



Prof. Marc BARTHET

Ampullectomie endoscopique

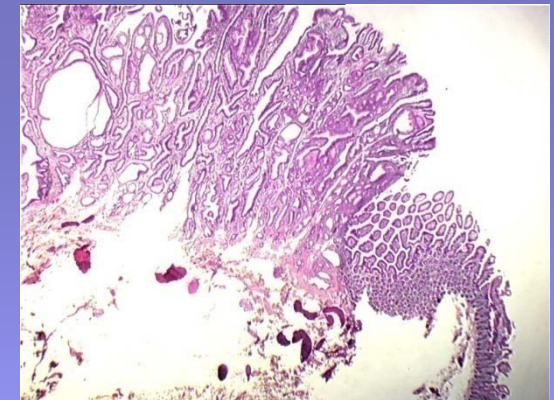
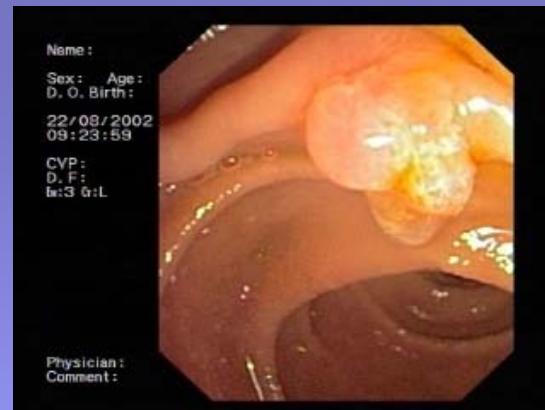
- Connaître les indications respectives de l'ampullectomie endoscopique
- Connaître ses complications
- Savoir suivre un patient



