

6. Colloredo G, Guido M, Sonzogni A, et al. Impact of liver biopsy size on histological evaluation of chronic viral hepatitis: the smaller the sample, the milder the disease. *J Hepatol.* 2003;39:239-244.
7. McGill DB, Rakela J, Zinsmeister AR, et al. A 21-year experience with major hemorrhage after percutaneous liver biopsy. *Gastroenterology.* 1990;99:1396-1400.
8. Huwart L, Peeters F, Sinkus R, et al. Liver fibrosis: non-invasive assessment with MR elastography. *NMR Biomed.* 2006;19:173-179.
9. Sandrin L, Fourquet B, Hasquenoph JM, et al. Transient elastography: a new noninvasive method for assessment of liver fibrosis. *Ultrasound Med Biol.* 2003;29(12):1705-1713.
10. Ziol M, Handra-Luca A, Kettaneh A, et al. Noninvasive assessment of liver fibrosis by measurement of stiffness in patients with chronic hepatitis C. *Hepatology.* 2005;41(1):48-54.
11. Gómez-Domínguez E, Mendoza J, Rubio S, et al. Transient elastography: a valid alternative to biopsy in patients with chronic liver disease. *Aliment Pharmacol Ther.* 2006;24:513-518.
12. Kawamoto M, Mizuguchi T, Katsuramaki T, et al. Assessment of liver fibrosis by a noninvasive method of transient elastography and biochemical markers. *World J Gastroenterol.* 2006;12(27):4325-4330.

Tudorel Ciurea, dr., profesor

Centrul de Cercetare în Gastroenterologie și Hepatologie
Universitatea de Medicină și Farmacie, Craiova, România

Recepționat 16.04.2010

Rolul endoscopiei în leziunile neoplazice vateriene

V. Istrate

Catedra Chirurgie nr. 1 „Nicolae Anestiade”, USMF „Nicolae Testemițanu”

Role of Endoscopy in Neoplastic Lesions of the Papilla of Vater

Endoscopic papillectomy (EPE) is a safe alternative to surgical mini invasive treatment of intraepithelial neoplasms of papilla of Vater. Resection of benign tumors is the main indication for EPE. Endoscopic ultrasonography, including intraductal endoscopic ultrasonography, offers significant possibilities for preoperatively determining the stage of papilla neoplastic lesions. Vaterian adenocarcinoma treatment is discussed and is not reserved only for AC noninfiltrating muscularis mucosa. En bloc resection is a “gold standard” in EPE. The risk of complications is between 10 and 20% with PA in the foreground. The placement of pancreatic duct stents in the prophylaxis is recommended for acute pancreatitis.

Key words: endoscopy, papilla of Vater, papillectomy.

Роль эндоскопии в опухолевых поражениях сосочка Фатера

Эндоскопическая папиллэктомия (ЭПЭ) является безопасным мини-инвазивным альтернативным методом лечения интраэпителиальных новообразований сосочка Фатера. Основным показанием к ЭПЭ являются доброкачественные опухоли. Эндоскопическая ультрасонография, в том числе интрадуктальная, позволяет определить стадию опухолевого поражения до операции. Эндоскопическая резекция аденокарциномы рекомендуется только для опухолей не инфильтрирующих мышечную оболочку. Блоковая резекция является “золотым стандартом” ЭПЭ. Риск осложнений колеблется от 10 до 20%. Для профилактики острого панкреатита показано введение стентов в проток поджелудочной железы.

Ключевые слова: эндоскопия, Фатеров сосок, папиллэктомия.

Introducere

Tumorile papilei Vater (TPV) sunt relativ rare și alcătuiesc pînă la 5% din alte neoplazii gastrointestinale [1]. Cu utilizarea frecventă a endoscopiei, colangiopancreatografiei endoscopice retrograde (ERCP), aceste tumori sunt progresiv, mai des recunoscute.

Neoplaziile maligne sunt reprezentate în cele mai dese cazuri de adenocarcinoame, tumori carcinoide, signet-ring, cell tumor și corioncarcinome.

Adenomele papilare (AP) au o frecvență de 0,04 – 0,12%, raportate la populația generală [2], au potențial malign, conform succesivității „adenom-adenocarcinom”, analogic celor din colon și alte regiuni ale tractului gastrointestinal [3,4]. Conform studiilor [28] 80% din afecțiunile benigne vateriene sunt leziuni epiteliale reprezentate în 40% de adenoame tubulo-viloase, 30% adenome viloase și 10% adenome tubulare.

