

FICHE D'INFORMATON PATIENT



PANCREATECTOMIE

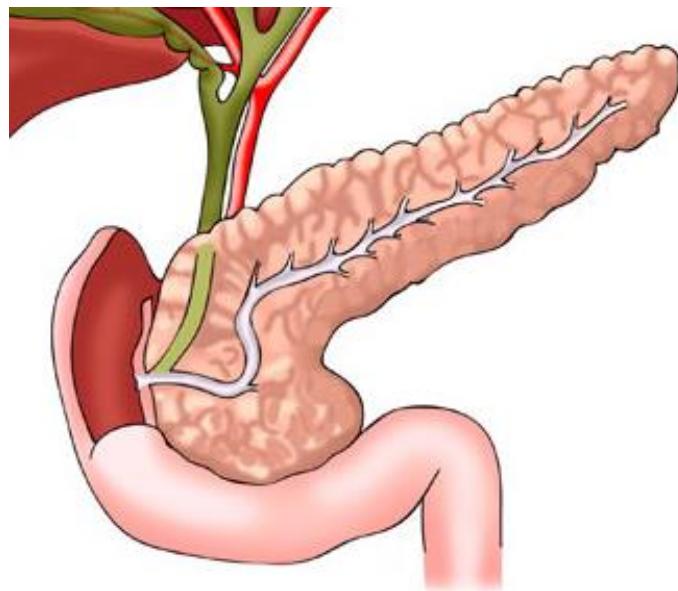
Le but de cette notice est de vous permettre d'avoir les informations concernant votre intervention chirurgicale. N'hésitez pas à interroger votre chirurgien pour toute information complémentaire. Ces informations complètent et ne se substituent pas à l'information spécifique qui vous a été délivrée par celui-ci. Cette fiche n'est pas exhaustive en ce qui concerne les risques exceptionnels.

Généralités

Le pancréas est une glande abdominale qui produit des hormones telle que l'insuline (fonction endocrine) et des sucs digestifs (fonction exocrine). Il fait partie du tube digestif auquel il est relié par un canal (canal pancréatique principal ou canal de Wirsung) qui se jette au niveau du duodénum. La chirurgie du pancréas est souvent complexe en raison : 1) de la situation anatomique particulière de cette glande au carrefour entre les voies biliaires, le circuit digestif et les principaux vaisseaux des viscères abdominaux (tronc cœliaque, artère mésentérique supérieure, veine cave et veines du système mésentérico-porte) ; 2) de la nature même de la glande, qui est souvent friable, fragile et délicate à suturer.

Où est situé le pancréas?

Le pancréas est situé dans l'abdomen, au niveau du rétropéritoine (en arrière de l'estomac), en avant des gros vaisseaux (aorte et veine cave inférieure).



But de l'intervention

L'ablation d'une portion du pancréas s'adresse à des patients porteurs de pathologies bénignes (kyste), potentiellement malignes (tumeurs kystiques) ou malignes (cancer). Le but de l'opération est d'enlever une portion du pancréas touché par une lésion en préservant le reste du parenchyme qui est sain.

Selon la portion de pancréas qui est enlevée, on parle de duodénopancréatectomie céphalique (lorsque la lésion est située dans la tête du pancréas) ou de pancréatectomie gauche (ou caudale) (lorsque la lésion est située dans le corps ou la queue du pancréas) parfois associée à une résection combinée de la rate. Pour certaines tumeurs bénignes ou potentiellement malignes, des résections plus limitées, comme par exemple une énucléation ou un pancréatectomie centrale peuvent être proposées.

Comment se déroule l'opération

Le patient est hospitalisé le plus souvent la veille de l'intervention. La préparation est standard en vérifiant que le dossier est bien complet avec en particulier une carte de groupe et un bilan sanguin récent. L'intervention est parfois longue (jusqu'à 6-8 heures) et la surveillance initiale est assurée par l'équipe de salle de réveil ou par les soins intensifs. Avant la réalisation d'une pancréatectomie gauche, on proposera le plus souvent une vaccination préopératoire si on pense qu'une ablation de la rate (splénectomie) peut être nécessaire (pour prévenir les infections à certains germes comme le pneumocoque plus fréquentes après splénectomie).

