

Mix B75/75

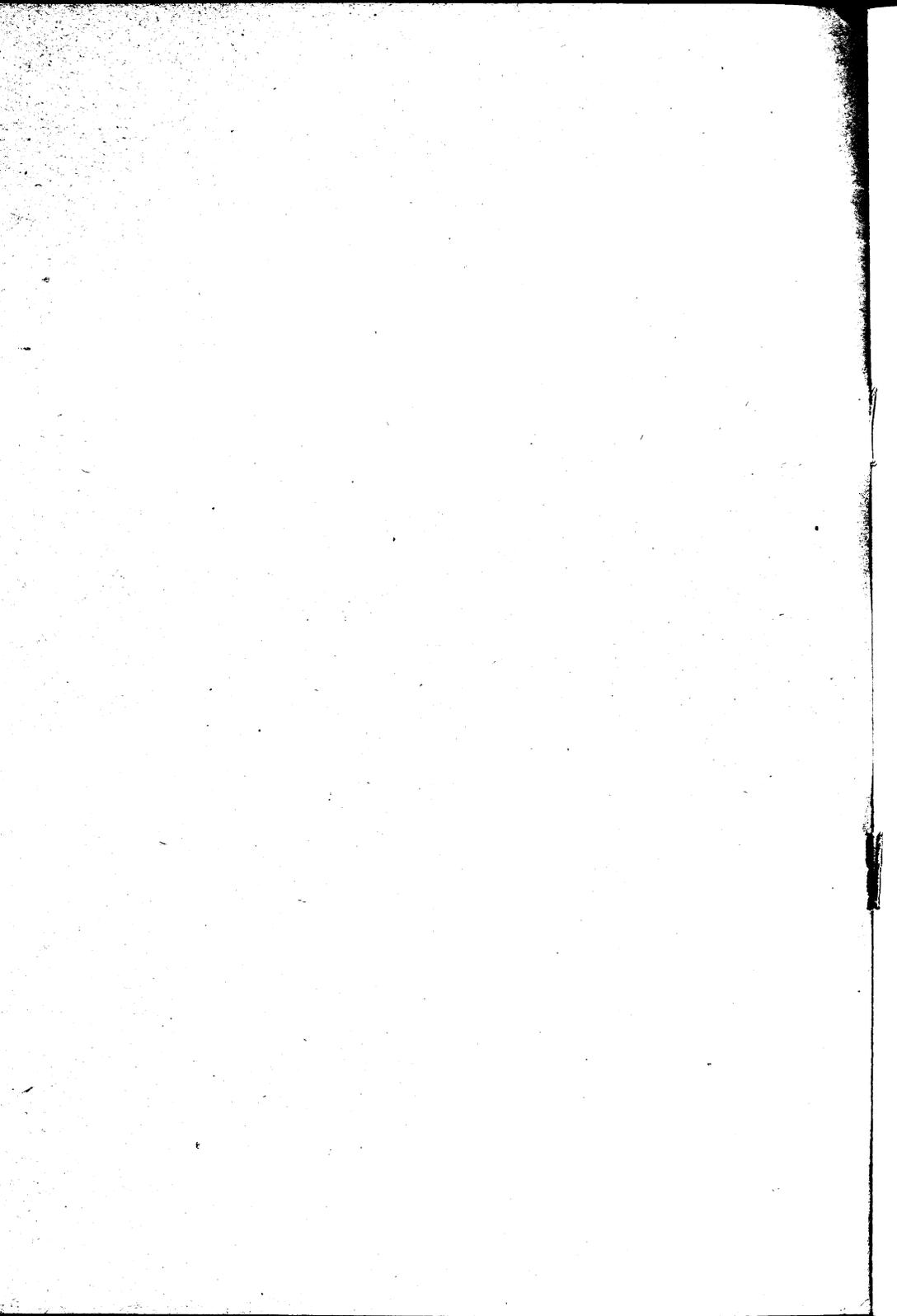
20
16

J. DUCUING

Les Indications
du
grand Evidement Ganglionnaire du Cou
pour Cancer des Voies aéro-digestives
supérieures



Extrait du *Toulouse-Médical*
(15 Septembre 1958).

