

Après radiochimiothérapie (RCT) néoadjuvante indiquée dans les cancers T3-T4 et/ou N+ du bas et moyen rectum, la proctectomie avec exérèse totale du mésorectum est aujourd'hui la règle. L'analyse anatomopathologique de la pièce de résection retrouve une réponse tumorale complète (ypT0N0M0R0) dans 15 à 25% des cas. Si on sait que dans ce cas, le pronostic est très bon, avec survie à 5 ans supérieure à 90%, les séquelles fonctionnelles de la proctectomie (sur les fonctions de défécation, et génito-urinaire) font qu'il est licite aujourd'hui de se poser la question d'une « préservation » du rectum en cas de réponse complète. Dans cette optique, plusieurs équipes ont développé l'idée d'éviter cette proctectomie si le bilan (clinique, endoscopique, IRM) après RCT faisait suspecter une réponse complète, c'est à dire sans tumeur persistante ni clinique, ni endoscopique ni IRM, et avec seulement une cicatrice résiduelle non ulcérée ? Même si ce bilan est encore peu fiable et peut se tromper dans au moins un tiers des cas, des résultats prometteurs ont été rapportés après exérèse locale de la cicatrice tumorale, ou même simple surveillance (« watch and wait »). Comme il n'existe pas aujourd'hui d'essai randomisé publié sur ce sujet, le but de cette présentation est de rapporter les résultats de ces expériences et de préciser quelles sont les indications raisonnables possibles de cette stratégie d'épargne rectale en 2017.