

LE CANCER AMPULLAIRE

A propos de vingt-six tumeurs réséquées chirurgicalement

J.P. LERUT¹, P.R. GIANELLO¹, J. HAOT²,
J.B. OTTE¹, P.J. KESTENS¹

LERUT J.P., GIANELLO P.R., HAOT J., OTTE J.B., KESTENS P.J. — Le cancer ampillaire. A propos de vingt-six tumeurs réséquées chirurgicalement. *Ann. Chir.*, 1985, 39, n° 1, 17-22.

RÉSUMÉ : Pendant la période 1968 à 1981, 26 patients subissent une résection duodéno-pancréatique (DPC) pour un cancer ampillaire. Deux patients ont eu cette DPC pour récurrence tumorale 5 et 50 mois après duodénopapillectomie. Les caractéristiques histologiques ont permis de différencier 16 adénocarcinomes (61,5 %) et 10 tumeurs villoses dégénérées (38,5 %). La mortalité hospitalière est de 15,3 % (4/26 patients). La survie actuarielle corrigée à 5 ans de cette série est de 50 ± 13 DS %. L'âge supérieur à 65 ans et l'ictère très important sont des facteurs de morbidité importants. La dimension, la localisation, l'aspect macroscopique et le type histologique de ces tumeurs, n'ont pas de valeur pronostique (NS). Les facteurs pronostiques favorables retrouvés dans cette étude rétrospective sont l'absence d'envahissement ganglionnaire (69 ± 15 DS % versus 0 % de survie actuarielle corrigée à 5 ans lorsqu'il y a un envahissement ganglionnaire - $p < 0,01$), et la limitation tumorale à la musculature duodénale (76 ± 15 DS % versus 0 % de survie actuarielle corrigée à 5 ans lorsque l'infiltration de la tumeur est périoduodénale et/ou pancréatique et/ou ganglionnaire à distance - $p < 0,01$). L'extension locale de la tumeur, selon la classification de Martin, est un excellent facteur de pronostic dans cette série. Les survies supérieures à 5 ans avec guérison ne sont enregistrées que lorsque les ganglions sont exempts d'envahissement au moment de l'intervention (5/26 - 19,2 %). La DPC est le traitement de choix du carcinome ampillaire puisqu'elle est la seule thérapeutique permettant une guérison à long terme.

MOTS-CLÉS : Tumeur ampillaire. — Ictère obstructif. — Chirurgie pancréatique. — Chirurgie biliaire.

LERUT J.P., GIANELLO P.R., HAOT J., OTTE J.B., KESTENS P.J. — Ampullary cancer. Twenty six cases of tumor resection. (*In French*). *Ann. Chir.*, 1985, 39, n° 1, 17-22.

SUMMARY : Between 1968 and 1981, twenty six patients underwent a pancreatoduodenal resection (PDR) for ampullary cancer. Two patients had PDR for tumor recurrence, five and fifty months after duodeno-papillectomy. The cases included 16 adenocarcinomas (61.5 per cent) and ten degenerated villous tumors (38.5 per cent). Hospital mortality was 15.3 per cent (4 out of 26 patients). The adjusted 5-year survival rate was 50 ± 13 SD per cent, in this series. The size, localization, macroscopic aspect and histological type of the tumor have no prognostic significance. The favorable prognostic factors singled out in this retrospective study are the absence of lymph node involvement (69 ± 15 SD per cent versus 0 per cent, adjusted five-year actual survival, if node involvement - $p < 0.01$) and limitation of the tumor to the duodenal muscular layer (76 ± 15 SD % versus corr. 5 y. act. surv. if infiltration of tumor in periduodenal and/or pancreatic tissue and/or lymph node metastases - $p < 0.01$) at the time of exploration. The local extension of the tumor, assessed by Martin's classification, is the best histological prognostic factor in this series. Five-year disease-free survival could only be achieved in the absence of node involvement at operation (5 out of 26 patients = 19.2 per cent). PDR is the treatment of choice for ampullary carcinoma, as it is the only therapy offering long-term disease-free survival.

KEY-WORDS : Ampullary tumor. — Obstructive jaundice. — Pancreatic surgery. — Biliary surgery.

