JFHOD WWW.JFHOD.COM

18/21 MARS 2021

100 % digitales

PAYS INVITÉ : Belgique

La prévention

Prise en charge endoscopique de l'ampullome vatérien : du diagnostic au traitement

Dr Fabien Fumex

Hôpital Privé Jean Mermoz

Lyon

DECLARATION OF INTEREST

- L’orateur a déclaré sur le site des JFHOD, les liens d’intérêts suivants :
BOSTON SCIENTIFIC

Liens d’intérêt en relation avec votre présentation

Boston scientific : consultant

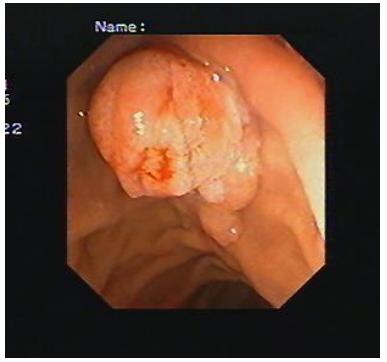
Objectifs pédagogiques

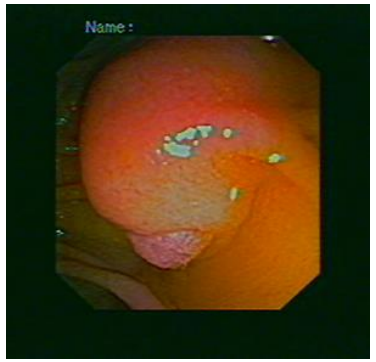
- Savoir diagnostiquer une tumeur ampullaire
- Connaître les examens indispensables au bilan d'extension
- Connaître les modalités et les indications du traitement endoscopique
- Connaître les complications de l'ampullectomie endoscopique
- Connaître les modalités de surveillance

Diagnostic de l'ampullome

- Les tumeurs ampullaires sont rares, **0.6 à 0.8% de l'ensemble des cancers digestifs**
- Circonstances de découverte :
  - **Fortuite** de plus en plus souvent, à l'occasion d'une endoscopie digestive haute
  - Par des **manifestations cliniques**, biologiques ou radiologiques : perturbations du bilan hépatique, dilatation canalaire, ictère, pancréatite aigue, hémorragie digestive, lithiases cholédociennes
  - Dans le cadre des **polyposes adénomateuses familiales** : la prévalence des lésions ampullaires est rapportée entre 3 et 12% des patients mais leur potentiel évolutif est moindre

Aspects endoscopiques





- Avec **duodénoscope à vision latérale**
- Différentes présentations macroscopiques
  - Formes bourgeonnantes extra-ampullaires
  - Formes endo-ampullaires
  - Formes mixtes les plus fréquentes
- Ne préjuge pas de l'envahissement canalaire
- **Extension duodénale**
- **Taille**
  - Au delà de 20 mm, plus de lésions avancées, plus de résidus et de récidives
- **Rechercher des signes en faveur de lésions déjà invasives**
  - Ulcération, désorganisation en surface, saignement

Diagnostic histologique

- Pas d'ampullectomie endoscopique sans **preuve histologique**
  - Toutes les grosses ampoules ne sont pas adénomateuses
- Mais performances diagnostiques des biopsies ampullaires non optimales (38 à 85%)
  - Risque de sur et sous-évaluation
  - Difficultés pour l'anatomo-pathologiste de distinguer les lésions adénomateuses de bas grade et les lésions inflammatoires
  - Peu rentables dans les formes endo-ampullaires
- Sphinctérotomie si nécessaire mais peut rendre plus délicat l'ampullectomie endoscopique
- Savoir répéter les prélèvements et ne pas oublier la clinique

Diagnostic histologique : situations fréquentes

- En cas d'**adénome en dysplasie de bas grade** sur une première série de prélèvements
  - Faire relire ou répéter les prélèvements pour confirmation
- **Hypertrophie ampullaire isolée** sans signes cliniques ou biologiques d'obstruction canalaire et biopsies négatives
  - Surveillance par duodénoscopie, EE, biopsies
- **Suspicion de tumeur ampullaire** sur des arguments clinico-biologiques et biopsies négatives
  - Poursuivre la prise en charge avec ponction sous EE ou sphinctérotomie pour réalisation de nouvelles biopsies

