

## AMPULLECTOMIE ENDOSCOPIQUE.

Docteur Benoît DESAINT – Hôpital Saint-Antoine, Paris.

Le traitement endoscopique des tumeurs ampullaires est souvent palliatif. Il vise plusieurs objectifs : la levée de l'obstacle biliaire ou pancréatique, la prévention ou le traitement d'une obstruction duodénale ou d'une hémorragie tumorale. Il comprend sphinctérotomie, pose de prothèse biliaire, laser Yag, électrocoagulation au plasma argon, prothèse duodénale.

La résection endoscopique curative est maintenant, à certaines conditions, une solution alternative à la chirurgie dont la mortalité et la morbidité reste élevée (DPC : mortalité 0 à 5 %, morbidité 25 à 30 %, ampullectomie chirurgicale : mortalité 0 à 1 %, morbidité 20 %).

Avant d'envisager une ampullectomie endoscopique curative il convient de répondre à plusieurs questions :

1/ Est-on devant un ampullome isolé ou dans le cadre d'une polyposé adénomateuse familiale Dans ce dernier cas la présence d'ampullome est de 70 % et s'approche de 100 % avec l'évolution. Il est associé à des adénomes duodénaux avec un fort risque de K duodénal (x 200 à 300 par rapport à la population générale). L'évolution de la dysplasie est parfois très lente et le traitement des tumeurs ampullaires et des polypes duodénaux doit être considéré dans son ensemble.

2/ Quelle est la nature de la tumeur ? ; nodulaire, infiltrante, extension éventuelle au duodénum ... (endoscopie et cholangio IRM), son type histologique ; adénome, adénocarcinome, tumeur carcinoïde, tumeur endocrine... (biopsies). Dans 10 % des cas la lésion ne s'accompagne pas d'une extension muqueuse intra-duodénale et le diagnostic histologique ne peut être obtenu qu'après sphinctérotomie.

3/ Quelle est la taille de la tumeur : T1 T2 ... par l'échoendoscopie qui est supérieur au scanner hélicoïdal et à l'IRM

4/ y a t il une extension canalaire et quel est le risque ganglionnaire : l'atteinte ganglionnaire n'est visualisée par le scanner qu'en cas de grosses adénopathies, L'échoendoscopie a une valeur prédictive négative de 75 %. Le risque ganglionnaire est au mieux apprécié par la mini-sonde qui précise l'intégrité ou non de la sous muqueuse. Le risque ganglionnaire est nul si elle est respectée. L'extension canalaire est appréciée sur la cholangioIRM, l'échoendoscopie et éventuellement la minisonde.

Si les critères suivants sont respectés, on peut envisager la résection endoscopique curative.

- la lésion est résécable endoscopiquement en totalité,
- il s'agit d'un adénome ou d'un adénocarcinome avec un risque ganglionnaire nul c'est à dire limité au sphincter d'Oddi et respectant la sous muqueuse duodénale,
- il n'y a pas d'extension de la tumeur en intra-canalaire.

### Technique :

Le principe repose sur l'ablation à l'anse diathermique de l'ensemble de la tumeur et du sphincter d'Oddi. Elle se fait en un fragment au mieux, sans injection sous muqueuse sauf pour la zone d'extension duodénale éventuelle avec un courant de section pure ou d'endocoupe. On vérifie que la résection est bien complète endoscopiquement ; on récupère rapidement le fragment qui est étalé sur une plaque de liège. L'histologie précisera le caractère dysplasique bas grade – haut grade, la dégénérescence éventuelle, l'extension à la sous-muqueuse duodénale et surtout le caractère complet de l'exérèse.

A l'issue de cette analyse il pourra être proposé un traitement chirurgical complémentaire en cas d'envahissement de la sous muqueuse ou de résection incomplète avec des zones de section non indemnes.

