



## Proctologie endoscopique : "Une photo, un traitement"

### Fiche n° 6 : Dépistage des AIN3, prévention du cancer épidermoïde du canal anal

Réalisée par la Commission Proctologie Endoscopique  
de la Société Française d'Endoscopie Digestive

Dr Anne-Laure TARRERIAS, Dr Aurélien GARROS Dr Jean-Michel DIDELOT, Dr Thierry HIGUERO,  
Dr Alain CASTINEL, Dr Michel GOMPEL, Dr Jean-Michel ROUILLON

Le carcinome épidermoïde du canal anal bénéficie d'une prévention grâce au dépistage des dysplasies anales de haut grade (AIN3). Leur risque évolutif n'est pas connu, tout comme le passage théorique de l'AIN1 (dysplasie de bas grade) vers l'AIN3 puis le carcinome épidermoïde. Une étude (Machalek et coll, lancet oncology 2012) évalue le risque de transformation d'un AIN3 en carcinome invasif à 1/633 chez les patients VIH+ et 1/4196 pour les patients VIH -. On sait par contre que ces lésions sont liées au Papilloma Virus (HPV), et en particulier à certains sérotypes qui sont plus oncogènes comme l'HPV 16 ou 18.

On a défini des populations à risque qui doivent bénéficier d'un dépistage régulier :

- Patients VIH + homosexuels masculins, ou hétérosexuels ayant des rapports anaux réceptifs
- Patients VIH+ aux antécédents de dysplasie du canal anal (quelques soit leur sexualité), de condylomes ou de dysplasie du col de l'utérus
- Les patients VIH - sous thérapie antivirale à titre préventif s'ils ont des rapports non protégés réguliers.

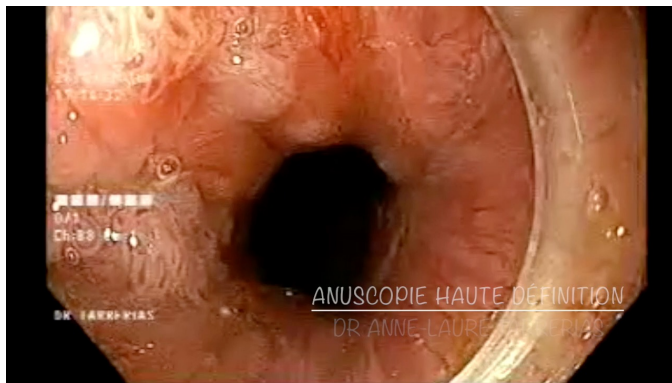
Le rapport Morlat, mis à jour en 2015, propose pour ces patients VIH une consultation de proctologie associée ou non à un frottis et/ou une anoscopie haute résolution. Le suivi est à définir par le proctologue, suivant un consensus d'experts faute d'études suffisantes.

Si aucune lésion n'est retrouvée lors de ce premier examen, nous recommandons un suivi proctologique annuel.

- Les patientes souffrant de dysplasie sévère du col (CIN3) VIH- doivent être dépistées au moins une fois et informées du risque anal.

Le frottis anal est utilisé par certaines équipes mais il surévalue la dysplasie. S'il est positif, ou ASCU (indéterminé), il faudra réaliser une anoscopie haute résolution.

Cet examen proctologique doit rechercher non seulement des condylomes (photo 1) mais aussi les lésions dysplasiques, en général planes, de diagnostic plus difficile (AIN3). Il est nécessaire d'avoir été formé à la recherche de ce type de lésions. Ci joint quelques photos de ces lésions.



**Photo 1** : condylomes vus avec le coloscope, capuchon transparent et zoom



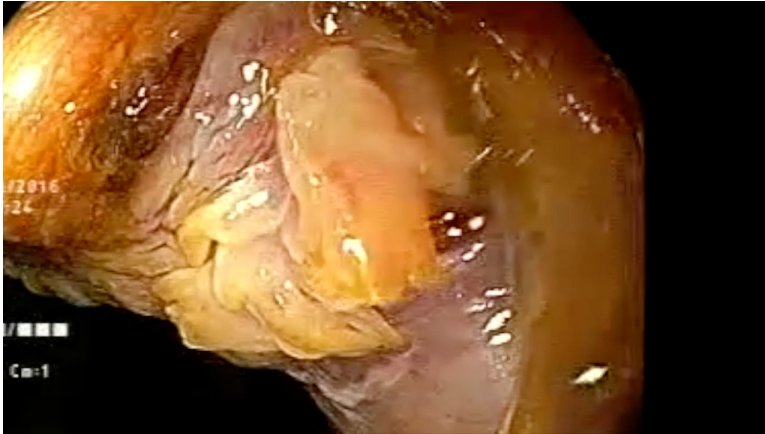
**Photo 2** : AIN3 vu après application d'acide acétique (lésion plane blanche)