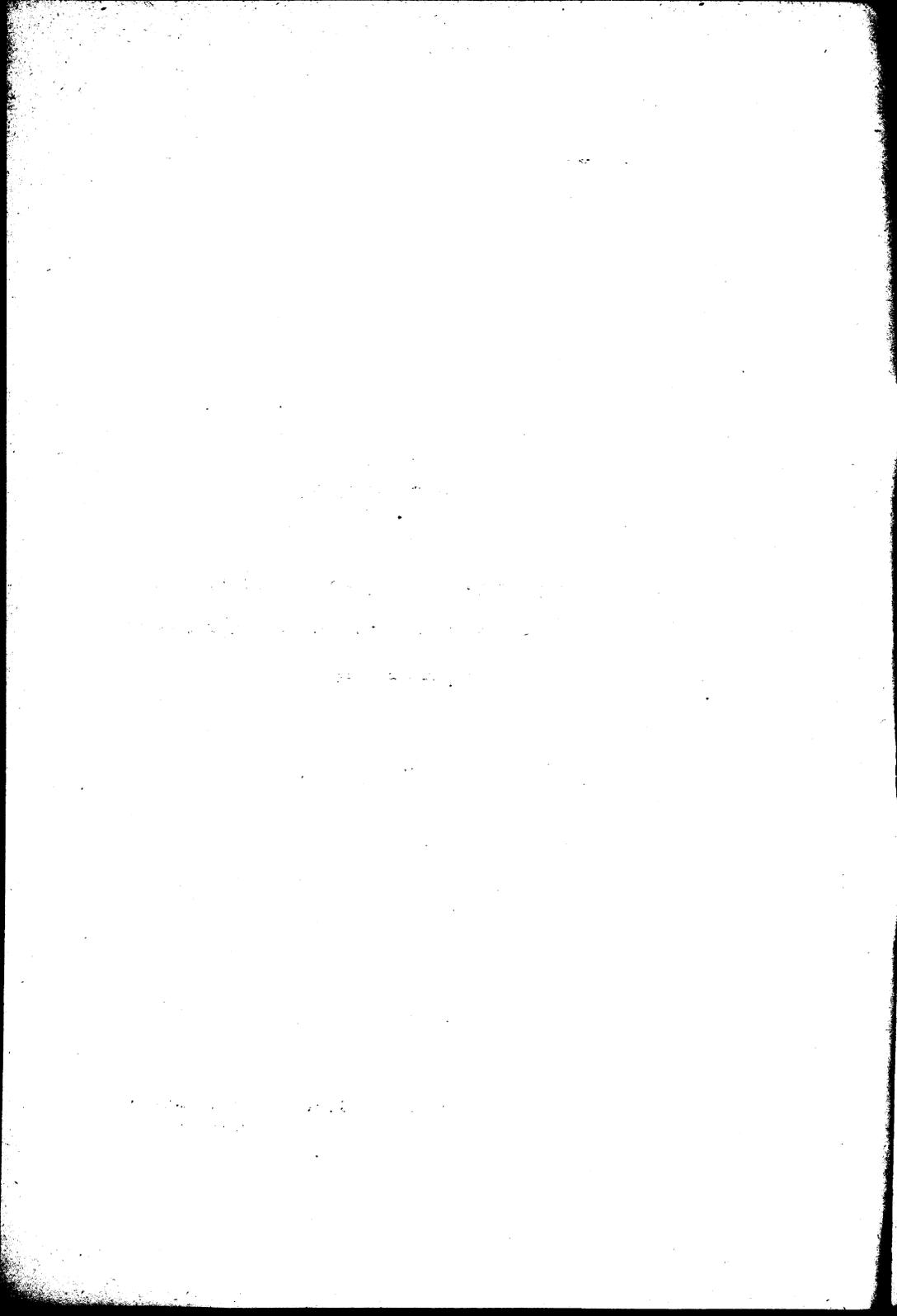


J. DUCUING

Les Indications
du
grand Evidement Ganglionnaire du Cou
pour Cancer des Voies aéro-digestives
supérieures



Extrait du *Toulouse-Médical*
(15 Septembre 1938).



**Les Indications
du grand évidement ganglionnaire du cou
pour cancer des voies aéro-digestives
supérieures.**

par

J. DUCUING.

L'évidement dont nous voulons préciser les indications est l'évidement sous maxillo-carotidien pour les cancers de la bouche, de l'isthme du gosier, du pharynx, du larynx sus-glottique. Nous laissons de côté l'évidement sous maxillaire seul qui se pratique essentiellement pour les cancers de la lèvre inférieure.

Bien entendu les cancers qui déterminent le retentissement ganglionnaire dont nous précisons le traitement chirurgical sont les cancers épithéliaux. Les sarcomes, en particulier les lymphosarcomes, étant radiosensibles ce qui ne veut pas dire particulièrement bénins, sont toujours irradiés; il en est de même pour leur retentissement ganglionnaire.

*

**

Cette question qui nous intéresse depuis fort longtemps nous a particulièrement troublé depuis que nous avons constaté dans notre propre statistique les mauvais résultats des évidements pour adénopathies cancéreuses confirmées par l'histologie, c'est-à-dire depuis une dizaine d'années.