INTRODUCTION

Les tumeurs du carrefour bilio-pancréatique (ampullomes, cancer de la tête du pancréas et du cholédoque) sont souvent confondues en raison de leur présentation clinique et d'un traitement similaire. Une identification correcte des tumeurs ampillaires est fondamentale, car le pronostic de ces lésions est tout à fait différent.

1. Département de Chirurgie de l'Appareil Digestif (P^r P.J. Kestens).
2. Département d'Anatomo-Pathologie, Université Catholique de Louvain, Cliniques Universitaires St-Luc, 10, avenue Hippocrate, 1200 BRUXELLES (Belgique).

Tirés à part : P.J. Kestens, même adresse (1).

Manuscrit reçu à la Rédaction le 9 mai 1984.
Accepté par les Comités de Lecture et de Rédaction le 10 octobre 1984.

TABLEAU I. — Symptomatologie (n = 26 patients).

Ictère	85 %
Altération de l'état général	76 %
Douleurs abdominales	73 %
Nausées/vomissements/dyspepsies	65 %
Fièvre	46 %
Prurit	42 %
Diarrhée	23 %
Constipation	11 %
Hémorragie gastro-intestinale	7 %

TABLEAU II. — Biologie (n = 26 patients).

Bilirubine sérique	83 %
Syndrome inflammatoire	79 %
Cytolyse	67 %
Phosphatases alcalines	67 %
Anémie	38 %
Amylasémie	33 %
Troubles de la coagulation	29 %
Test de Guaiac+	27 %
Troubles de la glycémie	25 %

Suite à une étude rétrospective, concernant 26 patients opérés, nous avons évalué les facteurs pronostiques et les diverses modalités thérapeutiques appliquées dans le traitement des cancers ampullaires.

MALADES ET MÉTHODES

De 1968 à 1981, 26 patients ont subi une duodéno-pancréatectomie céphalique (DPC) pour un cancer ampillaire dans le service de chirurgie de l'appareil digestif des Cliniques Universitaires St-Luc à Louvain-en-Woluwe.

Durant cette période, tous les patients traités par une chirurgie palliative de dérivation pour des lésions similaires ont été exclus de l'étude puisqu'une analyse anatomo-pathologique précise n'était pas possible. L'anatomo-pathologiste a étudié toutes ces tumeurs ampullaires et péri-ampullaires réséquées durant cette même période et ceci de manière tout à fait indépendante de cette étude.

L'identification correcte de ces tumeurs a été réalisée grâce à un examen radiologique de la pièce opératoire ainsi qu'à une étude histologique précise microscopique et macroscopique [2]. L'aspect micro et macroscopique de la tumeur, la localisation, la dimension, l'extension locale et l'envahissement ganglionnaire ont été étudiés pour chaque pièce de résection.

L'extension loco-régionale des tumeurs péri-ampullaires a été établie selon la classification de Martin : *stade I* : lésion intra-ampillaire ou duodénale non infiltrante ; *stade II* : infiltration de l'ampoule, du cholédoque ou de la sous-muqueuse duodénale, sans infiltration musculaire ; *stade III* : infiltration de la musculature duodénale ; *stade IV* : envahissement péri-duodénal ou pancréatique et/ou envahissement ganglionnaire proximal ou distal [10].

Il s'agit de 14 hommes et 12 femmes. L'âge moyen des patients est de 58,2 $\pm$ 10,3 DS/ans (DS = déviation standard) (avec des extrêmes allant de 34 à 78 ans).

La durée moyenne de la symptomatologie est de 3,4 $\pm$ 4 DS/mois. L'ictère, l'altération de l'état général, les douleurs épigastriques et les troubles fonctionnels du tractus digestif supérieur sont les symptômes les plus courants (tableau I). Trente pour cent des patients souffrent d'un ictère nu ; 15 % sont anictériques. L'ictère est aussi souvent fluctuant que persistant.

Le signe de Courvoisier-Terrier est présent chez 27 % des patients non-cholécystectomisés ; neuf patients (35 %) ont une hépatomégalie due à une obstruction biliaire.

