

CENTRE
HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE
BORDEAUX



Maison de Santé Protestante
de Bordeaux-Bagatelle

Fondation reconnue d'utilité publique depuis 1867

RPC 2022 : PEC et dépistage des lésions précancéreuses anales



COREViH
Nouvelle Aquitaine

COMITÉ DE COORDINATION RÉGIONALE
DE LUTTE CONTRE L'INFECTION
PAR LE VIH ET LES IST

avec le soutien de



RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE

**LESIONS PRECANCEREUSES ANALES LIEES AUX
PAPILLOMAVIRUS HUMAINS : DEPISTAGE ET PRISE
EN CHARGE**

2022

TRAVAIL MENÉ PAR LA SNFCP
COORDONNATEUR : DR LUCAS SPINDLER, GHPSJ PARIS

Florian GROUSEZ

Hôpital BAGATELLE / CHU BORDEAUX



SNFCP
Société Nationale Française de
Colo-Proctologie

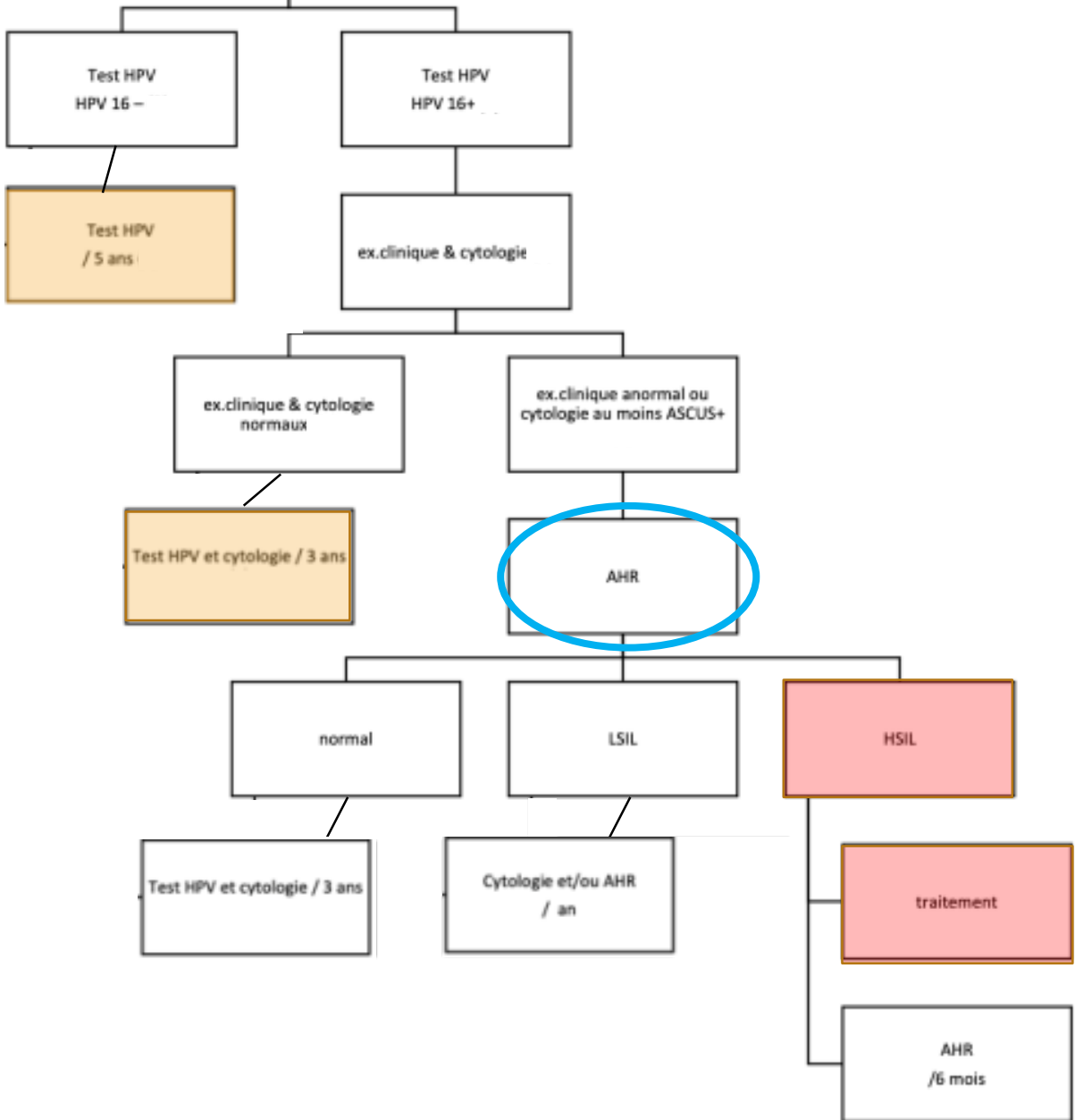
CONFLITS D'INTÉRÊTS

- aucun

PRÉAMBULE

- Premières recommandations sur le sujet, seulement des protocoles locaux dans les grands centres
- Recommandations de sociétés savantes (\neq autorités sanitaires (ex. HAS))
- **Non contraignantes**
- **Non opposables**

MSH vivant avec le VIH et âgés de plus de 30 ans
Femmes ayant des antécédents de lésions précancéreuses ou de cancer de la vulve
Femmes transplantées d'organe solide depuis plus de 10 ans
Pas de symptôme

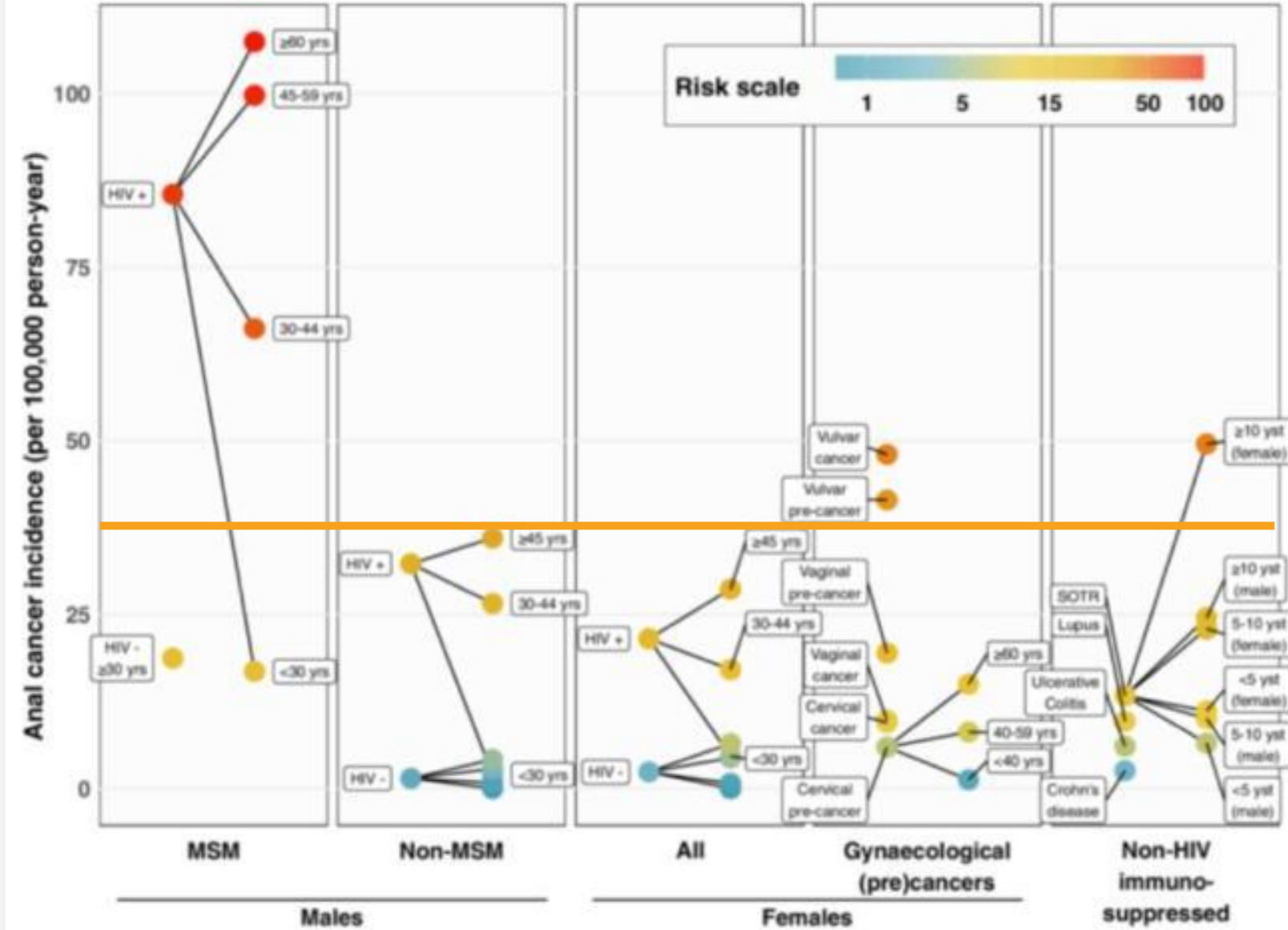


DÉPISTAGE DES HSIL POUR QUI ?

