

Tumeurs de l'ampoule

Ugo Marchese/ Arthur Belle

Hôpital Cochin

APHP centre

Ampullectomie chirurgicale

Original Articles.

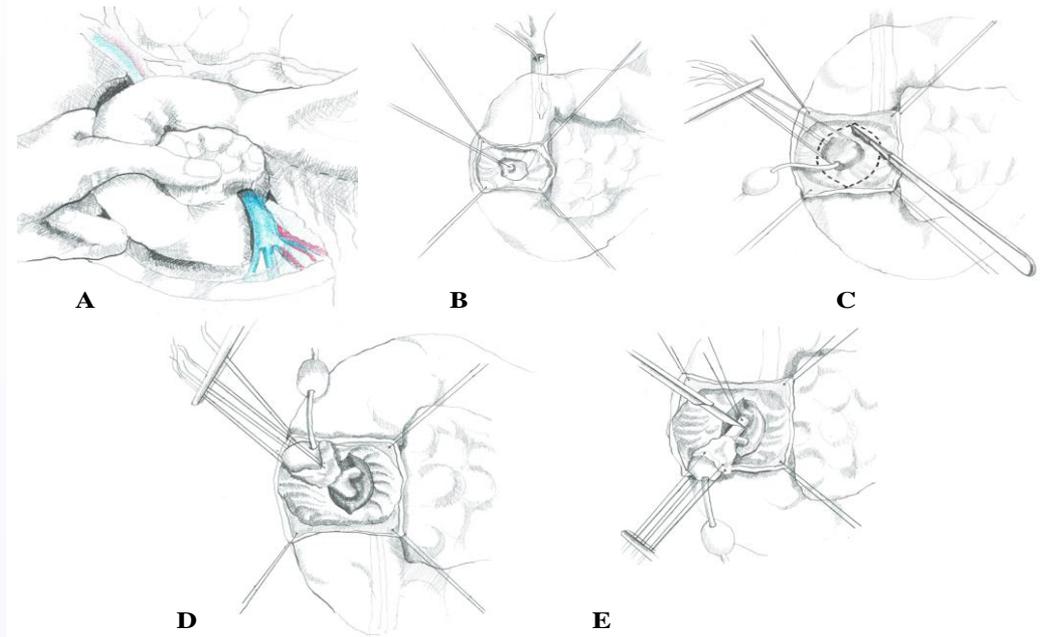
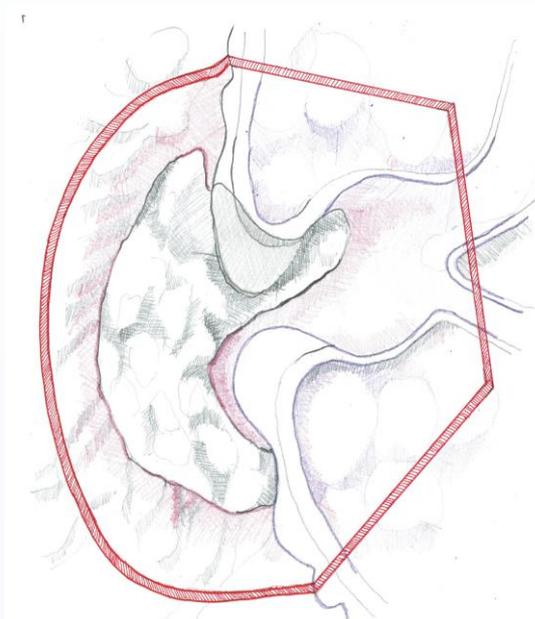
CONTRIBUTIONS TO THE SURGERY OF THE BILE PASSAGES, ESPECIALLY OF THE COMMON BILE-DUCT.¹

BY W. S. HALSTED, M.D., BALTIMORE, MD.,
*Surgeon-in-Chief to the Johns Hopkins Hospital; Professor of Surgery
in the Johns Hopkins University.*

