

## RÉSECTION DE LA VEINE ILIAQUE EXTERNE DANS L'HYSTÉRECTOMIE POUR CANCER DU COL UTÉRIN

G. Chipail et S. Carp

**Revista de Chirurgie 1938; 41(9-10): 735-737**

*Comunicată la Societatea de Chirurgie din București 15 iunie 1938*

Nous présentons la malade H. P. âgée de trente-six ans, qui a été opérée à l'Institut de Chirurgie « Le Roi Charles II » pour un néoplasme du col utérin.

Le jour de l'hospitalisation de la malade, on constate la présence d'un épithélioma en forme de choux-fleur, avec les paramètres un peu infiltrés, le droit surtout, où la lésion semble s'étendre vers l'insertion du vagin. L'utérus est parfaitement mobile, la paroi recto-vaginale n'est pas infiltrée. Nous apprécions que ce cas se prête assez facilement à une opération du type Wertheim.

Nous intervenons et, après l'inventaire des lésions, nous trouvons le cas encore plus facile que nous ne l'avions pas prévu.

Ce n'est qu'au moment de la dissection du paramètre droit que nous nous sommes rendus compte que nous nous étions trompés: à cet endroit se trouvaient une série de ganglions, les uns situés sur la paroi même du bassin, les autres le long des vaisseaux iliaques externes, dont un ganglion aussi grand qu'une noix et impossible à isoler de la paroi veineux.

Connaissant la publication de Brocq qui, dans un cas similaire, a réséqué les deux veines iliaques externes, nous avons eu recours à la même technique. Nous avons réséqué la veine iliaque externe avec le ganglion adhérent - entre deux ligatures - du côté droit seulement car, du côté gauche, le paramètre a été relativement facile à disséquer. Nous avons complètement évidé le tissu cellulo-ganglionnaire, et nous avons terminé l'hystérectomie par un drainage vaginal avec péritonisation correcte au-dessus.

La plaie abdominale a guéri *per primam*, et la brèche vaginale était presque complètement fermée le 14-ème jour.

Cependant, du point de vue circulatoire, l'évolution a été arrêtée par l'apparition d'un œdème dur, volumineux, survenu le 4-5-ème jour après l'opération. Cet œdème s'accroissait dès que la malade quittait son lit, et surtout si elle restait plus longtemps debout. La différence de volume entre les deux membres était visible, et la malade ressentait certaines douleurs et de la gêne en marchant.

Revue après deux mois, la malade se trouvait dans l'état suivant:

- examen génital: les culs-de-sac indolores, souples, les paramètres libres;
- le membre inférieur droit: augmenté de volume, présente un œdème mou, indolore, plus accentué à la jambe et dans le dos du pied; il présente les diamètres suivants:

	<i>gauche</i>	<i>droit</i>
<i>le coup de pied</i>	22 cm	25 cm
<i>la jambe 1/2 moyenne</i>	32 cm	39 cm
<i>la cuisse 1/3 inf.</i>	40 cm	43 cm
<i>la cuisse 1/3 sup.</i>	45 cm	51 cm

La circulation collatérale est évidente dans la 1/2 inférieure de l'hémi-abdomen droit.

En revoyant la malade après trois mois, on constate que l'œdème cède de plus en plus, la différence de diamètre entre les deux membres étant à peine perceptible. La malade fait facilement 4 km à pied, elle peut rester debout, vaquer à ses occupations et elle n'accuse plus aucune gêne.

A l'examen local, on ne constate pas trace de récurrence. Cependant, en ce qui concerne la possibilité d'une récurrence, nous ne pouvons en tirer aucune conclusion, l'opération étant trop récente.

Nous n'avons pas présenté ce cas pour ré ouvrir la discussion au-sujet du traitement du cancer du col ou de la technique de l'hystérectomie abdominale type Wertheim. De même, nous n'avons pas l'intention de préconiser la résection de la veine iliaque externe comme une technique élargie, applicable dans tous les cas.

Nous croyons cependant que, dans certains cas où la dissection ganglionnaire n'est pas possible sans léser la veine, ou sans mettre en péril la paroi veineuse, nous pouvons recourir à la résection de la veine, sans craindre des troubles circulatoires trop graves (même ceux qui existent n'étant pas définitifs).

Dans le cas publié, Brocq montre que les troubles ont été minimes, et que la malade n'a présenté qu'un œdème malléolaire passager.

Notre cas a été moins heureux: l'œdème a été accentué, dur et il a duré plus longtemps.

Nous tenons à attirer votre attention sur le fait que l'examen anatomo-pathologique a montré qu'il s'agissait d'une forme d'épithélioma cylindrique. Dans le ganglion extirpé, on a trouvé des métastases néoplasiques, qui ne pouvaient pas être mises en doute.

