

# RÉSULTAT DU TRAITEMENT DES CANCERS ÉPIDERMOÏDES DE L'ANUS CHEZ LE PATIENT INFECTÉ PAR LE VIH : ÉTUDE COMPARATIVE CHEZ 46 PATIENTS

POGHOSYAN T (1), MUNOZ-BONGRAND N (1), ZOHAR S (2),  
GERARD L (3), GORNET JM (4), HENNEQUIN C (5), SARFATI E (1).

1: Chirurgie Générale, Digestive et Endocrinienne 2: Biostatistiques  
3: Immunopathologie Clinique 4: Hépto-Gastro-Entérologie 5: Radiothérapie

[nicolas.munoz-bongrand@sls.aphp.fr](mailto:nicolas.munoz-bongrand@sls.aphp.fr)



**HOPITAL SAINT-LOUIS, APHP**



Journées Nationales d'Infectiologie, Marseille, Juin 2008

## INTRODUCTION

- Tumeur rare chez les patients VIH-
- Incidence croissante du CEA chez les patients VIH+:
  - 5<sup>ème</sup> cancer en 2006
  - Cancers: 2<sup>ème</sup> cause de mortalité
- Taux élevé de lésions liées à HPV dans cette population (25%)
- Programmes de détection systématiques de ces lésions chez les VIH+

### INTRODUCTION

- Avant l'association antirétrovirale efficace (HAART), le pronostic du CEA chez le patient VIH+ était désastreux.
- Depuis HAART, le pronostic chez le patient VIH+ reste controversé:
  - Moins bon pronostic, mais quelques patients traités avant HAART (Ronney DCR 2004), ou peu de patients (Oehler-Janne Radiat Oncol 2006)
  - Pronostic équivalent, mais peu de patients ou peu de recul ou non comparatif (Blazy DCR 2005, Wexler DCR 2008), ou données de registres (Chiao JCO 2008)

## INTRODUCTION

- Le traitement de première intention du cancer épidermoïde de l'anus (CEA) repose sur la radiothérapie ou la radiochimiothérapie (RCT)
- Chirurgie si
  - Séquelles sphinctériennes invalidantes
  - Récidive tumorale

### BUT

- Comparer le traitement du CEA
- Chez des patients VIH+ et VIH-
- En termes
  - De tolérance à la radiochimiothérapie
  - D'échec de la RCT (récidive)
  - De recours à la chirurgie
  - De survie

## **PATIENTS ET METHODES**

- De janvier 2001 à décembre 2006
- 26 patients VIH- (âge moyen 63 ans, 20 femmes)
- 20 patients VIH+ (âge moyen 48 ans, 19 hommes)
- Analyse rétrospective

## PATIENTS ET METHODES

- Traitement à visée curative
  - RCT prévue 60-70 Gy à du 5FU-Cisplatine
  - Radiothérapie seule (T1 N0)
  - Irradiation inguinale si N+

## PATIENTS ET METHODES

### ■ Chirurgie:

□ de confort (colostomie)

□ curative « de sauvetage »:

amputation abdomino-périnéale (AAP) ± lambeau de Taylor





## RESULTATS

### CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION

- Suivi médian: 32,5 mois (7-84 mois)
- Statut tumoral identique dans les 2 groupes

	VIH- (n=26)	VIH+ (n=20)	p
T1	5	4	ns
T2	11	8	ns
T3	4	6	ns
T4	6	2	ns
N0	18	13	ns
SCC médian	1 (0,5-16)	2,45 (0,5-70)	ns

## RESULTATS

### CARACTERISTIQUES DES 20 PATIENTS VIH+

- Traitement antirétroviral au diagnostic de CEA: n=19
- Charge virale:
  - < 200 copies/ml: n=15 (75%)
- CD4:
  - > 200/mm<sup>3</sup>: n=17 (85%)
  - > 500/mm<sup>3</sup>: n=5 (25%)
- Antécédent de chirurgie proctologique: n=7 (35%)
- Antécédent tumoral: lymphome (n=3) et Kaposi (n=1)