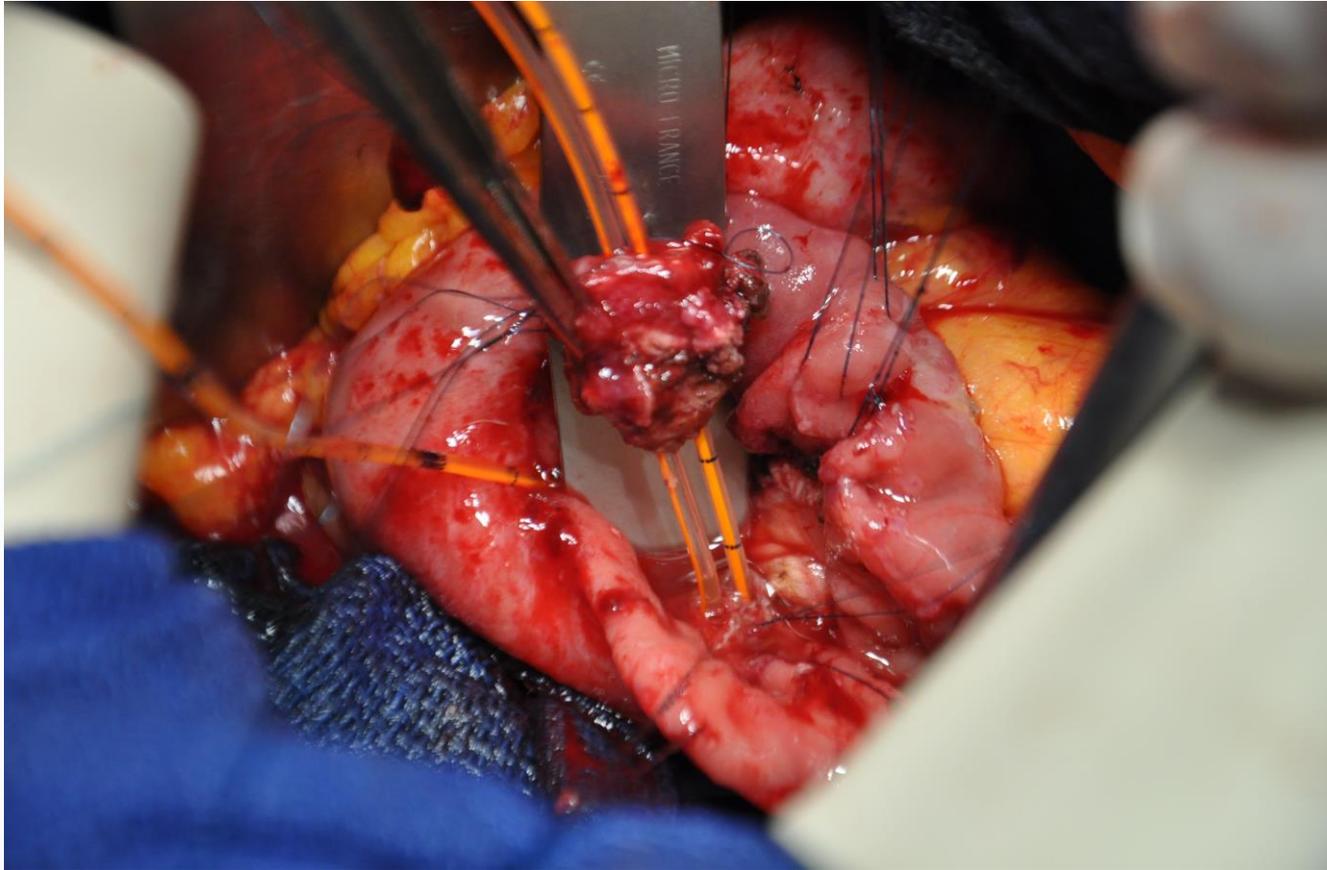
Résection de la totalité de l'ampoule

Exérèse de l'implantation duodénale de la papille, jusqu'à la musculouse

Ré-implantation des 2 canaux

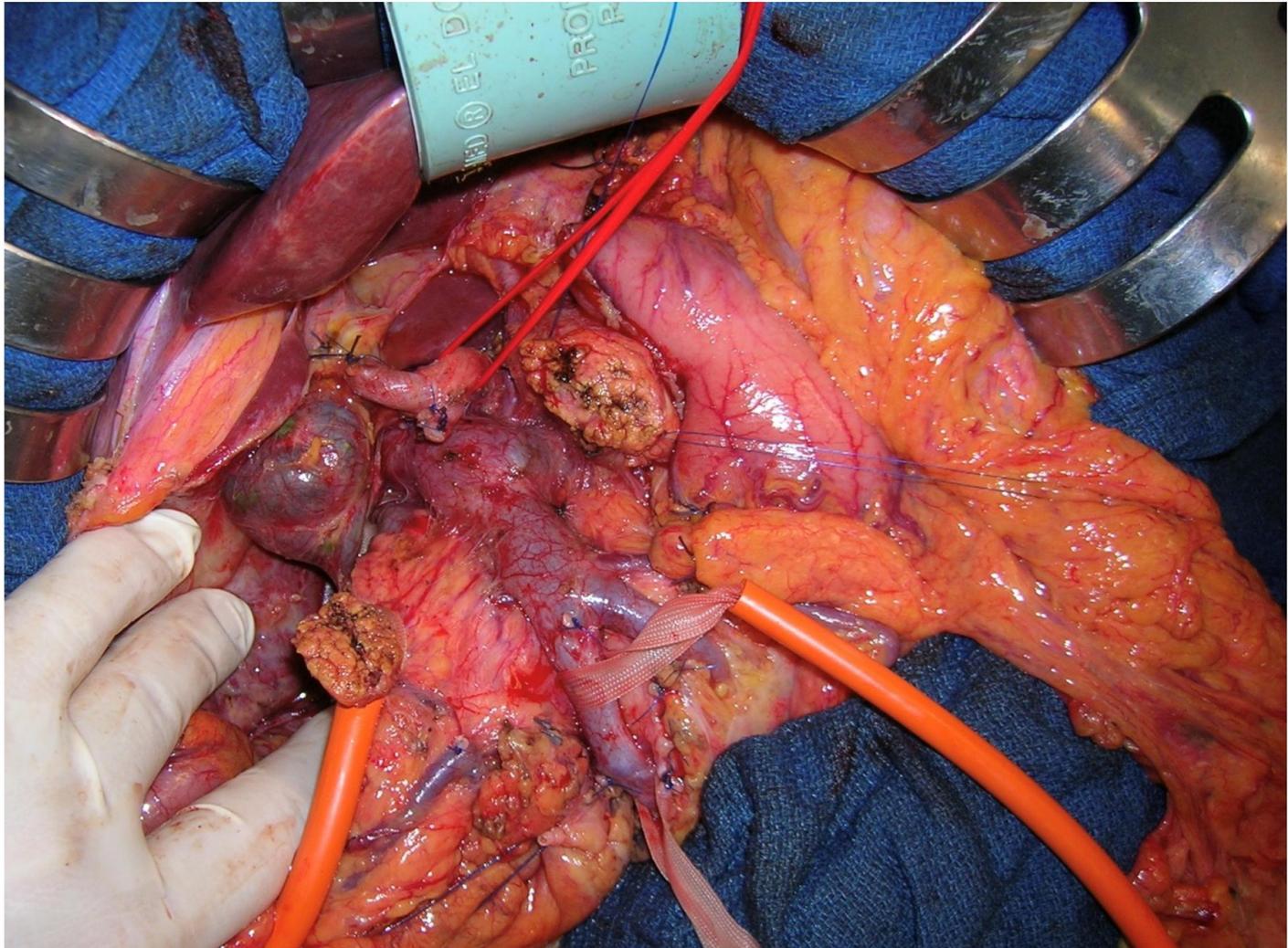


Ampullectomie chirurgicale



Courtesy Pr JR Delpero

Duodéno pancréatetomie Céphalique



Résultats des ampullectomies chirurgicales (AC)

1991-2017, 27 séries

Total : 600 patients

Mortalité : 1,5%

Morbidité : 20% (PPH, Pancréatite)

Résultats oncologiques

Suivi médian 16-85 mois

Récidive locale

Résultats fonctionnels : pas de données !

