



SESSION MYSTERE
Chirurgie de rattrapage après RT/CRT des cancers du canal anal : analyse de la cohorte prospective française FFCD-ANABASE

28/11/2024

NOVOTEL Bordeaux Lac

Clara Naessens, CHU Limoges

1ère rencontre de radiothérapie en Nouvelle-Aquitaine



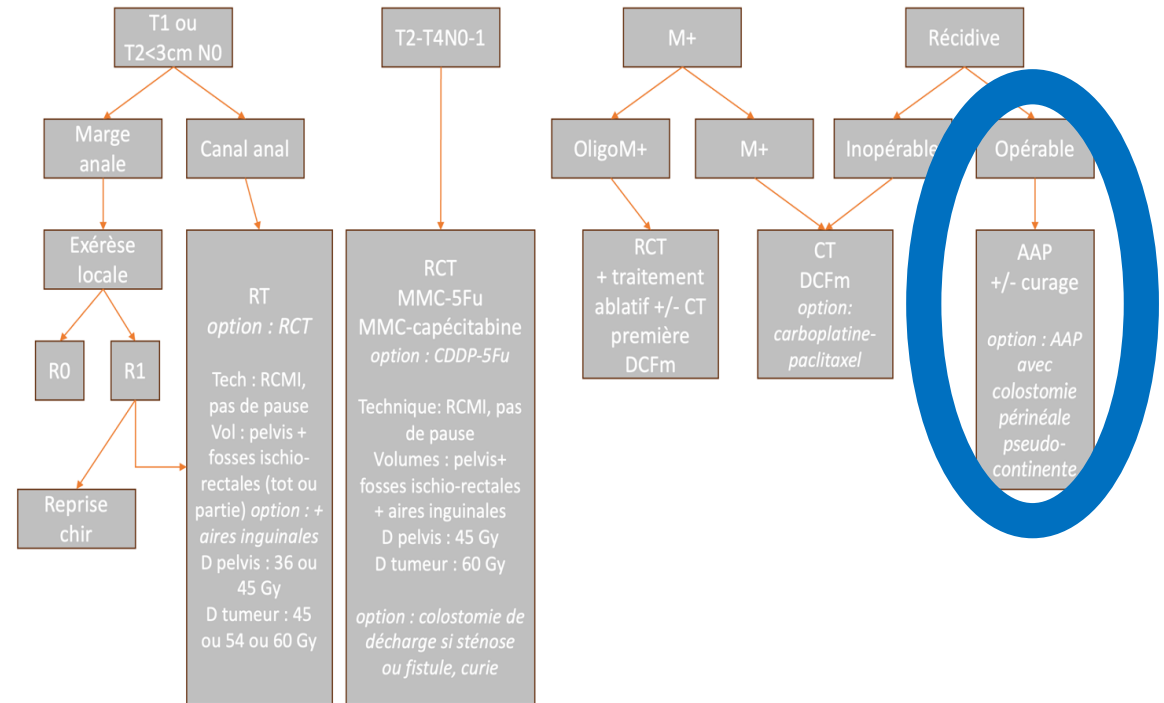
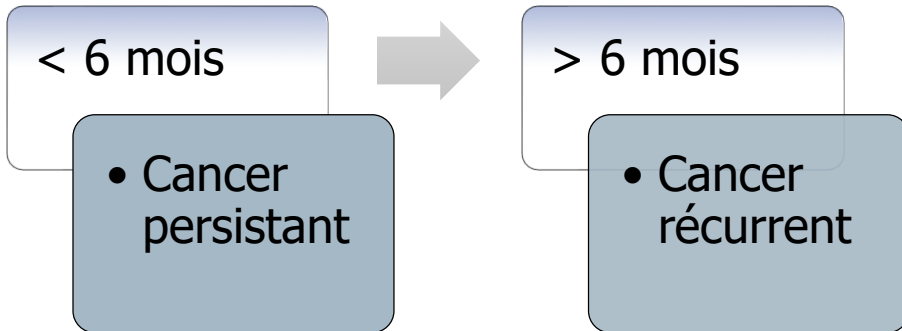
Liens d'intérêts