Cancer rare

POUR QUI ?

- Dépistage = **ASYMPTOMATIQUE**
- Incidence faible en population générale du carcinome épidermoïde de l'anus
- Pas d'intérêt médico-économique à un dépistage de masse
- **Dépistage ciblé de population à haut risque**
 - Avec taux d'incidence $\geq 45/100.000$ PA
 - Nb : $>$ Incidence du cancer colorectal (20-35)



POUR QUI ?

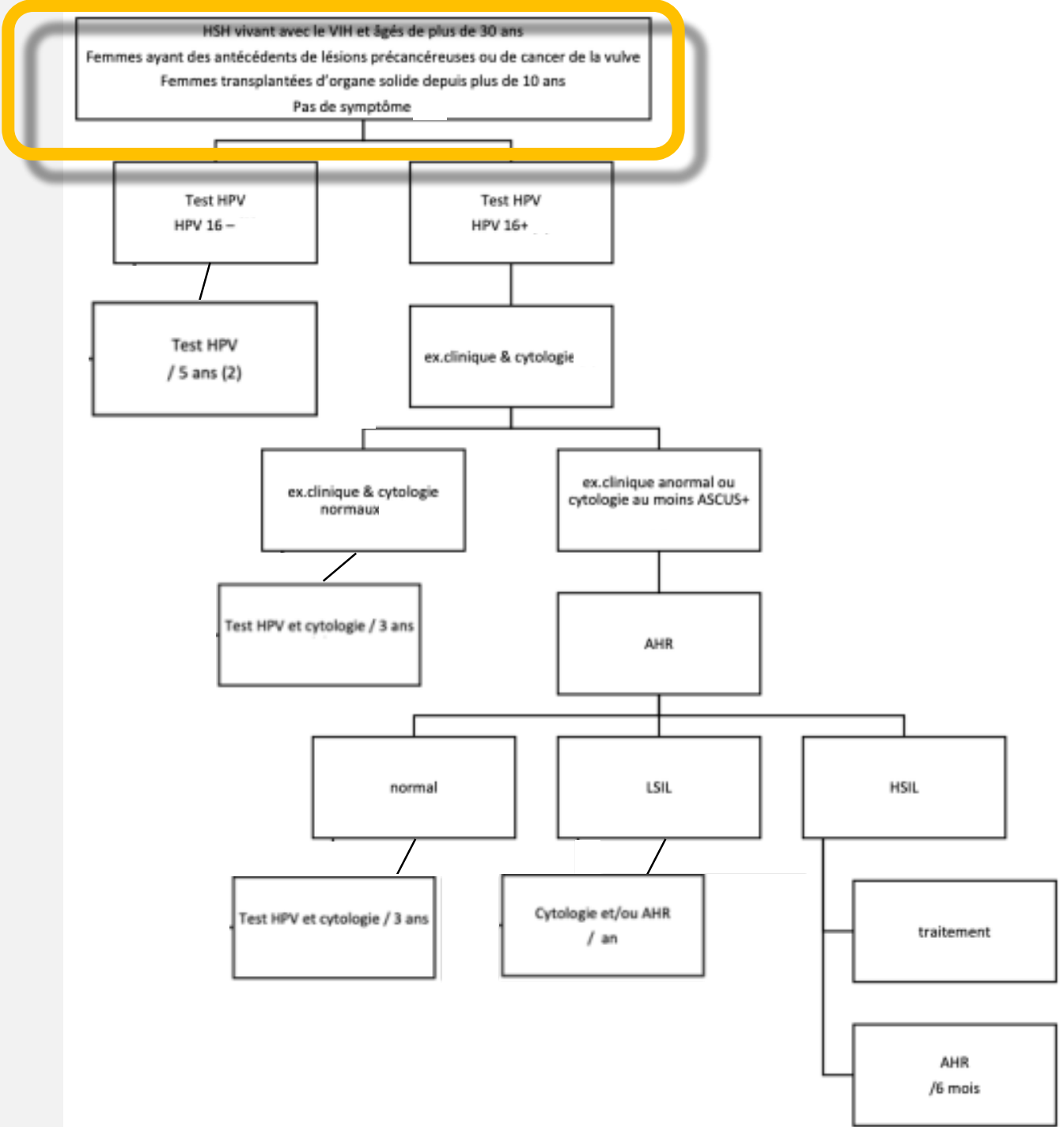
HSH vivant avec le VIH et âgés de plus de 30 ans

Femmes ayant des antécédents de lésions précancéreuses ou de cancer de la vulve

Femmes transplantées d'organe solide depuis plus de 10 ans

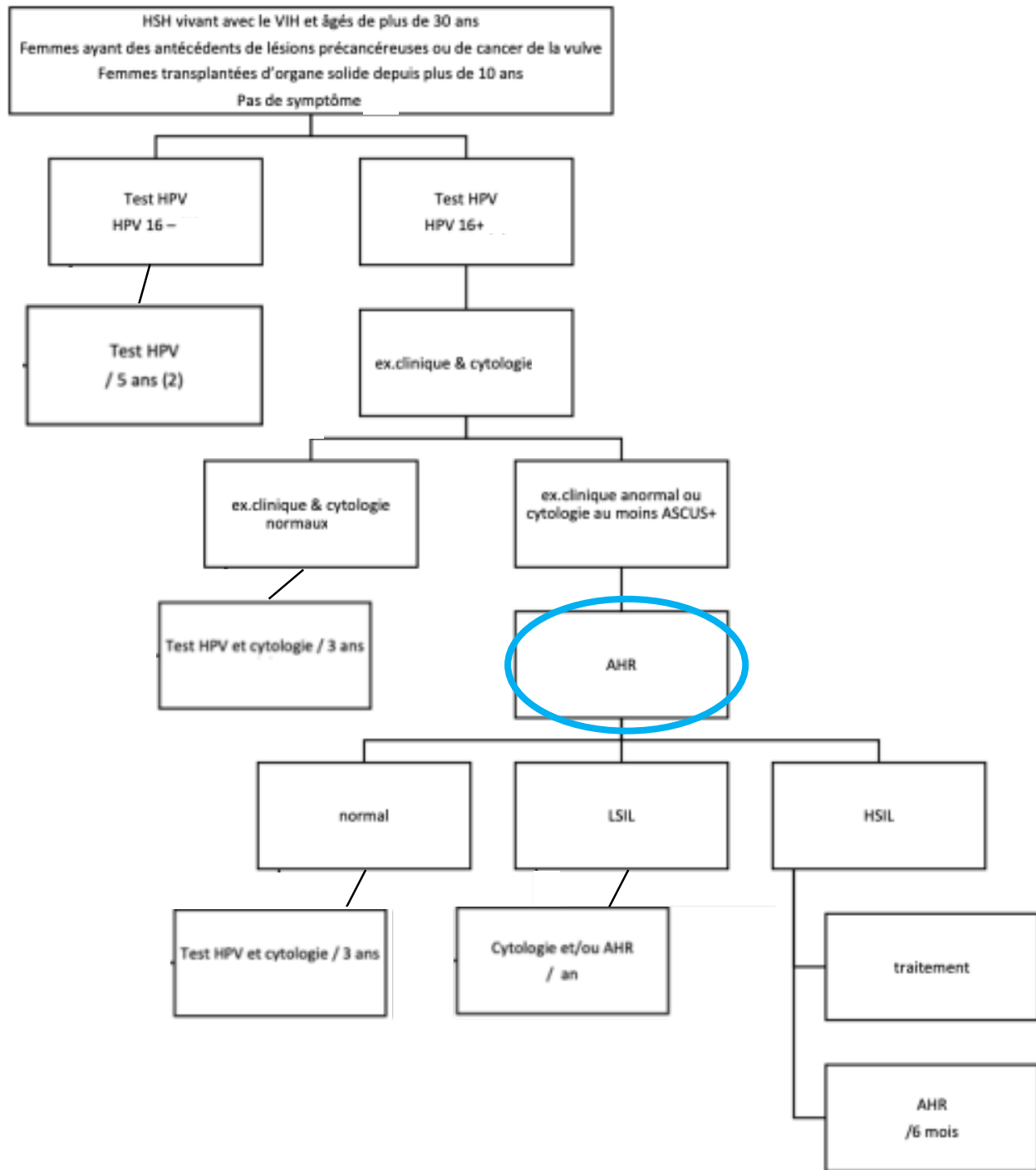
(Pas de symptôme)

- Sont exclues du dépistage organisé les populations à risque faible et intermédiaire car incidence de CE < 45/100 000 PA
 - **HSH VIH –** (prévalence de HSIL 11-12%)
 - **HSF VIH+** (prévalence HSIL 7%)
 - **Femme VIH+** (prévalence HSIL entre 6 et 27%)
 - **Transplantés hommes** (prévalence HSIL 4,7%)
 - **MICI** (prévalence HSIL 8,7%)
 - **Femme avec antécédents de cancer ou lésion pré-cancéreuse du vagin et/ou du col**
- Inclure ces populations diminuerait le taux de détection et donc la pertinence du dépistage



DÉPISTAGE DES HSIL COMMENT ?