Elle nous a beaucoup donné à réfléchir depuis le Congrès de Zurich de 1934 où des hommes, comme PÉRUSSIA de Milan, MAISIN de Louvain, SANTORO d'EMIDIO de Rome, COUTARD de Paris et d'autres encore, sont venus vanter les avantages de la radiothérapie tant au point de vue prophylactique qu'au point de vue curatif.

Nous sommes, enfin, tout à fait inquiet depuis un de nos derniers voyages en Allemagne qui date de deux ans. Notre ami AULER, Directeur du Centre anticancéreux de Berlin, nous exposa à ce moment ses travaux qu'il publia peu après, sur les évidements prophylactiques, et nous montra que le cancer de FLEXNER-JOBLING du rat, greffé au niveau du thorax de cet animal, se généralise beaucoup plus sûrement si l'on pratique l'évidement prophylactique que si l'on ne fait aucun évidement. Nous savons que les faits expérimentaux sont loin d'être comparables aux faits cliniques, mais un certain malaise s'empara de nous lorsque nous observâmes les animaux d'AULER et c'est toujours avec une certaine appréhension que nous pratiquons, depuis, un évidement ganglionnaire.

Le problème que nous discutons est donc tout à fait angoissant et plus particulièrement quand on considère la conduite à tenir à l'égard des ganglions qui ne paraissent pas touchés.

*
**

Il y a une vingtaine d'années les indications du grand évidement du cou étaient simples.

Les radiations étaient peu connues ou étaient utilisées comme pis aller. On faisait toujours l'évidement pour les cancers des voies aéro-digestives supérieures.

Aujourd'hui, la conduite à tenir paraît plus difficile. La chirurgie curative des adénopathies cervicales donne d'assez mauvais résultats et rares sont les guérisons après évidement du cou quand l'examen microscopique

des ganglions enlevés donne des résultats positifs. La valeur de l'évidement prophylactique est discutée. Les radiothérapeutes sont devenus des cliniciens avertis, ardents, attentifs et certains fournissent quelques bons résultats obtenus par la roentgentherapie ou la curietherapie des ganglions cancéreux du cou. Nous avons cru pouvoir écrire il y a quelques mois que « Le progrès dans le traitement des adénopathies cancéreuses consistait non seulement à perfectionner les techniques chirurgicales, mais surtout à réduire les indications de la chirurgie ». Nous allons voir comment il est possible de préciser ces restrictions et nous envisagerons successivement :

- les restrictions opératoires tenant au malade,
- les restrictions opératoires tenant au siège de la tumeur,
- les restrictions opératoires tenant aux difficultés d'exérèse,
- les restrictions opératoires tenant aux aléas de l'évidement.

1°. — *Les restrictions opératoires tenant au malade* ne sont pas très nombreuses car, faits à l'anesthésie locale, les évidements sous maxillo-carotidiens les plus larges sont peu meurtriers. Sur 65 évidements nous n'avons eu à déplorer qu'un décès.

2°. — *Les restrictions opératoires tenant au siège de la tumeur* nous permettent de distinguer deux grands groupes de cancers pour lesquels on peut ou non pratiquer l'évidement sous maxillo-carotidien.

Il faut essentiellement opposer les tumeurs qui siègent en avant du V lingual et celles qui siègent en arrière. L'évidement peut-être pratiqué dans le premier cas, il ne doit pas l'être dans le deuxième.

La figure, absolument schématique, que nous présentons éclaircît notre point de vue par la situation des ganglions auxquels se rendent les lymphatiques des voies aéro-digestives supérieures.

