

ARTICLE ORIGINAL

CARCINOME EPIDERMOÏDE DU CANAL ANAL A L'INSTITUT JOLIOT CURIE DE DAKAR**SQUAMOUS CELL CARCINOMA OF THE ANAL CANAL AT THE JOLIOT CURIE INSTITUTE IN DAKAR**

DIENG MM, KA S, THIAM J, BA MB, GAYE PM, DIOUF D, FALL MCG, KASSÉ AA, DIOP M, DEM A

Auteur correspondant : Mamadou Moustapha DIENG

Mobile + 221 77 638 10 43 Email: mamadou77050@yahoo.fr / moustaphamamadou@gmail.com

Institut Joliot Curie BP: 6492 DAKAR - ETOILE SENEGAL

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 ±12,2. Les rectorragies étaient le signe révélateur le plus fréquent (71,4%), L'aspect macroscopique bourgeonnant était le plus souvent trouvé (53,6 Les stades III A 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. L'évolution était favorable dans 2 cas, un cas de récurrence et 8 cas de métastases ont été notés, avec un délai d'environ 12 mois.. La durée moyenne de suivi de nos patients était de 11mois avec un minimum d'un mois et un maximum de 48 mois. **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. Son traitement est conservateur dans plus de 75 % des cas par radiothérapie externe et curiethérapie interstitielle.

Mots clés : Carcinome épidermoïde, canal anal, radio- chimiothérapie ; chirurgie

SUMMARY

Objective: The objective of our study was to determine the diagnostic and therapeutic aspects of squamous cell carcinoma of the anal canal in Joliot Curie Institute Aristide le Dantec Hospital. **Methods:** This is a descriptive retrospective study carried out for 15 years from January 1st, 2001 to December 31st, 2015. **Results:** 28 patients were hospitalized during the study period for squamous cell carcinoma of the anal canal, of which 15 men (53.6%) and 13 women (46.4%), the sex ratio was in favor of men (1, 15). The average age was 52 ± 12.2. Rectorrhagies were the most common sign (71.4%), while the macroscopic budding appearance was most often found (53.6), stages III A and IV with 14.3% and 17.9%, respectively. radiotherapy in 23 cases, 11 patients were treated with chemotherapy, abdominoperineal amputation was performed in 10 patients, the outcome was favorable in 2 cases, one case of recurrence and 8 cases of metastases were noted, with approximately 12 months.. The average duration of follow-up of our patients was 11 months with a minimum of one month and a maximum of 48 months. **Conclusion:** The clinical latency of squamous cell carcinoma of the anal canal and the lack of specificity of its clinical manifestations lead to a diagnosis often late. Its treatment is conservative in more than 75% of cases by external radiotherapy and interstitial brachytherapy. **Keywords:** squamous cell carcinoma, anal canal, surgery, radio chemotherapy.

INTRODUCTION

Le cancer du canal anal est une tumeur rare qui représente 1,2 % des cancers digestifs et 6% des cancers anorectaux [1]. Leur incidence est en augmentation au cours des dernières décennies [1,2]. Le carcinome épidermoïde du canal anal est le type histologique le plus fréquent et représente 95 % des cas de cancers du canal anal. La chirurgie, antérieurement proposée en première intention en cas de carcinome épidermoïde de l'anus, a été abandonnée au profit d'un traitement conservateur. Ainsi La radiochimiothérapie est devenue le standard thérapeutique des tumeurs du canal anal [3,4].

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.

Patients et Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive réalisée à l'institut Joliot Curie de Dakar du premier janvier 2001 au 31 décembre 2015. Nous avons inclus tous les patients un carcinome épidermoïde de l'anus. L'âge n'a pas été un critère d'inclusion ou d'exclusion. Nous avons exclu les patients avec adénocarcinome du canal anal ; adénocarcinome du rectum envahissant le canal anal ; sarcome du canal anal ; mélanomes du canal anal ; adénome villositéux du canal anal ; carcinome épidermoïde de la marge anale ; polype bénin, et les cas discordants : Carcinome épidermoïde dont le pôle inférieur à 8cm de la marge anale et Carcinome épidermoïde du rectum avec infiltration de cellules en bague à chaton.

RESULTATS

1- Aspects épidémiologiques

Nous avons colligé 28 patients ayant eu un carcinome épidermoïde de l'anus. L'âge moyen des patients était de 52 ans \pm 12,2 avec des extrêmes de 27 ans et 77 ans. 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 (Figure I). Cinquante trois pour cent étaient de sexe masculin (n=15) et 46,4%, de sexe féminin (n=13) soit un sexe ratio de 1,15. Trente deux pour cent des cas avaient des antécédents de constipation chronique (n=9). Un passé hémorroïdaire était retrouvé dans 28,6% des cas (n=8). Une hématurie était constatée dans 7,1 % des cas (n=2). Les habitudes toxiques à type de tabagisme chronique étaient retrouvées dans 17,9% des

cas (n=5), 10,7% avaient une sérologie rétrovirale positive (n=3) un cas de diabète a été chez 1 patient soit 3,6%. Nous n'avons pas trouvé une notion d'homosexualité ni d'autres Maladies Sexuellement Transmissibles.