Dépister chez un patient asymptomatique une lésion pré-cancéreuse pour la traiter et donc diminuer l'incidence du cancer anal



COMMENT ?



- L'examen proctologique *hyperspécialisé*
- **Anuscopie haute résolution** = Examen de l'anus avec magnification de l'image
 - ≥ 2 fois plus performante que l'examen proctologique pour dg HSIL
 - Examen sans et avec coloration (acide acétique)
 - Examen de référence **détection, traitement, suivi HSIL**

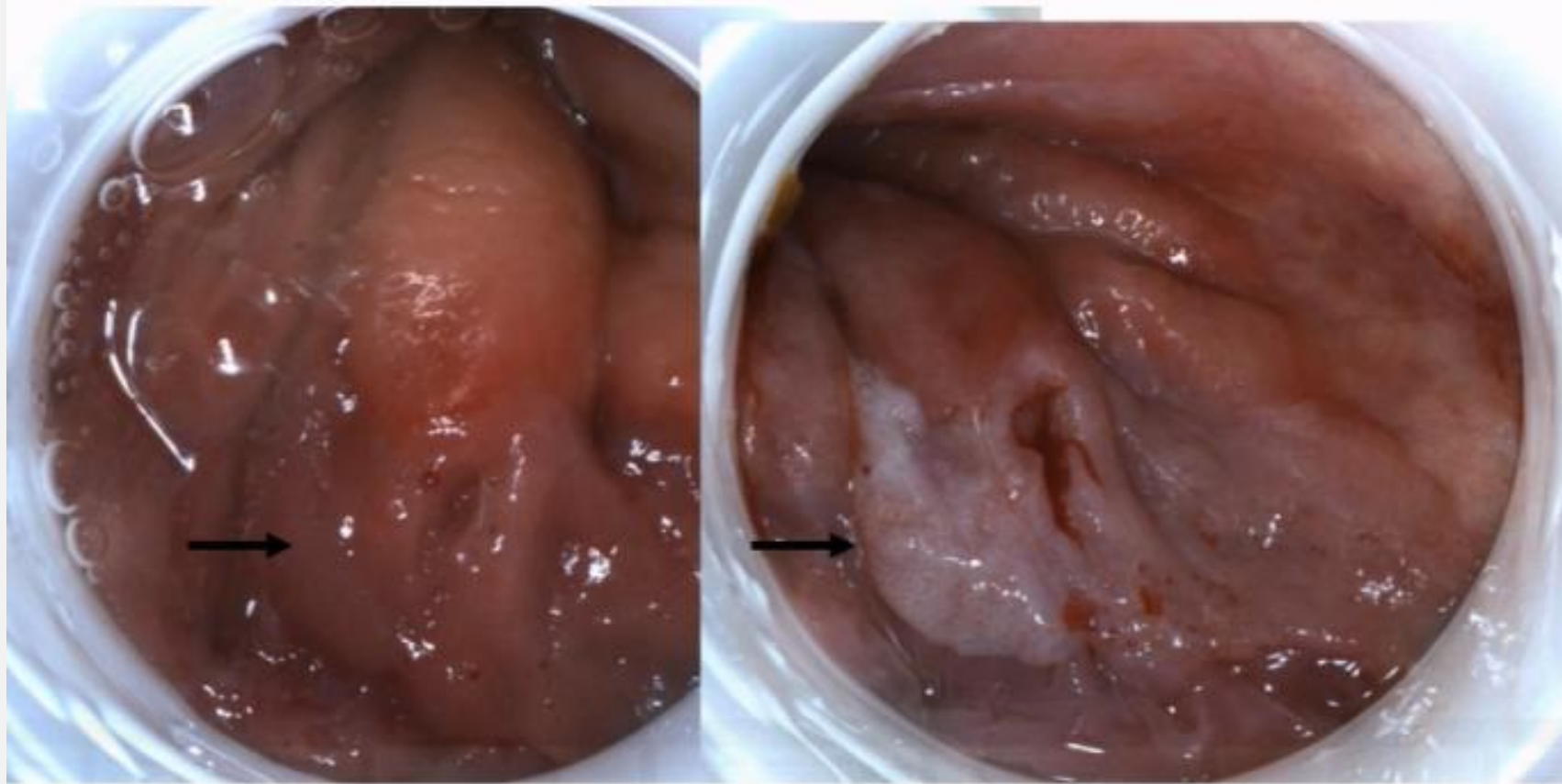


COMMENT ?



Sans préparation.
En externe, voire sous AG.

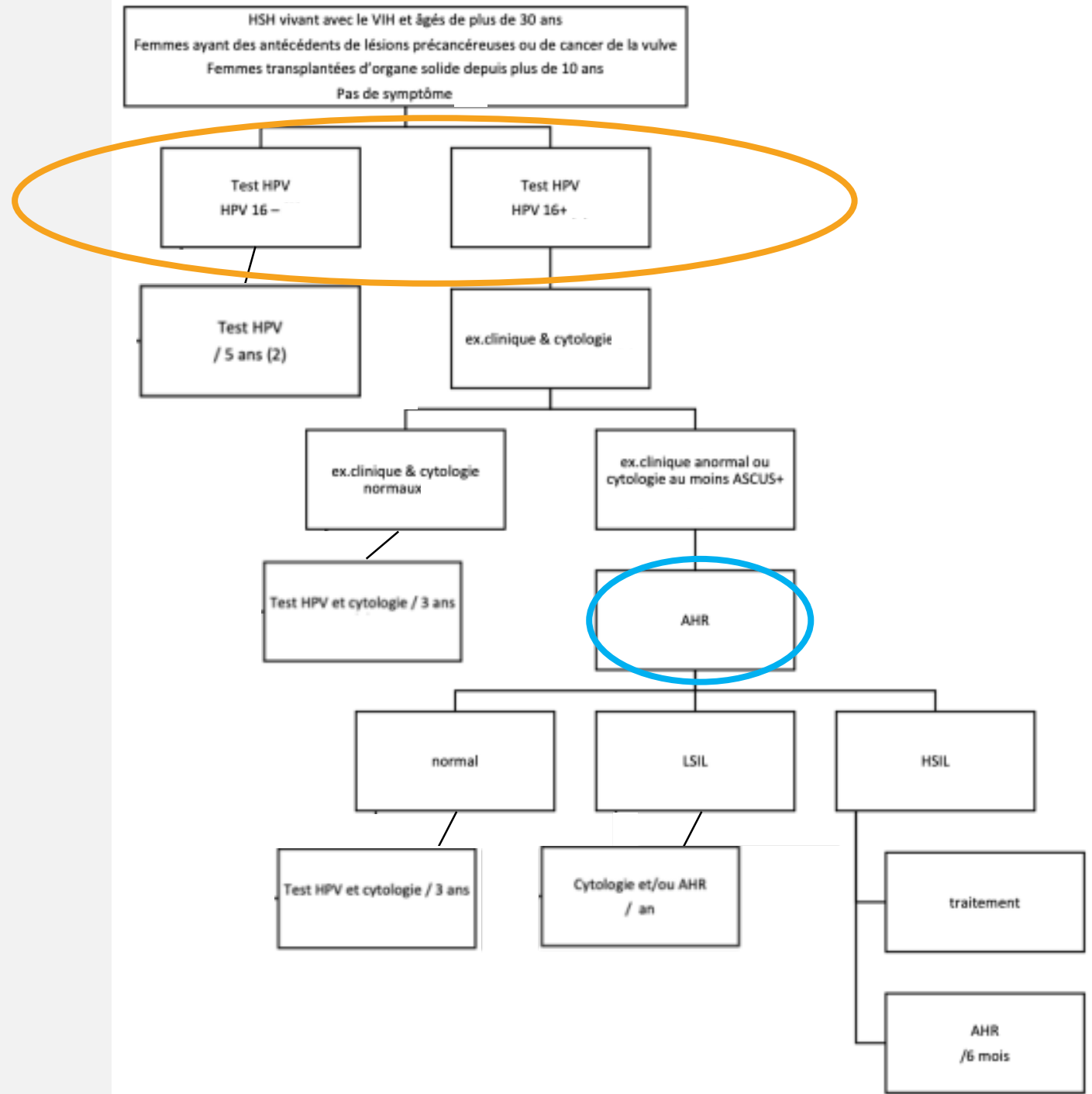
COMMENT ?