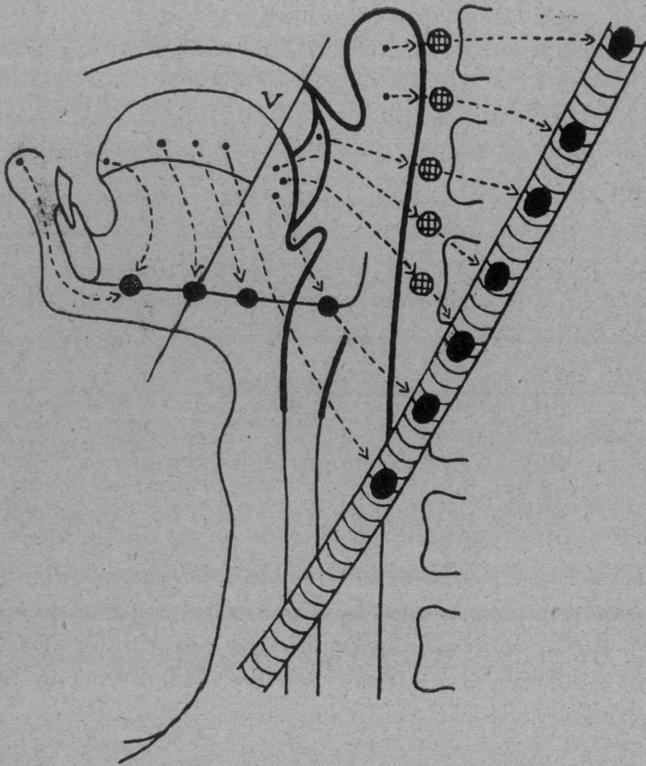


FIGURE — Le retentissement ganglionnaire des cancers des voies aéro-digestives supérieures. — Les cancers situés en avant du V lingual (régions représentées par des traits légers) retentissent sur les ganglions sous maxillo-carotidiens qui sont extirpables. Les cancers situés en arrière du V lingual (régions représentées par des traits épais) retentissent sur les ganglions sous maxillo-carotidiens et rétro-pharyngiens; les ganglions rétro-pharyngiens ne sont pas extirpables. En noir, les ganglions sous-maxillo-carotidiens; en quadrillé, les ganglions rétro-pharyngiens.

Comme, on le comprend, les tumeurs siégeant en avant du V lingual (lèvres, plancher, partie antérieure de la langue) retentissent sur les ganglions sous maxillaires ou jugulo-carotidiens qui peuvent être enlevés; celles qui sont situés en arrière du V lingual (base de la langue, isthme du gosier, pharynx) retentissent non seulement sur les ganglions sous maxillo-carotidiens qui sont extirpables mais encore sur les ganglions rétro-pharyngiens qui ne le sont pas.

Faisons remarquer que notre classification des cancers bucco-pharyngés solutionne le problème si troublant des évidements bilatéraux. Les cancers qui retentissent sur les deux chaînes jugulaires sont en effet, le plus souvent, les cancers de la base de la langue, de l'isthme du gosier et du pharynx, en un mot les cancers situés en arrière du V lingual pour lesquels nous déconseillons l'exérèse ganglionnaire. La question de l'évidement bilatéral peut cependant se poser pour les cancers de la pointe de la langue, mais ceux-ci, au moins au début, ne nécessitent qu'un évidement sous-maxillaire. Quant aux cancers du dos ou aux cancers des bords ayant dépassé la ligne médiane, qui nécessiteraient logiquement un évidement sous-maxillo-carotidien bilatéral, plus nous allons, plus nous considérons que si la question d'un évidement sous maxillo-carotidien se pose, il existe déjà une atteinte des ganglions rétro-pharyngiens. Ceci élimine par conséquent, à nos yeux, l'indication opératoire.

Notre point de vue n'est pas accepté par tout le monde. PERUSSIA, par exemple, bien que radiothérapeute, déclare qu'il faut enlever tous les ganglions extirpables, quelle que soit la situation de la tumeur, et qu'il faut irradier les autres après l'opération. Cette conception est défendable bien qu'il soit admis, d'une façon générale, que la radiothérapie agit d'autant mieux que le milieu sur lequel elle est faite a conservé ses conditions anatomo-physiologiques normales. Or, ces con-

ditions sont singulièrement perturbées après un gros évidement sous maxillo-carotidien.

3°. — *Les restrictions opératoires tenant aux difficultés de l'exérèse ganglionnaire pour des régions cependant abordables* soulèvent deux questions : celle des adénopathies rétro-styliennes, celle des adénopathies fixées.

Les adénopathies rétro-styliennes siègent dans un région abordable dont j'ai particulièrement décrit l'accès chirurgical (1). Mais, quand l'espace rétro-stylien ou sous-parotidien postérieur renferme des adénopathies cliniquement perceptibles, ces adénopathies ne peuvent être correctement enlevées, tout au moins suivant les principes de la chirurgie du cancer : l'espace est trop petit. Je dis souvent à mes élèves que l'évidement du creux sous-parotidien postérieur n'est qu'une garantie d'élargissement vers la base du crâne de l'évidement sous maxillo-carotidien et non une opération permettant d'enlever correctement des adénopathies macroscopiquement constituées.

J'ai décrit la façon dont il fallait palper l'espace rétro-stylien en se plaçant derrière le sujet à examiner et en enfonçant ses doigts en avant de la mastoïdite dans le creux sous-parotidien (2). Avec un peu d'habitude on apprécie facilement la différence de profondeur entre les deux creux sous-parotidiens et, le comblement d'un espace contre-indique, à mon avis, toute exérèse ganglionnaire.

Les adénopathies fixées contre-indiquent aussi, d'un avis plus général, l'évidement sous maxillo-carotidien. Je ne veux pas dire qu'une adénopathie moyennement

(1) J. DUCUING, P. FABRE et GOUZI. — Evidement ganglionnaire du cou pour cancer. *Journal de Chirurgie* T. 45 N° 6, juin 1935.

