

L'échoendoscopie des tumeurs ampullaires

Endoscopy in ampullary tumours

R. Gincul · B. Napoléon · G. Vanbiervliet · C. Plane · M. Barthet · I. Borbath · E. Bories · S. Carpentier · P. Castellani · O. Croizet · J.-M. Godchaux · L. Palazzo · C. Lefort

© Springer-Verlag France 2012

Partie administrative (modèle selon les recommandations SFED)

Préciser :

- l'identité de la structure médicale (nom, adresse et téléphone) ;
- l'identité du malade (nom, prénom, date de naissance, sexe) et numéro de Sécurité sociale ;
- le nom de l'aide endoscopiste, noms des médecins correspondants ;
- la date et heure de réalisation de l'endoscopie ;
- les informations concernant les informations délivrées sur l'examen et le recueil du consentement ;
- les informations concernant le statut vis-à-vis d'agent transmissible de manière non conventionnelle (ESST).

Technique

Préciser :

- la procédure anesthésique : soit générale (avec le nom du médecin anesthésiste), avec ou sans intubation, préciser les drogues utilisées, le statut ASA ;
- l'endoscope et le matériel utilisé (radial ou linéaire, sonde rigide, mini-sonde) ;
- la traçabilité et le mode de désinfection ;
- la traçabilité du petit matériel utilisé (pince à biopsie, aiguille...) ;
- le mode d'hospitalisation du malade, le service de provenance.

R. Gincul (✉)

Praticien hospitalier, hôpital Édouard Herriot,
place d'Arsonval, F-69437 Lyon cedex 3
e-mail : rodica_h13@yahoo.fr

B. Napoléon · C. Lefort

Gastroentérologie, hôpital privé Jean Mermoz,
55 avenue Jean Mermoz, F-69008 Lyon

G. Vanbiervliet

Praticien hospitalier, hôpital l'Archet 2,
F-06202 Nice cedex 3

C. Plane

Centre hospitalier, Germon et Gauthier, F-62408 Béthune

M. Barthet

Service d'hépatogastroentérologie, hôpital Nord,
chemin des Bourrely, F-13915 Marseille cedex 20

I. Borbath

Service de gastroentérologie, cliniques universitaires Saint-Luc,
avenue Hippocrate 10, 1200 Bruxelles

E. Bories

Unité d'exploration médico-chirurgicale oncologique,
Institut Paoli-Calmettes,
232 boulevard de Sainte-Marguerite,
F-13273 Marseille cedex 09

S. Carpentier

11 rue Rame, F-49000 Angers

P. Castellani

Hôpital Saint Joseph,
boulevard de Louvain,
F-13998 Marseille

O. Croizet

1 avenue Sans, F-31300 Toulouse

J.-M. Godchaux

16 rue du Coq Français,
F-59100 Roubaix

L. Palazzo

30 rue Astorg, F-75008 Paris

Indication

Indiquer :

- en cas de preuve histologique sur les biopsies préalables de l'ampoule, le degré de la dysplasie ;
- la présence d'une polypose adénomateuse familiale, l'éventuelle classification de Spiegelman actuelle du patient ;
- les antécédents personnels entraînant des conséquences pour la réalisation du geste : prise d'antiagrégant plaquettaire, nécessité d'une antibioprophylaxie, prise d'anticoagulant, chirurgie ancienne risquant d'entraîner une modification anatomique.

Résultat

Examen de l'ampoule en duodénoscopie

Préciser :

- la taille du massif ampullaire en mm selon les axes [hauteur / largeur] ;
- le type de développement tumoral : endo- ou exo-ampullaire ;
- la présence d'ulcération sur capuchon ;
- la présence d'extension duodénale ;
- la réalisation de biopsies ;
- la présence d'autres anomalies duodénales (adénome, hypertrophie de la petite caroncule...).

Examen de l'ampoule en échoendoscopie

- Évaluer la taille en mm (plus grand axe) de la tumeur ;
- évaluer l'échogénicité de la tumeur ;
- déterminer le staging pariétal tumoral :
 - uT1 : limitée à l'ampoule et au sphincter d'Oddi sans rupture de l'interface sous muqueuse/musculeuse
 - uT2 : envahissement musculéuse/respect pancréas
 - uT3 : envahissement pancréatique
 - uT4 : envahissement des tissus mous péripancréatiques ou d'autres organes ou structures de voisinage ;
- évaluer le retentissement pancréatique :
 - décrire l'aspect du parenchyme pancréatique (aspect de pancréatite aiguë, arguments pour une pancréatite chronique pancréas normal)
 - décrire les canaux pancréatiques : 1) mesurer le diamètre du canal de Wirsung (en mm) dans l'ampoule et en amont ; rechercher la présence ou non d'une extension intracanalair : matériel endoluminal et son échogéni-

ité ; 2) aspect des parois (épaississement) ; 3) dilatation des canaux secondaires pancréatiques ;

- évaluer le retentissement biliaire :
 - mesurer le diamètre du cholédoque (mm), matériel endoluminal et son échogénicité, aspect des parois (épaississement) ; dilatation des VBIH, vésicule
 - présence ou non de calculs biliaires (intracholédociens, vésiculaires) ;
- déterminer les rapports vasculaires :
 - envahissement artériel
 - envahissement veineux (en précisant une éventuelle thrombose veineuse) ;
- recherche d'une hypertension portale ;
- recherche d'adénopathie :
 - déterminer leur localisation (mésentériques, cœliaques, du hile hépatique
 - déterminer leur taille
 - décrire leur aspect et préciser la présence de caractéristique échoendoscopique suspecte ou aspécifique ;
- préciser la présence d'ascite ;
- préciser la présence de métastases éventuelles (foie gauche).

Action ou geste complémentaires

- Ponction sous contrôle échoguidé (si réalisée) : localisation (tumeur, ganglions, ascite, métastases hépatiques), organe ou paroi traversés, aiguille utilisée (taille, type), ordre de ponction si plusieurs lésions biopsiées, nombre de passage, résultat obtenu, complication, conditionnement et nombre des prélèvements ;
- agent de contraste et/ou élastographie (si réalisés).

Conclusion

- Préciser le diagnostic évoqué : tumeur ampullaire de type adénovilleuse ou endocrine ;
- préciser la classification uTNM avec ou sans envahissement endocanalair ;
- préciser la conduite à tenir éventuelle :
 - tumeur est-elle accessible à un traitement endoscopique ? ou à une chirurgie ?
 - préciser la nécessité d'explorations complémentaires (notamment l'utilisation de minisonde).

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.