

# Duodenopancreatectomia cefalică în tratamentul tumorilor maligne ale regiunii Vateriene

I. Costea, M. Glod, R. Terinte, R. Chiriac, V. Bulimar, M. Grigorovici, C. Ciolpan, M.R. Diaconescu

Universitatea de Medicină și Farmacie "Gr.T. Popa" Iași, Clinica a IV-a Chirurgie, Anatomie Patologică, Radiologie, Spitalul Universitar C.F. Iași, România

### Rezumat

**Introducere:** Tratamentul optim al tumorilor regiunii Vateriene reprezintă o preocupare permanentă a medicului practician implicat în rezolvarea unei afecțiuni maligne cu o astfel de localizare.

**Obiectiv:** Lucrarea de față își propune evaluarea duodenopancreatectomiei cefalice (DPC) în tratamentul chirurgical al tumorilor maligne situate în regiunea Vateriană.

**Material și metodă:** În perioada 1999 – 2009 în clinica noastră au fost tratate un număr de 37 de cazuri cu icter mecanic de etiologie neoplazică (IMN). Dintre acestea 5 cazuri (13,5%) au fost internate cu diagnosticul de IMN prin tumori maligne ale regiunii ampulei Vater: 4 bărbați și o femeie, cu vârste cuprinse între 46 și 72 de ani, din mediul rural și fac obiectul prezentului studiu.

**Rezultate. Discuții:** În 4 cazuri (10,8 %) explorarea intraoperatorie confirmă prezența tumorii ampulare diagnosticată preoperator, beneficiind de DPC (tehnica Child). Evoluția postoperatorie imediată și la distanță este favorabilă, fără decese. Examenul anatomopatologic al piesei rezecate confirmă ampulomul Vaterian în două cazuri (5,4 %); în alte două cazuri (5,4 %) examenul la parafină relevă neoplasm al intestinului subțire localizat la nivelul papilei duodenale). În ultimul caz (2,7 %) intraoperator se constată prezența de metastaze ganglionare și viscerale iar coledoscopia intraoperatorie suspectează un colangiocarcinom care se confirmă

la examenul anatomopatologic postoperator, pacientul beneficiind doar de o derivație biliodigestivă.

**Concluzii:** Fără a avea pretenția unei experiențe deosebite rezultatele obținute prin DPC în aceste prime cazuri de tumori maligne ale regiunii Vateriene, ne permit să argumentăm justetea indicației chirurgicale. DPC conturează speranța intenției de radicalitate în cancerul cu această localizare.

**Cuvinte cheie:** tumorile Vateriene, duodenopancreatectomie cefalică

### Abstract

#### *Pancreaticoduodenectomy in surgical treatment of malignant tumors of Vater's region*

**Background:** The optimal treatment of tumors of Vater's region represents a permanent interest of every physician involved in the treating of malignant diseases with such localization.

**Aim:** This presentation proposes a pancreaticoduodenectomy (DPC) evaluation in the surgical treatment of tumors of Vater's ampulla.

**Materials and Methods:** Between 1999 - 2009 our clinic has treated a number of 37 cases with mechanic jaundice by malignant diseases (JMN). Out of these, 5 cases (13,5 %) have been hospitalized with JMN (preoperative diagnose) by malignant tumors of Vater' region: 4 men and a woman, aged 46 to 72, from rural medium, who represent the aim of this paper.

**Results. Discussion:** In 4 cases (10,8 %), intra-operative exploration confirms the existence of tumors of Vater's ampulla or duodenal papilla (diagnosis having been established by

**Correspondență:** Prof. Dr. Costea Ioan  
Iași, șoseaua Păcurari, nr. 4, bloc 590A, et. V. Ap. 18.  
E-mail: dr\_costea\_ioan@yahoo.com

preoperative duodenoscopy) using DPC (Child Procedure). Postoperative evolution, either immediate or distanced, was favorable, implying no deaths. The microscopic exam of the extirpated piece confirms Vater's Ampulloma in two cases (5,4 %); in the other two cases, the above mentioned exam reveals the small bowel's carcinoma at duodenal papilla. In the last 2,7% cases intra-operative lymph node and visceral metastases have been observed, choledochoscopy revealing cholangiocarcinoma (confirmed by microscopic exam), the patient having suffered only a choledochoduodenostomy.

**Conclusions:** Without being endowed with great experience in the field, the results of DPC treatment in these first cases of malignant tumors of Vater's region allow us to found the reasoning of the righteousness of surgical indication. DPC draws the hope of radical healing intention in the cancer with this localization.

**Key words:** tumors of Vater's ampulla, pancreaticoduodenectomy

## Introducere

Realitatea clinică relevă creșterea numărului de îmbolnăviri prin cancer și în special prin cancer al tubului digestiv. Din 37 de ictere mecanice de etiologie neoplazică (IMN) operate în clinica noastră în intervalul 1999 - 2011, în cinci cazuri (13,5 %) icterul mecanic recunoaște drept etiologie un cancer: al regiunii lui Vater (în 4 cazuri) și colangiocarcinom (un caz).

## Prezentarea cazurilor

Vă prezentăm în continuare 5 cazuri, toate la internare fiind etichetate drept ampulom vaterian.

### Cazul 1.

P. V., bărbat, 70 de ani din mediul rural, internat în clinică prin transfer cu diagnosticul de icter mecanic. Din antecedentele patologice menționăm: tifos exantematic (1945) și bronhopneumopatie cronică obstructivă (2004). Din istoric rezultă o evoluție lent progresivă (trei săptămâni) a icterului sclerotegumentar, însoțit de dureri abdominale în hipocondrul drept, inapetență și scădere ponderală (8 kg/o lună), prurit și sindrom dispeptic. La examenul obiectiv se constată și hepatomegalie, hidrops vezicular (Courvoisier – Terrier), materii fecale acolorice și urini hiperchrome.

Examenul de laborator relevă o creștere a bilirubinemiei totale (16,4 mg %, cu o bilirubinemie directă de 11,7 mg %), TGO (660 U %), TGP (540 U%), GGT (323 U %) și a Fosfatazei alcaline (1349 U %); o creatinină de 0,73 mg%, VSH de 60 mm/o oră iar examenul sumar de urină relevă prezența pigmentilor biliari.