Leziunile neoplastice non-epiteliale alcătuiesc circa 20% și reperzintă hemangioame, neurinoame, leiomiome, adenome endocrine, adenomioze. Adenoamele ampulare sunt considerate leziuni precanceroase și au o rată de malignizare de circa 30% [5]. Nu sunt determinați factorii epidemiologici de risc în apariția AP, în afară de polipoza adenomatoasă familială (PFA), unde incidența asocierii adenoamelor duodenale atinge 97% și riscul cancerului duodenal este de 300 ori mai mare, comparativ cu populația generală [6]. Histopatologic, des, se determină focare de țesut malign în țesutul adenomului [7, 42]. Rezecția completă a acestor leziuni este foarte importantă. Criteriile optime de abordare a modalității de tratament și evaluare a TPV, rămân a fi stabilite [42].

Datorită localizării endoscopice dificile în duoden, extinderii, des, întraductale biliare și wirsungiană, rezecția endoscopică a TPV este mult mai complexă, comparativ cu

mucozectomia sau polipectomia în alte regiuni gastro-intestinale. Chirurgia clasică radicală este considerată o modalitate sigură de tratament pentru TPV, abordare sprijinită de mai multe dificultăți și, în particular, de lipsa unei diferențieri sigure pretratament între tumorile benigne și maligne. Chiar și biopsia endoscopică, obținută postsfincterotomie are o rată de acuratețe de numai circa 80% [8], și mai puțin în forceps-biopsia clasică.

Opțiunile chirurgicale radicale includ: pancreatoduodenectomia (operația Kausch-Whipple ș.a.) și ampulectomia transduodenală. Ele permit extirparea completă a țesutului tumoral, dar sunt caracterizate de un traumatism chirurgical major, o rată considerabilă a morbidității postoperatorii în 9-14% și o mortalitate postoperatorie de 1-9% [31, 32, 33, 34], în mare măsură, dependente de caz-volum.

Duodenotomia și excizia locală, necesită anestezie generală și este frecvent asociată cu un grad ridicat al ratei de recurență [9], fiind indeplinită de cele mai dese ori în cazuri avansate submucosale.

Abordul endoscopic pentru evaluarea și tratamentul AP devine o alternativă viabilă chirurgiei clasice în TPV cu stadii precoce. Datele literaturii concretizează, că rezecția endoscopică (RE), în clinici experimentate, este eficientă și sigură, este însoțită de o morbiditate scăzută și mortalitate practic nulă. Ratele de succes sunt în jur de 80% pentru leziuni, fără invazie întraductală. Selectate limitat, cazurile de implicare întraductală distală, sunt de asemenea accesibile pentru managementul endoscopic prin rezecție și/sau ablație adjuvantă [10].

RE cu ansă, în diapazonul larg al leziunilor, primar trebuie privită ca o procedură diagnostică. Ea permite un diagnostic histologic exact pe baza examenului unui mare (sau a întregului) fragment rezecat, comparativ cu forceps-biopsia, facilitând și o evaluare a modalității curative, a necesității tratamentului chirurgical adjuvant. Chirurgia tradițională la un pacient operabil nu este exclusă de către RE anterioară. Ea este indicată în caz de imposibilitate endoscopică de eliminare completă a țesutului tumoral și dacă postRE se determină neoplazie invazivă. Rolul curativ al papilectomiei endoscopice (PEE) pentru carcinomul invaziv precoce trebuie să fie stabilit. Datele histologice și riscul individual pentru intervenția chirurgicală radicală sunt factori, care urmează a fi luați în considerație. În asemenea cazuri PEE se va efectua cu scop de diagnostic definitiv și pentru a facilita stentarea paliativă a coledocului și wirsungului. După PEE R0 sunt necesare reexaminări regulate (follow-up endoscopia) pentru monitorizare, inclusiv biopsiere pentru analiza histologică, vizând riscul de recurență locală. În TPV benigne, PEE la prima etapă servește ca un bun instrument de diagnosticare și ar trebui să fie considerată ca fiind *procedură de primă linie* (first-line treatment) de tratament, indiferent de vârstă, radicalitatea căreia se va aprecia după analiza histologică a piesei înlăturate. PEE presupune și dificultăți: riscul de complicații, rezecția incompletă, RE inadecvată în invazia întraductală excesivă (> 1,0 cm.) și în peretele duodenal, carcinomul invaziv depistat postRE.

