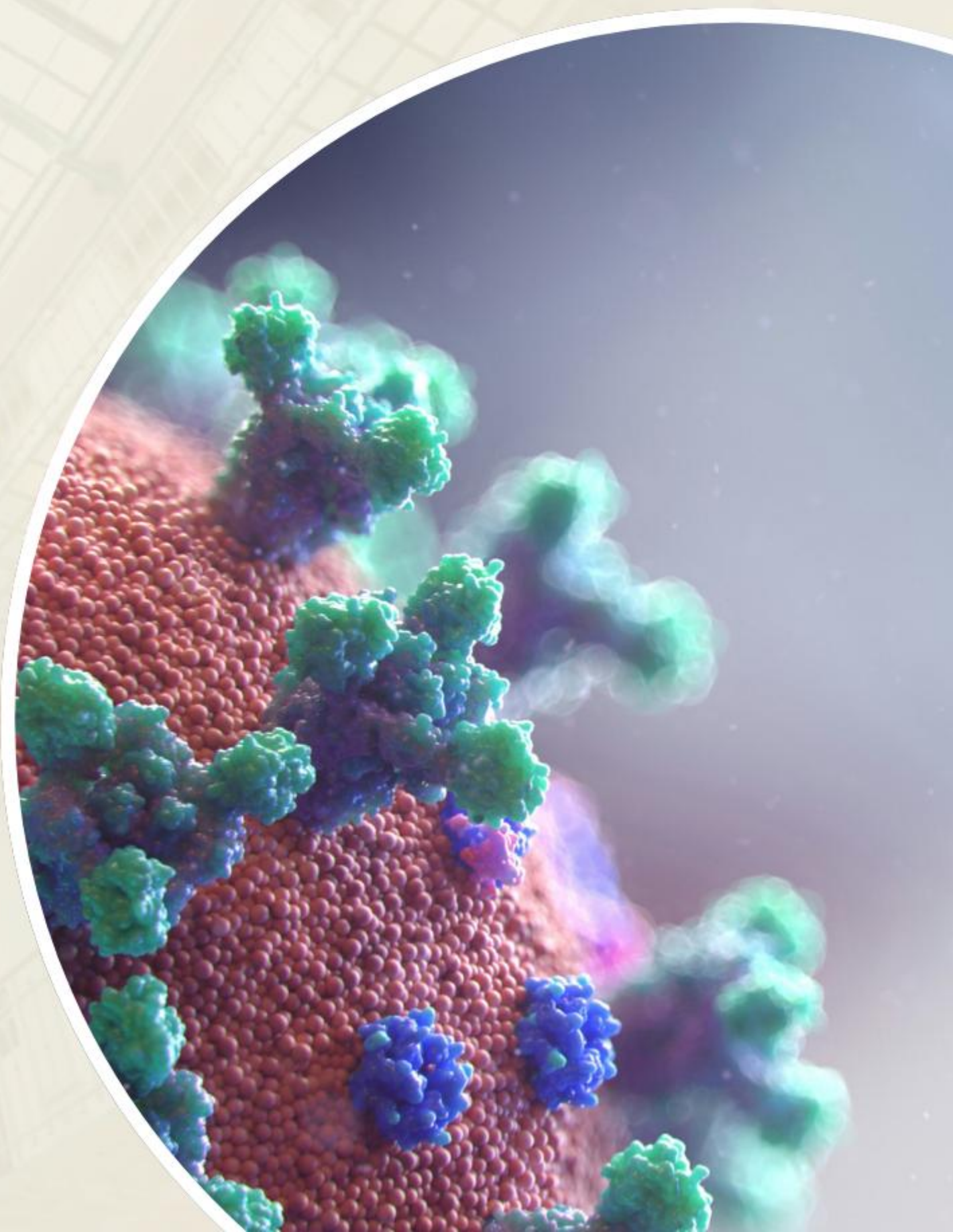


Congrès  **CANCER**
IMMUNE

CANCER DE L'IMMUNODÉPRIMÉ

jeudi 19 février 2026 - Paris





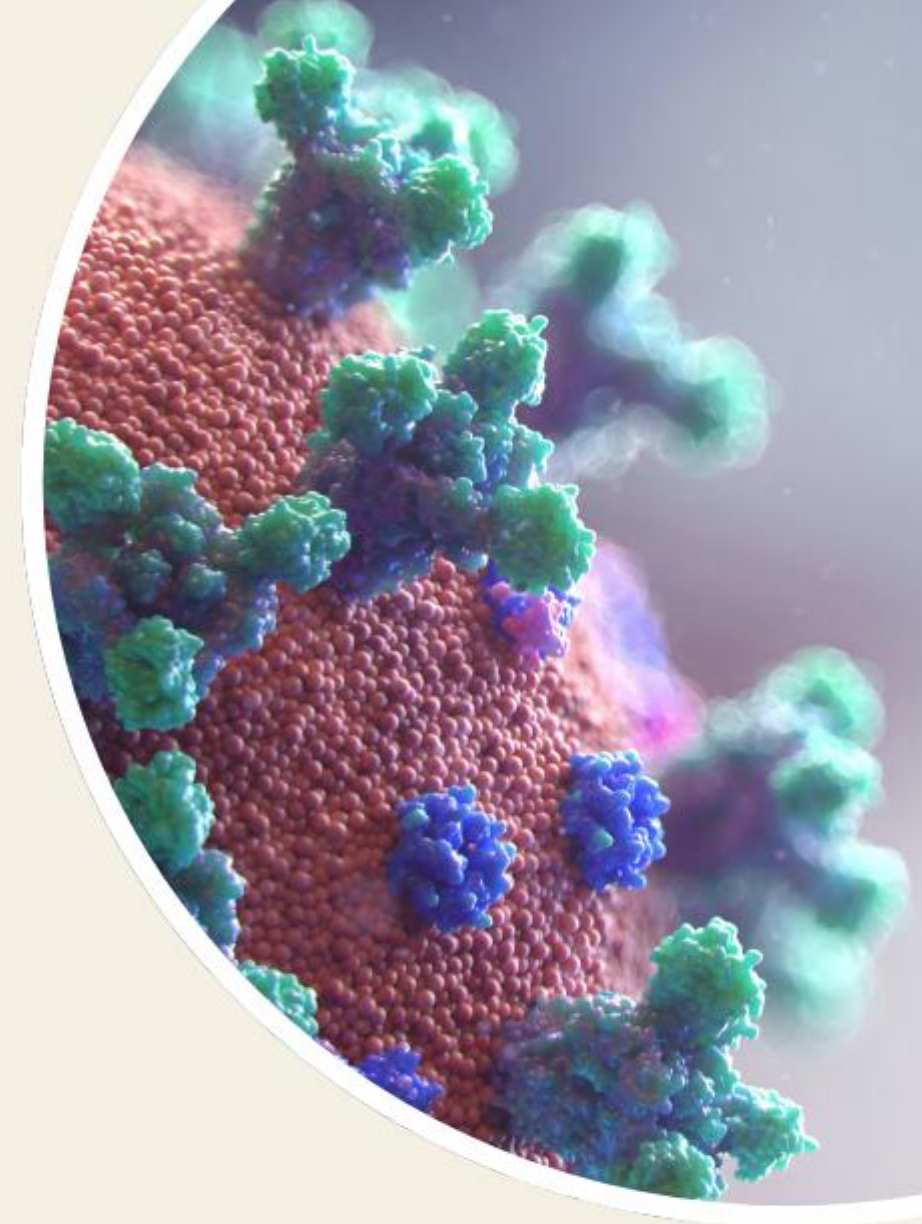
Congrès  **CANCER
IMMUNE**

**CANCER
DE L'IMMUNODÉPRIMÉ**

jeudi 19 février 2026 - Paris

Cas cliniques : cancer de l'anus

Johan Chanal - Dermatologue
Centre de Santé Sexuelle Edelman
Dermatologie Cochin, Paris



Carcinome épidermoïde

HSIL



Le carcinome épidermoïde HPV + classique ...

Mr V, 60 ans

- Séropositivité VIH1, en rupture de traitement

Tabac 50 PA

Adressé pour condylomes..



