

CHU de Nantes

livret d'information

destiné aux patients

La pancréatectomie gauche ou spléno- pancréatectomie

CHU de Nantes

Institut des maladies de l'appareil digestif

1 place Alexis Ricordeau – 44 000 Nantes

Madame, Monsieur,

*L'équipe médicale et soignante met à votre disposition ce livret d'information **sur la pancréatectomie gauche ou spléno-pancréatectomie gauche (PG/SPG)**. Nous souhaitons que ce document vous apporte les réponses à vos interrogations. N'hésitez pas à nous solliciter pour avoir des informations complémentaires à celles que vous avez déjà. Nous restons à votre entière disposition.*

Généralités

Les pancréatectomies gauches consistent à l'ablation de la partie gauche du pancréas. Elles sont indiquées pour des tumeurs malignes ou bénignes ou des pathologies non tumorales du pancréas gauche. Lorsqu'elles sont effectuées pour des tumeurs malignes ou des lésions inflammatoires évoluées (pancréatite chronique compliquée), elles peuvent être associées à l'ablation de la rate. C'est la spléno-pancréatectomie gauche.

Comment se déroule l'intervention ?

Vous serez hospitalisé la veille de l'opération afin de vérifier que votre dossier est complet avec en particulier une carte de groupe sanguin et un bilan biologique récent.

Une check-list est réalisée immédiatement avant l'intervention afin de vérifier votre identité, votre installation et le matériel nécessaire à l'opération.

L'intervention est réalisée sous anesthésie générale accompagnée parfois d'une anesthésie péridurale.

Les pancréatectomies gauches peuvent être faites par cœlioscopie, c'est à dire par l'intermédiaire de petits orifices réalisés dans la paroi abdominale, dans lesquels sont introduits une caméra et les instruments ou par laparotomie sous costale gauche.

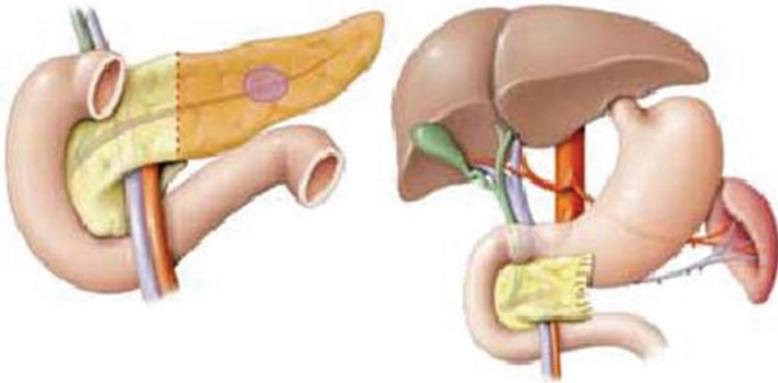
L'intervention dure entre 2 et 4 heures.

L'intervention débute par une exploration de la cavité abdominale afin de rechercher une contre-indication à l'ablation de la tumeur : extension de la tumeur au foie, au péritoine, à l'artère mésentérique supérieure, au tronc cœliaque.

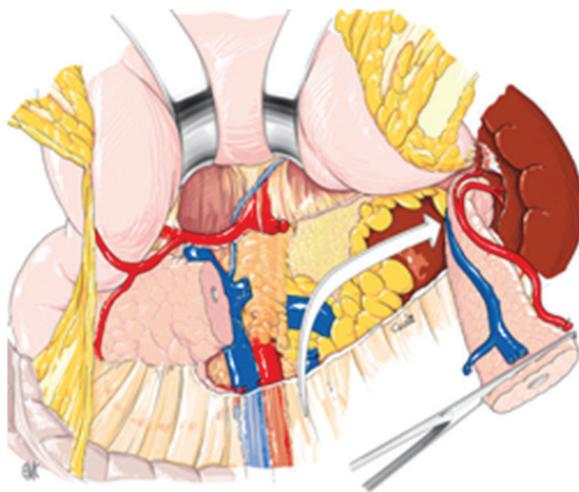
L'estomac est récliné vers le haut permettant d'aborder la loge pancréatique. Le pancréas est sectionné en regard de la veine porte par une pince automatique. La veine et l'artère spléniques (vascularisant la rate) sont sectionnées selon les indications opératoires et en cas de splénectomie associée.

Le pancréas gauche est alors mobilisé de la droite vers la gauche. La rate est libérée de l'estomac et de ses attaches péritonéales.