Conflits d'intérêts

- Le Prof. Marc BARTHET n'a pas déclaré de conflits d'intérêts

Ampullectomie endoscopique



Marc Barthet
Hôpital Nord, Marseille

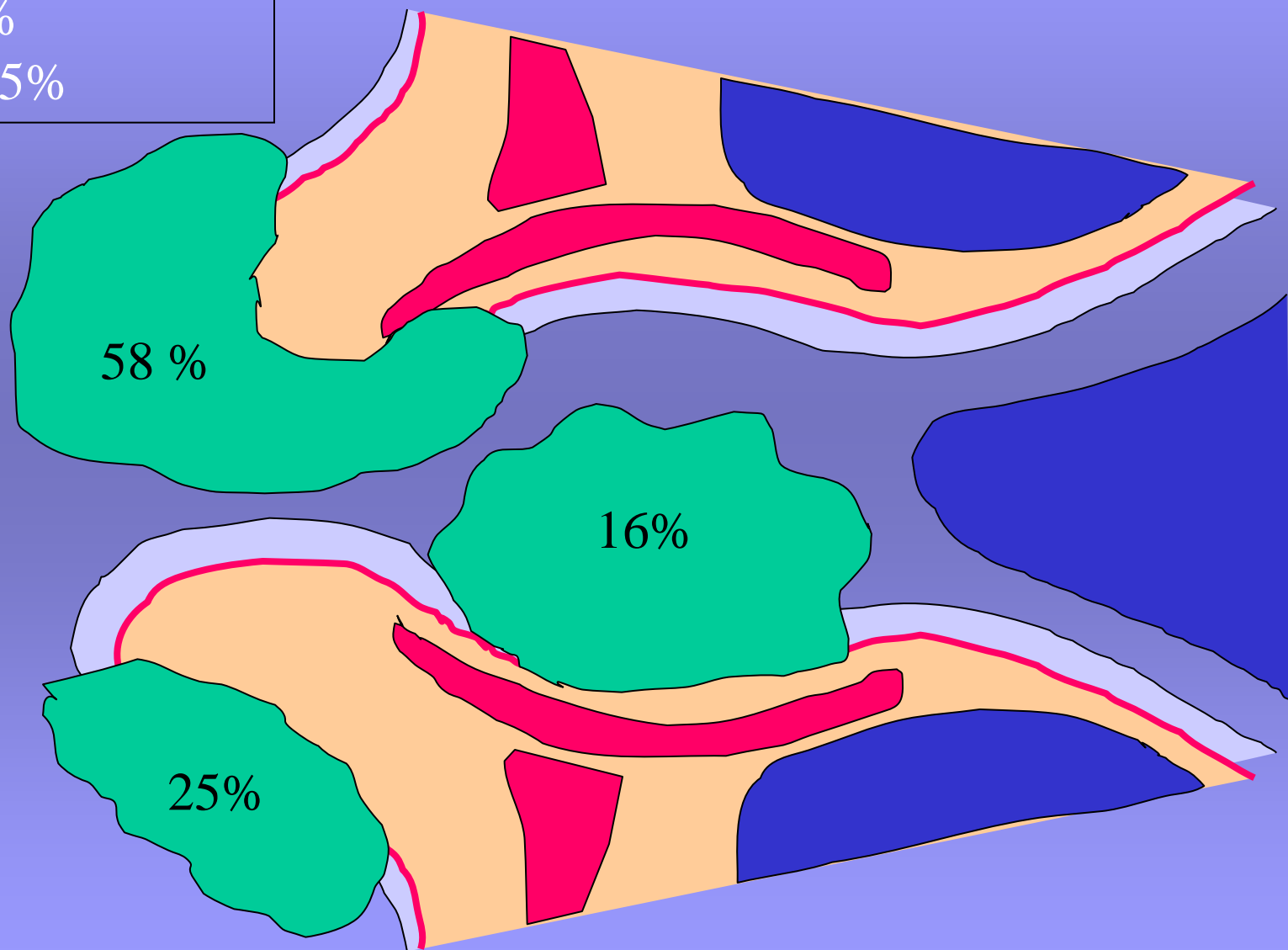
FMC-HGE
JFPD Paris 11 Mars 2008

Diagnostic

- Endoscopie
- Histologie

adénocarcinome 50%
adénome 35 %
mixte 10 %
endocrine 5%

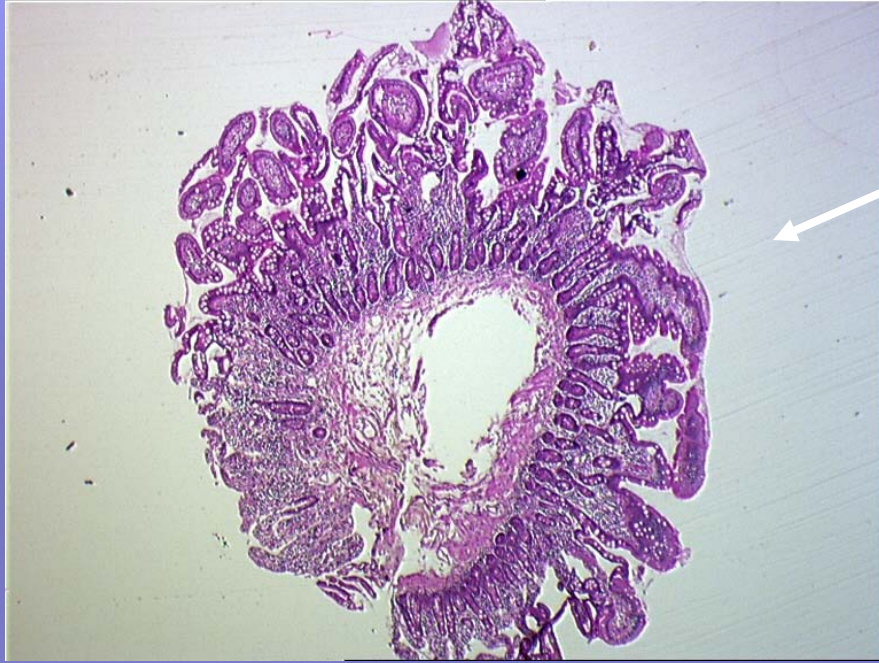
Présentation ampullome



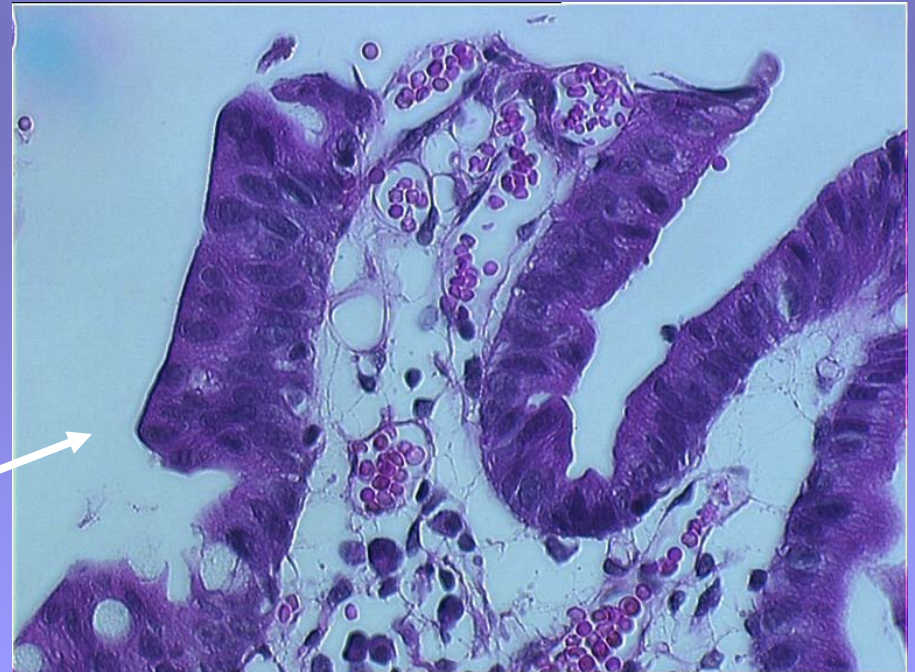
Diagnostic histologique : biopsie, des difficultés

- Faux négatif de tumeur (15%):
biopsies après sphinctérotomie si bombement
répétées 10 j à 21 j plus tard si négatif (50%)
- Faux négatif de cancer (25%) :
tumeurs étendues, ulcérées
15,9 % biopsies négatives chez 126 patients opérés
- Faux positifs :
4 « adénomes en DHG » parmi 59 ampullectomies
(série personnelle)

Faux négatif de tumeur



Biopsie normale




Dysplasie haut grade
(même patient)

