

JFHOD

Journées Francophones d'Hépatogastroentérologie
& d'Oncologie Digestive



2015

Les Ampullomes

B Napoléon, Lyon

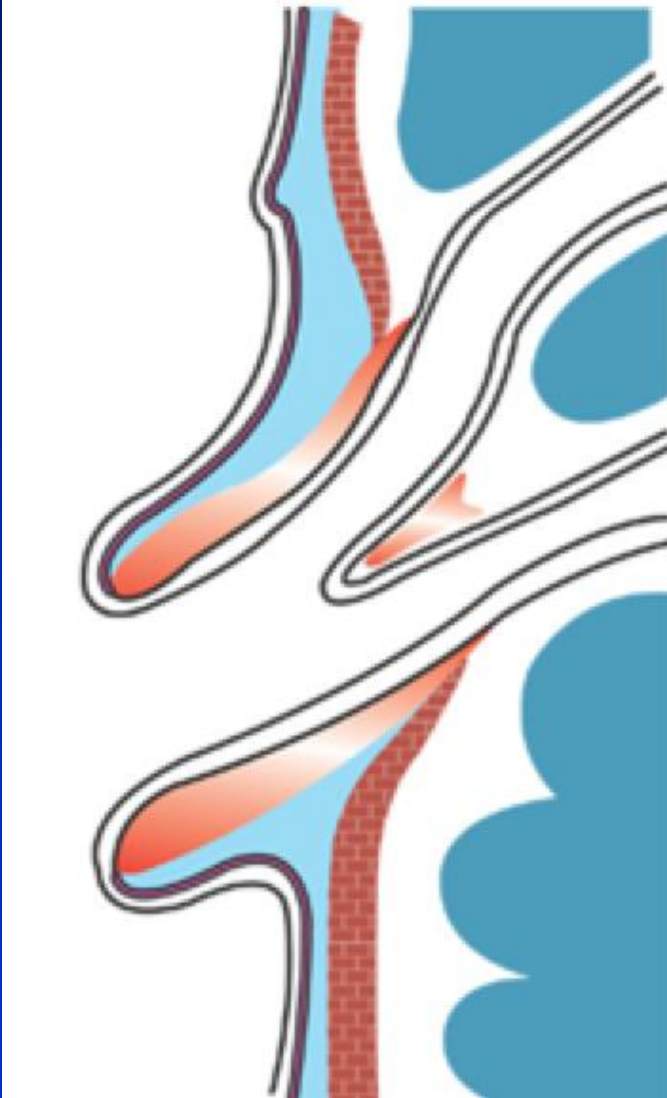
- CONFLITS D'INTERET

Aucun pour ce sujet

- **Objectifs pédagogiques :**
- Définition anatomopathologique
- Présentations cliniques et endoscopiques
- Indications, technique et résultats de la résection endoscopique
- Suivi après traitement endoscopique

