

2. În cazul bandajului gastric laparoscopic reglabil pierderea ponderală este mai lentă și mai moderată în comparație cu by-pass-ul gastric. Pierderea ponderală nu a indus ameliorarea metabolismului lipidic în acest lot de pacienți.

3. După înlăturarea balonului intragastral în peste 90% cazuri are loc restabilirea masei corporale inițiale ceea ce îl face mai puțin eficient în tratamentul obezității morbide, dar e recomandat pentru pregătirea preoperatorie în superobezitate și în prezența comorbidităților severe.

Bibliografie

1. CORDERO, R. A., VIRUETE E, A., RAMIREZ, J. M., et al., Tratamiento de la obesidad severa con banda gastrica ajustable. Analisis de 445 pacientes. Cirujano General 2003 Vol.25, Nr.4:295-300.
2. HOUBEN, J.J., BAREA, M., MAROQUIN, L., ISABO, O., DESMARETES, A. Aspects strategiques et analyse critique de la chirurgie bariatrique. Rev. Med. Brux. 2007; 28: 257-264.
3. LUJAN JUAN, A., PARRILLA, P. Seleccin del paciente candidato a cirugia bariatrica y preparacion preoperatoria. Cir. Esp. 2004; 75(5): 232-235.
4. LUNCĂ, S., VIX, M. Tratamentul obezității morbide. Jurnalul de Chirurgie, Iași, 2005, Vol. 1, Nr.1;34-41.
5. MARTINEZ-FILHO, D., CAMARA-NETO, J. B., BANDIERA FERRAZ, A. A., et al. Evaluation of risc factors in superobese patients submitted to conventional Fobi-Capella surgery. Arq Gastroenterol, 2008, Vol. 45, Nr.1; 3-10.
6. MORALES, M. J., DELGADO, C., MAURI, I., et al. Surgical treatment of obesity: What patients? What technique? Is postoperative follow-up mandatory? Endocrinol. Nutr. 2004; 51(5):245-253.
7. MOSER, F., GORODNER, M. V., GALVANI, C. A., BAPTISTA, M., CHRETIEN, C., HORGAN S.. Pouch enlargement and slippage: two different entities. Surg. Endosc. (2006) 20; 1021-1029
8. RUIZ DE ADANA, J. C.. Cirugia de la obesidad: un abordaje de eleccion con distintas opciones tecnicas. Cir. Esp. 2007; 82(2): 59-61.
9. SCHERNTHANER, G., MORTON, J. M. Bariatric Surgery in Patients With Morbid Obesity and Type 2 Diabetes. Diabetes Care, 2008, Vol. 31, Suppl.2; 297-302.
10. ЯШКОВ, Ю. И., ОППЕЛЬ, Т. А., ТИМОШИН, А. Д. МОВЧУН, А.А., ВОСКРЕСЕНСКИЙ, О. В. Вертикальная гастропластика как метод лечения морбидного ожирения. Хирургия, 6, 1998: 72-76.

PAPILECTOMIA ENDOSCOPICĂ ÎN TRATAMENTUL LEZIUNILOR NEOPLASTICE VATERIENE

ENDOSCOPIC PAPILECTOMY IN THE TREATMENT OF NEOPLASTIC VATERIAN LESIONS

Gheorghe GHIDIRIM¹, Igor MIȘIN², Viorel ISTRATE³

¹ - dr. hab. în med., prof. univ., academician;

² - dr. hab. în med., conf. cerc.;

³ - medic-chirurg;

Catedra Chirurgie nr. 1 "N. Anestiadi" și Laboratorul de Chirurgie Hepato-Bilio-Pancreatică, Universitatea de Medicină și Farmacie "N. Testemițanu", Chișinău, Moldova