- Anuscopie haute résolution non suffisante pour diagnostique HSIL
- Confirmation histologique indispensable => Donc **biopsie** systématique de toute anomalie visible en AHR

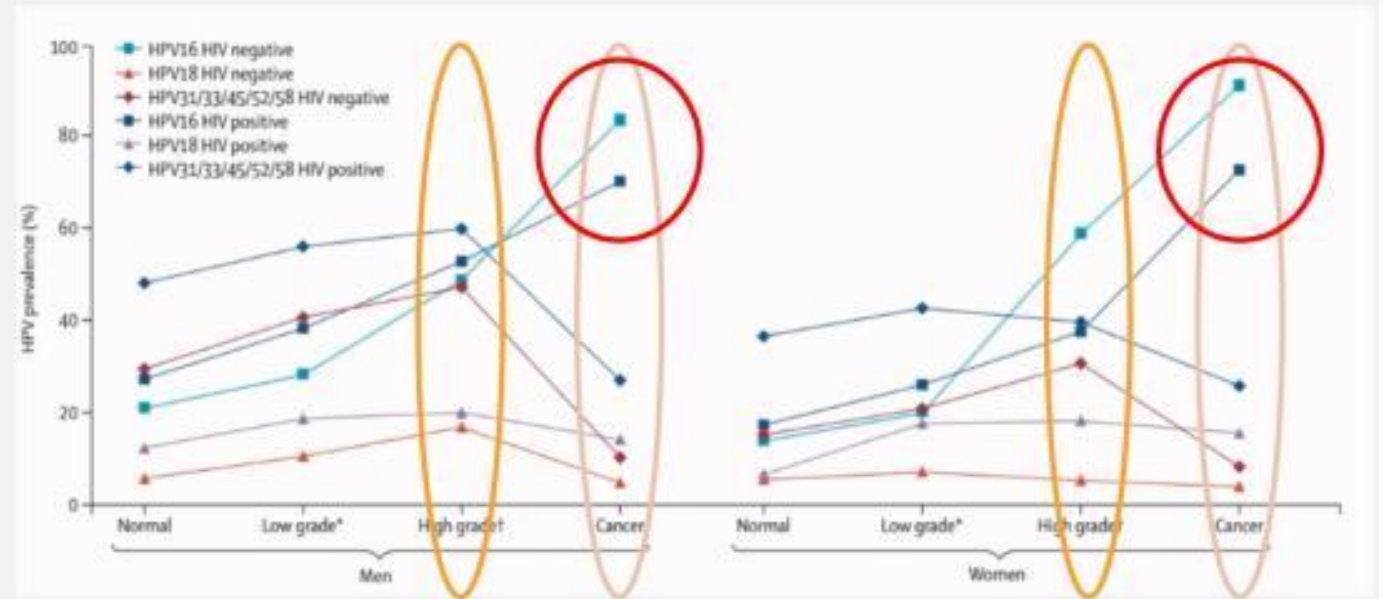
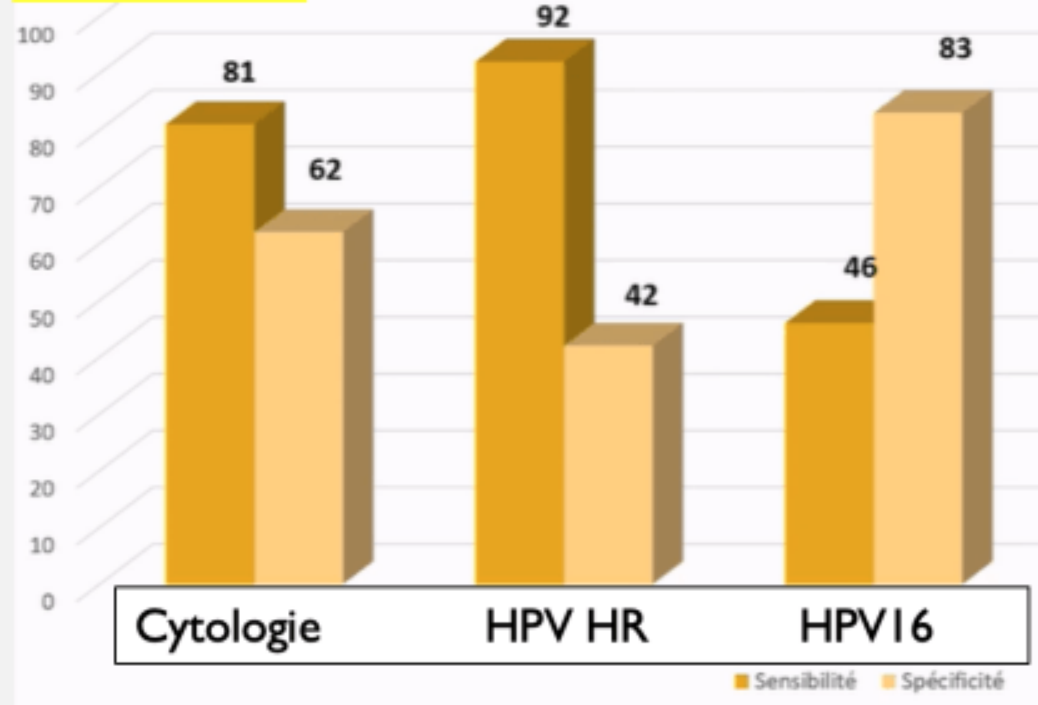
COMMENT ?

- Limites de l'anuscopie haute résolution :
 - **Accessibilité / Examen hyperspécialisé / Inconfortable**
 - Annuaire en ligne sur site SNFCP
 - Coût, formation, pas de nomenclature CCAM
 - Souvent répété car fréquence élevée des récurrences des HSIL traitées, importance du **Suivi**
 - Avant l'anuscopie haute résolution, autres tests de triage pour sélectionner les patients
 - L'anuscopie haute résolution est un examen **de seconde ligne dans cette stratégie de dépistage**
 - **Tests de triage** préalables dans la population incluse
 - Objectif : **Améliorer la rentabilité** de l'anuscopie haute résolution



COMMENT ?

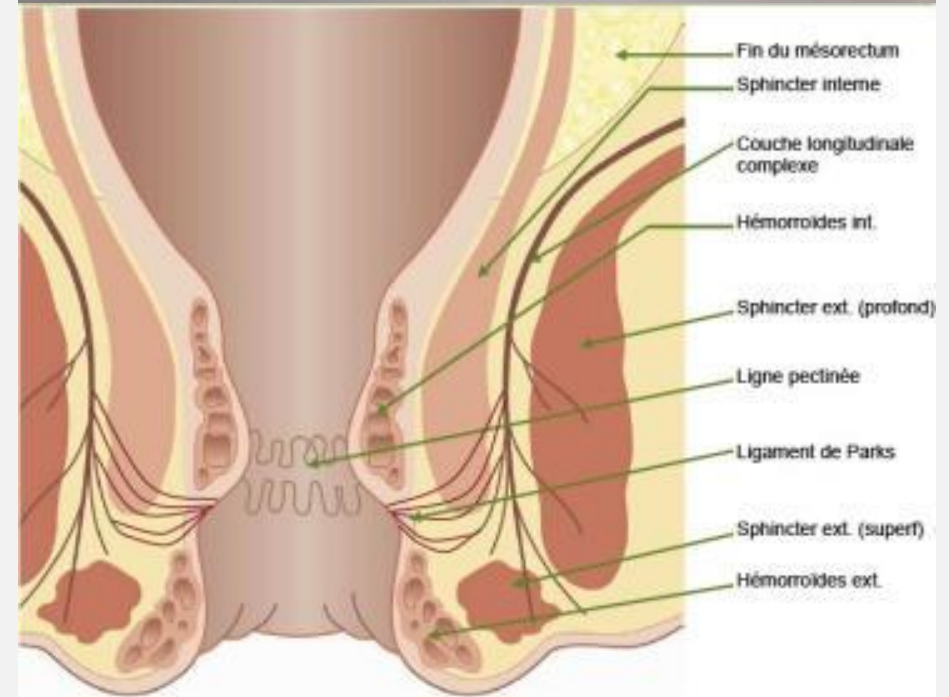
Existence d'HSIL



- **Recherche du HPV16** est le test le plus spécifique pour dépister des **HSIL**
 - *Test de triage de 1^{ère} ligne*
- **HPV16** est peu sensible mais :
 - Seul **HPV16** est fortement **associé** à l'histoire naturelle du **carcinome épidermoïde**
 - **HPV16 négatif** => **incidence** cumulée de carcinome épidermoïde **faible**

COMMENT ?

- Frottis cellulaire pour recherche **HPV16** simple, indolore (mais peu agréable), accepté
- Ecouvillon en **polyester**
- Echantillon de l'ensemble du canal anal, zone **transitionnelle**+++
- En **consultation**, avant tout examen, **sans anoscopie**, **sans lubrification**
- Performance auto-prélèvement reste à évaluer
- **Réalisable par tout soignant**
 - 1^{ère} ligne +++



COMMENT ?

TEST HPV 16
Triage de 1^{ère} ligne

HPV 16 négatif

Test HPV à 5 ans

HPV 16 positif

Examen clinique et cytologie
anale

Triage de 2^{ème} ligne

COMMENT ?