Examenul ecografic (Fig. 1) evidențiază: ficat mărit de volum, cu importantă dilatare a căilor biliare intrahepatice; colecist voluminos, dilatat, fără calculi iar canalul cistic este



Figura 1. Cazul 1: ecografie hepatobiliopancreatică



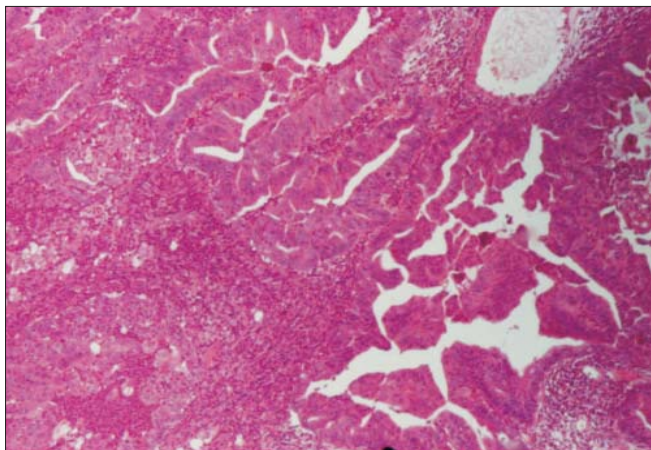
Figura 2. Cazul 1: examen CT abdominal

mult dilatat (0,73 cm diametru); coledoc sinuos, dilatat, are diametrul de 1,87 cm în hilul hepatic și de 2,25 cm în segmentul retropancreatic. Capul pancreasului mărit în totalitate (4,45/4,51 cm diametru), în care se poate evidenția o formațiune expansivă, înlocuitoare de spațiu. Canal Wirsung vizibil dilatat, cu aspect moniliform (Fig. 1).

Examenul CT relevă o dilatare importantă a căilor biliare intra și extrahepatice și prezența unei formațiuni înlocuitoare de spațiu în regiunea lui Vater care determină creșterea în totalitate de volum a capului pancreasului, sugerând un ampulom vaterian. Examenul CT nu evidențiază metastaze ganglionare sau viscerale (Fig. 2).

Cu diagnosticul preoperator de ampulom vaterian (în obs.) se intervine chirurgical (01 martie 2005); intraoperator se confirmă o tumoră la nivelul ariei Vater; menținându-se observația diagnostică preoperatorie. În consecință se practică duodenopancreatectomie cefalică după procedeul Child cu o evoluție bună până în ziua a 9-a când survine un episod de HDS (hematemază), însoțit de modificări hemodinamice care obligă la reintervenție în scop de hemostază (la nivelul tranșei gastrice). Ulterior evoluția a fost favorabilă, pacientul externându-se vindecat a 28-a zi postoperator.

Examenul anatomopatologic relevă adenocarcinom tubulopapilar moderat diferențiat cu punct de plecare canicular



**Figura 3.** Cazul 1: examen histopatologic al tumorii rezecate

(Fig. 3). Pe tranșa de secțiune se evidențiază orificiul de deschidere al canalului coledoc în duoden cu aspect nodular, ulcerat. Tumora este invazivă în pătura musculară superficială a duodenului, prezentând arii de necroză, microabcese și intensă reacție inflamatorie limfoplasmocitară peritumorală. Vasele sanguine și limfatice juxtacanalare prezintă metastaze de adenocarcinom tubular ulcerat, moderat diferențiat cu arii de necroză centrală. Pancreasul prezintă intensă congestie și edem, cu reacție inflamatorie limfoplasmocitară periductală (Fig. 3).

Examenul clinic, examenul paraclinic și examenul histopatologic precizează diagnosticul final de ampulom Vaterian, stadiul II.

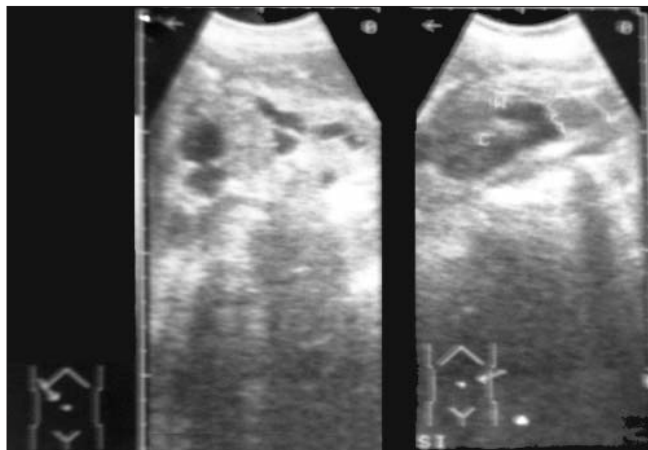
### Cazul 2.

Pacienta B. C., de 72 de ani, din mediul rural, pensionară (fostă agricultoare) internată în clinică în urgență pentru icter sclerotegetic însoțit de scădere ponderală marcată (10 kg) cu evoluție de o lună, dureri abdominale de mică intensitate în hipocondrul drept și meteorism abdominal postprandial, la o pacientă astenică. Examenul obiectiv evidențiază, pe lângă varice esențiale ale ambelor membre pelvine, hepatomegalie moderată, colecist hidropic (Curvoisier – Terrier), materii fecale acolorice (la tușeul rectal) și urini hipercrome. Examenul pe aparate și sisteme relevă rare extrasistole atriale, însoțite de suflu sistolic apical.

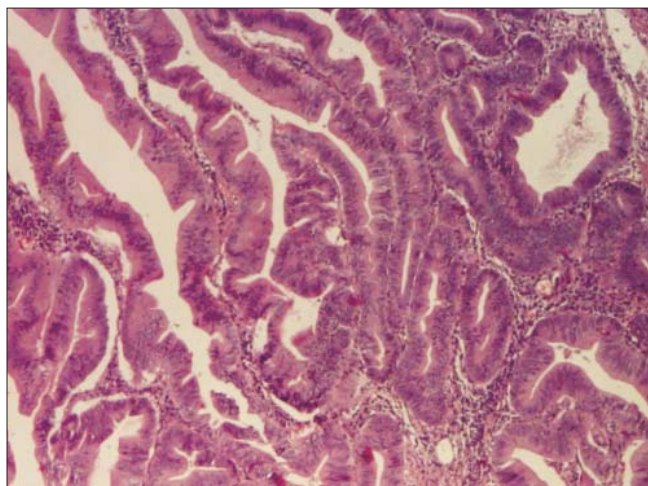
Examenul de laborator confirmă icterul mecanic; o bilirubină totală de 31,5 mg % cu bilirubinemie directă de 26,5 %, fosfataza alcalină de 293 u.i.% și prezența în urină a pigmentilor biliari.