(2) J. DUCUING. — L'espace rétro-stylien. Son exploration clinique et chirurgicale. *Le Documentaire Médical*, avril 1936.

fixée ne puisse être mécaniquement enlevée mais, si cette exérèse représente un acte relativement intéressant dans certains cas d'adénopathies bacillaires par exemple, il s'agit, en matière de cancer, d'un travail inutile. Toute exérèse incomplète est à rejeter sauf que l'on accepte le point de vue de PERUSSIA dont j'ai parlé plus haut.

Je fais une petite réserve pour les adénopathies qui commencent à se fixer au niveau de la région sous-maxillaire, car, en raison de la présence du périoste qui défend l'os contre le cancer au niveau du bord et de la face interne du maxillaire, l'adénopathie qui commence à se fixer peut-être correctement enlevée à la faveur du plan de clivage ostéo-périostique.

4°. — *Les restrictions tenant aux aléas de l'évidement chirurgical* représentent un des points angoissants de cette intéressante question.

L'évidement curatif, bien que son succès soit incertain, ne comporte aucune discussion : les ganglions sont atteints, déjà vaincus ou sur le point de l'être. En outre, les ganglions envahis par le cancer, surtout quand ils le sont largement, sont, le plus souvent, peu sensibles aux radiations alors que la tumeur principale l'est encore. Il s'agit probablement d'un changement complet des conditions radio-biologiques et, peut-être la radiosensibilité des cellules cancéreuses ou la réaction du stroma sous l'influence des radiations sont elles d'autant moins favorables que le tissu sain est réduit. L'école de Stockholm et SANTORO D'EMIDIO (1) admettent en tout cas ce dernier point de vue ayant trait à la réaction du tissu conjonctif. Il est donc logique de pratiquer l'évidement toutes les fois que cela est possible quand les ganglions paraissent atteints. Je signale, cependant, que

(1) SANTORO D'EMIDIO. — La curiethérapie de surface dans le traitement des ganglions métastatiques du cou. Congrès de Zurich 1934, p. 368.

certaines thérapeutes, ceux du Radium-Hemmet en particulier, ne pratiquent l'évidement curatif qu'après échec confirmé de la télécuriéthérapie. Ils déclarent, entre parenthèses, n'avoir aucun ennui post-opératoire local du fait de l'irradiation des tissus.

L'évidement prophylactique pose la question d'une façon différente.

a) *L'évidement peut d'abord être inutile.* Il est en effet possible que les ganglions ne soient pas atteints surtout pour des lésions qui sont tout à fait au début de leur évolution. Nous savons, avec une exactitude assez approchée, la fréquence de la récurrence ganglionnaire pour les cancers de la lèvre ou de la langue quand il n'existe aucune adénopathie appréciable au moment où le traitement de la lésion initiale est pratiqué. Nous ignorons, par contre, dans quelle proportion les ganglions sont atteints, pour les cancers du plancher, des joues, des piliers, des amygdales ou du pharynx, qui se présentent au Stade 1 clinique. Il se peut, par conséquent, que nous pratiquions un évidement inutile et ceci d'autant plus fréquemment que les lésions initiales seront plus près de leur début.

Si les ganglions sont atteints ils le sont si légèrement qu'il est permis d'espérer leur guérison par les radiations puisque nous sommes dans de très bonnes conditions locales pour détruire les cellules cancéreuses et obtenir une réaction du stroma : petit nombre de cellules cancéreuses et abondance des tissus sains dans le ganglion microscopiquement atteint.

L'École de Stockholm prétend enfin, et ceci est d'importance, que les résultats ne sont pas meilleurs, dans les cas traités au Stade 1, quand on a pratiqué l'évidement prophylactique et quand on ne l'a pas pratiqué.

b) *L'évidement prophylactique peut, en outre, être dangereux.* Les ganglions, comme vous le savez, sont des organes de défense contre tout agresseur et parti-

culièrement contre le cancer. Cette défense s'exerce essentiellement par un barrage local, mais elle peut aussi s'exercer par une action générale due à une sécrétion interne des ganglions que l'on se propose d'enlever.

Au point de vue de la défense locale, il est certain que tout évidemment prophylactique peut être théoriquement dangereux car il supprime un barrage, un moyen de résistance habituel à la progression d'un agresseur quelconque. On peut dire, cependant, que si tous les éléments néoplasiques ont été enlevés soit au niveau de la lésion initiale, soit au niveau des lymphatiques régionaux, le cancer ne peut se reproduire. On peut dire aussi que de nouveaux centres ganglionnaires de défense peuvent se reformer dans la région évidée.

