

CAS CLINIQUES

LÉIOMYOSARCOME DU SEGMENT MOYEN DE LA VEINE CAVE INFÉRIEURE : PROBLÈMES TACTIQUES SOULEVÉS PAR LA REVASCULARISATION CAVE ET RÉNALE

S. BONNET (1), P. EGGENSPIELER (1), L. VEDRINE (2), P. CAMPARO (3), B. BARANGER (1)

(1) Service de Chirurgie Viscérale et Vasculaire,

(2) Service de Radiothérapie-Oncologie,

(3) Service d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques, HIA Val de Grâce, 74 boulevard de Port Royal,
75230 Paris Cedex 05.

RÉSUMÉ :

Léiomyosarcome du segment moyen de la veine cave inférieure : problèmes tactiques soulevés par la revascularisation cave et rénale.

Introduction : Les léiomyosarcomes de la veine cave inférieure sont des tumeurs mésenchymateuses d'origine mésodermique qui représentent à eux seuls 95 % des tumeurs primitives de la VCI. Ils sont caractérisés par une évolution locale lente qui retarde le diagnostic et un potentiel métastatique.

Observation : Les auteurs rapportent le cas d'un léiomyosarcome de la veine cave inférieure chez un patient de 53 ans qui a été découvert au décours d'un bilan de douleurs abdominales. Les examens morphologiques ont mis en évidence une volumineuse masse polycyclique de la veine cave inférieure allant du confluent sus-hépatique refoulé mais non envahi jusqu'au confluent réno-cave postérieur avec envahissement de la veine rénale gauche. La tumeur a été résectionnée dans sa totalité. Le flux cave a été rétabli au moyen d'une prothèse annelée en PTFE, la veine rénale gauche a été ligaturée et non réimplantée, et la veine rénale droite a été réimplantée dans une veine lombaire sous-rénale au moyen d'une courte prothèse. L'histologie a conclu à un léiomyosarcome de grade II et le patient a reçu 6 cures d'une chimiothérapie adjuvante à base d'anthracyclines. Le patient ne présente pas de récurrence loco-régionale à un an.

Commentaire : Les auteurs insistent sur l'importance de la restauration du flux veineux cave qui donne de bons résultats avec l'utilisation de prothèses rigides, notamment en PTFE. Il est rappelé également la nécessité d'un rétablissement du flux veineux rénal droit dans la mesure où la ligature de la veine rénale droite expose à l'ischémie veineuse du rein et où la néphrectomie droite ne doit en aucun cas être proposée de principe mais réservée à des indications bien précises. (J Mal Vasc 2006 ; 31 : 79-84)

Mots-clés : Léiomyosarcome. Veine cave inférieure. Veine rénale. Remplacement prothétique.

ABSTRACT:

Leiomyosarcoma of the middle segment of the inferior vena cava: tactical problems raised by renal and caval revascularisation.

Introduction: Leiomyosarcoma of the inferior vena cava is mesenchymal tumor accounting for 95% of primary tumors of the vena cava. Characteristic features include late invasion of adjacent structures and metastases, and delayed diagnosis.

Observation: We report a case of inferior vena cava (IVC) leiomyosarcoma (LMS) found in a 53 year-old man who complained of abdominal pain. Morphologic exams found a very large polycyclic mass in the inferior vena cava involving the middle segment of the vena cava extending from the renal veins to the hepatic veins. An « en bloc » resection of the tumor was achieved. Caval outflow was restored using a ring-reinforced PTFE tube graft, the left renal vein was ligated and not re-implanted, the right renal vein was implanted in a lumbar sub-renal vein using a short prosthesis. Pathological examination documented a grade II leiomyosarcoma of the inferior vena cava and the patient was given adjuvant chemotherapy (anthracycline). One year later, there was no local or regional relapse.

Comment: We emphasize the importance of restoring caval outflow which provides effective results when used with a ring-reinforced polytetrafluoroethylene (PTFE) prosthesis. Furthermore, the importance of restoring right renal outflow is highlighted because ligation of the renal vein can lead to renal ischemia and nephrectomy which should only be performed in specific cases. The tactical problems of renal and caval revascularisation, including the place of prosthetic replacement, are discussed. (J Mal Vasc 2006 ; 31 : 79-84)

Key-words: Leiomyosarcoma. Inferior vena cava. Renal vein. Prosthetic replacement.

INTRODUCTION

Les léiomyosarcomes (LMS) sont des tumeurs mésoenchymateuses d'origine mésodermique développées aux dépens des fibres musculaires lisses, notamment celles de la média vasculaire (1). Les LMS de la veine cave inférieure (VCI) représentent à eux seuls 95 % des tumeurs primitives de la VCI (1) et 38 % des LMS à point de départ vasculaire (2). Ces tumeurs ont une évolution caractérisée par un potentiel métastatique tardif, le plus souvent par voie systémique, plus rarement et plus tardivement par voie lymphatique (3). La prise en charge optimale de ces LMS de la VCI répond à 2 objectifs : l'exérèse complète de la tumeur pour prévenir la récurrence et la préservation du retour veineux (4). Nous rapportons un cas de LMS de la VCI qui a été résecté en totalité avec ligature des veines rénales droites et gauches, suivie immédiatement d'un remplacement prothétique de la veine cave avec réimplantation de la veine rénale droite dans une veine lombaire se jetant dans la VCI sous-rénale.