Rezumat

Introducere: Adenomele papilei Vateri (AA) sunt rare. Malignizarea se înregistrează în 15-30% cazuri. Adenomul vilos este cel mai cancerogen. Opțiunile chirurgicale sunt: tehnici de rezecție și ablație endoscopică, ampulectomia transduodenală și pancreatoduodenectomia. Scopul studiului: Evaluarea eficacității și siguranței papilectomiei endoscopice (PE). Materiale & metode: 12 pacienți cu AA (5 F: 7 B; intervalul de vârstă 37-68 ani) selectați pentru PE. Sfincterotomie pe coledoc (6), wirsungotomie (3). Stentare biliară (2), wirsungiană (10). Rezultate: Rezecție en-bloc în 8 cazuri, pe fragmente în 4 cazuri. Adjuvant terapie ablativă 1 caz. Rezecție completă R0 – 10 cazuri. Tratament chirurgical adjuvant 2 cazuri. Histologic: adenom tubulovilos (5); adenom vilos (4), adenom tubular (2), adenocarcinom (1). Complicații: imediate – hemoragie (2), pancreatită (1). Endoscopie la distanță - stenoze ductale și recidivă tumorală nu s-a constatat. Concluzii: Papilectomia endoscopică este o sigură alternativă la tratamentul chirurgical al AA.

Summary

Adenomas of the duodenal papilla are rare. The frequency of malignant adenomas is 15-30%. Villous adenomas is a premalignant lesion with the highest rate of transformation. Options for surgical treatment include endoscopic and ablation resection, transduodenal ampulectomy, pancreaticoduodenectomy. Aim: Evaluating the efficacy and safety of endoscopic papilectomy for ampullary adenomas (AA). Material & Methods: 12 patients (F:M, 5:7, age range 37 - 68 years) with AA were treated by endoscopic papilectomy. Biliary

Sphincterotomy - 6 cases; pancreatic sphincterotomy - 3. Stenting biliary 2 cases; wirsungy 11 cases. Results: Complete resection R0 - 10 cases. Histopathological: tubulovillous adenomas (5); villous adenomas (4), tubular adenomas (2), adenocarcinoma (1). Complication: bleeding (2) and pancreatitis (1). Follow-up endoscopy - ductal stenosis and recurrence was zero. Conclusion: Endoscopic papillectomy is a safe and well-tolerated alternative to surgical treatment of AA.

Introducere

Adenomele ampulare (AA) au o frecvență de 0,04-0,12% raportate la populația generală [1], prezintă un potențial de transformare malignă, conform succesivității „adenom-adenocarcinom” [2,3,4] și sunt considerate leziuni precanceroase, prezentând o rată de malignizare de circa 30% [5].

Utilizarea endoscopiei, în deosebi a duodenoscopiei și colangiopancreatografiei endoscopice retrograde (ERCP) a facilitat recunoașterea frecventă, precoce, a tumorilor papilei Vater în perioada preinfiltrativă, cu indicații pentru tratament endoscopic minim invaziv [5,7].

Histopathologic, des, se determină focare de țesut malign (AC *in situ*) în structura adenomului [6, 17]. Prin urmare, rezecția completă a leziunii este importantă. Procedurile minim invazive de tratament subînțeleg papilectomia endoscopică (PEE) și ablația endoscopică (argon-plasma, YAG-Nd laser, electrocoagulare ect.) [15,17]. Avantajul rezecției endoscopice (RE) constă în controlul vizual în suprafață și histologic în profunzime al rezecției (R0), oferirea piesei întregi sau reconstruită din fragmente pentru analiza histologică calitativă [6,7,9]. La etapa contemporană abordul endoscopic pentru evaluarea și tratamentul AA reprezintă o alternativă viabilă pentru metoda chirurgicală clasică [17].

Scopul studiului

Evaluarea eficacității și siguranței papilectomiei endoscopice (PE).

Material și metodă

În perioada aa.1998 - 2008 am diagnosticat 17 (2%) formațiuni neoplastice Vateriene pentru un total de 846 ERCP. Pentru PEE au fost selectați 12 (1,42%) pacienți, (5 femei și 7 bărbați; interval de vârstă 37-68 ani). Manifestările clinice: icter obstructiv (n=12), colică biliară (n=8), colangită (n=1), pancreatită (n=2). Doi bolnavi cu AA au fost diagnosticați după determinarea dilatării ecografice a căilor biliare și/sau pancreatice pe fon de lipsă a manifestărilor clinice. Dimensiunile tumorilor: ≤ 10 mm. - 4 pacienți; 10-19 mm. - 6 pacienți; ≥20 mm. - 2 pacienți.

