

## Cancer du côlon ascendant

**Prof. Amza Jiano et Dan Théodoresco**

Revista de Chirurgie (Bucarest) 1932;9-10/35:401-405  
*Lucrare comunicată la Societatea de Chirurgie, București 11 mai 1932*

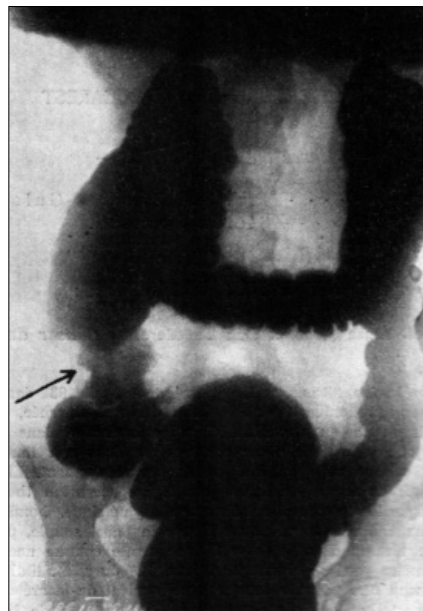
D.I. ménagère, 28 ans, se fit recevoir le 4 avril 1932 dans notre clinique, pour des douleurs dans le flanc droit et diarrhée, qui duraient depuis un an, en s'irradiant dans les lombes et dans l'épaule droite. Un jour la malade observa elle-même dans son flanc droit une tumeur comme un oeuf, qui grossit progressivement. Elle maigrit beaucoup; de temps en temps une légère ascension thermique.

A l'inspection on trouve l'abdomen asymétrique, bombant au niveau du flanc droit. La palpation trouve la paroi souple, peu sensible et une tumeur dans la fosse iliaque droite comme une grosse orange (diamètre vertical 10 cm, horizontal 12 cm) dure, multilobée, très mobile, pouvant être poussée dans le sens vertical de la crête iliaque au rebord costal et dans le sens transversal au delà de l'ombilic.

La palpation profonde est douloureuse. La radiographie (Fig. 1) après lavement opaque, montre une image lacunaire typique sur le côlon ascendant, au dessus du caecum. Rein droit ptosé, mais sans rapport avec la tumeur. Réaction de B.W. négative dans le sang. L'existence d'hémorragies occultes ne fut pas certaine, à cause d'une petite erreur.

Opération le 12 avril 1932 (prof. Jiano, Dan Théodoresco et Crivéano). Rachianesthésie à la percaïne 3 ml. Laparotomie paramédiane sous-ombilicale droite, à travers le muscle droit. On trouve une tumeur sur le côlon ascendant comme une grosse orange, couverte par le grand épiploon, auquel elle adhère. La tumeur est facilement sortie et libérée de ses

adhérences. Long appendice rétrocaecal. Par une brèche faite dans le mésocôlon transverse on introduit l'appareil écraseur de Petz et l'on ferme le côlon, qui est sectionné après avec le bistouri électrique. On enfonce le bout efférent par deux surjets en bourse de catgut et l'afférent par un seul. On procède de la même manière pour l'iléon. Ligature et section des vaisseaux



**Figure 1.**

côliques et iléo-côliques. Iléo-transversostomie latéro-latérale iso-péristaltiques au catgut à l'aide de la pince de Moskovitz; péritonisation soignée. Drain et mèche dans l'angle pariéto-côlique droit; fermeture de la paroi en 3 plans, l'aponévrose au crin.

Suites opératoires. Quelques oscillations thermiques, qui n'ont pas dépassé 38°C. On supprime la mèche le 4-ème jour, le drain après une semaine. La radiographie de contrôle montre que le liquide opaque traverse l'anastomose iléo-côlique et on ne voit pas de dilatation à la partie terminale de l'iléon.

La malade quitte le service guérie, le 6 mai 1932. Selles normales une fois par jour.

L'examen anatomo-pathologique (Menkesh) conclut à un cancer colloïde. (Fig. 2)

Cette forme anatomique est assez rare pour le côlon et on lui reconnaît une malignité considérable. F.W. Rankin et Chumley (Rochester) trouvent sur 3.202 cancers du côlon 158 de forme colloïde (5%).

Le diagnostic présentait quelques difficultés chez notre malade, à cause de son jeune âge; il oscilla entre une tuberculose iléo-caecale à forme hypertrophique et un cancer. La radiographie décida pour le cancer.