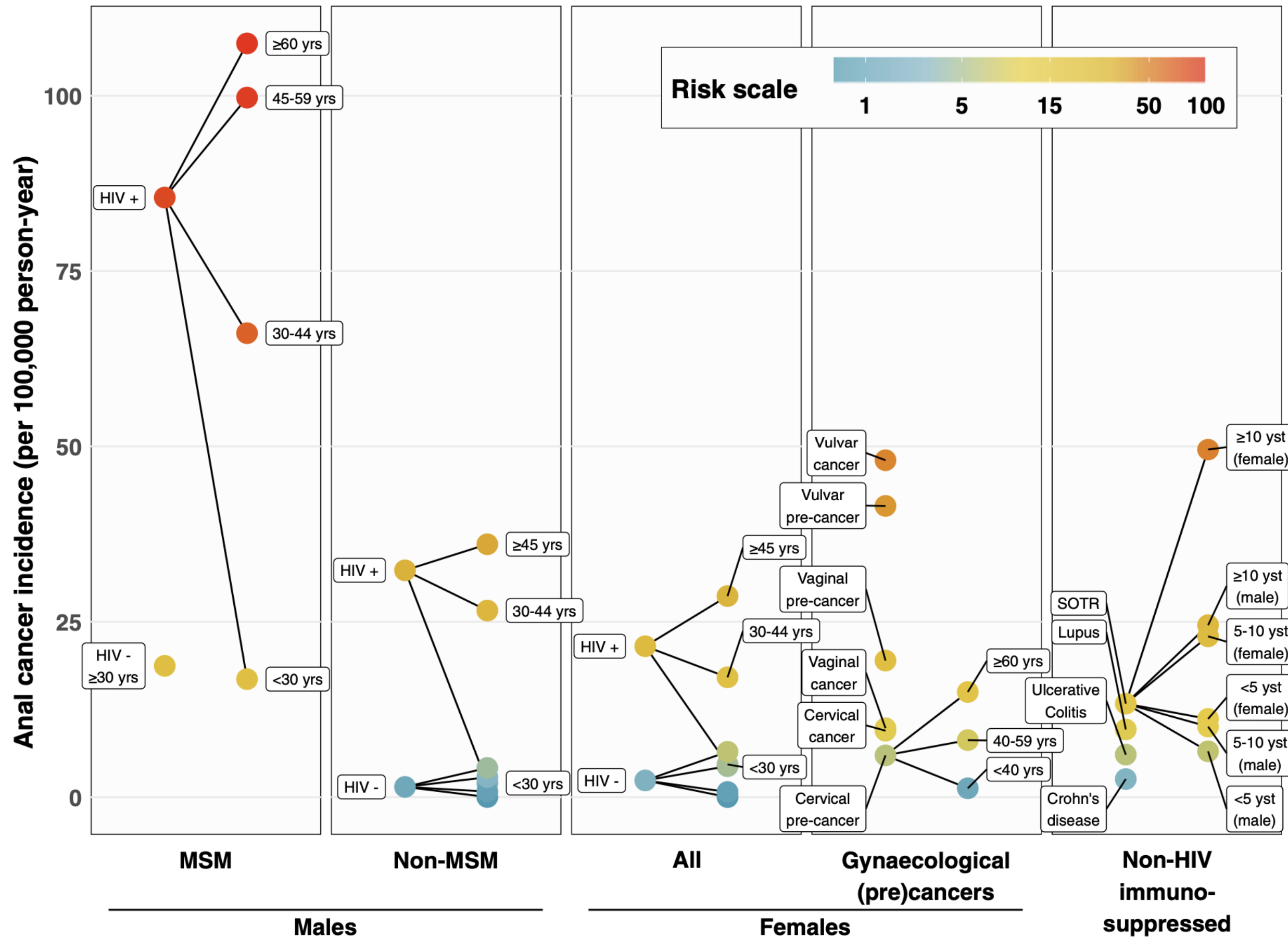
Papulose Bowénoïde



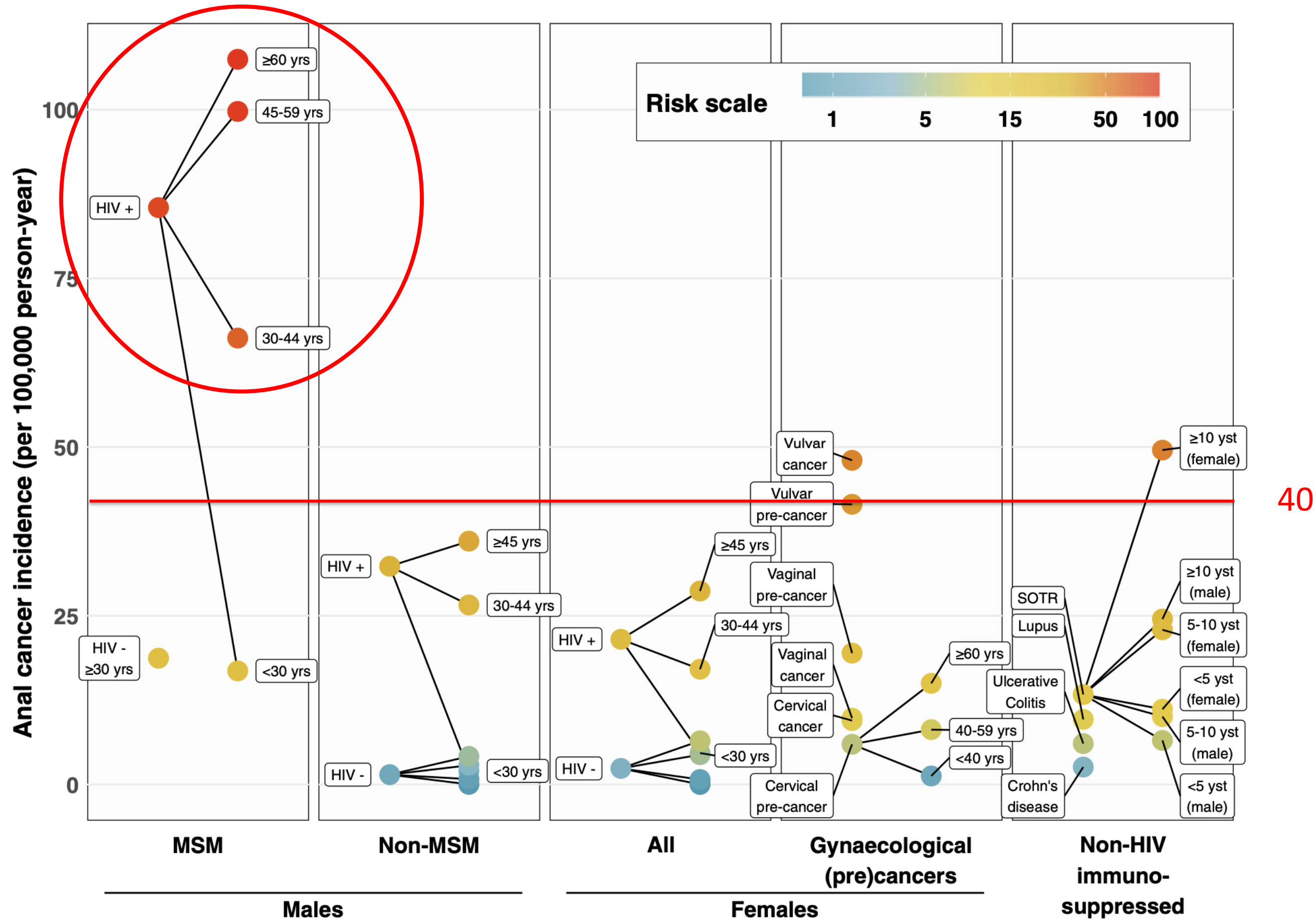
Maladie de Bowen



AIN 2/3 = AIN Haut Grade = HSIL => toujours secondaire à HPV



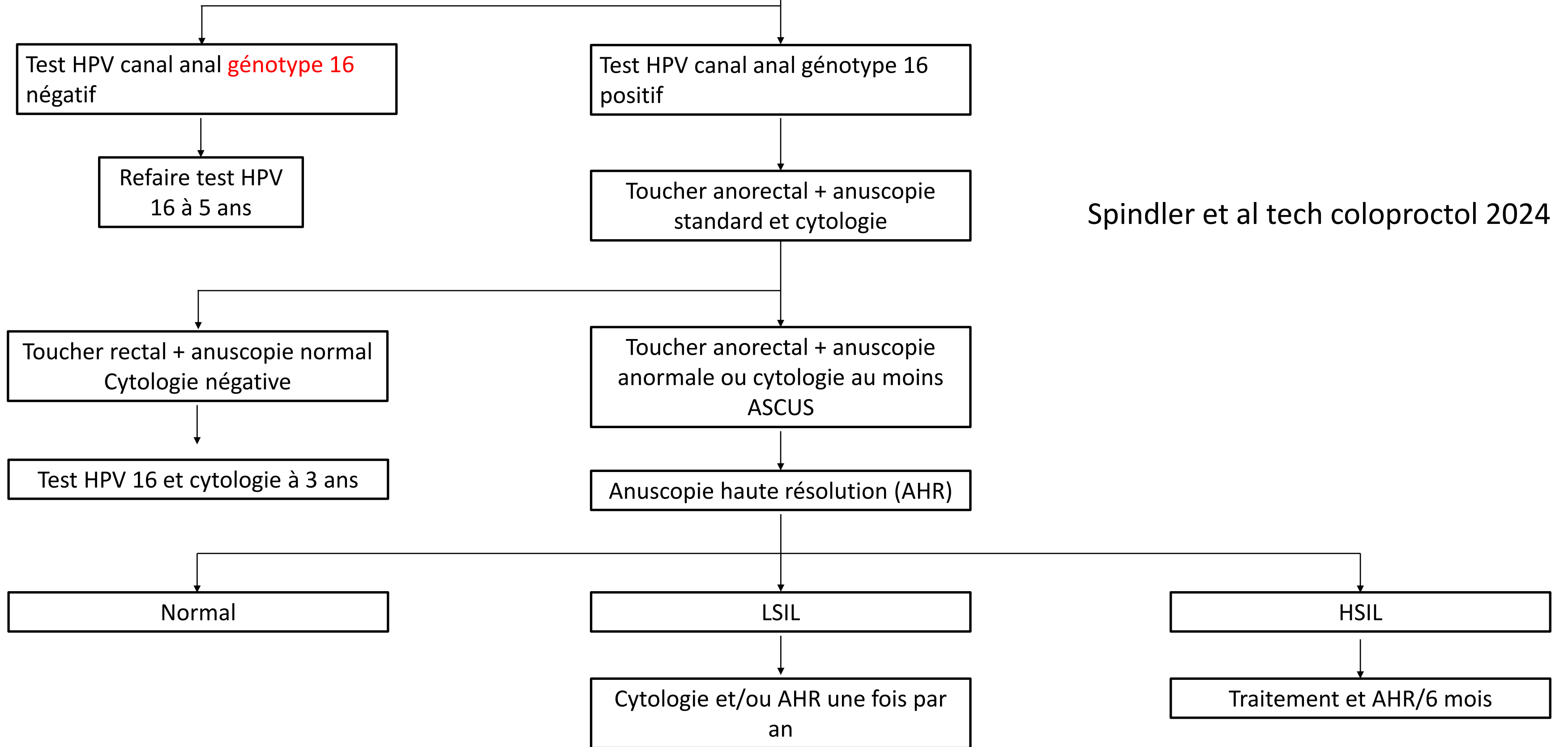
Clifford GM Int J Cancer 2021



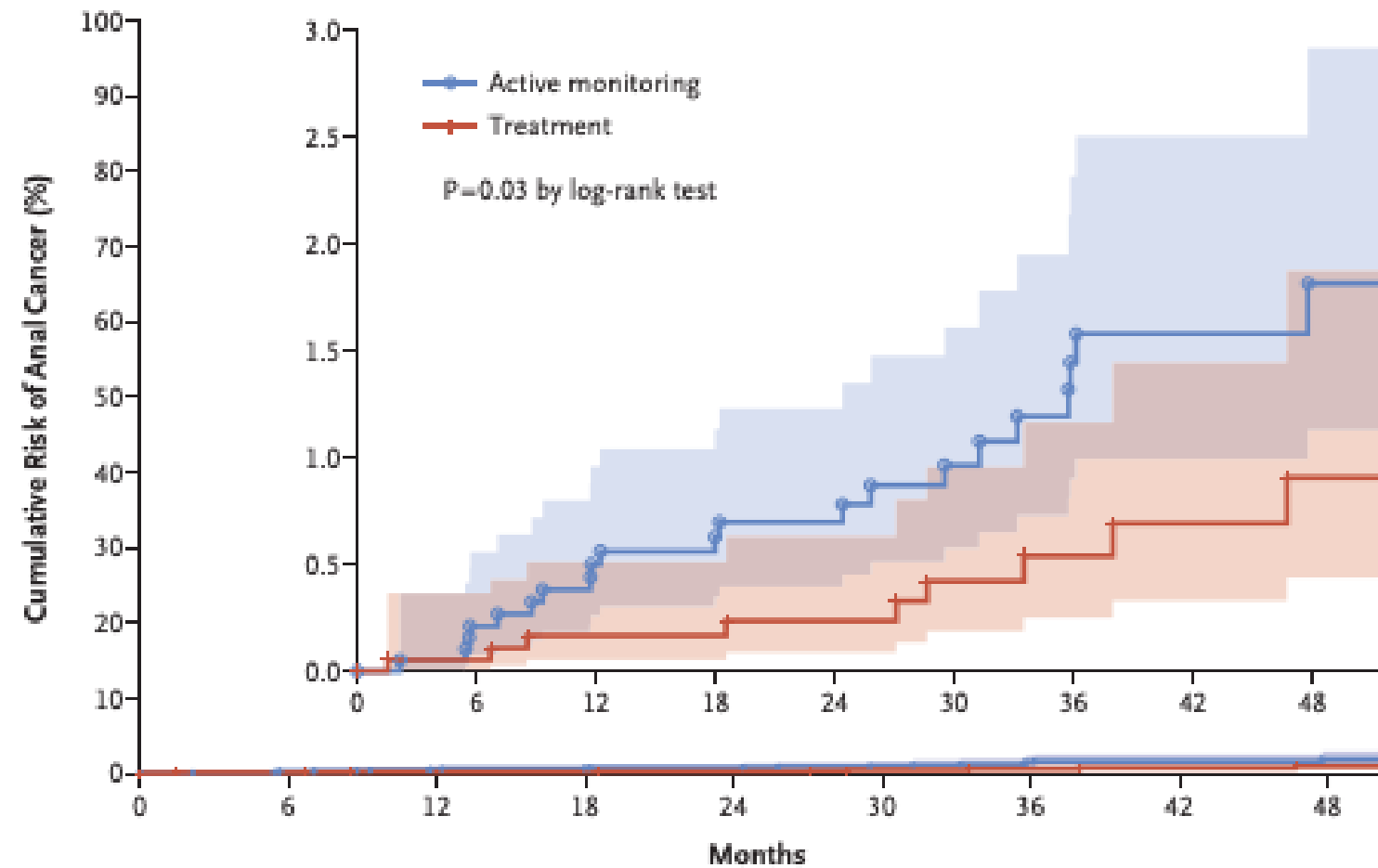
40

HSH vivants avec le VIH âgés de plus de 30 ans
Femmes ayant des antécédents de HSIL ou de cancer de la vulve
Femmes transplantées d'organe solide depuis plus de 10 ans

+ Les femmes VIH + ayant des antécédents de lésions HPV du col



Spindler et al tech coloproctol 2024



No. at Risk	0	6	12	18	24	30	36	42	48
Active monitoring	2219	1856	1671	1459	1238	992	758	572	407
Treatment	2227	1871	1655	1473	1224	989	753	557	409

Figure 2. Kaplan–Meier Curve of the Time to Progression to Anal Cancer.
The inset shows the data on an expanded y axis. The shaded areas represent 95% confidence intervals.

