

## AMPULOMUL VATERIAN, PROBLEMA DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT CHIRURGICAL

dr. E. Bancu, dr. T. Maros, dr. A. K. Keresztessy, dr. T. Grozescu,  
dr. E. Bălînt

Chirurgia rezecțiilor pancreasului și în special duodenopancreatectomiile sînt considerate și astăzi intervenții deosebit de laborioase grevate de riscuri intra- și postoperatorii. Întrebarea care se ridică în serviciile de chirurgie bine dotate, este aceea, dacă riscul operator al unor astfel de intervenții mari justifică sau nu avantajele pe care se poate conta.

O serie de autori (*Warren, Cattel, Fish, Monge, Soupault, Zollinger, Jordan* și alții) de mare competență în chirurgia răspîntiei biliopancreatice pentru tumori maligne, consideră că operația radicală, cu tot riscul operator deosebit, este justificată tot de atîtea ori, cînd condițiile locale ale afecțiunii și constanțele biologice ale bolnavului permit acest lucru.

Pentru intervențiile radicale, *Monge, Dokerthy, Woliseger, Waugh, Priestley*, dau supraviețuri de peste 5 ani, 25 % pentru cancerul de pancreas, 34,8 % pentru cancerul papilar și 14,3 % pentru cancerul duodenal; *Warren, Cattel, Nora* pe o cazuistică foarte bogată au supraviețuiri la 5 ani după intervenție de 6.4 % pentru cancerul de pancreas și 37,5 % pentru cancerul ampular.

Avînd posibilitatea să operăm în ultimul timp 2 bolnave cu ampulom vaterian malign, am remarcat o serie de date importante în ceea ce privește diagnosticul și atitudinea de urmat ținînd seama de faptul că afecțiunea apare la vîrstnici și că uneori evoluția bolii este înșelătoare. Prin cancerul regiunii vateriene înțelegem toate neformațiunile maligne plecate din ampulă, extremitatea distală a coledocului și a canalelor pancreatice, din caruncula mare și din formațiunile periampulare. Avînd caracteristica extinderii rapide la structurile vecine și dînd timpuriu răsunset clinic (icter) ele pun aceleași probleme chirurgicale ca și alte afecțiuni canceroase ale regiunii.

Ca frecvență ar reprezenta 1—2 % din totalul cazurilor de cancer. Neibling susține că 20 % din cancerele biliare sînt ampuloame (44 cancere vateriene, pe lângă 521 cancere pancreatice). Din literatură cit și din datele noastre rezultă că afecțiunea este apanajul decadelor 6—7 de vîrstă și că în 20 % din cazuri sînt asociate cu litiază biliară. Anatomic distingem tumori vateroduodenale și tumori intraampulare. Tumorile vateroduodenale pot fi vegetante, ulcerate, submucoase și stenozante iar cele intraampulare pot fi vegetante, nodulare și stenozante. Histologic sînt mai ales adenocarcinoame. Extensia locală spre obstrucția coledocului și a wirsungului (pancreatită cronică) aduce eroarea confundării ampulomului cu tumoarea cancerului de pancreas. Întinderea rapidă spre peretele intern duodenal face confuzia și mai ușoară, iar invadarea duodenului se produce în 1/5 din cazuri (Cattel, Warren).

În unele cazuri simptomul care atrage atenția este icterul (60 %). În alte cazuri tabloul clinic este dominat de boala litiazică concomitentă, bolnavii putînd prezenta unul sau două din simptomele triadei Charcot (în afara icterului). În cele ce urmează ne permitem prezentarea celor 2 cazuri operate în Clinica chirurgicală nr. 1 Tîrgu-Mureș.