- Aucun



Introduction

Échec local
10-30%



OBJECTIF DE L'ÉTUDE : Évaluer les résultats de l'amputation abdominopérinéale (AAP) de sauvetage après échec local de la RT/CRT dans le carcinome épidermoïde du canal anal



Matériels & Méthodes



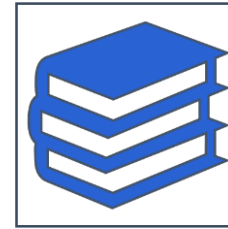
Étude FFCD-ANABASE

Cohorte prospective multicentrique (2015-2020)



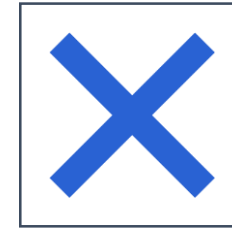
Critères d'inclusion

AAP pour échec local après RT/CRT d'un carcinome épidermoïde du canal anal initialement non métastatique



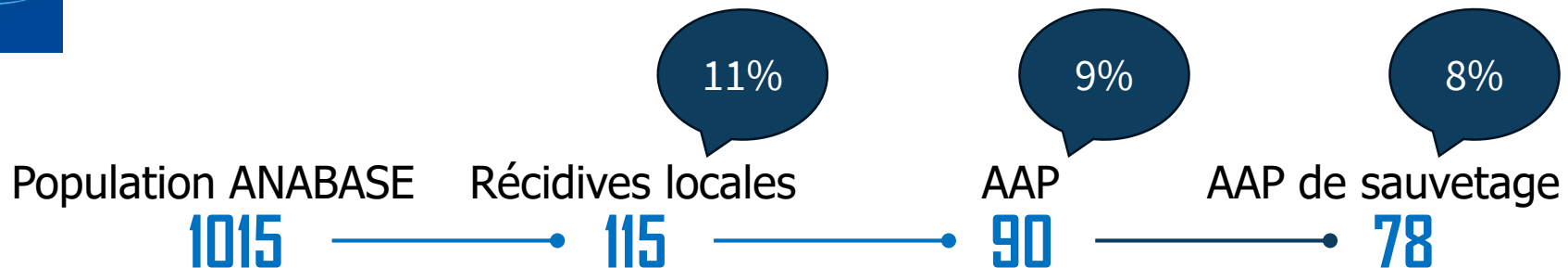
Critères d'inclusion

Documentation obligatoire de cancer récurrent/persistant par imagerie ou histologie



