

CAS CLINIQUE

Duodénopancréatectomie céphalique pour adénocarcinome de l'ampoule de Vater : à propos d'un cas et revue de la littérature

Duodeno-cephalic pancreatectomy for adenocarcinoma of Vater : about one case, an literature review

Diop PS¹, Diop MM², Owono Diallo FK¹, Ka I¹, Ndoye JM¹, Fall B¹

¹Service de Chirurgie Générale, Hôpital Général de Grand Yoff, Dakar (Sénégal)

²Service de Médecine, Centre Hospitalier Régional de Thiès

DIOP Papa Saloum : Maitre-Assistant

DIOP Maguette Madoky : Chef de Clinique Assistant

OWONO DIALLO F K : Maitre-Assistant

KA Ibrahima : Interne des Hôpitaux

NDOYE Jean Marc ; Professeur d'Anatomie

FALL Babacar ; Professeur Titulaire, Chef de Service

Auteur Correspondant : Docteur Papa Saloum DIOP

Service de Chirurgie Générale - Hôpital Général de Grand Yoff
BP 3270 Dakar - Grand Yoff - Email : dioppapasaloum@yahoo.fr

Résumé

Les tumeurs de l'ampoule de Vater sont exceptionnelles dans notre pratique de la chirurgie des voies biliaires. Nous rapportons le cas d'un patient de 57ans présentant un adénocarcinome de découverte fortuite lors d'une endoscopie digestive haute. Il avait bénéficié d'une duodéno-pancréatectomie céphalique pour une tumeur classée pT3N0M0. Cette observation nous a permis de faire revue de la littérature sur les aspects diagnostiques et thérapeutiques de cette affection.

Mots clés : ampoule de Vater, adénocarcinome, chirurgie

Summary

Tumors of the Vater ampulla are rare in our practice of biliary surgery. We report the case of a 57 years old patient suffering from an adenocarcinoma discovered incidentally during an upper gastrointestinal endoscopy. He benefited a duodeno-cephalic pancreatectomy for pT3N0M0 classified tumor. This observation allowed us to review the literature on the diagnostic aspects and therapeutic aspects of this disease.

Key words: Vater ampulla, adenocarcinoma, surgery

INTRODUCTION

Les tumeurs de l'ampoule de Vater sont rares. Les plus fréquentes sont les adénomes et les adénocarcinomes. Des séries autopsiques font apparaître une prévalence de 0,06 à 0,2%. La prévalence dans les séries endoscopiques est de 1/1000 [1]. Les manifestations cliniques sont polymorphes, la découverte au stade précoce est exceptionnelle dans notre pratique. Nous rapportons un cas de découverte fortuite lors d'une endoscopie digestive non motivée par un symptôme d'appel en faveur d'une tumeur ampullaire.

CAS CLINIQUE

Un homme de 57 ans était adressé dans le service pour prise en charge d'une tumeur péri-ampullaire saignant au contact découverte fortuite lors d'une endoscopie haute faite un mois auparavant pour des épigastralgies atypiques. Il présentait à l'entrée un sub-ictère, des nausées, mais un état général conservé.

Une nouvelle fibroscopie œsogastro-duodénale retrouvait une saillie péri-ampullaire non ulcérée, saignant au contact (Figure 1). La tomodensitométrie (TDM) montrait principalement une dilatation modérée des voies biliaires intra et extra-hépatiques sans obstacle visible sur le cholédoque (Figure 2a, 2b).

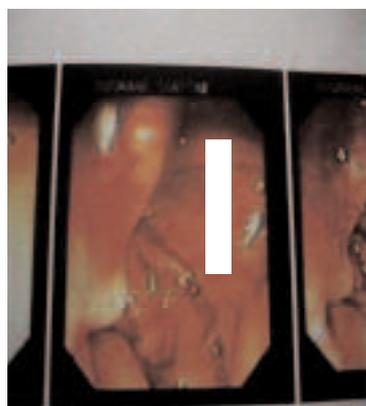


Figure 1 : Aspect endoscopique saillie péri-ampullaire

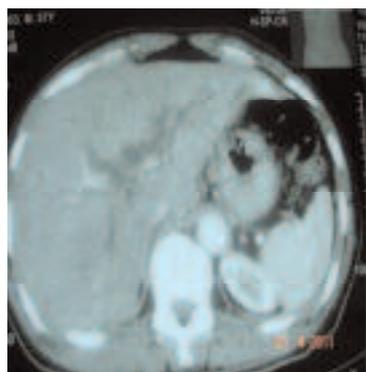


Figure 2a : Dilatation voies biliaires intra-hépatiques



Figure 2b : Dilatation voie biliaire principale

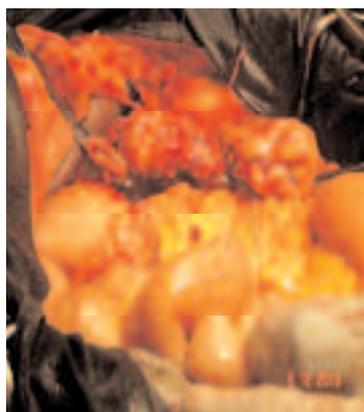


Figure 3 : Vue opératoire après opération de Whipple : moignons cholédocien(C), pancréatique(P), gastrique(G), jéjunal (J)