2- Aspects diagnostiques

La DESC moyenne était de 12,25 mois, avec des extrêmes de 3 mois et 108 mois. Les signes peuvent être isolés ou associés. Les rectorragies étaient retrouvées dans 71,4% des cas (n=20), les douleurs anales dans 53,6% (n= 15). La taille tumorale a été déterminée dans 50% des cas (n=14). Elle est en moyenne de 4,2 cm avec des extrêmes entre 2 et 7 cm. La tumeur était circonférentielle dans 57,1% des cas (n=8), et sténosante dans 35,7% (n=5).

Le taux moyen d'HB était de 10.79 \pm 1.87 avec des extrêmes de 8 et 13,2. L'Aspect macroscopique : Bourgeonnant dans 53,6% des cas (n=15) ; Ulcéro-bourgeonnant dans 28,6% cas (n=8); Ulcéré dans 10,7% cas (n=3) ; Nécrosant dans 3,6% des cas (n=1) s. Le diagnostic histologique du carcinome épidermoïde a été confirmé dans tous les cas. La figure 2 résume le degré de différenciation cellulaire. 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 abdomino-pelvienne a été pratiquée chez 13 patients et n'a pas montré d'anomalies ; Une TDM thoraco abdomino-pelvienne, effectuée chez 18 malades et une IRM effectuée pour 3 patients. Deux malades ont bénéficié d'un dosage sérique de l'ACE et CA19 9 qui ont été normaux. La classification TNM avait été précisée chez 50% de nos patients (n=14) avec stade IV (17.9%) et suivi du stade IIIA (14.3%) (Tableau I)

3- Aspects thérapeutiques

Soixante pour cent avaient bénéficié d'une chirurgie (n=17). Un cas d'hémorragie par la stomie et a été traitée par une reprise pour hémostase. Trente neuf pour cent des cas (n=11) avaient reçu des cures de chimiothérapie (tableau III). Les indications étaient curatives dans 36.4% (n=4) et palliatives dans 63.6% (n=7) Les protocoles reçus étaient : 5FU+ Cis platine dans 72,7% des cas (n=8); Carbo platine + Taxol dans 9,1 % des cas (n=1); Capécitabine dans 18.1% cas (n=2). La réponse à la chimiothérapie était : Partielle chez deux patients ; Stationnaire chez un seul patient ; et non évaluée chez 8 patients. La tolérance au traite-

ment a été marquée: Déshydratation ; Vomissements ; Diarrhée ; Mucite ; Alopécie, Thrombopénie, Neutropénie; Neuropathie tous dans un seul cas et l'anémie dans 2 cas ; Ces signes peuvent être isolés ou associés. La radiothérapie externe a été administrée dans 82,1% des patients (n=23) le tableau II précise les types de traitement La réponse à la radiothérapie était complète dans 21,7% (n=5) ; partielle dans 47,8 % (n=11), stable dans 8,7 % (n=2) progression dans 8,7 % (n=2) et non évaluée dans 13 % (n=3). Les complications précoces sont les complications tardives sont la fibrose pelvienne dans 5,9% (n=1) et une ulcération nécrotique inter fessière dans 17,6 % des cas (n=3)

4- Aspects évolutifs

Un cas de récurrence a été retrouvé dans notre série. Le traitement de ce patient n'a pas été précisé. Des métastases ont été retrouvées dans 32,1% des cas (n=9) dont six synchrones et trois métachrones. Le délai moyen de suivi était 11 mois \pm 10,5. 10 patients soit 35,7% ont été suivis pendant une durée inférieure à 6 mois, 32,1% cas (n=9) soit pour une période allant de 6 mois à 1an, 32,1% des cas (n=9) ont été suivis pendant une durée supérieure à 1 an. Trois patients étaient vivants sans maladie évolutive, 82,14 % des malades (n=23) 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 étaient au nombre de 13 : deux patients dans le service et 11 patients perdus de vue avec maladie évolutive. La survie globale et la survie selon les facteurs pronostiques n'a pas été appréciable au vu du nombre des perdus de vue.