Auteur, année	Patients (N)	Mortalité (%)	Morbidité (%)
Farouk, 1991	9	0	-
Asbun, 1993	11	0	2
Warsaw, 1996	14	0	1
Branum, 1996	26	0	3
Beger, 1999	50	0	-
Clary, 2000	21	0	29
Posner, 2000	21	0	62
Marina, 2004	8	0	2
Miossec, 2004	8	0	75
Sa Cunha, Masson, 2004	10	0	1
De Castro-Gouma, 2004	25	1	6
Roggin, 2005	29	0	31
Ouâissi, 2005	8	0	12,5
Demetriades, 2005	20	0	10
Sastre-Valleur, 2006	26	0	3
Grobmeyer, 2008	29	3	45
Winter-Cameron, 2010	15	0	33
Kim, 2011	21	0	5
Ceppa, 2012	41	0	13
Onkendi, 2014	9	0	5
Mathur, 2014	30	0	4
Lai, 2015	15	2	2
Song, 2015	26	0	11
Lee, 2016	18	1	6
Gao, 2016	22	0	3
Schneider, 2016	83	1	20
Papalampros, 2017	14	0	8
Total (N, %)	609 (100)	9 (1,5)	20%

Tableau D . Ampullectomies chirurgicales. Résultats sur la morbidité précoce.

Résultats des Ampullectomies Endoscopiques

Auteur, année	Patients (N)	Cancer	Mortalité (%)	Morbidité (%)	Pancréatite aiguë	Hémorragie/ Perforation	Récidive (%)
Binmoeller, 1993	23	-	-	25	3	2	20
Zadorova, 2001	16	1	-	13	2	2	19
Desilets, 2001	13	-	-	8	1	0	10
Saurin, 2001	24	-	-	4	1	0	NA
Catalano, 2004	103	-	-	10	5	2	20
Napoleon, 2004	89	20	-	27	15	9	NA
Bohnacker, 2005	106	-	-	15	6	3	19
Harewood, 2005	19	-	-	15	3	0	NA
Patel, 2012	125	7	-	36	9	36	NA
Ceppa, 2012	68	-	-	8	6	0	NA
Salmi-Barthet, 2012	61	13	-	18	6	5	NA
Kim, 2013	22	-	-	45	6	4	NA
Laleman, 2013	91	16	1	27	14	11	18
Napoleon, 2014	93	13	1	35	18	9	20
De Palma, 2015	27	3	-	18	3	2	7
Klein, 2018	81	-	-	37	0	30	0
Van der Wiele, 2019	87	-	-	25	3	12	12
Total (N ou moyenne, %)	1048	7%	0,1%	22%	10%	12%	14,5%

Tableau A. Ampullectomies endoscopiques. Résultats sur la morbidité précoce et données oncologiques

Mortalité 0,1%

Morbidité 20%

Hémorragie

Pancréatite aiguë

Perforation

Récidive 6-33%

Suivi 9-61 mois

Série française:

Morbidité : 35%

(dont pancréatite aiguë : 20%)

Echecs précoces 10%

Récidive 5% Suivi 36 mois

Une quinzaine de séries rétrospectives monocentriques

Résultats

Ampullectomie chirurgicale

En centre expert:

Morbidité significative (28%)

Mortalité < 1%

Taux R0 : 85% dans le cadre des ré
ampullectomie (vs 92% pour la
DPC)

Vs

Ampullectomie endoscopique:

Hémorragie digestive: 15-20 %

Pancréatite aiguë: 10-15 %

Perforation rétro péritonéale: 3 %

Mortalité 0,3 %

Quelle option choisir?