Cas particulier des polyposes adénomateuses familiales

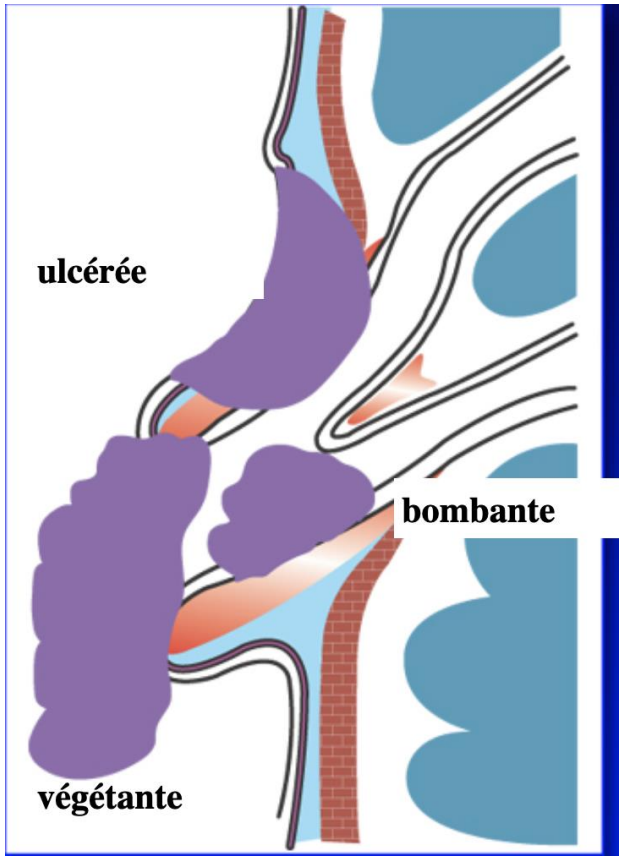
- Les lésions adénomateuses ampullaires sont fréquentes au cours de l'évolution
- Elles sont en majorité non ou lentement évolutive
- Elles sont associées à la présence des adénomes duodénaux
- **Recommandations ESGE 2019** :
  - Surveillance annuelle pour les adénomes ampullaires > 10mm
  - Biopsies seulement si suspicion de lésion invasive ou large lésion non accessible à un traitement endoscopique
  - Résection endoscopique seulement en cas de lésion évolutive ou symptomatique

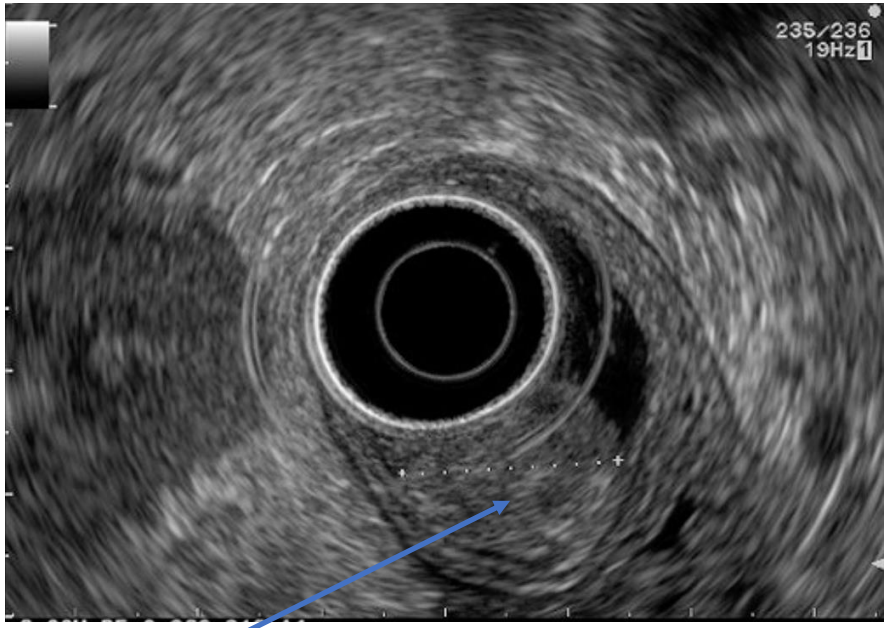
Bilan d’extension

- Vise essentiellement à **évaluer les possibilités de résection endoscopique**, l’alternative étant un traitement chirurgical lourd (DPC)
- Fréquence des foyers d’adénocarcinomes (50%)
- Scanner TAP : tumeur, adénopathies, métastases
- IRM : tumeur, extension canalaire
- **L’ écho-endoscopie est l’examen de référence pour l’évaluation de l’extension locale**