En cas de doute, il faut réaliser une anoscopie haute résolution associant des colorations à l'acide acétique puis au Lugol et un fort grossissement permis par un colposcope. Cette technique oriente les biopsies pour optimiser le diagnostic et la surveillance. L'objectif étant la détection le plus tôt possible du carcinome épidermoïde invasif du canal anal dont le pronostic reste excellent s'il est traité tôt, y compris en cas de sérologie VIH positive.

L'anoscopie haute résolution, le plus souvent réalisées à l'aide d'un colposcope (x20 à x50) peut s'envisager en utilisant le zoom du coloscope qui apporte un grossissement de x65 à x130 avec une excellente résolution. Le coloscope est stabilisé dans le canal anal à l'aide d'un capuchon de mucosectomie transparent ce qui permet une exploration de la ligne pectinée et le déplissement des plis radiés. L'acide acétique et le lugol sont appliqués à l'aide d'un cathéter spray. L'avantage du coloscope est son accessibilité, y compris avec le recours de l'anesthésie si nécessaire (on améliore ainsi la tolérance des biopsies multiples ou de l'électrocoagulation), l'inconvénient est le recours à un endoscope pour l'examen isolé du canal anal.

Cet examen doit être réalisé après une préparation de coloscopie si on envisage l'électrocoagulation des lésions suspectes.

Vous trouverez sur le lien suivant un film décrivant la technique : *en cours de publication sur le site*



**Photo 3** : AIN2 : aspect hétérogène et papillomateux après application d'acide acétique puis de lugol, vu au coloscope



**Photo 4** : AIN3, plaque jaune safran après application d'acide acétique et de lugol vu avec le coloscope



**Photo 5** : carcinome épidermoïde du canal anal vu au coloscope

Quelle que soit la technique d'anuscopie haute résolution (colposcope ou coloscope), les lésions dysplasiques blanchissent sous l'effet de l'acide acétique puis deviennent jaune

doré ou safran après l'application de Lugol. Le carcinome commence le plus souvent au niveau de la ligne pectinée, il apparaît comme riche en vaisseaux irréguliers. Cette technique oriente les biopsies, elle ne se substitue pas à l'histologie qui seule fera le diagnostic.

Les biopsies ne permettent pas toujours le diagnostic de carcinome invasif, en particulier si elles ne concernent pas la couche basale, seul moyen de confirmer l'invasion sous muqueuse. Les cellules d'un AIN3 sont identiques histologiquement à celle du carcinome, puisqu'il s'agit dans les 2 cas d'une néoplasie. En cas de doute endoscopique ou clinique pour une lésion invasive (lésion indurée au toucher rectal), le recours à la résection chirurgicale (biopsie-exérèse) devient nécessaire pour établir le caractère invasif de la lésion.

**Traitement** : les AIN3 sont la conséquence d'une maladie à HPV chronique qui touche le canal anal, le traitement n'est pas univoque faute de données scientifiques sur la capacité de ces lésions néoplasiques à devenir invasives. Leur destruction conduit à des plaies du canal anal puis à des cicatrices pour un bénéfice incertain. La simple surveillance est donc souvent le meilleur compromis entre la tolérance et une prévention efficace, l'objectif étant d'obtenir du patient une bonne adhésion à son suivi.

**Au total**, la prévention du carcinome épidermoïde du canal anal passe par le diagnostic précoce puis la destruction ou le suivi des AIN3. Dans les populations à risque, la prévalence des AIN3 augmente et atteint 80 à 130/100 000. Ces patients doivent donc être dépistés, et les endoscopistes ont un rôle majeur pour mettre leur technologie à disposition de ce dépistage et augmenter ainsi la survie de nos patients d'autant que les traitements de radiothérapie sont devenus très performant limitant les séquelles fonctionnelles en cas de petite tumeur. Le risque évolutif d'un AIN3 est à pondérer en fonction du risque de séquelles après destruction physique (sténose anale, douleurs ...). Si les AIN3 sont nombreux mieux vaut les surveiller.