Un test de triage de deuxième ligne

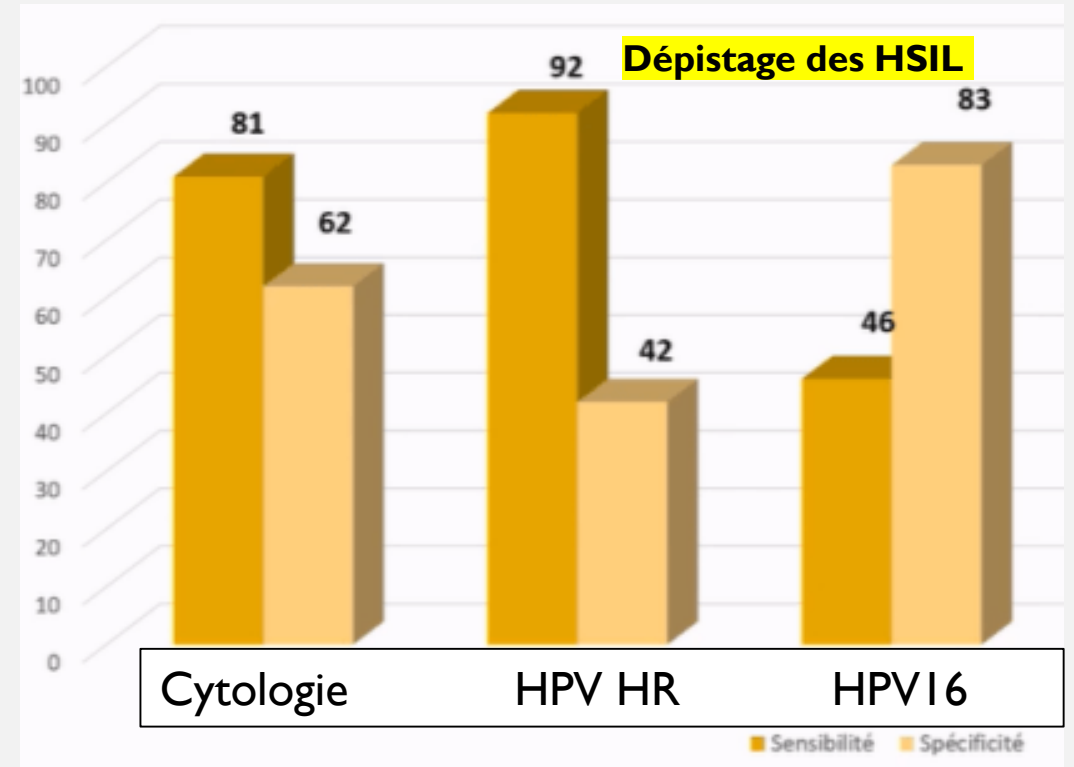
- **L'examen proctologique + Cytologie anale**

- L'examen proctologique

permet la **mise en traitement de lésions macroscopiques** sans attendre la réalisation d'une AHR diagnostique (idem pour la cytologie qui est inutile : biopsie)

- La cytologie anale

Après le premier triage HPV16



COMMENT ?

L'examen **proctologique** standard

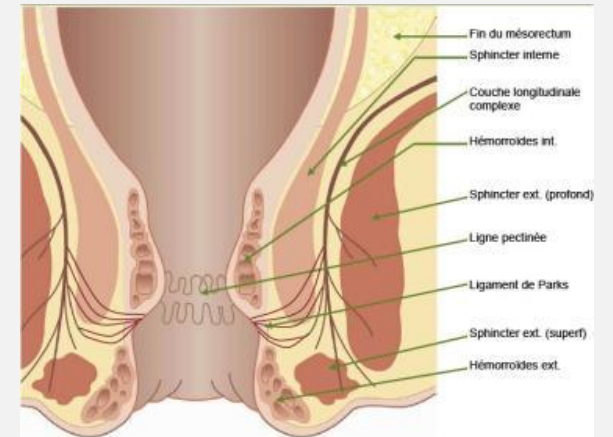
- permet de détecter des cancers à un stade précoce
- **Mauvaise sensibilité pour le diagnostic de HSIL**
 - >60% des HSIL sont non visibles à l'œil nu
 - HSIL aspect hétérogène (taille, couleur, forme)



COMMENT ?

Cytologie anale : similaire à l'écouvillon HPV

- Frottis simple, indolore (peu agréable), accepté
- Ecouvillon en **polyester**, brossage zone **transitionnelle**, cytologie en milieu liquide
- Eviter le lubrifiant, **à distance d'un rapport**, **absence de traitement** ou **infection locale**

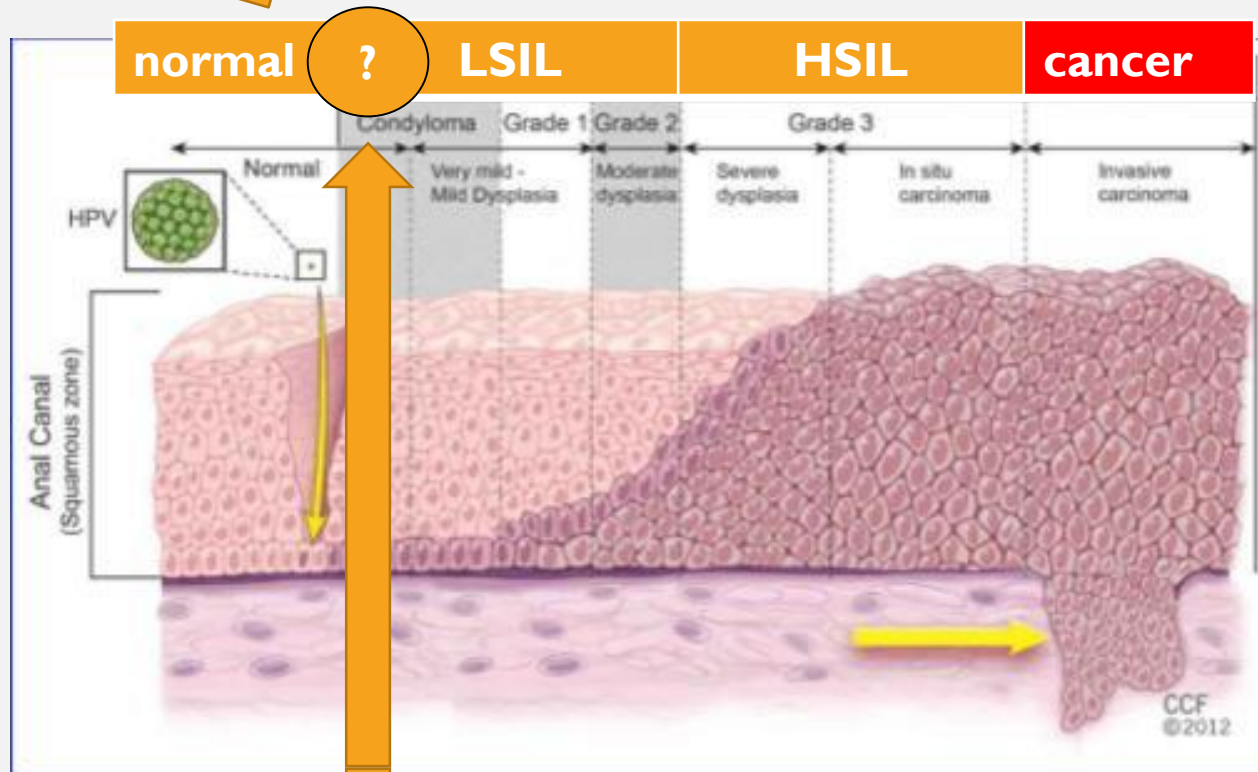


COMMENT ?

cytologie

histologie

Classification de Bethesda



ASCUS

≥ 10% de patient ASC-US sont HSIL

Dans l'algorithme on retient
cytologie ≥ ASCUS
Cad toute cytologie anormale

COMMENT ?