## RESULTATS

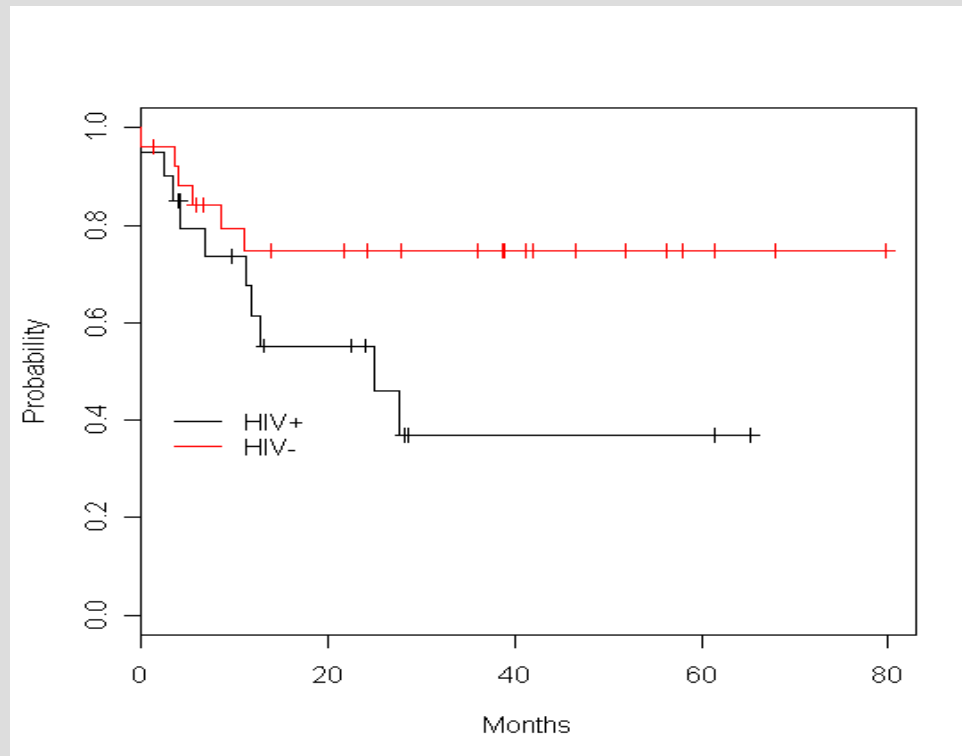
### TRAITEMENT DE 1ere INTENTION

	VIH- (n=26)	VIH+ (n=20)	p
Radiochimiotérapie	19	16	ns
Radiothérapie seule	7	4	ns
Irradiation inguinale	20	16	ns
Durée	81 ± 30 j	109 ± 45 j	<b>p=0,03</b>
Dose moyenne de Radiothérapie	63,5 ± 5 Gy	62,5 ± 7Gy	ns
Arrêt à 45 Gy	1	2	ns

## RESULTATS

### SURVIE SANS RÉCIDIVE APRES RCT

- Patients VIH+
  - 10 récurrences (50%)
  - 6 < 1 an
- Patients VIH-
  - 6 récurrences (23%)
  - 6 < 1 an



p=0,06  
Kaplan-Meier

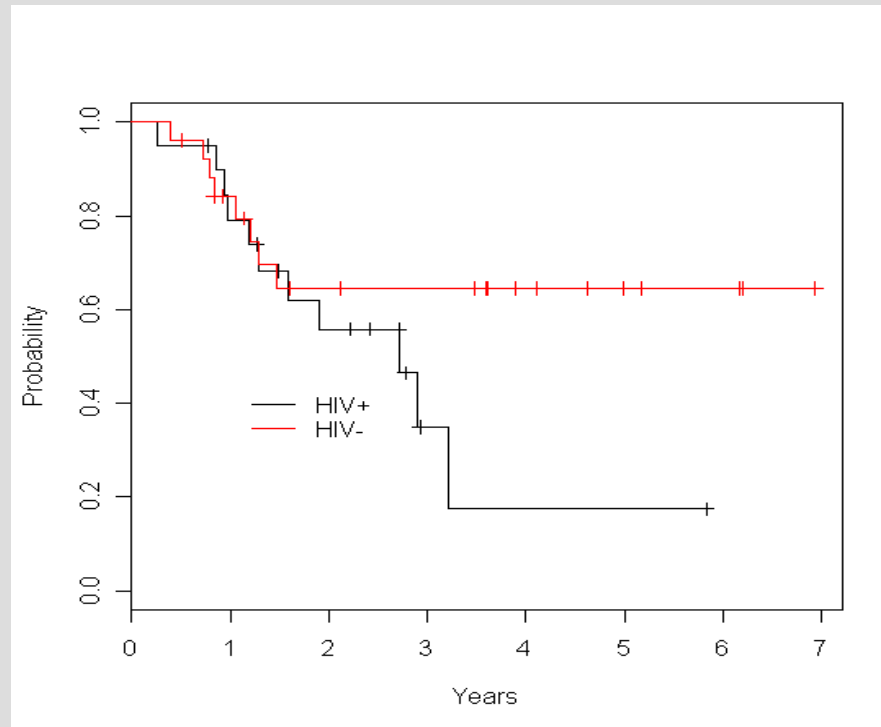
Survie sans échec de RCT à 1 an: 95,7% vs 77,4%  
A 5 ans: 74,8% vs 36,8%