On sait à quel point la radio-sensibilité de cette forme d'épithéliome est faible, de sorte que la malade a bénéficié d'autant plus de l'exérèse élargie de la lésion. On connaît aussi le tropisme ganglionnaire accentué, que présentent ces épithéliomes; c'est probablement la raison pour laquelle l'adénopathie était si volumineuse.

Dans la littérature que nous avons pu consulter, nous n'avons rencontré la résection des veines iliaques externes dans l'hystérectomie Wertheim que dans le cas publié par Brocq en 1935.

Si les ligatures veineuses sont effectuées assez fréquemment dans les cas où il existe des troubles circulatoires antérieurs (artérites, thrombo-phlébites), elles sont, par contre, moins connues- chez l'homme, du moins- lorsque la circulation est normale.



## COMENTARIU LA ARTICOLUL: RÉSECTION DE LA VEINE ILIAQUE EXTERNE DANS L'HYSTÉRECTOMIE POUR CANCER DU COL UTÉRIN

G. Chipail, S. Carp - *Revista de Chirurgie* 1938; 41(9-10): 735-737

Nicolae M. Constantinescu

Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila” București

Pentru o lungă perioadă de timp includerea unor structuri vasculare importante într-un bloc tumoral a fost considerată drept o contraindicație formală pentru exereza tumorii canceroase. Această „dogmă” a fost însă infirmată în ultimele decenii, odată cu dezvoltarea tehnicilor de chirurgie vasculară reconstructivă.

Articolul pe care îl comentez după 75 de ani este de o actualitate surprinzătoare. Soluția aleasă de cei doi tineri chirurghi, care s-au dovedit ulterior chirurghi de mare clasă - atât profesorul Chipail la Iași, cât și doctorul Silviu Carp la spitalul de Urgență din București, este și astăzi conformă cu principiul extirpării radicale a tumorii primare uterine și a limfonodulilor de drenaj pelvin. Inspirați din experiența relatată de P. Brocq, autorii nu au prețuit să extirpe un segment din vena iliacă externă împreună cu un limfonodul iliac extern, care făcea corp comun cu peretele venei iliace externe drepte. Deci interesul radicalității oncologice instituit de W. Halsted a prevalat în fața posibilelor sechele funcționale ale circulației venoase profunde a membrului inferior drept. Pe vremea aceea tehnicile de chirurgie vasculară erau în etapa de pionierat. Iată însă că chiar și în zilele noastre, în literatura consultată părerile autorilor oscilează în legătură cu necesitatea restabilirii continuității venei iliace externe. Astfel, rezecția unui segment de venă iliacă externă fără restabilirea fluxului venos se practică astăzi în cazul recoltării de transplantate venoase autologe folosite în reconstrucțiile vasculare după rezecțiile majore hepato-

bilio-pancreatice pentru cancer [1,2]. Alți autori preferă refacerea continuității venei iliace externe folosind proteză PTFA [3], reconstrucția cu ajutorul transpoziției venei iliace interne ipsilaterale [4] sau folosirea venei femurale superficiale [5].

Un studiu clinico-funcțional privind circulația venoasă în membrul inferior drept la un lot de 66 de pacienți cărora li se recoltase un segment de venă iliacă externă dreaptă pentru restabilirea unor continuități vasculare după rezecții tumorale majore în etajul supravezocolic [1] a arătat prezența la o mică parte din pacienți a durerilor în membrul inferior stâng, însoțite de prurit după ortostatismul prelungit.

### BIBLIOGRAFIE

1. Kancoka Y, Maeda A, Sugimoto M, Isogai M, Ishibashi H. Quality of life and venous function of the lower limb after harvest of autologous external iliac vein graft: a clinical follow-up. *Surg Today*. 2013; 43(11): 1254-1260.
2. Saiura A, Yamamoto J, Sakamoto Y, Koga R, Kishi Y. Safety and efficacy of hepatic vein reconstruction for colorectal cancer. *Am J Surg*. 2011; 202(4): 449-454.
3. Fukuda W, Taniguchi S, Fukuda I. Leiomyosarcoma of the external iliac vein. *Vascular* 2012; 20(3):170-180.
4. Cocieru A, Dietzek A, Saldinger PF. Internal iliac vein transposition for vascular reconstruction after resection of an external iliac vein leiomyosarcoma. *Ann Vasc Surg*. 2010; 24(5): 693.
5. McKay A, Motamedi M, Temple W, Mack L, Moore R. Vascular reconstruction with the superficial femoral vein following major oncologic resection. *J Surg Oncol*. 2007; 96(2): 151-159.