Figure 4a : Aspect macroscopique de la tumeur péri-ampullaire



Figure 4a : Aspect macroscopique de la tumeur péri-ampullaire

Le bilan hépatique montrait une hyperbilirubinémie à prédominance conjuguée avec une Bilirubine totale à 131,1 mg/l dont 113,4 mg/l de Bilirubine directe et 17,7 mg/l de Bilirubine indirecte. Les transaminases n'étaient pas perturbées : (ASAT : 20,69UI/l, ALAT à 25,23 UI/l). La glycémie et l'amylasémie étaient normales avec respectivement 1g/l et 64UI/l.

Devant la forte suspicion de néoplasie ampullaire du fait de l'hypervascularisation de la tumeur, l'indication d'une duodéno-pancréatectomie céphalique était posée avant les résultats de la biopsie chez ce patient classé ASA1 à la consultation pré-anesthésique. Le patient bénéficiait d'une DPC tel décrit par WHIPPLE : Résection de la tête du pancréas, suppression du duodénum en totalité par une résection étendue en amont du tiers distal de l'estomac et en aval de l'angle duodéno-jéjunal jusqu'à la première partie du jéjunum, cholécystectomie et résection de la voie biliaire principale sous la convergence biliaire supérieure, un curage cellulolymphatique loco-régionale (Figure 3).

Une reconstruction selon le procédé de Child était réalisée. L'examen macroscopique de la pièce opératoire montrait une tumeur localisée dans la région péri-ampullaire (Figure 4a, 4b). Les suites opératoires étaient simples, avec un séjour hospitalier de 20 jours. L'histologie définitive classe la tumeur pT1N0 et confirme une résection R0.

Le contrôle à trois mois révélait un bon état général avec des symptômes mineurs épisodiques (WISICKII) et une fonction hépatique normale.

COMMENTAIRES

Les tumeurs ampullaires sont rares. Elles représentent moins de 5% des tumeurs du tube digestif [2,3]. Elles sont rarement décrites dans la littérature africaine et leur prise en charge dans nos conditions d'exercice est le plus souvent tardive ne requérant alors qu'un traitement palliatif. Leur découverte fortuite lors de l'endoscopie reste exceptionnelle, surtout par gastroscopie à vision axiale. En effet la description et les prélèvements biopsiques se font mieux avec un duodéno-scopie à vision latérale.

Les faux positifs sont essentiellement représentés par les ampoules d'aspect pseudo tumoral par migration récente d'un calcul [4]. Malgré des examens radiologiques performants (le scanner hélicoïdal et l'imagerie par résonance magnétique) pouvant identifier les cancers ampullaires envahissant le pancréas ; les tumeurs limitées à l'ampoule sont souvent méconnues [5]. L'aspect échographique de l'ampoule en écho-endosco-

pie reste l'examen le plus performant pour évoquer une tumeur ampullaire quand l'endoscopie est prise à défaut [6, 7].

Le traitement chirurgical à visée curative des ampulomes repose sur la duodéno-pancréatectomie céphalique et l'ampullectomie. La décision repose sur un bilan incluant une TDM, une écho-endoscopie, et une duodéno-scopie avec biopsies multiples, éventuellement après sphinctérotomie. La précision diagnostique pour l'invasion néoplasique est alors de 80% [8,9].

L'exérèse locale (ou ampullectomie) doit être réservée aux carcinomes in situ (Tis) ou aux carcinomes micro-invasifs ne franchissant pas le sphincter d'Oddi, et n'envahissant pas la sous-muqueuse duodénale (pT1) : ce qui est corrélé à l'absence d'extension ganglionnaire [10]. Elle doit obtenir des marges saines sur le duodénum, le canal pancréatique et la voie biliaire principale (VBP). Cette dernière est le siège d'une extension rétrograde dans 20% des cas [10].

Lorsque les constatations histologiques révèlent, pendant l'intervention ou a posteriori, que ces conditions ne sont pas réunies, il faut envisager de réaliser une DPC. Seuls les patients dont le risque opératoire paraît trop élevé pour une DPC peuvent relever d'une extension raisonnée de l'indication d'ampullectomie [11,12].

La DPC pour ampulome malin doit répondre aux mêmes critères de qualité que la DPC pour adénocarcinome pancréatique. La section de la VBP doit être réalisée immédiatement sous la convergence biliaire supérieure car il peut co-exister des lésions adénomateuses. Un examen histologique extemporané de la tranche pancréatique est recommandé pour les mêmes raisons [13].

