiques para rectaux qui se trouvent dans la graisse péri-rectale. Ces ganglions para-rectaux, lorsqu'ils sont envahis, peuvent être parfois palpés lors du toucher rectal, puis les réseaux lymphatiques donnent naissance à trois groupes de collecteurs : inférieurs, moyens et supérieurs.

1.5.1 Collecteurs supérieurs

Ils vont vers l'amas ganglionnaire du promontoire si les collecteurs sont courts, et vers les ganglions mésentériques inférieurs plus haut situés si les collecteurs sont moyens ou longs.

1.5.2 Collecteurs moyens

Ils sont satellites des vaisseaux hémorroïdaux moyens et vont vers les ganglions hypogastriques, sur la paroi pelvienne latérale. Ces collecteurs moyens drainent la partie inférieure de l'ampoule rectale et la partie intersphinctérienne du canal anal.

1.5.3 Collecteurs inférieurs

Ils vont vers les ganglions inguinaux particulièrement vers le groupe interne et supéro-interne. De là, ils rejoignent les ganglions iliaques externes. La région du canal anal comprise entre la ligne pectinée et la région intersphinctérienne se draine vers les ganglions iliaques internes et les ganglions inguinaux.

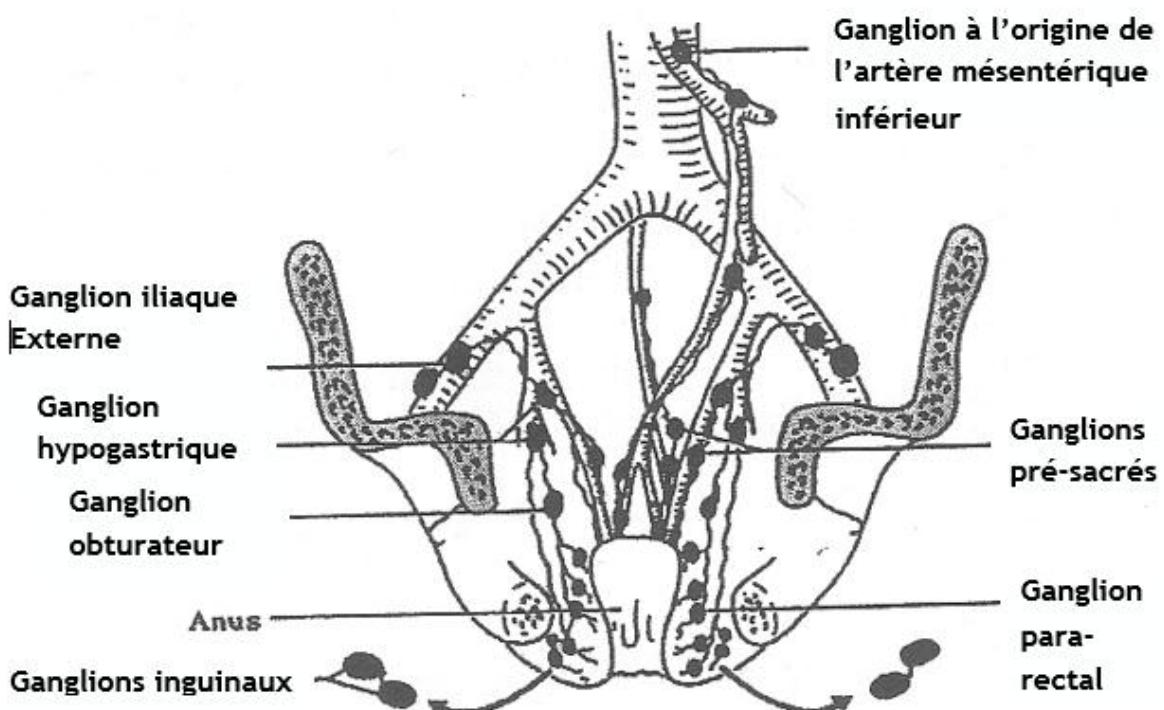


Figure 4: Drainage lymphatique [18]

1.6 Histologie de La muqueuse anale [40,33]

La muqueuse anale est de type variable en fonction des diverses parties constituant l'anus :

-la zone sus valvulaire est tapissée par une muqueuse glandulaire Lieberkühniène de type rectal.

-la zone sus-pectinée du canal anal dite zone jonctionnelle est recouverte par un épithélium de type transitionnel d'origine cloacale et de caractère para-

malpighien ; cet épithélium est formé de trois à sept couches cellulaires et tapisse également les canaux des glandes anales.

Cette muqueuse transitionnelle à des limites très imprécises, avec en plus l'existence possible d'îlots glandulaires et malpighiens.

La zone sous pectinée jusqu'à la marge anale est tapissée d'une muqueuse épidermoïde avec un épithélium malpighien initialement non kératinisé et qui le devient en se rapprochant de la marge anale.

La partie terminale de l'anus est constituée d'une zone cutanée ordinaire qui présente des follicules pileux ou glandes sébacées et sudoripares et des éléments mélaniques.

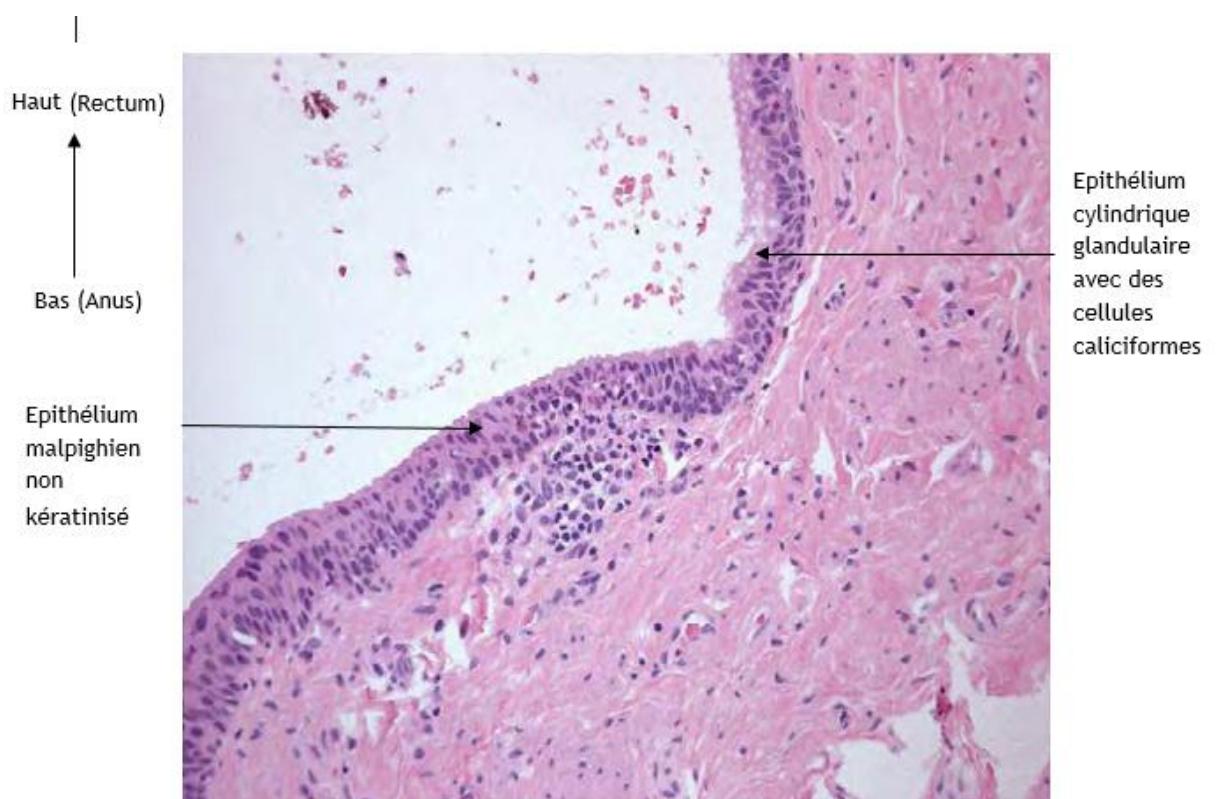


Figure 5: La zone transitionnelle du canal anal [68]

2 EPIDEMIOLOGIE

2.1 Epidémiologie descriptive

2.1.1 La fréquence

Les cancers du canal anal sont rares. Ils ne représentent que 1 à 2% des cancers colorectaux et 3 à 6% des lésions malignes de l'anus et du rectum. L'incidence est passée aux États-Unis de 0,14/100 000 à 0,27/100 000 entre les périodes d'étude s'étendant de 1940 à 1959 et celles couvrant la période de 1981 à 1988, et 3400 cas observés en 2001[78]. En France, elle est d'environ 1/100000 [78,62]. C'est aussi un cancer plus fréquent dans la race noire [9,40].

2.1.2 Le sexe

Une sex-ratio en faveur des femmes est retrouvée dans la majorité des études. Le sexe-ratio varie, en France, selon les études, de 2 à 6 femmes pour un homme. Le cancer du canal anal est, avec celui des voies biliaires, le seul cancer digestif à prédominance féminine [8, 30, 40, 39,59].

2.1.3 L'âge

Le cancer du canal anal survient entre 30 et 90 ans. L'âge moyen au diagnostic se situe entre 58 et 70 ans. Exceptionnel avant 30 ans, son incidence croît rapidement après 60 ans, âge à partir duquel 80 % des cas sont observés [40,39].

2.2 Epidémiologie analytique [51]

2.2.1 Facteurs de risque

2.2.1.1 Le carcinome épidermoïde

- Infection à papillomavirus humain HPV

L'existence d'une infection virale semble l'association la plus fréquente avec le cancer du canal anal. L'infection à HPV est la maladie sexuellement transmissible la plus fréquente en Europe et représente une grande partie du lien

de causalité entre activité sexuelle et cancer du canal anal. Il existe une forte association entre HPV ayant des propriétés pro-oncogéniques et lésions de dysplasie ou carcinomateuses retrouvées au niveau de la sphère génitale et de l'anus [3]. Le HPV paraît l'agent le plus impliqué.

Le papillomavirus est un petit virus à ADN double-brin qui, en contaminant les cellules épithéliales, va entraîner des lésions secondaires à une prolifération malpighienne. Il existe plus de 90 types différents de HPV, mais les plus incriminés dans la carcinogenèse sont les types 18 et surtout 16, 31, 33 [14,67]. Ils ont été isolés, dans le cancer du canal anal, alors que les phénotypes 6 et 11 étaient retrouvés chez les patients présentant des condylomes ou une dysplasie de bas grade.

Le canal anal possède une zone de transition entre un épithélium malpighien non kératinisé et un épithélium transitionnel, qui est très sensible au HPV et à la dysplasie. De plus, il existe bien une forte association entre l'infection par le HPV et ce cancer [51, 80, 53, 72, 68, 40,19].

Des études épidémiologiques montrent qu'on peut considérer le cancer du canal anal comme une maladie sexuellement transmissible dont les facteurs de risque sont

- chez les hommes : séropositivité pour le VIH, infection par le HPV (quel que soit le site), homosexualité masculine avec rapports sexuels anaux insertifs non protégés et, chez les hétérosexuels, nombre de partenaires supérieur à 10 [53].

- chez les femmes : séropositivité pour le VIH, infection par le HPV (quel que soit le site), néoplasie cervicale, nombre de partenaires sexuels supérieur à 10, premier rapport sexuel avant l'âge de 16 ans, rapports sexuels anaux (surtout avant l'âge de 30 ans) et partenaire ayant eu lui-même plus de trois partenaires sexuels [53].

➤ Infections VIH

Plusieurs études ont démontré l'accroissement du risque du cancer du canal chez les patients présentant une séropositivité pour le VIH et ceci quel que soit le mode de contamination. Elles ont aussi montré que l'infection par le VIH favorisait la réplication du papillomavirus en induisant une immunodéficience. Le mécanisme ne semble pas augmenter le nombre de cas de cancer du canal anal, mais on a remarqué que, chez des malades atteints de sida, les papillomes sont plus souvent le siège de dysplasies et de carcinomes intraépithéliaux [34, 67, 53, 27, 19, 40].

➤ Habitus sexuels [74]

La première étiologie mise en avant est celle de l'homosexualité masculine. Un risque plus élevé a également été décrit chez les hommes célibataires, les divorcés, les personnes ayant plusieurs partenaires, notamment lors de rapports anaux, ainsi que les femmes dont le premier rapport était antérieur à l'âge de 20 ans. Le risque est en revanche plus faible chez la femme célibataire que chez la femme mariée [40].

➤ Le tabac

Le tabagisme pourrait jouer pour Daly [18] un rôle dans la carcinogenèse du cancer du canal anal, mais seulement chez les fumeurs poursuivant leur intoxication [18]. Il est associé de façon significative à une augmentation de cancer du canal anal avec un risque relatif de 1,9 après 20 paquets-années et 5,2 après 50 paquets années [20].

➤ L'immunosuppression

Les autres causes de l'immunosuppression telle que la greffe rénale pourraient être associées à l'apparition de cancer du canal anal. Chez des patients transplantés rénaux, le risque de cancer du canal anal était augmenté

jusqu'à cent fois [20]. Les traitements immunosuppresseurs, utilisés par exemple chez les transplantés rénaux, seraient un élément favorisant [40].

3 HISTOIRE NATURELLE

L'infection des épithéliums malpighiens par l'HPV se traduit par la formation de koilocytes qui sont des cellules de grande taille, avec un cytoplasme vacuolaire et des anomalies nucléaires.

Les condylomes ne sont pas des lésions préneoplasiques mais ils peuvent être le siège de néoplasies intraépithéliales (appelées aussi dysplasies). Celles-ci correspondent, selon l'OMS, à des lésions précancéreuses, c'est-à-dire à des anomalies histologiques dans lesquelles le cancer est plus souvent observé que dans le tissu normal. La plupart des dysplasies du canal anal sont dues à HPV, et on les classe en général en deux groupes :

- Lésions dysplasiques de bas grade, ou grade 1 ou LSIL (low squamous intraépithelial lesions), dans lesquelles l'épithélium malpigien est épaissi. Les atypies cellulaires sont modérées et localisées dans les deux tiers profonds de la muqueuse, les noyaux sont un peu gros et hyperchromatiques.
- Lésions dysplasiques de haut grade, ou grade 2 et 3 ou HSIL (high squamous intraepithelial lesions), dans lesquelles les atypies cytonucléaires sont présentes dans la totalité de la hauteur de muqueuses et s'accompagnent d'un pléiomorphisme cellulaire. La désorganisation architecturale est importante, avec une basophilie cellulaires diffuse et une dyskératose.

Il existe un troisième groupe de lésions les ASCUS (atypical squamous cell of undetermined significance). Cette notion est plutôt cytologique que histologique et sert à décrire les lésions qui ont des caractères de LSIL ou de HSIL mais qui ne remplissent pas tous les critères diagnostiques de ces lésions.

Un diagnostic d'Ascus dans le canal anal signifie plutôt une lésion de haut grade.

4 DIAGNOSTIC

4.1 Diagnostic positif

4.1.1 Circonstances de découverte

La symptomatologie du cancer du canal anal n'est pas spécifique. Elle est souvent silencieuse initialement, les circonstances de découverte les plus fréquemment rencontrées sont :

- la découverte fortuite : au cours d'un examen endoscopique, mais aussi la découverte après hémorroïdectomie n'est pas rare, ainsi l'étude histologique de toute pièce d'hémorroïdectomie doit être systématique ;
- Des rectorragies associées ou non à des selles, elles sont rarement massives et habituellement confondues avec des hémorroïdes ;
- Des émissions glaireuses devenant douloureuses au passage des selles ;
- Une gêne ano-périnéale en position assise ou à la défécation ;
- Des troubles de l'exonération souvent confondus avec la constipation ;
- La douleur d'abord anale, puis lancinante, d'intensité faible et intermittente devient progressivement permanente et intense. Le syndrome fissuraire avec douleur aigüe est exceptionnel ;
- Un suintement sanguin ou un prurit anal ;
- Les signes généraux : perte de poids, anémie, fièvre ;
- complications : une invasion du sphincter doit être évoquée devant un syndrome rectal plus ou moins complet, fait d'un ténesme, d'épreinte et de faux besoins ou une incontinence anale.

Le changement du calibre des selles, la constipation, une fistule recto-vaginale sont autant d'éléments en faveur d'une maladie avancée.

4.1.2 L'examen clinique [12,40]

L'examen digestif doit être focalisé sur la région anale.