En ce qui concerne le traitement, on considère l'opération classique de Reybard en un temps, comme le procédé de choix pour le côlon droit; il n'y a que Gosset et Alessandri qui font l'opération en deux temps. Nous avons fait l'opération en un seul temps, que nous croyons aussi préférable, sauf dans les cas à occlusion, qui est plus rare à droite, et dans les cas à suppuration. L'ablation doit être large, c'est à dire une hémicôlectomie droite.

Au point de vue technique nous employons l'appareil de Petz et le bistouri électrique, qui rendent l'opération aseptique, au double point de vue de l'infection et de "l'asepsie" cellulaire. Malgré le plaidoyer de Robineau et Laffite (Arch. des Mal. de l'App. Dig. et de la Nutr. 1926 p.1057) pour l'anastomose termino-terminale, nous faisons une simple iléo-transversostomie latéro-latérale et l'anastomose fonctionne très bien. Nous n'avons pas observé la



Figure 2.

dilatation de l'iléon signalée par Weiss et nous ne cherchons pas la création d'une valve par l'anastomose termino-terminale, qui complique l'opération.

Au point de vue de la mortalité opératoire König et Dick (Brun's Beitr. z. Klin. Chir., 1931 no.1) trouvent dans la statistique de Scheffer: 29 réséctions iléo-caecales dans un temps, dans des cas sans occlusion avec 5 morts-soit 17%-et un cas avec occlusion, suivi de mort (pneumonie). Dans les autres cas la cause de la mort fut trois fois une pneumonie, une fois une embolie pulmonaire et un phlegmon de la paroi.

### Discussions

St. Popesco est d'avis de faire l'opération en un seul temps.

G. Marinesco souscrit à l'indication de l'opération en deux temps seulement chez les malades venus en occlusion, aux-quels la prudence préconisée par Gosset est indiquée, pour aller dans le premier temps au plus pressé, l'occlusion, et puis à la résection; mais ses résultats ne sont pas meilleurs qu'avec l'opération en un seul temps.

## Hémicôlectomie pour cancer du côlon ascendant

Prof. Amza Jiano et I. Moisesco

Revista de Chirurgie (Bucarest)1932:9-10/35:426-428

Lucrare comunicată la Societatea de Chirurgie, București 25 mai 1932

La pièce que nous avons l'honneur de vous présenter provient d'un malade âgé de 51 ans qui souffrait depuis un an de diarrhée muco-sanguinolente, douleurs diffuses dans le ventre et qui depuis deux mois sentit dans la fosse iliaque droite une tumeur irrégulière, grosse comme une orange. La radiographie nous donna l'image lacunaire nette que vous voyez sur ce film au dessus du caecum et qui est caractéristique pour le cancer du côlon. (Fig. 1)

L'opération fut faite le 19 Janvier 1932 en un seul temps. Voici la pièce de résection (Fig. 2). C'est la 3-ème en ce genre que nous faisons en deux ans avec succès et qui nous autorise à plaider pour l'opération

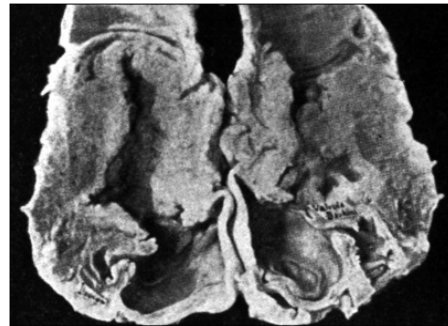


Figure 2.

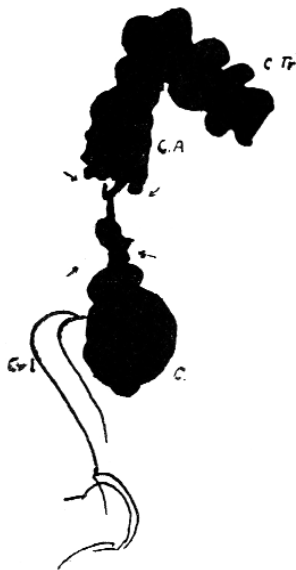


Figure 1.

en un seul temps et pour l'anastomose latéro-latérale iléo-transverse. En cela nous sommes à côté de la majorité des chirurgiens étrangers (Abadie, Okynczic, P. Duval, Pauchet) et contre l'opinion de Sir Alb. Lane, qui plaide pour la cœlectomie totale en tout néoplasme cœlique.