Depistarea tumorilor de papilă Vater.

TPV dezvoltă simptome specifice, schimbări caracteristice imagistice și endoscopice. Un număr semnificativ de TPV în

stadiu precoce, asimptomatice clinic, sunt depistate în urma examinărilor endoscopice de rutină, screeningului endoscopic duodenal la bolnavii cu PAF, ecografiei profilactice sau pentru altă patologie, determinându-se tumora sau dereglarea pasajului biliopancreatic.

Studii recente, cu echipament contemporan, apreciază rate mult mai scăzute de carcinom printre pacienții cu TPV, majoritatea incluzând caracteristici și posibilități pentru RE curativă [11, 12]. Utilizarea endoscopiei și tot mai des a duodenoscopului pentru examinarea regiunii vateriene, contribuie la diagnosticarea precoce a neoplaziilor PV, cu indicații pentru PEE curativă.

Diagnosticul și evoluția preoperatorie

Diagnosticul endoscopic implică utilizarea duodenoscopului, endoscopul axial fiind responsabil de 20% rezultate fals negative [6]. Diagnosticul histologic prin forceps-biopsie, de asemenea, implică rezultate fals negative de tumoare în 15% dintre cazuri, cancer fals negativ în 16% dintre cazuri și 25% cazuri fals negative de expansiune în submucoasă. Într-o serie de 126 pacienți operați după diagnosticul endoscopic de carcinom ampular, expus după forceps-biopsie, investigațiile histologice ale pieselor postoperatorii au fost negative la 16% din ei [14]. Forceps-biopsia endoscopică, chiar și după sfinc-terotomie, s-a dovedit nesigură în diagnosticul TPV (benigne) diferențiat de carcinomul invaziv [8].

Proliferarea extraampulară a tumorii se determină în 25% dintre cazuri, intraampulară - în 16%, creșterea mixtă - în 58% [6].

Pentru evaluarea extinderii leziunii, în laboratoarele dotate, se folosește ecoendoscopia (EUS), cu o precizie diagnostică de circa 80%, apreciind invazia în musculara proprie, pancreas, ganglionară și întraductală.

Tabelul 1

Eficacitatea comparativă a EUS și CT pentru stadializarea tumorală periampulară (dimensiunile tumorii și metastaze în nodulii limfatici) după D. E. Rivadeneira și coaut., 2003

Criteriul	Dimensiunile tumorii		Metastaze limfoide	
	EUS	CT	EUS	CT
Sensibilitatea	100%	68%	61%	33%
Specificitatea	75%	50%	100%	92%
Acuratețea	98%	67%	84%	68%

În neoplaziile cu localizare strict intramucoasă riscul ganglionar este practic nul. La invazia submucoasă este de 13%, și 61% în cazul invaziei musculare proprii [16; 17]. Sensibilitatea EUS în extinderea ganglionară e scăzută (61%), probabil datorită puterii scăzute de penetrație a US de frecvență înaltă și a dimensiunilor, uneori, foarte mici ale ganglionilor metastatici (< 3mm).

EUS convențională nu permite evaluarea diferențiată a leziunilor intramucoasale (T1im) și extinderii tumorii submucosale (T1sm) și întraductal. În acest scop se utilizează EUS cu minisonde intraductale (IDUS) pentru evaluarea extinderii, inclusiv intraductale și limfatice (N1) a tumorii. EUS poate demonstra cu acuratețe invazia leziunii ampulare în peretele duodenal (T2) sau în pancreas (T3-T4). Biopsierea prin as-

piratie cu ace fine (FNA) permite accesul în nodulii limfatici pentru recoltare de material citohistologic.