4.1.2.1 Inspection

L'examen clinique initial va servir de base de comparaison aux examens successifs effectués pendant et après le traitement. Il doit toujours débuter par une inspection de la région anale après avoir déplisser les plis radiés. Cette simple inspection, si elle met en évidence une lésion, va permettre de différencier le cancer de la marge anale qui est alors entièrement visible, du cancer du canal anal avec extension à la marge. Cette distinction est primordiale car il s'agit de deux maladies très différentes, tant dans leur évolution que dans leur traitement. Cet examen clinique peut retrouver :

- Les tumeurs bourgeonnantes : constituant une masse végétante unique en chou-fleur, irrégulière, saillante dans la lumière anale mais non circonférentielle implantée sur une base indurée ;
- Les tumeurs ulcéro-végétantes : se présentent comme un bourrelet, saillant, induré, ourlé comme un lobule d'oreille avec un cratère à bords irréguliers ;
- Les tumeurs infiltrantes : entraînant un rétrécissement de la lumière intestinale ;
- Plus rarement, certains cancers lenticulaires peuvent simuler une hémorroïde ou une fistule [58].

Deux signes doivent attirer l'attention :

- L'induration de la lésion ;
- Le saignement au contact.

4.1.2.2 Le toucher rectal [40,19]

L'examen est suivi par un toucher rectal qui s'effectue en position genu pectoral. Chez la femme, il est associé à un toucher vaginal afin d'évaluer l'atteinte de la cloison rectovaginale. Cette évaluation clinique locale peut être très douloureuse, rendant alors préférable sa réalisation sous anesthésie générale ou neurolept-analgésie.

Le toucher rectal permet d'évaluer :

- La taille centimétrique de la tumeur en hauteur, et largeur ;
- La topographie de la lésion, en particulier son extension au bas-rectum ;
- Le degré d'atteinte circonférentielle ;
- Le degré de sténose canalaire ;
- L'envahissement du sphincter souvent difficile à reconnaître ;
- L'infiltration régionale, à la cloison rectovaginale chez la femme, à la prostate chez l'homme, et aux fosses ischiorectales latéralement ;
- La présence d'adénopathies sous forme de nodules durs pararectaux ou pelviens, sans oublier d'examiner les aires inguinales.

Les résultats de l'examen sont consignés sur des schémas datés qui facilitent l'évaluation de la réponse au traitement et la surveillance de ces tumeurs.



Figure 6: Tumeur prolabée à la marge anale (photo patient Dr Dieng)

4.1.2.3 Examen général

L'examen doit être complet intéressant tous les appareils. Il doit rechercher une métastase à distance, sous la forme d'une hépatomégalie suspecte ou de la présence de ganglion de Troisier.

4.1.3 Examen complémentaire [1,19]

4.1.3.1 L'anuscopie et la rectoscopie

Elles vont permettre de visualiser la lésion et de pratiquer des biopsies profondes multiples, obligatoires pour établir le diagnostic et le type histologique [40].

4.1.3.2 L'écho-endoscopie anale

Elle n'est pas toujours réalisable surtout en cas de lésions volumineuses et douloureuses et nécessite alors une neurolept analgésie. Son intérêt est d'évaluer l'extension pariétale, l'atteinte sphinctérienne, les adénopathies péri-rectales et l'envahissement des structures de voisinage [5].



Figure 7: Tumeur hypo-échogène du pôle postérieur du canal anal dépassant le sphincter interne [19]

4.1.3.3 L'échographie inguinale bilatérale

Elle peut aider à la recherche d'adénopathies profondes difficiles à palper chez des patients obèses. Elle permet de guider une cytoponction à visée diagnostique [34].

4.1.3.4 L'exploration scanno-graphique abdominopelvienne

Elle a surtout un intérêt pour les tumeurs volumineuses dont elle précise l'extension pelvienne. Elle permet en outre une exploration hépatique, mais aussi peut montrer des adénopathies iliaques ou lombo-aortiques [20].

➤ L'imagerie par résonnance magnétique (IRM)

Elle permet de mesurer la taille tumorale dans toutes les directions de l'espace et les rapports avec les organes de voisinage sont nettement visibles, elle peut aussi apprécier l'extension pelvienne, en particulier l'intégrité des sphincters, et suspecter l'existence d'adénopathies pelviennes [20]. Notamment des aires iliaques.



Figure 8: Aspect en hypo-signal d'un carcinome épidermoïde T3 du canal anal en IRM (flèche) (coupe axiale en pondération T2) [19]

➤ Les marqueurs tumoraux

Le squamous cell carcinoma tumor antigen4 (SCC TA4 sérique) est plus souvent élevé dans les cancers du canal anal lorsqu'il existe un envahissement ganglionnaire. Il peut participer à la surveillance après traitement, mais ne doit pas être cependant pratiqué de façon systématique [40,19].

D'autres marqueurs tumoraux sériques peuvent être augmentés comme l'ACE, le CYFRA 21-1, le CA 19-9 ou le tissu plasminogen activator (TPA).

Le SCC et le TPA ont montré un intérêt au moment du diagnostic pour les cancers du canal anal de type malpighien et l'ACE pour les cancers de type cloacogénique.

Au total, le bilan d'extension d'un cancer du canal anal repose sur un examen clinique minutieux, en particulier le toucher rectal, le diagnostic et le

bilan nécessitent une anorrectoscopie permettant la réalisation des biopsies et une écho-endoscopie rectale. Le seul diagnostic de certitude est fondé sur les résultats des examens d'anatomie pathologique qui permet de différencier plusieurs types histologiques.

4.1.3.5 Anatomie pathologique

➤ Les carcinomes épidermoïdes

Ils représentent 70 à 80 % des tumeurs de l'anus [14,15]. Il peut s'agir de tumeurs différenciées matures, ou moyennement à peu différenciées. Ils proviennent de la muqueuse malpighienne qui recouvre environ les trois quarts du canal anal [68, 33, 67].

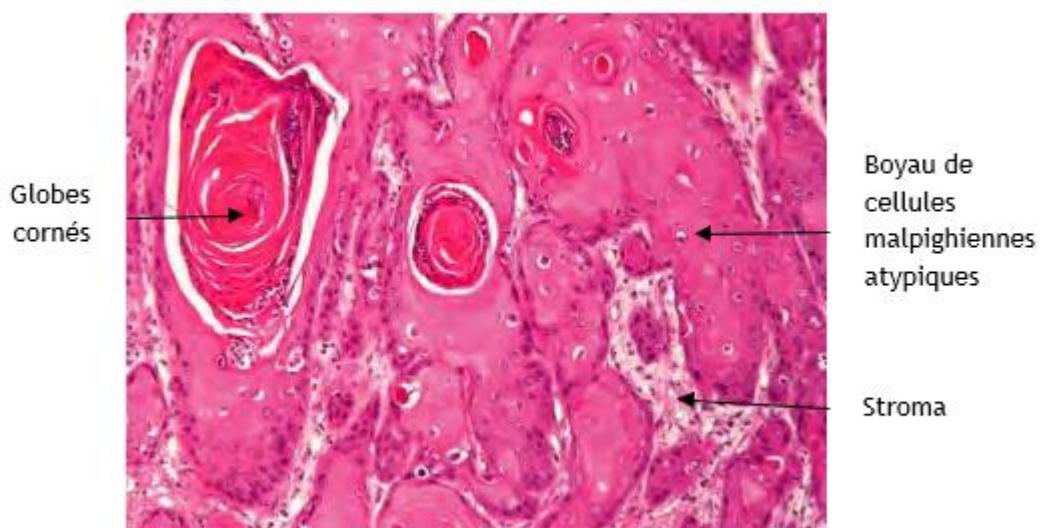


Figure 9: Carcinome épidermoïde bien différencié mature invasif du canal anal [68]

On distingue classiquement trois sous-types de carcinomes épidermoïdes de l'anus [19] :

- Les carcinomes à grandes cellules kératinisantes ;
- Les carcinomes à grandes cellules non kératinisantes ;
- Les carcinomes basaloïdes ou cloacogéniques.

5 LE MODE D'EXTENSION TUMORALE [68,72]

5.1 L'extension locale

L'extension s'effectue de proche en proche [40] :

- En profondeur : dans le sphincter interne qui est envahi précocement en raison des rapports très étroits qui existent entre la muqueuse anale et les couches musculaires sous-jacentes du fait de l'absence de sous-muqueuse, remplacée par la lamina propria ;
- Latéralement : vers les fosses ischiorectales une fois l'appareil sphinctérien dépassé ;
- En haut : vers l'ampoule rectale ;
- En bas : vers la marge anale et les structures profondes du périnée. La peau périnéale est dans la plupart du temps épargnée ;
- En avant :
 - Chez la femme : dans la cloison vaginale. La résurgence vaginale reste assez rare pendant très longtemps, la muqueuse est refoulée avant d'être envahie ;
 - Chez l'homme : vers la prostate, les vésicules séminales, voire l'urètre et la vessie, mais de façon tardive en raison de la présence de l'aponévrose de Denonvilliers qui constitue une barrière solide.
- En arrière : dans les tissus cellulograisseux précoccygiens.

5.1.1 L'extension régionale

Elle est avant tout lymphatique et secondairement veineuse.

Il existe une double voie de drainage lymphatique vers les ganglions inguinaux et/ou pelviens. Cet envahissement est indépendant de la taille tumorale.

➤ Voie inguinocrurale :

Les tumeurs de la partie basse du canal anal se drainent plus volontiers par cette voie, avec atteinte des ganglions inguinaux puis des ganglions rétrocruraux, iliaques externes et iliaques communs. La fréquence de l'envahissement des ganglions inguinaux augmente avec la taille de la tumeur, mais leur dimension n'est pas proportionnelle à la lésion initiale. Ils sont parfois un mode de découverte du cancer du canal anal et peuvent s'accompagner de nodules de perméation cutanée. Ces atteintes sont le plus souvent ipsi- et parfois bilatérales, jamais controlatérales, leur fréquence varie de 15 à 40 % [40].

➤ Voie pelvienne : une atteinte pelvienne et retrouvée dans 20 à 45 % des cas.

5.1.2 L'évolution métastatique

La voie hématogène est moins fréquente que dans le cancer du rectum. Elle est mise en cause essentiellement pour les tumeurs siégeant au niveau ou au-dessus de la ligne pectinée

Les métastases viscérales restent assez rares et représentent 8 à 12 % selon les séries, atteignant par ordre de fréquence décroissante : le foie par essaimage de cellules dans le système porte dans 5 à 8 %, le poumon dans 2 à 4 %, les os dans 2 %, et le revêtement cutané [51,45].

6 CLASSIFICATIONS [2,30]

Tableau I: Classification (UICC 2011) [2]

T : TUMEUR		N : GANGLIONS		M : METASTASES A DISTANCE	
Tx	renseignements insuffisants	Nx	renseignements insuffisants ou ganglions non évalués	Mx	non précisé
Tis	tumeur in situ	N0	absence d'envahissement ganglionnaire	M0	pas de métastases à distance
T1	tumeur \leq 2cm dans sa plus grande dimension	N1	envahissement ganglionnaire péri rectal	M1	métastases à distance présentes
T2	tumeur $>$ à 2 cm mais \leq 5cm dans sa plus grande dimension	N2	envahissement ganglionnaire péri rectal, inguinal		
T3	tumeur $>$ 5cm	N3	envahissement des ganglions inguinaux et péri rectaux et/ou inguinaux bilatéraux et/ou iliaques internes bilatéraux		
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 sphincter, et tissu cellulaire sous cutané.				

La stadification a été faite selon la classification de l'American Joint Committee on Cancer : AJCC (Tableau 2).

Tableau II: Stadification AJCC 2011 [2]

Stade	Tumeurs	Ganglions	Métastases
0	Tis	N0	M0
I	T1	N0	M0
II	T2-3	N0	M0
IIIA	T1-3	N1	M0
	T4	N0	M0
IIIB	T4	N1	M0
	Tout T	N2, N3	M0
IV	Tout T	Tout N	M1

7 TRAITEMENT :

7.1 Buts

- Eradiquer le foyer tumoral initial et ses extensions ganglionnaires ;
- Assurer le contrôle locorégional de la maladie ;
- Assurer une conservation fonctionnelle sphinctérienne ;
- Améliorer la survie des malades.

7.2 Moyens [59]

7.2.1 Chirurgie

- L'excision locale : Il s'agit de la simple exérèse de la masse tumorale avec une marge suffisante de tissu sain, alors que le rectum et la plus grande partie du canal anal sont conservés ;

- L'amputation abdomino-périnéale avec curage ganglionnaire hémorroïdal supérieur, moyen et inférieur, consiste en l'exérèse de la totalité de l'ampoule rectale, de l'appareil sphinctérien, du canal anal, ainsi que de l'atmosphère celluloganglionnaire péri rectal. Elle nécessite deux voies d'abord : abdominale et périnéale. Après une première phase d'exploration abdominale, la ligature des vaisseaux mésentériques inférieurs est réalisée, soit au-dessus, soit au-dessous de l'origine de l'artère colique gauche. Les ailerons latéraux contenant les vaisseaux hémorroïdaux moyens sont liés au ras de leurs insertions pelviennes ;
- Le curage inguinal de nécessité est limité en présence d'adénopathies malignes. 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 lymphœdème des membres inférieurs ;
- Colostomie de décharge : elle peut être pratiquée avant le début du traitement pour des tumeurs très sténosantes, hyperalgiques, non soulagées par les antalgiques majeurs, ou fistulisées au vagin ou à la peau. Elle est également utilisée lors de récidives chez des patients inopérables. Elle constitue un geste thérapeutique utile en cas de complications ou de séquelles survenant chez des patients dont la maladie locale est contrôlée (rectite hémorragique grave, incontinence ou sténose anale).

7.2.2 La radiothérapie

7.2.2.1 La radiothérapie externe

La radiothérapie s'est progressivement imposée comme le traitement de choix du cancer épidermoïde du canal anal. Elle permet d'obtenir un taux de guérison comparable à celui de la chirurgie, en préservant, dans un grand nombre de cas, le système anosphinctérien.

Pour la plupart des équipes, elle se déroule en deux séquences séparées par une période de repos. L'intervalle de 6 à 8 semaines entre les deux séquences de traitement est à l'heure actuelle réduit à 2 semaines sans augmentation de la toxicité [60].

Les techniques utilisées varient considérablement selon les auteurs. Elles peuvent faire appel à deux grands champs pelviens antérieur et postérieur avec des photons de haute énergie, ou à trois champs pelviens (un postérieur et deux latéraux) ou par quatre champs selon la technique en boîte. Chez des patients âgés, devant de petites lésions, la technique faisant appel à un champ périnéal de photons de Cobalt 60 ou de 6 mV est encore utilisée par quelques équipes. Le fractionnement est de 1,8 à 2 Gy par fraction pour une durée d'une première séquence comprise entre 3 et 5 semaines.

Après ce premier temps thérapeutique et un intervalle de repos compris entre 2 et 6 semaines, la deuxième séquence peut être appliquée selon deux modalités particulières : soit une irradiation externe avec la même technique, sur des champs plus réduits, soit un complément de traitement par curiethérapie interstitielle. Cette curiethérapie est effectuée par voie interstitielle sous anesthésie générale. Elle utilise l'iridium 192, la dose délivrée est de 15 à 30 Gy en 24 à 56 heures [33].

7.2.2.2 La curiethérapie

Il s'agit de l'implantation, sous anesthésie générale, patient en position gynécologique, d'aiguilles vectrices creuses obturées à leur extrémité effilée. Leur insertion s'effectue par voie transpérinéale dans le sphincter anal et les tissus périanaux, parallèlement à l'axe du canal anal.

Elle est le plus souvent 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 étendues (<1-2 cm) atteignant moins de l'hémi-circonférence [40].

7.2.3 Radio-chimiothérapie concomitante [40] :

Le principal objectif de cette combinaison est d'améliorer l'index thérapeutique, avec une augmentation du contrôle local, du taux de conservation sphinctérienne, de la survie et, à un degré moindre, du contrôle à distance. Cependant, ce gain thérapeutique s'accompagne d'un accroissement des toxicités qui constitue le principal facteur limitant du traitement.

Les associations radio-chimiothérapeutiques reposent, pour la plupart, sur l'utilisation du 5 Fluoro-uracile en perfusion continue les 4 ou 5 premiers jours de l'irradiation, couplée, le premier jour, à la Mitomycine C ou au Cisplatine. La radiothérapie est réalisée selon les schémas d'irradiations exclusives ou à des doses plus faibles sans complément de l'utilisation du 5 Fluoro-uracile en perfusion continue les 4 ou 5 premiers [40].