Critères d'exclusion

AAP pour raison fonctionnelles (douleur, nécrose) ou exérèse locale





Résultats

Population



AGE

60 ans



SEXE FEMININ

67 %



DELAIS APP

7,4 mois



PAUSE RT

34 %



ypT3-4

45 %



ypN1-2

12 %



LVSI+

43 %



HAUT GRADE

17 %



LAMBEAU

74 %

Grand droit : 39 %
Omental : 41 %
Gracilis : 6 %
Glutéal : 6 %
Autre : 9%



**COLOSTOMIE
PSEUDOCONTINENTE**

10 %



MARGES R1

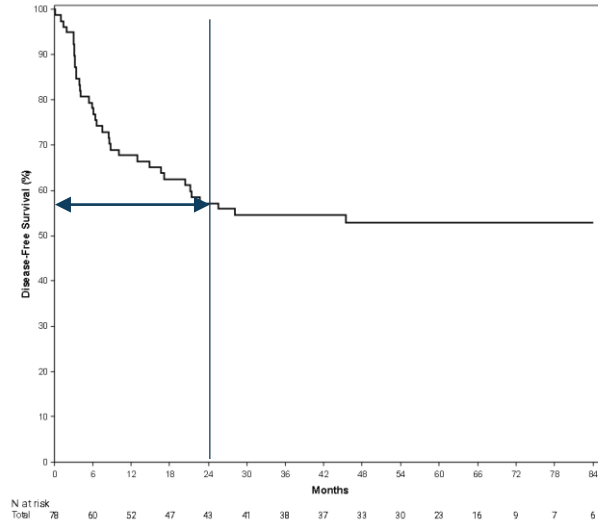
19 %



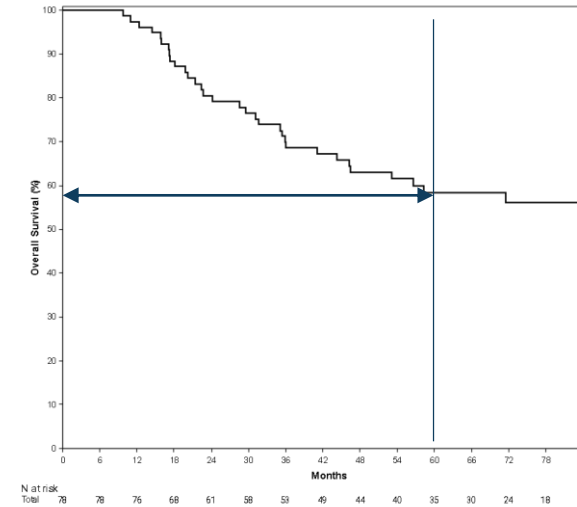
Résultats

Survie et Facteurs de Risque

53%
De SSM à 5 ans



57%
De SG à 5 ans



18%
De rechutes
locorégionales

Variable	Survie sans maladie (SSM)				Survie globale (SG)			
	Analyse univariée		Analyse multivariée		Analyse univariée		Analyse multivariée	
	HR [IC95%]	p	HR [IC95%]	p	HR [IC95%]	p	HR [IC95%]	p
Sexe								
Femme	0,49 [0,26-0,94]	0,032'	0,68 [0,28-1,67]	0,400	0,50 [0,25-0,99]	0,047'	0,38 [0,15-0,97]	0,043'
Homme	Réf		Réf		Réf		Réf	
Taille T avant CRT								
< 4 cm	0,50 [0,24-1,06]	0,072	0,24 [0,08-0,73]	0,012'	0,45 [0,2-1,05]	0,065	0,31 [0,09-1,05]	0,060
≥ 4 cm	Réf		Réf		Réf		Réf	
ypT								
ypT1-2	0,54 [0,28-1,05]	0,068	1,03 [0,43-2,46]	0,945	0,48 [0,24-0,97]	0,040'	0,77 [0,3-1,98]	0,582
ypT3-4	Réf		Réf		Réf		Réf	
ypN								
ypN0	0,46 [0,19-1,11]	0,083	0,20 [0,06-0,64]	0,007'	0,48 [0,18-1,24]	0,129	0,26 [0,07-0,9]	0,034'
ypN1	Réf		Réf		Réf		Réf	
Interruption de RT								
Non	0,51 [0,26-0,99]	0,048'	0,45 [0,2-1,01]	0,053	0,41 [0,2-0,84]	0,014'	0,41 [0,17-1,01]	0,053
Oui	Réf		Réf		Réf		Réf	
Marges								
R0	0,31 [0,16-0,64]	0,001'	0,19 [0,07-0,55]	0,002'	0,46 [0,21-1]	0,051	0,51 [0,18-1,49]	0,221
R1	Réf		Réf		Réf		Réf	

8%
De rechutes
métastatiques



Résultats

Complications (Clavien-Dindo)

84% De complications post-opératoires

44% De complications post-opératoires majeures

3% De décès post-opératoires

19j Durée médiane d'hospitalisation post-opératoire

Grade	
1	Any deviation from the normal postoperative course without the need for pharmacological treatment or surgical, endoscopic and radiological interventions. Acceptable therapeutic regimens are: drugs as antiemetics, antipyretics, analgetics, diuretics and electrolytes and physiotherapy. This grade also includes wound infections opened at the bedside.
2	Requiring pharmacological treatment with drugs other than such allowed for grade 1 complications. Blood transfusions, antibiotics and total parenteral nutrition are also included.
3	Requiring surgical, endoscopic or radiological intervention
3a	Intervention under regional/local anesthesia
3b	Intervention under general anesthesia
4	Life-threatening complication requiring intensive care/intensive care unit management
4a	Single organ dysfunction
4b	Multi-organ dysfunction
5	Patient demise

Caractéristiques		n (%)
Complications post-opératoires	Oui	65 (84,4%)
	I	12 (18,5%)
	II	19 (29,2%)
	IIIA	7 (10,8%)
	IIIB	22 (33,8%)
	IVA	3 (4,6%)
	IVB	0 (0%)
	V	2 (3,1%)
Non	12 (15,6%)	



