



Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



Mise au point

## Recommandations pour la prise en charge des cancers du canal anal



### *Recommendations for the management of cancers of the anal canal*

D. Peiffert

Département de radiothérapie, institut de cancérologie de Lorraine Alexis-Vautrin, 6, avenue de Bourgogne, CS 30519, 54500 Vandœuvre-lès-Nancy, France

#### INFO ARTICLE

**Mots clés :**  
Canal anal  
RCMI

**Keywords:**  
Anal canal  
IMRT

#### RÉSUMÉ

Les cancers du canal restent rares mais leur prise en charge a évolué ces dernières années. La diffusion de l'utilisation de la TEP-scanographie dans le bilan d'extension initial ou lors des récides est établie. Le développement des techniques de radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité a permis d'adapter l'irradiation pelvipérinéale et inguinale avec une meilleure homogénéité en épargnant certaines structures pelviennes, et ainsi réduire les effets aigus et tardifs. Néanmoins, la conversion de la pratique tridimensionnelle en radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité nécessite une attention spécifique, en particulier pour la région périnéale, localisation de récides et complications. Enfin, de nouveaux protocoles de chimiothérapie font leur apparition en situation métastatique.

© 2015 Société française de radiothérapie oncologique (SFRO). Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

#### ABSTRACT

Anal canal carcinomas remain rare, but their management has improved recently. The PET-CT is now used as a standard at the first diagnosis and after relapses. The introduction of intensity-modulated irradiation techniques makes it possible to better conform the pelvipereineal and inguinal volumes, improving the homogeneity of the irradiation while sparing some pelvic structures, thus reducing acute and late effects. Nevertheless, the conversion from 3D to intensity-modulated radiotherapy needs a specific and careful approach, mainly for the management of the perineal region, where relapses and complications occur. Last but not least, new chemotherapy associations are studied for metastatic disease.

© 2015 Société française de radiothérapie oncologique (SFRO). Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

### 1. Introduction

Les cancers épidermoïdes du canal anal sont rares, représentent 95 % des cancers de l'anus, mais leur incidence augmente. La prise en charge à visée curative s'améliore afin d'augmenter le taux de contrôle local et réduire les séquelles, mais également pour traiter les tumeurs localement évoluées, métastatiques ou récidivantes.

Les avancées significatives ces dernières années concernent l'épidémiologie, le bilan d'extension, les techniques de radiothérapie et curiethérapie et la chimiothérapie.

La surveillance des patients, le plus souvent guéris, oriente vers l'évaluation des séquelles et le dépistage des récides oligométastatiques curables.

Nous présentons ces améliorations récentes depuis 2010 issues de la littérature [1].

### 2. Épidémiologie et dépistage

Le lien entre infection par les papillomavirus humains (HPV) 16 ou 18 et cancers de l'anus est établi, passant par une phase de néoplasie intraépithéliale (AIN) 3 [2,3]. L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou les traitements immuno-suppresseurs sont des facteurs aggravants, au même titre que le tabagisme [4,5].

L'incidence passe de 1 pour 100 000 à 35 pour 100 000 pour les hommes homosexuels et 100 pour 100 000 en cas d'infection par le VIH. Il n'y a pas de programmes de dépistage ni de vaccination recommandés en France [6]. La connaissance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine est surtout utile

Adresse e-mail : [d.peiffert@nancy.unicancer.fr](mailto:d.peiffert@nancy.unicancer.fr)

<http://dx.doi.org/10.1016/j.canrad.2015.06.005>

1278-3218/© 2015 Société française de radiothérapie oncologique (SFRO). Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

pour rechercher une immunodéficience clinique ou biologique qui nécessiterait d'adapter le traitement vers une désescalade thérapeutique [7].

### 3. Diagnostic positif et bilan d'extension

#### 3.1. Examen clinique

L'examen clinique avec biopsies reste un élément majeur du diagnostic et de la description de l'extension locale, anale, rectale et/ou cutanée.

#### 3.2. IRM

L'IRM permet la meilleure description de l'extension en profondeur dans la fosse ischiorectale et l'appareil sphinctérien. L'extension en profondeur dans la fosse ischiorectale est utile à la détermination des volumes cibles de la radiothérapie externe et la curiethérapie.

Les rapports avec le sphincter et les muscles releveurs de l'anus sont utiles pour les petites tumeurs situées sur la marge anale, parfois accessibles à une exérèse chirurgicale large.

Pour les tumeurs volumineuses, les rapports avec le vagin ou la prostate et le bulbe pénien sont précisés.

#### 3.3. TEP-scanographie

La TEP scanographie au (<sup>18</sup>F)-fluorodésoxyglucose (FDG) est aujourd'hui considérée utile et recommandée pour le bilan d'extension de toutes tumeurs étendues au-delà de celles classées T1 N0 M0 pour lesquelles elle reste optionnelle [8–10]. Elle n'apporte pas d'information utile dans le bilan local et dans la détermination des volumes cibles macroscopiques, la scanographie diagnostique ou l'IRM fusionnée en coupes axiales étant préférables. Son intérêt porte sur une meilleure détermination d'adénopathies de petite taille autour de 1 cm, à la limite de la signification sur l'IRM ou la scanographie, ou lors d'extensions ganglionnaires inhabituelles. Il permet également le diagnostic des adénopathies extra-pelviennes ou des métastases parenchymateuses à rechercher en particulier en cas d'une évolution ganglionnaire pelvienne.