Selectarea s-a efectuat conform criteriilor K. Binmoeller (1993) [18] modificate:

1. Lipsa indurației peripapilare și ulcerărilor;
2. Posibilitatea elevării tumorii prin injectare submucoasă;
3. Lipsa afecțiunii ductale biliopancreatice la o adâncime mai mare de 1,0 cm. de la orificiul papilar (ERCP);
4. Dimensiuni tumorale nu mai mari de 2,5 cm. și care ocupă nu mai mult de 1/3 din lumenul duodenal.

Pentru PEE s-au utilizat duodenoscopul JF-1T20 și TJF-130 (Olympus®, Tokyo), preferabil endoscop cu canal de lucru 4,2 mm, suficient pentru aspirație adecvată în timpul procedurii, videoghidaj și documentare. În toate cazurile s-a efectuat PEE cu ansă clasică pentru polipectomie (DPMS-1-15, Wilson-Cook®) sau ansă diatermică asimetrică (PEA-Replacement snare crescend 127-350-15, Paudrach, Germany). Aparat electrochirurgie BARD sistem 3000 (USA) (regim cut. Blendmax, putere de ieșire 60 Wt.) și Olympus PSD 2E (regim Blendcut, 60 Wt.). Specimenul sau fragmentele postrezecționale au fost imediat retrase în stomac și apoi colectate folosind un Roth-Net endoscopic sau coșul Dormia. Fragmentele mici au fost aspirate prin endoscop și colectate într-o capcană, atașată la tubul de aspirație.

Canalarea și sfinceterotomia (ST) au fost efectuate folosind KD-6G11Q-1 OLYMPUS papillotom și fir ghid Pauldrach Zebra guide wire, 0,035 4000 mm). Stenturi biliare Wilson-Cook® (9-11 Fr. 12-14cm.), stenturi pancreatice Willson-Cook®, (4-7Fr. 4-5cm.) din plastic cu găuri și flanșe laterale. Liftingul submucos (LS) s-a efectuat cu ac OLYMPUS NM-1K și soluții: Sol.NaCl 0,9% cu Adrenalină 1:10 000; Trombină umană 125 U/5,0 Sol.NaCl 0,9%. Clame endoscopice pentru hemostază OLYMPUS HX-200U-135.

Tumorile ampulare au fost clasificate conform *Clasificării de la Viena a neoplasiilor epiteliale gastro-intestinale* [14]: noninvasive cu displazie grad minor (LGD), noninvasive cu displazie grad înalt (HGD), neoplazii invazive(AC).

Rezultatul s-a catalogat în parametri generali:

Endoscopic succes s-a definit în excizia completă a leziunii indiferent de numărul de sesiuni necesare, precum și lipsa de

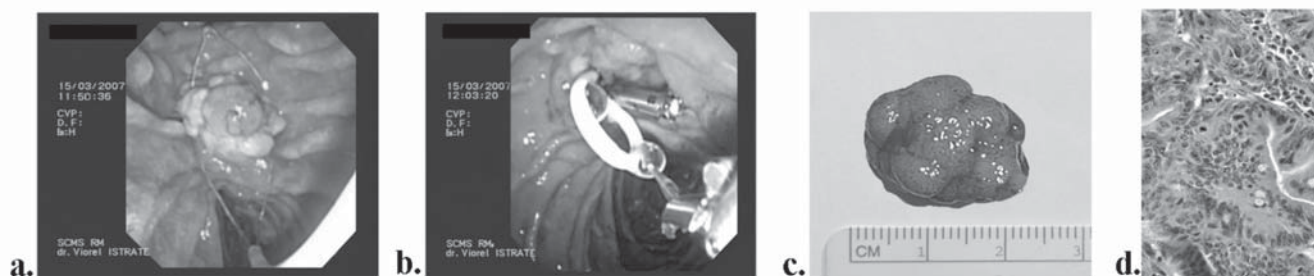


Figura 1:

- a. Neoplazie neinvazivă DII a papilei Vater.
- b. Aspect postPEE cu stent în ductul Wirsung și clip endoscopic pentru hemostază.
- c. Specimenul postoperator.
- d. Aspect histopatologic: Adenom tubulovilos cu displazie grad înalt (H&E, magn. x400).

recurență tumorală sau o recurență în timpul perioadei de monitorizare, care a fost tratată cu ușurință endoscopic.