Si mauvaise indication d'Ampullectomie endoscopique, souvent une mauvaise indication d'Ampullectomie chirurgicale

Le risque est ganglionnaire sur ce type de lésion

Chirurgie radicale

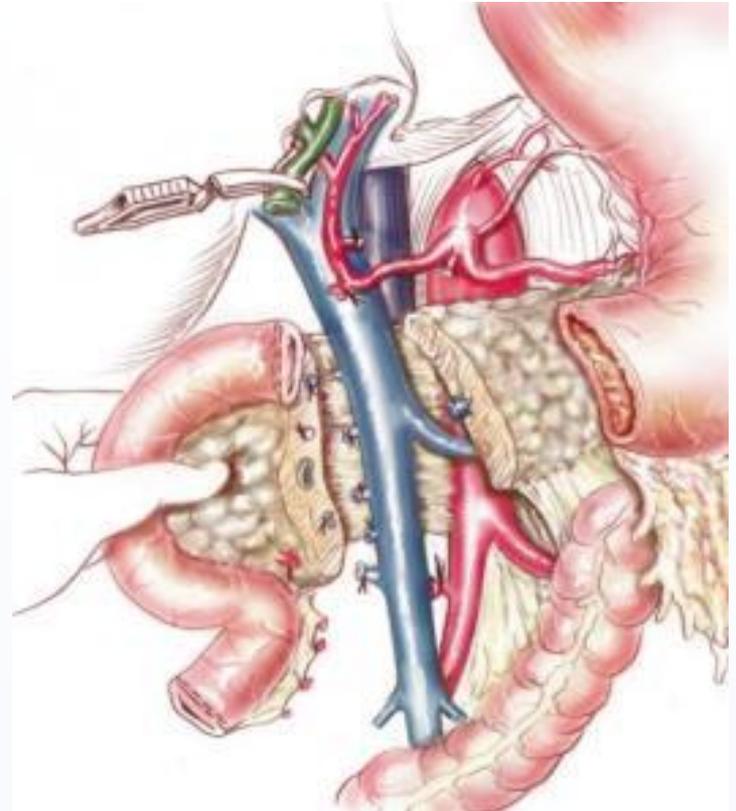
Traitement oncologique « complet »

- Résection R0
- Clairance ganglionnaire
- Prévention de la récurrence

Mortalité : 0-10%

Morbidité : 30-50%

- Générale
- **Spécifique ++**
 - Fistule pancréatique (POPF)
 - Gastroparésie (DGE)
 - Hémorragie (PPH)
- À long terme
 - Insuffisance endocrine [Diabète *de novo*] 10-25%
 - Insuffisance exocrine [Stéatorrhée] 30-60%



Büchler et al. Arch Surg 2003; Rapport AFC 2010; Pecorelli J Gastrointest Surg 2012; Cameron et al. Ann Surg 2006;

Bassi et al. Surgery 2005; Pulvirenti et al. Transl gastroenterol hepatol 2017; Pedrazzoli et al. Medicine 2017; Wente et al. Surgery 2007; Park et al. Surgery 2009; Beger et al. Ann Surg 2018

Chirurgie d'épargne parenchymateuse

- **Ampullectomie chirurgicale**
- **Résection duodénale sans pancréatectomie**
- But : éviter la morbidité immédiate et à long terme de la résection pancréatique
- Doivent respecter les principes oncologiques
 - Limites de résection complètes
 - Lésions sans risque d'extension ganglionnaire
(pas de curage)