*Bolnava D. A.* în vîrstă de 61 ani, se internează în Clinica chirurgicală nr. 1 la 16 IV 1975 cu diagnosticul de colecistită cronică calculoasă. Din examinări rezultă și prezența unei cardioscleroze asociate. Intervenția efectuată în 23 IV 1975 găsește o veziculă mărită ca volum cu fenomene inflamatorii cronice, locuită de un calcul mare unic. Executăm colecistectomia, explorăm coledocul prin bontul cistic instrumental, constatînd un pasaj liber, iar colangiografia intraoperatorie rămîne negativă. Bolnava are o evoluție favorabilă postoperatorie, pînă în 8 I 1976, cînd face o puternică colică biliară identică cu cea dinaintea primei intervenții și febră de 39,8 °C. Bolnava sesizase o jenă în hipocondrul drept deja la 4 luni postoperator. Cu suspiciunea de calcul restant al C.B.P. se reintervine la 21 I 1976, punîndu-se în evidență hepatocoledocul dilatat de 1,5—2 cm diametru, iar colangiografia prin puncție coledociană arată un stop terminal cu aspect cupuliform alungit. Sonda exploratorie nu traversează papila, fapt pentru care hotărîm explorarea ei transduodenală. Cu acest prilej constatăm o tumoretă rotundă-sferică cu un diametru de 1 cm, localizată ampular. Procedăm la operația Halstedt în sensul duodenectomiei parțiale cu extirparea unui guler duodenal circular cuprînzînd grosimea peretelui și secționînd coledocul și Wirsungul înainte de pătrunderea în peretele duodenal. Pentru refacerea confluenței bilio-pancreatico-duodenale recurgem la procesul Walters, coledocul fiind suturat terminal cu fire neresorbabile la peretele duodenal posterior iar Wirsungul este părăsit în ideea că sucul pancreatic își găsește drum spre duoden. Întrucît calibrul coledocian terminal nu se pare strîmtat după implantare, ne asigurăm printr-o coledocoduodenostomie Rowlands. Evoluție postoperatorie simplă. bolnava părăsește clinica la 12 zile după intervenție.

Am prezentat cazul pentru a ilustra posibilitățile de eroare în diagnostic privind confuzia cu boala litiazică, bolnava fiind reinternată cu diagnosticul de coledocolitiază și angiocolită. La 16 luni după extirparea ampulomului, recontrolată bolnava se găsește în stare de sănătate deplină.

*Bolnava M. M.* în vîrstă de 59 ani, este internată în clinică cu diag-

nosticul de neoplasm al capului de pancreas, icter mecanic la data de 17 IX 1976. După pregătire preoperatorie, intervenim în 23 IX 1976, constatînd o vezică biliară de stază, coledoc dilatat și o formațiune tumorală aparent situată în capul pancreasului. Efectuăm colecistectomia și hotărîm duodenopancreatectomia cefalică, pe care o executăm după procedeul Childs, prin montarea pe prima ansă jejunală a trei anastomozes succesive: pancreatojejunostomie termino-terminală, coledocojejunostomie termino-laterală și gastrojejunostomie termino-laterală. La controlul piesei constatăm prezența unui ampulom vaterian cu un diametru de 1,5 cm. Deși tumoarea era obstructivă (bolnavă cu icter) sonda exploratorie introdusă prin bontul coledocului rezecat traversează cu ușurință papila. Acest fapt arată că la început, pentru producerea icterului nu este necesară obstrucția mecanică totală, putînd fi vorba și de asocierea obstrucției funcționale ampulare care să împiedice fluxul biliar spre duoden. Evoluția postoperatorie simplă, bolnava părăsind clinica la 14 zile. Revăzută la 7 luni, prezintă o stare generală bună. În acest caz atît preoperator cit și intraoperator s-a făcut confuzia cu o tumoare a pancreasului, Confuzia intraoperatorie era dată de pancreatita cronică satelită, rezultată prin obstrucția wirsungului terminal de către ampulom.

### Concluzii

1. Diagnosticul ampulomului vaterian este dificil atît preoperator cit și intraoperator.

2. Confuziile în diagnosticul preoperator sînt date de cancerul de pancreas — cazul 2 și de litiaza C.B.P. — cazul 1.

3. Confuziile în diagnosticul intraoperator sînt posibile datorită interpretării defectuoase a colangiografiei peroperatorii și în alte cazuri datorită existenței pancreatitei cronice satelite.

4. Avînd în vedere evoluția favorabilă după intervenții radicale (supraviețuiri la 5 ani după Warren în aproape 40 % din cazuri) intervențiile radicale în sensul duodenopancreatectomiei sînt indicate.

5. Ampulectomia vateriană transduodenală urmată de reimplantarea simplă a coledocului asigurată ori nu de coledocoduodenostomie superioară rămîne rezervată cazurilor care prin tarele ce le prezintă, contraindică operații de mare anvergură, ca și în cazul duodenopancreatectomiei cefalice.

Sosit la redacție: 18 noiembrie 1977

### Bibliografie

1. Bancu E., Naftali Z., Hornyák B., Crețu I.: Chirurgia (1969), 2;
2. Bancu E., Gálffy J., Mühle N., Aberle G.: Chirurgia (1966), 15, 4;
3. Jordan G. L.: Amer. J. Surg. (1964), 107, 2;
4. Warren K. W., Gattel R. B., Blackburna J. P., Nora P. F.: Ann. Surg. (1962), 155, 5;
5. Weber A. O.: J. Amer. med. Ass. (1963), 186, 2.