### **Résultats :**

L'analyse de la littérature est compliquée car sont souvent mélangées les tumeurs ampullaires et les tumeurs duodénales, les traitements par résection et destruction. Les séries publiées sont rares, la plus ancienne est celle de Binmoeller K.F. parue dans Gastrointestinal endoscopy en 1993. Deux séries américaines ont été publiées en 2004 dans Gastrointestinal Endoscopy : celle de Cheng portant sur 55 patients et surtout celle de Catalano et al portant sur 103 patients colligés par 4 équipes américaines. Elle est rétrospective et montre que 80 % des patients sont sans récidive à deux ans avec une mortalité nulle et un taux de complication de 10 %, 5 % de pancréatite aiguë, 2 % d'hémorragie, et 3 sténoses secondaires de l'orifice papillaire du wirsung. Une série multicentrique rétrospective française de 104 patients a été présentée au JFPD de 2003 par B. Napoléon. La récidive était de 1/3 à deux ans avec une mortalité nulle, une morbidité de 26 % peu sévère (18 % de pancréatite aiguë dont une seule sévère), 8 % d'hémorragie maintenant facile à traiter avec les clips mais souvent retardée : 48 – 72 h ou plus ; 3% de perforations rétropéritonéales, plus rarement péritonéale sur extension duodénale. La durée médiane d'hospitalisation est de deux jours avec une moyenne de 3,3 jours.

Ces données de la littérature montrent trois choses essentielles : la faisabilité technique au prix d'une morbidité acceptable plus faible qu'attendue et sans mortalité, l'efficacité et la nécessité de prévenir la pancréatite aiguë et la sténose de l'orifice papillaire du wirsung par la mise en place systématique si possible d'une prothèse plastique courte dans la portion céphalique du wirsung. La prothèse est laissée en place 48 h et soit a spontanément migré (ASP à 48 h), soit elle est enlevée endoscopiquement. Ce point technique est encore controversé, certains craignant surtout en cas de difficultés de mise en place, une augmentation du risque.

### **Conclusion :**

La résection endoscopique curative des tumeurs ampullaires est techniquement faisable, efficace au prix d'un taux de complication faible pour les opérateurs qui en ont l'expérience. Un certain nombre d'inconnues demeure: le taux de récidive à long terme en cas de résection histologiquement complète par exemple, les résultats au cours de la PAF, et plusieurs points techniques sont discutés : l'injection sous – muqueuse préalable, la mise en place d'une prothèse pancréatique. Des séries prospectives sont donc nécessaires.

## BIBLIOGRAPHIE

### 1/ **Cheng C.C., Stermon S et al**

Endoscopic snare papillectomy for tumors of the duodenal papillae.  
Gastrointestinal Endosc. 2004 Nov. ; 60 (5) : 757 – 764

### 2/ **Nassar H, Albores-Saavedra J et al**

Hight grade neuroendocrine carcinoma of the ampulla of Vater: a clinicopathologic and immunohistochemical analysis of 14 cas.  
Am J. Surg. Pathol 2005 May 29 (5) 588 – 594

### 3/ **Napoléon B, Barthet M et al**

Les risques de l'ampullectomie endoscopique sont-ils assez faibles pour en faire une alternative à la chirurgie : résultats d'une étude rétrospective multicentrique.  
Gastroentérologie Clinique et biologique 2003 ; 27, HS1, 0399 – 8320

### 4/ **Hee Kim JM, Jin Kim et al**

Differential diagnosis of periampullary carcinomas at MR Imaging  
Radiographics 2002 ; 22, 1335 – 1352

### 5/ **Catalano M, Linder J et al**

Endoscopic management of adenoma of the duodenal papilla.  
Gastrointestinal Endoscopy 2004; 59, 225 – 232

### 6/ **Jonnalagadda S**

Ampullary adenomas: maturing management strategies  
Gastroenterology 2005; 128 (1) 236 – 238

**Docteur Benoît DESAINT**  
**Centre d'endoscopie digestive**  
**Hôpital Saint Antoine**  
**184 rue du Faubourg Saint- Antoine**  
**75751 PARIS CEDEX 12**  
[benoit.desaint@sat.ap-hop-paris.fr](mailto:benoit.desaint@sat.ap-hop-paris.fr)