Pour ce qui concerne l'impossibilité de récurrence dans une région bien évidée quelconque, je signale qu'il peut toujours exister des éléments néoplasiques qui échappent à la dissection la plus large. La preuve en est dans les récurrences qui surviennent après les évidements qui nous avaient donné les plus grandes satisfactions opératoires. Quant aux opérations dont nous nous occupons aujourd'hui, l'évidement le plus large de la loge sous-maxillaire, laisse en place la sangle mylo-hyoidienne et les lymphatiques qui la traversent !

Pour ce qui concerne la reproduction des éléments lympho-ganglionnaires enlevés, je signale qu'avec mon élève LAZORTHES nous avons montré au dernier Congrès d'Anatomie de Bâle, à l'aide de lymphographies, que si les lymphatiques et les nodules ganglionnaires non visibles avant l'exérèse des troncs réparables, pouvaient à la rigueur se développer dans une région soigneusement évidée, les ganglions eux-mêmes ne se reproduisaient pas.

Je fais remarquer que l'argument « d'insuffisance chirurgicale » à l'égard de l'exérèse du tissu lymphatique est valable aussi bien pour les évidements curatifs que

pour les évidemment prophylactiques mais dans les premiers c'est par nécessité que nous intervenons et nous faisons du mieux en enlevant des ganglions dont la défaite est déjà certaine.

Au point de vue de la défense générale, on peut penser que si on enlève le système lymphatique d'une région discrètement atteinte, il reste encore dans l'organisme un nombre suffisant de ganglions pour sécréter des substances de défense.

Mais ce sont justement les ganglions enlevés, c'est-à-dire les ganglions régionaux, qui théoriquement sont les plus importants au point de vue des réactions de défense contre le cancer. DELBET a prouvé depuis longtemps que les ganglions augmentés de volume dans le cancer du sein n'étaient pas tous des ganglions cancéreux et qu'un certain nombre devaient leur hypertrophie aux poisons venus du cancer. Ce sont donc les ganglions frappés par les poisons cancéreux qui sont particulièrement aptes à sécréter des substances de défense, si l'hypothèse de la défense par une sécrétion ganglionnaire a quelque valeur, ce qui n'est pas encore prouvé.

A ces différents arguments sur le danger des évidements prophylactiques et sur le rôle de défense des ganglions à l'égard du cancer se joignent d'autres faits d'ordre expérimental. AULER, comme je l'ai déjà dit, a montré que le curage prophylactique de l'aisselle chez les rats auxquels on avait greffé sous la peau du thorax le cancer spontané de JOBERT-FLEXING, favorise très nettement la généralisation du cancer. Evidemment il s'agit de rats... les conditions expérimentales ne sont pas les mêmes que les conditions dans lesquelles se font les évidements pour ganglions cancéreux chez l'homme, AULER, lui-même, émet beaucoup de réserves sur le rapprochement que l'on est tenté de faire entre ses expériences et les faits humains. Il n'en est pas moins vrai

que ces observations, jointes aux considérations précédentes, nous rendent très perplexes au sujet de l'évidement prophylactique en général et de l'évidement du cou en particulier. D'ailleurs, les radiothérapeutes, en face du même problème, doivent avoir les mêmes hésitations que les chirurgiens, bien que l'on puisse admettre que l'irradiation du ganglion, voire sa suppression fonctionnelle par les radiations, ne présentent pas les mêmes dangers que son extirpation.

Pratiquement, je n'ai pas abandonné systématiquement l'évidement prophylactique. Je le conseille quand les lésions initiales sont assez anciennes ou assez étendues malgré l'absence de retentissement ganglionnaire, surtout si le malade me paraît négligent ou inintelligent. Mais quand je me trouve en présence d'un sujet dont la lésion est vraiment au début et peu étendue, qui est intelligent et sérieux en un mot de surveillance facile et sûre, je conseille l'expectative armée. Je redoute cependant les dangers d'une telle conduite qui risque de laisser jouer la négligence des malades.

Il est possible que dans un avenir prochain des lymphographies ou tout autre procédé puissent indiquer s'il existe ou non une atteinte ganglionnaire chez des malades paraissant cliniquement indemnes de toute adénopathie et nous permettent de prendre des décisions plus catégoriques.

Je résumerai de la façon suivante les indications thérapeutiques de l'évidement du cou en soulignant qu'elles sont un peu personnelles et peut-être temporaires.

Au point de vue prophylactique, je conseille l'évidement pour des lésions assez anciennes ou assez étendues, c'est-à-dire, ayant probablement retenti sur les ganglions malgré qu'on n'en perçoive aucun; pour des lésions siégeant en avant du V lingual et chez des sujets que l'on ne peut suivre régulièrement.