Une élévation de la bilirubine sérique liée à un syndrome inflammatoire est présente chez 80 % des patients. La bilirubinémie est en moyenne de 9,2 $\pm$ 10 DS/mg %, 7 patients ont une bilirubinémie supérieure à 10 mg %. Trente-huit pour cent des patients ont une anémie, 25 % ont un test de Guaiac positif (tableau II).

Quatre patients (15,3 %) présentent un autre cancer primitif synchrone ou métachrone : un épidermoïde pulmonaire, un carcinome mammaire, un papillome vésical dégénéré et un léiomyosarcome de la cuisse.

D'un point de vue diagnostique, les investigations radiologiques standard (OED et duodénographie hypotonique) suggèrent une tumeur ampillaire dans 21 cas. L'endoscopie quant à elle, permet un diagnostic pré-opératoire spécifique dans chacun des cas examinés. Néanmoins, les biopsies endoscopiques doivent être analysées avec précaution : sur 14 tumeurs biopsiées, elles étaient positives dans 9 cas (soit 64,8 %), incertaines dans 3 cas (soit 21,4 %) et négatives dans 2 cas (soit 14,8 %). L'analyse per-opératoire des lésions ampullaires a confirmé le caractère malin de la tumeur chez 5 derniers patients.

Les autres modalités de diagnostic, à savoir la cholangiographie intraveineuse, l'ultrasonographie et la tomodensitométrie ont été appliquées avec des succès variables.

La cholangio-pancréatographie endoscopique rétrograde a été effectuée chez 16 patients et 5 fois, une sphinctérotomie endoscopique est réalisée dans le même temps ; 3 autres patients ont subi une cholangiographie trans-hépatique per-cutanée.

L'artériographie n'a été utilisée que dans les réinterventions.

Six patients (23 %) ont subi une chirurgie antérieure pour une symptomatologie compatible avec une lésion de la région ampillaire : duodéno-papillectomie et cholécystectomie (2), cholédocoduodénostomie (2) ; cholécystectomie avec sphinctérotomie (1) et cholécystectomie (1).

A deux reprises, une duodéno-papillectomie a été proposée chez des patients à haut risque mais l'envahissement de la tranche de section a nécessité une chirurgie plus extensive. Deux patients ont subi une duodénopancréatectomie céphalique (DPC) pour une récurrence tumorale 5 et 50 mois après excision locale de la tumeur. Un patient avait initialement refusé la chirurgie et fut traité par une sphinctérotomie endoscopique.

Finalement, les 26 patients ont subi une DPC.

La DPC a été effectuée en urgence chez 3 patients en raison d'une septicémie (1 fois) ou d'une hémorragie gastro-intestinale (2 fois). Ces hémorragies étaient dues à une hémostase insuffisante après excision locale de la tumeur dans un cas et à une érosion vasculaire d'une récurrence tumorale 50 mois après duodéno-papillectomie dans le deuxième cas.

La DPC est réalisée selon la technique de Waugh-Child. La pancréatico-jéjunostomie termino-latérale, effectuée avec des fils résorbables, est protégée par une épiploplastie. Le canal de Wirsung est toujours intubé par un cathéter. Une hémigastrectomie est réalisée afin d'éviter une ulcération anastomotique. Chez un patient la DPC est complétée par une hémicolectomie droite pour des raisons carcinologiques.

Le temps d'hospitalisation moyen est de 27 ± 20 DS/jours. Le suivi post-opératoire est complet chez les 26 patients soit jusqu'à la fin de cette étude soit jusqu'au décès des patients.

La survie moyenne réelle au moment de la fin de l'étude pour tous ces patients ayant quitté l'hôpital est de $40,2 \pm 23,6$ DS/mois (extrêmes de 18 à 81 mois).

Les courbes de survie ont été réalisées selon la méthode actuarielle et comparées selon le test de Mantel-Haenszel [9]. La signification statistique est déterminée par le test de Student ou du Chi-carré.

RÉSULTATS

Onze patients (42,3 %) ont développé 13 complications majeures après la DPC. La complication la plus dangereuse est la fistule pancréatique (5 patients - 19,2 %) et spécialement lorsqu'une érosion vasculaire ou viscérale adjacente en est la conséquence (3 patients). Cette complication a été fatale chez deux patients malgré une réintervention ; la totalisation de la pancréatectomie a été effectuée avec succès chez le troisième patient. Les deux derniers patients ont guéri de leur fistule après un traitement médical approprié.