Discussion

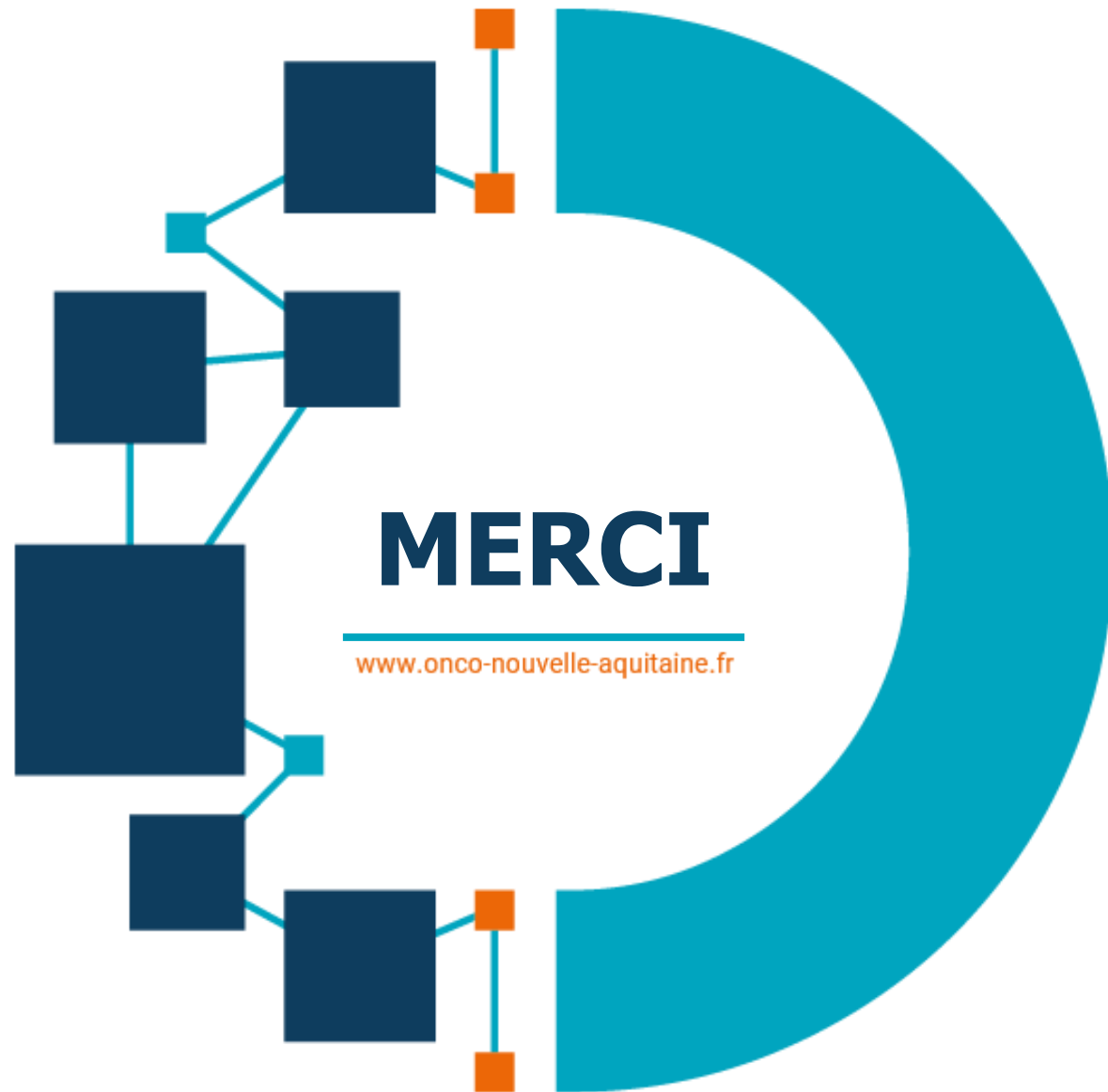
Take home Message

- Première étude prospective, multicentrique, sur grande cohorte, avec suivi long
- Chirurgie de rattrapage = traitement de référence en cas de récurrence ou de réponse incomplète opérable après RT/CRT des carcinomes épidermoïdes du canal anal
- Optimiser le traitement de RT/CRT → 1 patient/2 « rattrapé » par l'AAP
- Bien poser l'indication d'AAP → 1 patient/2 avec une complication majeure
- Respect de 6 mois avant AAP → 1 patient/4 était opéré ≤ 5 mois après RT/CRT)
- Faire des biopsies si doute avant AAP → 15% de patients ypT0N0
- R0 et ypN0 réduisent chacun par 5 le risque instantané de rechute ; ypN0 réduit par 5 le risque instantané de décès → Place d'un traitement systémique périopératoire ?