Evaluation avant ampullectomie

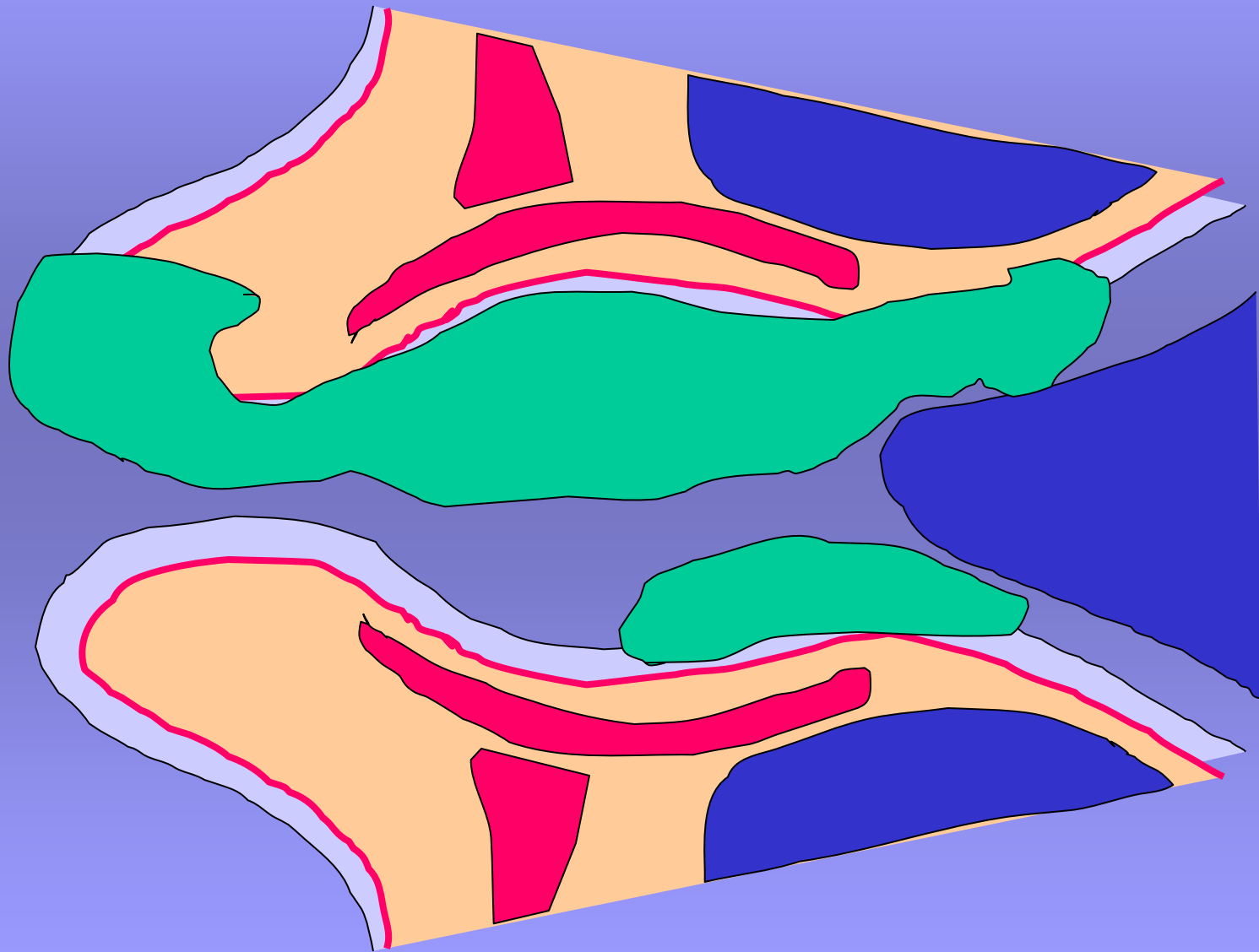
1. En surface (<3 cm, D3)
2. canalaire : biliaire et/ou pancréatique
3. en profondeur (risque ganglionnaire) :

intramuqueux	T1im, D0	0%
sous muqueux	T1sm, D1	13%
muscul. propre	T2	67%
pancréas	T3	91%