Examenul ecografic relevă: hepatomegalie, căile biliare intrahepatice cu aspect "turgescenț", colecist mult mărit de volum, fără calculi, coledoc evident dilatat; canalul Wirsung este dilatat iar ampula lui Vater este mărită de volum (Fig. 4).

Examenul endoscopic cu ERCP relevă o papilă duodenală modificată, prezența unui relief exuberant, cu mucoasă friabilă, ușor sângerândă la contactul cu sonda endoscopică și cu pensa de biopsie; permite explorarea canalului biliar și colangiografia retrogradă care oferă imaginea unui ampulom Vaterian.



**Figura 4.** Cazul 2: ecografie hepatobiliopancreatică



**Figura 5.** Cazul 2: examen histopatologic al piesei rezecate

Examenul clinic al pacientei coroborat cu examenul de laborator susțin diagnosticul de icter mecanic neoplazic iar examenul imagistic sugerează un ampulom Vaterian. După o pregătire adecvată, se intervine chirurgical, confirmându-se o tumoră a regiunii ampulare și practicându-se duodeno-pancreatectomie cefalică după procedeul Child. Evoluția postoperatorie a fost favorabilă, pacienta externându-se vindecată, a 21-a zi postoperator.

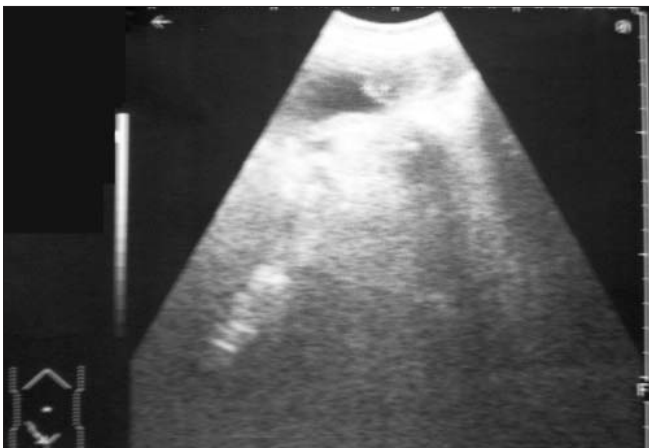
Examenul anatomopatologic al piesei rezecate: mucoasă intestinală de tip jejunal ce prezintă un polip de tip adenovilos cu transformare malignă la nivelul capului, fără invazia bazei acestuia (Fig. 5).

Examenul clinic, examenul paraclinic și examenul histopatologic precizează diagnosticul final de icter mecanic prin cancer al papilei duodenale, stadiul I.

### Cazul 3

Pacientul C. N., de 59 de ani, din mediul rural, internat în clinică pentru icter sclerotegetic, însoțit de dureri în hipocondrul drept cu evoluție intermitentă de aproximativ o lună, la care evoluția ultimelor 10 zile înregistrează și febră.





**Figura 6.** Cazul 3: ecografie hepatobiliopancreatică

Examenul obiectiv relevă hepatomegalie moderată, colecistul destins (Curvoisier – Terrier), urini hipercrome și scaune acolorice. Examenul general confirmă o cardiopatie ischemică cronică (cunoscută și aflată sub tratament de doi ani).

Examenul de laborator relevă: leucocitoză (9.800 globule albe cu 70 % polinucleare neutrofile), o creștere a bilirubinemiei totale (24,5 mg %) cu bilirubinemie directă de 15,8 mg %, VSH de 70 mm/o oră iar în examenul sumar al urinei, prezența pigmentilor biliari.

Examenul ecografic evidențiază hepatomegalie cu o dilatare importantă a căilor biliare intrahepatice, colecistul mărit de volum (Curvoisier – Terrier ecografic), canalul hepatocoledoc net dilatat, ușor sinuos, cu un diametru de 1,67 cm în segmentul supraduodenopancreatic. Capul pancreatic mărit de volum în toate diametrele (4,26/3,85 cm); canalul Wirsung vizibil. Nu se evidențiază adenopatii peripancreatice, lomboaortice sau în hilul hepatic (Fig. 6).

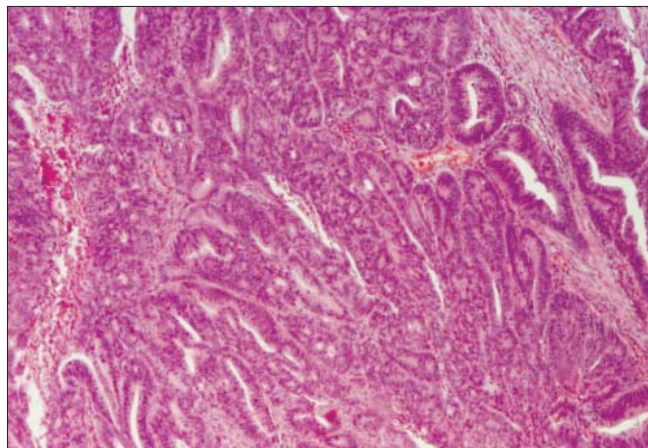
Examenul endoscopic relevă o papilă duodenală modificată tumoral cu mucoasă friabilă, ușor sângerândă la contactul cu sonda endoscopică sugerând un ampulom Vaterian.

Cu diagnosticul prezumtiv de icter mecanic neoplazic prin ampulom vaterian se intervine chirurgical, confirmându-se intraoperator o tumoră în regiunea lui Vater și practicându-se DPC după procedeul Child. Evoluția postoperatorie este grevată de survenirea unei supurații parietale care obligă în ziua a 12-a la suprimarea firelor corespunzătoare colecției în scopul drenajului, pacientul externându-se a 22-a zi postoperator, vindecat. Examenul anatomopatologic relevă adenocarcinom de intestin subțire de tip papilar, moderat diferențiat, invaziv în tot peretele intestinal și înspre pancreas unde are aspect de chistadenocarcinom papilifer (Fig. 7).

Examenul clinic, examenele paraclinice și examenul histopatologic precizează diagnosticul final de icter mecanic prin cancer al papilei duodenale, stadiul II.

