

## LA RECHERCHE CLINIQUE EN CHIRURGIE CANCÉROLOGIQUE EN FRANCE: DES BALBUTIEMENTS À LA MATURITÉ

François Lacaine  
Sorbonne Université (Paris VI)

---

Dans les années 1970, la recherche clinique en chirurgie cancérologique était à ses début en France. Les études cliniques étaient le plus souvent *monocentriques, rétrospectives et méthodologiquement contestables*. Chacun travaillait isolément “dans son coin”. Ces études et les publications qui en découlaient étaient plus soucieuses de la visibilité individuelle, d’une équipe ou d’une “école” chirurgicale qu’elles ne cherchaient à démontrer scientifiquement qu’un nouveau traitement était supérieur à un autre.

Pour éliminer les défauts de toute recherche clinique débutante, sous l’impulsion d’un chirurgien Digestif le professeur Jean-Marie Hay, fut défini le principe fondateur suivant : réunir des chirurgiens, *préalablement au choix et au déroulement des études*, aboutissant de facto à la proposition d’une *recherche chirurgicale multicentrique et prospective*, scientifiquement valable fondée sur une *méthodologie rigoureuse*. Deux associations, l’Association de Recherche en Chirurgie (ARC) et l’Association Universitaire de Recherche en Chirurgie (AURC) virent ainsi le jour à partir de 1977.

Entre 1977 et 2003 26 essais randomisés furent publiés (par exemple “type de curage de la gastrectomie pour cancer” dans le JACS), comme 60 autres articles en anglais et 19 articles en français, ainsi que des communications nationales et internationales. En 2004 nous avons fédéré les Associations de Recherche ARC et AURC en une “Fédération de Recherche en Chirurgie” (FRENCH), regroupant environ 70 équipes chirurgicale en France. Depuis cette date, une cinquantaine d’articles ont été publiés dont les 2/3 étaient de études prospectives (parmi celles-ci la moitié étaient des études randomisées) et le 1/3 restant était composé de registres ou d’études rétrospectives.

En dehors de la structuration de la recherche clinique chirurgicale, FRENCH a de plus joué un rôle dans la formation des jeunes chirurgiens à l’aide notamment de séminaires annuels (“méthodologie de la recherche clinique, de rédaction médicale et d’écriture de protocoles de recherche”).

Désormais, la recherche clinique chirurgicale en France est scientifique, et elle ne se fait plus de façon isolée. FRENCH a permis de la développer en unissant les forces de chacun, en intégrant les jeunes chirurgiens à toutes les étapes de la démarche scientifique, et en permettant par la même occasion aux plus anciens d’exercer un tutorat valorisant.

Conclusion : en utilisant les mêmes recettes, l’expérience française pourrait être utile aux chirurgiens Vietnamiens qui souhaitent développer la recherche clinique en chirurgie cancérologique.

## **THE ALIAS AND PITFALLS OF COLONIC VASCULARIZATION: THEIR IMPORTANCE IN PREVENTION OF ANASTOMOTIC LEAKAGE”**

Abe Fingerhut MD, FACS (hon), FRCPS (g), FRCS (Ed)

---

Inadequate vascular supply is widely recognized as one of the main causes of anastomotic leakage. The vascularization of the human colon is well known but all too often ignored by surgeons performing colonic resection for benign or malignant disease. The right colon is vascularized (via the superior mesenteric artery) by the ileocolic artery, the middle colic artery and, less frequently, the right colic artery. The transverse colon is vascularized by the middle colic artery and the right branch of the left colic artery. The left colon is vascularized by the left colic artery, and the sigmoid arteries. Marginal artery channels connect the ileocolic to the right branch of the middle colic arteries, the left branch of the middle colic to the right branch of the left colic, and the left branch of the left colic to the ascending branch of the sigmoid arteries. Anatomic variations, however, are frequent. The right colic artery is absent in more than half of patients, the middle colic artery can be absent in 3% to 25% (or there is no communication between the left and the right branches of the middle colic artery (5-10%)), absence of the marginal artery of Drummond in 5 %, absence or insufficient communication between the marginal artery of Drummond and the left colic artery (Griffith's point) in 43-53% or between the sigmoid artery and the superior rectal artery (Sudeck's point) in 5-10%. The ileocolic artery courses posterior to the mesenteric vein in nearly two thirds of patients, and this configuration presents a danger when central vascular ligation and apical (D3) lymph node dissection are performed.

The vein drainage is essentially assured by the superior and inferior mesenteric veins, but usually, the veins originating from the right colon are joined by veins from the pancreatic head and right gastric territories to form a common venous trunk, called the trunk of Henlé, that runs close to the middle colic artery and presents a danger in wide lymph node (complete mesocolic excision or D3) dissections.

Although recommended long ago and usually appreciated subjectively, objective intra-operative evaluation of the colonic vascularization appears to be an essential step for safe colonic resection and anastomosis. This is currently the goal of intra-operative indocyanine green angiography.

Adequate knowledge of these variations, and of bail-out solutions when the vascular supply is found to be insufficient or borderline during colonic surgery are essential to avoid anastomotic leakage of vascular origin.