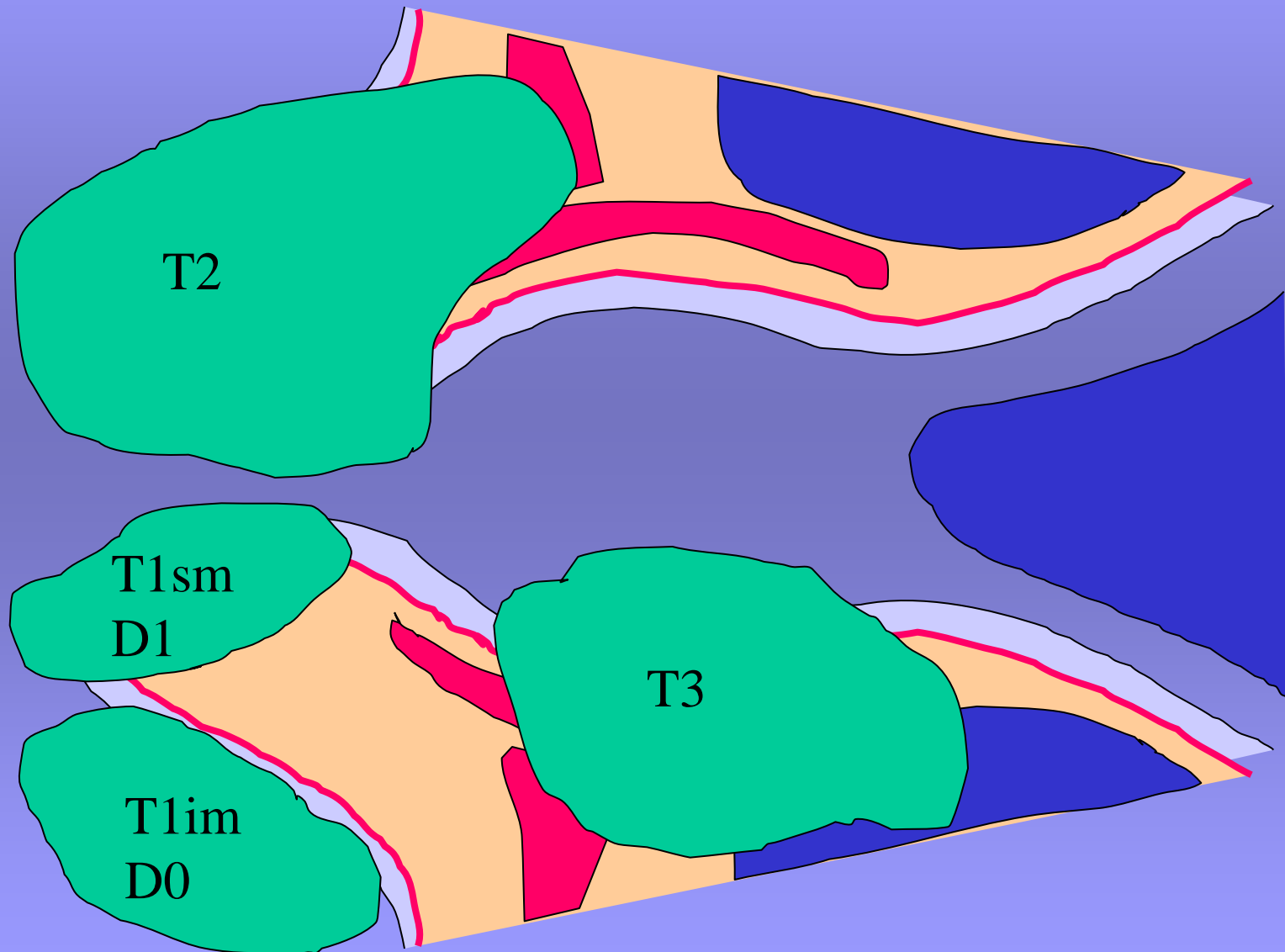


*Yoshida Hepatogastroenterology 2000;
Shirai Br J Surg 1997*

Extension canalaire : biliaire et/ou pancréatique



Classifications des tumeurs ampullaires

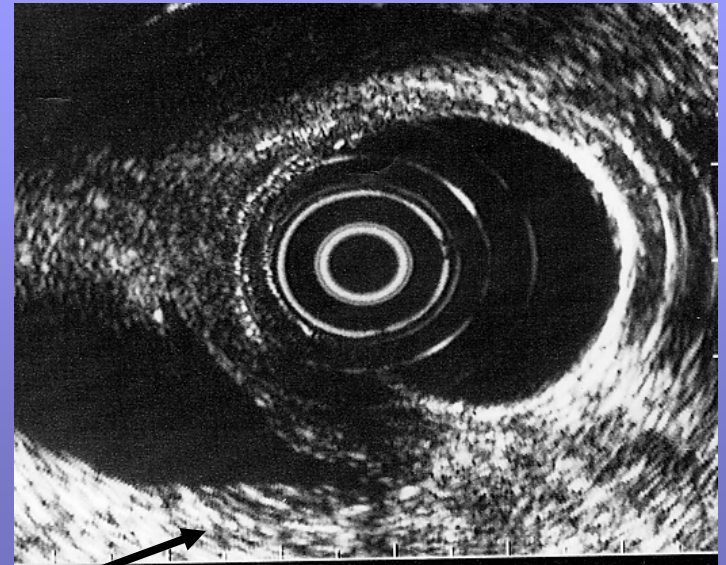
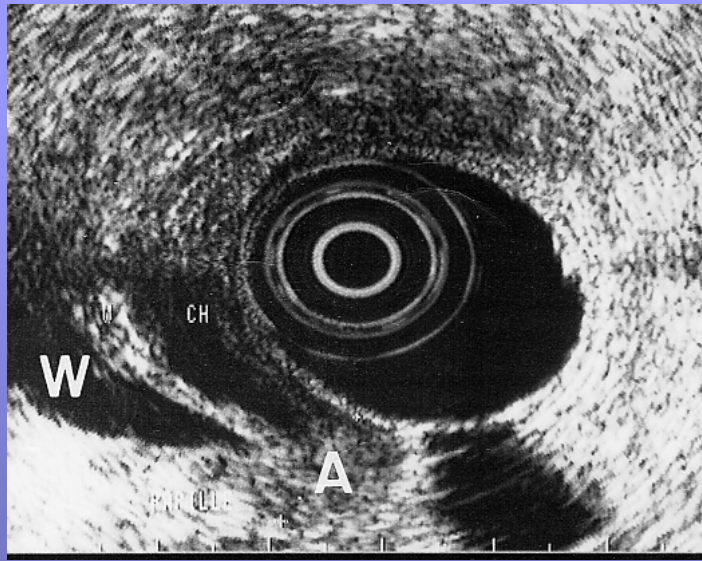