HPV 16 positif

Examen clinique et cytologie anale
trriage de 2ème ligne

Cytologie
normale

Test HPV et
cytologie à 3
ans

Cytologie anormale
ASCUS / LSIL / HSIL

Anuscopie
haute
résolution

HSH vivant avec le VIH et âgés de plus de 30 ans
Femmes ayant des antécédents de lésions précancéreuses ou de cancer de la vulve
Femmes transplantées d'organe solide depuis plus de 10 ans
Pas de symptôme

Test HPV
HPV 16 -

Test HPV
HPV 16+

Test HPV
/ 5 ans

ex.clinique & cytologie

ex.clinique & cytologie
normaux

ex.clinique anormal ou
cytologie au moins ASCUS+

Test HPV et cytologie / 3 ans

AHR

normal

LSIL

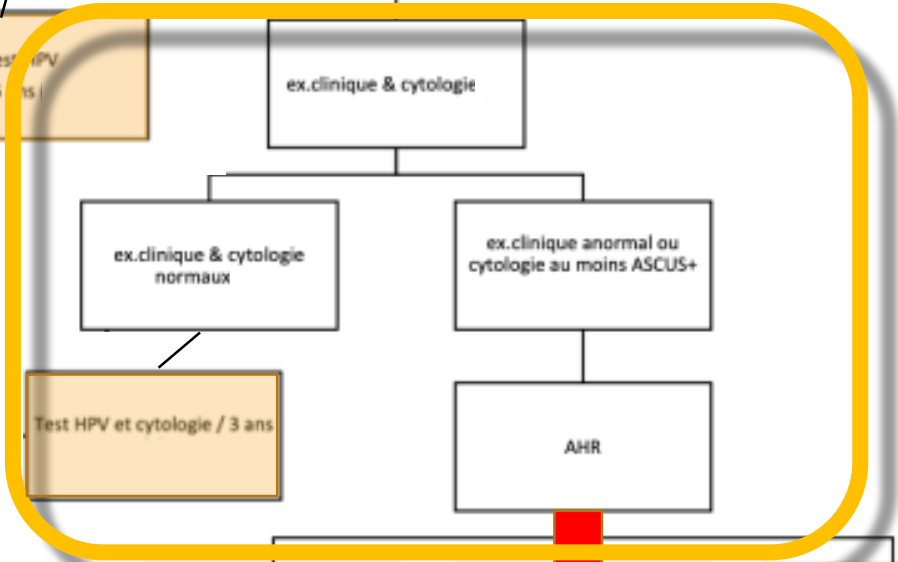
HSIL

Test HPV et cytologie / 3 ans

Cytologie et/ou AHR
/ an

traitement

AHR
/6 mois

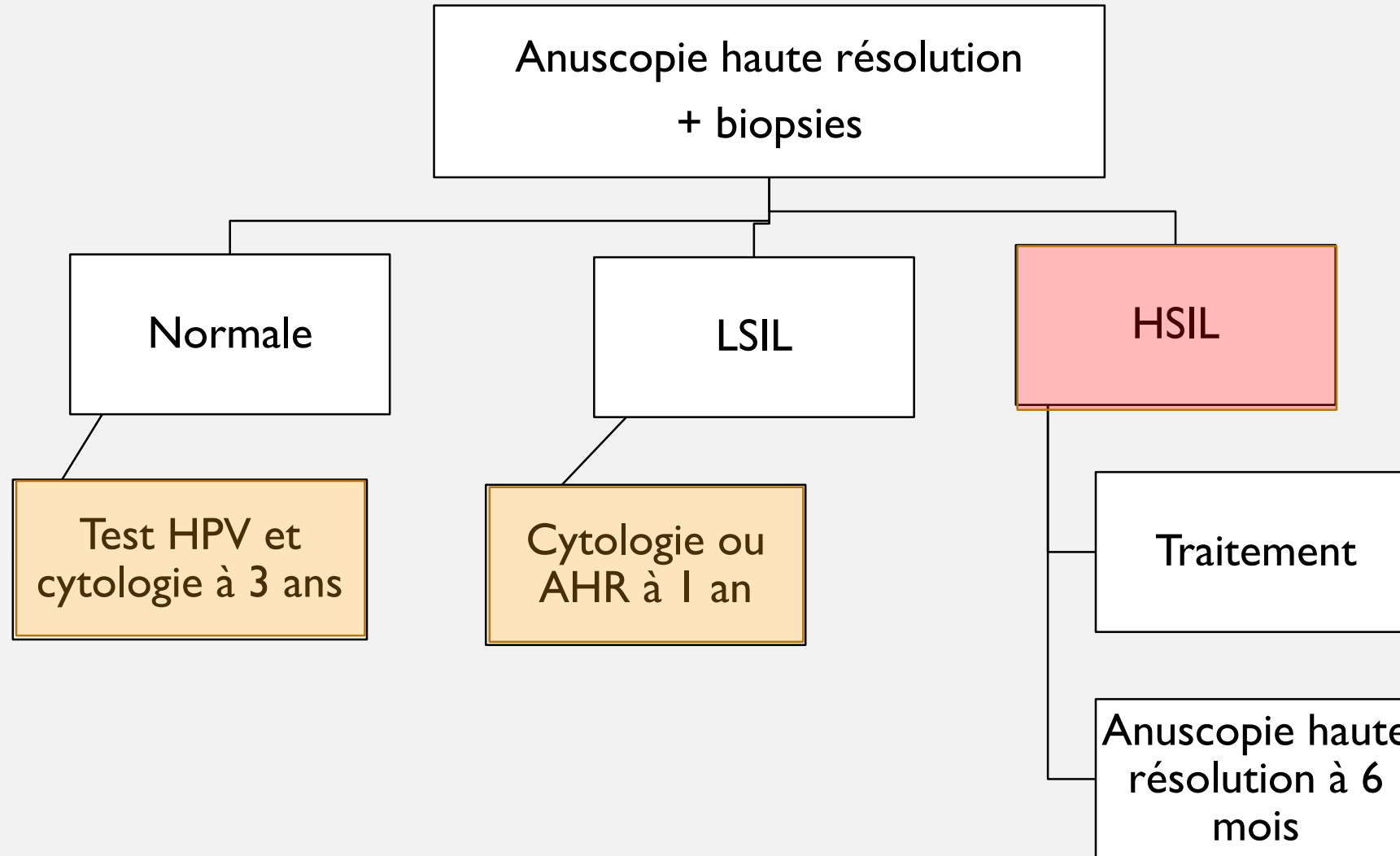




Anuscopie haute résolution



COMMENT ?



HSH vivant avec le VIH et âgés de plus de 30 ans
Femmes ayant des antécédents de lésions précancéreuses ou de cancer de la vulve
Femmes transplantées d'organe solide depuis plus de 10 ans
Pas de symptôme

Test HPV
HPV 16 -

Test HPV
/ 5 ans

Test HPV
HPV 16+

ex.clinique & cytologie

ex.clinique & cytologie
normaux

Test HPV et cytologie / 3 ans

ex.clinique anormal ou
cytologie au moins ASCUS+

AHR

normal

Test HPV et cytologie / 3 ans

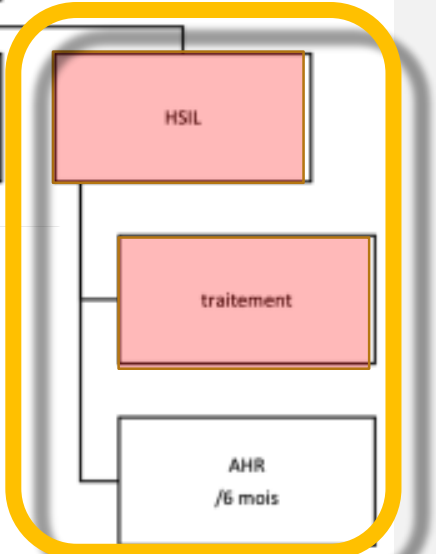
LSIL

Cytologie et/ou AHR
/ an

HSIL

traitement

AHR
/6 mois



DIAGNOSTIC DES HSIL ET APRÈS ?

Que faire une fois une HSIL dépistée ?

ET APRÉS ?

- Recommandé de **traiter** les **HSIL** car permet de **diminuer** le **risque** de **cancer** de l'anus
- Risque de **récidive** après traitement **élevé** (surveillance +++)
- Balance bénéfico-risque à évaluer (impact qualité de vie)

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

Treatment of Anal High-Grade Squamous Intraepithelial Lesions to Prevent Anal Cancer

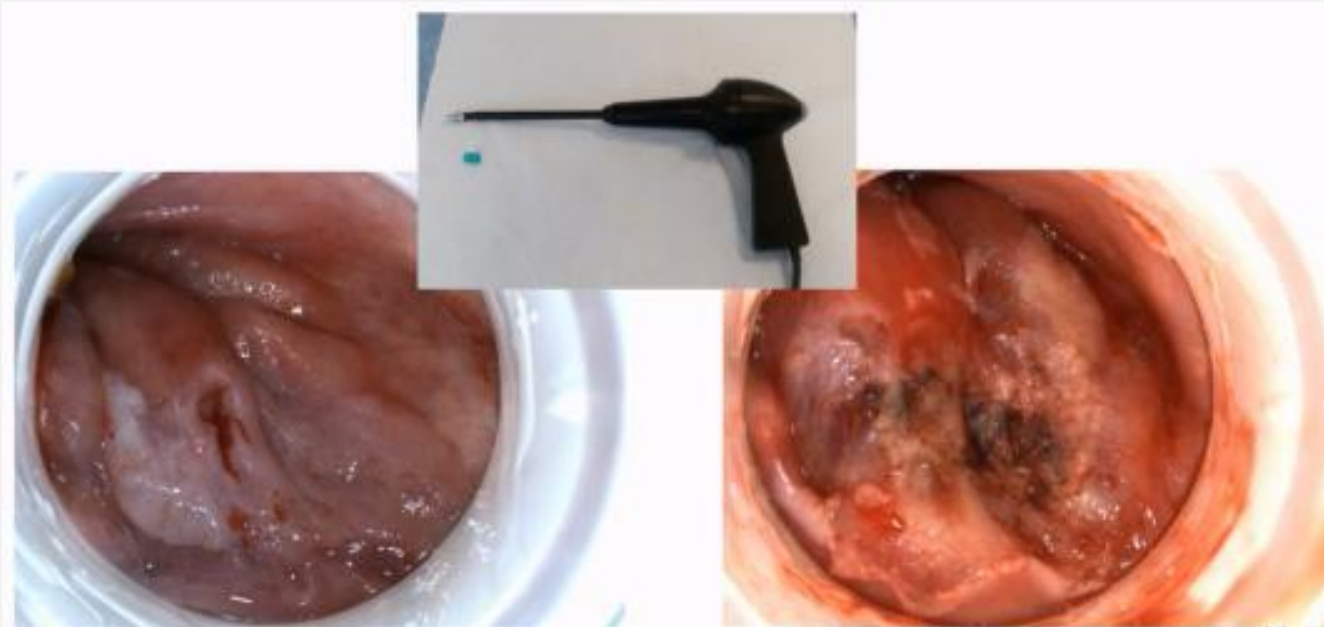
J.M. Palefsky, J.Y. Lee, N. Jay, S.E. Goldstone, T.M. Darragh, H.A. Dunlevy, I. Rosa-Cunha, A. Arons, J.C. Pugliese, D. Vena, J.A. Sparano, T.J. Wilkin, G. Bucher, E.A. Stier, M. Tirado Gomez, L. Flowers, L.F. Barroso, R.T. Mitsuyasu, S.Y. Lensing, J. Logan, D.M. Abouafia, J.T. Schouten, J. de la Ossa, R. Levine, J.D. Korman, M. Hagensee, T.M. Atkinson, M.H. Einstein, B.M. Cracchiolo, D. Wiley, G.B. Ellsworth, C. Brickman, and J.M. Berry-Lawhorn, for the ANCHOR Investigators Group*