L'ampoule de Vater : une zone complexe

Différentes présentations possibles



extraampullaire



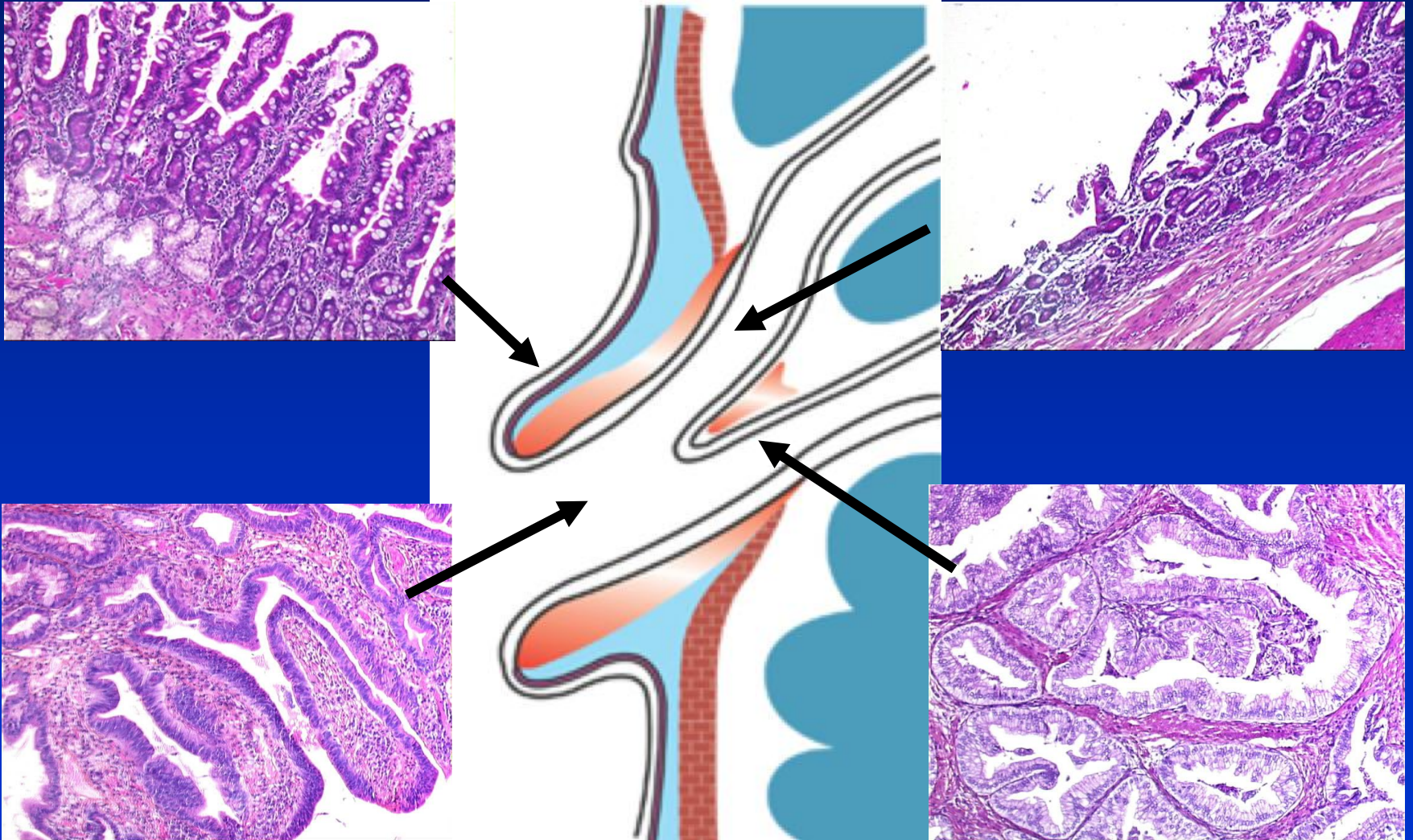
mixte



endoampullaire

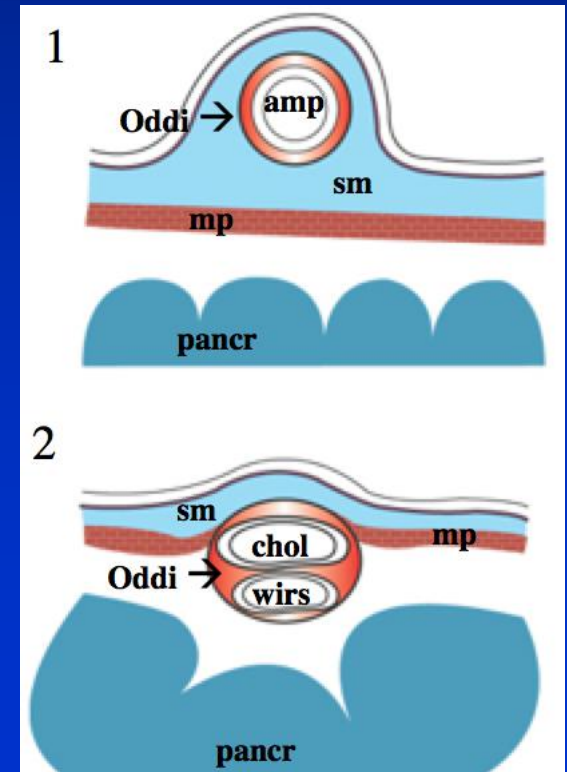
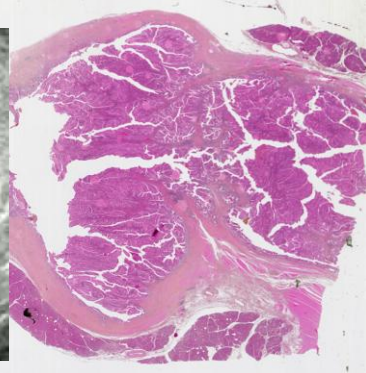
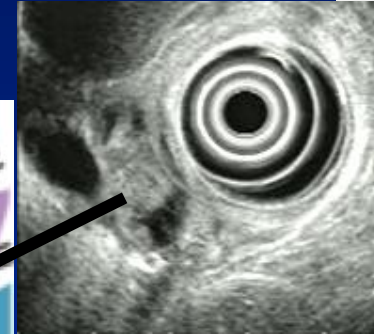
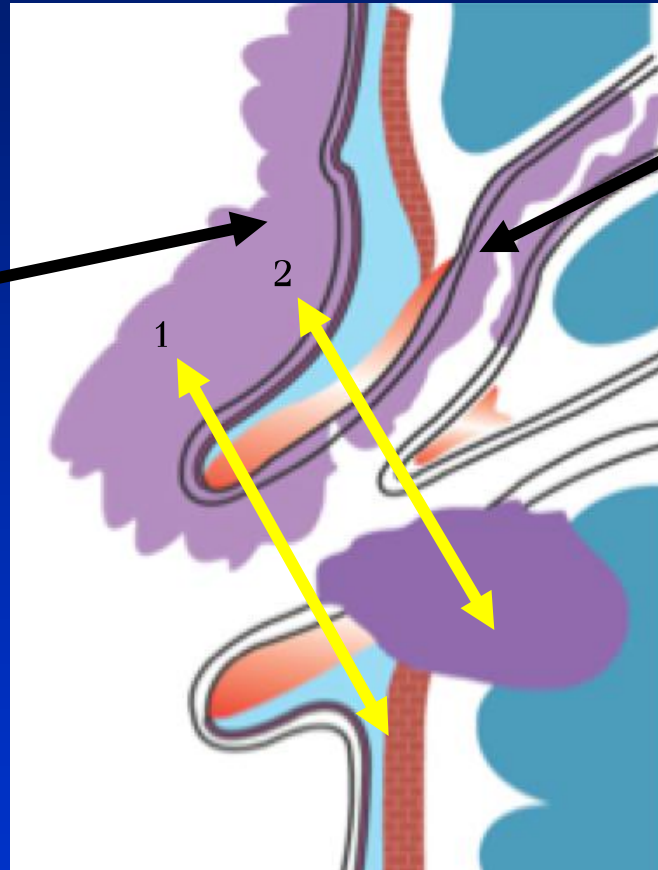
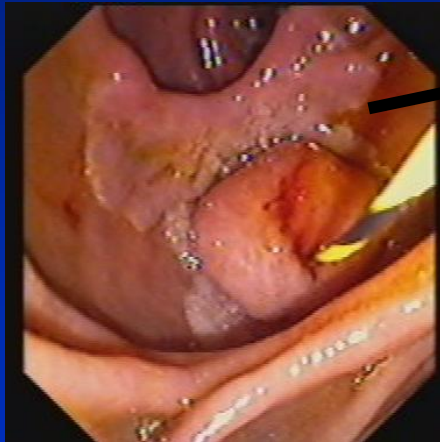
L'ampoule de Vater : une zone complexe

Différents tissus d'origine



L'ampoule de Vater : une zone complexe

Différentes extensions



1) Le diagnostic

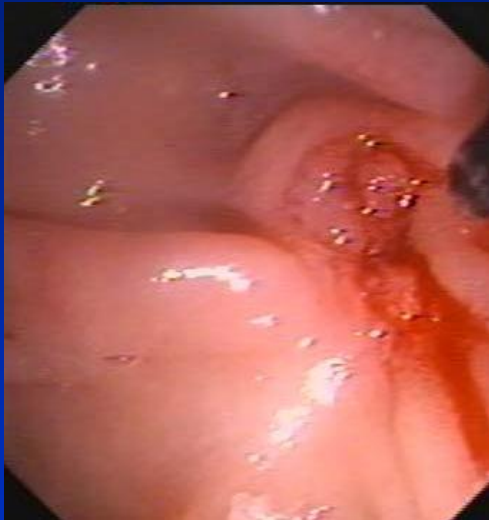
2) L'exérèse endoscopique

Diagnostic d'ampullome

- Avant toute exérèse un diagnostic formel doit être posé
- Le diagnostic d'ampullome peut s'avérer difficile à poser
 - endoscopie
 - histologie
 - échoendoscopie
- Importance du contexte clinique