Une hémorragie gastro-intestinale post-opératoire est causée par un ulcère anastomotique chez un patient présentant une insuffisance rénale, et par une gastrite érosive. Les deux fois, un traitement conservateur médical a été réalisé avec succès (tableau III).

TABLEAU III. — Morbidité et mortalité hospitalière après DPC pour tumeurs ampullaires (n = 26).

	Morbidité	Mortalité
Fistule pancréatique	5°	2+
Hémorragie gastro-intestinale	2+	
Hémorragie abdominale	1	
Infection pulmonaire	2°	
Infection paroi	1	
Septicémie (après CPRE)	1	1
Insuffisance rénale	1+	1
	11/26 patients 42,3 %	4/26 patients 15,4 %

° et + : mêmes patients.

La mortalité hospitalière est de 15,4 % (4/26 patients). Elle est toujours à mettre en rapport avec une fistule pancréatique ou une complication septicémique (tableau III).

— Le premier patient a subi une DPC malgré une angiocholite importante (bilirubine sérique 32 mg %) ; il décèdera au 18^e jour d'une fistule pancréatique érosive, malgré une totalisation de la pancréatectomie.

— Le second patient, âgé de 66 ans, a subi en urgence une DPC pour une hémorragie gastro-intestinale massive liée à une récurrence tumorale 50 mois après duodéno-papillectomie. Ce patient décèdera au 30^e jour d'une septicémie due à une fistule pancréatique érosive. De multiples micro-métastases intra-hépatiques et surrénales ont été découvertes à l'autopsie malgré l'absence d'envahissement ganglionnaire au moment de l'intervention.

— Le troisième patient, âgé de 51 ans, décèdera brutalement d'un choc septique 15 jours après la DPC. La DPC fut extrêmement difficile en raison d'une importante pancréatite consécutive au CPRE. L'autopsie a révélé des zones de pancréatite aiguë nécrotico-hémorragique du moignon restant ainsi qu'une rate septique. Toutes les anastomoses de la DPC étaient intactes.

— Une patiente âgée de 78 ans, ayant refusé une intervention chirurgicale pour un cancer ampillaire, fut initialement traitée par une sphinctérotomie endoscopique. Un an plus tard, une DPC a dû être effectuée en urgence suite à une obstruction biliaire avec angiocholite et pancréatite à rechute. Une hémorragie gastrique post-opératoire va aggraver chez cette patiente une glomérulonéphrite chronique. Elle décèdera au 46^e jour d'une insuffisance rénale. L'autopsie confirmera l'intégrité des anastomoses digestives.

La mortalité hospitalière est significativement influencée par un âge supérieur à 65 ans ($68,3 \pm 12,8$ DS/ans pour les patients décédés contre $56,7 \pm 8,6$ DS/ans pour les survivants - $p < 0,002$), le taux de bilirubine sérique (28 ± 5 DS/mg % pour les patients décédés contre $3,6 \pm 5,3$ mg % pour les survivants - $p < 0,001$), le caractère urgent de l'intervention (2/3 patients contre 1/23 après chirurgie élective - $p < 0,002$).

La chirurgie antérieure de l'abdomen supérieur n'a pas de signification statistique sur la morbidité ou mortalité post-opératoire (NS).

La survie globale actuarielle à 5 ans est de 37 ± 11 DS à 5 ans (n = 26).

La survie actuarielle corrigée, exclut le patient ayant refusé initialement le traitement chirurgical, les deux décès post-opératoires après DPC primaire et deux patients décédés d'un autre carcinome pri-

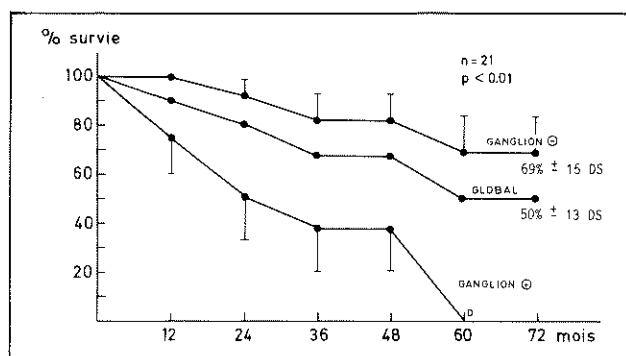


Fig. 1. — Tumeur ampullaire. Survie actuarielle corrigée en relation avec l'envahissement ganglionnaire.