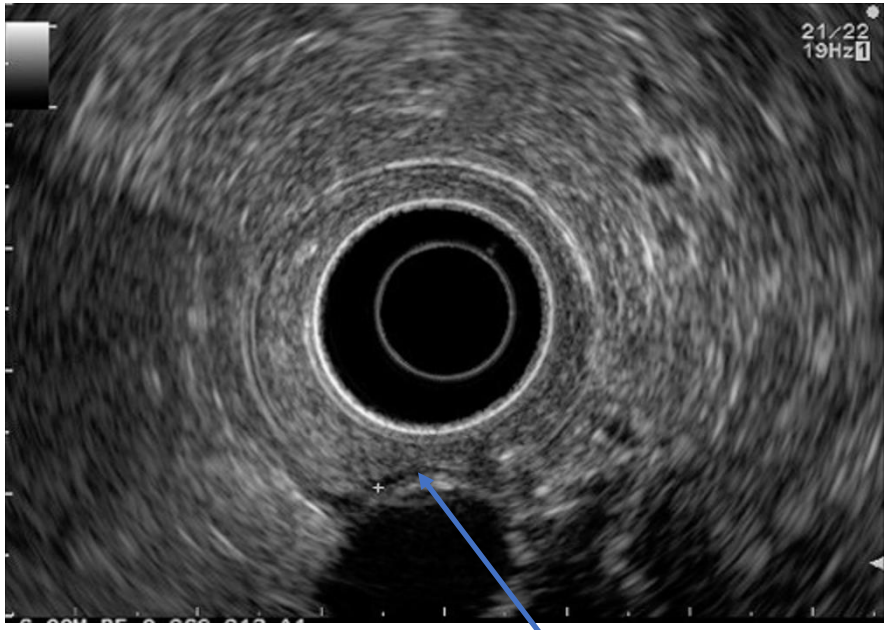
Echo-endoscopie

- Evaluation difficile du fait de la situation anatomique particulière de l'ampoule et nécessite un opérateur expérimenté
- Objectifs de l'écho-endoscopie :
  - **Distinguer les lésions T1** accessibles à un traitement endoscopique des autres lésions
  - Objectiver un éventuel **envahissement canalaire**
  - Adénopathies et lésions à distance
- Sensibilité 77% et spécificité 78% pour les lésions T1
- Sensibilité 70% et spécificité 74% pour l'atteinte ganglionnaire