Evaluation : moyens

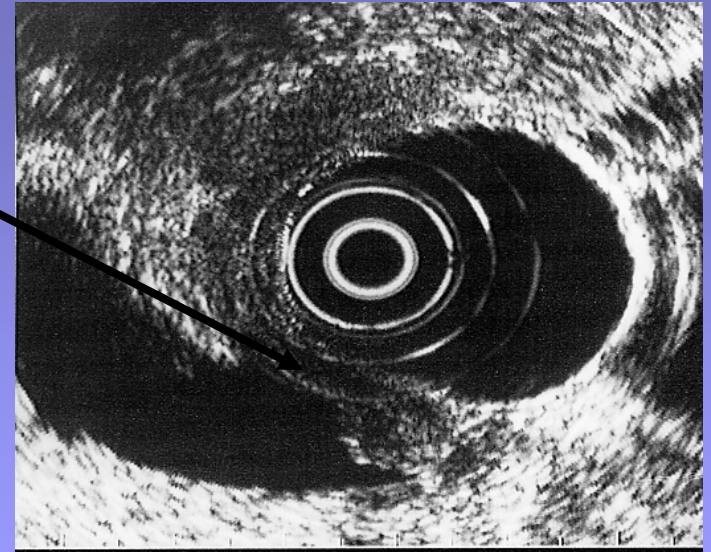
- Endoscopie :
 - extension en surface <3 cm, D3
 - aspect bénin confirmé par biopsies
- CPRE, IRM :
 - absence d'extension canalaire
- EUS :
 - absence d'atteinte de la muscul. propre (usT1)
 - si minisonde, tumeur Tim, pas d'extension canalaire

Evaluation de l'extension en profondeur

- EUS conventionnelle
 - 12 séries (242 patients) : précision diagnostique 82%
 - limité en cas de sphinctérotomie ou prothèse préalable
 - pas de différence entre T1im (D0) et T1sm (D1)
- minisondes 20 MHz
 - mise en évidence de la muscul.mucosae dans 75%
 - précision diagnostique supérieure à EUS
(89% vs 56%) (T1im/T1sm)
 - extension intracanalalaire



Extension canalaire



Modalités du traitement endoscopique

- Destruction in situ :
 - développée au début des années 80
 - Laser Nd:YAG, plasma argon...
 - problèmes :
 - 1) absence de contrôle histologique
 - 2) nombre de sessions nécessaires

NON

Modalités du traitement endoscopique

- Résection endoscopique :
 - technique de mucosectomie
 - infiltration sous muqueuse discutée
 - anse normale ou à pointe
 - courant de section ou endocoupe (risque de PA?)
- Prothèse pancréatique

ID. No. : █
Sex : Age :
D. O. Birth :