Eșec endoscopic a fost definită incapacitatea de a elimina complet leziunea, indiferent de numărul de sesiuni, recurențe tratate chirurgical sau descoperirea de carcinom dincolo de stratul mucosal.

Complicații ale PEE au fost definite în perioada precoce (pancreatita, hemoragia, perforația) și tardive (stenozele post-papilectomie).

Tehnica procedurii:

Imediat prePEE am efectuat injectarea de lichid submucos, similar oricărei mucozectomii endoscopice. Volumul lichidului introdus submucos a variat individual (de la 5,0 la 15,0 ml) în dependență de dimensiunile tumorii și alți factori anatomici locali, sub control vizual, nepermițând retracția papilei în pernuța lichidiană submucoasă formată. În unele cazuri (n=2) de RE pe fragmente a fost necesar LS pe etape. LS este deosebit de util în rezecția adenomului plat cu extindere superficială parapapilară. Efectul non-lifting a apărut în invazia tumorală a muscularei proprii și a fost o contraindicație pentru PEE cu scop terapeutic (n=1) (Fig. 1).

Orientarea ansei a fost: craniană (n=8), caudală (n=3), oblică (n=1). Apreciem mai convenabilă și am folosit mai des (66,7% cazuri), orientarea craniană a ansei în PEE. Cazurile (n=3) cu invazie intraductală confirmate prin ERCP au debutat cu ST biliară ori biductală transtumoral. Rezecția curativă s-a decis dacă tumora a fost pe deplin accesibilă (n=2) după ST și s-a efectuat cu ansă de dimensiuni mai mici, pe fragmente, după o schemă stabilită din timp a numerotației fragmentelor. După PEE integritatea tumorii rezecate s-a remodelat cu ace de siguranță pe o piesă din plută, fixată și trimisă la analiza histologică.

Pentru rezecția unui adenom sesil mobil, din o papilă retrasă în perete, cu succes într-un caz am folosit o metodă originală de rezecție cu ansa diatermică asistată de balon-cateter endoductal (Fig. 2).

Canularea selectivă, cu cateter îmbrăcat pe fir-ghid atraumatic, este fără dificultăți în cele mai multe cazuri. Un reperaj deosebit pentru canularea wirsungiană oferă pancreatografia prePEE

efectuată cu Sol. Urografină colorată cu Metilen albastru (n>7). În canularea dificilă, Buscopanul în administrare intravenoasă poate fi util (n>2). ST biliară și pancreatică am efectuat-o cu scop de a obține un drenaj optimal bilio-pancreatic și pentru a optimiza stentarea postPEE. ST pancreatică și stentarea temporară menține permeabilitatea wirsungiană și reduce riscul de pancreatită acută (PA) postprocedurală [10, 11]. De asemenea stentarea wirsungiană permite folosirea mai sigură a manevrelor de terapie coagulativă adjuvantă, clampare endoscopică hemostatică și pare să minimizeze riscul de stenoze ductale postPEE [11, 12, 13], (Fig. 1b). Scopul stentării coledocului a fost rezolvarea cazurilor când ST complementară nu permitea obținerea unui drenaj satisfăcător (luând în calcul și posibilul edem postPEE al țesuturilor adiacente în perioada precoce), iar prelungirea inciziei risca cu perforație duodenală.

Rezultate

Toate intervențiile s-au efectuat într-o singură etapă. PEE *en-bloc* s-a reușit în 8 cazuri. Rezecție pe fragmente (4 cazuri) s-a aplicat la extinderea în suprafața a tumorii pe un diametru >1,5 cm și extindere intraductală minimală a tumorii (ERCP; ST).