7.2.4 Chimiothérapie exclusive

Il y a plusieurs protocoles, principalement :

- L'association de 5 Fluorouracile à la dose de 600 à 1000 mg/m² de J1 à J4 ou J5 et de J29 à J32 et de Mitomycine C à la dose de 10 à 15 mg/m² à J1 et J29 [52] ;
- Ou l'association 5 Fluorouracile à la dose de 600 à 1000 mg/m² de J1 à J4 ou J5) et Cisplatine à la dose de 80 à 100 mg/m² en une injection ou sur 5 jours, qui peut être utilisée en option. Il ne semble pas y avoir de résistance croisée [52].

7.2.5 Traitement radio-chirurgical

La radiothérapie pelvienne postopératoire est effectuée après amputation abdomino-périnéale, à la dose de 50 Gy en six semaines, en cas de volumineuses tumeurs T3-T4 à haut risque de rechute locale.

La radiothérapie préopératoire est utilisée pour diminuer le volume tumoral et ainsi faciliter l'acte chirurgical et améliorer le contrôle local. Il s'agit d'une radiothérapie pelvienne de 40 à 45 Gy en 4,5 à 5 semaines suivie 4 à 5 semaines plus tard d'une amputation abdomino-périnéale [72].

7.3 Indications [40,72]

Les indications seront posées selon la classification (TNM) :

- Tis : La chirurgie d'exérèse est suffisante suivie d'une surveillance rapprochée ;
- T1N0M0 et T2N0M0 : Le traitement conservateur de référence est la radiothérapie exclusive (50 Gy en 25 fraction en 5 semaines puis complément), qui est suivie par une période de repos de 2 à 6 semaines. Les tumeurs classées T1-T2N0M0 mesurant moins de 1 à 2 cm de grand axe, pourraient même relever d'une résection chirurgicale limitée, sans amputation abdomino-périnéale, ni radiothérapie complémentaire, car leur risque d'envahissement ganglionnaire est faible ;
- T3-T4 avec une taille < 6 cm et N< 5 cm : La radio-chimiothérapie concomitante à base de 5 Fluoro-uracile et la Mitomycine C ou Fluro-uracile et Cisplatine, est la référence (45 Gy en 25 fraction en 5 semaines puis complément localisé. L'amputation abdominopérinéale est réservée à l'absence de réponse tumorale ou pour un rattrapage d'une récidive locale après radiochimiothérapie ;
- En cas de tumeur très sténosante, hyperalgique, fistulisée à la peau ou au vagin : On réalise une colostomie de décharge suivie d'une radiochimiothérapie (radiothérapie externe associée à une chimiothérapie au 5FU et de la mitomycine C) ;

- $T > 6$ cm et $N > 5$ cm : Radiochimiothérapie (radiothérapie externe associée à une chimiothérapie au 5FU et à la mitomycine) puis amputation abdominopérinéale ;
- Les tumeurs localement évoluées et/ou associée à des adénopathies supposées envahies, classées T3 ou T4 ou T1-2 N1-3 M0 : relèvent en principe d'une radiothérapie associée à une chimiothérapie [37]. Cette association est en effet le standard thérapeutique dans cette situation où elle permet significativement d'augmenter la survie sans récidive locale et sans colostomie ;
- Tumeurs métastatiques d'emblée : La chimiothérapie exclusive est proposée, associée au besoin à une radiothérapie pelvienne palliative ou à une chirurgie fonctionnelle.

7.4 Les Complications [3]

7.4.1 Les complications aigues

7.4.1.1 La chirurgie [69]

Les effets secondaires peuvent apparaître rapidement après l'intervention chirurgicale. Au réveil, comme après toute intervention chirurgicale, la zone traitée est parfois douloureuse. Il ne faut pas hésiter à signaler la douleur à l'équipe soignante. Il arrive qu'un hématome ou une infection apparaissent au niveau de la plaie.

D'autres complications peuvent apparaître, mais elles sont plus rares. Ce peut être :

- Des saignements dans les heures qui suivent l'intervention ;
- Un défaut de cicatrisation de la suture ;
- Une thrombophlébite.

7.4.1.2 La radiothérapie [10, 39, 30, 40].

La radiothérapie de la région anorectale s'accompagne, chez la quasi-totalité des patients des réactions cutanées de type radioépithélite. Ces effets adverses aigus apparaissent le plus souvent au cours de la deuxième semaine d'irradiation. Ils disparaissent en quelques semaines avec un simple traitement symptomatique médical après l'application de pommade de corticoïde et d'antibiotique et d'un corticoïde rectal local. On peut avoir aussi des réactions à type de douleur, de cystite, et de diarrhée.

7.4.1.3 La chimiothérapie

L'utilisation des dérivés du platine peut entraîner des troubles digestifs à type de nausées et de vomissements qui nécessitent une prise en charge spécifique, une toxicité hématologique à type d'anémie ou de thrombopénie [10], ou une insuffisance rénale aigue [53,28].

7.4.2 Les complications tardives

7.4.2.1 La chirurgie [69]

- L'œdème de membres inférieurs survient exclusivement après chirurgie ganglionnaire inguinocrurale [39] ;
- Une fistule liée au défaut de cicatrisation tardive ;
- Une complication de la colostomie : sténose, prolapsus, éventration.

7.4.2.2 La radiothérapie [10, 39, 30]

- Les toxicités tardives surviennent préférentiellement après 6 mois de traitement, certaines peuvent influencer le résultat fonctionnel à moyen terme : les rectorragies, la fibrose pelvienne, l'incontinence ou la fissure anale. La plus redoutable est la nécrose prostatique pouvant conduire à une chirurgie de dérivation [40] ;
- Des fissures des branches ilio et ischiopubiennes ont parfois été décrites. Des complications invalidantes sont décrites dans 3 à 15 % des cas.

Elles se résument aux rectorragies abondantes et fréquentes et à une radionécrose anale. Elles nécessitent bien souvent une chirurgie radicale.

7.4.2.3 La chimiothérapie

Les complications tardives se résument à la neuropathie périphérique liée au cisplatine [52].

8 SURVEILLANCE [12].

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 pour cent des récidives surviennent dans les 24 mois après le traitement [12].

Les récidives locales ou locorégionales sont rattrapables pour la moitié d'entre elles.

- La fréquence des rechutes locales est de 0 à 20 % pour les T1, 10 à 20 % pour les T2, 20 à 40 % pour T3 et T4 [23] ;
- La fréquence des complications est de 5 à 10 % pour les T1, T2 et 15 à 30 % pour les T3 T4 après traitement conservateur [23].

La surveillance repose sur les examens cliniques, avec des touchers pelviens, une anuscopie, une palpation inguinale, tous les quatre mois pendant 2 ans, puis annuellement.

Sa difficulté est liée à l'aspect remanié du canal anal après traitement conservateur et aux complications locales de radionécrose.

Une radiothérapie du thorax et un scanner ou échographie abdominale sont réalisés tous les six mois à la recherche de métastases à distance.

La pratique de biopsies superficielles est formellement déconseillée, en raison du risque de transformation de simples troubles trophiques en nécroses extensives [23,40].

DEUXIEME PARTIE :

NOTRE ETUDE

1 PATIENTS ET METHODES

1.1 Cadre d'étude

Cette étude a été réalisée à l’Institut Joliot-Curie de Dakar, crée et installé depuis 1963 au Centre Hospitalier Universitaire Aristide Le Dantec.

1.1.1 Vocation de la structure

L’institut Joliot-Curie a une triple vocation : le traitement pluridisciplinaire des cancers, la formation et la recherche.

Il comprend une unité de radiothérapie, une unité de chirurgie et une unité de chimiothérapie.

Le personnel est composé de :

- Deux professeurs titulaires ;
- 1 maître de conférences agrégé ;
- 2 maitres assistants ;
- 2 chefs de clinique-assistants ;
- 2 praticiens hospitaliers ;
- 2 physiciens ;
- 1 interne des hôpitaux ;
- 14 médecins en cours de formation ;
- 3 techniciens supérieurs de radiothérapie.

1.1.2 Les infrastructures :

La structure compte 60 lits d’hospitalisations avec trois unités :

- Une unité chirurgicale ;
- Une unité de chimiothérapie dotée de 42 lits où sont réalisées en moyenne 50cures par jour en hospitalisation du jour ou en continu ;
- Une unité de radiothérapie avec source de cobalt et de curiethérapie.

1.1.3 Patients

Ce travail porte sur les carcinomes épidermoïdes du canal anal observés et suivis dans cet Institut.

Les données ont été collectées à partir des dossiers cliniques et des fiches de traitement de radiothérapie des malades.

1.2 Méthodes

1.2.1 Objectif du travail

L'objectif de notre étude était de déterminer les aspects diagnostiques et thérapeutiques du carcinome épidermoïde du canal anal à l'institut de Joliot-Curie de l'Hôpital Aristide le Dantec.

1.2.2 Types et durée d'étude

Ce travail est une étude rétrospective descriptive réalisée du premier janvier 2001 au 31 décembre 2015.

1.2.3 Méthode de recueil des données

Nous avons recueilli sur des fiches signalétiques pour chaque malade, toutes les données, épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques, et évolutives.

L'âge et le sexe des patients ont été recueillis à partir des dossiers et des fiches de traitement de radiothérapie. Les antécédents et les facteurs de risques qui sont en rapport avec le carcinome épidermoïde du canal anal ont été enregistrés s'ils étaient notés.

L'analyse de l'histoire clinique de la maladie a permis de retrouver la durée moyenne d'évolution des signes cliniques qui est le délai entre l'apparition du premier symptôme et la date de diagnostic et de préciser les circonstances de découverte.

L'état général de nos patients était évalué par le score de l'OMS :

- OMS0 : capable d'une activité identique à celle précédant la maladie sans aucune restriction ;
- OMS1 : activité physique diminuée mais ambulatoire et capable de mener un travail ;
- OMS2 : activité ambulatoire et capable de prendre soin de soi, incapable de travailler. Alité moins de 50% de son temps ;
- OMS3 : capable seulement de quelques soins personnels. Alité plus que 50% de son temps ;
- OMS4 : incapable de prendre soin de lui-même. Alité en permanence ;

Les données de l'examen clinique nous ont permis d'apprécier la taille, l'extension circonférentielle, la hauteur de la tumeur, la localisation par rapport à la marge anale et à la jonction du rectum en haut au toucher rectal, ainsi que l'envahissement ganglionnaire en cas d'adénopathies inguinales et sus claviculaires.

Nous avons recueilli les données endoscopiques notamment l'anurectoscopie qui nous a permis d'apprécier l'aspect macroscopique, la taille endoscopique , le siège et nous a permis de faire des biopsies.

Nous avons enregistré les résultats de l'examen anatomopathologique des biopsies du canal anal et examen anatomopathologique des pièces opératoires.

La radiographie du thorax, l'échographie abdominopelvienne et la tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne ont permis de rechercher une localisation secondaire de la tumeur et de classifier la tumeur.

Une stadification de la maladie selon la classification TNM a été établie (L'UICC 7^{ème} Edition 2011).

Nous avons considéré comme anomalies paracliniques :

- Une anémie est définie selon l'OMS par un taux d'hémoglobine < 12g /dl et on en distinguait 3 types :

- Anémie légère : un taux d'hémoglobine entre 11-12 g/dl ;
 - Anémie modérée : le taux d'hémoglobine est entre 8-11 g/ dl ;
 - Anémie grave : le taux d'hémoglobine est inférieur à 8g/dl ;
- Une insuffisance rénale devant une créatininémie supérieure à 17 mg/l.

Nous avons analysé les données thérapeutiques notamment le traitement chirurgical qui comporte le type de la chirurgie, les complications et leurs traitements.

Concernant le traitement par radiothérapie, nous avons enregistré le type du traitement, la dose, la réponse, les complications. Nous avons considéré un fractionnement normal pour les doses quotidiennes de 1,8 à 2 Gy et un hypofractionnement pour les doses supérieures à 2 Gy, ainsi que l'étalement qui est la durée du traitement radiothérapique entre la première et la dernière séance.

Tous les malades traités par 30 Gy en 10 fractions ont eu deux faisceaux, un antéro-postérieur et autre postéro-antérieur. Les patients qui ont bénéficié d'une radiothérapie avant 2006, ont eu 3 faisceaux dont 1 postérieur et 2 latéraux, tandis que ceux qui ont été traités après 2007 ont eu 4 faisceaux ; dont 2 latéraux, 1 antéro-postérieur, et 1 postéro-antérieur.

Concernant le traitement par chimiothérapie nous avons recueilli les paramètres suivants :

- Protocole ;
- Type et objectif ;
- Nombre de cure ;
- Tolérance ;
- Réponse de la chimio.

Nous avons considéré une chimiothérapie curative toute chimiothérapie réalisée à titre post opératoire avec l'intention de guérir et une chimiothérapie palliative toute chimiothérapie réalisée en phase de métastase ou après tentative d'exérèse incomplète de la tumeur.

La réponse au traitement a été évaluée par l'examen clinique et par une endoscopie de contrôle et ou un scanner sur l'importance de la régression tumorale.

On parle de réponse complète dans les situations où il y a disparition de toutes les lésions cibles.

La réponse partielle correspond à la diminution d'au moins 30% de la somme des plus grands diamètres de chaque lésion cible. La progression tumorale est l'augmentation d'au moins 20% de la somme des plus grands diamètres de chaque lésion cible. La stabilité est la diminution tumorale insuffisante pour définir une réponse partielle et une augmentation tumorale inférieure à celle nécessaire pour définir une progression tumorale.

Les données sur les récidives, les métastases et leur traitement et le devenir des patients ont été recueillies.

Nous avons considéré une récidive locale toutes les nouvelles tumeurs présentant la même histologie et survenant plus de 6 mois après le traitement et la poursuite évolutive comme étant la survenue de nouvelle lésion au niveau du canal anal au cours des 6 mois qui suivent la fin du traitement.

Nous avons considéré une métastase synchrone toute métastase découverte en même temps que le cancer primitif ou dans les 6 mois suivant ; et métastase métachrone toute métastase diagnostiquée après 6 mois du traitement du cancer primitif.

Les malades ont été régulièrement suivis par un examen clinique et paraclinique.

La survie globale est l'intervalle de temps entre la date de la première consultation et la date de la dernière consultation.

Les malades perdus de vue avec maladie évolutive sont considérés comme décédés.

1.2.4 Critères d'inclusion

Nous avons inclus durant cette période :

- Tous les patients ayant un carcinome épidermoïde du canal anal avec preuve anatomopathologique reçus à l'institut dans la période citée ;
- L'âge n'a pas été un critère d'inclusion ou d'exclusion.

1.2.5 Critères de non inclusion

Nous exclus tous les patients qui avaient :

- Les adénocarcinomes du canal anal ;
- Les adénocarcinomes du rectum envahissant le canal anal ;
- Les sarcomes du canal anal ;
- Les mélanomes du canal anal ;
- Les adénomes villeux du canal anal ;
- Les carcinomes épidermoïdes de la marge anale ;
- Les polypes bénins ;
- Les cas discordants :
 - Carcinome épidermoïde dont le pole inférieur à 8cm de la marge anale ;
 - Carcinome épidermoïde du rectum avec infiltration de cellules en bague à chaton.

1.2.6 Analyse des données

Les données ont été enregistrées et analysées à l'aide du logiciel Microsoft Excel 2013. Les variables quantitatives ont été présentées sous forme de fréquence, les moyennes ont été calculées avec un écart-type, une valeur minimale, une valeur maximale et une médiane. Pour les variables qualitatives des proportions ou des pourcentages ont été calculés. Ensuite ces informations ont été exploitées sur le plan statistique pour établir des fréquences et tracer des graphiques.

1.2.7 Les limites du travail

Les limites de ce travail liées à la nature rétrospective de l'étude sont :

- Les données épidémiologiques sont basées sur des informations retrouvées dans les dossiers ;
- De nombreuses données aussi bien cliniques que paracliniques n'ont pas été trouvées dans les dossiers ;
- La faiblesse de notre échantillon liée à la nature monocentrique de ce travail constitue un biais.