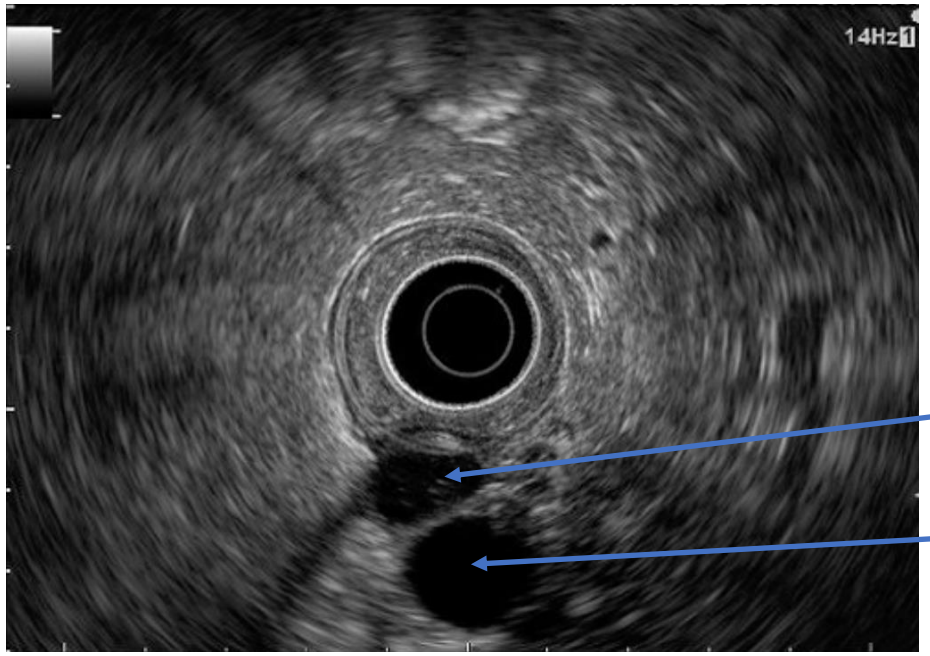




Ampullome uT1



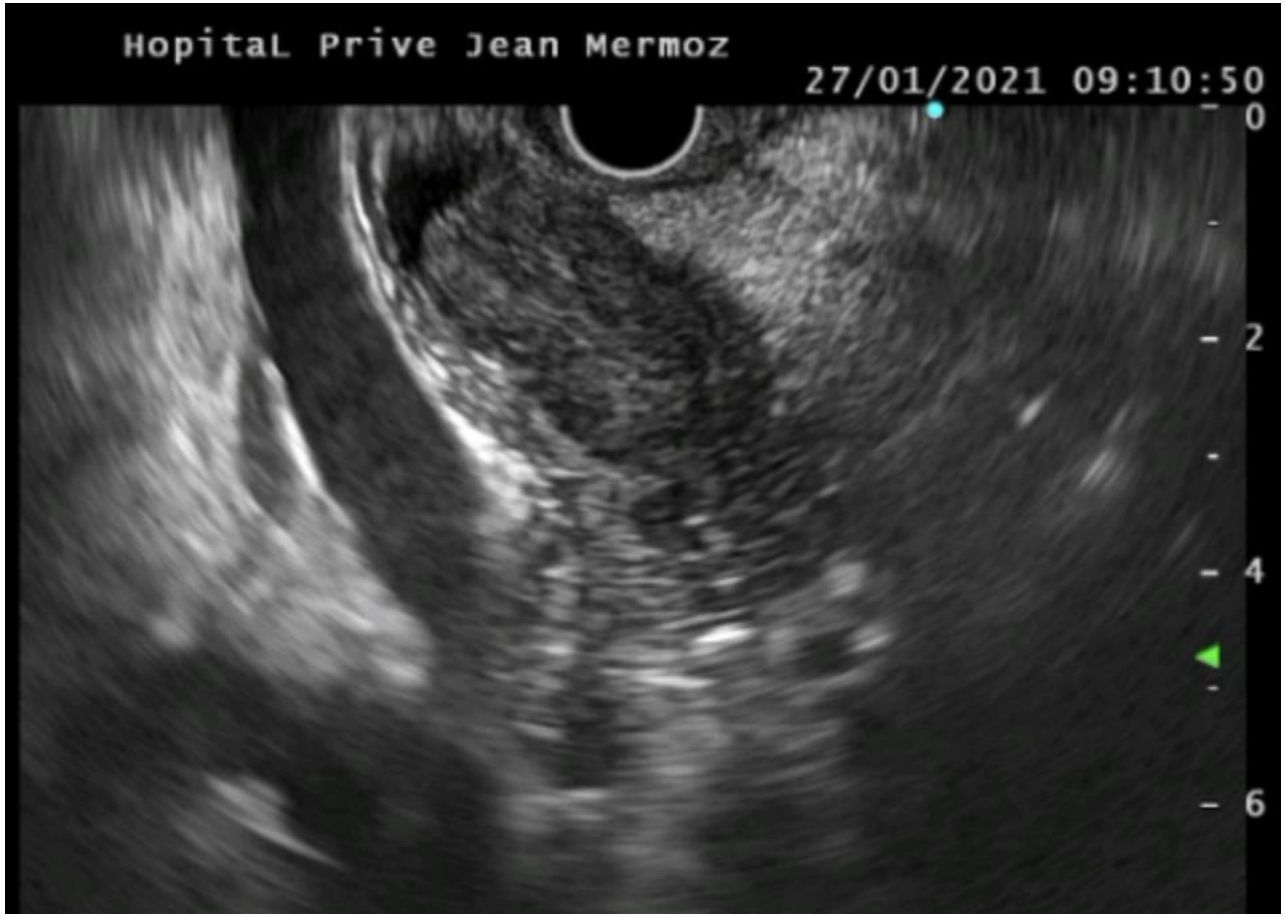
Musculeuse