Stentarea biliară am efectuat-o în 2 cazuri (cazul cu AC invaziv, pentru decompresie biliară prechirurgicală și un caz după rezecția cu ansa a invaziei intracoledociene și electroablație bipolară a suprafeței de rezecție), cu stent biliar 9Fr și 11Fr, pentru 10 și 14 zile corespunzător, până la repetarea ERCP, excluderea țesutului rezidual și aprecierea tranzitului biliar satisfăcător. Stentare pancreatică profilactică s-a aplicat în 10 cazuri. Într-un caz (cu pasaj pancreatic radiologic nedereglat) nu s-a aplicat stentare, perioada postPEE la care s-a complicat cu PA. Perioada medie a stentului pancreatic *in situ* a fost 14 zile. Criteriul de bază a înlăturării stentului a fost epitelizarea deplină a plăgii postPEE. Pentru bolnavii (n= 8) cu coledocolitiază concomitentă în 4 cazuri cu calculi până la 1,0 cm postPEE a fost posibilă litextractia cu ansa Dormia. În celelalte 4 cazuri litextractia s-a efectuat după ST biliară maximă. Ambele, ST biliară și pancreatică deschid patul ampular și vor ușura pentru viitor supravegherea aces-

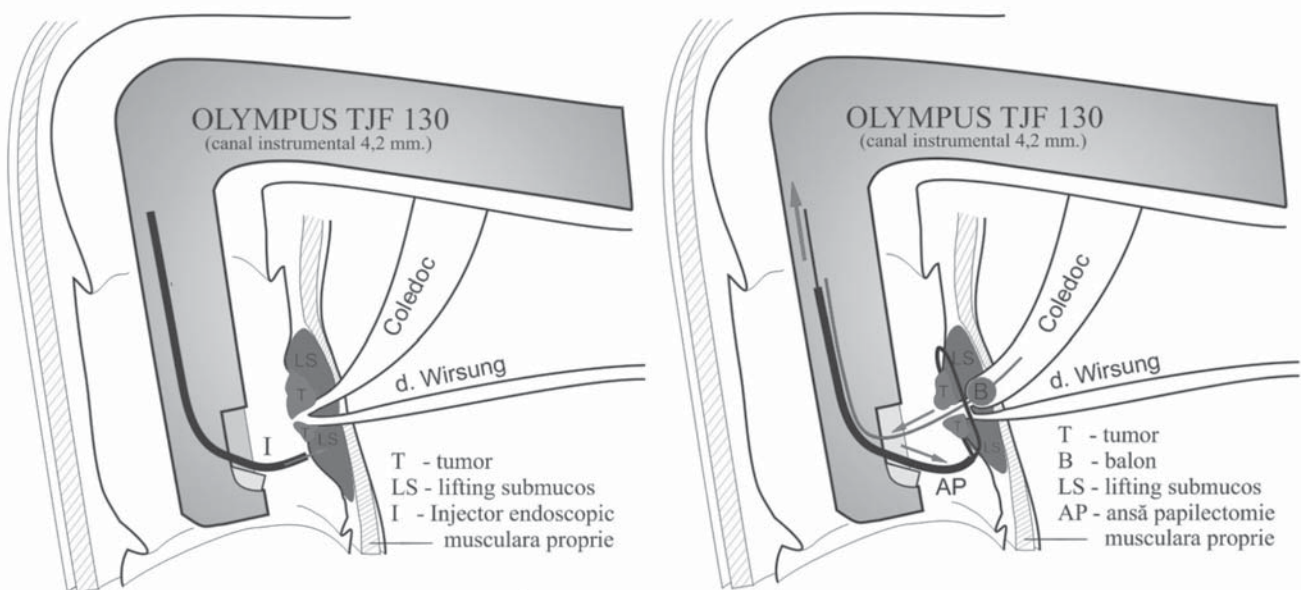


Figura 2: PEE asistată cu balon-cateter endobiliar (schemă).

tei zone, în special în caz de recurență, vor facilita tehnica rezecțiilor repetate.

PostPEE histologic s-au determinat: adenom tubulovilos (ATV) - 5 pacienți; adenom vilos (AV) - 4 pacienți (la un pacient pe acest fon determinat focar AC *in situ*), adenom tubular (AT) - 2 pacienți, adenocarcinom (AC) - 1 pacient.