Notre 3-ème cas appartient à la variété cylindrique végétante; les deux autres étaient squirreux et colloïde. Ils sont en bon état après 2 ans et après 4 mois. Une bonne survie fut obtenue aussi par Biancalana et Lapeyre (Montpellier), de 5 et 12 ans.

Le cancer du côlon est catalogué par Pauchet entre les 3 cancers qui sont bons à opérer: lèvres, col utérin et côlon. Il peut même être meilleurs que les deux autres, parce que ses ganglions marginaux, quoique précoces envahit, peuvent être extirpés en bloc avec la tumeur.

### Discussions

T. Nasta: Je suis aussi pour l'opération en un temps. J'ai un tel opéré qui se maintient de 20 ans.

## Douze cas d'interventions sur cancer du côlon droit

T. Nasta et M. Popescu-Urluieni

Revista de Chirurgie (Bucarest)1935;3-4/38:69-70

Lucrare comunicată la Societatea de Chirurgie, București 3 aprilie 1935

L'hémicôlectomie constitue le traitement de choix du cancer du côlon droit.

L'accord est fait sur l'étendue de la résection colique, quelque soit le siège de la tumeur sur le segment colique droit. Les discussions sont encore ouvertes, pour savoir si l'intervention doit être faite en un seul temps ou en deux temps.

Il est incontestable que l'hémicôlectomie droite en un temps constitue l'opération idéale, car en une seule séance on pratique l'exérèse et on refait le tractus intestinal. Cependant, les conditions locales et générales, la rendent quelque fois très risquée. Nous devons être éclectiques; l'inventaire des lésions in situ (tumeur mobile ou mobilisable, infection périnéoplasique, l'absence d'obstruction intestinale) et l'état générale bon plaident en faveur d'une hémicôlectomie en un seul temps. En l'absence des conditions sus-mentionnées, l'hémicôlectomie droite en deux temps s'impose, car la division du temps opératoire rend l'intervention moins choquante et dangereuse, et fait baisser le chiffre de la mortalité.

Les opérations radicales dans les cancers du côlon droit, malgré toutes les améliorations techniques réalisées, payent encore un lourd tribut à la mort: il faut compter sur une mortalité opératoire d'environ 20%; néanmoins les résultats éloignés sont très encourageants et compensent cette mortalité élevée.

Dans les cancers compliqués d'occlusion intestinale aiguë, les interventions de dérivation externe, tels que la caecostomie ou l'iléostomie (en cas de cancer caecal), constituent les opérations rationnelles étant donné l'état d'intoxication du malade et sa résistance amoindrie.

Notre statistique est basée sur 12 cas de cancer colique droit, qui ont été traités de 1920 à 1934. Ces cancers concernent 10 hommes et 2 femmes. L'âge a varié entre 50 et 68 ans, sauf deux cas où il s'agissait de malades âgés de 38 et de 78 ans. Le siège de ces cancers a été dans 4 cas le caecum et le côlon ascendant, dans 2 cas le côlon ascendant, 5 fois sur l'angle droit colique et 1 fois sur l'anse hépato-colique.

Le symptôme initial habituel a été la constipation (9 cas); dans trois cas nous avons observé une alternance de

diarrhée avec constipation; dans un cas le premier signe fut la moelena (néo de l'angle colique droit).

La tumeur est signalée dans tous les cas, ce qui démontre le retard avec lequel les malades viennent consulter et à cause de la pénurie des signes de début d'une part et de l'absence d'un diagnostic précoce, d'autre part.

Les ganglions lymphatiques ont été trouvés dans 7 cas augmentés de volume: dans 3 cas il s'agissait de ganglions néoplasiques et dans les autres cas de ganglions inflammatoires.

Deux cas ont été compliqués: l'un par un abcès périnéoplasique et l'autre par une occlusion intestinale aiguë.

Les opérations radicales ont consisté en 8 hémicôlectomies droites en un temps avec 2 décès (25%) et 2 hémicôlectomies droites en deux temps, suivies de guérison.

Dans le cancer compliqué d'un abcès périnéoplasique on a simplement incisé et drainé la collection; le malade est parti en voie de guérison et n'est plus jamais revenu.

Dans le cancer compliqué d'occlusion aiguë, on a pratiqué une iléostomie (cancer caecal), suivie deux semaines après d'une hémicôlectomie droite avec guérison.

On a pratiqué en tout 11 hémicôlectomies droites avec deux décès (18, 8%).