Tabelul 2

Eficacitatea comparativă a EUS și CT în stadializarea periampulară a tumorii (invazia vasculară)

Autorii seriilor raportate	Nr. de pacienți	Sensibilitatea		Specificitatea		Acuratețea	
		EUS***CT	EUS***CT	EUS***CT	EUS***CT	EUS***CT	EUS***CT
Rosh et al., 199118	102	91%	36%	97%	85%	-	-
Sugiyama et al., 199719	91	91%	64%	92%	79%	92%	75%
Gress et al., 199920	81	-	-	-	-	93%	62%
Rivadeneira et al., 200321	48	-	-	-	-	100%	45%

Minisondele de 20 MHz intraductale sunt foarte performante, dar utilizarea lor este puțin răspândită. Ele permit nu numai o evaluare precisă a expansiunii în submucoasă, dar și a expansiunii intraductale. Precizia diagnostică globală este de 87,5%-100%, dar diminuează, conform unei serii japoneze [22], odată cu extinderea în profunzime a leziunii (conform clasificării japoneze):

- d0 (limitarea în sfinceterul Oddi) - 100%;
- d1 (invazia în submucoasă) - 92,3%;
- d2 (invazia în musculara proprie) - 1 caz;
- d3 (invazia în pancreas) - 75%.

În timp ce ecoendoscopia (EUS) permite, cu precizie, pre-operator, stadializarea locală și extinderea tumorii ampulare maligne, rolul său în diagnosticul leziunilor ampulare benigne nu este determinat.

Prin urmare, importantă este atingerea, la etapa precurativă, a unui nivel înalt de acuratețe în diagnosticarea diferențiată între tumorile papilare benigne și maligne.

Polipoza adenomatoasă familială (PAF):

Până la 100% din pacienții PAF dezvoltă adenoame gastro-intestinale superioare, mai des în DII, inclusiv papila Vater. Printre PAF pacienții după colectomie profilactice, carcinomul vaterian este cauza principală de deces. Prin urmare, screeningul endoscopic duodenal la pacienți PAF este justificat [10]. În prezența AP la pacienții cu PAF, intervențiile chirurgicale radicale pe zona pancreatoduodenală nu sunt automat indicate. Spre deosebire de colon, riscul general pentru dezvoltarea cancerului duodenal sau ampular pentru pacienții PAF este de numai 4%. Deasemenea, se ia în considerație faptul că duodenopancreatctomia radicală nu înlătură vindecarea bolii de bază. Riscul dezvoltării cancerului se evaluează după clasificarea Spiegelman [23]:

Tabelul 3

Clasificarea Spiegelman

	Scorul		
	1	2	3
Numărul de polipi	1-4	5-20	20
Dimensiunile (mm.)	1-4	5-10	10
Histologie	Tubular	Tubulovilos	Vilos
Displazie	Grad minor	Grad moderat	Grad sever

St. 0: scor 0; St. I: scor 1-4; St. II: scor 5-6; St. III: scor 7-8; St. IV: scor 9-12.

S-a estimat, că aproximativ 10% -30% dintre pacienții FAP dezvoltă în *Spigelman stadiu IV* adenomatoză duodenală și vateriană, asociată cu un risc cumulativ de cancer de 30%-40% [24]. Indicația pentru tratament necesită a fi pusă în stadii rezecabile endoscopic. Dacă incidența neoplaziei colorectale la pacienții cu tumori papilare sporadice este crescută, rămâne neclar. Cu toate acestea este recomandabilă colonoscopia la acești pacienți ca un screening investigațional.

Duodenoscopia și colangiopancreatografia endoscopică retrogradă (ERCP)

Endoscopic se precizează localizarea, extinderea în suprafață, dimensiunile și aspectul macroscopic al neoplaziei. Aspectul endoscopic poate sugera malignitatea ei: ulceratii pe suprafață, hemoragie spontană, friabilitate, indurație, imobilitatea față de peretele duodenal, margini neregulate și infiltrate. Însă aceste criterii rămân fiabile. Studii recente demonstrează, că în leziunile endoscopic aparent benigne prevalența schimbărilor maligne alcătuiește pînă la 10% [10]. Astfel și riscul de prezență a cancerului în tumorile cu aspect macroscopic benign este de pînă la 10%.

ERCP indentifică extinderea AP în coledocul distal și ductul pancreatic, gradul de dereglare a pasajului biliar, pancreatic, unde problema PEE complete devine mai complicată. Creșterea intraductală este estimată ca **minimală** (≤ 1,0 cm., iar după sfinceterotomie (ST) este posibil controlul vizual al marginilor formațiunii) și ca intraductal **extinsă** (> 1,0 cm.)[25].