1.3 RESULTATS

1.3.1 Aspects épidémiologiques

1.3.1.1 Répartition des patients selon l'année

Notre étude a porté sur 28 cas de carcinome épidermoïde du canal anal sur une durée de 15 ans. La répartition des patients selon l'année est représentée dans le tableau suivant:

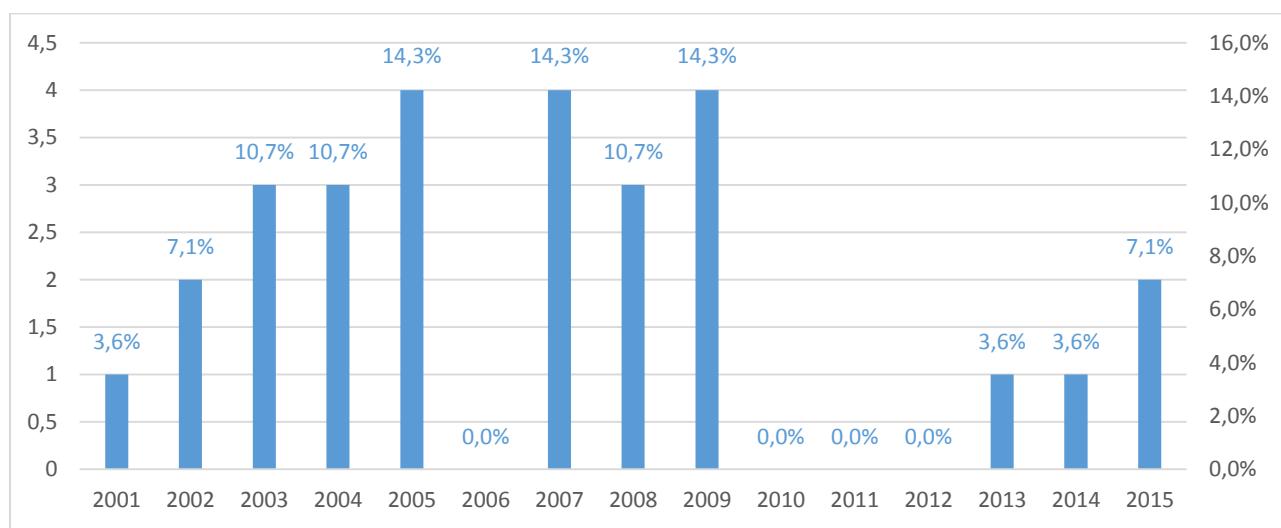


Figure 10 : Répartition des patients selon les années

1.3.1.2 L'âge

L'âge moyen des patients était de $52 \text{ ans} \pm 12,2$ avec des extrêmes de 27 ans et 77 ans au moment de la découverte du cancer.

L'âge moyen des hommes était $49,9 \pm 13,5$ avec des extrêmes de 27 ans et 77 ans, et celui des femmes de $54,5 \pm 10$ avec des extrêmes de 38 ans et 70 ans.

La tranche d'âge la plus représentée était celle comprise entre 51-60 avec un pourcentage de 32,1%.

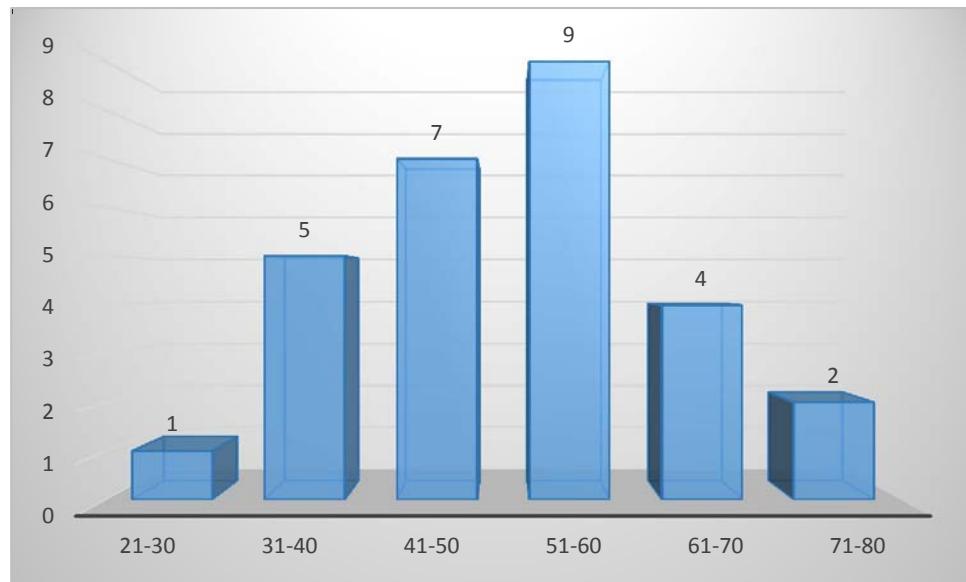


Figure 11 : Répartition des patients par tranche d'âge de 10 ans

1.3.1.3 Le sexe

Quinze malades étaient de sexe masculin soit 53,6 %, et 13 malades étaient de sexe féminin soit 46,4%, soit un sexe ratio de 1,15.

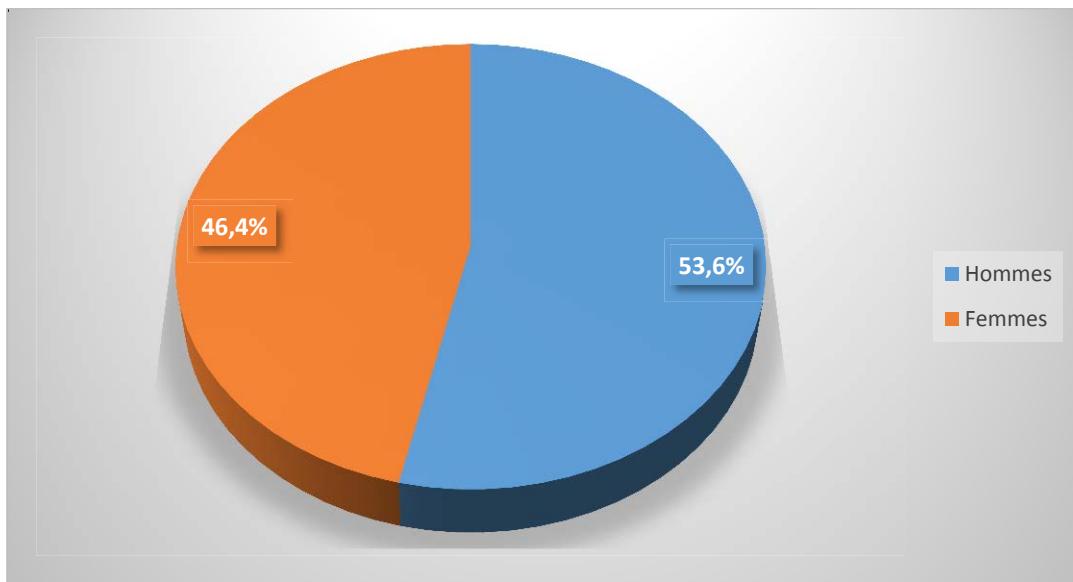


Figure 12 : Répartition des patients selon le sexe

1.3.1.4 Les antécédents

Neuf malades soit 32,1% des cas avaient des antécédents de constipation chronique. Un passé hémorroïdaire était retrouvé chez 8 malades soit 28,6% des cas. Une hématurie était constatée chez 2 patients soit 7,1 % des cas.

Les antécédents n'étaient précisés chez 11 patients soit 39,3 %.

Tableau III : Les antécédents des patients

Antécédents	Nombre	Pourcentage
Constipation	9	32,1
Hémorroïdes	8	28,6
Fissure	0	0
Fistule	0	0
Abcès	0	0
Hématurie	2	7,1
Non précisé	11	39,3

1.3.1.5 Facteurs de risque

Les habitudes toxiques à type de tabagisme chronique étaient retrouvées chez 5 patients soit 17,9% des cas, trois patients avaient une sérologie rétroviroïdale positive soit 10,7%, le diabète a été retrouvé chez 1 patient soit 3,6%.

Par ailleurs, nous n'avons pas trouvé une notion d'homosexualité ni d'autres MST.

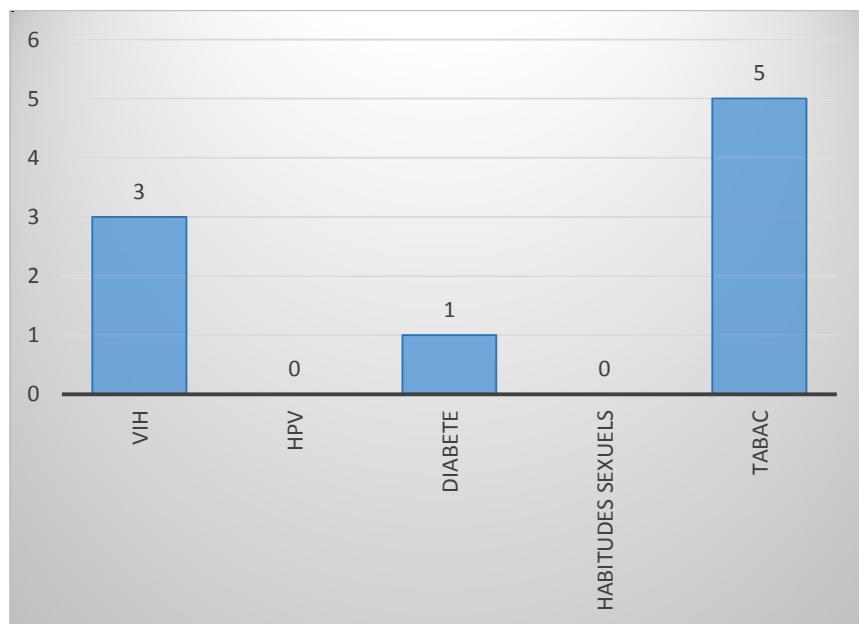


Figure 13 : Répartition des patients selon les facteurs de risque

1.3.2 Aspects cliniques

1.3.2.1 Durée d'évolution des signes cliniques (DESC).

La DESC moyenne était de 12,25 mois, avec des extrêmes de 3 mois et 108 mois. Onze patients, soit 39,3%, présentaient des symptômes évoluant de 1 à 6 mois avant d'être vus à l'Institut Curie, et 17 patients soit 60,7 % ont été vus 6 mois après l'apparition des symptômes.

Tableau IV: Répartition des malades selon la durée d'évolution des symptômes

DESC	Nombre	Pourcentage
1-6MOIS	11	39,3
> 6 MOIS	17	60,7

1.3.2.2 Les circonstances de découverte

Les signes peuvent être isolés ou associés.

Les manifestations cliniques révélatrices étaient dominées par les rectorrhagies qui ont été retrouvées chez 20 patients soit 71,4% des cas, suivies par les douleurs anales chez 15 patients soit 53,6% des cas.

La figure suivante donne la répartition détaillée des cas selon les circonstances de découverte :

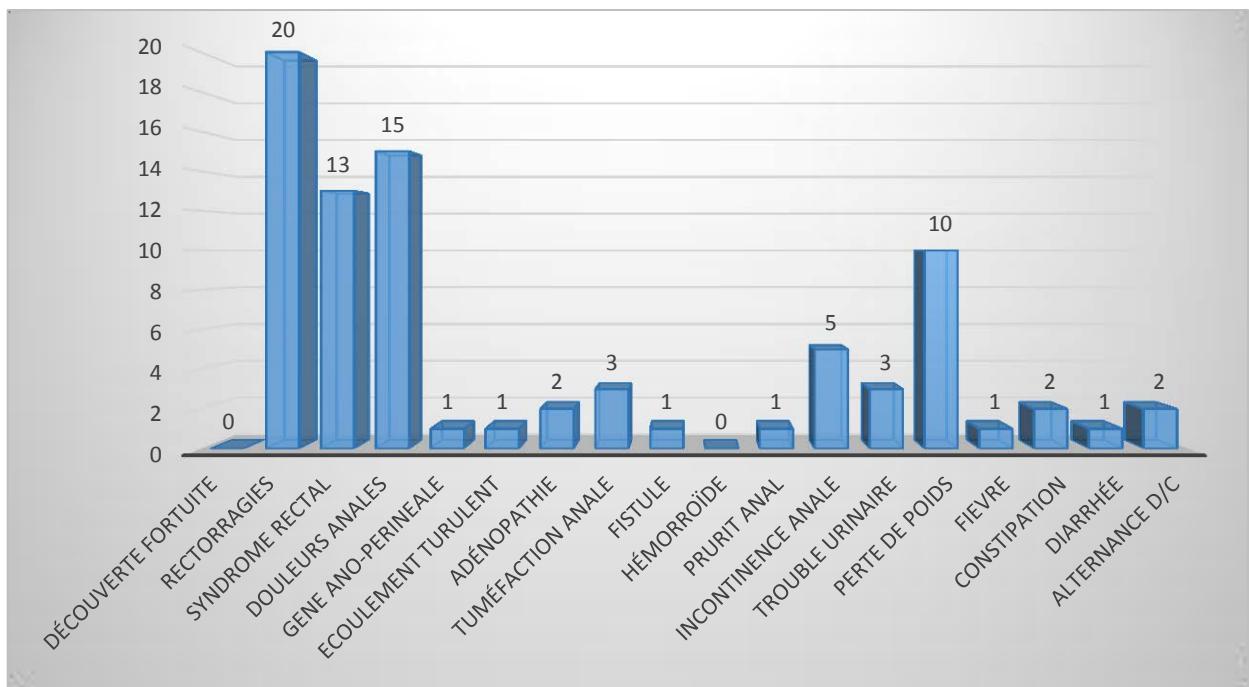


Figure 14 : répartition des cas selon les circonstances de découverte

1.3.2.3 Examen physique

L'état général selon la classification OMS des patients se présente comme suit :

Tableau V : Répartition des cas selon les classes OMS

Classe	Nombre	Pourcentage
0	6	21,4
1	8	28,6
2	7	25
3	6	21,4
4	1	3,6

➤ Signes physiques

Le tableau suivant résume les données de l'examen physique :

Tableau VI : Données de l'examen physique

<i>Signes cliniques</i>	<i>Nombre</i>	<i>Pourcentage</i>
Anémie clinique	5	17,9
Déshydratation	1	3,6
Œdèmes des membres inférieurs	3	10,7
Hépatomégalie	0	0
Splénomégalie	0	0
ADP inguinale	9	32,1
ADP sus claviculaire	3	10,7

➤ Toucher rectal

- Taille tumorale

La taille tumorale a été déterminée dans 14 cas soit 50% des patients. Elle est en moyenne de 4,2 cm avec des extrêmes entre 2 et 7 cm.

- Siège de la tumeur

Sur les 28 patients, la tumeur était circonférentielle dans 8 cas soit 57,1% des patients, et sténosante dans 5 cas soit 35,7% des patients. Le siège de la tumeur est donné sur le tableau suivant :

Tableau VII: Répartition des cas selon le siège de la tumeur

<i>Siège</i>	<i>Nombre</i>	<i>Pourcentage</i>
Circonférentiel	8	28,6
Antérieur	3	10,7
Postérieur	2	7,1
Latéral Droit	2	7,1
Latéral Gauche	2	7,1
Non précisé	12	39,3

- Extension en hauteur de la tumeur

L'extension de la tumeur vers le rectum a été notée chez 12 patients soit 42,9% des cas, et vers la marge anale chez 7 patients soit 25% des cas.

1.3.3 Aspects paracliniques

1.3.3.1 Biologie

Le taux d'HB a été dosé chez 24 de nos patients soit 85.7%.

Le taux moyen d'HB était de 10.79 ± 1.87 avec des extrêmes de 8 et 13,2.

Tableau VIII : Répartition des cas selon le taux d'Hb

Taux d'Hb (g/dl)	Nombre de cas	Pourcentage
≥ 12	10	41,7
[11, 12[3	12,5
[8, 11[11	45,8
< 8	0	0

1.3.3.2 Endoscopie

➤ Aspect macroscopique

Tous les patients de cette étude ont bénéficié d'un examen endoscopique mettant en évidence des tumeurs d'aspect :

- Bourgeonnant dans 15 cas soit 53,6% des patients ;
- Ulcéro-bourgeonnant dans 8 cas soit 28,6% des patients ;
- Ulcéré dans 3 cas soit 10,7% des patients ;
- Nécrosant dans 1 cas soit 3,6% des patients.