Efficacité de l'endoscopie = 80 %

Fx positif



Ampoule post-migration

Fx négatif

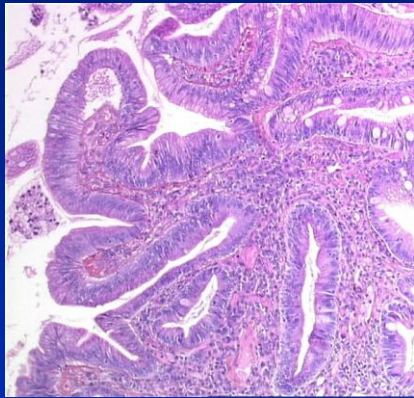


Ampullome endoampullaire

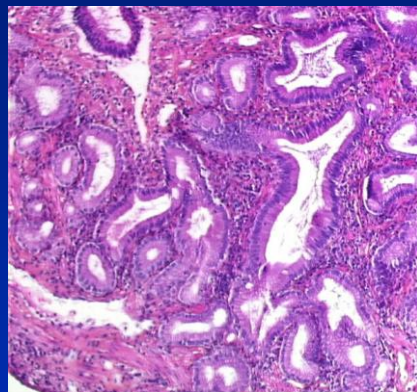
Duodénoscope > Gastroscope

Efficacité de l'histologie ? Oui mais

Fx positif



NBG



**Inflammation
+ régénératif**

Fx négatif



d'ampullome

15 %



de cancer

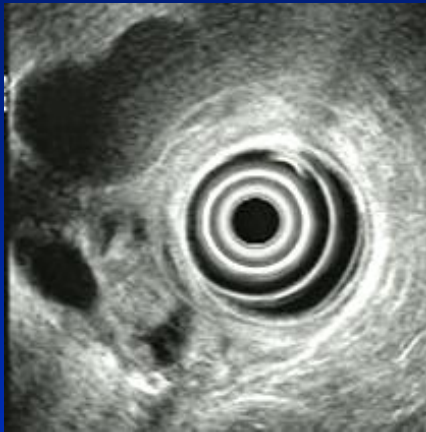
25 %

expertise de l'anapath +++

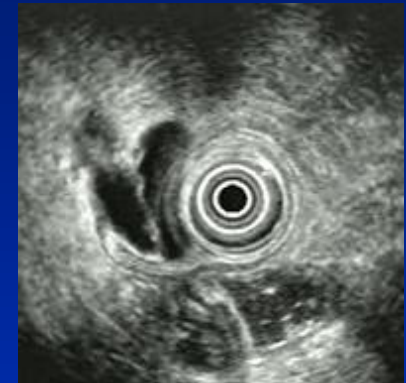
qualité des biopsies : duodénoscope > gastroscopie

Effacité de l'échoendoscopie : faible

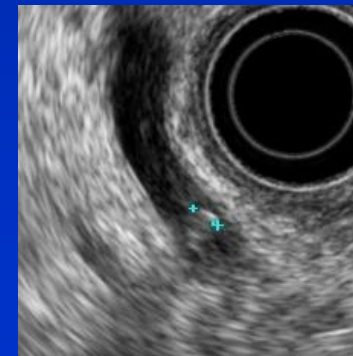
Spécifique



Non spécifique



Piège : 15 % avec calculs



L'importance du contexte clinique

3 circonstances de découvertes

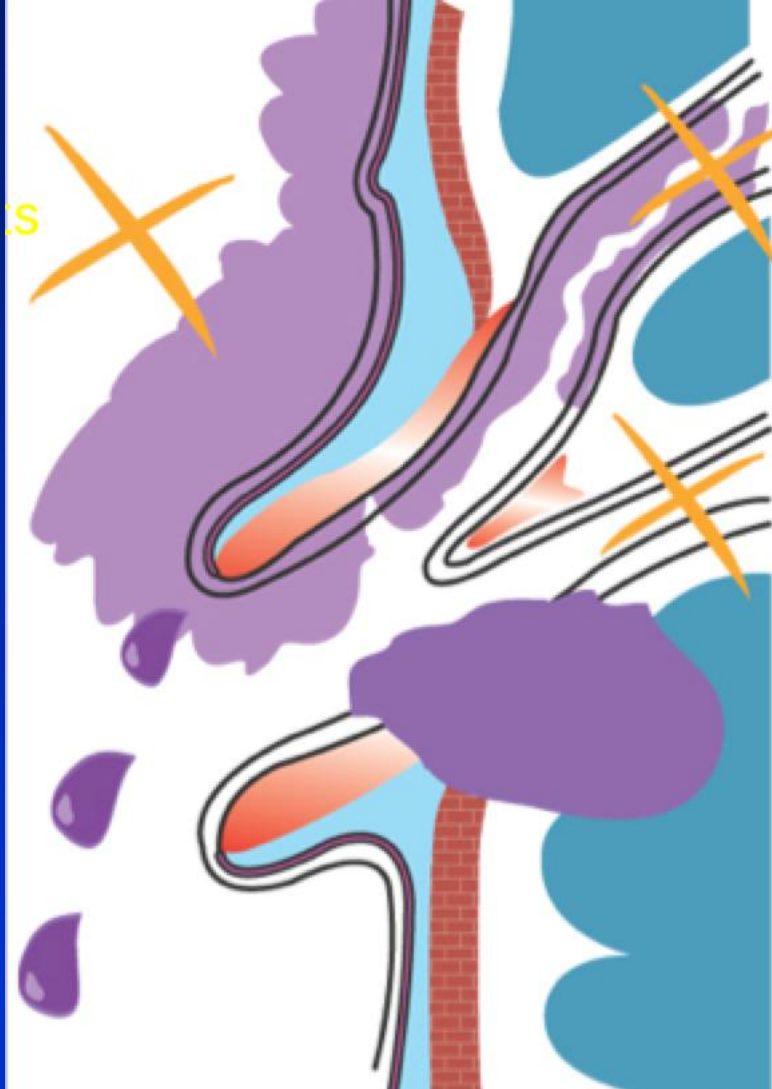
- Symptômes
- Dépistage dans un contexte de PAF
- Découverte endoscopique fortuite

Suivant le contexte les pièges sont différents et l'attitude à choisir également

Symptômes

Nausées
Vomissements

Anémie
Hémorragie

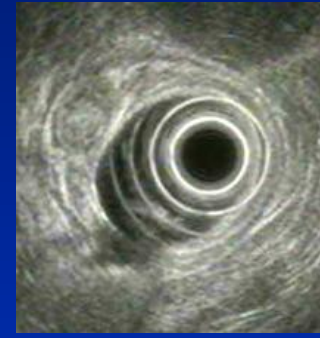
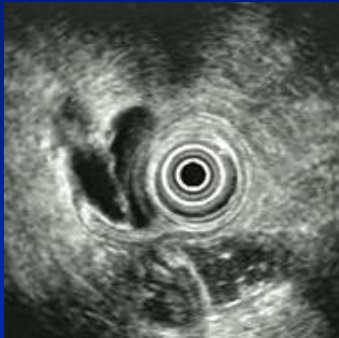


Ictère
Cholestase fluctuante
(+ calcul 6 à 38 %)

Pancréatite

Problème diagnostic

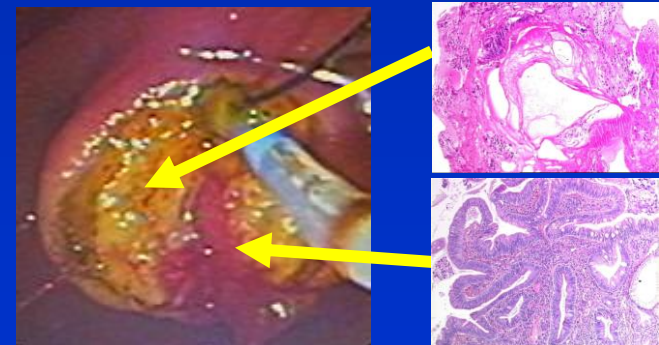
Tableau d'obstacle ampullaire : ampullome, oddite ?