#### 3.4. Marqueurs tumoraux

Le dosage de SCC (*squamous-cell carcinoma*) reste optionnel.

### 4. Délimitation

Les recommandations concernant la délimitation sont décrites dans le référentiel Recorad actuellement en cours de publication. Elles reposent sur les trois référentiels actuellement disponibles, et une version actualisée du référentiel Siriade, via les sites Internet de ces groupes : Radiation Therapy Oncology Group (RTOG), Siriade avec le concours de la Société française de radiothérapie oncologique (SFRO), la Société française des jeunes radiothérapeutes oncologues (SFjRO), l'Association de formation continue en oncologie radiothérapie (Afor) et de l'Australasian Gastro-Intestinal Trial Group (AGITG) [11,12].

#### 4.1. Tumeur primitive

La délimitation du volume cible macroscopique repose en premier lieu sur les données de l'examen clinique avec toucher rectal, dont les constatations sont reportées avant le début du traitement illustrées par un schéma orienté, annoté et daté. Les informations

issues de l'imagerie multimodale permettent de reporter sur la scanographie de simulation les informations complémentaires. La mise en place d'une sonde souple (sonde urinaire) endocanalaire et/ou de repères radio-opaques en regard de l'orifice externe du canal ou du pôle inférieur de la tumeur sont utiles. En radiothérapie bidimensionnelle, ces éléments étaient systématiquement reportés et utiles à la précision du traitement.

La détermination du volume cible anatomoclinique autour de la tumeur primitive varie selon les référentiels et les écoles.

La fréquence prédominante des récidives dans la région ano-rectale et périnéale dans la littérature, et les données historiques issues de séries de traitement bidimensionnel ou tridimensionnel conformationnel, mais avec des recommandations préconisant des marges de 3 à 4 cm latéralement pour la limite des faisceaux (essai anglais et ACCORD) doit inciter à la prudence dans la détermination de ce volume cible anatomoclinique. Les équipes ayant utilisé la RCMI rapportent, souvent oralement, l'existence de récidives inattendues anopérinéales. Seule l'analyse rétrospective des sites de récidives en fonction des volumes traités permettra d'affirmer la possibilité de réduire ce volume cible anatomoclinique. La détermination du volume pour le complément d'irradiation par radiothérapie externe ou curiethérapie méritera d'être également explicitée.

La recommandation de l'AGITG semble la plus prudente pour la détermination du volume cible anatomoclinique. Ce dernier comprend le volume tumoral macroscopique et toute la hauteur du canal anal, ainsi que les sphincters interne et externe. Une marge supplémentaire isotropique de 20 mm doit y être rajoutée. Afin de s'assurer de la bonne couverture de la marge et du périnée, l'expansion de 20 mm craniocaudale doit être vérifiée.

L'objectif de diminuer le volume traité afin de réduire les complications périnéales (télangiectasies, fibrose, prurit) ne doit pas passer devant le risque de récidive locale.

Dans le même esprit, la localisation de la tumeur et du volume cible anatomoclinique par rapport aux organes génitaux externes (vulve, bourses, pénis), la région pubienne et le sillon interfessier doivent être déterminés avec précision.

#### 4.2. Aires ganglionnaires pelviennes

La détermination des volumes tumoraux macroscopiques et cibles anatomocliniques des aires ganglionnaires pelviennes est comparable à celle décrite pour toutes les tumeurs pelviennes. Une marge d'expansion de 10 à 20 mm est recommandée.

Seule la prise en charge d'un volume plus large en externe par rapport à l'axe iliaque externe est spécifique pour les cancers de l'anus, principalement lorsqu'il y a un envahissement inguinal. L'inclusion des aires ganglionnaires iliaques primitives n'est pas systématique en l'absence d'envahissement ganglionnaire connu et une radiothérapie prophylactique à ce niveau se ferait à faible dose (de 36 Gy en 18 fractions).

#### 4.3. Aires ganglionnaires inguinales

Le drainage ganglionnaire inguinal des tumeurs de l'anus étendues sous la ligne pectinée (située à mi-canal) fait réaliser une radiothérapie de nécessité en cas d'atteinte clinoradiologique, ou prophylactique. Cette irradiation, toujours réalisée en association à une radiothérapie pelvienne, utilisait classiquement des artifices techniques de balistique (choix de photons ou énergie des électrons, mise en place de bolus, etc.), mais toujours insatisfaisant quant à l'obtention d'une dose homogène au volume cible et aux organes à risque (sur- ou sous-dosage).

L'utilisation des possibilités de répartition de la dose des techniques avec modulation d'intensité ou de la tomothérapie permettent de franchir cet obstacle mais nécessitent une délimitation

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2117346>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2117346>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)