Les suites éloignées des opérations radicales chez les 9 malades guéris ont été:

- dans un cas une métastase gastrique au bout de 3 ans;
- dans un cas le malade suivi pendant 5 ans, a été perdu de vue (pas de récurrence pendant cinq années);
- dans un cas la guérison c'est maintenue 8 ans et le malade est mort à la suite d'un accident;
- le reste sont vivants et ne présentent aucune signe de récurrence à 6 ans (1 malade), à 3 ans (deux malades), 2 ans (deux malades) et 1 à moins d'une année.

### Discussions

Prof. Iacobovici: Lorsque la tumeur ne s'accompagne pas de dilatation de l'iléon terminal, on peut opérer en un seul temps. Autrement, on fera l'intervention en deux temps: exclusion-résection. Nous avons eu une série de cas opérés dont les résultats ont été moins heureux.

## *Comentariu la articolele:*

### **Cancer du côlon ascendant**

**Prof. Amza Jiano et Dan Théodoresco**

Revista de Chirurgie (Bucarest) 1932;9-10/35:401-405

### **Hémicôlectomie pour cancer du côlon ascendant**

**Prof. Amza Jiano et I. Moisesco**

Revista de Chirurgie (Bucarest) 1932;9-10/35:426-428

### **Douze cas d'interventions sur cancer du côlon droit**

**T. Nasta et M. Popescu-Urluieni**

Revista de Chirurgie (Bucarest) 1935;3-4/38:69-70

#### **N. Constantinescu**

Toate cele trei articole prezentate tratează o temă de mare actualitate pentru noi, al cărei mod actual de rezolvare își are însă bazele în modul cum înaintașii noștri au știut și au reușit să practice o chirurgie performantă. În România primei jumătăți a sec. XX cancerul de colon era o afecțiune rară. Cu atât mai meritoriu este faptul că încă din 1920 Traian Nasta și Marin Popescu-Urluieni au practicat hemicolectomii drepte într-un timp în cancerul de colon drept, ceea ce însemna pentru acea perioadă cunoștințe temeinice dublate de curaj. Se poate spune că în acea perioadă se nășteau în România regulile chirurgiei oncologice ale exerezei "în vas închis" (acesta era rolul aparatului lui Petz) și ale chirurgiei de extirpare în bloc a tumorii de tract digestiv împreună cu limfonodulii regionali.

Nu întâmplător rezultatele prezentate de cei doi mari profesori - Amza Jianu și Traian Nasta - au fost mai mult decât favorabile pentru epoca și condițiile care erau oferite operatorului. Amza Jianu a rămas în memoria celor care l-au cunoscut ca un acerb susținător al asepsiei draconice intra-operatorii iar Traian Nasta - chirurg de altfel sever - uimea colaboratorii prin delicatețea, prin blândețea cu care practica chirurgia și manevra intestinul (1). Ambii au fost deci promotorii chirurgiei atraumatice în țara noastră, ceea ce explică în bună parte rezultatele pe care le-au avut. Adevărul este că în materie de cancer de colon exereza oncologică rămâne principalul mijloc de tratament curativ, lucru valabil și acum

80-90 de ani precum și în zilele noastre. "Actualmente chirurgia efectuată cu atenție la detaliile tehnice și la planurile anatomice rămâne modalitatea curativă primară în cancerul de colon" (2).

Evident că cele trei comunicări pot suscita mult mai multe comentarii dintre care unele sunt amare: și atunci ca și acum se operau cancere în faze avansate întrucât lipseau mijloacele de screening pentru depistarea cazurilor incipiente prin cercetarea hemoragiilor oculte; și atunci ca și acum nu exista o metodologie de urmărire a bolnavilor canceroși. Este meritorie totuși prezentarea de către Traian Nasta a rezultatelor la distanță în ceea ce privește mortalitatea, după cum tot demne de semnalat sunt folosirea bisturiului electric și practicarea ileostomiei. Unele din lucrurile discutate atunci la societatea de chirurgie nu mai sunt azi valabile așa cum ar fi chirurgia în doi timpi în cancerele colonului drept sau anastomozele intestinale latero-laterale, dar ele marchează etape ale evoluției pe care am parcurs-o.

#### **Bibliografie**

1. Popescu-Urluieni M, Simici P. Chirurgia intestinului. București: Editura Medicală; 1958.
2. Grobmyer StR, Guilleur JE. Cancerul de colon. În: Cameron Current Surgical Therapy, Ediția a VIII-a. Editura Mosby; 2004.