S-a evidențiat următoarea corelație endoscopică și histopatologică: în 6 neoplazii neinvazive cu displazie grad minor s-au stabilit 2 AT, 3 ATV, 1 AV; în 5 neoplazii neinvazive cu grad înalt de displazie s-au determinat 2 ATV și 3 AV (inclusiv 1 AV cu focar AC *in situ*). Toate neoplaziile enumerate au avut creștere minimal intraductală sau extraductală. Într-un caz cu creștere intraductală extensivă histopatologic s-a determinat AC.

După PEE din cei 12 pacienți un pacient cu AC și creștere intraductală extensivă (la ST maximă (16mm.) marginile invaziei intraductale nevizualizate) a suportat rezecție pancreatoduodenală procedeu Kausch-Whipple. În alt caz de creștere intraductală minimă, aproximativ 0,7 cm pe coledocul distal, bine conturat vizual, postST leziunea a fost rezecată pe fragmente cu ansa. Histologic s-a determinat AC în focar (*in situ*) pe fon de adenom vilos HGD, marginile de rezecție nefiind sigure (R1) și s-a decis pentru ampulectomie transduodenală chirurgicală adjuvantă. Astfel s-a apreciat eșec endoscopic în 16,6 %.

În alt caz cu ATV LGD creștere intracoledociană pe un segment 0,9 cm, după ST a fost rezecat pe fragmente (n=4), iar suprafața postrezecțională intraductală supusă ablației prin electrocoagulare. Pentru 10 pacienți, PEE a fost curativă (succes

endoscopic 83,4%), histologic - rezecție R0 și monitorizare 3 - 24 luni - fără recurențe. Extindere intraductală a tumorii pe ductul Wirsung nu am determinat.

Tabelul 1

PEE de succes, PEE cu eșec, complicații endoscopice după PE

Proliferare tumorală	PEE de succes n(%)	PEE cu eșec n(%)	Complicații endoscopice
Creștere extraductală (n = 9) ori minimal intraductal (n = 2)	10 (83,3)	1 (8,3)	Pancreatită acută 1 Hemoragie 2
Creștere intraductală excesivă (n = 1)		1(8,3)	
Total (n=12)	10(83,3)	2(16,6)	3(24,9)

Complicații imediate: hemoragie moderată - 2 cazuri (hemostază: 1- prin clampare endoscopică, 1- injectare locală Sol. Trombină umană). PA postPEE - 1 caz. Follow-up endoscopy - disponibili 9 pacienți (3 - 24 luni): stenoze ductale și recidivă tumorală nu s-au constatat.

Discuții

Siguranța și eficacitatea PEE in AA sunt demonstrate de diferite studii [11, 13, 15, 16, 17]. Rata de succes în PEE este de la 60% [19] la 80% [13]. În seria noastră s-a obținut o rată de

Tabelul 2

Rezultatele comparative ale tratamentului endoscopic

Autori	Nr. pacienți	Histologie	Recurențe	Follow-up luni	Morbiditate	Mortalitate
SM Yoon et al., 200717	16	10 HGin/Tis 6 T1s	0%	18(HGin/Tis)29 (T1)	0%	0%
Desilets et al., 200116	13	12 LGD 1HGin/Tis	0%	19	8%	0%
Saurin et al., 2003 a 15	24	10 LGD 14HGin/Tis	6.2%	66	29.1%	0%
Catalano et al., 200413	103	83 LGD 14 HGin/Tis 6T1(chirurgie)	20%	36	9.7%	0%
Cheng et al., 200411	55	38 LGD 7 HGin/Tis 5 altele b	33%	30	14.6%	0%
Studiul prezent	12	6 LGD 4 HGD 1 ACis 1 AC	0%	3-24	0%	0%

^a Metode endoscopice de distrucție (argon plasma, YAG-Nd laser).

^b Carcinoid (n=2); histologie normală (n=2); heterotopie gastrică (n=1).

LGD - displazie grad minor.