În cazurile cu aparență polipoasă a leziunilor, fără extindere intraductală, mobile față de peretele duodenal, AP la pacienții PAF, ce are tendința de extindere superficială pe mucoasa duodenală adiacentă, PEE tehnic nu este dificilă și poate necesita adițional mucosectomie periampulară pe fragmente pentru excizia completă a leziunii.

Când tumoarea reiese din interiorul papilei, ea nu poate fi vizualizată complet. În acest caz se efectuează ERCP cu PST, expunând leziunea controlului vizual direct. În extinderea accesibilă a ansei diatermice, se decide pentru RE. La creșterea intraductală extensivă - în favoarea PEE diagnostice, rezecând porțiunile accesibile cu ansă sau biopsiere cu forcepsul în număr nu mai puțin de 6 biopate[26].

Descrierea procedurii

Tehnicile PEE rămân încă nestandardizate. Importanță este definirea terminologiei corecte. Termenul „ampulectomie” se referă la înlăturarea întregului complex ampular al papilei Vater și este un termen pentru proceduri chirurgicale clasice, care presupune și reimplantarea coledocului distal și a ductului Wirsung în peretele duodenal. În RE se realizează doar rezecția țesutului tumoral din papila Vater și astfel termenul de „papilectomie” este corespunzător [27, 29, 41], deși, ambii termeni se întâlnesc în literatură [27].

Liftingul submucos

Imediat prePEE se efectuează injectarea de lichid submucos cu scop de elevare a formațiunii, similar oricărei mucosectomii endoscopice. Ea este foarte utilă pentru rezecția adenomului plat cu extindere superficială în jurul papilei. Efectul „non-lifting” este considerat semn de invazie malignă în musculara proprie și se apreciază ca contraindicație pentru

PEE cu scop terapeutic sau completarea rezecției primare cu reRE. În dependență de abilitarea bolnavului pentru opțiunea chirurgicală, PEE în aceste cazuri se efectuează și cu scop paliativ. Tipul și volumul de lichid pentru elevare de mucoasă nu sunt standardizate și variază pe scară largă. Unii autori [11, 12, 39] nu folosesc LS. La etapa actuală nu există date suficiente pentru a concluziona necesitatea strictă pentru această etapă a PEE.

Tehnica PEE

Criteriile rezecabilității endoscopice au fost stabilite în 1993 de către K. Binmoeller [26]:

1. Dimensiunile tumorii – până la 4,0 cm;
2. Lipsa stigmatelor endoscopice de malignitate;
3. Biopsii (n = 6) benigne;
4. Absența extinderii intraductale la ERCP.

Actualmente este pe larg efectuată PEE și în:

5. Adenocarcinoamele T1im (D1 clasif. japoneză), cu condiția analizei histologice preoperatorii și excluderea extinderii intraductale (ERCP, ecoendoscopie) [10].

Vizând perfecționarea echipamentului și tehnologiilor endoscopice, recunoașterea tacticii diagnostice și tratament first-line pentru PEE în TPV, criteriile susnumite vor fi luate în considerație numai pentru PEE cu indicație terapeutică.

Unii autori descriu folosirea cu succes a anselor monofilament, proiectate special pentru papilectomie [1, 12, 13, 37]. Nu există studii, care ar demonstra superioritatea anumitor tipuri de anse. Poziția ansei pentru PEE deasemenea nu este standardizată.

Se utilizează și disecția circumferențială a mucoasei peritumorale cu papilotom tip „ac izolat”, după elevare submucoasă, urmată de rezecția cu ansă. Metoda pare a fi mai sigură din punct de vedere al respectării R0 în suprafață. Dar pare a fi însoțită de un risc mai mare de perforație duodenală.

Pacienților cu invazie extinsă intraductală li se efectuează RE a tumorii vateriene cu scopul recoltării de material calitativ pentru examenul histologic și restabilirii pasajului biliopancreatic prin ST mono- sau biductală cu stentare temporară în scop de pregătire preoperatorie. Ei necesită chirurgie adjuvantă radicală sau stentare paliativă, în funcție de condiția individuală.

