

PRÉFACE

Jean-Luc Faucheron

En 2020, il y a eu plus de 730 000 cas de cancers du rectum à travers le monde [1]. Il s'agit donc d'une pathologie fréquente, qui permet des essais prospectifs randomisés multicentriques de grande envergure pour valider les progrès de la prise en charge des patients.

Depuis une trentaine d'années, l'évolution s'est faite progressivement de l'amputation abdominopérinéale systématique en cas de cancer du bas rectum vers la conservation sphinctérienne, en appliquant la règle de la marge distale de 1 cm et grâce à l'efficacité du traitement néoadjuvant (GRECCAR 1 [2]), puis vers la conservation d'organe grâce à certains protocoles de radiochimiothérapie néoadjuvante (tels que le GRECCAR 2 [3]) et enfin vers la simple surveillance armée dite « stratégie de *watch-and-wait* » depuis la parution d'essais tels que l'essai prospectif randomisé multicentrique français PRODIGE 23 [4]. La chirurgie n'est plus réservée ainsi qu'aux cas de réponse incomplète aux thérapies systémiques, ou aux cas de ré-évolution locale.

Ainsi, après une période de près de 20 ans pendant laquelle le traitement bien codifié de « CAP-50 » associant une radiothérapie de 50 grays à une chimiothérapie concomitante par capecitabine était administré à pratiquement tous les patients présentant un cancer du moyen ou bas rectum localement évolué, s'ouvre une nouvelle ère de traitement véritablement à la carte. Cela a amené le « pape » de l'exérèse totale du mesorectum, Bill Heald, à écrire récemment *"A complete response of a rectal cancer to chemoradiotherapy usually means that the patient is cured and may not need surgery"* [5] !

Un bon mot serait d'écrire que le traitement du cancer du rectum est passé de l'*eminence-based medicine* à l'*evidence-based medicine* et enfin à l'*avoidance-based medicine* ! Même si quelques éminents chirurgiens colorectaux français, restant dogmatiques, ont empêché certains travaux de voir le jour sous prétexte que « Jean-Luc, il faut toujours réaliser un réservoir en J », ou que « l'anastomose coloanale différée est une mauvaise opération », ou encore que *"la conservation du sphincter à tout prix donne une meilleure qualité de vie que l'amputation"* ; toutes ces études ayant été finalement publiées dans des revues prestigieuses par des équipes étrangères hors GRECCAR. Cette période de près de 20 ans a vu également se développer la chirurgie coelioscopique et l'avènement du robot, poussant toujours plus loin les techniques mini-invasives au bénéfice des patients.

L'année 2023 a marqué un tournant dans la prise en charge oncologique des patients présentant un cancer du rectum [6,7], au point que la Société nationale française de gastroentérologie associée à de nombreuses sociétés savantes a publié de nouvelles recommandations la même année [8] : la stratégie de

préservation rectale devant une réponse complète ou quasi-complète après traitement néoadjuvant total peut être proposée en centre expert chez des patients sélectionnés dans 4 cas : petites tumeurs T2-T3 de moins de 4 cm, N0 ou N1 limité ; présence d'importantes comorbidités, empêchant une chirurgie radicale plus lourde ; refus par le patient d'une chirurgie plus radicale ; excellente réponse au traitement néoadjuvant pour des tumeurs situées très bas, nécessitant initialement une amputation abdominopérinéale. Toutes ces nouvelles recommandations découlent des principaux essais de très bon niveau parus récemment (OPRA, GRECCAR 12, OPERA, PROSPECT, CONVERT, FORWARD, PRODIGE 23, RAPIDO, etc.) [8].

L'avenir proche concernant la gestion de ces patients serait de tenter une désescalade du traitement néoadjuvant, en considérant que l'association de la radiothérapie néoadjuvante à la chirurgie est responsable d'un certain nombre de séquelles fonctionnelles digestives et génito-urinaires chez des patients dont la réponse est par ailleurs satisfaisante. Les essais français GRECCAR 14 et NORAD-01/GRECCAR 16 en cours permettront peut-être de répondre à cette question [9]. À l'inverse, une autre voie de recherche est justement d'obtenir une meilleure réponse encore en optimisant l'irradiation, notamment grâce à la brachythérapie de contact [10]. Lorsque plusieurs traitements pouvant aboutir à un résultat oncologique équivalent seront validés et disponibles, il faudra alors probablement faire intervenir peu ou prou le patient lui-même dans une décision médicale partagée [11]. L'intelligence artificielle pourra également aider le chirurgien dans cette prise en charge [12].