L'intervention est terminée par la pose d'un système de drainage au contact de la tranche pancréatique afin d'identifier une fistule pancréatique, c'est à dire l'écoulement de liquide pancréatique par la tranche, liée à une mauvaise cicatrisation du pancréas.



***Réssection de la queue du pancréas
(généralement associée à une ablation de la rate :
spléno-pancréatectomie caudale)***



Comment se déroulent les suites de l'intervention ?

La durée d'hospitalisation dépend des suites opératoires, elle est en moyenne de 8 jours.

Vous serez hospitalisé en unité de soins intensifs pour 1 à 4 jours.

Pendant cette période l'équipe va surveiller vos constantes (température, tension...) mais aussi :

- la douleur post-opératoire qui est traitée par des antalgiques en perfusion, par une pompe de morphine et par l'analgésie péridurale. Les médicaments sont adaptés en fonction de votre ressenti,

- la reprise de votre transit (gaz puis selles) qui guide le début de la réalimentation entérale (par sonde jéjunale),
- les drains afin de dépister une fistule pancréatique, un saignement,
- la sonde urinaire,
- la sonde gastrique.

Par la suite si l'évolution est favorable vous irez dans un service conventionnel pour une durée de 5 à 7 jours.

Quelles sont les complications ?

Complications précoces

Fistule pancréatique

C'est la complication principale de cette opération.

Il s'agit d'un écoulement de liquide pancréatique en dehors de la suture, qui survient dans 10 à 30% des cas, selon 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 ré intervention 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 72 h et les hémorragies « tardives ».

Les hémorragies « précoces » nécessitent, en plus des mesures de réanimation, une ré-intervention 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 ré intervention chirurgicale. Une ré-intervention peut cependant s'avérer nécessaire du fait d'une instabilité hémodynamique ou des complications infectieuses associées.

Hyper-plaquettose

L'ablation de la rate provoque en post-opératoire une élévation temporaire du taux de plaquettes qui peut justifier l'utilisation d'antiagrégants plaquet-taires (Aspirine)

Thrombose de la veine porte

La section de la veine splénique entraîne un risque de thrombose de la veine porte en post opératoire. Une échographie ou un scanner sera réalisé durant votre hospitalisation afin de la dépister.

Infection

Malgré les précautions d'asepsie et les antibiotiques administrés préventivement au début de l'opération, une infection du site opératoire (cicatrice, abcès intra-abdominal) 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.

Complications tardives

Insuffisance pancréatique exocrine

En fonction de l'étendue et du type de résection pancréatique, il est possible d'observer l'apparition de signes cliniques de malabsorption (selles grasses, perte de poids). Elle est liée à un manque d'enzymes pancréatiques dans l'intestin, dont le rôle est essentiellement l'absorption des graisses.

Insuffisance pancréatique endocrine

Le pancréas 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

L'ablation de la rate entraîne une susceptibilité accrue à certaines infections (Pneumocoque, méningocoque, Haemophilus...)

Ceci justifie en post-opératoire la prescription prophylactique quotidienne d'un antibiotique (pénicilline) par voie orale pendant au moins 2 ans et la vaccination systématique contre le pneumocoque, les méningocoques A et C et l'Haemophilus. Ces vaccins sont à réaliser soit 1 mois avant une intervention programmée avec splénectomie, soit 1 mois après la chirurgie. Elles justifient des rappels de vaccination tous les 5 ou 10 ans.

Votre sortie

Lors de votre sortie :

- Une ordonnance vous est remise comportant des antalgiques et des piqûres d'anticoagulant pour un moi.
- Un bilan biologique de surveillance de la nutrition et du diabète et un examen de selle pour la détection de l'insuffisance pancréatique exocrine.
- Les douches sont autorisées et il faut éviter les bains pendant 15 jours.
- Une consultation post opératoire est prévue à un mois.

L'analyse de la tumeur

Tout ce qui est retiré lors de l'intervention chirurgicale est transmis au service d'anatomopathologie pour être analysé.

Cet examen consiste à observer à l'œil nu puis au microscope les tissus afin de déterminer la nature de la tumeur, son extension et l'existence d'envahissement ganglionnaire autour de l'organe retiré.

En cas de cancer cela permet de donner le stade de la maladie afin de décider si une chimiothérapie est nécessaire après la chirurgie.

Cette analyse demande 10 à 15 jours et le résultat peut ne pas être connu au moment de votre sortie.