#### Cazul 4.

A.D., bărbat de 55 de ani din mediul rural, cu scleroză în plăci și parapareză spastică, se internează pentru: dureri abdominale în hipocondrul drept cu intensitate variabilă,



**Figura 7.** Cazul 3: examen histopatologic al piesei rezecate

însoțite de sindrom dispeptic biliar, concomitent cu o scădere ponderală semnificativă (10 kg) cu evoluție de două luni. În ultimele două săptămâni survine icter sclerotegumentar de intensitate progresivă, însoțit de alterarea stării generale. Examenul obiectiv relevă și leziuni de grataj (prurit tegumentar), hepatomegalie, materii fecale acolorice iar urina este hipercromă.

Examenul de laborator relevă: G.A.: 11800/mmc, VSH: 90 mm/o oră, bilirubina totală: 21,5 mg/dl (bilirubina directă: 15 mg/dl), fosfataza alcalină: 105,9 U/L, GGT: 1543 U/L, TGP: 376 UI/L, TGO: 219 UI/L și prezența de pigmenți biliari în urină.

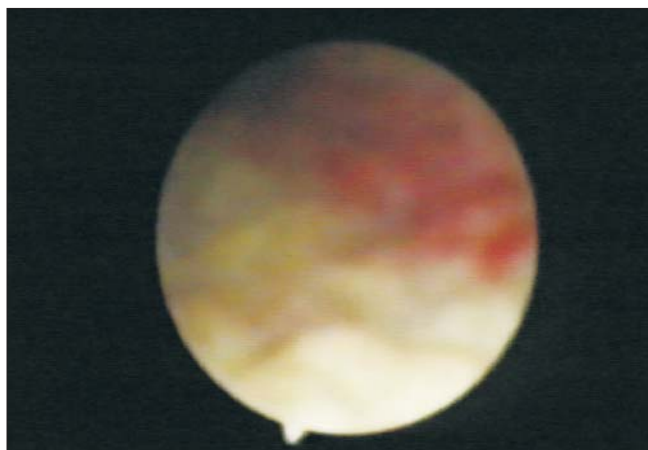
Examenul ecografic (Fig. 8) și examenul CT (Fig. 9) relevă o importantă dilatare a căilor biliare intra și extrahepatice, realizând la nivelul hilului aspectul de “cap de meduză”. Colecistul este mic, dismorfic, cu pereți îngroșați, “tristratificat”, cu conținut hiperdens, fără calculi. Nu se evidențiază leziuni înlocuitoare de spațiu la nivel hepatic sau pancreatic și nici adenopatii în hilul ficatului sau lomboaortic.

**Figura 8.** Cazul 4: ecografie hepatobiliopancreatică





**Figura 9.** Cazul 4: examen C.T. abdominal



**Figura 10.** Cazul 4: examen coledoscopic intraoperator - 1

*Diagnosticul preoperator: icter mecanic de etiologie probabil neoplazică (ampulom Vaterian? colangiocarcinom?).*

*Intraoperator: se confirmă dilatarea importantă a CBP (16 mm diametru), colecist scleroatropic și se constată metastaze la nivelul marelui epiploon (biopsie) precum și adenopatii la nivelul pediculului hepatic (biopsie) și retroduodeno pancreatice. Punctia CBP recoltează conținut biliar pentru examen histopatologic și bacteriologic. Printr-o incizie minimă se practică coledoscopie care permite vizualizarea atât a peretelui endolumenal, evidențiind modificări ale endoteliului hepatocoledocian care sugerează un colangiocarcinom (Fig. 10, 11).*

*Se practică colecistectomie, coledocoduodenoanastomoză L-L și drenajul cavității peritoneale. Evoluția postoperatorie a fost simplă, pacientul externându-se a 11-a zi p.o. cu sindromul icteric în remisiune evidentă clinic și biologic.*

*Examenul histopatologic relevă fragment de epiploon cu prezența de metastaze de adenocarcinom tubular moderat diferențiat, pe alocuri cu aspect papilar (Fig. 12), prezența de emboli tumorali intravasculari (Fig. 13) și ganglion limfatic al pediculului hepatic prezentând metastază de adenocarcinom (Fig. 14).*

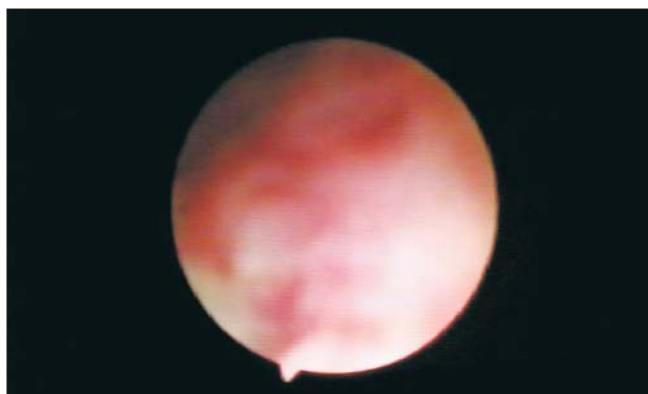
*Conținut biliar coledocian: frotiurile conțin celule maligne izolate și grupate, hematii întregi și lizate, pigment biliar, polimorfonucleare întregi și degradate, detritus fibrino-necrotic. Colecist cu pereți extrem de friabili, cu aspect de colecistită cronică cu eozinofile asociată cu colesteroloză și colonii microbiene.*

*Examenul clinic și examenul CT coroborat cu explorarea intraoperatorie (subliniem importanța examenul coledoscopic) precum și examenul anatomopatologic orientează diagnosticul final de colangiocarcinom stadiul IV.*

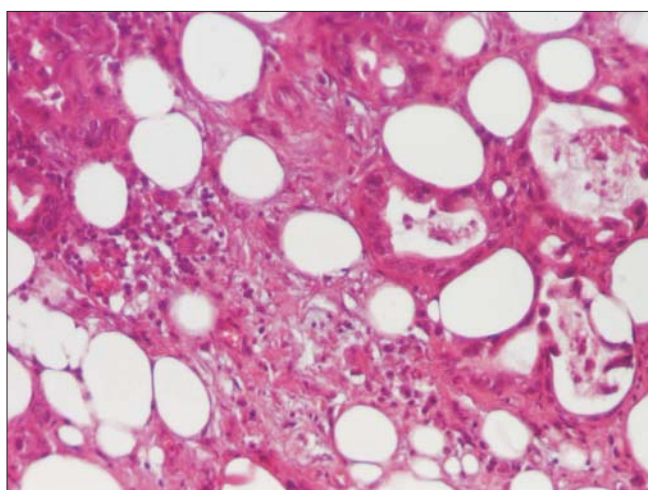
#### **Cazul 5.**

*C. I., de 56 ani, bărbat din mediul urban, internat în clinică în urgență cu sindrom icteric, cu evoluție lent progresivă de aproximativ două săptămâni.*