19/02/2004
09:50:24

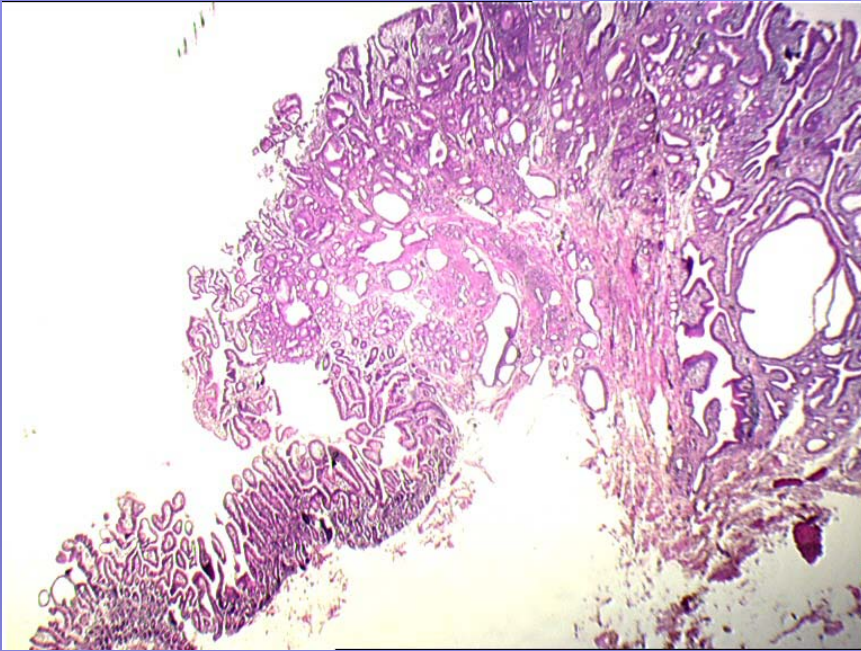
CVP :
D. F :
E : 5 G : N

Physician :
Comment :

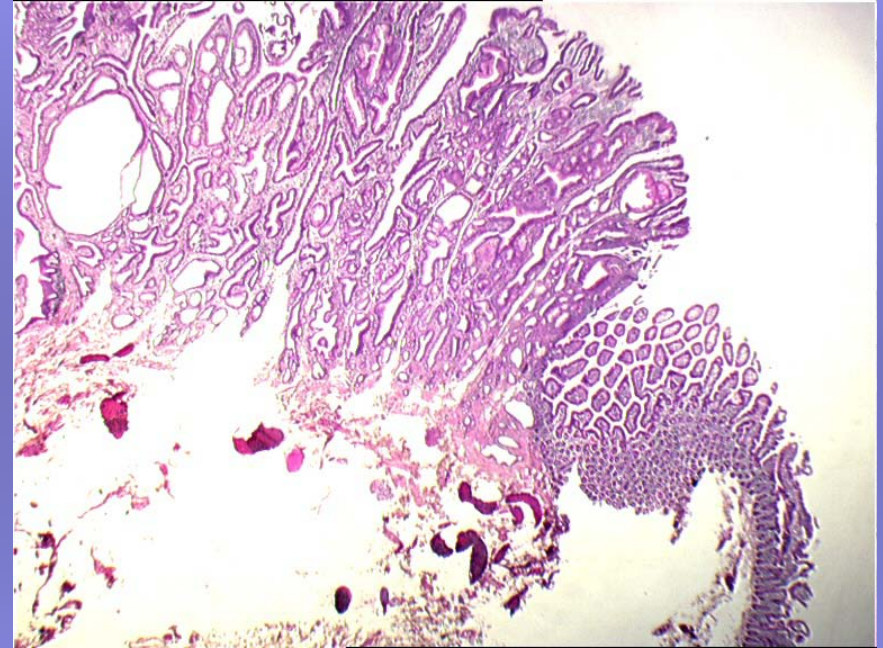
Name :



Marges de résection



Marge gauche



Marge droite

Rôle de la prothèse pancréatique

- pas de démonstration de la nécessité de SP + prothèse pancréatique (Norton 2002)
- Deux études : la prothèse pancréatique réduit le risque de PA

Catalano GIE 2004 : 103 patients;

17 % sans prothèse vs 3,3 % avec prothèse

Harewood GIE 2005 : étude randomisée : 19 patients :