- Etude ANCHOR (N=4446)
- PVVIH >35 ans avec HSIL
 - 1 bras non traité et suivi (N=2227)
 - 1 bras traité et suivi (N=2219)
- 9 dans le bras traité vs 21 dans le bras non traité (57% de réduction (p=0,029))

Pafelsky et al. NEJM 2022



Un cas de « cancer » de l'anus particulier

Mr D... homme 57 ans

Antécédents personnels :

- Séropositif pour le VIH connu depuis 2006. Charge virale indétectable, CD4 : 488/mm³
 - Nadir CD4 330/mm³
- Psychose mal étiqueté
- HTA

Les antécédents thérapeutiques sont :

- Du 20/11/2007 au 16/01/2014 : Trizivir. Arrêt pour Echec virologique
- Du 16/01/2014 au 04/01/2017 : Edurant + Viread + Ziagen. Arrêt pour Echec virologique
- Du 04/01/2017 au 03/01/2018 : Norvir + Reyataz + Tivicay. Arrêt pour Echec virologique
- Du 03/01/2018 au 31/01/2018 : Fuzeon + Norvir + Prezista + Tivicay. Arrêt pour Allègement
- Du 31/01/2018 au 17/12/2018 : Norvir + Prezista + Tivicay. Arrêt pour Echec virologique
- Du 17/12/2018 au 17/12/2020 : Darunavir (Prezista) + Emtricitabine / Ténofovir (Truvada) + Ritonavir (Norvir) + Tivicay. Arrêt pour Simplification thérapeutique
- Depuis 17/12/2020 : Emtricitabine / Ténofovir (Truvada) + Tivicay





- Adressé pour lésion anale évoluant depuis 1 an. Pas de douleurs ni de prurit.
- Volumineuse masse infiltrante et fistulisante



1. Résection partielle

Macroscopie : une dizaine de fragments non orientables, friables, mesurant de 0,7 à 4 cm de grand axe

Inclusion en totalité en 10 blocs

Technique : fixation formolée, inclusion en paraffine, coupes à 3 μ coloration à l'Hématoxyline-Eosine-Safran (coverstainer Dako).

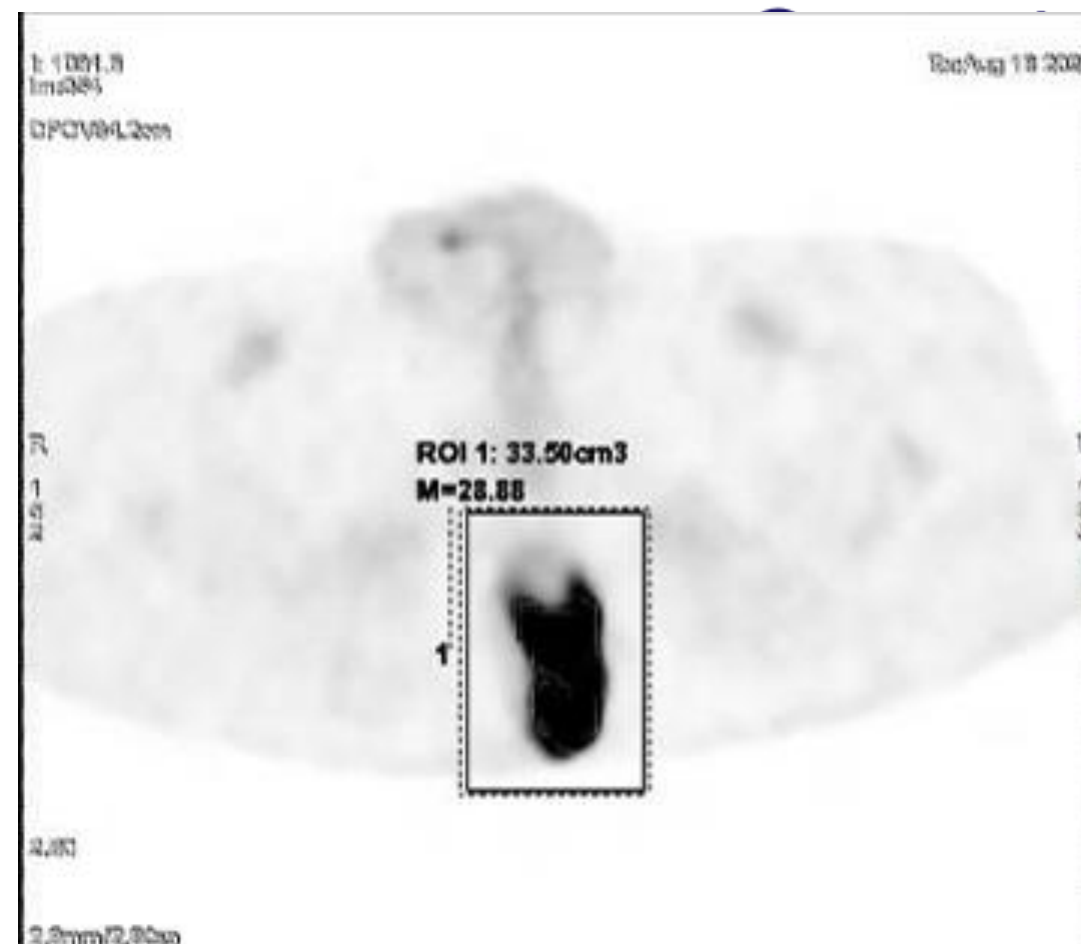
Microscopie : les prélèvements ont concerné une prolifération tumorale au revêtement malpighien hyperplasique et papillomateux, par endroit érodé en surface ou parakératosique. Dans les couches superficielles, il existe des signes d'infection virale HPV et une exocytose de polynucléaires neutrophiles. Le revêtement épithélial réalise des invaginations parfois profondes dans le chorion mais sans lésion carcinomateuse infiltrante ni dysplasie de haut grade. Le chorion est fibreux et congestif, abritant un infiltrat inflammatoire lympho-plasmocytaire par place abondant.

Absence de lésion dysplasique de haut grade ni carcinomateuse dans les limites de ces prélèvements.

Pet scanner 18 FDG

Intense métabolisme du canal anal fistulisant SUV 18,8 et masse anale SUV 20,6

Ganglions juxtacentimétrique du mesorectum SUV 2,6, et inguinal SUV environ 4,5



IRM: processus tissulaire tumoral périanal postérieur étendu en hauteur sur 60 mm x 55 mm x 35 mm avec visualisation d'une extension intersphinctérienne au niveau du pôle inférieur du canal anal et présence d'un envahissement du plan dermohypodermique. **Adénopathies d'allure suspecte inguinale bilatérale.**

Pas d'extension au niveau du bas rectum.