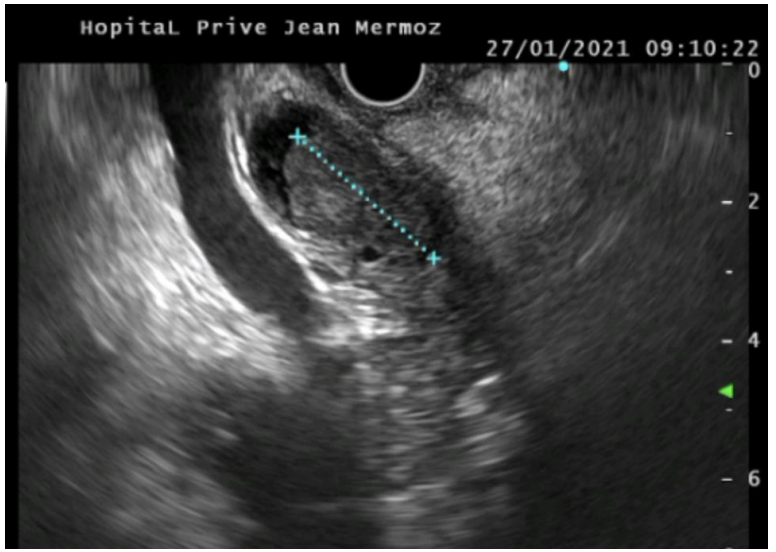


Cholédoque

Wirsung

Envahissement canalaire