33% avec prothèse vs 0 % sans prothèse

Prothèse pancréatique prophylactique recommandée

Résultats de l'ampullectomie endoscopique

• Succès	92 à 100%	(98%)
• Résidus après résection :	18 à 53 %	(33%)
• récidive :	10 à 25 %	(16%)
• complications :	8 à 25 %	(21%)
pancréatite aiguë	10/80	(12.5%)
hémorragie	6/80	(7.5%)
perforation	1/80	(1.2%)

Résultats de l'ampullectomie endoscopique :

- 103 patients; tumeur adénomateuse
(76 sporadiques; 26 asymptomatiques)
- Succès long terme 83 (80 %)
Succès > pour T sporadique 86 vs 67 %
- récidence : 10 (9 %)
- complications : 10 (9 %)
 - pancréatite aiguë 5 (5%)
 - hémorragie 2 (2%)
 - sténose papille 3 (3%)

plus efficace si tumeur sporadique; ablation thermique favorise la récidence;
prothèse pancréatique protège de la pancréatite aiguë et de la sténose papillaire

Deux problèmes...

- l'ampullectomie endoscopique de lésion dégénérée est-elle suffisante ?
- L'envahissement orificiel biliaire contraindique formellement l'ampullectomie endoscopique ?

Ampullectomie endoscopique et cancer

- Lee et al : résection chirurgicale
 - 30 cancers T1 : 17 microinvasion lymphovasculaire (56%)
 - 3 avec micrométastase ganglionnaire
 - 6 DHG : aucun envahissement lymphovasculaire
- Yoon et al :résection endoscopique 23 patients
 - T1 : 11 % atteinte lymphovasculaire ou ganglionnaire;
 - 18 % atteinte muqueuse biliaire ou panc
 - DHG : aucun

Résection endoscopique risque lymphatique/canalaire si cancer
Résection endoscopique possible si DHG avec monobloc et marges

Ampullectomie endoscopique : envahissement orifice biliaire

- 106 patients, 8 % cancer; +/- envahissement canalaire
 - Chirurgie complémentaire :
 - pour 37% des patients avec envahissement canalaire
 - Pour 12 % des patients sans envahissement canalaire
- Endoscopie curative : 83 % sans envahissement canalaire
 46 % avec envahissement

Extension canalaire associée à :
un risque de résection endoscopique plus faible
un recours à la chirurgie plus fréquent

Complications

- Etude multicentrique française :

89 patients

sphinctérotomie biliaire 46 cas

prothèse pancréatique 15 cas

complications : 24 cas (26%)

pancréatite aiguë 15 cas

hémorragie 7 cas

perforation 2 cas

Prothèse pancréatique prophylactique recommandée :
Divise par 3 le risque de pancréatite aiguë

hémorragie

ID. No. : ■

Sex: Age:

D. O. Birth:

25/11/2004

14:02:24

CVP:

D. F:

In:2 G:N

Name:



Physician:

Comment:

perforation

ID. No. :

Sex : Age :

D. O. Birth :

25/11/2004

15:17:57

CVP :

D. F. :

Im:2 G:N

Name :



Physician :

Comment :

Surveillance

- Absence de guidelines
- Risque principal lésion bénigne : récurrence locale (10%)
Duodéno-scopie à 3 mois,
puis tous les 6 mois pendant 2 ans
(attention si PAF)
- Risque si lésion maligne :
métastases ganglionnaire et hépatiques :
rajouter échocardiographie et scanner abdominal
- Ne pas oublier la coloscopie

Conclusion

- Ampullectomie = mucosectomie
- indiquée si tumeur bénigne ou cancer limité à la muqueuse, tumeur < 3 cm, pas d'envahissement canalaire
- morbidité importante (20-25%), essentiellement pancréatite aiguë dont la prévention repose sur la prothèse pancréatique
- modalités techniques restent à homogénéiser



Les Points forts

1. La résection des tumeurs bénignes est la principale indication de l'AE
2. Le traitement des adénocarcinomes de la papille est discuté et réservé au mieux aux carcinomes n'infiltrant pas la musculaire muqueuse
3. La résection monobloc est « la règle d'or » technique
4. Le risque de complication est compris entre 10 et 20 % avec la pancréatite aiguë au premier plan
5. La prothèse pancréatique est une prophylaxie recommandée pour la pancréatite aiguë