EE + duodénoscopie avec biopsies = nature ?

→ sphinctérotomie + biopsies

→ Si – biopsies à 2-3 semaines



Contexte de PAF

C'est une situation particulière

- Ampullomes très fréquents : 80 % avec évolution
- Histoire naturelle spécifique :
NBG > 10 ans sans évolution (Matsumoto Am J 2000)
- Coexistence des polypes duodénaux qui interviennent dans la prise en charge

Contexte de PAF

Recommandations SFED

- Surveillance ampoule et duod/2 ans dès 25 ans
- biopsies systématiques ampoule avec duodénoscope en évitant l'orifice pancréatique
- ampoule < 1 cm, NBG → surveillance
- ampoule > 1 cm et/ou NHG ou ADK
→ traitement endoscopique

Découverte endoscopique fortuite

Mode de diagnostic de plus en plus fréquent : 30 à 40% dans les séries d'ampullectomies

La situation la plus piégeuse !

10 à 15% de fx + dans ces séries

Ampullome en NBG ou rien ?



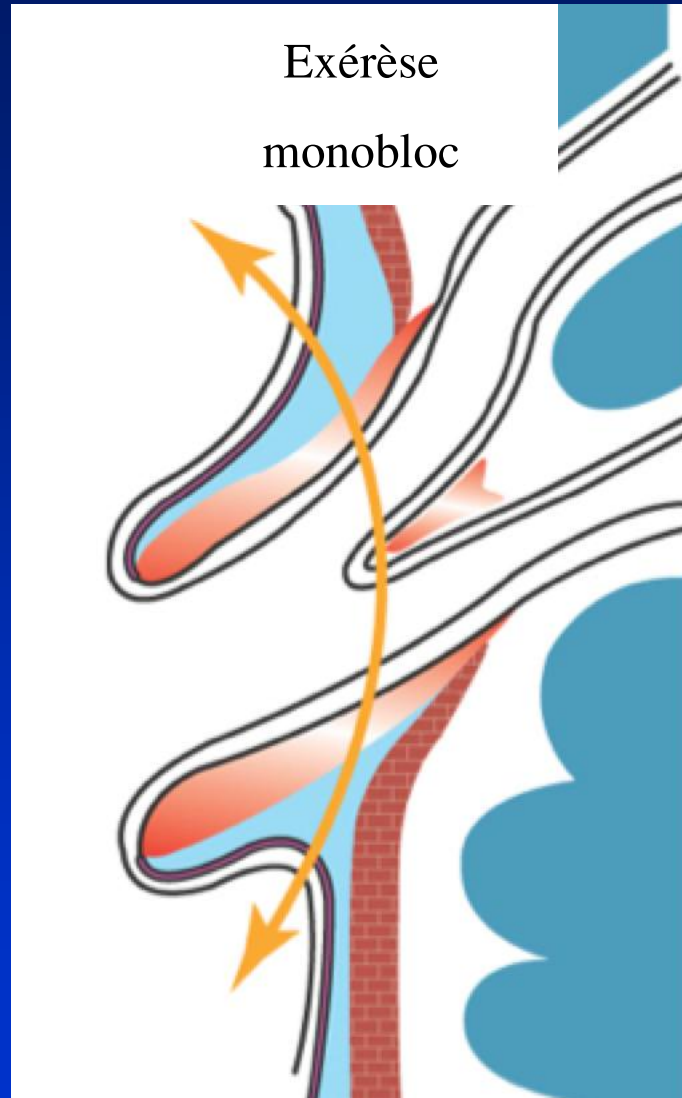
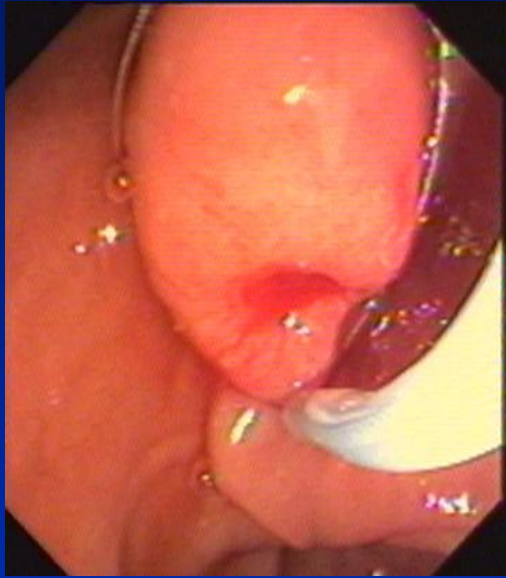
→ Contrôler aspect et biopsies avec duodénoscope +++

Si résultat histo discordant → double lecture anapath +/- contrôle à 6 mois (pas de sphinctérotomie)