HGIN/Tis: neoplazie intraepitelială cu displazie grad avansat /tumor in situ.

succes 83,3%. Rata de complicații 8% (un caz) de PA postPEE și 16 % hemoragii controlată în timpul OEE de asemenea sunt similare datelor prezentate în literatură. Considerăm ca factor important, în prevenirea hemoragiei, folosirea Trombinei umane în soluția pentru LS. În cazurile (n=7) cu Trombină umană în soluția de elevare hemoragii nu s-au înregistrat.

Deși am exclus din acest studiu toate tumorile cu stigmat macroscopice de malignitate, am constatat într-un caz AC invaziv și în alt caz pe fon de adenoma vilos tip D2 cu HGD focar de AC *in situ*. Sunt expuse date din literatura de specialitate care confirmă că diagnosticul histologic prin forceps-biosie, implica rezultate fals negative de tumoare în 15% din cazuri [8, 20]. Forceps-biopsia endoscopică, chiar și după sfincterotomie, s-a dovedit nesigură în diagnosticul TPV (benigne) diferențiat de carcinomul invaziv [8].

Rezecția *en bloc* a leziunii permite condiții optime pentru evaluarea histologică și aprecierea integrității marginilor de rezecție. Cu toate acestea, leziunile mai mari de 1,5 cm, trebuie să fie rezecate "fragmentat", pentru a minimiza riscul de perforare. Disecția circulară peritumorală (Iso-tome 02-12-81 Pauldrach) a mucoasei prePEE (n=1), prezintă siguranță de rezecție deplină în suprafață dar pare a avea risc sporit de perforare intestinală în cazul LS insuficient.

Rămân a fi discutate modalitatea de tratament a cancerului non-invaziv vaterian și tactica în cazul invaziunii orificiilor biliare

și/sau pancreatic. Tratamentul carcinomului papilar non-invaziv (T1 din TNM și D0-D1 din Clasificarea Japoneză) se abordează într-un nou mod, cu accent pentru PEE [9, 17, 20].

Invazia tumorală a orificiilor biliare și/sau pancreatic mult timp a fost considerată ca contraindicație pentru PEE curativă, însă modalitatea pare a se schimba în cazurile cu extindere minimă și perfecționarea echipamentului endoscopic.

Un ajutor deosebit îl poate acorda ecoendoscopia și ecoendoscopia cu minisonde intraductale [8], dar cu părere de rău inaccesibile la noi.

La părerea noastră, cunoștințele și posibilitățile tehnice limitate, trebuie să încline indicațiile către pancreatododenectomie și ampulectomia chirurgicală, însă în condiții de dotare adecvată necesită a fi promovate pe scară largă și intervențiile endoscopice.

Concluzii

- Papilectomia endoscopică este o alternativă minim invazivă sigură la tratamentul chirurgical al neoplasmelor intraepiteliale a papilei Vater.
- Rezecția tumorilor benigne este indicația principală pentru PEE.
- Rezecția monobloc este "standardul de aur" în PEE.
- Amplasarea stenturilor în ductul pancreatic este principala metodă de profilaxie pentru pancreatita acută postPEE.

