

CHU de Nantes
livret d'information
destiné aux patients

La pancréa- tectomy

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**. 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

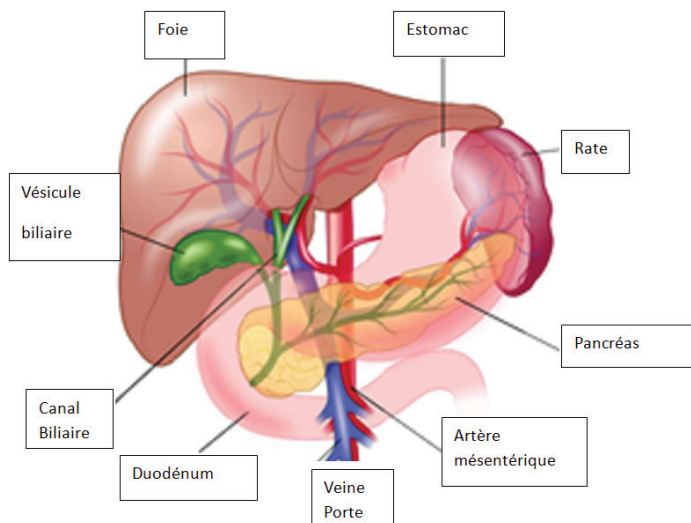
Le pancréas est une glande abdominale située en arrière de l'estomac et en avant des gros vaisseaux de l'abdomen (aorte et veine cave).

Cette glande a deux rôles :

- Sécrétion d'hormone (fonction endocrine) principalement l'insuline. Ces hormones régulent le taux de sucre et circulent dans les vaisseaux sanguins.
- Sécrétion de sucs digestifs (fonction exocrine) qui participent à la digestion des aliments grâce aux enzymes qu'ils contiennent. Ils circulent dans des canaux (canal de Wirsung) qui se jette dans le duodénum en commun avec le canal de la bile qui vient du foie.

Cette glande est au carrefour entre les canaux (biliaire et pancréatique), le duodénum et les principaux vaisseaux des viscères de l'abdomen.

Elle est friable, fragile et difficile à suturer.



La duodéno-pancréatectomie céphalique (DPC)

La duodéno-pancréatectomie céphalique (DPC) consiste en l'ablation, en monobloc, de la tête du pancréas, du duodénum, de la partie terminale de l'estomac (l'antre gastrique) et la partie terminale de la voie biliaire principale (VBP).

Elle est réalisée principalement pour des tumeurs malignes localisées dans la tête du pancréas. Elle est également effectuée pour les cancers de la voie biliaire principale (cholécystique), les tumeurs de l'ampoule de Vater (zone commune au canal biliaire et pancréatique) et des cancers du duodénum.

Elle est réalisée pour des tumeurs potentiellement malignes (sans preuve formelle)

Elle est également parfois réalisée dans les pancréatites chroniques compliquées ou les tumeurs bénignes kystiques de la tête du pancréas.

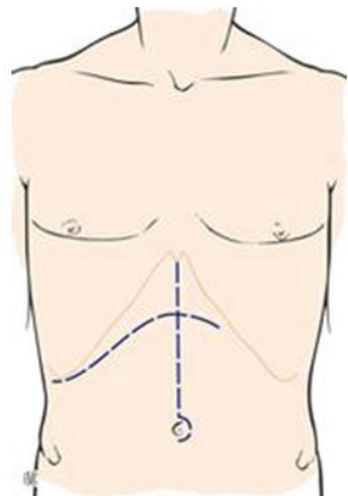
Comment se déroule l'intervention ?

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. Elle dure entre 5 et 7 heures.

La voie d'abord est une incision bi sous costale.



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.

L'intervention est ensuite réalisée. Le canal cholédoque est sectionné à sa partie haute. L'estomac est sectionné à sa partie terminale. Le pancréas est ensuite sectionné au niveau de l'isthme. L'intestin grêle est sectionné juste après le duodénum.

Vient ensuite le temps du rétablissement de la continuité. On débute en suturant le pancréas à l'estomac ou à l'intestin grêle. Le rétablissement de continuité sur la voie biliaire et l'estomac est réalisé à l'aide de l'intestin grêle. Son extrémité va être cousue (anastomosée) d'abord à la voie biliaire (anastomose hépatico-jéjunale) puis à l'estomac (anastomose gasto-jéjunale).

L'intervention se termine par la mise en place d'une sonde d'alimentation entérale (dans l'intestin) et de la pose de drains dont le but est de détecter les fuites de liquide pancréatique ou biliaire.



Comment se déroulent les suites de l'intervention ?

La durée d'hospitalisation dépend des suites opératoires, elle est en moyenne de 3 semaines.

Vous serez hospitalisé en réanimation pour 24-48h pour surveiller une éventuelle hémorragie puis en unité de soins intensifs pour 5 à 7 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 12 à 15 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 72h 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.

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 drain laissé en fin d'intervention.

Gastroparésie

Elle correspond à des troubles de la vidange de l'estomac.

Ces troubles se traduisent par des vomissements à la réalimentation et la nécessité de remettre en place une sonde d'aspiration nasogastrique. La durée avec la sonde peut être longue.

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.

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 doit vous conduire à contacter votre chirurgien sans attendre la consultation post-opératoire : essoufflement, douleurs abdominales aiguës ou intenses, fièvre, douleurs des épaules en particulier à droite, jaunisse.

Votre sortie

Lors de votre sortie :

- Une ordonnance vous est remise comportant des antalgiques et des piqûres d'anticoagulants pour un mois.
- Un bilan biologique de surveillance de la nutrition et du diabète et un examen des selles 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.

CHU de Nantes
livret d'information



**CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE DE NANTES**

CHU de Nantes
www.chu-nantes.fr

Centre hospitalier universitaire

5 allée de l'île Gloriette – 44093 Nantes Cedex 1

Pôle direction générale – Service communication – nov. 2018