Trajet fistuleux horizontal d'allure collectée sur le rayon de 6 heures à hauteur du pôle supérieur du canal anale étendue sur environ 44 mm x 14 mm d'épaisseur



Biopsie ganglionnaire bilatérale

GANGLIONS INGUINAUX

Nous avons reçu :

- deux prélèvements à l'état frais. L'un a fait l'objet d'une cryopréservation et d'une apposition. L'autre, qui mesure 1,4 cm, a été inclus en totalité après fixation en formol tamponné (bloc 1) ;
- deux fragments à l'état fixé. Ils mesurent 1,2 et 1,3 cm de grand axe inclus en totalité (blocs 2 et 3).

Histologiquement, les aspects sont superposables dans l'ensemble des prélèvements. On retrouve une architecture ganglionnaire conservée avec une capsule visible non fibrosée. Dans les territoires interfolliculaires on retrouve de nombreux petits lymphocytes T avec quelques structures vasculaires et une discrète histiocytose. Les territoires B sont constitués de follicules lymphoïdes CD20 (+) avec un centre germinatif d'aspect réactionnel Bcl-2 (-).

L'anticorps anti-Cytokératine AE1/AE3 ne montre pas de cellule suspecte de malignité.

CONCLUSION :

Ganglion d'architecture conservée sans cellule suspecte de malignité.

Adénopathies « dermopathiques »

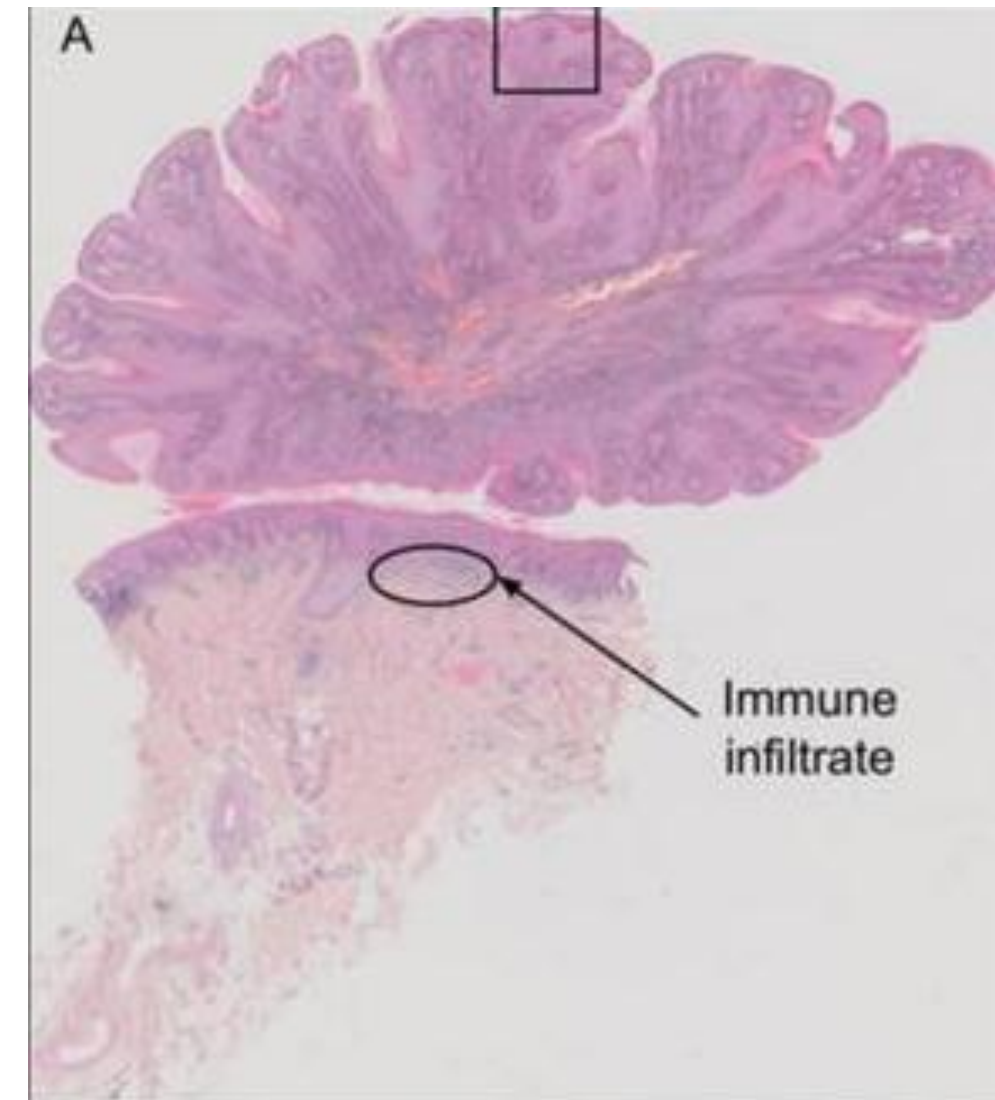


Diagnostic ?



Tumeur de Buschke-Lowenstein (BLT)

- BLT :
 - Tumeur à malignité locale
 - Histologie bénigne (condylome)
 - Potentielle de destruction locale
 - Risque de transformation (56%) avec un risqué faible de métastases
 - Taux de récurrence élevé (66%)
 - -> principalement HPV 6 et 11 !

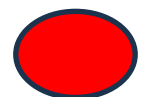


Purzycka-Bohdan D et al Int J Mol Sci 2022



HPV alpha muqueux: bas risque/ haut risque

- **HPV bas risque:** 6,11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81, CP108
- **HPV haut risque:** 16, 18, 26, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68, 73, 82
- 5% des cancers imputés à HPV



Présent dans le vaccin Gardasil 9®

Munoz, NEJM, 2003



- Incidence estimée : 0,1% in the général population
- Ratio H:F 2,7:1
- Evolution souvent lente (plusieurs années)

- Terrain particulièrement touché :
 - **HIV +**
 - Maladies hématologiques
 - Iatrogènes (maladies auto-immunes, patients transplantés...)