En pratique/ Souvent évident mais parfois difficile

Tumeur invisible en scanner/IRM

Diagnostic endoscopique

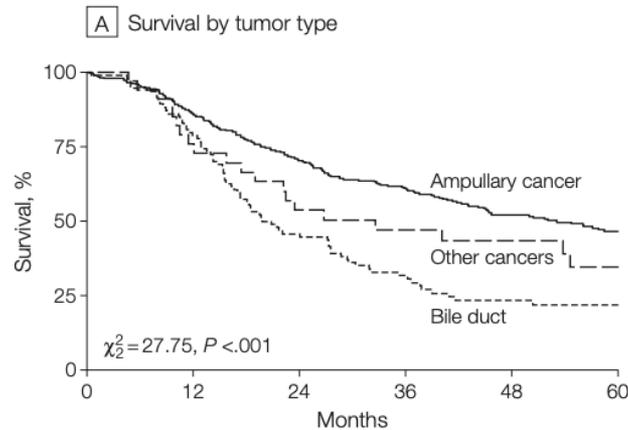
Biopsie négative fréquemment (pas de cancer)

Décision « en aveugle » (on aime bien avoir une bonne tumeur bien visible!!)

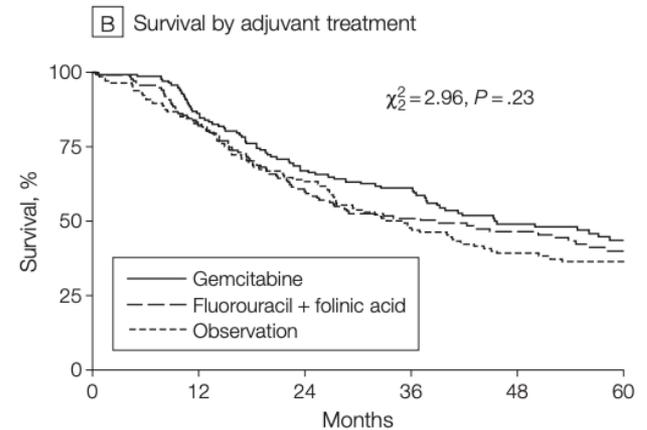
Toujours l'arrière pensée de la dégénérescence (30% FN)/ ou du piège

Chimiothérapie adjuvante

RCT



No. at risk	0	12	24	36	48	60
Ampullary cancer	297	250	200	159	118	72
Other cancers	85	24	17	14	11	6
Bile duct	96	74	43	28	16	9



No. at risk	0	12	24	36	48	60
Gemcitabine	141	119	90	75	50	35
Fluorouracil + folinic acid	143	113	81	65	47	27
Observation	144	116	89	61	48	25

*mSG: 40,6 mois dans le bras surveillance
57,8 mois dans le bras 5FU
70,8 mois dans le bras gemcitabine*

Et DPC « pour rien »...

10% des séries historiques

Probablement largement inférieur actuellement

Indications

Indications de PEC

ADa
ADKa pTis
ADKa pT1a sans aucun critère histologique d'inquiétude et accessible à une resection R0

Ampullectomie endoscopique

ADa + atteinte canalaire > 1 cm
ADa > 3 cm
ADKa pT1a sans critère histologique d'inquiétude non accessible à une exérèse monobloc R0 endoscopique

Ampullectomie chirurgicale

ADKa \geq pT1b
Arguments pour envahissement ganglionnaire
PAF avec atteinte duodénale non contrôlable

DPC

Indications

Ampullectomie chirurgicale

Contre-indication technique à une ampullectomie endoscopique **monobloc** et R0

- Diverticule
- Taille > 3 cm
- Extension duodénale importante => **Duodénectomie totale**

Adénome de l'ampoule avec extension intracanalair > 1cm
(Spyglass?)

Adénome de l'ampoule R1 sur la pièce d'ampullectomie endoscopique

Récidive post-ampullectomie endoscopique non traitable
endoscopiquement

Indications

Chirurgie carcinologique

ADK pT1a si forme peu différenciée ?