Fig. 1. — Ampullary tumor. Actuarial survival corrected in relation to lymph node involvement.

mitif, 36 et 51 mois après chirurgie curatrice pour tumeur ampullaire ($n = 21$). La survie actuarielle corrigée à 5 ans est de 50 % $\pm$ 13 DS.

La survie des patients a été analysée en fonction des différentes caractéristiques histologiques des pièces de résection. La localisation de la tumeur quelle soit papillaire ou ampullaire, n'a pas de valeur pronostique (NS).

La dimension moyenne de ces 26 tumeurs est de 2 cm. Il n'y a pas de différence significative de survie, suivant que la tumeur est inférieure à 2 cm ou plus grande ou égale à 2 cm (NS).

Deux grands types histologiques de tumeurs ont été identifiés : tumeur villositaire dégénérée (10 patients - 38,5 %) et adénocarcinome (16 patients - 61,5 %). Le taux de survie de ces deux groupes ne diffère pas significativement (NS).

Les tumeurs polypoides semblent avoir une issue plus favorable (survie actuarielle corrigée à 5 ans 66 $\pm$ 19 DS %), les lésions infiltrantes ont le plus mauvais pronostic (survie actuarielle corrigée à 5 ans 33 $\pm$ 38 DS %). Il n'y a néanmoins pas de différence statistique suivant le type anatomo-pathologique des tumeurs c'est-à-dire aspect polypode, papillaire, ulcérant ou infiltrant (NS).

Un envahissement ganglionnaire est présent chez 31 % des patients (8/26). Dans ce groupe de patients, seuls 2 survivent exempts de récurrence plus de 3 ans après la DPC ; un patient décèdera d'une récurrence tumorale 33 mois après la résection.

Cinq patients sont guéris plus de 5 ans après chirurgie (19,2 %). Tous étaient exempts d'un envahissement ganglionnaire au moment de l'intervention.

Sept patients (4 avec et 3 sans envahissement ganglionnaire) développent une récurrence tumorale et meurent dans les 5 ans qui suivent la DPC. Un patient subit une seconde résection chirurgicale pour récurrence tumorale au niveau de la cholédochojéjunostomie, il décède 10 mois après d'une généralisation cancéreuse. Deux autres patients décèdent 36 et

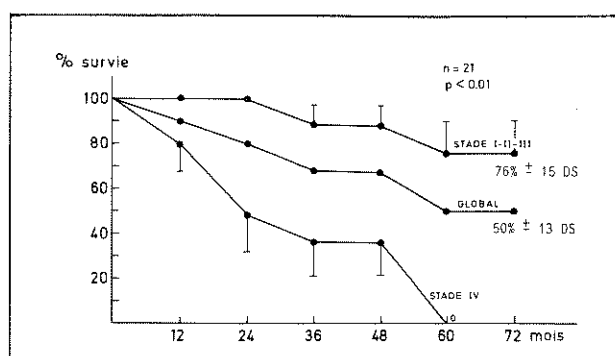


Fig. 2. — Tumeur ampullaire. Survie actuarielle corrigée en relation avec l'extension loco-régionale (stades de Martin).

Fig. 2. — Ampullary tumor. Actuarial survival corrected in relation to locoregional extension (Martin's stages).

57 mois après une DPC curative d'un second cancer primitif respectivement d'un adénocarcinome vésical et d'un léiomyosarcome de la cuisse.

La survie actuarielle corrigée à 5 ans des patients présentant un envahissement ganglionnaire diffère significativement de ceux sans envahissement ganglionnaire (versus 0 % 69 $\pm$ 15 DS % - $p < 0,01$, fig. 1).

Le stade IV de la classification de Martin, c'est-à-dire l'infiltration périoduodénale et/ou des tissus pancréatiques, indépendamment de l'envahissement ganglionnaire, est un facteur de pronostic sévère. Dans cette série, le stade IV de Martin regroupe trois patients présentant une tumeur infiltrante « sans » envahissement ganglionnaire. La survie actuarielle corrigée à 5 ans des patients de stade I, II et III est de 76 $\pm$ 15 DS %, contre 0 % chez les patients qui ont un stade IV ($p < 0,01$, fig. 2).