*Examenul clinic: icter sclerotegumentar; urini hipercrome, scaune hipo/acolorice.*



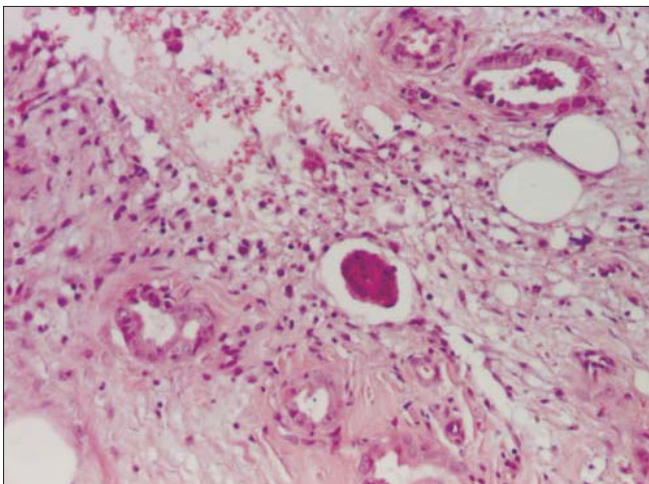
**Figura 11.** Cazul 4: examen coledoscopic intraoperator - 2



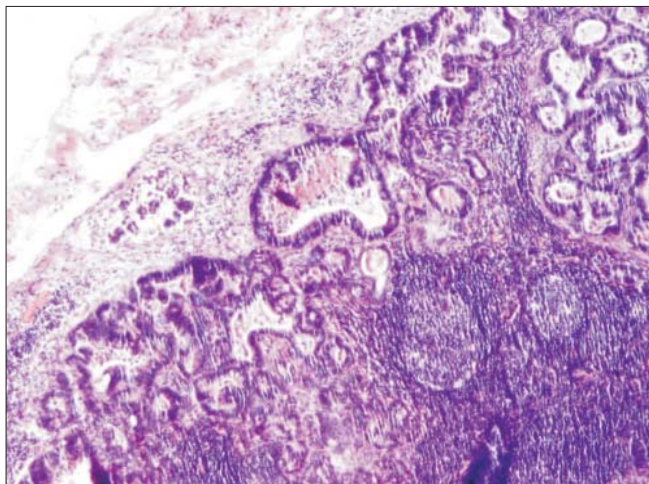
**Figura 12.** Cazul 4: mare epiploon - metastaze de adenocarcinom tubular

*Examenul de laborator relevă: Bilirubina T.: 17,68 mg%, Bilirubina directă: 7,19 mg%, TGO: 68,8 U/l, TGP: 93,8 U/l, GGT: 172 U/l; Ex. Sumar urină: prezența pigmentilor biliari. T. Quick: 14,9 sec, APP: 65,2%, INR: 1,26, APTT: 45*





**Figura 13.** Cazul 4: emboli tumorali intravasculari



**Figura 14.** Cazul 4: ganglion limfatic cu metastază de adenocarcinom

sec. ACE: 0,9 ng/ml.

*Ecografie abdominală:* colecist mărit de volum, cudad infundibular; coledoc: 17 mm, proximal și distal. Evidență dilatare a căilor biliare intrahepatice. Capul pancreasului mărit de volum, cu structură hipoecogenă. Posibil nodul cefalopancreatic (20 mm). Caudal pancreasul cu structură intens ecogenă, omogenă, diametrul corporeocaudal 20 mm și caudal 23 mm. Nu sunt alte modificări ale mării cavități abdominale și pelvine. *EDS:* esofag normal; stomac: mucoasă antrală congestivă, zona antrală bombează (compresiune extrinsecă-?), pilor cu arhitectură modificată, ușor spastic, permeabil. Duoden: ulcer bulbar de față anterioară; la nivelul D II, periampular, zonă bombată de 3 cm diametru care prezintă posterior o imagine ulcerată cu mucoasa perilezională modificată, dificil de abordat biptic. *Dg. Endoscopic:* Obs. ampulom Vaterian; ulcer duodenal cronic (bulbar anterior).

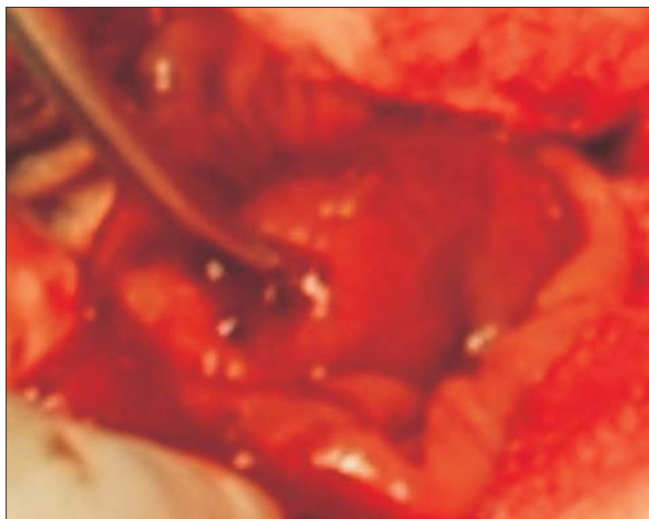
*Ex. CT. relevă hidrops vezicular, acompaniat de o importantă dilatație a CBIH și a CBP (18 mm diametru), prin obstrucție la nivelul ampulei lui Vater. Colecist fără calculi radioopaci. Pancreas omogen; canal Wirsung vizibil pe toată lungimea lui. Concluzii: obstrucție coledociană la nivelul ampulei lui Vater (calcul coledocian-? / tumoră ampulară-?).*

După o pregătire adecvată se intervine chirurgical, intraoperator se constată o cicatrice ulceroasă la nivelul peretelui anterior al bulbului duodenal și adenopatii supraduodenale și la nivelul pedicolului hepatic. La nivelul segmentului descendent al duodenului se palpează o tumoră care, aparent, bombează în lumenul duodenului; se practică duodenotomie longitudinală care relevă, în regiunea lui Vater, o tumoră ulcerată, cu diametrul de 3/2 cm care sângeră ușor la atingere (Fig. 15).

Se practică coledocoscopia intraoperatorie care nu relevă nici calculi, nici formațiuni tumorale în lumenul canalului hepatocoledoc (Fig. 16).