OBSERVATION

Un homme de 53 ans était admis pour prise en charge d'un syndrome douloureux abdominal de la région épigastrique et du flanc droit. Cette douleur avait débuté un mois auparavant et était progressivement devenue permanente, d'intensité croissante et insomnante. Dans ses antécédents médicaux on retenait une coronaropathie avec angioplastie à 3 reprises, une diverticulose colique asymptomatique, l'exérèse de polypes coliques dans le cadre d'une surveillance familiale pour cancer colique. L'examen clinique à l'admission était sans particularité et retrouvait tout au plus une sensibilité du creux épigastrique, de l'hypocondre et du flanc droits. Une échographie abdominale de débrouillage retrouvait une masse sous-diaphragmatique postéro-para-médiane droite, rétro-hépatique, de 9 cm de grand axe et d'aspect polycyclique. La tomodensitométrie retrouvait cette masse rétro-péritonéale sous-diaphragmatique refoulant et envahissant la veine cave inférieure. L'imagerie par résonance magnétique retrouvait cette tumeur rétro-péritonéale centrée sur la veine cave inférieure apparaissant de signal discrètement hétérogène avec une composante en discret hypersignal T1 et T2. Cette tumeur se rehaussait de façon plus marquée en périphérie sur les temps portal et tardif, témoignant vraisemblablement d'une importante composante fibreuse. Cette tumeur mesurait 10 cm de hauteur par 6,6 cm de grand axe frontal et sagittal à hauteur de la glande surrénale droite et 6 cm de grand axe frontal et sagittal à hauteur du tiers supérieur du rein droit. Elle s'étendait de l'abouchement des veines sus-hépatiques à l'abouchement des veines rénales. À sa partie supérieure, cette tumeur était en

contact intime avec l'abouchement de la veine sus-hépatique latérale sans pouvoir préciser s'il s'agissait d'un envahissement ou d'un simple refoulement (fig. 1). Cette tumeur était également en contact avec la branche porte refoulée en avant mais avec un diamètre, un calibre et des contours normaux ; avec le pilier droit du diaphragme qui gardait un signal normal ; avec la branche interne de la surrénale droite (fig. 2). Au niveau de l'artère rénale droite, cette masse semblait exercer un syndrome de masse (fig. 3). Par contre il existait un envahissement du confluent réno-cave postérieur avec notamment un envahissement de l'ostium de la veine rénale gauche (fig. 4). Il n'existait pas d'envahissement loco-régional ganglionnaire, ni d'envahissement à distance hépatique ou pulmonaire. Devant le caractère agressif de cette tumeur très fortement évocatrice de léiomyosarcome de la veine cave inférieure, il était proposé en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) de réaliser une chirurgie d'exérèse carcinologique sans biopsie pour documentation histologique préalable.

L'intervention débutait par une mobilisation du foie et contrôle du pédicule hépatique. Le décollement rétro-duodéno-pancréatique retrouvait la lésion qui siégeait à la face postérieure de la veine cave inférieure. La libération du bord gauche de cette tumeur permettait d'écarter un envahissement du pilier droit du diaphragme mais retrouvait par contre un envahissement du confluent cavo-rénal postérieur et de l'ostium de la veine rénale gauche. Après héparinisation par voie systémique (1 mg/kg), la veine cave inférieure était sectionnée emportant l'ostium de la veine rénale droite qui était réimplantée immédiatement dans une veine lombaire au moyen d'un tube annelé en PTFE, alors que l'anastomose inférieure cavo-prothétique était réalisée en termino-terminale sur un tube de Gore-Tex de 24 mm. La poursuite de la libération tumorale passait à distance de l'artère rénale droite mais devait sacrifier la glande surrénale droite très adhérente. Puis la face inférieure du foie était soulevée, libérant la face antérieure de la veine cave inférieure, permettant ainsi une pédiculisation complète de cette veine cave inférieure jusqu'à l'ostium des veines sus-hépatiques. L'absence d'envahissement cavo-sus-hépatique autorisait un clampage sous les veines sus-hépatiques permettant la résection complète de la veine cave et de sa tumeur (fig. 5). Le rétablissement de la continuité vasculaire était réalisé par une anastomose cavo-prothétique supérieure. Les suites post-opératoires étaient marquées sur le plan général par une ischémie sous-épicaudique traitée médicalement, alors que sur le plan digestif la reprise de l'alimentation s'effectuait sans difficultés au cinquième jour. Il était instauré de principe un traitement anticoagulant à base d'anti-vitamine K compte tenu du pontage prothétique de petit calibre entre la veine rénale droite et une veine lombaire. L'examen anatomo-pathologique concluait à un léiomyosarcome avec contingents épithélioïdes de grade II selon la FNLCC. En immunohistochimie, les cellules tumorales exprimaient la desmine, le CD34, la caldesmone et l'actine musculaire, alors qu'il n'existait pas d'expression de la protéine S100 ni des cytokératines (KL1, AE1-AE3). Les marges de résection étaient infracentrimétriques réalisant une exérèse de type R0. Compte tenu du jeune âge du patient, de la taille de la tumeur, des marges infracentrimétriques et du fait qu'il s'agissait d'un grade II de la FNLCC, il était décidé en RCP d'entreprendre une chimiothérapie adjuvante à base de 6 cycles d'anthracyclines de type AI 75 associant adria-mycine 150 mg le premier jour et holoxan 6 000 mg du premier au troisième jour. L'évaluation par TDM à 1 mois de la chirurgie montrait une bonne perméabilité du pontage cavo-prothétique et réno-cave droit. L'évolution 6 mois après la fin du traite-

Reçu le 4 janvier 2006.

Acceptation par le Comité de rédaction le 9 février 2006.

Tirés à part : S. BONNET, Service de Chirurgie Viscérale et Vasculaire, HIA Val de Grâce, 74 boulevard de Port Royal, 75230 Paris Cedex 05.

E-mail : stephanebonnet@caramail.com

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2976644>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2976644>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)