Les résultats fonctionnels à long terme après DPC pour tumeur ampullaire sont excellents. Un seul patient présente 5 ans après la résection une importante malabsorption causée par une habitude alcoolique ayant entraîné une cirrhose ; un autre patient présente un diabète insulino-dépendant 6 ans après DP totale.

DISCUSSION

Le cancer de l'ampoule de Vater représente environ 10 % des néoplasmes péri-ampullaires [8]. L'identification correcte de ces lésions n'est pas toujours aisée mais essentielle car le pronostic naturel et thérapeutique est tout à fait différent de celui des autres néoplasmes de la région. Vu la difficulté du diagnostic pathologique nous n'avons considéré que des patients ayant subi une résection chirurgicale permettant ainsi une évaluation exacte de la région péri-ampullaire. Le diagnostic précis de ces lésions nécessite une analyse macro- et microscopique des pièces de résection.

Cette étude confirme le profil clinique et biologique des tumeurs ampullaires [3, 10]. L'hépatomégalie fut causée chaque fois par une obstruction biliaire

puisque aucun patient n'avait de métastases hépatiques. Ce signe clinique n'exclut donc pas une attitude chirurgicale agressive. Quatre patients (15 %) ont une pathologie néoplasique associée ; un pourcentage semblable est retrouvé dans d'autres séries. Une sensibilité particulière aux maladies tumorales est vraisemblable chez ces patients [12, 15].

Le diagnostic est facilement effectué grâce aux examens radiologiques et endoscopiques. Environ 90 % de nos patients ont été admis durant la seconde période de cette étude (1976-1981) de ce fait le diagnostic a toujours été effectué avec précision par l'endoscopie quelques semaines après le début de la symptomatologie. Les biopsies endoscopiques et/ou les études cytologiques (obtenues par canulation de l'ampoule), doivent toujours être jugées avec précaution : nous avons noté chez 5 des 14 patients soit des faux négatifs, soit des diagnostics incertains (36 %).

La cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE) n'est pas nécessaire si la tumeur est visualisée à l'endoscopie. Elle ne doit être utilisée qu'en cas de doute. Cet examen peut compromettre une chirurgie ultérieure. Un de nos patients décèdera d'une septicémie induite par CPRE. Lorsqu'une tumeur intra-ampullaire est suspectée, nous préférons utiliser une opacification biliaire par ponction trans-hépatique nécessitant moins de produit de contraste [10].

Trois attitudes thérapeutiques peuvent être adoptées pour traiter un cancer ampullaire : une dérivation bilio-digestive, une excision locale de la tumeur ou une résection pancréatico-duodénale. La radiothérapie ou la chimiothérapie ne semble pas avoir une valeur thérapeutique [10].

La dérivation bilio-digestive n'offre aucune chance de curabilité et doit être réservée comme solution palliative chez des patients à haut risque ou chez des patients présentant des métastases [8, 12, 13].

Une excision locale de la tumeur avec réimplantation du canal pancréatique et du canal biliaire, décrite par Halsted en 1899, doit être prise en considération chez les patients âgés à haut risque, présentant une petite tumeur sans métastase à distance. Un taux de survie semblable à la DPC peut être obtenu par cette méthode lorsqu'il n'y a pas d'envahissement ganglionnaire. Ceci peut être expliqué par l'évolution naturelle, lente de ces tumeurs. La duodéno-papillectomie a néanmoins quelques désavantages : possibilité de laisser des fragments tumoraux dans les canaux bilio-pancréatiques, un taux de mortalité et morbidité semblable à la DPC, une haute probabilité de rendre une chirurgie ultérieure plus difficile ainsi que des résultats moins favorables après 5 ans malgré une sélection « idéale » puisqu'elle est réservée aux petites tumeurs [8, 10, 12, 13, 16]. Les deux patients dans cette série traités par cette technique, ont subi une DPC pour récurrence tumorale.