Une check-list obligatoire, réalisée immédiatement avant l'intervention, participe à votre sécurité. En particulier lors de cette check-list, est vérifiée votre identité et l'installation sur la table d'opération.

L'incision est classiquement une grande incision de l'abdomen (laparotomie) sous le rebord costal droit, plus ou moins élargie à gauche ou à la partie médiane de l'abdomen. Le développement de la laparoscopie (encore appelée cœlioscopie ou chirurgie mini-invasive) a bouleversé la chirurgie digestive conventionnelle car elle réduit la morbidité et les séquelles pariétales en permettant d'accéder à la cavité abdominale par de petites incisions permettant le passage des instruments chirurgicaux et d'une optique pour la caméra. La cœlioscopie consiste à gonfler l'abdomen par du gaz puis à y introduire par des cicatrices centimétriques les instruments sous contrôle d'une caméra vidéo elle aussi introduite dans l'abdomen.

L'opération débute par la vérification de l'anatomie de la région pancréatique, de l'absence de nouvelles lésions en particulier dans le foie (qui seraient apparues depuis le dernier examen d'imagerie) et de la possibilité de retirer la tumeur par le chirurgien.

Le chirurgien doit ensuite libérer et parfois sectionner les organes autour du pancréas (estomac, canal bilaire, vésicule) puis contrôler les différents vaisseaux qui entourent le pancréas, pour limiter le saignement. L'absence de saignement est vérifiée avant la fermeture de la paroi abdominale.

Le chirurgien met en place dans la majorité des cas en fin d'opération un ou plusieurs drains dans l'abdomen (plat ou tubulaire) afin de surveiller l'absence de fuite de liquide pancréatique, d'écoulement de bile, de collection de sang, et sinon en permettre l'évacuation. Ces drains seront mobilisés progressivement (en tirant dessus) puis enlevés après quelques jours lorsqu'ils ne seront plus utiles.

Suites habituelles

A son réveil, le patient a le plus souvent une sonde gastrique qui passe par le nez, une sonde vésicale, et une perfusion de type cathéter central pour assurer sa nutrition et son hydratation jusqu'à sa reprise du transit. Les drains (lame multitubulée ou tube) sont extériorisés dans le flanc droit et/ou gauche. Le liquide qui s'extériorise à ce niveau fait l'objet d'une surveillance particulière par le chirurgien et l'équipe soignante. Initialement, si le liquide est clair (ou trouble), il peut s'agir d'une fistule pancréatique (qui correspond à une fuite de liquide pancréatique à côté de la suture). S'il y a du sang dans la poche de recueil, cela traduit soit l'évacuation d'un peu de sang résiduel, soit une hémorragie. S'il s'agit de bile, l'anastomose entre le canal bilaire et le petit intestin n'est peut-être pas tout à fait étanche et le drainage sera à laisser en place plus longtemps. Les prises de sang permettent de contrôler l'hémoglobine pour démasquer un saignement à bas bruit qui peut entraîner un hématome dans le ventre. En cas d'anomalie, un scanner abdominal sera demandé.

Dans la mesure où le pancréas est stimulé par l'alimentation, celle-ci sera reprise très progressivement et parfois tardivement. Il n'y a habituellement pas de régime nécessaire après cette opération.

Que l'intervention ait lieu par cœlioscopie ou par laparotomie, il est contre-indiqué de pratiquer du sport ou des efforts physiques importants pendant le mois qui suit l'intervention. Ceci a pour but de permettre à la paroi abdominale et aux muscles de cicatriser.

La sortie du patient est prévue entre 10-15 jours après l'intervention en l'absence de complications avec un arrêt de travail habituellement de 1 mois. Le traitement anticoagulant est poursuivi pendant 4 semaines.

Après le retour à domicile qui peut être envisagé précocement en présence de signes de favorables souvenez-vous que l'usage de certains antalgiques contre indique la conduite de véhicules.