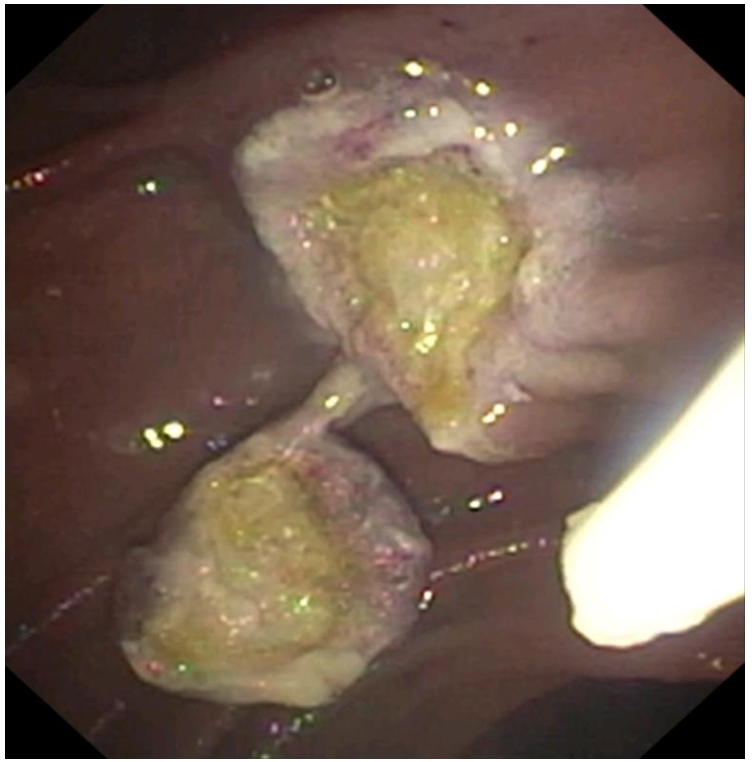




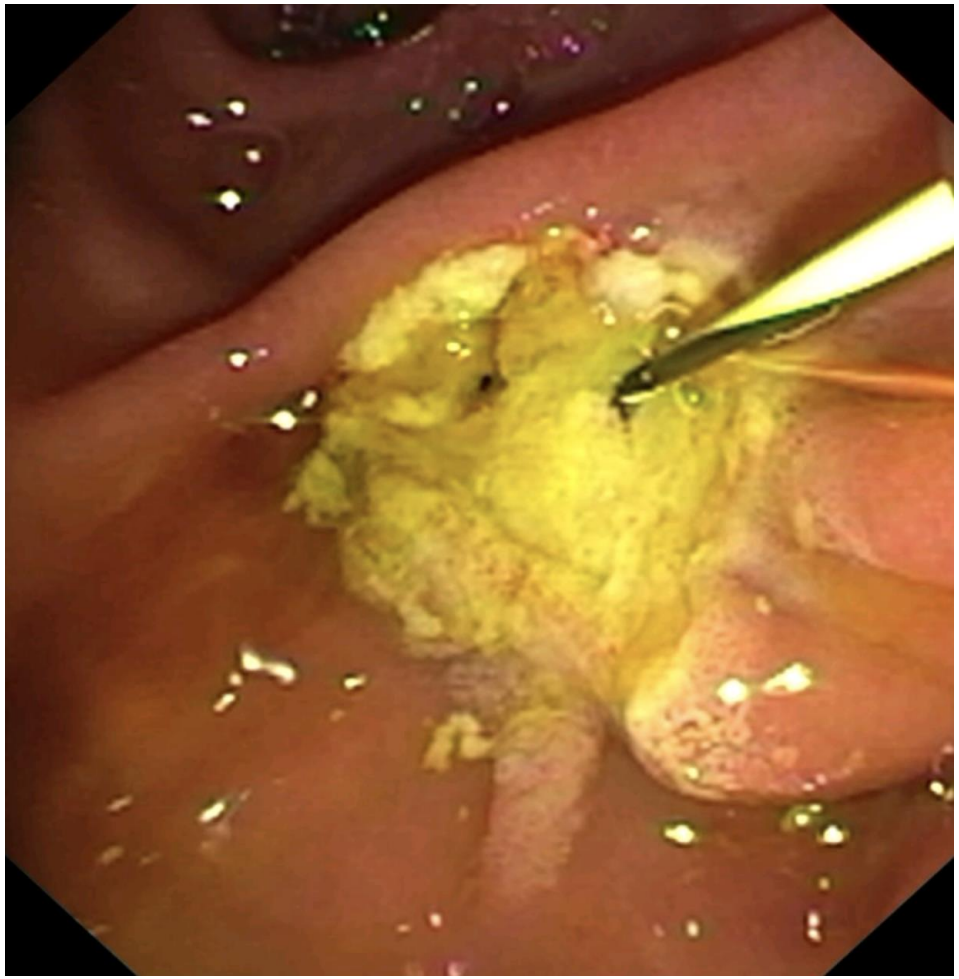
Ampullectomie endoscopique : indications