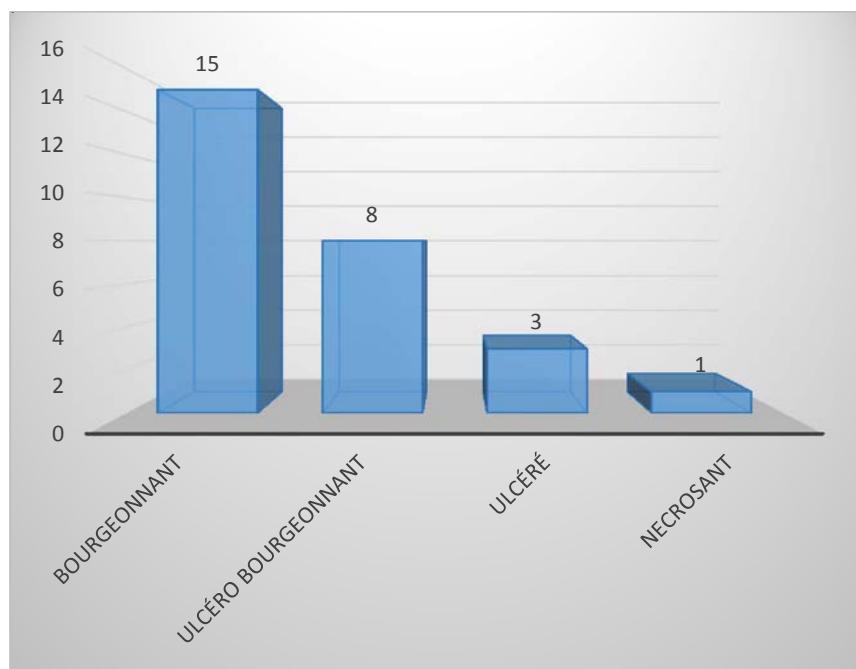


Figure 15 : Répartition des cas selon les aspects macroscopiques

➤ Taille endoscopique de la tumeur

La taille de la tumeur était inférieure à 2 cm chez 3 patients, comprise entre 2 et 5 cm chez 6 patients et supérieure à 5 cm chez 17 patients. La taille de la tumeur n'a pas été précisée chez 2 patients :

Tableau IX : Répartition des cas selon la taille de la tumeur

Taille	Nombre de cas	Pourcentage
≤ 2	3	10,7
] 2, 5]	6	21,4
> 5	17	60,7
NON PRECISE	2	7,1

1.3.3.3 Anatomie pathologique

Le diagnostic histologique du carcinome épidermoïde a été confirmé dans tous les cas. Le carcinome épidermoïde moyennement différencié a été le type histologique le plus fréquemment rencontré et ce chez 11 patients soit 39.3% des cas.

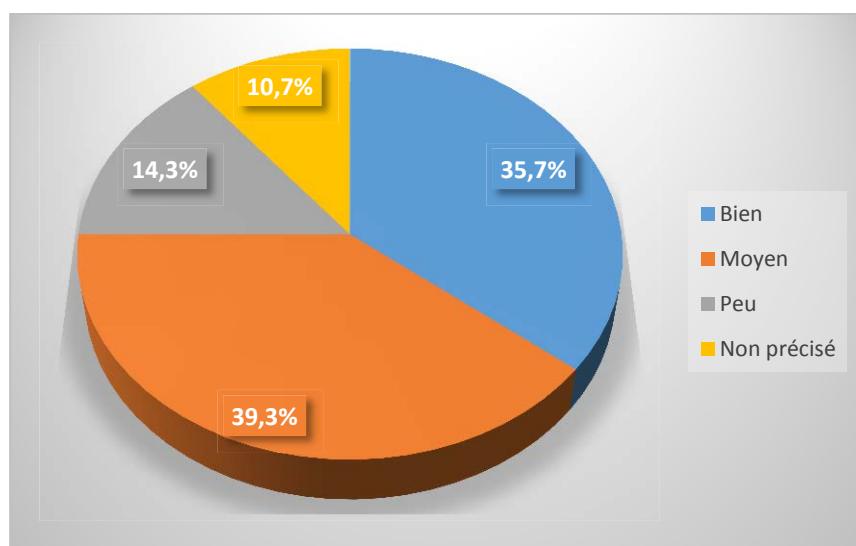


Figure 16 : Différentiation cellulaire

L'aspect infiltrant du carcinome a été retrouvé chez 20 patients soit 74,1% des cas.

1.3.4 Bilan d'extension

Le bilan d'extension locorégional :

- Nous avons trouvé des adénopathies inguinales palpables chez 9 patients, et sus claviculaires chez 5 patients ;
- Une radiographie du thorax a été effectuée chez 8 malades et a montré une opacité nodulaire arrondie chez un seul patient ;
- Une échographie a été pratiquée chez 13 patients et n'a pas montré d'anomalies ;
- Une TDM thoraco abdominopelvienne, effectuée chez 18 malades et qui a objectivé ce qui suit :
 - Un envahissement ganglionnaire péri rectal chez 4 cas ;
 - Des Adénopathies métastatiques pelviennes et lombo aortiques dans un seul cas ;
 - Une tumeur rectale avec des lésions nodulaires pulmonaires en lâché de ballon et d'adénopathies médiastinales et retro péritonéales dans un seul cas ;
 - Une tumeur ano-rectal s'étendant dans la graisse pelvienne + des lésions pulmonaires apicales d'allure séquellaire dans un seul cas ;
 - Un processus tumoral au dépend de la paroi ano-rectale avec envahissement locorégional associés à des localisations secondaires hépatiques dans un seul cas ;
 - Une infiltration tumorale du rectum étendue à la jonction recto-sigmoïdienne dans un seul cas ;

- Une TDM normale dans 9 cas. ;
- Une IRM effectuée pour 3 patients et a objectivé :
- Des adénomégalias inguinales bilatérales chez un patient ;
 - Un envahissement du sphincter externe, mésorectum, ganglion mésorectaux, et faisceau puborectal droit du releveur de l'anus chez un patient ;
 - Un épaississement pariétal du bas rectum avec infiltration du mésorectum chez un patient. ;
- Par ailleurs, deux malades ont bénéficié d'un dosage sérique de l'ACE et CA19 9 qui ont été normaux.

1.3.5 Classification

La classification TNM avait été précisée chez 50% seulement de nos patients avec une nette prédominance du stade IV (17.9%) suivi du stade IIIA (14.3%).

Tableau X : Classification selon les stades

<i>Stade</i>	<i>Nombre</i>	<i>Pourcentage</i>
I	1	3,6
II	2	7,1
IIIA	4	14,3
IIIB	2	7,1
IV	5	17,9
Non stadifié	14	50

1.3.6 Aspects thérapeutiques

1.3.6.1 La chirurgie

Dans notre série, 17 patients soit 60,7% des cas avaient bénéficié d'une chirurgie. Il s'agissait d'une chirurgie curative dans 11 cas soit 64,7%, et d'une chirurgie palliative dans 6 cas soit 35,3%.

Les types de chirurgie réalisés :

- Les 11 cas de chirurgie curative se répartissent comme suit :
 - Amputations abdomino-périnéale (AAP) dans 10 cas soit 59% ;
 - Exérèse locale dans 1 cas soit 5.9% ;
- Les 6 cas de chirurgie palliative sont des colostomies de décharge.

Une seule complication a été constatée dans notre série. Il s'agissait d'une hémorragie par la stomie et a été traitée par une reprise pour hémostase.

1.3.6.2 La chimiothérapie

Dans notre série, 11 cas soit 39.3% des cas avaient reçu des cures de chimiothérapie.

Parmi ces cas, 4 patients soit 36.4% avaient bénéficié d'une chimiothérapie à titre curatif tandis que 7 patients soit 63.6% avaient reçu une chimiothérapie à titre palliatif.

Les protocoles reçus étaient :

- 5FU+ Cis platine dans 8 cas soit 72,7% ;
- Carbo platine + Taxol dans 1 cas soit 9,1 % ;
- Capécitabine dans 2 cas soit 18.1%.

Ces différents protocoles étaient utilisés pour des objectifs curatifs et palliatifs.

La réponse à la chimiothérapie était :

- Partielle chez deux patients ;
- Stationnaire chez un seul patient ;
- Cette réponse n'a pas pu être évaluée chez 8 patients.

La tolérance au traitement a été marquée surtout par :

- Déshydratation : 1 cas ;
- Vomissements : 1 cas ;
- Diarrhée : 1 cas ;
- Mucite : 1 cas ;
- Alopécie : 1 cas ;
- Anémie : 2 cas ;
- Thrombopénie : 1 cas ;
- Neutropénie : 1 cas ;
- Neuropathie : 1 cas.

Ces signes peuvent être isolés ou associés.

1.3.6.3 La radiothérapie

Dans notre série, 23 patients avaient bénéficié d'un traitement par radiothérapie externe soit 82,1%.

- But

Elle était à but curatif chez 16 patients, et palliatif chez 7 patients.

- Type

Six patients ont bénéficié d'une radiothérapie exclusive.

Pour 10 patients, la radiothérapie administrée était néo-adjuvante.

➤ Dose

Trois patients avaient reçu une dose de 30 grays, 10 une dose comprise entre 40 et 59 grays, et 9 patients avaient une dose comprise entre 60 et 70 grays.

Tableau XI : Répartition selon la dose

Dose en gray	Nombre	Pourcentage
30	3	13,0
Entre 40 et 59	10	43,5
Entre 60 et 70	9	39,1

➤ Fractionnement de la RTE :

Les types de fractionnement utilisés étaient les suivants :

- Classique chez 15 patients soit 65.2% des cas ayant bénéficié d'une RTE ;
- Hypo-fractionnement chez 7 patients soit 30.4% des cas ayant bénéficié d'une RTE.

➤ Etalement de la RTE :

Les étalements variaient selon le type de fractionnement utilisé :

- Pour les hypo-fractionnements : l'étalement variait de 12 à 47 jours ;
- Pour les fractionnements classiques : l'étalement moyen était de 43,16 jours avec des extrêmes de 27 à 83 jours.

➤ Réponse

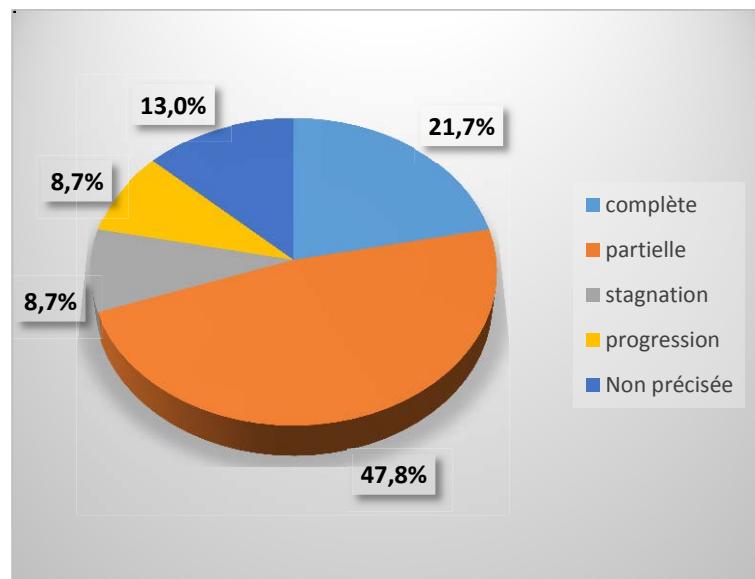


Figure 17 : Répartition des cas traités en radiothérapie selon leur réponse à ce traitement

La réponse à la radiothérapie était complète chez 5 patients soit 21,7% des cas, et partielle chez 11 patients soit 47,8% des cas.

➤ La tolérance à la RTE :

Les complications de la radiothérapie étaient notées chez 17 patients soit 73,9% des cas.

Tableau XII : Répartition des cas selon la tolérance à la RTE – Complications aigues

COMPLICATIONS AIGUES

Type de complications	Nombre	Pourcentage
Diarrhée	13	76,5
Radiodermite	12	70,6
Cystite	11	64,7
Douleur	13	76,5
Rectorragies	2	11,8

Tableau XIII : Répartition des cas selon la tolérance à la RTE – Complications tardives

COMPLICATIONS TARDIVES

Type de complications	Nombre	Pourcentage
Fibrose pelvienne	1	5,9
Ulcération nécrotique	3	17,6

Ces signes peuvent être isolés ou associés.

Au total :

Indications curatives :

- Une radiothérapie exclusive chez 6 patients.
- Une amputation abdominopérinéale après radio chimiothérapie néoadjuvante chez 4 patients.
- Une amputation abdominopérinéale après radiothérapie néoadjuvante chez 5 patients.
- Une amputation abdominopérinéale exclusive chez 1 cas
- Une exérèse locale après une radiothérapie néoadjuvante chez 1 cas.

Indications palliatives :

- Une colostomie de décharge chez 6 cas.
- Une radio chimiothérapie chez 6 cas.
- Une radiothérapie dans 1 cas.

Malades non traités :

- Trois malades n'ont pas reçu de traitement par faute de moyens.

Tableau XIV : Récapitulatif de traitement des patients

Indications	Nombre	Pourcentage
traitement curatif		
- RTE exclusive	6	21,4
- AAP post RCT	4	14,3
- AAP post RTE	5	17,9
- AAP	1	3,6
- Exérèse locale POST RTE	1	3,6
Traitement palliatif		
- colostomie	6	21,4
- RTC	6	21,4
- RTE hémostatique	1	3,6
- Traitemet symptomatique	3	10,7

1.3.7 Aspects évolutifs

1.3.7.1 Récidives

Un cas de récidive a été retrouvé dans notre série.

Le traitement des patients, ayant présenté une récidive, n'a pas été précisé.

1.3.7.2 Métastases

Des métastases ont été retrouvées chez 9 malades soit 32,1% des cas, dont six synchrones et trois métachrones et ont été localisées aux organes suivants :

Tableau XV : Répartition des métastases

Siège de la métastase	Nombre	Pourcentage	Traitement
Foie	2	22.2	CT palliatif
Poumon	3	33.3	abstention
ADP sus claviculaires	3	33.3	CT palliatif
ADP médiastinales	1	11.1	CT palliatif

1.3.8 Le suivi

Le délai moyen de suivi est $11 \text{ mois} \pm 10,5$.

10 patients soit 35,7% ont été suivis pendant une durée inférieur à 6 mois, 9 cas soit 32,1% pour une période allant de 6 mois à 1an, tandis que 9 cas soit 32,1% ont été suivis pendant une durée supérieur à 1 an.

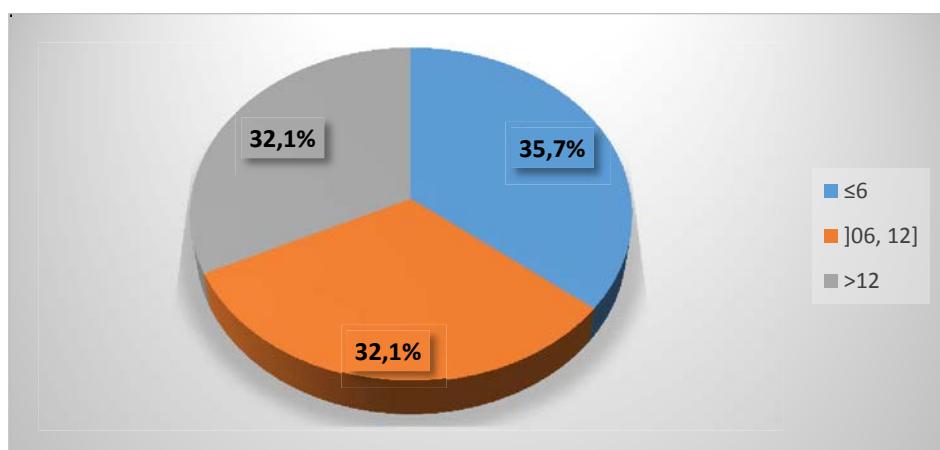


Figure 18 : Répartition des cas selon le délai de suivi en mois

Trois patients étaient vivants sans maladie évolutive, 23 malades étaient perdus de vue dont 11 avec maladie évolutive et 8 sans maladie évolutive.

Deux malades étaient décédés d'une maladie évolutive.

Au total, les décès sont au nombre de 13 :

- Deux patients dans le service ;
- Onze patients perdus de vue avec maladie évolutive.

TROISIEME PARTIE :

COMMENTAIRES

1 EPIDEMIOLOGIE

1.1 La fréquence

Les cancers du canal anal sont rares. Ils ne représentent que 1 à 2% des cancers colorectaux et 3 à 6% des lésions malignes de l'anus et du rectum. Les études épidémiologiques ont permis de mettre en évidence une augmentation de l'incidence du cancer du canal anal au cours des 30 dernières années. C'est un cancer plus fréquent dans la race noire. [40], A l'Institut Curie à Dakar, il représente 0,16 % des cancers du tube digestif. Il s'agit en grande majorité de carcinomes épidermoïdes, qui constituent 60 à 80 % de ces cancers.

En France, Peifferd [58] a trouvé que les cancers du canal anal représentent 1.2% des cancers digestifs et 6% des cancers ano-rectaux dont 95% sont des carcinomes épidermoïdes.

Au Maroc, Benkhaiat [9] notait que les carcinomes épidermoïdes représentent 79.7% des cancers de l'anus.

Au Togo, Amegbor [4] a retrouvé que parmi les 20 cancers du canal anal 80% sont des carcinomes épidermoïdes.

Et finalement, en Corée du sud Lee [37] a retrouvé 66% des carcinomes épidermoïdes.