Grande confusion dans la littérature !

Buschke-Lowenstein / carcinome verruqueux (VC/CVC)

The pathogenesis of VC remains poorly understood, though several factors have been associated with its development. Chronic irritation and inflammation, poor hygiene, and human papillomavirus (HPV) infection, particularly with low-risk HPV types like HPV-6 and HPV-11, are commonly implicated in the aetiology of VC in anogenital regions [5].

CVC most commonly affects the oral mucosa, palmoplantar region, and anogenital region, and is typically associated with HPV.⁸ CVC classically appears as a slow growing,

review all published cases since 1965 (n = 41) [4]. Additionally, a case series including seven patients was recently reported by Lightner et al. [5]. VCs are rare, exophytic, low-grade, well-differentiated SCCs characterized by their locally invasive growth and low incidence of metastasis [7–9]. Infection with HPV and exposure to chronic inflammation have been implicated as etiologic factors [7, 8, 10, 11]. Following extensive research of the literature,

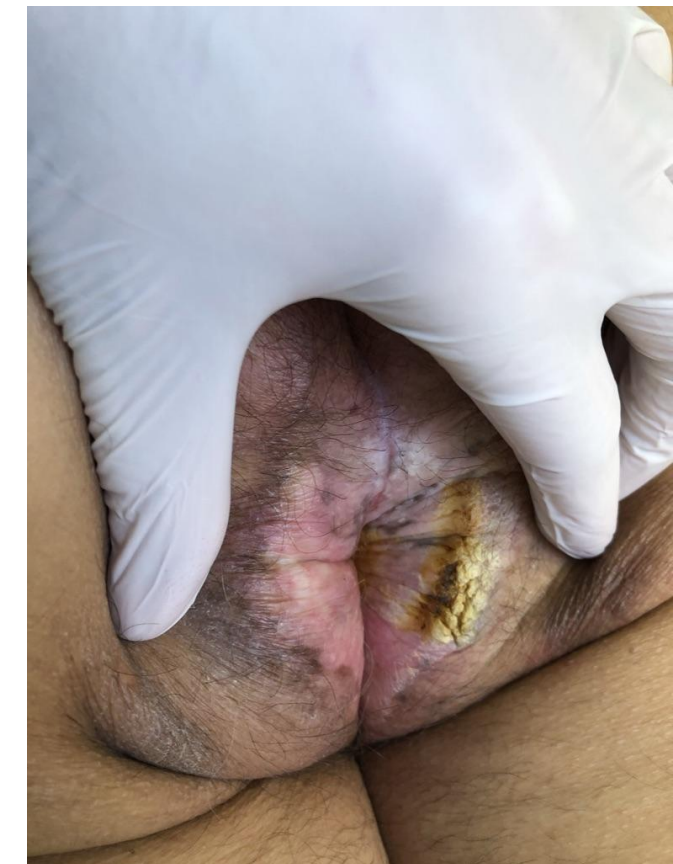


Carcinome verruqueux (VC/CVC)



Carcinome verruqueux

- HPV négatif (donc P16 négatif)
- Très rare et finalement assez peu décrit
- Ne survient pas nécessairement sur terrain immunodéprimé
- P53 WT ?



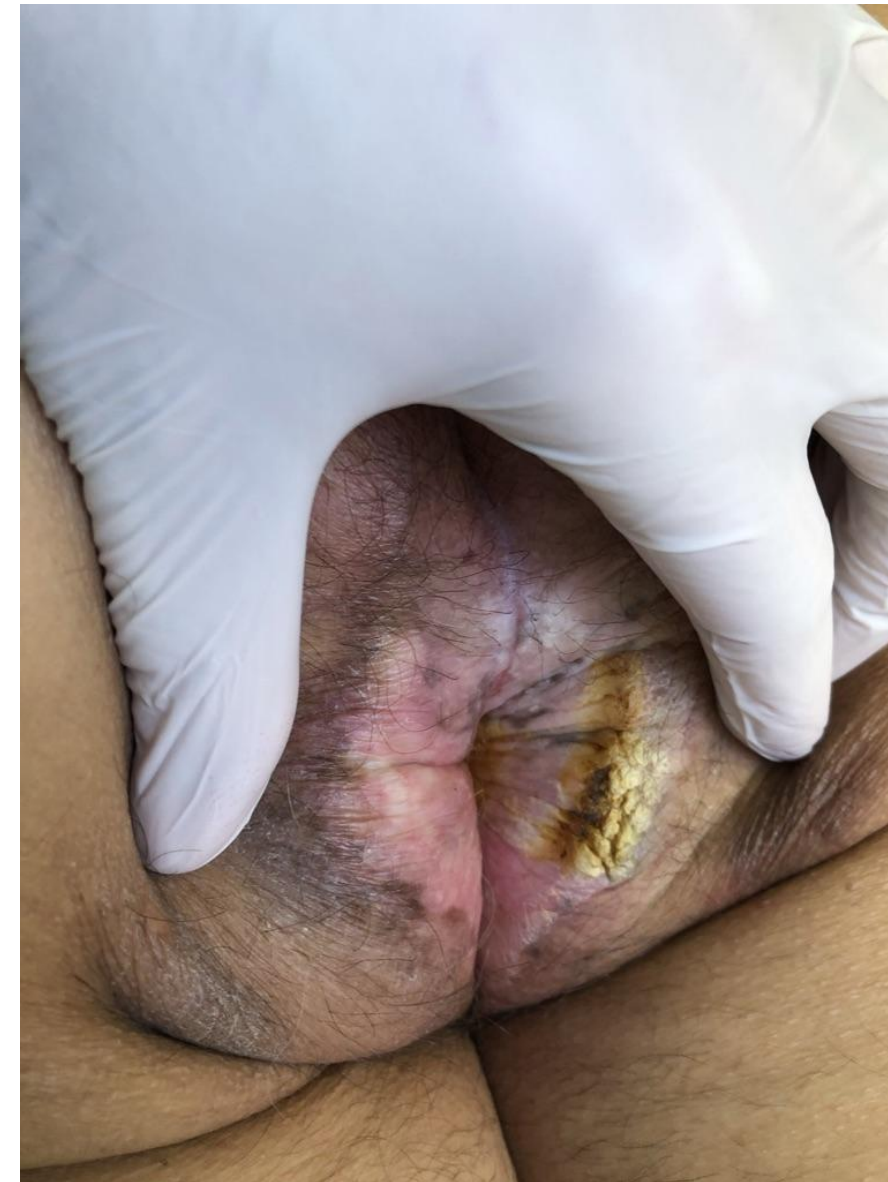
Lésion précurseure : Hyperplasie verruqueuse (ANGEL)