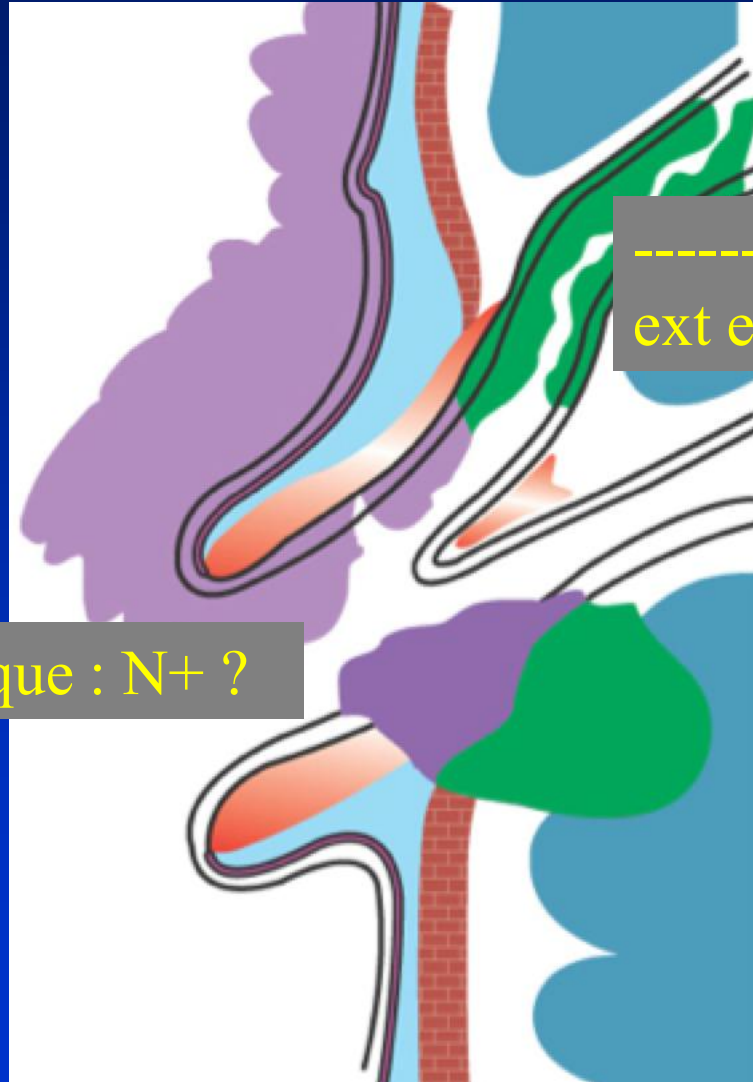
1) Le diagnostic

2) L'exérèse endoscopique

Ampullectomie endoscopique : principe



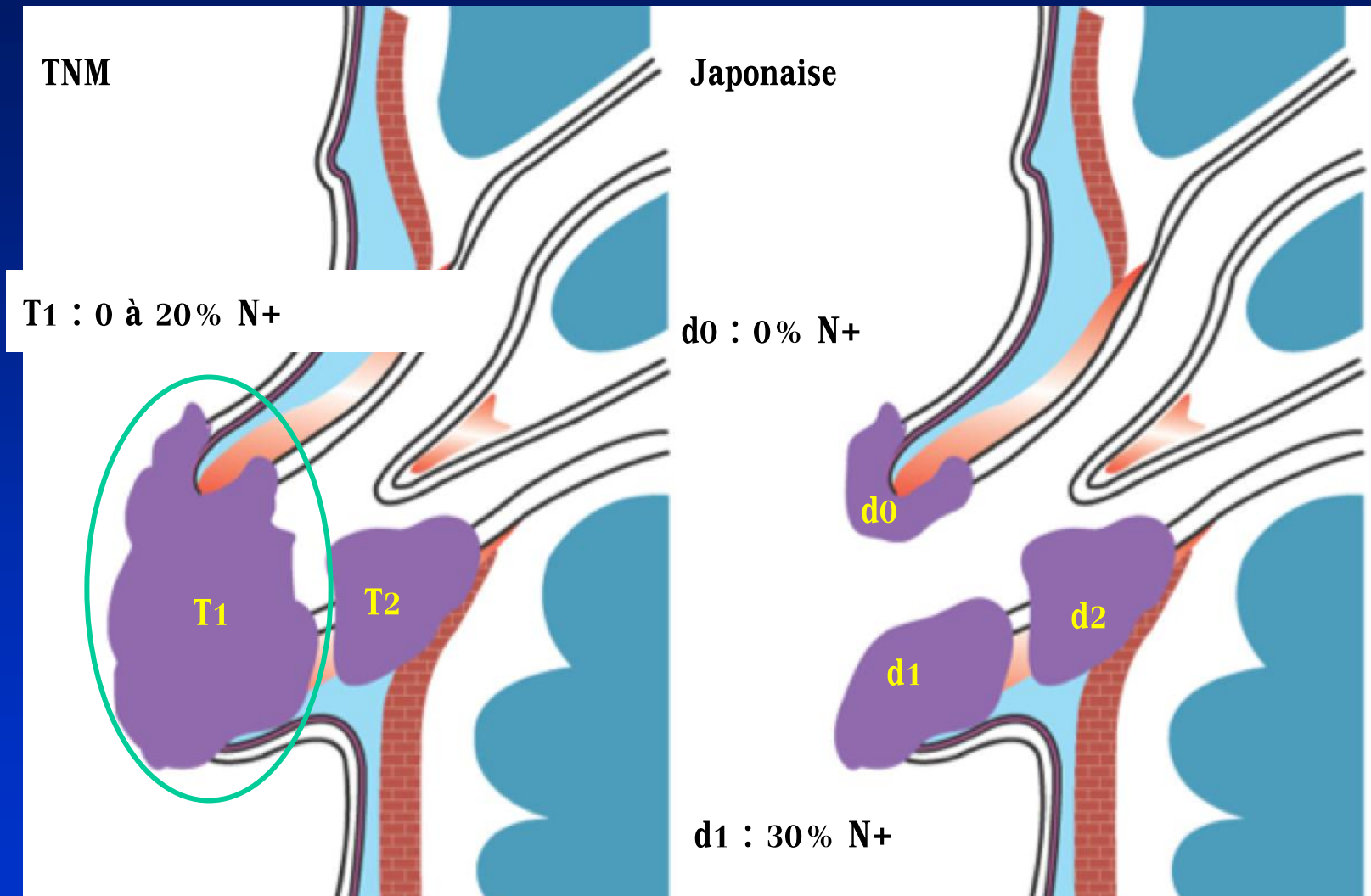
Ampullectomie endoscopique : limites



-----limite technique :
ext endocanalaire, taille ?

limite carcinologique : N+ ?