1.2 L'âge

Dans notre étude, l'âge moyen était 51,92 ans ± 12,47 avec des extrêmes de 27ans et 77ans, et un pic de fréquence à la tranche d'âge 51-60. L'âge moyen des femmes était plus élevé que celui des hommes. Nos données sont comparables à celles enregistrées dans la thèse de Soudre [70] à Burkina qui retrouvaient un âge moyen de 52ans avec un pic à la tranche d'âge 51-60 mais avec des extrêmes de 51ans et 53ans.

Au Maroc, Bichri [11] rapporte une série où l'âge moyen était de 53 avec des extrêmes de 23ans et 69ans tandis que Benkhaiat [9] et Mouanissi [46] avaient trouvé un âge moyen plus élevé qui était de 58 ans.

En Arabie Saoudite [26], les patients étaient âgés de 28 à 80ans avec un âge moyen plus élevé à 59ans.

Dans la littérature occidentale, le carcinome épidermoïde du canal anal survient entre 30 et 90 ans. L'âge moyen au diagnostic est plus élevé qu'en Afrique, et se situait entre 58et 70ans, il exceptionnel avant 30ans. Son incidence croit rapidement après 60ans, âge à partir duquel 80% des cas diagnostiqués (tableau).

Tableau XVI: Répartition par âge des principales séries de littérature occidentale

SERIES (REF.)	PERIODE	EFFECTIF	AGE MEDIAN	
			Hommes	Femmes
BEDENNE [8]	1976-1988	70	69,8	71,1
MYERSON [49]	1993	1020		61,8
UK-CCCR [79]	1987	585		64
MELBYE [44]	1973-1989	2448	60	65
SCHLIEGER[65]	1972-1988	236		67,5
PEIFFERT [60]	1976-1994	118		65
SANDHU [64]	1984-1994	79		70
COQUARD [17]	1997-2007	57		64
DENIAUD	1972-1997	305		65
ALEXENDRE.E [22]				

1.3 Le sexe

Dans notre série, nous avons noté une légère prédominance masculine. En effet 53,6% étaient de sexe masculin et 46,4% de sexe féminin avec un sexe ratio de 1,15.

Dans les séries africaines, tout comme dans notre série, nous avons noté une prédominance masculine. A Ouagadougou, Soudre [70] a retrouvé un sexe ratio de 1, tandis qu'au Togo Amegbor [4] a observé un sexe ratio de 1,22. Au Maroc Benelkhiaiat [9] a noté un sexe ratio de 2 à 6 en faveur des hommes, et Mouanissi [47] a noté un sexe ratio de 1.28.

Dans les séries occidentales, un sexe ratio en faveur des femmes est retrouvé dans la majorité des études, il variait entre 2 à 6 femmes pour un homme.

Tableau XVII : Répartition par sexe selon les séries occidentales

Séries (REF.)	Effectif	Pourcentage		Sexe-Ratio
		Hommes	Femmes	
BEDENNE [8]	70	8,1	82,9	0,1
MYERSON [49]	1020	32,9	67,5	0,5
UK-CCCR [79]	585	45	55	0,81
BARTELINK [6]	103	29	71	0,4
MELBYE [44]	2448	33	67	0,5
SCHLIESINGER [65]	236	15,25	84,75	0,18
PAPILLON [56]	276	17,40	82,60	0,21
PEIFFERT [60]	118	11	89	0,12
SANDHU [64]	79	28	72	0,38

1.4 Les antécédents

Le carcinome épidermoïde du canal anal est souvent précédé de lésions proctologiques bénignes, surtout chroniques, qui peuvent être considérées comme des lésions prédisposantes. Certains auteurs ont constaté que 40 % des patients atteints d'un carcinome épidermoïde du canal anal ont présenté des lésions plus ou moins bénignes dans les 5 ans qui précèdent le diagnostic du néoplasie. [32, 42,41]

Ainsi, toute modification d'une hémorroïde, surtout ancienne, sous forme d'induration ou d'ulcération, doit être tenue suspecte et conduire au traitement chirurgical et à l'examen histologique. De plus, la résection de tout paquet hémorroïdaire doit être suivie de son étude histologique.

Dans notre série, nous avons noté des antécédents des hémorroïdes, une constipation chronique, nous n'avons pas retrouvés des antécédents de fissure, fistule ni abcès.

1.5 Les facteurs de risque

L'infection par les Papillomavirus humains à haut risque oncogène et les rapports sexuels anaux, tout particulièrement chez les homosexuels à partenaires multiples, sont les principaux facteurs de risque de carcinome épidermoïde de l'anus. Un état d'immunodépression, notamment en cas d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), joue un rôle aggravant. Le rôle grandissant joué par les Papillomavirus humains expliquerait d'ailleurs l'augmentation récente de l'incidence du carcinome épidermoïde de l'anus [19]. Sans oublier le tabagisme qui a été incriminé par certains auteurs [19]. En effet, Cécile Ortholan et al [54] et Serra [67], ont démontré que l'infection à HPV confère un risque accru de développer un cancer du canal anal, en particulier chez les patients atteints de VIH, et le papillomavirus humain a été détecté chez plus de 80 % des cas de cancer du canal anal.

Aux états unis, Melbye [44] montre que la plus forte progression de l'incidence du cancer du canal anal se situe dans la baie de San Francisco qui abrite une forte communauté homosexuelle soit 20 à 25% de la population. Daly [18] tend à confirmer cette hypothèse. Il a analysé 57 hommes porteurs d'une atteinte néoplasique de l'anus, 21 ont déclaré être homosexuels ou bisexuels.

Dans notre série, le tabagisme, deux facteurs d'immunodépression qui sont l'infection par VIH et le diabète ont été retrouvé. Par contre l'infection au HPV et le comportement sexuel de nos patients n'a pas pu être déterminé.

2 ASPECTS CLINIQUES

2.1 Le délai d'évolution des symptômes

Le délai entre le premier symptôme retrouvé et le diagnostic associé à la latence clinique du début, expliquent le pourcentage élevé de carcinomes anaux vus à un stade tardif. Ce retard diagnostic s'explique aussi par le fait que les symptômes initiaux sont identiques à ceux de lésions bénignes comme les hémorroïdes, les fissures, et les fistules.

Le délai varie largement. Pour Fruchshuber et al [33], la moitié des patients consultait après 24 mois de l'apparition des symptômes. Gunnar Tanum [76], rapporte aussi que la moitié des patients ont un retard de plus d'un mois à partir du symptôme initial au diagnostic et environ un quart à plus de 6 mois de retard. Pour Raiss et al [62], ce délai était de 2 ans.

Dans notre série, le délai moyen entre le début de la symptomatologie et la consultation était de 12.25 mois, avec des extrêmes allant de 3 mois et 108 mois. Nous avons noté que presque le tiers des patients ont consulté entre 1 et 6 mois de l'apparition des signes tandis que les deux tiers ont consulté après 6 mois.

L'association à une pathologie ano-rectale mineure et bénigne est soulignée par de nombreux auteurs comme étant un facteur important de la banalisation des signes et de retard diagnostique, ce dernier peut être expliqué aussi par le manque de moyens financiers des malades. Nous pouvons également évoquer, la faible disponibilité et la faible accessibilité des examens endoscopiques utiles au diagnostic.

2.2 Les circonstances de découverte

Les rectorragies sont le symptôme le plus fréquent dans notre étude comme dans toutes les séries. En effet, nous avons noté des rectorragies chez 71.4% des patients, des douleurs anales chez 53.6% des cas, un syndrome rectal chez 46.4% des cas.

La découverte fortuite d'une authentique lésion maligne sur une pièce d'hémorroïdectomie n'est pas rare [40], tout comme dans la série de Cécile Ortholan [54], qui compte 69 patients ,21 soit 30 % des cancers ont été découverts sur pièce opératoire après chirurgie des lésions cliniquement bénignes comme des hémorroïdes, la fissure ou des condylomes.

Dans des rares cas, le cancer du canal anal peut être découvert au stade de complications comme décrit par de M. Tamzaourte et al [75] qui a fait une étude sur une femme qui avait un carcinome épidermoïde révélé par une fistule recto- vaginal.

Bien que les symptômes ne soient pas spécifiques, ils sont suffisants pour faire appeler à un examen anorectal qui doit être pratiqué systématiquement, permettant de détecter ces tumeurs anales.

2.3 Examen physique

➤ Etat du malade selon le score de l'OMS :

La plupart des patients consulte tardivement ;

Dans notre étude, 25% de nos malades avaient un mauvais état général classé OMS 3et 4 ; ces résultats montrent que beaucoup de nos patients sont diagnostiqués à des stades très avancés de la maladie.

➤ Signes physiques :

Dans notre série, nous avons détecté des adénopathies inguinales palpables chez 9 patients soit 32.1% des cas, et sus claviculaires chez 5 cas soit 17.9%.

Moreau et al [46], signalaient que les métastases sont rares. Elles sont le plus souvent ganglionnaires, mais ont aussi été décrites dans le foie et le poumon. Il y a peu de données dans la littérature sur l'évolution métastatique du cancer épidermoïde du canal anal [26].

3 ASPECTS PARACLINIQUES

➤ Les aspects endoscopiques

Dans notre étude, nous avons noté une prédominance de l'aspect bourgeonnant suivi de l'aspect ulcéro-bourgeonnant alors que les autres types de lésions étaient rares.

Au Burkina, Moyenga [48] notait une prédominance des formes ulcéro bourgeonnante et ulcéro-infiltrante, et Soudre [70] observait un aspect ulcéré.

Au Maroc, Mouanissi [4] et benkhaiat [9] retrouvaient une prédominance de l'aspect ulcéro-bourgeonnant.

4 Le bilan d'extension

Il comporte la réalisation d'une échographie ou d'une tomodensitométrie abdominale à la recherche de métastases hépatiques, une IRM ainsi qu'une radiographie thoracique de face et de profil afin de détecter des métastases pleuro pulmonaires.

Les métastases viscérales restent assez rares 8 à 12 % selon les séries, atteignant par ordre de fréquence décroissante [55, 66] :

- Foie : 5 à 8 % ;
- Poumon : 2 à 4 % ;
- Os : 2 % ;

On peut procéder également au dosage des marqueurs tumoraux dont l'utilisation reste controversée.

Dans notre série, le bilan d'extension locorégional a retrouvé chez 9 malades soit 32.1% des cas, dont six synchrones et trois métachrones avec une localisation au niveau :

- foie dans 22,2% ;
- poumon dans 33,3% ;
- ADP sus claviculaire dans 33,3%.
- ADP médiastinales dans 11.1%

5 La classification :

La classification TNM de l'UICC permet la répartition de l'ensemble des cas selon la taille tumorale et l'extension de celle-ci au-delà du canal anal vers les structures adjacentes [2].

Janoray et al [34], ont observé que 44 % des tumeurs sont classées T1 ou T2, avec une atteinte des ganglions inguinaux dans 9 à 40 % des cas alors que l'atteinte des ganglions pelviens est signalée dans 10 à 46% des cas.

Bedenne [8] a souligné le caractère tardif du stade de diagnostic, puisqu'en moyenne 2/3 des cancers étaient classés T3 ou T4,

Dans notre étude, un seul patient a été vu à un stade précoce, 6 patients ont été classés au stade localement avancé, 7 ont été classés au stade tardif.

5 Traitemet :

L'amputation abdomino-périnéale avec évidemment ganglionnaire inguinoiliaque qui était antérieurement proposée en première intention en cas de carcinome épidermoïde de l'anus a été abandonnée il y a plus de vingt ans au profit d'un traitement conservateur. Ce traitement conservateur vise à être curatif tout en préservant l'appareil sphinctérien. Il repose sur une radiothérapie, éventuellement associée à une chimiothérapie [19].

5.1 La chirurgie

La chirurgie était le traitement de base des carcinomes épidermoïdes. Elle contribue dans la quasi-totalité des cas à supprimer la fonction sphinctérienne et à réaliser une colostomie iliaque gauche définitive. C'est la raison pour laquelle se sont développées des stratégies non opératoires qui reposent sur la radiothérapie associée ou non à la chimiothérapie, qui représentent actuellement le traitement de référence du cancer du canal anal [63].

Actuellement, elle garde une place importante de façon programmée dans les tumeurs évoluées [40], et dans le rattrapage des tumeurs résiduelles ou récidivantes ou dans le traitement des séquelles graves de la radiothérapie [36].

Sideris [69] a retrouvé que, malgré un traitement conservateur optimal, environ un tiers des patients présenteront des échecs locorégionaux, témoignant du caractère localement agressif de cette pathologie. Dans cette situation, le traitement recommandé repose sur l'amputation abdominopérinéale (AAP) de rattrapage.

Tableau XVIII : Études publiées avec résultats de survie après amputation abdominopérinéale (AAP) de rattrapage suivant un traitement par radiothérapie ou radio-chimiothérapie pour carcinome épidermoïde du canal anal. [69]

Auteurs	Année	Nb AAP	AAP réalisée/ Echec locaux	Suivi moyen ou médian	Récidives post AAP %	Vivant %	Survie à 5 ans
Faynsod et al	2000	5	71	35	0	100	-
Smith et al	2001	22	-	>60	83	18	-
Van der wal et al	2001	13	-	53	62	46	47
Nilsson et al	2002	35	90	33	43	43	52
Ghouti et al	2003	36	-	52.5	55	-	69,5
Bai et al	2004	16	-	120	56	43	-

Tableau XIX: Morbidité de l'amputation abdominopérinéale (AAP) de rattrapage. [69]

Auteurs	Année	Nb AAP	mortalité	Infection du périnée %	Désunion du périnée %	morbidity
Van der wal et al	2001	17	0	47	36	-
Smith et al	2001	22	0	-	-	-
Nilson et al	2002	36	0	37	-	37
Ghouti et al	2003	36	0	-	58	-
Bai et al	2004	14	0	-	-	38

5.2 La radiothérapie

La radiothérapie est le traitement de référence des carcinomes épidermoïde du canal anal dont le but est la préservation sphinctérienne, un meilleur control local et régional ainsi que l'amélioration de la survie avec un taux de guérison comparable à celui de la chirurgie [78].

L'efficacité de la radiothérapie, le plus souvent en association avec la chimiothérapie s'est largement confirmée, grâce aux résultats de nombreux et importants essais randomisés, ou même des études rétrospectives analysant le contrôle locorégional et la conservation sphinctérienne [6,10].

En effet, dans l'essai anglais par l'UK CCCR [79], qui comparait chez 585 patients une radiothérapie externe de 45 Gy en 25 séances à la même radiothérapie associée à deux cures de 5-Fluorouracile et à la Mitomycine , suivi ou non selon la réponse d'un complément d'irradiation de 15 à 25 Gy. Le taux de contrôle local à trois ans était de 61 % avec l'association thérapeutique contre 39 % avec la radiothérapie exclusive et celui de survie sans maladie de 72 % contre 61 %.

L'étude de Jean-Bernard Dubois, concerne 70 patients porteurs d'un carcinome épidermoïde du canal anal traités de manière homogène par radiothérapie externe et curiethérapie interstitielle à l'iridium. Une chimiothérapie par 5 fluoro-uracile et cisplatine a été réalisée en association avec la radiothérapie pour les tumeurs avec ganglions inguinaux palpables et/ou pour les tumeurs de plus de 4 cm de diamètre. La réponse complète a été obtenue chez 68 patients sur 70 (97,1 %).Tous les malades actuellement en vie (64 sur 70, soit 91,4 %) sont localement contrôlés.63 patients sur 70 (90 %) sont vivants guéris et en contrôle local, 56 ont un anus conservé, soit un taux de conservation sphinctérienne global pour les 70 patients de l'étude de 80 %.

Dans la série d'E. Deniaud- Alexandre [21], 305 patients ont été traités par irradiation à visée curative. Après la fin de la radiothérapie, le taux de réponse clinique tumorale complète était de 80 %. Parmi les 61 tumeurs en progression tumorale locale ou poursuite évolutive inchangée, 27 (44 %) ont été rattrapées par une amputation abdominopérinéale. Le taux de rechute tumorale locale était de 12%. Parmi ces 37 rechutes, 20 soit 54 % ont été rattrapées par une amputation abdominopérinéale et une par curiethérapie interstitielle. Ils ont confirmé que les bons résultats obtenus dans les lésions classées T1 et T2. Cependant, la radio- chimiothérapie devrait être préférée pour les tumeurs de 2 cm de longueur ou plus et localement évoluées.