TABLEAU IV. — Survie actuarielle corrigée à 5 ans après DPC pour tumeurs ampullaires en fonction de l'envahissement ganglionnaire.

Auteurs	Akwari [1]	Schlippert [12]	Warren [14]	Williams [15]	Wise [16]	Présente étude
Nombre	87	24	113	22	39	26
Ganglions -	41 %	14,4 %	40 %	67 %	25,8 %	69 %
Ganglions +	16 %	7,6 %	9 %	0 %	4,7 %	0 %
Total	34 %	10 %	32 %	27 %	10 %	50 %

La DPC est pour ces raisons le premier choix thérapeutique. Elle doit être effectuée, si possible, dans chaque cancer ampullaire car c'est la seule thérapeutique chirurgicale qui offre une curabilité à long terme. Des taux de survie à 5 ans, jusqu'à 50 % sont rapportés [10, 15]. L'envahissement ganglionnaire et l'infiltration pancréatique ou péri-duodénale sont les facteurs les plus importants, déterminant la survie des patients dans cette série. Une survie à long terme n'est en effet enregistrée que lorsque les lésions sont limitées à la paroi duodénale et lorsque les ganglions sont exempts d'envahissement au moment de l'intervention. L'envahissement ganglionnaire loco-régional réduit la survie de 1/2 à 2/3 et ceci quel que soit le type de chirurgie réalisé [1, 2, 10, 12, 14, 15, 16] (tableau IV). Une chirurgie extensive peut néanmoins être justifiée dans ces cas en tenant compte de la meilleure palliation obtenue après DPC et de l'évolution lente et plutôt locale du cancer ampullaire [4, 10]. Un envahissement viscéral ou ganglionnaire à distance interdit toute chirurgie de résection extensive [1].

La classification des tumeurs selon Martin, permet de définir la relation de la tumeur ampullaire avec l'environnement duodénal et pancréatique et a une valeur pronostique encore plus sensible. Cette classification est indépendante de l'envahissement ganglionnaire et est basée seulement sur une analyse histologique précise de la région de l'ampoule de Vater.

Beaucoup d'études rétrospectives montrent que la plupart des patients décèdent d'envahissement à distance et de généralisation, alors qu'une chirurgie « curatrice », a été réalisée [8, 10, 15]. Trois patients de notre série décèdent de métastases de la tumeur ampullaire avant 5 ans, malgré une DPC « curatrice ». Ceci doit être expliqué par une stadification per-opératoire insuffisante de la maladie ainsi que par une chirurgie incomplète.

La DPC doit pour cette raison inclure une résection en bloc de toute la partie péri-ampullaire, péri-pancréatique ainsi qu'un curage ganglionnaire des troncs porte, hépatique et cœliaque. Une échographie hépatique per-opératoire devrait compléter la

stadification tumorale. La classification de Martin permet de compléter le manque d'information après résection locale et après évaluation chirurgicale incomplète de l'extension du cancer ampullaire. Elle permet par conséquent de relativiser la notion de « chirurgie curatrice ». Rappelons dans notre série un cancer stade IV de Martin sans envahissement ganglionnaire ; à l'autopsie, effectuée environ un mois après l'intervention, on a découvert de multiples métastases hépatiques et surrénales.

La *dimension* de la tumeur (< 2 cm ou $\geq$ 2 cm), la *localisation* de la tumeur (papillaire, ampullaire et mixte), le *type histologique* (tumeurs villeuses dégénérées et adénocarcinomes) et l'*aspect macroscopique* de la tumeur (polypoïde, papillaire, ulcérales et infiltrantes) n'ont pas de valeur pronostique significative dans cette série.

La complication la plus commune et la plus dangereuse de la DPC est la fistule pancréatique. Le taux important de fistules pancréatiques après DPC pour cancer ampullaire est à mettre en rapport avec la consistance normale friable du moignon pancréatique chez ces patients, rendant l'anastomose pancréatico-jéjunale plus difficile [7, 11]. La fonction

normale de ce moignon restant est également reflétée par les résultats fonctionnels excellents après DPC chez ces patients.