Se decide și se practică duodenopancreatectomie cefalică după tehnica Child (Fig. 17 - 25).

Evoluție postoperatorie simplă, cu reluarea tranzitului a



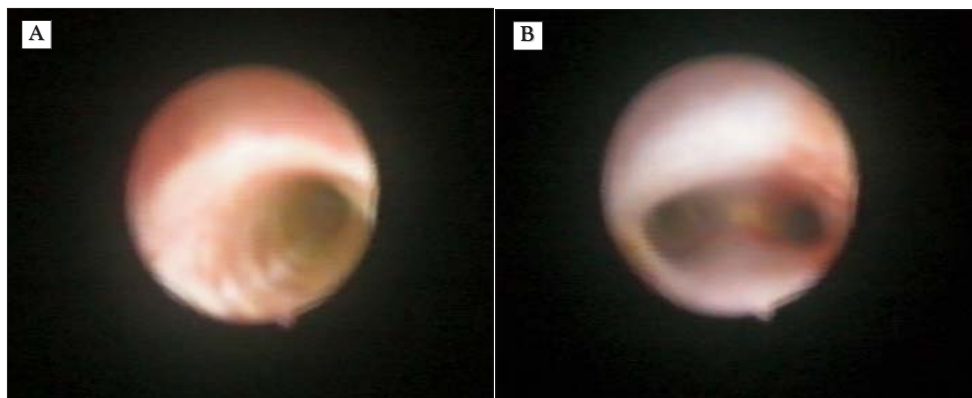
**Figura 15.** Tumoră în lumenul celei de-a doua porțiuni a duodenului

patra zi, reluarea alimentației orale a 7-a zi, bolnavul externându-se a 17-a zi vindecat operator.

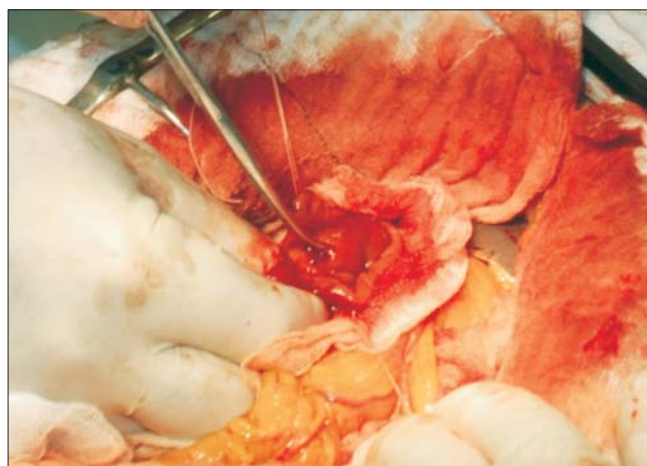
Examenul anatomopatologic macroscopic al piesei de rezecție relevă: pancreasul prezintă multiple zone hemoragice punctiforme și ducte dilatate iar la nivelul regiunii lui Vater se constată prezența unei formațiuni tumorale ce proemină în lumenul duodenal, de aspect polipoid, cu dimensiuni de 2,5 / 2 / 1cm de consistență solidă, friabilă.

Examenul histopatologic relevă adenocarcinom duodenal tubulo-papilar moderat diferențiat, ulcerat, invaziv în profunzime în toată grosimea peretelui, dezvoltat în jurul ampulei lui Vater. Pancreas cu dilatarea ductelor; intensă congestie și edem. Canal Wirsung mult dilatat, cu denudare epitelială și ulceratii ale peretelui; în lumen prezintă depozite sanghinolente. Numeroase infiltrate inflamatorii limfoplasmocitare pericanalare; nu se constată invazie tumorală în pancreas. Colecistită cronică acutizată cu eozinofile, cu ulceratii superficiale ale mucoasei, intensă congestie, edem

**Figura 16.** *Coledoscopia nu relevă calculi sau formațiuni tumorale în lumenul canalului hepatocoledoc*



**Figura 17.** *DPC Child: explorarea chirurgicală a abdomenului*



**Figura 18.** *DPC Child: duodenotomie longitudinală*



**Figura 19.** *DPC Child: tumoră în lumenul segmentului descendent al duodenului*



**Figura 20.** *DPC Child: disecția procesului uncinat al pancreasului*

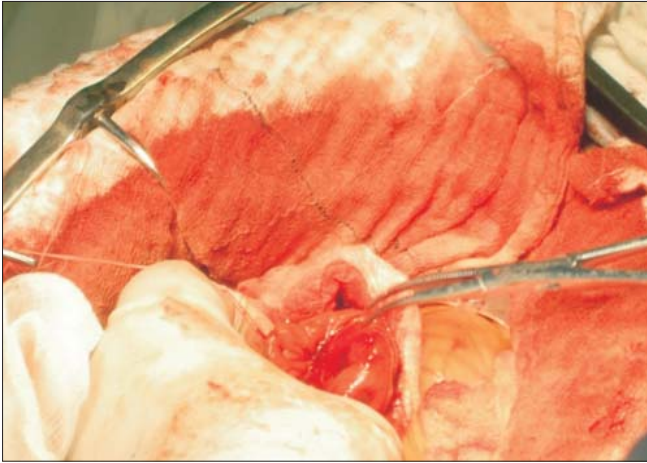
marcat și prezența de foliculi limfoizi în grosimea pereților. Sinusurile Rokitansky sunt dilatate chistic, cu intensă inflamație limfo-plasmocitară în jur.

## Rezultate. Discuții

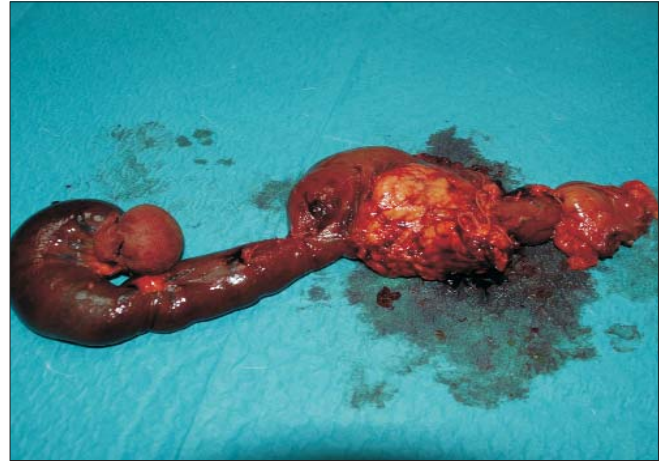
DPC s-a practicat în statistica noastră pentru afecțiuni maligne

ampulare sau periampulare (excluzându-se neoplasmul capului de pancreas) la pacienți cu vârste cuprinse între 46 și 72 de ani, vârsta medie fiind de 60 de ani (situându-ne sub media oferită de literatura de specialitate). În prezent DPC se poate practica la orice vârstă dar vârsta înaintată se asociază cu un risc mărit al complicațiilor postoperatorii, fără a crește însă rata mortalității postoperatorii (1,2,13); supraviețuirea la 5 ani este