TRAITEMENT (I)

I - Les traitements **destructeurs** (les deux techniques les plus utilisées) :

- **Infra-rouge** : Intra-canalair (muqueuse)
- **Electrocoagulation** : Intra ou extra-canalair, douleurs post-opératoire et sténose/altération sexualité si étendue

Guidés ou non par l'anuscopie haute résolution



TRAITEMENT (2)

II - Traitement topique

IMIQUIMOD :

- Même sans AMM pour les lésions intracanalaires, tolérance acceptable *
- Alternative aux traitements destructeurs
Notamment si risque continence

* Avis expert dans les recommandations



ADJUVANT

En adjuvant à la destruction / traitement topique pour diminuer le risque de récurrence *

La vaccination HPV en prévention secondaire après traitement destructeur :

- Surtout efficace chez **VIH-** ?

Pas dans les critères de remboursement de la Sécurité Sociale

* Avis expert dans les recommandations



EN RÉSUMÉ

EN RÉSUMÉ

HSH vivant avec le VIH et âgés de plus de 30 ans

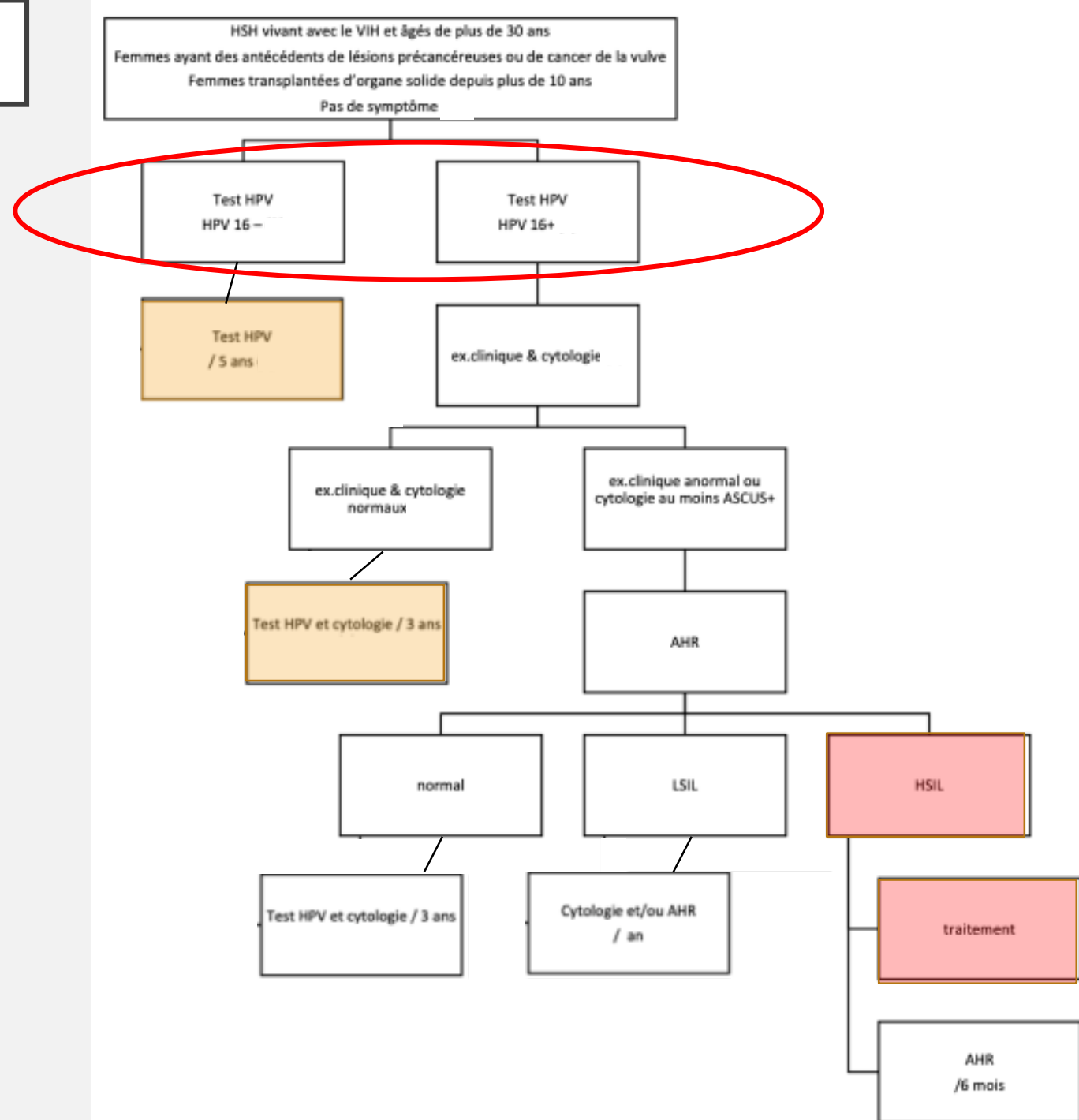
Femmes ayant des antécédents de lésions précancéreuses ou de cancer de la vulve