După PEE, dacă este necesară o hemostază endoscopică (clampare, coagulare cu argon-plasmă, electrocoagulare (preferabil bipolară) sau necesitatea de ablație a țesutului restant, anterior se amplasează un stent 5-7 Fr. în ductul pancreatic pentru a asigura acțiunea nefastă a agenților termici și mecanici asupra wirsungului și parenchimului adiacent și pentru a păstra un drenaj adecvat pancreatic.

Setările electrochirurgicale

În literatură setări standardizate pentru folosirea regimurilor electrochirurgicale (tăiere pură, combinată), setări de putere a curentului nu am întâlnit [11, 12, 26, 35, 36].

Sfincterotomia și stentarea biliară

Sfincterotomia biliară (STB) postPEE nu este necesară, cu excepția cazurilor, ce prezintă cholestază postoperator sau rămâne un suspiciu de invazie intraductală a orificiului biliar [10]. Deasemenea ST se efectuează în coledocolitiza concomitentă pentru a facilita litextracția.

Dacă se menține drenajul insuficient al bilei (contrastului), după STB, se aplică stent biliar cu diametru larg (≥ 10 Fr) pentru 1-3 săptămâni, până la repetarea ERCP, excluderea țesutului rezidual, terapia endoscopică repetată ori tratamentul chirurgical adjuvant în caz de necesitate [1].

Colangitele acute postPEE apar foarte rar. STB poate reduce riscul apariției fibrozelor și stenozei orificiului biliar, care au fost raportate ca posibile la mai mult de 10% din pacienți [29].

Actualmente în literatură s-a raportat o evidență mică în ceea ce privește rolul STB endoscopice și stentării biliare postPEE.

Sfincterotomia pancreatică (STP) și stentarea (SP):

Pancreatita acută (PA) este una din cele mai frecvente complicații a PEE și pare a fi rezultatul traumatismului termic și al edemului orificiului și ductului pancreatic papilar. STP endoscopică menține permeabilitatea Wirsungului și duce la reducerea riscului de PA. SP permite folosirea mai sigură a manevrelor de terapie coagulativă adjuvantă și pare să minimizeze riscul de stenoze ductale postpapilectomie [11, 13, 40]. În literatură există controverse în ceea ce privește SP după PEE. Unii autori susțin necesitatea SP la toți pacienții, pe când alții folosesc SP numai dacă există dereglare de drenaj a contrastului injectat. Nu există nici un consens, dacă aceste manevre ar trebui să fie efectuate în toate intervențiile, înainte sau după PEE [12, 36, 37, 38, 39]. A fost publicat doar un studiu randomizat, prezentat Harewood et al. [38], cu privire la efectele SP și a incidenței PA postPEE. Studiul s-a sfârșit devreme din cauza incidenței înalte a PA la pacienții fără SP profilactică (33%). Rezultând un număr mic de pacienți înrolați (n = 19) și astfel s-au obținut dificultăți în formularea concluziilor finale.

STP îndeplinită imediat după excizia cu ansă este recomandată cu sau fără stentare. STP se apreciază ca metodă de profilaxie a fibrozelor și stenozei ductale tardive, unii autori îndeplinind-o în toate cazurile, și dacă se constată eliminare imediată de suc pancreatic sau a contrastului recent instilat și aerul pătrunde în Wirsung în timpul radioscopiei, atunci SP poate fi opțională [1].

Insertia drenajului naso-pancreatic pentru 24-48 ore poate fi alternativa SP. Însă este limitat de perioada scurtă pentru menținere, disconfortul ce-l provoacă bolnavului și eliminarea din pasajul intestinal a sucului pancreatic.

Complicații și managementul lor

Principalele complicații precoce sunt: pancreatita acută, hemoragia și perforația. Tardiv se înregistrează stenoze ductale, atât biliare, cât și wirsungiene și recidiva tumorală.

Prevenirea hemoragiei se face printr-o hemostază perfectă după rezecție și un timp de atenție deosebită asupra zonei de rezecție, deoarece situația diferă în primele câteva minute.

