
LE CANCER DE L'ANUS

QU'APPELLE-T-ON CANCER DE L'ANUS ?

Il s'agit d'un cancer né dans le canal anal. Le cancer de l'anus ne doit pas être confondu avec le cancer du rectum. Les symptômes sont très voisins mais le traitement est très différent. Le canal anal est revêtu successivement par 3 types d'épithélium, ce qui explique qu'il existe différents types de cancers de l'anus du point de vue microscopique. Le cancer le plus fréquent est appelé cancer épidermoïde du canal anal. Le type exact de cancer de l'anus n'influe généralement pas sur le traitement.

S'AGIT-T-IL D'UN CANCER FREQUENT ?

Il s'agit d'un cancer beaucoup plus rare que le cancer du rectum. Le cancer épidermoïde du canal anal représente 3 p100 des tumeurs anorectales malignes. Il survient 1 cas par an pour 100 000 femmes et 1 cas tous les 3 ans pour 100 000 hommes. Le cancer apparaît surtout à partir de la 6ème décennie.

QUELS SONT LES SYMPTOMES QUI DOIVENT ALARMER ?

Les symptômes sont malheureusement très peu caractéristiques. Dans 1/3 des cas il s'agit de petits saignements, avec du sang sur le papier ou des sécrétions séro-sanglantes tachant les sous-vêtements. Les douleurs sont peu intenses : lourdeurs, démangeaisons. Des troubles du transit peuvent survenir, souvent constipation suivie par un épisode diarrhéique. Plusieurs de ces symptômes peuvent s'associer. Les symptômes peuvent varier d'un jour à l'autre mais sont chroniques et ont tendance à s'aggraver. De tels symptômes sont le plus souvent attribués à des hémorroïdes par les sujets qui les présentent et la consultation auprès du médecin est souvent tardive, après une automédication par des pommades anti-hémorroïdaires dans de nombreux cas. Le patient a pu également recevoir un traitement "pour hémorroïdes" de la part de son médecin, sans qu'un examen ait été pratiqué.

COMMENT LE DIAGNOSTIC EST-IL FAIT?

Il est fait par l'examen visuel de l'anus mais le cancer peut revêtir plusieurs formes de diagnostic plus ou moins facile. Le médecin examine l'anus, fait un toucher rectal et pratique une anoscopie avec un petit spéculum pour voir la partie interne du canal anal. Le cancer peut apparaître comme un bourgeonnement externe, plus ou moins ulcéré (photo 1).



Photo 1 : Cancer bourgeonnant

Il ne peut être visible qu'à l'anuscopie dans le canal anal mais le plus souvent le déplissement de l'anus permet de voir la lésion. Certains cas ressemblent à une fissure de l'anus. Des lésions peuvent être petites mais doivent attirer l'attention par leur caractère induré à la palpation. En effet, l'induration est une caractéristique commune à toutes ces lésions et doit faire évoquer le diagnostic de cancer (photos 2 et 3).



Photo 2 : Cancer ulcéré à bord induré



Photo 3 : Cancer ulcéré

Le diagnostic doit impérativement être confirmé par une biopsie. Une anesthésie locale rend le geste indolore.

DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES SONT-ILS NECESSAIRES ?

Le cancer du canal anal est une maladie loco-régionale ce qui veut dire que les métastases à distance sont rares au moment du diagnostic initial.

Le bilan repose tout d'abord sur l'examen clinique qui, outre la détermination de la taille de la lésion, de l'importance de l'envahissement en circonférence, va permettre de rechercher des ganglions dans les aines ou une fistule entre le rectum et le vagin. L'examen le plus utile est l'échographie endo-anale qui permet notamment d'évaluer l'importance de l'atteinte des sphincters de l'anus.

D'autres examens peuvent être faits dans certains cas particuliers : scanner du pelvis, examen par résonance magnétique nucléaire.

Au terme de ces examens, la tumeur est classée selon la classification TNM où T représente l'extension de la tumeur, N l'existence de ganglions, M l'existence de métastases.