Un âge supérieur à 65 ans, un taux de bilirubine sérique supérieur à 6 mg % et la chirurgie effectuée en urgence augmentent significativement la mortalité post-opératoire de la DPC [6, 7]. Le drainage trans-hépatique per-cutané et la sphinctérotomie endoscopique peuvent être considérés pour décompresser les voies biliaires lorsque l'ictère est très important : néanmoins, les bénéfices acquis par ces excellents procédés doivent être mis en balance avec leurs risques infectieux et hémorragiques [6].

La décision chirurgicale d'effectuer une DPC pour cancer ampullaire, doit donc être basée sur la classification per-opératoire exacte de la tumeur et sur les facteurs de risques mentionnés.

Les bons résultats obtenus dans cette série de 26 cancers ampullaires, peuvent être rapportés à un diagnostic précoce, à une attitude chirurgicale appropriée et à l'identification histologique précise de ces tumeurs du carrefour bilio-pancréatique permettant l'exclusion des néoplasmes pancréatiques et de la voie biliaire principale moins favorables.

RÉFÉRENCES

1. AKWARI O.E., VAN HEERDEN J.A., ADSON M.A., BAGGENSTOSS A.H. — Radical pancreatoduodenectomy for cancer of the papilla of Vater. *Arch. Surg.*, 1977, 112, 451-456.
2. BELLASAI J., HAOT J. — Pathologie tumorale du carrefour bilio-pancréatique. *Acta Gastroenterol. Belg.*, 1981, 44, 215-244.
3. COHEN J.R., KUCHTA N., GELLER N., SHIRES T., DINEEN P. — Pancreaticoduodenectomy. *Ann. Surg.*, 1982, 195, 608-617.
4. CUBILLA A.L., FORTNER J., FITZGERALD P.J. — Lymph node involvement in carcinoma of the head of the pancreas area. *Cancer*, 1978, 41, 880-887.
5. CUTLER S.J., EDERER F. — Maximum utilization of the life table method in analysing survival. *J. Chron. Dis.*, 1958, 8, 699-712.
6. DENNING D.A., ELLISON E.C., CAREY L.C. — Preoperative percutaneous transhepatic biliary decompression lowers operative morbidity in patients with obstructive jaundice. *Amer. J. Surg.*, 1981, 141, 61-65.
7. LERUT J.P., GIANELLO P.R., OTTE J.B., KESTENS P.J. — Pancreato-duodenal resection. Surgical experience in 103 patients. Evaluation of risk factors. *Ann. Surg.*, 1984, 199, 432-437.
8. MAKIPOUR U., COOPERMAN A., DANZI J.T., FARMER R.G. — Carcinoma of the ampulla of Vater. *Ann. Surg.*, 1976, 183, 341-617.
9. MANTEL N. — Evaluation of survival data and two new rank order statistics arising in its consideration. *Cancer Chemother. Rep.*, 1966, 50, 163-170.
10. MARCHAL G., HUREAU J., MARTIN E.D. — Les tumeurs od-diennes. *Monographie de l'Association Française de Chirurgie*. Paris, New York, Barcelona, Milan, Masson, 1978.
11. PAPACHRISTOU D.N., FORTNER J.G. — Pancreatic fistula complicating pancreatectomy for malignant disease. *Brit. J. Surg.*, 1981, 68, 238-240.
12. SCHLIPPERT K., LUCKE D., ANURAS S., CHISTENSEN J. — Carcinoma of the papilla of Vater. *Amer. J. Surg.*, 1978, 135, 763-770.
13. WALSH D.B., ECKHAUSER F.E., CRONEN WETT J.L., TURCOTTE J.G., LINDENAUER S.M. — Adenocarcinoma of the ampulla of Vater. Diagnosis and treatment. *Ann. Surg.*, 1982, 1195, 152-157.
14. WARREN K.W., CHOE D.S., PLAZA J., RELIHAN N.M. — Results of radical resection for periampullary cancer. *Ann. Surg.*, 1975, 181, 534-540.
15. WILLIAMS J.A., CUBILLA A., MACLEAN B.J., FORTNER J.G. — Twenty-two year experience with periampullary carcinoma at Memorial Sloan-Kettering Cancer Center. *Amer. J. Surg.*, 1979, 138, 662-665.
16. WISE L., PIZZIMONDO C., DEHNER L.P. — Periampullary cancer. *Arch. Surg.*, 1977, 112, 451-456.