Références

- **Santé publique France** - *Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018 (2024)*.
- **Abramowitz et al.** - *International Journal of Cancer* (2011).
- **Flam et al.** - *J Clin Oncol* (1996).
- **Bartelink et al.** - *J Clin Oncol* (1997).
- **Northover et al.** - *Br J Cancer* (2010).
- **UKCCCR Anal Cancer Trial Working Party** - *Lancet* (1996).
- **SEER** - *Cancer Stat Facts* (2023).
- **Das et al.** - *Int J Radiat Oncol Biol Phys* (2007).
- **Wright et al.** - *Int J Radiat Oncol Biol Phys* (2010).
- **Glynne-Jones et al.** - *Lancet Oncol* (2017).
- **James et al.** - *The Lancet Oncology* (2013).
- **Moureau-Zabotto et al.** - *Dig Liver Dis* (2017).
- **Ko et al.** - *Colorectal Dis* (2019).
- **Mullen et al.** - *Ann Surg Oncol* (2007).
- **Ghouti et al.** - *Dis Colon Rectum* (2005).
- **Mariani et al.** - *Dis Colon Rectum* (2008).
- **Lefèvre et al.** - *Ann Surg Oncol* (2012).
- **Vendrely et al.** - *Radiother Oncol* (2023).
- **Clavien et al.** - *Ann Surg* (2009).
- **Correa et al.** - *J Surg Oncol* (2013).
- **Akbari et al.** - *Dis Colon Rectum* (2004).
- **Eeson et al.** - *Am J Surg* (2011).
- **Rouquie et al.** - *Journal de Chirurgie* (2008).
- **Hagemans et al.** - *Ann Surg Oncol* (2018).
- **Harris et al.** - *Colorectal Dis* (2013).
- **Papaconstantinou et al.** - *Colorectal Dis* (2006).
- **Hannes et al.** - *Int J Colorectal Dis* (2016).
- **Pedersen et al.** - *Eur J Surg Oncol* (2018).
- **Ferenschild et al.** - *World J Surg* (2005).
- **Sideris et al.** - *Bull Cancer* (2004).
- **Patel et al.** - *Dis Colon Rectum* (2020).
- **Ellenhorn et al.** - *Ann Surg Oncol* (1994).
- **Pocard et al.** - *Dis Colon Rectum* (1998).
- **Renehan et al.** - *Br J Surg* (2005).
- **Glynne-Jones et al.** - *Int J Radiat Oncol Biol Phys* (2011).
- **Elson et al.** - *Cancer* (2018).
- **Jethwa et al.** - *Clinical and Translational Radiation Oncology* (2021).
- **Peiffert et al.** - *Cancer Radiother* (2011).
- **Stewart et al.** - *J Gastrointest Surg* (2007).
- **van der Wal et al.** - *J Gastrointest Surg* (2001).
- **Severino et al.** - *Colorectal Dis* (2016).
- **Houard et al.** - *J Nucl Med* (2017).
- **Andrioaie et al.** - *Pathogens* (2023).
- **Temperley et al.** - *International Journal of Molecular Sciences* (2024).





Discussion

Conclusion

	ANABASE	Ko et al. - Colorectal Dis (2019)
Incidence de l'AAP	8%	15-30%
SSM à 5 ans	53%	44%
SG à 5 ans	57%	39%
Rechutes locorégionales	18%	24%
Rechutes métastatiques	8%	9%
Rechutes LR et M	5%	/
Suivi médian	61 mois	24 mois
Cancers persistants (≤ 6 m)	38%	50%
Facteurs de risque de SSM	R1, ypN+, cT<4cm	R1, ypN+, ypT3-4, D tot < 55 Gy, LVSI+, haut grade
Complications majeures	44%	18-58%
Mortalité	3%	<5%