QUELLES SONT LES METHODES DE TRAITEMENT DU CANCER ANAL ?

Deux buts sont recherchés pour le traitement :

- guérir ces patient(e)s
- sauvegarder la fonction sphinctérienne.

A la différence des cancers du bas rectum qui nécessitent un traitement chirurgical enlevant l'anus et donc suppriment la fonction sphinctérienne, le fait que le cancer du canal anal soit sensible à la radiothérapie et à la chimiothérapie permet de guérir de nombreux malades en conservant la fonction sphinctérienne.

L'irradiation est le traitement de référence.

Elle est utilisée initialement chez quasiment tous les patients. Elle débute par une irradiation externe du pelvis qui dure environ 4 semaines à raison de 4 à 5 jours de traitement par semaine. Il est réalisé ensuite un complément d'irradiation sur le canal anal soit par radiothérapie externe, soit par curiethérapie. Cette curiethérapie consiste à mettre en place un dispositif d'irradiation dans l'anus au cours d'une anesthésie générale. L'irradiation est faite pendant une courte hospitalisation.

L'irradiation entraîne des complications quasi constantes. Dans 1 cas sur 2, ces complications sont peu gênantes : brûlures anales, saignements épisodiques. Dans 1/3 des cas, les complications sont plus gênantes : sténose fibreuse de l'anus, troubles de la continence aux gaz. Dans 10% des cas environ, les complications sont graves et nécessitent quelquefois un geste chirurgical : incontinence totale, sténose serrée de l'anus, nécrose anale très douloureuse, fistule recto-vaginale. Ce sont les tumeurs initialement volumineuses qui exposent le plus aux complications.

La chimiothérapie est fréquemment associée à l'irradiation si la tumeur est volumineuse. Elle augmente la toxicité mais améliore le taux de conservation sphinctérienne et la survie dans les grosses tumeurs.

La chirurgie

L'amputation de l'anus est réservée en cas d'échec du traitement radio-chimiothérapique. La cicatrisation du périnée est toujours longue, avec des douleurs pénibles.

QUELS SONT LES CHOIX DES TRAITEMENTS ?

Les traitements sont déterminés par le bilan d'extension des tumeurs. En cas de tumeurs inférieures à 5 cm (T1-T2), il est réalisé soit une radiothérapie isolée, soit une radiochimiothérapie.

Pour les tumeurs plus grosses (T3-T4) une radiochimiothérapie est de règle. La chirurgie est réservée aux tumeurs non stérilisées par la radiochimiothérapie, ou aux femmes déjà irradiées au niveau du pelvis. Une amputation abdomino-périnéale peut également être nécessaire en cas de troubles trophiques graves.

QUELLE EST LA SURVEILLANCE APRES LE TRAITEMENT ?

Elle est souvent assurée en alternance par le clinicien et par le radiothérapeute. Elle est souvent délicate car les tissus ont été remaniés par l'irradiation et sont souvent devenus scléreux.

L'anus est examiné avec toucher rectal et anoscopie. Les biopsies de contrôle doivent être faites avec prudence en raison du risque de nécrose. L'échographie endo-anale est très utile, surtout pour voir la progression d'une anomalie et guider une ponction biopsie. On réalise également des échographies hépatiques et des clichés thoraciques, surtout dans les 3 premières années, période au cours de laquelle surviennent 80 % des récidives et des

métastases.

QUELS SONT LES RESULTATS DU TRAITEMENT ?

Ils dépendent évidemment du stade initial de la tumeur, et malheureusement ce stade est souvent élevé.

La conservation de l'anus est possible dans environ les trois-quart des cas. Dans les petites tumeurs (T1), la guérison est obtenue dans 85 à 90 % des cas à 5 ans. Par contre, la survie n'est que de 20 à 40 % pour les tumeurs T3-T4.

Après radiothérapie et chimiothérapie, il existe des récurrences dans 20 % des cas avec un succès de la chirurgie secondaire dans 1 cas sur 2.

Mise à jour : décembre 2008