Les facteurs pronostiques qui ont fait la preuve de leur utilité clinique sont: l'aspect morphologique polyploïde ou ulcéré, la taille tumorale, le statut ganglionnaire (nombre de ganglions examinés et envahis), la différenciation histologique, la pénétrance tumorale dans la paroi duodénale et le parenchyme pancréatique, la présence d'embols vasculaires et/ou d'infiltrations péri-nerveuses, la présence d'un adénome associé [14-16]. Chez notre patient, nous avons opté d'emblée pour la DPC, devant son état général conservé et la hantise de ne pouvoir garantir les critères de qualité au plan histologique d'une ampullectomie sans examen extemporané.

CONCLUSION

L'ampulome de Vater est rare, de diagnostic souvent tardif et de prise en charge délicate dans nos régions. La

biopsie doit être systématique devant toute papille douteuse à l'endoscopie. Une ampullectomie est indiquée pour une tumeur non ulcérée, limitée à l'ampoule, sans extension ganglionnaire en écho-endoscopie, et sans caractère infiltrant sur les biopsies.

Il est recommandé que l'ampullectomie soit réalisée sous couvert d'un examen histologique extemporané

des limites canalaire de résection. Une est indiquée dans les autres cas (sauf risque opératoire élevé). Elle doit répondre aux mêmes critères qualités que la duodéno-pancréatectomie céphalique pour adénocarcinome pancréatique.

REFERENCES

1. **Lefort C, Napoléon B.** Tumeur de l'ampoule de Vater. EMC (Elsevier Masson.SAS, Paris). Gastro-entérologie 2007;9-037-A-20.
2. **Beger HG, Treitschke F, Gansauge F, et al.** Tumor of the ampulla of Vater: experience with local or radical resection in 171 consecutively treated patients. *Arch Surg*1999;134 :526-532.
3. **G. Mareschal and J. Hureau.** Les tumeurs oddiennes. Rapport de l'Association française de chirurgie Masson, Paris,1978 .
4. **Talamini MA, Moesinger RC, Pitt HA, et al.** Adenocarcinoma of the ampulla of Vater. A 28-year experience. *Ann Surg* 1997;225:590-9.
5. **Howe JR, Klimstra DS, Moccia RD,et al.** Factors predictive of survival in ampullary carcinoma. *Ann Surg* 1998;228:87-94.
6. **Cannon ME, Carpenter SL, Elta GH, et al.** EUS compared with CT, magnetic resonance imaging, and angiography and the influence of biliary stenting on staging accuracy of ampullary neoplasms. *Gastrointest Endosc* 1999;50:27-33.
7. **Rosch T, Braig C, Gain T, et al.** Staging of pancreatic and ampullary carcinoma by endoscopic ultrasonography. Comparison with conventional sonography, computed tomography, and angiography. *Gastroenterology* 1992;102:188-99.
8. **Sauvanet A, Chapuis O, Hammel P, et al.** Are endoscopic procedures able to predict the benignity of ampullary tumors? *Am J Surg* 1997;174:355-8.
9. **Roggin KK, Yeh JJ, Ferrone CR, et al.** Limitations of ampullectomy in the treatment of non familial ampullary neoplasms. *Ann Surg Oncol* 2005;12:971-80.
10. **Shirai Y, Tsukada K, Ohtani T, et al.** Carcinoma of the ampulla of Vater: histopathologic analysis of tumor spread in Whipple pancreatoduodenectomy specimens. *World J Surg* 1995;19:102-6.
11. **Yoon YS, Kim SW, Park SJ, et al.** Clinicopathologic analysis of early ampullary cancers with a focus on the feasibility of ampullectomy. *Ann Surg* 2005;242:92-100.
12. **De Castro A, van Heek NT, Kuhlmann KF, et al.** Surgical management of neoplasms of the ampulla of Vater: local resection or pancreatoduodenectomy and prognostic factors for survival. *Surgery* 2004;136:994-1002.
13. **Agoff SN, Crispin DA, Bronner MP, et al.** Neoplasms of the ampulla of vater with concurrent pancreatic intraductal neoplasia: a histological and molecular study. *Mod Pathol* 2001;14:139-46.
14. **Clary BM, Tyler DS, Dematos P, et al.** Local ampullary resection with careful intraoperative frozen section evaluation for presumed benign ampullary neoplasms. *Surgery* 2000;127:628-33.
15. **Todoroki T, Koike N, Morishita Y, et al.** Patterns and predictors of failure after curative resections of carcinoma of the ampulla of Vater. *Ann Surg Oncol* 2003;10:1176-83.
16. **Hsu HP, Yang TM, Hsieh YH, et al.** Predictors for patterns of failure after pancreaticoduodenectomy in ampullary cancer. *Ann Surg Oncol* 2007;14:50-60.