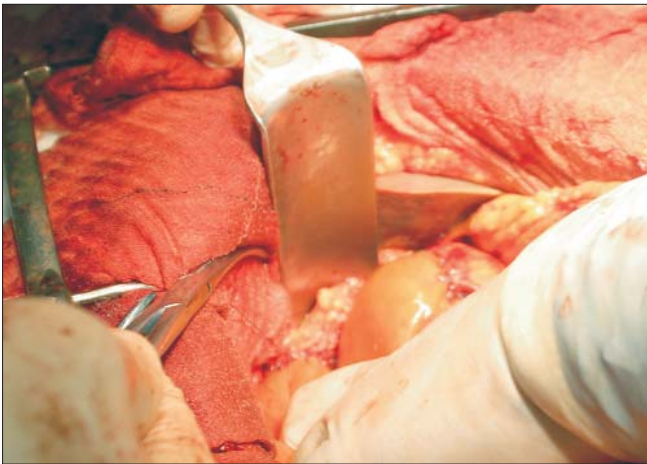




**Figura 21.** DPC Child: delimitarea caudală a piesei de rezecție



**Figura 22.** DPC Child: piesa de rezecție



**Figura 23.** DPC Child: anastomoza pancreaticojejunală T-T



**Figura 24.** DPC Child: anastomoza coledocojejunală T-L

net mai mare în ampulomul Vaterian față de cancerul capului de pancreas (2,3,4,5,6).

În ceea ce privește sexul, proporția F/B a fost de  $\frac{1}{4}$ , statistica noastră înregistrând o singură femeie diagnosticată cu o tumoră benignă (polip adenovilos) degenerată malign.

Particularitatea în mica noastră statistică a fost diversitatea diagnostică. Deși în toate cele 5 cazuri cu tumori maligne ale regiunii Vateriene (13,5 % din IMN) diagnosticul la internare, a gravitat în jurul suspiciunii de ampulom Vaterian, tumorile maligne ductale au fost diagnosticate în trei cazuri (8,1 % din IMN): două ampuloame Vateriene (5,4 % din IMN) și un colangiocarcinom (2,7 % din IMN); celelalte două tumori maligne (5,4 % din IMN) au avut ca punct de plecare papila duodenală: un caz (2,7%) de adenocarcinom de intestin subțire de tip papilar, moderat diferențiat și un caz (2,7%) cu polip adenovilos papilar cu transformare malignă.

În toate cazurile am procedat la DPC (tehnica Child) cu rezecția "în bloc" a complexului duodenopancreatic, cu



**Figura 25.** DPC Child: anastomoza gastrojejunală T-L



rezecția segmentară (retroduodenopancreatică) a coledocului (după colecistectomie), hemigastrectomie distală și ablația atmosferei celulo-ganglionare periduodenopancreatică

Explorarea CBP cu ajutorul coledocoscopului flexibil (obs nr. 4) confirmă și completează diagnosticul preoperator (evidențiind leziuni uneori nesuspectate clinic), poate preleva o biopsie, asigură controlul vizual permanent al manevrelor care se impun, oferind astfel condițiile unui act terapeutic optim.

Potențialul de transformare malignă a formațiunilor ampulare sau periamplare, pe lângă localizarea lor la nivelul răspântiei biliopancreatice, generatoare de icter și suferință pancreatică, reprezintă, în condițiile progreselor tehnice actuale, încă un argument în favoarea practicării DPC și în tumorile benigne cu o astfel de localizare, nefiind neapărat necesar examenul histopatologic preoperator pentru a argumenta indicația DPC (5, 7, 12, 14, 15).

În ceea ce privește limfadenectomia în cancerul regiunii ampulare, la pacienții operați s-a practicat ablația țesutului celuloganglionar de la nivelul primei stații de releu ganglionar (grupurile limfatice pancreaticoduodenale anterioare și posterioare, ganglionii pilorici și coledocieni, grupul ganglionar cefalopancreatic superior, inferior și corporeopancreatic) precum și ganglionii celei de-a doua stație (ganglionii hilului și pediculului hepatic, ganglionii periaortici între hiatusul esofagian și mezenterica inferioară și ganglionii hilului renal), exceptând ganglionii situați circumferențial la originea trunchiului celiac și ai arterei mezenterice superioare, evitând astfel (conform datelor din literatură) apariția sindromului diareic și a malnutriției postoperatorie (8, 14, 15, 16, 17). Durata intervenției a fost cuprinsă între 540 min (prima intervenție din experiența noastră) și 240 min (obs. nr. 2).

În evoluția postoperatorie imediată au fost înregistrate două complicații (40%), proporție conformă cu datele din literatura de specialitate care oferă procente între 14% și 57 % (1, 7, 8), rata acestora crescând cu vârsta (8, 9, 10, 11, 18, 19): într-un caz (obs. nr. 1) a survenit o hemoragie digestivă superioară (hematemeză) a 9-a zi postoperator, datorat unui defect de hemostază la nivelul anastomozei gatrojejunale care a necesitat reintervenție în vederea perfectării hemostazei (cu evoluție ulterioară favorabilă) iar în al doilea caz (obs. nr. 3) a survenit o colecție parietală abdominală (supraaponevrotică, limitată) care a necesitat drenaj a 12-a zi postoperator.

Nu au fost înregistrate decese intra sau postoperatorii imediate; în literatura de specialitate procentele privind mortalitatea postoperatorie variază între 0% și 6% (1, 5, 9, 12, 15, 16, 17). Durata de spitalizare a oscilat între 11 și 28 de zile, pacienții externându-se vindecați, cu excepția bolnavului diagnosticat cu colangiocarcinom la care s-a practicat doar o intervenție paleativă (coledocoduodenoanastomoză L-L) în vederea remiterii icterului. În literatura de specialitate durata medie de spitalizare este de 15 - 21 de zile (3, 8, 12, 16).