Hemostaza este comparabil mai complicată prin necesitatea folosirii duodenoscopului. Întrebuițarea metodei injectabile necesită folosirea de ace endoscopice, adaptate elevatorului duodenoscopului. Plasarea de clipuri deasemenea este complicată de unghiurile canalului operator și de elevator. Și orificiile ductale reprezintă probleme în hemostază, având riscul de clampare în timpul hemostazei, preferabile pe ducturi

stentate. Această regulă se referă și la metodele de hemostază termică, diminuând riscul de PA. Perforația va fi prevenită prin LS adecvat și acuratețe tehnică în timpul PEE. În majoritatea cazurilor se tratează prin clampare endoscopică pe ducturi stentate, excluderea temporară a pasajului alimentar și antibioticoterapie profilactică.

Supravegherea bolnavului postPEE

Nu există standarde de supraveghere a bolnavului postPEE. Rezonabile par a fi recomandările Societății Americane de Endoscopie Gastrointestinală (ASGE) [41]. În rezecția unei tumori vateriene benigne, principalul risc este cel de 10% de recidivă tumorală locală. Prima examinare se va face la 3 luni, cu biopsiere locală la necesitate și este ultimul termen pentru a scoate stentul pancreatic, apoi la fiecare 6 luni, timp de 2 ani.

Supravegherea este deosebită la pacienții cu PAF. În afara examenelor primilor 2 ani, controlul se va face la fiecare 2 ani cu examinarea tuturor regiunilor duodenale. Nu se va evita o colonoscopie în faza inițială postPEE pentru a exclude adenome în colon, ținând cont de asociația statistică a prezenței polipilor colonului la bolnavii cu adenome papilare.

În cazul PEE pentru AC intramucos supravegherea este aceeași, dar va fi asociată în primul an cu ecoendoscopie pentru a depista un posibil recidiv ganglionar sau ductal și o scanare anuală timp de 3 ani[41].

Discuții

Două probleme se discută: tratamentul cancerului vaterian non-invaziv și tactica în cazul extinderii neoplastice în orificiile biliar și/sau pancreatic. Problema tratamentului carcinomului papilar non-invaziv(T1) se abordează într-un mod nou. Clasificarea japoneză a demonstrat, că absența extinderii în submucoasă (< D2) este asociată cu riscul practic nul de expansiune limfatică[11].

Extinderea tumorală în orificiile biliar și/sau pancreatic de mult timp a fost considerată ca contraindicație pentru PEE curativă, însă modalitatea pare a se schimba în cazurile cu extindere minimă. Probabil că acest tip de invaziune reprezintă o indicație mai bună pentru ampulectomia chirurgicală, care permite o exereză largă a papilei și a părții proximale a ducturilor pancreatobiliare. Echipa N. Soehendra consideră, însă, că în anumite cazuri PEE este cu succes realizabilă [10]. Astfel, într-o serie de 106 pacienți, 8% aveau cancer cu extindere orificială, chirurgia adjuvantă a fost necesară în 38% din 31 pacienți cu invaziune ductală și în 12% din 75 pacienți fără invaziune ductală. PEE a fost curativă la 83% din pacienții fără invaziune ductală și la 46% pacienți cu invaziune ductală. Acest studiu este discutabil, în particular, în privința criteriilor de recurgere la tratamentul chirurgical clasic, dar sugerează că cel puțin 50% pacienți cu invaziune tumorală ductală pot fi tratați endoscopic.

Concluzii

- PEE este o alternativă miniminvasivă sigură în tratamentul chirurgical al neoplasmelor intraepiteliale ale papilei Vater;
- Rezecția tumorilor benigne este indicația principală pentru PEE;

- Ecoendoscopia, inclusiv ecoendoscopia intraductală oferă posibilități importante pentru stadializarea preoperatorie a leziunilor neoplastice vateriene;
- Tratamentul AC vaterian este discutat și este rezervat numai pentru carcinoamele, care nu infiltrază musculara mucoasei;
- Rezecția monobloc este "standardul de aur" în PEE;
- Riscul complicațiilor este cuprins între 10 și 20%, cu PA în prim plan;
- Amplasarea stenturilor în ductul pancreatic este o profilaxie recomandată pentru PA.