Au point de vue curatif, je conseille l'évidement pour des lésions siégeant en avant du V lingual, s'il n'existe aucun retentissement ganglionnaire dans l'espace rétro-stylien et si les adénopathies sont mobiles.

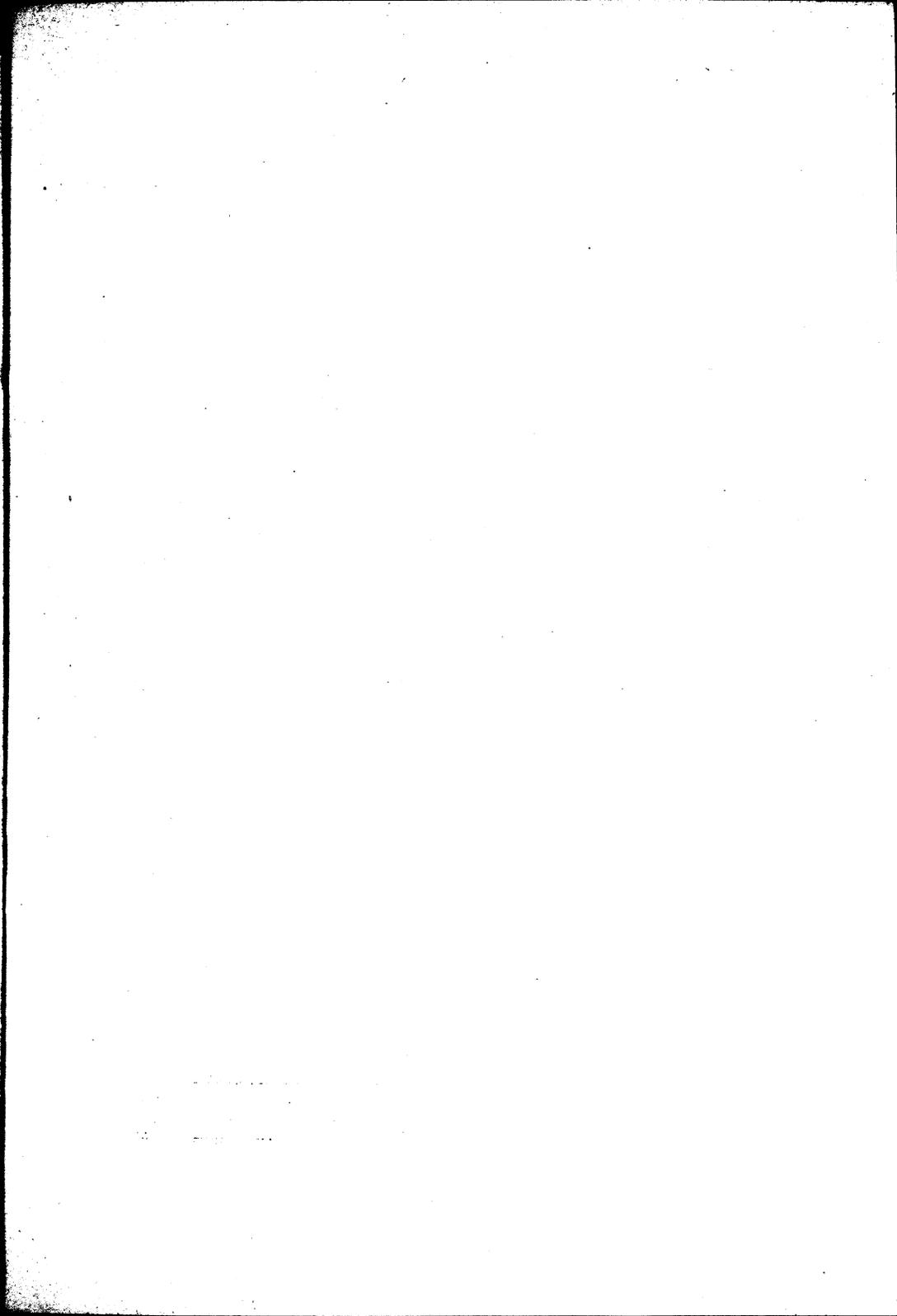
**

En somme, la question des grands évidements ganglionnaires du cou est à un tournant et si la nécessité de l'évidement curatif ne se discute pas, à condition de respecter les indications que j'ai essayé de préciser, l'opportunité de l'évidement prophylactique se discute; des arguments anatomiques, anatomo-pathologiques, biologiques et expérimentaux semblent ébranler le chirurgien qui veut intervenir pour une plus grande sécurité.