Enfin, les progrès en matière de prise en charge du cancer du rectum depuis la dernière parution de la monographie de l'AFC en 2009 [13] se sont faits également dans la prise en charge globale du patient, en particulier selon des protocoles de réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC) et plus récemment, en ajoutant la préhabilitation, de réhabilitation améliorée en chirurgie (RAC) [14].

L'avenir, nous le voyons ainsi, va se faire vers un traitement personnalisé du cancer du rectum, probablement avec moins de chirurgie et peut-être moins d'irradiation, en tenant compte de la personnalité du patient, de son terrain, de ses attentes sur le plan oncologique, fonctionnel et de qualité de vie, et en utilisant les nouveaux outils numériques de plus en plus sophistiqués.

RÉFÉRENCES

- [1] Sung H, Feerlay J, Siegel RL, *et al.* Global cancer statistics 2020 : GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* 2021 ; 71 : 209-49.
- [2] Rouanet P, Rivoire M, Gourgou S, *et al.* Sphincter-saving surgery after neoadjuvant therapy for ultra-low rectal cancer where abdominoperineal resection was indicated : 10-year results of the GRECCAR 1 trial. *Br J Surg* 2021 ; 108 : 10-3.

- [3] Rullier E, Rouanet P, Tuech JJ, *et al.* Organ preservation for rectal cancer (GRECCAR 2) : a prospective, randomised, open-label, multicentre, phase 3 trial. *Lancet* 2017 ; 390 : 469-79.
- [4] Conroy T, Bosset JF, Etienne PL, *et al.* Neoadjuvant chemotherapy with FOLFIRINOX and preoperative chemoradiotherapy for patients with locally advanced rectal cancer (UNICANCER – PRODIGE 23) : a multicentre, randomised, open-label, phase 3 trial. *Lancet Oncol* 2021 ; 22 : 702-15.
- [5] Heald R. When not to operate. *Clin Oncol (R Coll Radiol)* 2023 ; 35 : 80-1.
- [6] Grotenhuis BA, Beets GL. *Watch-and-wait* is an option in rectal cancer patients : from controversy to common clinical practice. *Clin Oncol (R Coll Radiol)* 2023 ; 35 : 124-9.
- [7] Rutten HJT, Burger JWA. Bringing organ preservation closer for selected patients with rectal cancer. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2023 ; 8 : 294-5.
- [8] Cotte E, Artru P, Bachet JB, *et al.* Cancer du rectum. Thésaurus national de cancérologie digestive, septembre 2023, [En ligne] [<http://www.tncc.org>]
- [9] Brouquet A, Benoist S. Est-ce la fin de l'irradiation pelvienne préopératoire pour la prise en charge des cancers du rectum localement évolués ? *J Visc Surg* 2023 ; 160 : 351-2.
- [10] Gérard JP, Barbet N, Schiappa R, *et al.* Neoadjuvant chemoradiotherapy with radiation dose escalation with contact x-ray brachytherapy boost or external beam radiotherapy boost for organ preservation in early cT2-cT3 rectal adenocarcinoma (OPERA) : a phase 3, randomised controlled trial. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2023 ; 8 : 356-67.
- [11] Brouquet A, Denost Q. est-ce que la décision médicale partagée peut aider à résoudre la difficile équation du choix de la meilleure prise en charge des cancers du bas rectum ? *J Visc Surg* 2024 ; 161 : 3-5.
- [12] L'intelligence artificielle pourrait-elle aider le chirurgien digestif dans la prise en charge du cancer du rectum ? *J Visc Surg* 2024 ; 161 : 253-5.
- [13] Faucheron JL, Rullier E. *Cancer du rectum*. Monographie de l'AFC. Ed. Arnette, 2009.
- [14] Slim K. RAC ou RAAC ? La différence n'est pas uniquement sémantique. *J Visc Surg* 2023 ; 160 : 267-8.