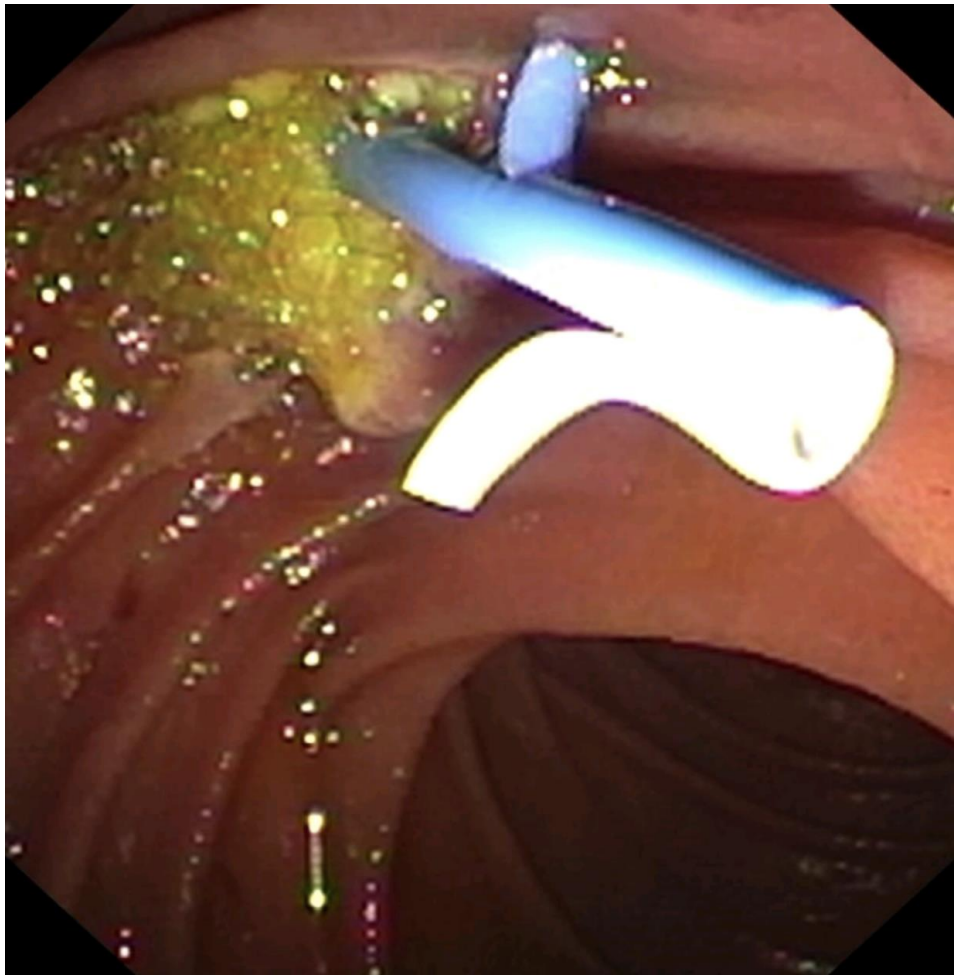
- **Adénome ampullaire sans extension canalaire**
  - Limites techniques : taille > 4cm , diverticule
- Problématique des adénocarcinomes superficiels de l'ampoule
  - Risque d'atteinte ganglionnaire nul si lésion intra-muqueuse
  - Patients non opérables
- Problématique de l'extension intra-canalaire
  - Traitement chirurgical si patient opérable
  - Radiofréquence en évaluation

Ampullectomie endoscopique : aspects techniques



Capture en monobloc à l'anse de la lésion
Pas d'injection en l'absence d'extension duodénale
Utiliser l'endocut





Pose d’une prothèse pancréatique préventive et AINS
Hémostase si nécessaire

Ampullectomie endoscopique : complications

- Spadaccini et al., United Eur Gastroenterol J 2020, 29 études, 1751 patients

- **Mortalité 0.3%**

- **Taux global de complications = 24.9%**
  - Pancréatite aigue 11.9%
  - Hémorragie 10.6% (plus élevé si atteinte duodénale)
  - Perforation 3.1%
  - Angiocholites 2.7%
  - Sténose canalaire 2.4%, complication tardive

Ampullectomie endoscopique : résultats et surveillance

- **Résection endoscopique complète** lors de la procédure : **94.2%**
- **Taux de guérison** après ampullectomie : **87.1%**
  - La résection en monobloc améliore les résultats
- Suivi après ampullectomie endoscopique
  - Importance des **récidives mêmes tardives (11.8%)** mais souvent accessible à un nouveau traitement endoscopique
  - Duodénoscopie, EE, biopsies
  - 3, 6, 12 mois la première année, puis annuellement pendant 5 ans

Points forts

- L’ampullectomie endoscopique est le traitement de choix des adénomes et adénocarcinomes intra-muqueux ampullaires sans atteinte canalaire
- La confirmation histologique d’une lésion adénomateuse ampullaire, hors contexte de polypose adénomateuse familiale, est recommandée avant d’envisager son exérèse
- La sélection des patients pouvant bénéficier d’une ampullectomie endoscopique doit être rigoureuse; la duodénoscopie et l’écho-endoscopie sont les deux examens indispensables au bilan d’extension locale
- Le taux de complications de l’ampullectomie endoscopique est élevé (25%). Les deux complications les plus fréquentes sont la pancréatite aiguë et l’hémorragie digestive
- La surveillance après traitement endoscopique des adénomes l’ampoule doit être prolongée en raison d’un risque élevé de récidive locale (12%)