Limite carcinologique : ADK sm -

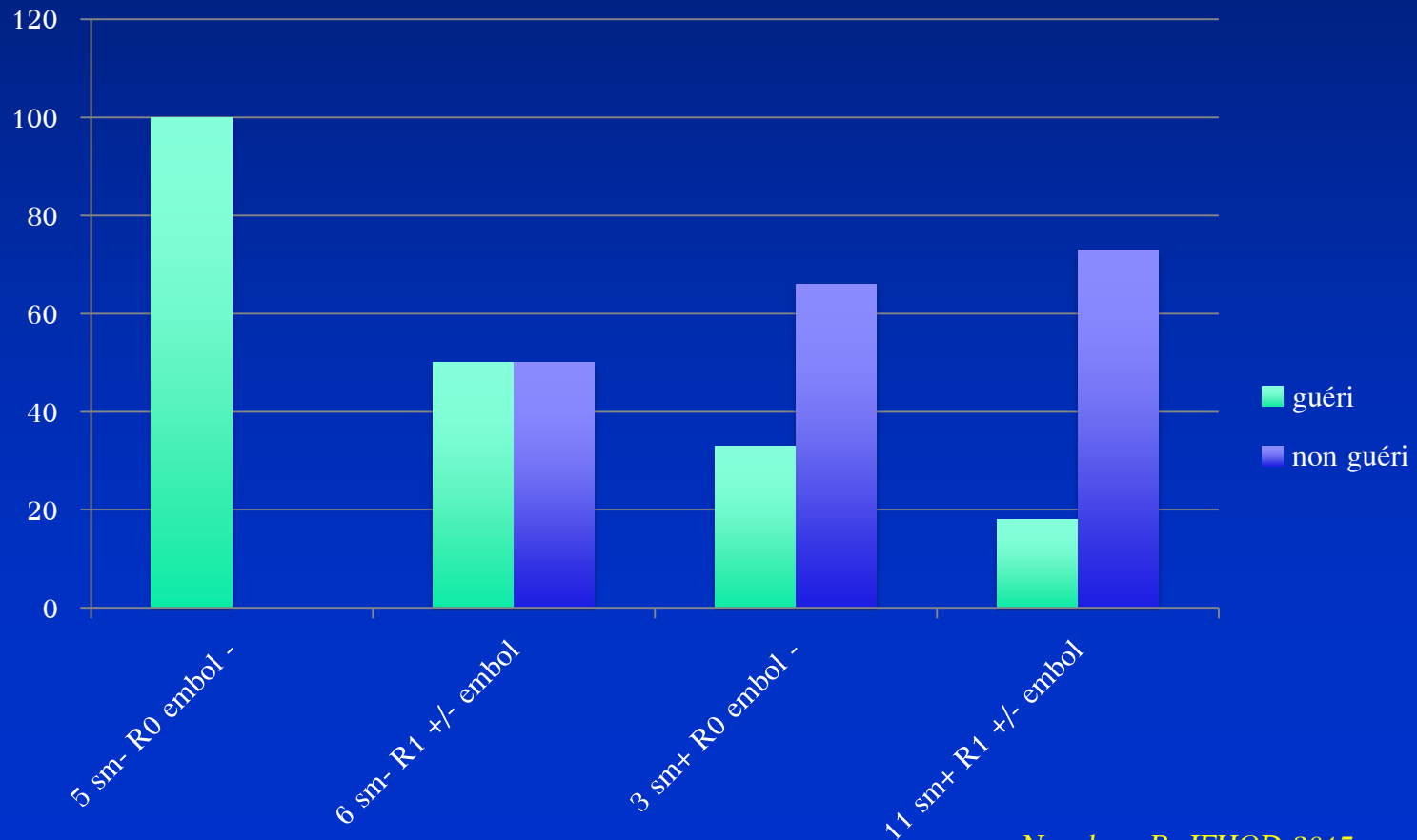


Cancer d0 = cancer débutant → ttt endoscopique curatif

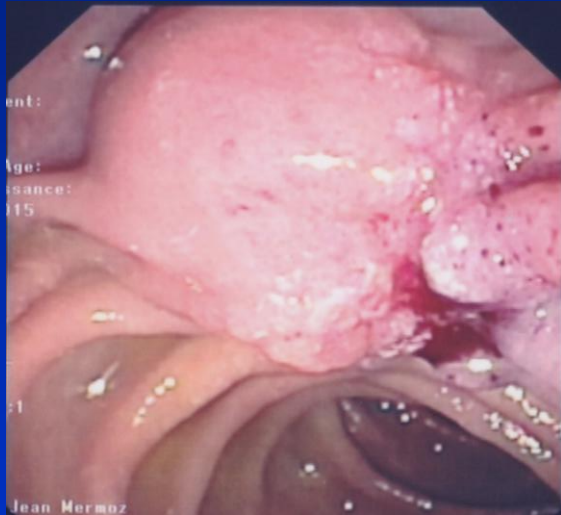
Guéri t'on par endoscopie les ADK sm - ?

172 lésions traitées à visée curative entre 1999 et 2013

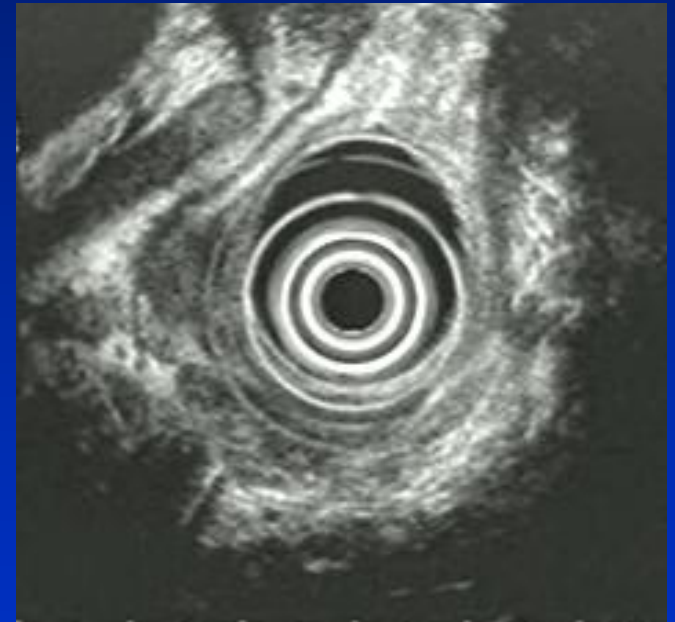
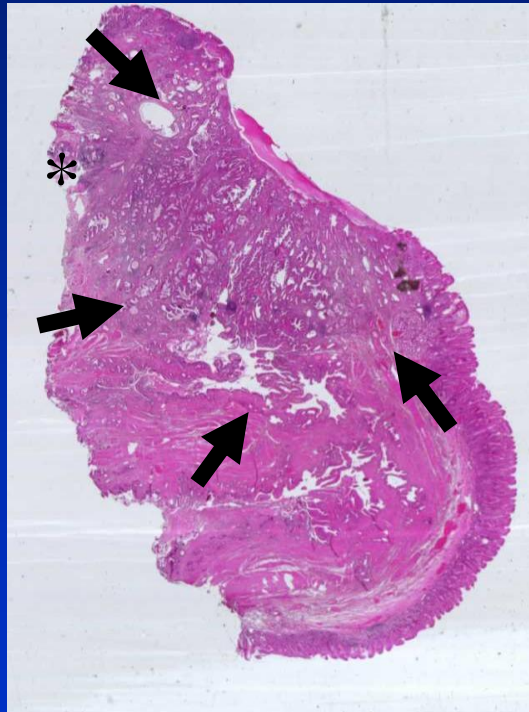
→ 25 avec ADK sur la pièce d'exérèse : 11 sm -, 14 sm+