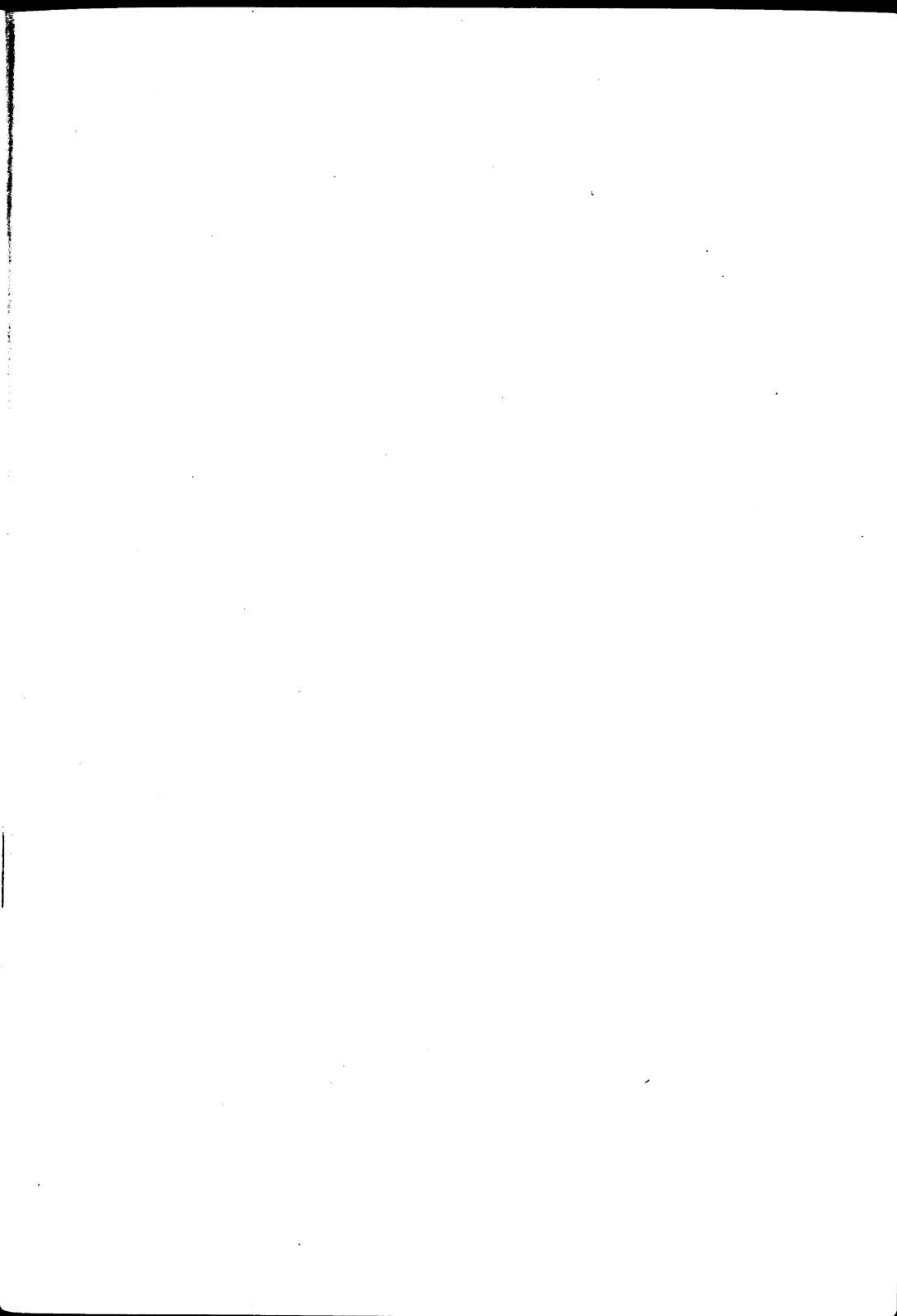
Je pense, pour l'instant, que les progrès dans le traitement des adénopathies cancéreuses du cou consistent non seulement à préciser la technique de l'opération, mais à restreindre ses indications. L'absence d'adénopathies cliniquement perceptibles est peut-être une de ces restrictions.

En attendant une ligne de conduite précise, issue de la critique des faits observés, que chacun se conduise comme il en a l'habitude quand se pose la question d'un évidement prophylactique. Qu'il réfléchisse cependant aux conséquences de son acte et qu'il observe impartialement les faits. Surtout qu'il ne s'obstine pas dans sa routine dès qu'on lui prouvera qu'elle n'est pas la meilleure. Savoir poser le bistouri, dans certains cas si l'on est chirurgien; abandonner les radiations dans d'autres si l'on est radiothérapeute est d'autant plus méritoire qu'on aime davantage son métier.





IMP. J. PRUNET
- MONTAUBAN -



IMP. J. PRUNET
- MONTAUBAN -