DISCUSSION

1-Aspects épidémiologiques

Les cancers du canal anal sont rares représentant que 1 à 2% des cancers colorectaux et 3 à 6% des lésions malignes de l'anus et du rectum Nous avons mis en évidence une augmentation de l'incidence du cancer du canal anal au cours des 30 dernières années [5]. A l'Institut Curie à Dakar, il représente 0,16 % des cancers du tube digestif. L'âge moyen du diagnostic est compris entre 50 et 58 ans dans les séries africaines [6,7] et est en moyenne de 70 ans dans les séries occidentales. Une légère prédominance masculine est notée. En effet 53,6% étaient de sexe masculin et 46,4% de sexe féminin avec un sexe ratio de 1,15. Dans les séries afri-

caines, tout comme dans la nôtre, la prédominance masculine est nette mais faible [6,8] avec un sexe ratio de 1,22 à 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. Le carcinome épidermoïde du canal anal est souvent précédé de lésions proctologiques bénignes, surtout chroniques, qui peuvent être considérées comme des lésions prédisposantes. Les antécédents d'hémorroïdes et de constipation chronique ont été retrouvés mais nous n'avons pas pu documenter les infections à Papilloma Virus ou à HIV chez tous les patients ni les rapports sexuels anaux qui semblent être les principaux facteurs de risque de carcinome épidermoïde de l'anus [9].

2- Aspects diagnostiques

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 diagnostique s'explique aussi par le fait que les symptômes initiaux sont identiques à ceux de lésions bénignes. Ce retard est signalé par plusieurs auteurs [10,11]. La faible disponibilité et la faible accessibilité des examens endoscopiques utiles au diagnostic peuvent expliquer ces délais diagnostiques longs.

Les rectorragies sont le symptôme le plus fréquent dans notre étude comme dans toutes les séries. La découverte fortuite d'une authentique lésion maligne sur une pièce d'hémorroïdectomie n'est pas rare [12,13]. L'aspect ulcéro-bourgeonnant est prédominant [6,8]. Les carcinomes épidermoïdes dominent les néoplasies du canal anal. Ils constituent 60 à 90 % des cancers du canal anal toutes séries confondues. Les métastases viscérales restent assez rares 8 à 12 % [14, 15,16]. Cependant l'atteinte ganglionnaire est possible même dans les stades T1 et T2. En effet nous avons observé 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.

3- Aspects thérapeutiques

L'amputation abdomino-périnéale avec évidemment ganglionnaire inguino-iliaque 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 [9].

La chirurgie 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 [17]. Actuellement, la chirurgie garde une place importante de façon programmée dans les tumeurs évoluées [12], et dans le rattrapage des tumeurs résiduelles ou récidivantes ou dans le traitement des séquelles graves de la radiothérapie [18]. Nous avons réalisé 10 amputations abdomino-périnéales à visée curative dont une seule a un stade précoce. Les autres étaient secondaires à une irradiation néoadjuvante et en l'absence de curiethérapie et pour éviter des séquelles douloureuses périnéales ; la chirurgie était une option moins morbide. 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 [19]. 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 [3,20]. La radiothérapie a été prescrite et délivrée à 80 % de nos patients. Elle était surtout curative et a permis d'avoir des réponses objectives dans 80% des ca avec une tolérance immédiate dominée par la diarrhée et les troubles cutanés. Une

seule complication cutanée chronique de grade 3 a été retrouvée.

L'association 5Fluorouracil-Cisplatine est un protocole efficace dans les métastases des carcinomes épidermoïdes du canal anal [21,22] et permet une rémission stable.

4- Aspects évolutifs

Dans notre série, un patient a eu une récurrence environ 12 mois après un traitement par radiothérapie néoadjuvante, la réponse était partielle. Ce patient avait refusé de subir une AAP et il a opté pour une exérèse locale hors institut. Il y a une diminution du taux de récurrences locales à la suite d'une association radiochimiothérapie pour les tumeurs de grande taille ou localement avancées [23]. Dans notre étude, on a observé 9 cas d'envahissement métastatique, dont 3 métachrones et 6 synchrones. La durée moyenne de suivi était 11mois. La majorité de nos patients ne consulte plus à la fin du traitement. Les données évolutives sont manquantes. Ainsi 10 patients ont été suivis pendant une durée inférieure à 6 mois, 9 cas pour une période allant de 6 mois à 1an, 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%. La radiothérapie est une indication de choix des formes rencontrées