Bibliografie

1. Conio M, Siersema P, Repici A, et al. Endoscopic mucosal resection. 2008;112.
2. Pandolfi M, Martino M, Gabrielli A. Endoscopic Treatment of Ampullary Adenomas. *JOP J Pancreas*. 2008;9(1): 1-8.
3. Stolte M, Pscherer C. Adenoma-carcinoma sequence in the papilla of Vater. *Scand J Gastroenterol*. 1996;31:376-82.
4. Kaiser A, Jurowich C, Schonekas H, et al. The adenoma-carcinoma sequence applies to epithelial tumors of the papilla of Vater. *Gastroenterol*. 2002;40:913-20.
5. Scifert E, Schutler F, Stolte M. Adenoma and carcinoma of the duodenum and papilla of Vater: a clinicopathologic study. *Am J Gastroenterol*. 1992;87:37-42.
6. Barthet M. Ampullectomie endoscopique. 26e Journées Nationales de Formation Continue en Hépatogastro-entérologie. 2008;215-219.
7. Katsinelos P, Paroutoglou G. Safety and long-term follow-up of endoscopic snare excision of ampullary adenomas. *Surg Endosc*. 2006;20:608-613.
8. Menzel J, Poremba C, Dietl KH, et al. Tumors of the papilla of Vater - inadequate diagnostic impact of endoscopic forceps biopsies taken prior to and following sphincterotomy. *Ann Oncol*. 1999;10:1227-1231.
9. Branum GD, Pappas TN, Meyers WC. The management of tumors of the ampulla of Vater by local resection. *Ann Surg*. 1996;224:621-627.
10. Bohnacker S, Soehendra N, Maguchi H, et al. Endoscopic Resection of Benign Tumors of the Papilla of Vater. *Endoscopy*. 2006;63:783-8.
11. Catalano MF, Linder JD, Chak A, et al. Endoscopic management of adenoma of the major duodenal papilla. *Gastrointest Endosc*. 2004;59:225-32.
12. Norton ID, Gostout CJ, Baron TH, et al. Safety and outcome of endoscopic snare excision of the major duodenal papilla. *Gastrointest Endosc*. 2002;56:239-43.
13. Cheng CL, Sherman S, Fogel EL, et al. Endoscopic snare papillectomy for tumors of the duodenal papillae. *Gastrointest Endosc*. 2004;60:757-64.
14. Lee SY, Jang KT, Lee KT, et al. Can endoscopic resection be applied for early stage ampulla of Vater Cancer. *Gastrointest Endosc*. 2006;63:783-88.
15. Rivadeneira DE, Pochapin M, Grobmyer SR, et al. Comparison of linear array endoscopic ultrasound and helical computed tomography for the staging of periampullary malignancies. *Ann Surg Oncol*. 2003;10:890-7.
16. Yoshida T, Matsumoto T, Shibata K. Patterns of lymph node metastasis in carcinoma of the ampulla of Vater. *Hepatogastroenterology*. 2000;47:880-3.
17. Shirai Y, Ohtani T, Tsukuda K, et al. Patterns of lymphatic spread of carcinoma of the ampulla of Vater. *Br J Surg*. 1997;84:1012-6.
18. Rosch T, Lorenz R, Braig C, et al. Endoscopic ultrasound in pancreatic tumor diagnosis. *Gastrointest Endosc*. 1991;37:347-52.
19. Sugiyama M, Hagi H, Atomi Y, et al. Diagnosis of portal venous invasion by pancreatobiliary carcinoma: value of endoscopic ultrasonography. *Abdom Imaging*. 1997;22:434-8.
20. Gress FG, Hawes RH, Savides TJ, et al. Role of EUS in the preoperative staging of pancreatic cancer: a large single-center experience. *Gastrointest Endosc*. 1999;50:786-91.
21. Rivadeneira DE, Pochapin M, Grobmyer SR, et al. Comparison of linear array endoscopic ultrasound and helical computed tomography for the staging of periampullary malignancies. *Ann Surg Oncol*. 2003;10:890-7.
22. Itoh A, Goto H, Naitoh Y, et al. Intraductal ultrasonography in diagnosing tumor extension of cancer of the papilla of Vater. *Gastrointest Endosc*. 1997;45:251-60.
23. Groves CJ, Saunders BP, Spigelman AD, et al. Duodenal cancer in patients with familial adenomatous polyposis (FAP): results of a 10 year prospective study. *Gut*. 2002;50:636-41.

Viorel Istrate

Catedra Chirurgie nr. 1 „Nicolae Anestiade”
USMF „Nicolae Testemițanu”
Str. Toma Ciorbă, 1, Chișinău
Tel.: 205327

Recepționat 16.04.2010