Dans une autre étude de Deniaud-Alexandre.E [22], concernant 60 patients traités par l'association concomitante de chimiothérapie et de radiothérapie à visée curative pour des patients atteints d'un carcinome épidermoïde du canal anal. Après la fin de la radio-chimiothérapie, le taux de réponse clinique complète était de 83 %, le taux de contrôle local avec une bonne fonction sphinctérienne était de 70 %.Ils ont confirmé que les bons résultats obtenus après une radio- chimio thérapie concomitante et un traitement chirurgical sont à discuter en cas des tumeurs classées T3-T4.Dans notre étude, 19 patients (67.9 %) ont bénéficié d'une radiothérapie. Elle est utilisée soit sous forme d'un protocole de radiothérapie radicale par faisceau externe, soit sous forme d'un protocole de chirurgie et de radiothérapie pré ou postopératoire associée, ou bien sous forme d'une radio- chimiothérapie concomitante.

5.3 La chimiothérapie

La chimiothérapie néo-adjuvante dans le traitement des cancers du canal anal localement avancé est l'objet de nombreuses études [28 ,52, 59]. Ses buts sont d'augmenter le nombre de chirurgies conservatrices à visée curative en diminuant la taille tumorale, d'agir précocement sur les micrométastases permettant théoriquement d'améliorer l'oxygénéation locale et la trophicité des

tissus sains et tumoraux pour augmenter le contrôle local et également diminuer le risque de nécrose. De plus, une chimiothérapie néo-adjuvante devrait être mieux tolérée et plus facile à délivrer qu'un traitement concomitant, sa principale limite étant le risque de décaler ou d'annuler la radiothérapie en raison de sa toxicité. Plusieurs études de phase II ont évalué la toxicité et le bénéfice d'une chimiothérapie néoadjuvante [28,52].

Peiffert [58] a inclus 80 patients présentant des tumeurs localement avancées (T2 \geq 4 cm, T3-4). Le protocole consistait en 2 cures néoadjuvantes par 5FU + CDDP et 2 cures concomitantes à la radiothérapie. La tolérance de la chimiothérapie est satisfaisante. Chez 3 patients, la radiothérapie a dû être décalée en raison d'une toxicité de la chimiothérapie néoadjuvante.

Pour le traitement adjuvant, L'association 5Flurouracil-Cisplatine est un protocole efficace dans les métastases des carcinomes épidermoïdes du canal anal [45,68].

Moreau [46], dans son étude qui comporte une femme de 57 ans, qui a été atteinte de métastases médiastinales et pleuropulmonaires, après trois ans d'une chimio radiothérapie complétée d'une curiethérapie pour un carcinome épidermoïde du canal anal, de métastases médiastinales et pleuropulmonaires. Elle est actuellement en situation de rémission complète 50 mois après une radiochimiothérapie de rattrapage. Cette observation montre l'intérêt d'un traitement de rattrapage à visée curative en situation métastatique du cancer du canal anal lorsque l'extension de la maladie et l'état général le permettent.

6 LE DEVENIR DES PATIENTS

6.1 Les récidives

Dans notre série, un patient a eu une récidive environ 12 mois après un traitement par radiothérapie néoadjuvante, la réponse était partielle. Ce patient a refusé de subir une AAP et il a opté pour une exérèse locale hors institut.

Deniaud-Alexandre [21], a mis en évidence une diminution du taux de récidives locales à la suite d'une association radiochimiothérapie pour les tumeurs de grande taille ou localement avancées.

6.2 Les métastases

Dans notre étude, on a observé 9 cas d'envahissement métastatique, dont 3 métachrones et 6 synchrones.

Moreau et al [46], ont noté chez un patient traité pour un carcinome épidermoïde, par une radio-chimiothérapie associée à une curiethérapie. Ce patient a présenté des métastases médiastinales et pulmonaires trois ans après la fin de son traitement. Une radio-chimiothérapie de rattrapage a permis une rémission complète 50 mois après le traitement.

6.3 Suivi

La durée moyenne de suivi était 11 mois.

10 patients ont été suivis pendant une durée inférieure à 6 mois, 9 cas pour une période allant de 6 mois à 1 an, tandis que 9 cas ont été suivis pendant une durée supérieur à 1 an.

Le devenir et la surveillance sont difficile à analyser dans notre série, car 82% des malades sont perdus de vue et sont injoignable par téléphone ou sur les adresses laissées dans les dossiers.

CONCLUSION

Le cancer du canal anal est une tumeur rare dont l'incidence s'est accrue au cours de ces dernières années. Le carcinome épidermoïde en représente l'entité la plus fréquente entre 60 et 80%.

Nous avons réalisé une étude rétrospective allant de janvier 2001 à décembre 2015. Le but de notre travail était d'analyser les données des patients porteurs de carcinome épidermoïde du canal anal, afin d'apprécier les aspects diagnostiques et thérapeutiques. Cette étude a été menée à l'institut Joliot Curie de l'hôpital Aristide Le Dantec de Dakar.

Il s'agissait de 46.4% de femmes et 53.6% d'hommes soit un sexe ratio de 1.15.

L'âge moyen était de 52 ans avec des extrêmes de 27ans et de 77ans.

Neuf patients avaient des antécédents de constipation chronique, un passé hémorroïdaire était retrouvé chez 8 patients, cinq avaient des habitudes toxiques à type de tabagisme chronique, trois patients avaient une sérologie rétrovirale positive et le diabète était retrouvé chez un seul patient.

Nous n'avons pas trouvé une notion d'infection au HPV ni d'homosexualité.

Le délai de consultation a été de 12.25 mois avec des extrêmes de 3 mois et 108mois.

Les signes révélateurs les plus fréquemment retrouvés étaient les rectorragies chez 71.4% des cas, les douleurs anales chez 53.6% des cas puis le syndrome rectal chez 46,4% des patients.

L'état général de nos patients était classé OMS0 (21.4%), OMS1 (28.6%), OMS2 (25%), OMS3 (21.4%), OMS4 (3.6%).

L'examen clinique avait retrouvé une anémie clinique dans 17.9% des cas, des adénopathies inguinales dans 32.1%, des adénopathies sus claviculaires chez 10.7% des cas.

Tous les patients de cette étude ont bénéficié d'un examen endoscopique.

L'aspect macroscopique bourgeonnant était le plus souvent retrouvé et ce chez 15 cas (53.6 %), suivi de l'aspect ulcéro-bourgeonnant chez 8 cas (28.6 %), puis ulcére chez 3 cas (10.7 %), et nécrosant chez 1 cas (3.6 %).

La taille endoscopique de la tumeur était inférieure à 2cm chez 3 patients, entre 2 et 5cm chez 6 patients, et supérieure à 5 cm chez 17 patients.

Le diagnostic histologique du carcinome épidermoïde a été confirmé dans tous les cas. Le carcinome épidermoïde moyennement différencié a été le type histologique le plus fréquemment rencontré et ce chez 39.3% des cas suivi par le bien différencié chez 35.7% des patients, et le carcinome épidermoïde était peu différencié chez 14.3% des patients. L'aspect infiltrant du carcinome a été retrouvé chez 20 patients soit 74,7% des cas.

L'étude de l'extension tumorale a trouvé 10.7% de T1, 21.4% de T2, 35.7% de T3, 25% de T4, et 7.2% des tumeurs étaient classées Tx.

L'extension ganglionnaire n'a pas pu être précisée chez 35.7% des cas, les autres résultats ont trouvé 17.9% de N0, 21.4% de N1, 7.1% de N2 et 17.9% de N3.

Neuf de nos patients avaient des métastases, nous avions noté 22,2% de métastases hépatiques, 33,3 % de métastases pulmonaires, 33,3 % de métastases sus claviculaires et 11,1% de métastases médiatisnales.

Les stades IIIA et IV ont prédominé avec respectivement 14.3% et 17.9% des cas ; le stade I (3.6%), stade II (7.1%), et IIIB (7.1%) tandis que 50% des patients n'ont pas pu être classé.

Concernant le traitement chirurgical, 60.7% de nos patients ont bénéficié d'une chirurgie qui était curative dans 64.7% et palliative dans 35.3% des cas.

A visée curative, une amputation abdominopérinéale a été réalisée chez 10 patients soit 59%, et une exérèse locale chez 1 patient soit 5,9%.

Alors qu'une colostomie de décharge à visée palliative a été réalisée chez 6 patients soit 35.3%.

La chimiothérapie avait intéressé 39,3% des patients dont 36,4% avaient bénéficié d'une chimiothérapie à titre curatif, et 63.6% avaient reçu une chimiothérapie palliative.

Le protocole le plus utilisé était le 5FU+ Cisplatine dans 72,7% des cas.

Vingt-trois patients avaient bénéficié d'un traitement par radiothérapie externe. Elle était exclusive chez 26,1% des patients, néo-adjuvante chez 43,5% des patients.

La réponse a été évaluée chez 20 patients traités par radiothérapie, la réponse était complète chez 21,7% et partielle chez 47,8% des cas.

La durée moyenne de suivi de nos patients était de 11 mois.

L'évolution était favorable dans deux cas, une récidive locale était notée chez un seul patient et des métastases chez 8 patients ; le traitement était essentiellement des cures de chimiothérapie palliative ou à défaut une abstention thérapeutique.

Recommandations :

Au terme de notre étude, nous proposons les recommandations suivantes :

- La prévention primaire nécessite une bonne connaissance des facteurs de risque ; d'où l'intérêt de sensibiliser la population africaine vis-à-vis de ces facteurs ;
- La sensibilisation du personnel médical sur les Signes permettant d'évoquer les pathologies tumorales (rectorragies...).L'examen physique doit être complet et se terminera par un toucher rectal chez tous les patients ;
- Faciliter l'accès aux moyens diagnostiques ; l'endoscopie, l'imagerie, et l'anatomie pathologie ; afin de minimiser le délai de prise en charge ;
- Relever le plateau technique de radiothérapie.
- Optimiser la radiothérapie avec harmonisation dans la prescription des doses, ainsi que l'accessibilité aux produits de la chimiothérapie permettront d'améliorer les résultats de la radiothérapie.
- La chirurgie doit être réservée aux échecs thérapeutiques, aux tumeurs évoluées ayant mal répondu à la première séquence thérapeutique, et aux complications tardives invalidantes ;
- Education et information des patients.
- La qualité de vie des patients atteints de carcinome épidermoïde du canal anal, pour être optimale, impose un minimum de moyens et de personnels :
 - Des stomatothérapeutes ;
 - L'accès aux produits de la colostomie ;
 - Un régime alimentaire adapté.

REFERENCES

- 1) **Abramowitz.L, Aparicio.T**
le cancer de l'anus, en pratique
Les Journées EPU Paris VII - Journée de Gastroentérologie Paris 7
janvier
2005.consulté le 31/10/2016.
- 2) **AJCC: Anal Canal.**
American Joint Committee on Cancer. New York, Springer, 2011 ; 7:106-109.
- 3) **Amarenc.G, Chantraine.A**
Les fonctions sphinctériennes. In pelvi-perinéologie
© Springer France, 2006 ; 26-30.
- 4) **Amegbor.K, Napo-Koura.GA, Songne-Gnamkoulamba.B**
Aspects épidémiologiques et anatomopathologiques
des tumeurs du tube digestif au Togo
Gastroenterol Clin Biol. 2008 ; 32: 430-434.
- 5) **Andrieu.JM, Colonna.P, et Lévy.R**
Cancers ; guide pratique d'évaluation de traitement et de surveillance
© Springer-verlag Paris France Ed 1997 : 474-482.
- 6) **Bartelink.H, Roelofsen.F, Eschwege.F 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 of research and
treatment of cancer radiotherapy and gastrointestinal cooperative groups.
J. Clin. Oncol. 1997; 15: 2040-2049.
- 7) **Beahrs. O.H, Wilson.SM, Manson.R.**
Squamous cell carcinoma of the anus.
Surg. Annu.1976, 8: 297-303.

- 8) **Bedenne.L, Janory.I, Arveux.P et al.**
Le cancer épidermoïde du canal anal dans le département de Côte-d'Or
Gastroenterol clin biol 1991 ; 15 : 130,136
- 9) **Benkhaiat.R, Rabbani.K, Nasrollah.N. et al.**
Les cancers digestifs dans la région de Marrakech
J Afr cancer 2010 ; 2 : 160-165.
- 10) **Berger.C, Felix-Faure.C, Chauvet.B et al.**
Traitement conservateur des cancers du canal anal par irradiation suivie
de curiethérapie interstitielle, avec ou sans chimiothérapie
Cancer Radiother 1999 ; 3 : 461-467.
- 11) **Bichri. R**
Cancers de l'anus.
Thèse Médecine Rabat ; 1998 ; N° 321.
- 12) **Blanc.B, Siproudhis.L**
cancer de l'anus. In pelvi-perineologie © Springer-Verlag.
France; 2005: 440-447.
- 13) **Boman.BM, Moertel.CG, O'Connell.MJ et al.**
Carcinoma of the anal canal: a clinical and pathologic study 188 cases.
Cancer, 1984 ; 54 :114-125
- 14) **Buchs.NC, Schneider.D, Roche.B**
Cancer du canal anal
Rev Med Suisse 2008 ; 4 : 859-863.
- 15) **Chahchouh.F**
Cancers du tube digestif : étude descriptive et problématique de prise en
charge à propos de 205 cas
Thèse Médecine Dakar ; 2011 : N° 55.

16) Constantinou.HT.

Salvage abdominoperineal resection after failed Nigro protocol: modest success, major morbidity.

Colorectal Dis.2006; 8(2): 124-129.

17) Coquard.R, Cenni.JC, Artru.P et al.

Radiothérapie à visée curative du carcinome du canal anal
Cancer Radiother 2009 ; 13 : 715–720.

18) Daly-Schveitzer.N

Cancers du canal anal. In Cancérologie clinique ©Elsevier Masson France 2008 ; 280-285

19) De Parades, Bauer.P, Benbunan.JL et al.

Bilan préthérapeutique initial du carcinome épidermoïde invasif de l'anus
Gastroenterol Clin Biol 2007 ; 31 : 157-165.

20) Declety.G

Le cancer du canal anal. In Les cancers digestifs Oncologie pratique © Springer-verlag Paris France 2006 :145-149.

21) Deniaud-Alexandre.E, Touboul.E, Tiret.E et al.

Carcinomes épidermoïdes du canal anal traités par association concomitante de radiothérapie et de chimiothérapie. Évaluation des résultats fonctionnels.

Cancer/Radiot 2006 ; 10 : 572–582.

22) Deniaud-Alexandre.E, Touboul.E, E. Tiret et al.

Carcinomes épidermoïdes du canal anal traités par irradiation à visée curative : à propos de 305 patients.

Cancer Radiother 2003 ; 7 : 237-253.

23) Deutsch.E

Cancer du canal anal (cancer de l'anus).

Thésaurus National de Cancérologie Digestive 20/05/2010

24) Devaraj.B.

Expectant management of anal squamous dysplasia in patients with HIV.
Dis Col Rect 2006; 49: 36-40.

25) Dubois.JB, Azria.D, Ychou .M

Association radiothérapie externe et curiethérapie dans le traitement du cancer du canal anal : une série de 70 patients
Bull Cancer 2003; 90: 1107-1110.

26) El haddad.M, Ahmed.R, Al Souhaibany.A et al.

Anal canal carcinoma treatment results: the experience of a single institution

Ann Saudi Med 2011; 31: 158-162.

27) Etienne.D

VIH et cancer du canal anal, une prise en charge au long cours Soins 2009 ; 54 : 43-44.

28) Faye.L, Rob.GJ

Chemotherapy/chemoradiation in anal cancer: A systematic review
Cancer Treatment Reviews 2011; 37: 520-532.

29) Ferrigno R, Nakamura RA, Dos Santos Novaes PE et al.

Radiochemotherapy in the conservative treatment of anal canal carcinoma: retrospective analysis of results and radiation dose effectiveness.

Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2005 Mar 15 ; 61 :1136-1142.

30) Fesneau.M, Champeaux-Orangea.E, Hennequin.C

Cancer du canal anal

Cancer Radiother 14 Suppl 1 2010 ; 14 : 120-126.

31) Fox.PA.

Human papillomavirus and anal intraepithelial neoplasia.

Curr Opin Infect Dis 2006; 19: 62-66.