Carcinome verruqueux (VC/CVC)



Carcinome verruqueux



- Possible lésion précurseur :
 - Hyperplasie verruqueuse de type ANGEL (Human Papillomavirus-Independent Anal Growth/(Intra)Epithelial Lesion)

Pinto A et al. Modern Pathol 2025

BLT : ce n'est pas qu'au niveau de l'anus

- Atteinte vulvaire
- 28 ans, enceinte de 27 SA
- Séropositive pour le VIH 1
 - CD4 : 140/mm³
 - CV indétectable
 - Nadir CD4 : 30 (Rupture de suivi multiple)
 - Pneumocystose en 2023





BLT : traitement

- Maladie (cancer ?) rare = pas de traitement codifié => d'autant plus que l'entité est confondu avec le C. verruqueux
- Chirurgie si accessible
- Imiquimod
- IFNalpha
- Rétinoïdes
- Anti EGFR + chimiothérapie conventionnelle
- Radiothérapie seule +/- potentialisé par chimiothérapie



Mr D : décision de radiothérapie

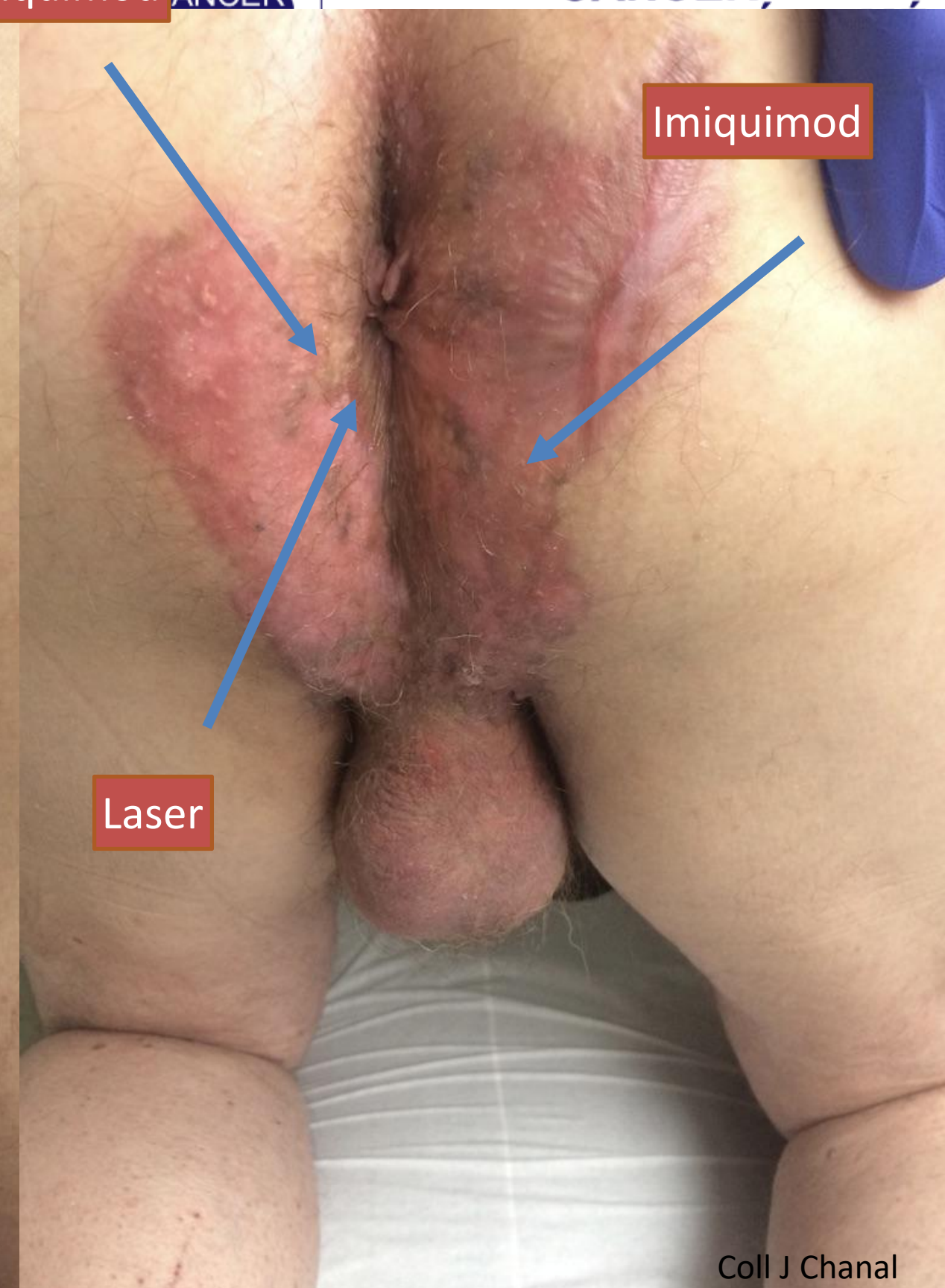




Chirurgie



Imiquimod



Laser

Imiquimod



Conclusion

- Cancer de l'anus chez le patient VIH => HPV sous toutes ces formes (avec des lésions précurseurs à traiter)
- La tumeur de Buschke-Lowenstein atteint préférentiellement les patients immunodéprimés dont VIH (y compris bien contrôlés)
- Ces tumeurs sont confondus avec le carcinome verruqueux
- Le traitement n'est pas codifié



MERCI

Congrès



CANCER
IMMUNE

CANCER DE L'IMMUNODÉPRIMÉ

avec le soutien et le parrainage de

