

## Bilan

---

### **Obligatoire :**

- Examen clinique complet
- TR, aires inguinales
- Examen gynécologique avec frottis
- Rectoscopie + biopsies
- TAP, IRM pelvienne

### **Recommandé :**

- Sérologie HIV
- HPV sur biopsies
- TEP/TDM
- Biopsies inguinales si doutes

### **Optionnel :**

- Coloscopie
- Echographie endo-anale
- Consultation oncogériatrique

## Classification

---

### Classification TNM

#### **Tumeurs**

**T1** : < 2cm (< 10% de N+)

**T2** : entre 2 & 5 cm (30 - 40% N+)

**T3** : < 5cm (> 60% de N+)

**T4** : atteinte organes de voisinage (vagin, urètre, vessie, sauf rectum, sphincter, peau périnéale, tissu cellulaire SC)

#### **Ganglions :**

**N1** : ganglions périrectaux

**N2** : ganglions iliaques internes &/ou inguinaux unilatéraux

**N3** : ganglions iliaques internes ET inguinaux ou iliaques internes bilatéraux ou inguinaux bilatéraux

## Classification usTN

- usT1** : atteinte de la muqueuse et de la sous-muqueuse sans atteinte du sphincter interne
- usT2** : atteinte du sphincter interne sans atteinte du sphincter externe
- usT3** : atteinte du sphincter externe
- usT4** : atteinte d'un organe pelvien de voisinage
- usN0** : pas d'adénopathie suspecte
- usN+** : adénopathie péri-rectale de 5 à 10 mm suspecte (ronde, hypo-échogène, contours nets) ou de 10 mm de diamètre.

## Stades

Stade	T	N	M
<b>Stade 0</b>	Tis	N0	M0
<b>Stade I</b>	T1	N0	M0
<b>Stade II</b>	T2	N0	M0
	T3	N0	M0
<b>Stade IIIA</b>	T1	N1	M0
	T2	N1	M0
	T3	N1	M0
	T4	N1	M0
<b>Stade IIIB</b>	T4	N1	M0
	Tous T	N2-N3	M0
<b>Stade IV</b>	Tous T	Tous N	M1

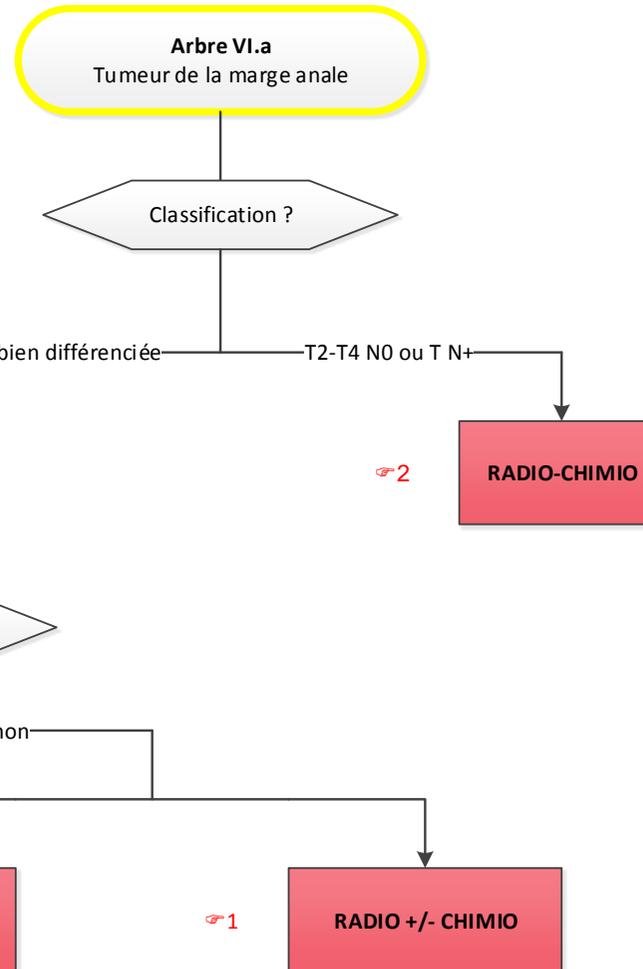
## Traitements

*La stratégie thérapeutique relève d'une discussion systématique en RCP.*

## Arbres décisionnels

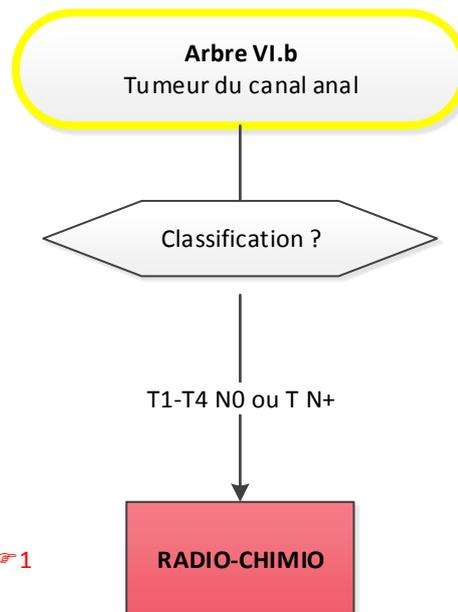
Voir les arbres décisionnels pages suivantes.

RCP



☞ 1 Voir radiothérapie page suivante, Chimio : 5 FU ou Capecitabine  
☞ 2 Mitomycine – 5 U + RT  
ou Mitomycine – Capecitabine + RT

RCP



1 Mitomycine – 5 U + RT  
ou Mitomycine – Capecitabine + RT

## Radiothérapie

- Traitement de préférence en radiothérapie 3D par modulation d'intensité.
- 45 Gy en 25 séances de 1,8 Gy au niveau du canal anal, du périnée, des aires ganglionnaires péri-rectales, iliaques internes bilatérales, inguinales
- Surdosage au niveau des sites visibles sur les examens radiologiques
  - Soit en radiothérapie 3C par modulation d'intensité
  - Soit en cas d'atteinte anale seule par curiethérapie ou faisceau périnéal direct
  - Doses de 9 à 16,2 Gy (1,8 Gy/séance)
- Si la tolérance au traitement est bonne, ne pas faire d'interruption entre l'irradiation pelvienne et le surdosage, sinon faire un arrêt de 2 semaines.

## Suivi post-thérapeutique

- Le statut de rémission ou non doit être établi six mois après le début du traitement car les réponses peuvent être très tardives.
- Examen clinique à 4 et 6 mois après le début du traitement.
- Avec en fonction du bilan initial, la réalisation à 6 mois d'une IRM et/ou d'un TEP/TDM.
- Si persistance de la maladie : biopsies avant la réalisation d'une chirurgie.
- Eviter de réaliser de multiples biopsies car il y a un risque d'ulcération torpide (5 % des AAP de rattrapage)
- Moins de 10 % de récurrence après les 3 premières années post-thérapeutiques

## Surveillance

- Clinique tous les 6 mois pendant 5 ans
- Anuscopie tous les 6 mois les 3 premières années
- Imagerie (IRM, TEP/TDM) une fois par an pendant les 3 premières années.