Bibliografie

1. PANDOLFI, M., MARTINO, M., GABRIELLI, A. Endoscopic Treatment of Ampullary Adenomas. *JOP. J Pancreas.* 2008;9(1): 1-8.
2. STOLTE, M., PSCHERER, C. Adenoma-carcinoma sequence in the papilla of Vater. *Scand J Gastroenterol* 1996; 31(4):376-82.
3. GOUMA, D.J., OBERTOP, H., VISMANS, J., et al Progression of a benign epithelial ampullary tumor to adenocarcinoma. *Surgery* 1987;101(4):501-4.
4. KAISER, A., JUROWICH, C., SCHONEKAS, H., GEBHARDT, C., WUNSCH, P.H. The adenoma-carcinoma sequence applies to epithelial tumors of the papilla of Vater. *Z Gastroenterol* 2002; 40(11):913-20.
5. SCIFERT, E., SCHUTLE, F., STOLTE, M. Adenoma and carcinoma of the duodenum and papilla of Vater: a clinicopathologic study. *Am J Gastroenterol* 1992; 87(1):37-42.
6. KATSINELOS, P., PAROUTOGLU, G., KOUNTOURAS, J., et al. Safety and long-term follow-up of endoscopic snare excision of ampullary adenomas. *Surg Endosc.* 2006 20 608-613.
7. BARTHET, M. Ampullectomie endoscopique. 26e Journées Nationales de Formation Continue en Hépatogastro-entérologie 2008; 215-219.
8. MENZEL, J., POREMBA, C., DIETL, K.H., et al. Tumors of the papilla of Vater - inadequate diagnostic impact of endoscopic forceps biopsies taken prior to and following sphincterotomy. *Ann Oncol* 1999; 10(10): 1227-31.
9. BOIX, J., LORENZO, V., MORENO, V., GASSULL, M. Endoscopic resection of ampullary tumors: 12-year review of 21 cases. *Surg Endosc.* 2009; 23(1) 45-49.
10. SINGH P., DAS. A., ISENBERG. G., et al. Does prophylactic pancreatic stent placement reduce the risk of post-ERCP acute pancreatitis? A meta-analysis of controlled trials. *Gastrointest Endosc* 2004; 60(4): 544-50.
11. CHENG, C.L., SHERMAN, S., FOGEL, E.L., et al. Endoscopic snare papillectomy for tumors of the duodenal papillae. *Gastrointest Endosc* 2004; 60(5): 757-64.
12. ZADOROVA, Z., DVOFAK, M., HAJER, J., Endoscopic therapy of benign tumors of the papilla of Vater. *Endoscopy.* 2001;33(4):345-7.
13. CATALANO, M.F., LINDER, J.D., CHAK, A., et al. Endoscopic management of adenoma of the major duodenal papilla. *Gastrointest Endosc.* 2004;59(2):225-32.
14. SCHLEMPER, R.J., RIDDELL, R.H., KATO, Y., BORCHARD, F., COOPER, H.S., DAWSEY, S.M., DIXON, M.F., FENOGLIO-PREISER, C.M., FLE'JOU, J.F. GEBOES, K., HATTORI, T., HIROTA, T., ITABASHI, M., IWAFUCHI, M., IWASHITA, A., KIMYI, KIRCHNER, T., KLIMPFINGER, M., KOIKE, M., LAUWERS, G.Y., LEWIN, K.J., OBERHUBER, G., OFFNER, F., PRICE, A.B., RUBIO, C.A., SHIMIZU, M., SHIMODA, T., SIPPONEN, P., SOLCIA, E., STOLTE, M., WATANABE, H., YAMABE, H. The Vienna classification of gastrointestinal epithelial neoplasia. *Gut*, 2000; 47(2):251-5.
15. SAURIN, J.C., CHAVAILLON, A., NAPOLEON, B., et al. Long-Term Follow-Up of Patients with Endoscopic Treatment of Sporadic adenomas of the papilla of Vater. *Endoscopy* 2003; 35(5): 402-6.
16. DESILETS, D.J., DY, R.M., KU, P.M., et al. Endoscopic management of tumor of the major duodenal papilla: refined techniques to improve outcome and avoid complications. *Gastrointest Endosc* 2001;54(2):202-8.
17. YOON, S.M., KIM, M.H., KIM, M.J., JANG, S.J., LEE, T.Y., KWON, S., et al. Focal early stage cancer in ampullary adenoma: surgery or endoscopic papillectomy? *Gastrointest Endosc* 2007; 66(4):701-7.
18. BINMOELLER, K.F., BOAVENTURA, S., RAMSPERGER, K., SOEHENDRA, N. Endoscopic snare excision of benign adenomas of the papilla of Vater. *Gastrointest Endosc*, 1993; 39(2): 127-31.
19. MARTIN, J.A., HABER, G.B., KORTAN, P.P., RAIJMAN, I., et al. Endoscopic snare ampullectomy for resection of benign ampullary neoplasms [abstract]. *Gastrointest Endosc* 1997; 45: AB458.
20. LEE, S.Y., JANG, K.T., LEE, K.T., et al. Can endoscopic resection be applied for early stage ampulla of Vater Cancer. *Gastrointest Endosc*, 2006; 63(6): 783-88.