Diagnostic de l'envahissement sm + duodénoscopie, EE

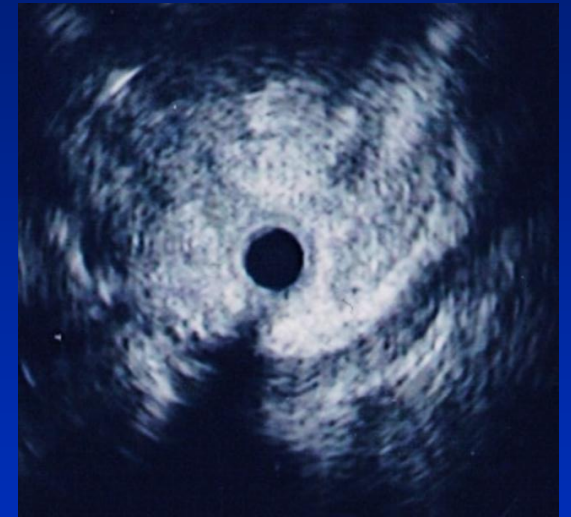
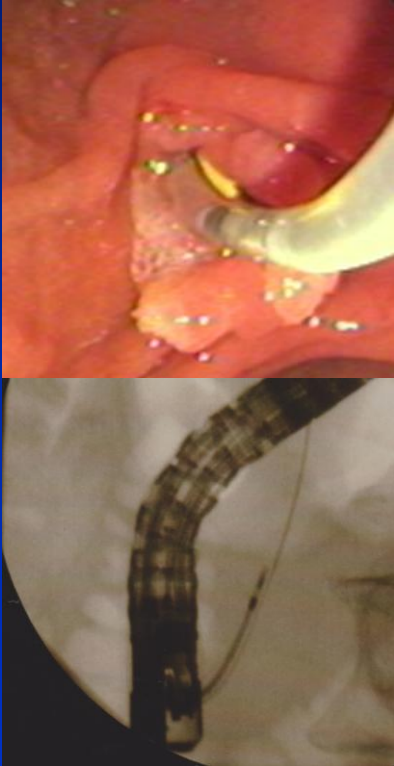


Infiltration en dehors
de la papille



Disparition interface
sm/musc

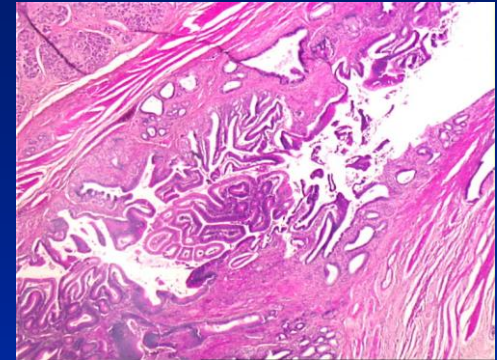
Diagnostic de l'envahissement sm + minisondes endocanaliaires



efficacité de 90 % pour différencier sm – vs
sm +

limitées par sphinctérotomie ou prothèse

Limite technique : envahissement endocanalaire

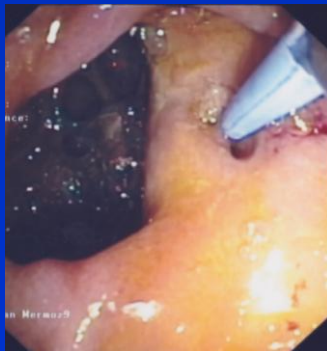


Guérison : 83% → 46%

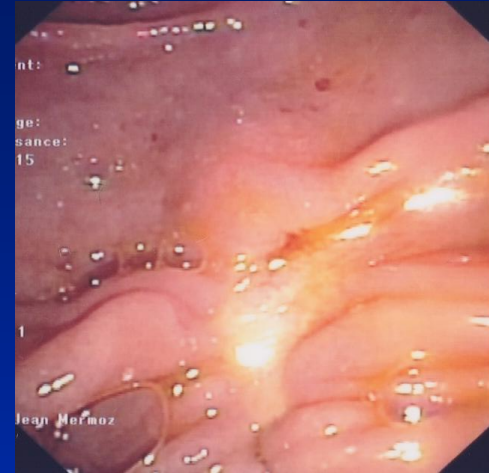
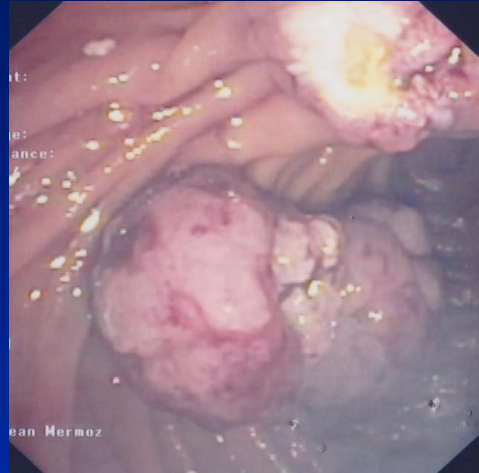
Bohnacker GIE 2005

Patient opérable → DPC ou ampullectomie chir

Patient non opérable : radiofréquence biliaire ...



Limite technique : taille



Classiquement 4 cm mais le problème est surtout l'importance de l'extension
duodénale



- Techniquement plus complexe
- Risque ↑
- Résection en fragments

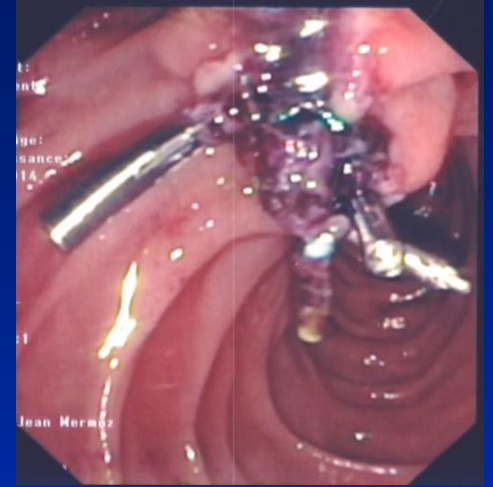
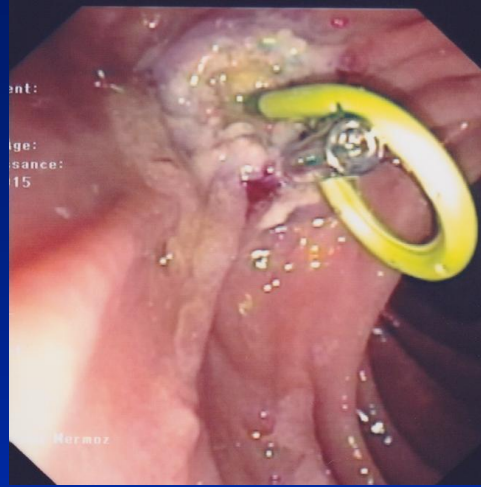
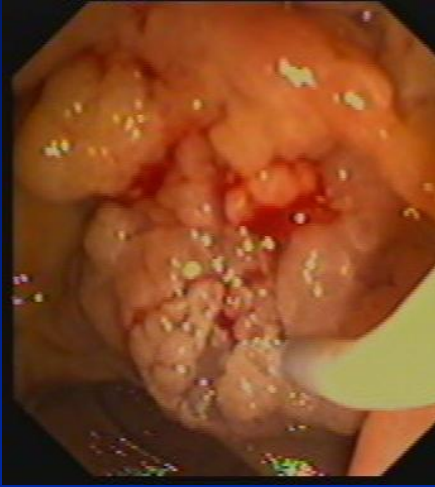
Ampullectomie endoscopique complications