Femmes transplantées d'organe solide depuis plus de 10 ans

Pas de symptôme

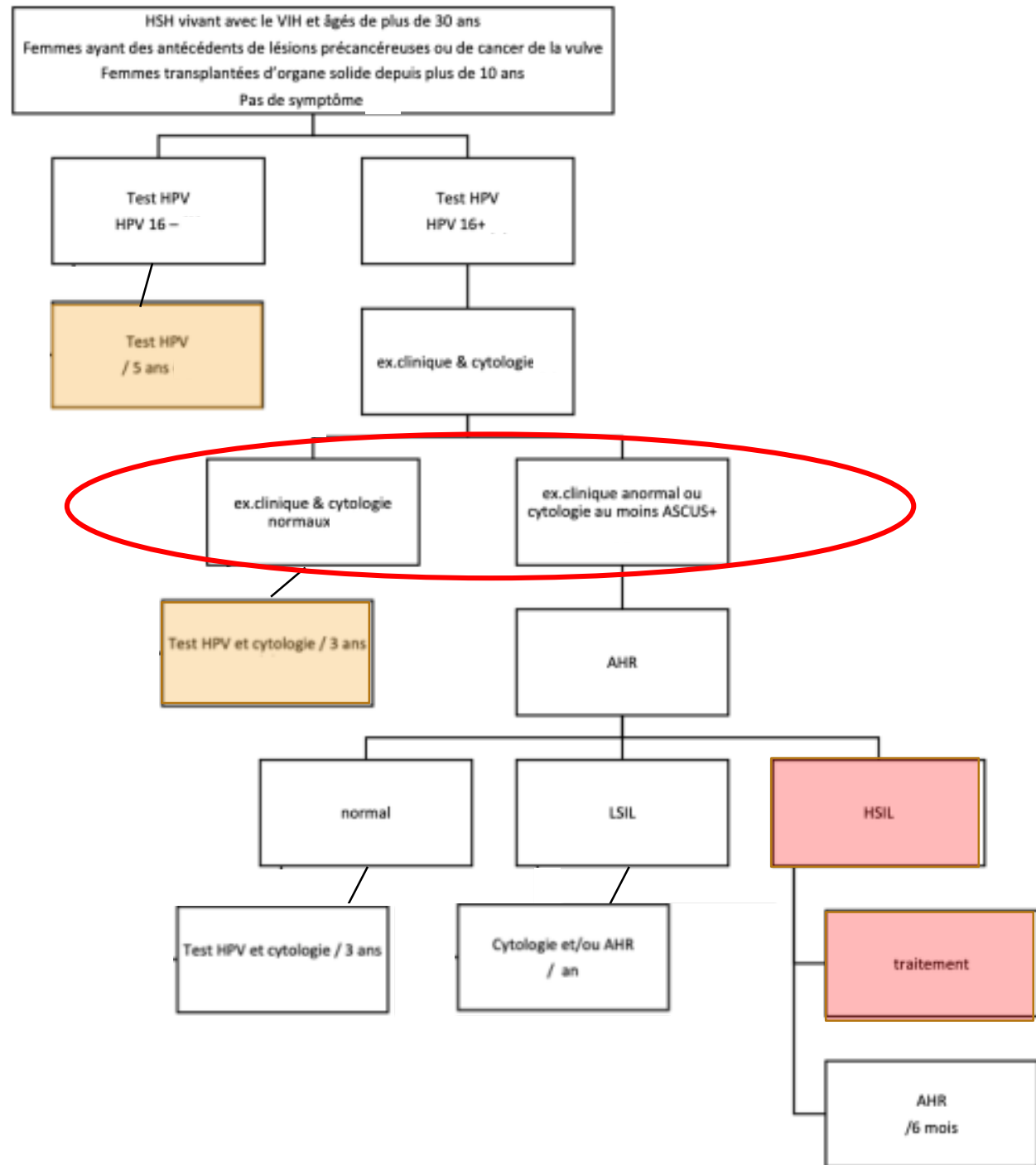
EN RÉSUMÉ

HPV 16 + ou -

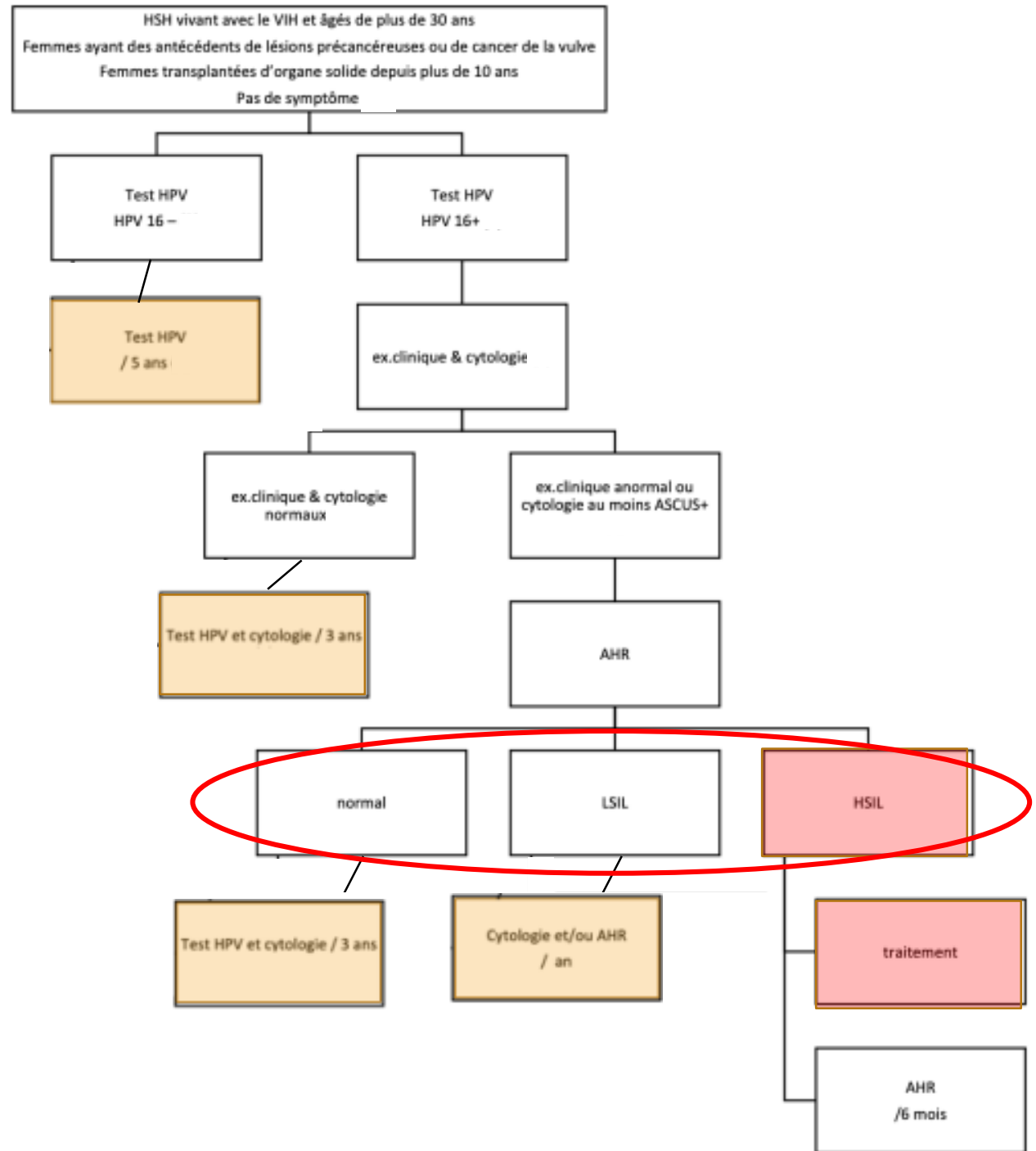


EN RÉSUMÉ

Cytologie \geq ASCUS



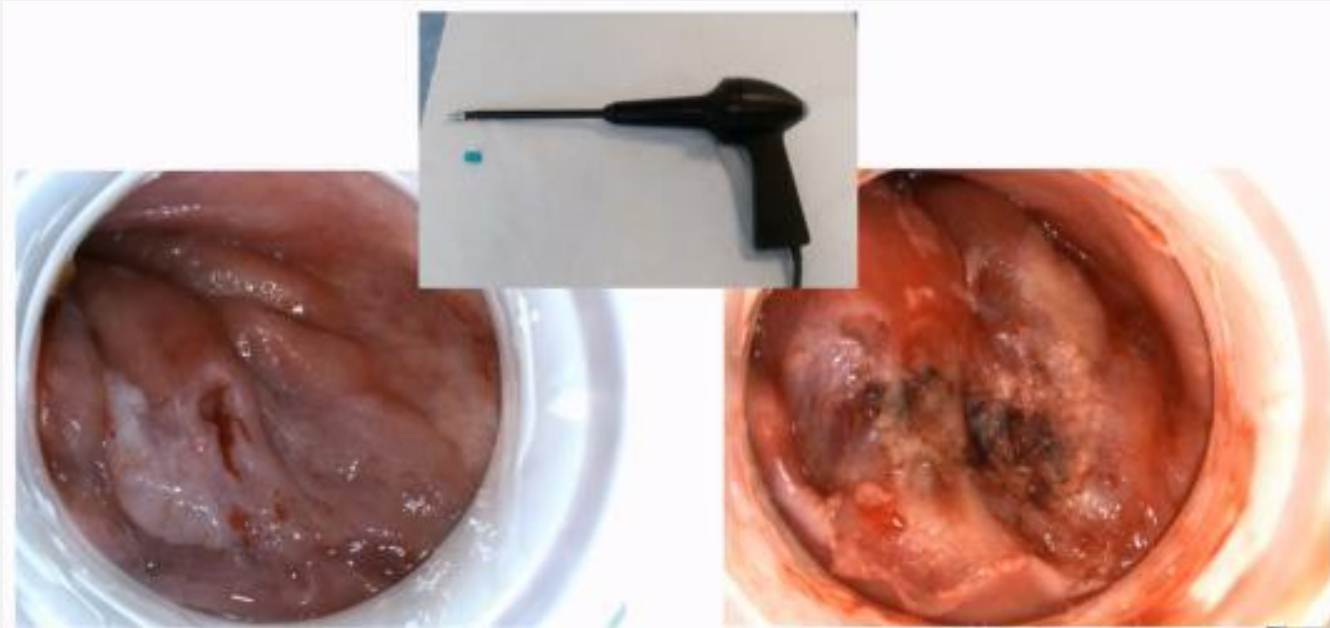
EN RÉSUMÉ



Lésion en AHR

EN RÉSUMÉ

Traitement des HSIL



CONCLUSION

- Premier dépistage ciblé pour les cancers de l'an us
- Recherche et destruction de lésions pré-cancéreuses de l'an us
- Objectif : diminuer l'incidence des cancers de l'an us



Maison de Santé Protestante de Bordeaux-Bagatelle

Fondation reconnue d'utilité publique depuis 1867



SNFCP
Société Nationale Française de
Colo-Proctologie

Sources et iconographies :
Dr LUCAS SPINDLER –
Hopital Saint JOSEPH PARIS



COREViH

Nouvelle Aquitaine

COMITÉ DE COORDINATION RÉGIONALE
DE LUTTE CONTRE L'INFECTION
PAR LE VIH ET LES IST