ADK pT1b ou >

Suspecté en préopératoire

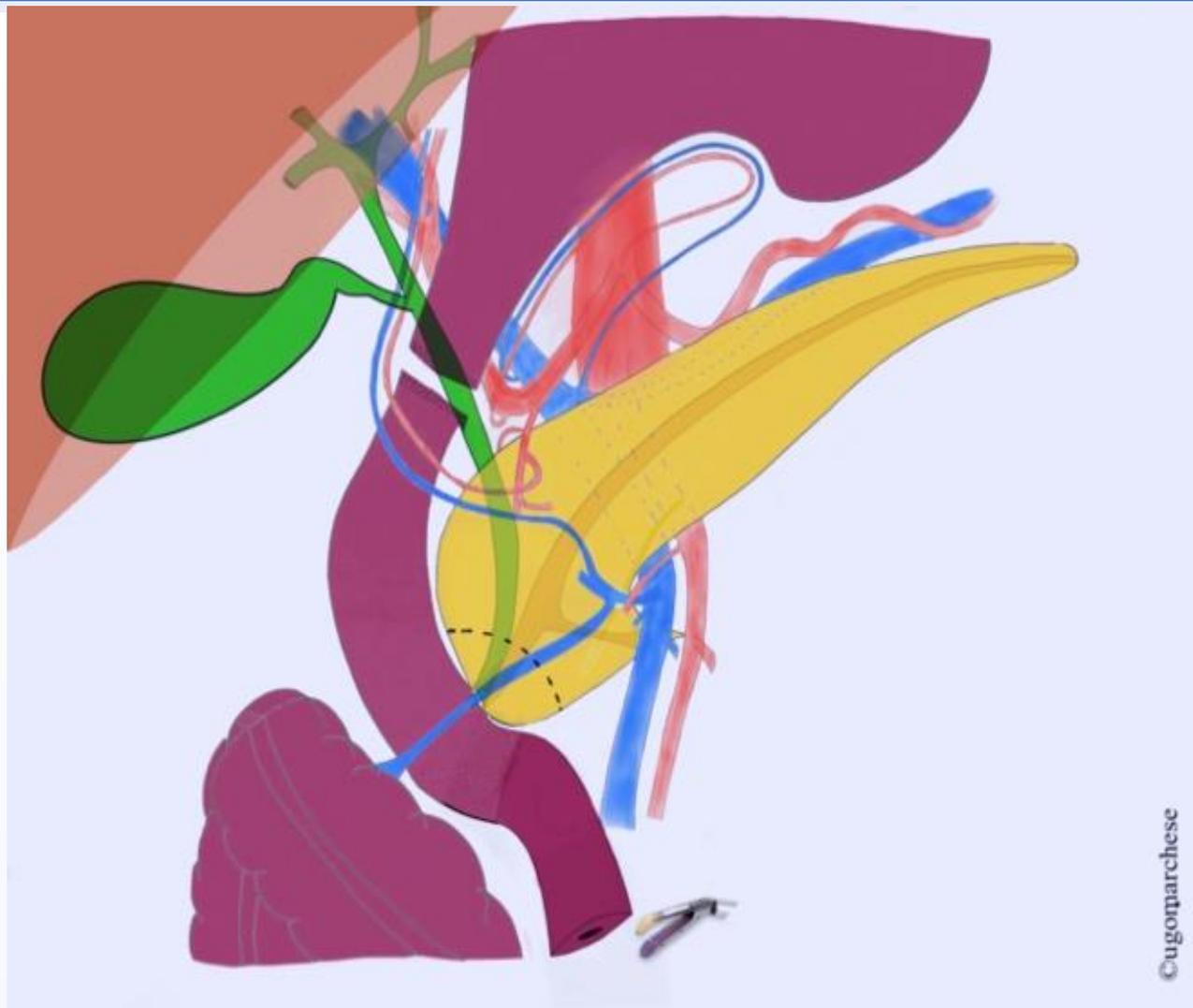
Ou confirmé sur pièce d'Ampullectomie (C ou E)