Risques en rapport avec l'opération

Risques pendant l'opération

Hémorragie

Le pancréas est un organe profond, entouré de nombreux vaisseaux, et l'hémorragie est le principal risque per-opératoire. Une transfusion sanguine peut être nécessaire. La maîtrise de cette hémorragie peut amener le chirurgien à modifier le déroulement de l'opération pour réparer le ou les vaisseaux endommagés.

Risques après l'intervention

Fistule pancréatique

Il s'agit d'un écoulement de liquide pancréatique en dehors de la suture, qui survient dans 2 à 40% des cas, selon le type de résection, la nature de la pathologie et les caractéristiques du pancréas. Elle survient le plus souvent dès les premiers jours postopératoires. Le risque est l'apparition d'abcès, et d'hémorragie. En effet, le liquide pancréatique est riche en enzymes dont la principale fonction est de digérer les aliments et qui peuvent digérer la paroi des artères situées à proximité de la section du pancréas. Malheureusement, aucune mesure préventive n'a fait la preuve définitive et à grande échelle de son efficacité. Le traitement de la fistule pancréatique est très variable et peut consister simplement à maintenir le drain en place pendant plusieurs jours (semaines) mais dans certains cas, peut nécessiter la pose de drains par les radiologues ou les endoscopistes, et parfois peut conduire à une réintervention en urgence. L'objectif de cette intervention est de drainer les collections abdominales et/ou de stopper l'hémorragie.

Hémorragie

Une hémorragie complique entre 3 et 15% des pancréatectomies. On distingue habituellement les hémorragies « précoces » survenant dans les 24 à 72h et les hémorragies « tardives ». Les hémorragies « précoces » nécessitent, en plus des mesures de réanimation, une réintervention pour arrêter le saignement. Les hémorragies « tardives », survenant au-delà des 72 premières

heures postopératoires, sont associées le plus souvent à une fistule pancréatique. Dans cette situation, une embolisation de l'artère qui saigne par l'équipe de radiologie peut permettre de traiter cette hémorragie sans réintervention chirurgicale. Une réintervention peut cependant s'avérer nécessaire du fait d'une instabilité hémodynamique ou des complications infectieuses associées.

Fistule biliaire

Il s'agit d'un écoulement de bile au travers de l'anastomose hépatico-jéjunale qui survient dans 1 à 5% des cas. Le plus souvent, cette fistule est bien tolérée et drainée par le drainage laissé en fin d'intervention.

Troubles de la vidange de l'estomac

Ils se traduisent par des vomissements à la réalimentation et la nécessité de remettre en place une sonde d'aspiration naso-gastrique.

Insuffisance pancréatique et diabète

En fonction de l'étendue et du type de résection pancréatique, il est possible d'observer l'apparition de signes cliniques de malabsorption. Le pancréas (surtout sa partie gauche) sécrète aussi de l'insuline et la surveillance post opératoire comportera donc des dosages glycémiques réguliers à la recherche d'un diabète induit par l'intervention.

Infection

Malgré les précautions d'asepsie et les antibiotiques administrés préventivement au début de l'opération, une infection du site opératoire (cicatrice, intérieur de l'abdomen) peut survenir. Suivant son type superficiel ou profond et sa sévérité elle fait l'objet d'un traitement adapté : antibiotiques, évacuation, ponction radiologique, chirurgie de drainage.

Phlébite, embolie

Malgré les précautions prises : bas de contention, piqûres d'anticoagulants... une phlébite peut survenir car l'immobilisation et certaines chirurgies et maladies favorisent leur apparition.

Autres complications

Des complications autres peuvent survenir en raison de votre état de santé antérieur sur d'autres organes qui n'ont pas de relation directe avec l'intervention.

Après votre retour au domicile la survenue de certains signes doivent vous conduire à contacter votre chirurgien sans attendre la consultation postopératoire: essoufflement, douleurs abdominales aigues ou intenses, fièvre, douleurs des épaules en particulier à droite, jaunisse.