- 32) **Frisch.M.**
On the etiology of anal squamous carcinoma
Dan Med Bull. 2002; 49:194-209.
- 33) **Fuchshuber.PR, Rodriguez-Bigas.M, Weber.T et al.**
Anal canal and perianal epidermoid cancers.
J Am Coll Surg 1997 ; 185 :494-505
- 34) **Janoray.P, Faivre.J, Hillon.P et al**
Le cancer malpighien du canal anal en Côte-d'Or
Bull cancer 1985 ; 72 : 483-488.
- 35) **Klotz.R. Pamukoglu.T., Souillard.D.**
Transitional cloacogenic carcinoma of the anal canal.
Cancer. 1976; 20: 1727-1745.
- 36) **Lasser. P.**
Chirurgie de rattrapage dans le traitement des épithéliomas du canal anal.
Bull. Cancer 1993 ; 80 : 361-363.
- 37) **Lee.WS, Chun.HK, Lee.WY et al.**
Anal Canal Carcinoma: Experience from a Single Korean Institution
Yonsei Med J 2007; 48: 827 – 832.
- 38) **Mahadevan V**
The anatomy of the rectum and canal anal.
Surgery 2010 ; 29 : 15-10
- 39) **Maigon.P, Truc.G, Bosset.JP et al.**
Les cancers du canal anal.
Hépato-Gastro & Oncologie Digestive 2000 ; 7: 285-289.
- 40) **Maingon.P, Truc.G, Bosset.JF et al.**
Cancer du canal anal
Encycl Méd-Chir 2002 ; 9 : 08-104.

41) Marti.MC

Cancers de l'anus : considérations anatomo-cliniques.

Lyon chir, 1991 ; 87(1) : 49-52.

42) Marti.MC

Les cancers épidermoïdes du canal anal.

Rev Prat. Paris, 1992 ; 42 : 64-68.

43) Mc conneL.EM

Squamous carcinoma of the anus.

Brit. J. Surg. 1970.

44) Melbye.M, Rabkin.C, Frisch.M.

Changing patterns of anal cancer incidence in the United States

Am. J. Epidemiol. 1994, 139: 772-780.

45) Michaelson.RA, Magill. GB, Quan.SHQ et al.

Preoperative chemotherapy and radiation therapy in the management of anal epidermoid carcinoma.

Cancer 1983; 51: 390-395.

46) Moreau.MV, Tournier-Rangeard.L, Kaminsky.MC et al.

Chimioradiothérapie de rattrapage pour métastases médiastinales et pleuropulmonaires d'un cancer du canal anal

Cancer Radiother 2009 ; 13 : 329–332.

47) Mouannissi.K

Carcinome épidermoïde du canal anal

These Médecine Marrakesh; 2007: N°35.

48) Moyenga.IY

Contribution à l'étude des cancers du tube digestif au Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo(CHNYO) d'Ouagadougou.

Thèse médecine Ouagadougou ; 1997 : N°126.

- 49) **Myerson.RJ, Karnell.LH, Menck.HR et al.**
The national cancer data base report on carcinoma of the anus
Cancer 1997; 80: 805-815.
- 50) **Netter.F**
Atlas d'anatomie humaine
Elsevier Masson 2007 ; 4 : 398-399.
- 51) **Nyitray.A**
Anal cancer and human papillomaviruses in heterosexual men
Curr Oncol 2008 ; 15 : 204-205
- 52) **Ortholan.C, François.E, Gérard.JP**
Chimioradiothérapie des cancers du canal anal
Bull Cancer 2005 ; 92 : 1039-1047.
- 53) **Ortholan.C, François.E, Gérard.JP**
Lésions préneoplasiques et cancer du canal anal
Bull Cancer 2003 ; 5 : 405-411.
- 54) **Ortholan.C, Ramaioli.A, Peiffert.D et al.**
anal canal carcinoma: Early-stage tumors ≤ 10 mm (T1 or Tis):
Therapeutic options and original pattern of local failure after
radiotherapy.
Int J Radiat Oncol Biol. Phys 2005; 62: 479–485.
- 55) **Palillon.J, Montcarbon, JF.**
Epidermoid carcinoma of the anal canal. A series of 275 cases
Dis Col Rect 1987; 30: 324-333.
- 56) **Palillon J.**
Le cancer du canal anal : indications thérapeutiques.
Lyon Chir 1991 ; 87 : 57-60.

- 57) **Palillon.J, Montbarbon. JF**
Epidermoid carcinoma of the anal canal. A serie of 276 cases.
Dis Colon Rectum., 1987 ; 30: 324-333.
- 58) **Peiffert.D**
cancer du canal anal (épidermoïde ou basaloïde) Version 29-04-05.
- 59) **Peiffert.D**
Radiochimiothérapie du cancer épidermoïde du canal anal.
Ann Chir 2000 ; 125 : 717-25.
- 60) **Peiffert.D, Bey.P, Pernot M et al.**
Conservative treatment by irradiation of epidermoid cancer of anal canal :
prognostic factors of tumoral control and complications.
Int J Radiation Oncology Biol Phys 1997 ; 37 : 313-324.
- 61) **Quan.SHQ, Miller.EJ**
Cancers epidermides de l'anus.
Lyon chir 1991 ; 87 :53-56.
- 62) **Raiss.M, Hrora.A, Menfaa.M et al.**
Adénocarcinome des glandes anales
Ann Chir 2001 ; 126 : 452-455.
- 63) **Salmon.RJ,Pocard.M**
Traitement chirurgical du cancer du canal anal
J.Chir 1998 ; 135 :203-206.
- 64) **Sandhu.AP, Simonds.RP, Robertson.AG et al.**
Interstitial Iridium 192 implantation combined with external radiotherapy
in anal cancer: ten years' experience.
Int.J. Radiat Oncol Biol Phys 1998; 40: 575-581.

- 65) **Schlienger.M, Touboul.E,Mauban,S et al.**
Résultats du traitement de 286 cas de cancers épidermoides du canal anal
dont 236 par irradiation à visée conservatrice.
Lyon. Chir., 1991 ; 87 : 61-69.
- 66) **Schlienger. M, Touboul.E, Tiret, Krzisch. C.**
Cancer du canal anal.
E.M.C (Paris-France), Gastro entérol. 1992; 9084:10-16.
- 67) **Serra.S, Chetty.R**
Tumours of the anal canal.
Current Diagnostic Pathology 2006; 12: 136–151.
- 68) **Shia J.**
An Update on Tumors of the Anal Canal.
Arch Pathol Lab Med 2010 ; 134 : 1601–1611
- 69) **Sideris.L, Lasser.P, Elias.D et al.**
Chirurgie de ratrapage pour les carcinomes du canal anal
Bull Cancer 2004 ; 91 : 839-844.
- 70) **Soudre.SM.**
Apport de l'endoscopie au diagnostic des tumeurs malignes du tube digestif à Ouagadougou (burkinafaso) à propos de 140 cas colligés du 1999 au 30 juin 2008.
Thèse Médecine Dakar ; 2008 : N°109.
- 71) **Spano.JP, Atlan.D, et Sibony.M.**
Le cancer du canal anal.
Bull cancer 2000 ; 87 :33-46.
- 72) **Spano.JP, Carcelain.G, Katlama.C et al.**
Les nouvelles tumeurs malignes du patient infecté par le VIH : aspects cliniques et perspectives.
Bull Cancer 2006 ; 93 : 37-42

- 73) **Suduca. P.**
Tumeurs épidermoïdes malignes de l'anus. Etiopathogénie et clinique.
Ann. Gastro entérol. Hépato ; 1994 ; 4: 189-191.
- 74) **Surawics.CM, Kirby.P, Critchlow.C et al.**
Anal dysplasia in homosexual men.
Gastroenterology 1993; 105:658-666.
- 75) **Tamzaourte.M, Errabih.I, Fadlouallah.M et al.**
Tumeur du canal anal révélée par une fistule rectovaginale
J Afr Hépatol Gastroentérologie 2010 ; 4:61-64.
- 76) **Tanum.G**
Diagnosis and treatment of anal carcinoma
Acta Oncologica 1992; 31: 513-518.
- 77) **Touboul.E, Schlienger.M, Hadjrabia.S et al.**
Cancer du canal anal : place de la radiothérapie et association
chimiothérapie et radiothérapie.
Rev Med interne 1993 ; 14 :340-349.
- 78) **Tournier-Rageard.L, Peiffert.D, Lafond.C et al.**
Résultats à long terme et facteurs pronostiques des carcinomes
épidermoïdes du canal anal traités par irradiation.
Cancer Radiother 2007 ; 11 : 169–177.
- 79) **UKCCCR.**
Anal cancer trial working party: epidermoid anal cancer, 74 results from
UKCCCR randomised trial of radiotherapy alone versus radiotherapy, 5-
fluorouracil and mitomycin.
Lancet 1996 ; 348 : 1049-1054.

80) **Vatra.B, Sobhani.I, Aparicio.T et al.**

Caractéristiques cliniques, thérapeutiques et pronostiques des carcinomes épidermoïdes du canal anal chez les malades VIH positifs.

Gastroenterol Clin Biol 2000 ; 26 :150-156.

81) **Watrin. B**

Traitements des tumeurs malignes de l'anus

Acta Endoscopica 1997 ; 27 :439-441.

ANNEXES

FICHE D'EXPLOITATION

1. Etat civil :

N° Dossier

Nom

Prénom

Age

Sexe

2. Antécédents :

- Hémorroïdes
- Constipation
- Fissure
- Fistule
- Abcès
- Hématurie

3. Facteurs de risque :

- VIH
- HPV
- Homosexualité
- Diabète
- Tabac
- Alcool

4. Clinique :

- Délai d'évolution (mois)
- Les circonstances de découverte
 - Découverte fortuite
 - Syndrome rectal
 - Douleurs anales
 - Gêne ano-périnéale
 - Ecoulement purulent
 - Adénopathie
 - Tuméfaction anale
 - Fistule
 - Hémorroïde
 - Prurit anal
 - Incontinence anale
 - Troubles urinaires
 - Perte de poids
 - Fièvre
- Troubles du transit : *Constipation
 *Diarrhée
 *Alternance diarrhée/constipation
- Complications

- Signes cliniques :
 - * Anémie clinique
 - * Hépatomégalie
 - * Splénomégalie
 - * Adénopathie sus claviculaire
 - * Adénopathie inguinale
- Toucher rectal :
 - + Taille
 - + Atteinte circonférentielle
 - + Hauteur

5. Paraclinique :

5.1 Endoscopie :

- l'aspect macroscopique :
 - * ulcéro-bourgeonnant
 - * bourgeonnant
 - * ulcère
 - * nécrosant
- La taille tumorale

5.2 Anatomie pathologie :

- Type histologique confirmé ?
- Différenciation : 1=bien, 2=moyen, 3=peu, 4=non précisé

6. Classification : à partir de la classification TNM

La taille : Tx : tumeur primitive ne peut être évaluée

T1 : T< 2 cm

T2 : 2 cm <T<5 cm

T3 : T > 5cm

T4 : tumeur de n'importe quelle dimension envahissant les organes de voisinage

ADP : Nx : adénopathie régionale ne peuvent être évalués

N0 : pas d'envahissement ganglionnaire

N1 : adénopathie régionale métastatique per-rectale

N2 : adénopathie unilatérale iliaque interne et / ou inguinale

N3 : envahissement des ganglions iliaques inguinaux péri- rectaux et /ou inguinaux bilatéraux

Métastase : Mx renseignements insuffisants

M0 : pas de métastase

M1 : présence de métastase

7. Bilan d'extension :

Radiographie du thorax : 1 = non fait, 2= fait

Echographie abdominopelvienne : 1= non fait, 2= fait

TDM abdominopelvienne : 1= non fait 2= fait

IRM du pelvis : 1=non fait, 2=fait

8. Traitement :

8.1-Chirurgie : 1=oui 2=non 3=np

- Type de chirurgie :

- *Amputation abdomino-périnéale
- * Exérèse locale
- *Curage ganglionnaire inguinal
- * Laparotomie simple
- * Colostomie de décharge définitive

- Complications chirurgicales : 1=oui 2=non 3=np

- Types de complication : 1=Péritonites 2=Occlusions
3=hémorragie 4= infection
5= non précise

- Traitement de complication : 1= oui 2=non précisé

8.2- Chimiothérapie : 1=oui 2=non

- Type de chimio : 1=adjuvante 2=neoadjuvante 3=Exclusive
- Protocole L1 : *LV5FU2 *FOLFOX *

Capécitabine

* FUFOX * FOLFIRI

- Réponse protocole L1 : *complète *progression
 *partielle *stagnation

- Complications chimiothérapie : 1=oui 2= non 3=np

- Type de complication : *vomissements * diarrhée
 * mucite * alopecie
 * anémie *

thrombopénie

*neutropénie * IRA
* infection * neuropathie

- Traitement de complication chimio :

*bain de bouche *Antiémétique
*transfusion *anti diarrhéique et

réhydratation

*antibiotique

8.3- Radiothérapie : 1=oui 2=non

- Objectif :

*curative * palliative

- type :

*adjuvante *néoadjuvante *exclusive *concomitante

*np

- Dose radiothérapie : en Gray

- Fractionnement : *classique *hypo fractionné

- Etalement :*début *fin

- Réponse radiothérapie :

*complète *progression
* partielle *stagnation *np

- Complications radio : *oui *non * np

- Type de complication radiothérapie : *diarrhée

*radiodermite

*cystite * douleur
*rectorragies
*fibrose pelvienne
*ulcération nécrotique
*incontinence
*fissure anale
*nécrose prostatique

- Traitement complication radiothérapie :

+anti diarrhéique +soins locaux
+antalgique
+radiothérapie +antibiothérapie

+abstention

9. Récidive : *oui *non *np

- Délai récidive par rapport au traitement : en mois

- Siège récidive :

- Traitement récidive :

+Chirurgie +Radiothérapie +Chimiothérapie +RTE+CT
+ Abstention +np

- Réponse traitement récidive :

*complète *progression *partielle *stagnation *non

précisé

10. Métastases métachrones : +oui +non +non précisé

- Délai métastases : en mois

- Siège métastases : *foie *poumon *ganglionnaires

- Traitement métastases :

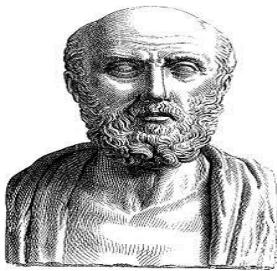
*Chirurgie *Chimiothérapie *Radiothérapie *abstention *non
précisé

- Réponse traitement métastases :

*complète *progression *partielle *stagnation *non précisé
3=stagnation

11. Suivi : +vivant +perdu de vue +Décédés

- Délai suivi : -date de première consultation
-date de dernière consultation



SERMENT D'HYPOCRATE

« En présence des maîtres de cette école et de mes chers condisciples, je jure et je promets d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres, je donnerai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.»

PERMIS D'IMPRIMER

Vu :

Le Président du Jury

Vu :

Le Doyen

Vu et permis d'imprimer

Pour le recteur, Président de l'Assemblée d'Université Cheikh Anta Diop de
Dakar et par délégation

Le Doyen

RESUME :

Objectif : L'objectif de notre étude était de déterminer les aspects diagnostiques et thérapeutiques du carcinome épidermoïde du canal anal au service de cancérologie de l'Hôpital Aristide le Dantec.

Méthodes : C'est une étude rétrospective descriptive réalisée pendant 15 ans du premier janvier 2001 au 31 décembre 2015.

Résultats : 28 patients ont été hospitalisés durant la période d'étude pour un carcinome épidermoïde du canal anal dont 15 hommes (53,6%) et 13 femmes (46,4%), le sexe ratio était en faveur des hommes (1,15). L'âge moyen était 52ans \pm 12,2. Les rectorragies étaient le signe révélateur le plus fréquent (71,4%), suivi des douleurs anales (53,6%), puis le syndrome rectal (46,4%). L'aspect macroscopique bourgeonnant était le plus souvent trouvé (53,6%), suivi de l'aspect ulcéro-bourgeonnant (28,6%), puis ulcéré (10,7%) et nécrosant (3,6%). Les stades IIIA et IV avec respectivement 14,3% et 17,9%. Le traitement a consisté en une radiothérapie chez 23 cas, 11 patients ont bénéficié des cures de chimiothérapie, L'amputation abdominopérinéale a été faite chez 10 patients tandis qu'une exérèse locale a été réalisée chez un seul patient. L'évolution était favorable dans 2 cas, un cas de récidive et 8 cas de métastases ont été notés, apparue dans un délai d'environ 12 mois et traité par une chimiothérapie palliative. La durée moyenne de suivi de nos patients était de 11mois avec un minimum d'un mois et un maximum de 48mois.

Conclusion : La latence clinique du carcinome épidermoïde du canal anal et le manque de spécificité de ses manifestations cliniques emmènent à faire un diagnostic souvent tardif, d'où la nécessité d'un dépistage par un toucher rectal au moindre signe local. Son traitement est conservateur dans plus de 75 % des cas par radiothérapie externe et curiethérapie interstitielle. Les associations de radiothérapie et la chimiothérapie ont fait la preuve de leur efficacité.

Mots clés : Carcinome épidermoïde, canal anal, papillomavirus, radiothérapie, radio-chimiothérapie.