Ampullectomie incomplète (C ou E) => DPC de rattrapage

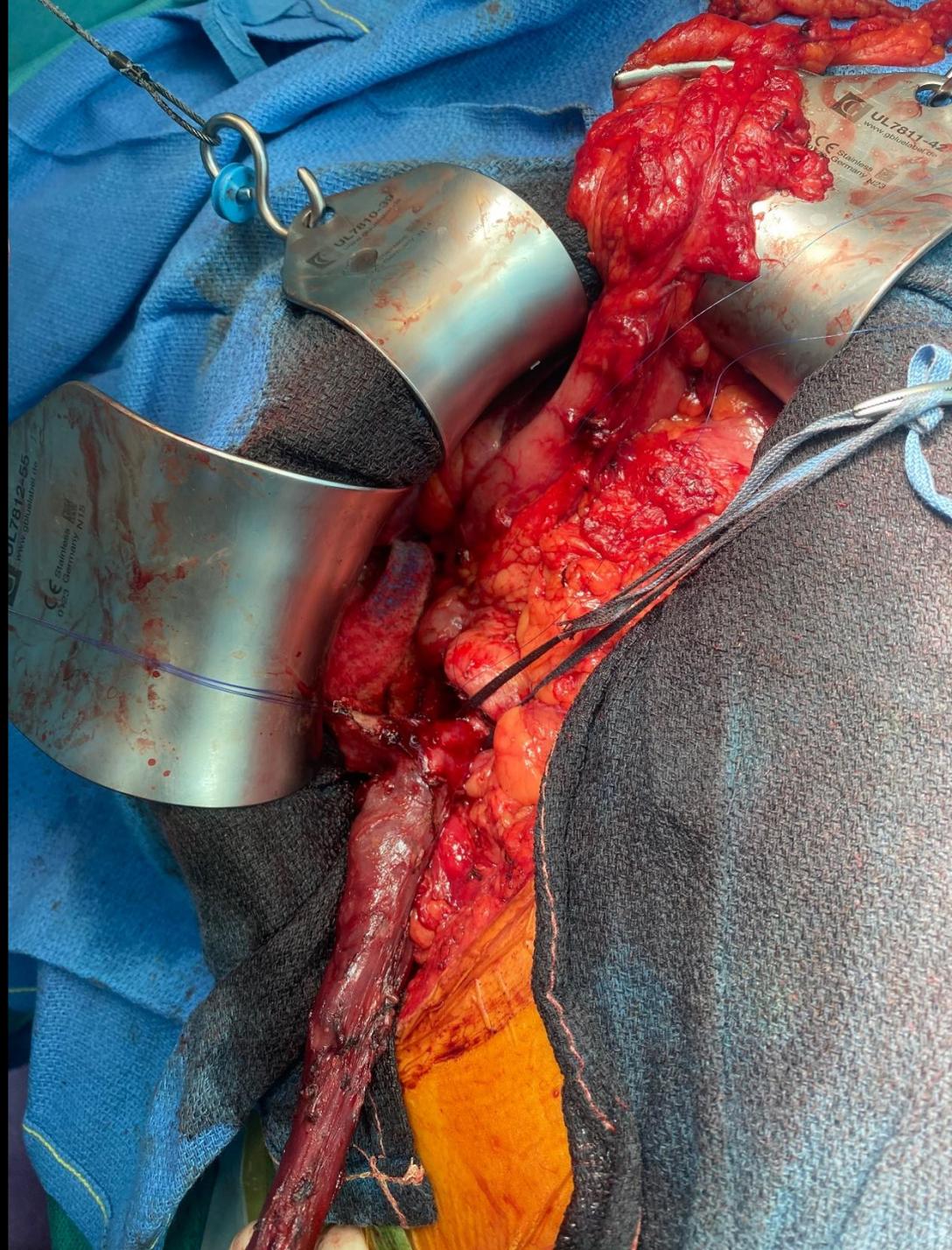
PAF avec atteinte duodénale non contrôlable

Ou plutôt duodénectomie totale (Intervention de Nagorney)

Duodénectomie totale













Conclusion

- Gradation de la prise en charge en pas une opposition des stratégies
- Faire confiance à son gastroentérologue et ne pas hésiter à rediscuter
- Parfois refaire les examens (Spyglass)
- Mobiliser les anatomopathologistes
- Prévoir du temps si nécessité de conversion en DPC
- Idéalement dans le même temps...