Journées Nationales d'Infectiologie, Marseille, Juin 2008

## RESULTATS

### RECOURS A LA CHIRURGIE

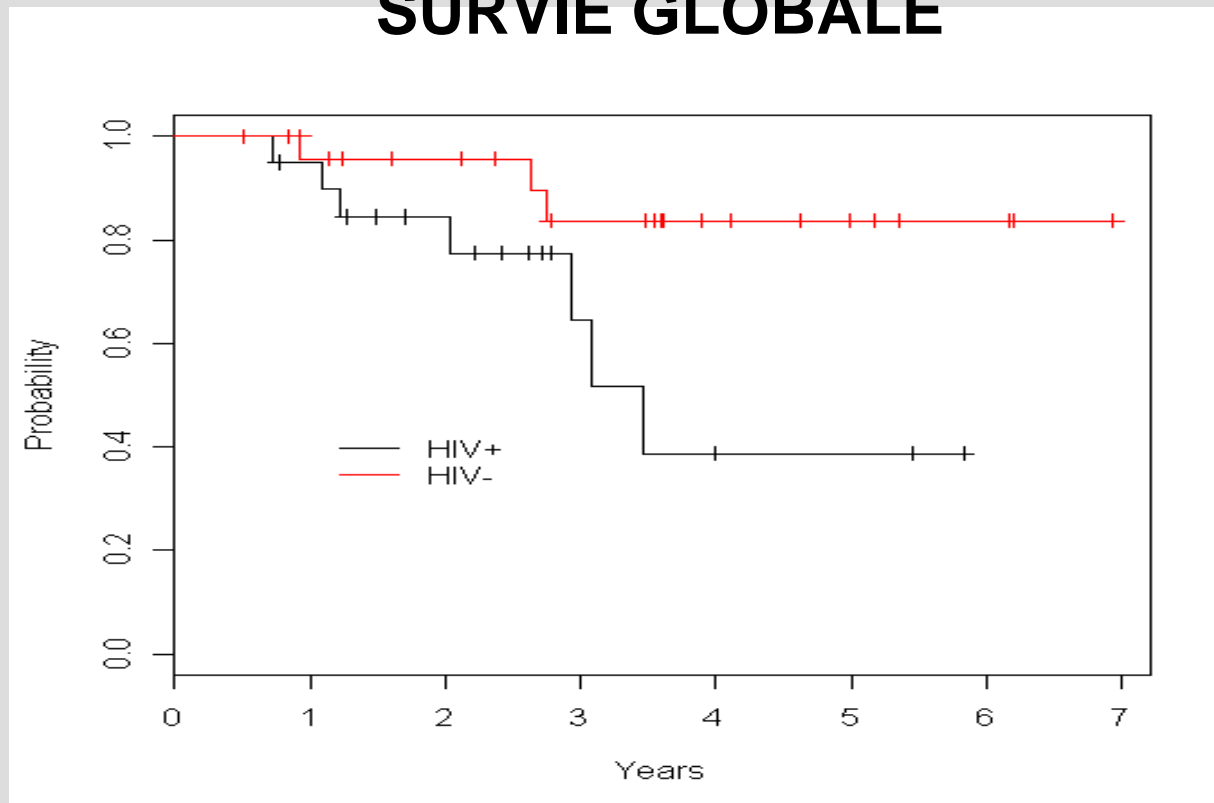
- Onze patients VIH+ (55%) ont été opérés,
  - dont 8 AAP
  - 5R0, 2R1, 1R2
- Huit patients VIH- (31%) ont été opérés,
  - dont 7 AAP
  - 5R0, 2R1



p=0,17  
Kaplan-Meier

## RESULTATS

### SURVIE GLOBALE



**p=0,026**  
Kaplan-Meier

Survie à 2 ans : 95,7% vs 77,4%

A 5 ans : 83,7% vs 38,7%

Tous les patients VIH+ décédés le sont à cause du CEA

## CONCLUSION

- Survie moins longue chez les patients VIH+
  
- Probablement
  - Par une moins bonne tolérance à la RCT
  - Par un moins bon contrôle local
  - Par une chirurgie moins curative en cas d'échec de RCT?