93 ampullectomies + 17 résections itératives

- Mortalité 1/110 (0.9 %)**
- Morbidité 39/110 (35 %)**
 - * pancréatite 20 %**
 - * hémorragie 10 %**
 - * complications biliaires 7,2 %**
 - * perforation 3,6 %**

Séjour hospitalier : médian 2.2j, moyen 3.9j (1–23)

Réduire et gérer les complications



- Injection sous-muqueuse : extension duodénale
- Prothèse pancréatique +/- prothèse métal couverte si suspicion perforation
- Clips, adrénaline, pince coagulante : hémorragie

Prévention de la pancréatite

Table 4. COMPLICATIONS AFTER ENDOSCOPIC PAPILLECTOMY

	N= 107 (n=24) (pancreatic stent)	<i>P</i> <i>value</i>	GROUP 2 (n=83)	
			Group 2A (n=78) (routine pancreatic stent)	Group 2B (n= 5) Pancreas divisum
Acute pancreatitis	25% → 5%	0.010	4(5 %)	1
	n-stented patients		Stented patients	Un-stented patients
Mild	2		3	0
Moderate	3		0	0
Severe	0		0	1
Bleeding	11%	<i>NS</i>	9 (12%)	0
Perforation	1%	<i>NS</i>	0	0
Cholangitis / Cholecystitis	1%	<i>NS</i>	2 (3 %) / 1 (1 %)	0
TOTAL	18%	0.14	15 (19 %)**	

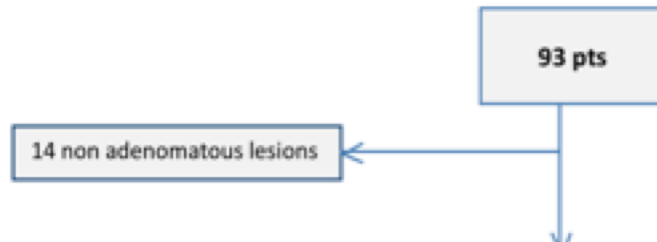
La pose de prothèse pancréatique doit être systématique

Résultats à long terme

Author, year	Nb patients with adenomatous tumors (FAP)	Study design	Final histology			Early failure (nb)	Nb patients with F-U	F-U (months)	Persistence or recurrence (nb)	Success rate (%)
			Carcinoma	HGD	LGD					
Zadorova et al., 2001	16 (1)	Mo/R	0	0	16	0	16	ND	3	81
Norton et al., 2002	26 (15)	Mo/R	1	25 (degree of dysplasia not precised)		0	21	Mean : 13 (2-32)	2	90
Catalano et al., 2004	103 (31)	Mu/R	6	14	83	10	83	Mean : 36 (12-78)	10	80
Cheng et al., 2004	50 (14)	Mo/R	5	7	38	13	25	Mean : 30 (7-115)	7	74
Bohnacker et al., 2005	106 (6)	Mo/P	4	18	74	15	73	Median : 43 (22-174)	15	83 without ie 46 with ie
Irani et al., 2009	102 (23)	Mo/R	8	94 (degree of dysplasia not precised)		16	86	Mean sporadic 32 (2-68) Mean FAP 48 (3-88)	8	84
Yamao et al., 2010	34 (4)	Mo/R	8	4	22	7	29	Mean : 17,9 (2-40)	1	81
SFED 2013	79 (21)	Mu/P	13	32	34	9	69	Mean : 33 (1-36)	5	80

Mo-monocenter ; Mu-multicenter ; R-retrospective ; P-prospective
 ND -not described ; ie - intraductal extension

Suivi des patients sur 3 ans

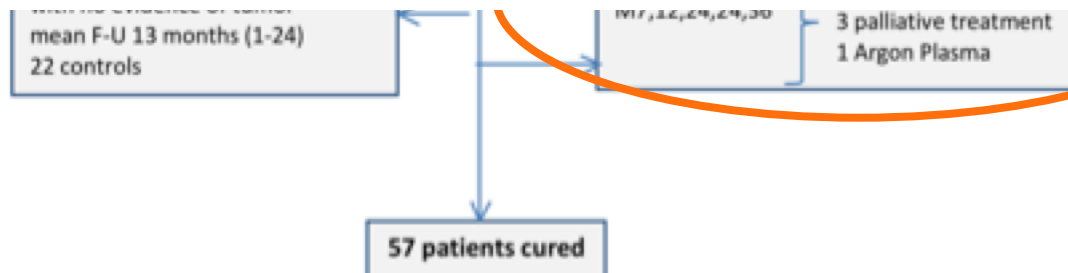


Critère prédictif d'échec du traitement endoscopique :
l'existence de symptômes

36,6% vs 8,2% ($p=0.02$)

Suivi duodénoscopie, biopsies, EE à 6 mois puis annuel

→ pas de perte de chance pour le patient



Conclusion

Le diagnostic d'ampullome peut s'avérer difficile.

Il peut nécessiter des biopsies répétées, un avis d'anapatomopathologiste expert, une sphinctérotomie préalable.

Un staging précis devra être réalisé avant un traitement endoscopique.

Il doit comporter au minimum une EE couplée idéalement à une exploration endocanalaire par minisonde.

Conclusion

L'ampullectomie endoscopique est le traitement de première intention des tumeurs débutantes de l'ampoule de Vater sans extension endocanalaire

C'est un des gestes le plus à risque de l'endoscopie interventionnelle → un centre expert est recommandé

Un suivi systématique est nécessaire sur au moins 3 ans par EE et duodénoscopie + biopsies pour affirmer la guérison

- POINTS FORTS

- en cas de découverte fortuite d'un adénome ampullaire en néoplasie intra épithéliale de bas grade, une deuxième série de biopsies en duodénoscopie est nécessaire avant traitement
- une écho endoscopie est indispensable pour envisager un traitement endoscopique à visée curative
- l'ampullectomie endoscopique est devenue le traitement de première intention des adénomes et adénocarcinomes superficiels de l'ampoule de Vater.
- elle est curative dans 80% des cas
- c'est un traitement à haut risque de complications avec une mortalité estimée à 1 %