REFERENCES

- 1) **Fesneau.M, Champeaux-Orangea.E, Hennequin C.** Cancer du canal anal. *Cancer Radiother* 14 Suppl 1 2010 ; 14 : 120-126.
- 2) **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
- 3) **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.
- 4) **Peiffert D** Radiochimiothérapie du cancer épidermoïde du canal anal. *Ann Chir* 2000 ; 125 : 717-25
- 5) **Dieng M.M ; Diallo-Owono FK, Ka S et coll** Aspects épidémiologiques cliniques thérapeutiques et évolutifs du cancer de l'anus à l'Institut du cancer de Dakar Au Sénégal. *Revue de Chirurgie, d'Afrique Centrale* Volume 1(3) : 47-52
- 6) **Benkhait.R, Rabbani.K, Nasrollah.N. et al.** Les cancers digestifs dans la région de Marrakech. *J Afr cancer* 2010 ; 2 : 160-165.
- 7) **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.
- 8) **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.
- 9) **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
- 10) **Fuchshuber PR, Rodriguez-Bigas M, Weber T et al.** Anal canal and perianal epidermoid cancers. *J Am Coll Surg* 1997 ; 185 :494-505
- 11) **Tanum G.** Diagnosis and treatment of anal carcinoma. *Acta Oncologica* 1992; 31: 513-518.
- 12) **Maingon.P, Truc G, Bosset JF et al.** Cancer du canal anal. *Encycl Méd-Chir* 2002 ; 9 : 08-104.
- 13) **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.
- 14) **Palillon J, Montcarbon JF.** Epidermoid carcinoma of the anal canal. A series of 275 cases. *Dis Col Rect* 1987; 30: 324-333
- 15) **Schlienger M, Touboul E, Tiret, Krzisch C.** Cancer du canal anal. E.M.C (Paris-France), *Gastro entérol.* 1992; 9084:10-16.
- 16) **Janoray P, Faivre J, Hillon P et al** Le cancer malpighien du canal anal en Côte-d'Or. *Bull cancer* 1985 ; 72 : 483-488.
- 17) **Salmon RJ, Pocard M.** Traitement chirurgical du cancer du canal anal. *J.Chir* 1998 ; 135 :203-206
- 18) **Lasser. P.** Chirurgie de rattrapage dans le traitement des épithéliomas du canal anal. *Bull. Cancer* 1993 ; 80 : 361-363.
- 19) **Tournier-Rangeard 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.
- 20) **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.
- 21) **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.
- 22) **Shia J.** An Update on Tumors of the Anal Canal. *Arch Pathol Lab Med* 2010; 134: 1601-1611
- 23) **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.

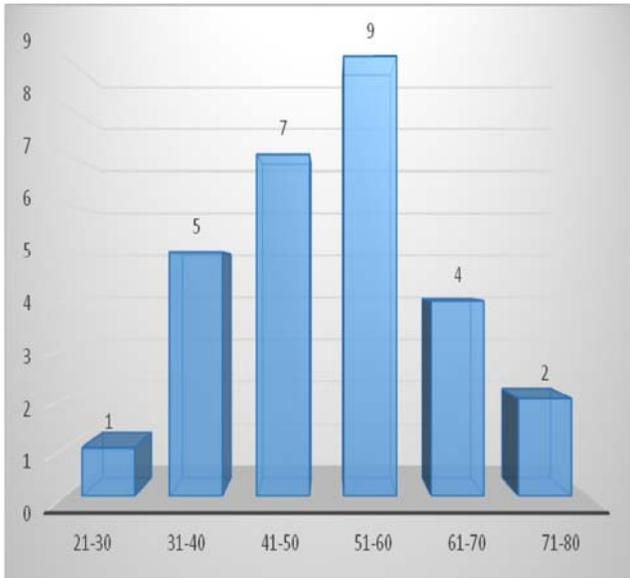


Figure 1 : Répartition des patients par tranche d'âge de 10 ans

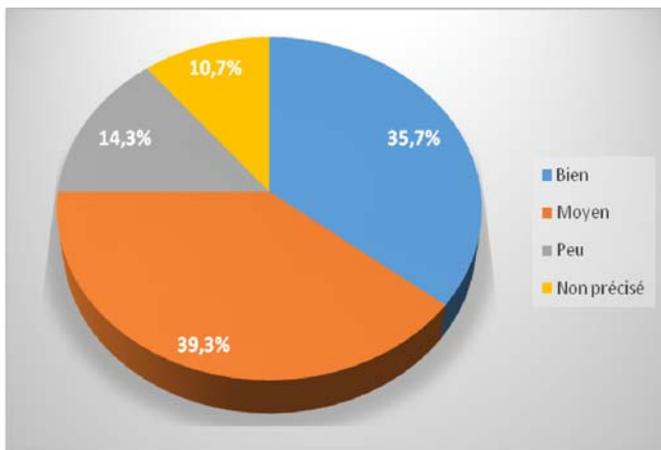


Figure 2 : Différentiation cellulaire

Tableau I : Classification selon les stades

Stade	Nombre	Pourcentage
I	1	3,6
II	2	7,1
IIIA	4	14,3
IIIB	2	7,1
IV	5	17,9
Non classés	14	50

Tableau II : 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
Traitement symptomatique		
	3	10,7