Internarea pentru control la un an de la operație constată o evoluție fără complicații în patru din cele cinci cazuri, pacientul cu colangiocarcinom decedând (probabil) în acest interval, prin evoluția afecțiunii neoplazice. Rezultă astfel o supraviețuire la un an în mica noastră statistică de 80%; Datele

din literatură oferă o supraviețuire postoperatorie la un an între 59% și 80% (12, 13) iar la 5 ani între 15 și 40%, cu o supraviețuire medie pentru tumorile ampulare de 44 de luni (16, 17). Supraviețuirile de lungă durată pot fi datorate, pe de o parte de existența neoplaziilor cu malignitate redusă (1, 9) iar pe de altă parte de apariția centrelor specializate în tratamentul acestor afecțiuni care, pe lângă perfectarea tehnicii, încadrarea histologică și stadializarea corectă a afecțiunii (2, 5), utilizează și o medicație adjuvantă modernă (gemcitabina, etc.). Din nefericire corespondența defectuoasă după primul an postoperator nu ne permite să formulăm aprecieri privind evoluția postoperatorie la distanță a pacienților noștri.

## Concluzii

1. DPC, operație complexă, cu risc operator crescut, dar prin conturarea speranței de radicalitate, reprezintă tratamentul optim al cancerului regiunii vateriene, vârsta înaintată nereprezentând o contraindicație.
2. Tumorile "benigne" ampulare și periamplare, atât prin localizarea generatoare de suferință biliopancreatică, dar mai ales prin potențialul de transformare malignă, în condițiile performanțelor tehnice actuale (care au indus scăderea ratei complicațiilor ca și a mortalității postoperatorii), pot beneficia de DPC, exerezele limitate fiind rezervate doar leziunilor cert benigne.

## Bibliografie

1. Angelescu N, Jitea N, Cristian D, Mircea N. Cancer of the head of the pancreas with a unique evolution. *Chirurgia (Bucur)*. 1996;45(3):129-32. [Article in Romanian]
2. Stroescu C, Ivanov B, Dragnea A, Dumitrașcu T, Ionescu M, Popescu I. Pancreaticoduodenectomy in elderly patients—a safe operation? *Chirurgia (Bucur)*. 2008;103(3):275-82. [Article in Romanian]
3. Târcoveanu E, Niculescu D, Geogescu ST, et al. Experiența Clinicii I Chirurgie Iași în tratamentul tumorilor pancreatice. *Rev Med Chir*. 2005;109 (suppl. 2):279-80.
4. Sohn TA, Yeo CJ, Cameron JL, Lillemoe KD, Talamini MA, Hruban RH, et al. Should pancreaticoduodenectomy be performed in octogenarians? *J Gastrointest Surg*. 1998;2(3):207-16.
5. Herter FP, Cooperman AM, Ahlborn TN, Antinori C. Surgical experience with pancreatic and periampullary cancer. *Ann Surg*. 1982;195(3):274-81.
6. Lerut JP, Gianello PR, Otte JB, Kestens PJ. Pancreaticoduodenal resection. Surgical experience and evaluation of risk factors in 103 patients. *Ann Surg*. 1984;199(4):432-7.
7. Popescu I, Popa C, Setlacec D. Tumorile duodenale. *Chirurgia (Bucur)*. 1992;51(2):413-6.
8. Kairaluoma MI, Kiviniemi H, Stahlberg M. Pancreatic resection for carcinoma of the pancreas and the periampullary region in patients over 70 years of age. *Br J Surg*. 1987;74(2):116-8.
9. Bud V, Copotou C, Coroș F, Budișcă O, Serba N. Pancreatic fistula after cephalic duodenopancreatectomy. Its incidence, significance and therapeutic characteristics. *Chirurgia (Bucur)*. 1998;93(1):23-6. [Article in Romanian]
10. Popescu I, Ciurea S, Sabau D. Duodenopancreatectomia cefalică. *Enciclopedia de Chirurgie*. 2005. p. 1-10.
11. Delcore R, Thomas JH, Hermreck AS. Pancreaticoduodenec-

- tomy for malignant pancreatic and periampullary neoplasms in elderly patients. *Am J Surg.* 1991;162(6):532-5; discussion 535-6.
12. Moldovanu R, Grecu F, Târcoveanu E, Georgescu S, Scripcariu V, Niculescu D. Pancreaticoduodenectomy for pancreatic head cancer, 54 cases. *Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi.* 2007;111(2):402-15. [Article in Romanian]
  13. Richter A, Niedergethmann M, Sturm JW, Lorenz D, Post S, Trede M. Long-term results of partial pancreaticoduodenectomy for ductal adenocarcinoma of the pancreatic head: 25-year experience. *World J Surg.* 2003;27(3):324-9. Epub 2003 Feb 27.
  14. Neoptolemos JP, Russell RC, Bramhall S, Theis B. Low mortality following resection for pancreatic and periampullary tumours in 1026 patients: UK survey of specialist pancreatic units. UK Pancreatic Cancer Group. *Br J Surg.* 1997;84(10):1370-6.
  15. Makary MA, Winter JM, Cameron JL, Campbell KA, Chang D, Cunningham SC, et al. Pancreaticoduodenectomy in the very elderly. *J Gastrointest Surg.* 2006;10(3):347-56.
  16. Bathe OF, Levi D, Caldera H, Franceschi D, Racz L, Patel A, et al. Radical resection of periampullary tumors in the elderly: evaluation of long-term results. *World J Surg.* 2000;24(3):353-8.
  17. Böttger TC, Junginger T. Treatment of tumors of the pancreatic head with suspected but unproved malignancy: is a nihilistic approach justified? *World J Surg.* 1999;23(2):158-62; discussion 162-3.
  18. Yeo CJ, Cameron JL, Lillemoe KD, Sohn TA, Campbell KA, Sauter PK, et al. Pancreaticoduodenectomy with or without distal gastrectomy and extended retroperitoneal lymphadenectomy for periampullary adenocarcinoma, part 2: randomized controlled trial evaluating survival, morbidity, and mortality. *Ann Surg.* 2002 Sep;236(3):355-66; discussion 366-8.
  19. Riall TS, Cameron JL, Lillemoe KD, Campbell KA, Sauter PK, Coleman J, et al. Pancreaticoduodenectomy with or without distal gastrectomy and extended retroperitoneal lymphadenectomy for periampullary adenocarcinoma - part 3: update on 5-year survival. *J Gastrointest Surg.* 2005;9(9):1191-204; discussion 1204-6.