

INFORMATION PRÉOPÉRATOIRE

CHIRURGIE DU PANCRÉAS / PANCRÉATECTOMIE

➤ PRATICIEN

Nom :

Adresse :

N° RPPS :

➤ PATIENT

Nom :

Prénom :

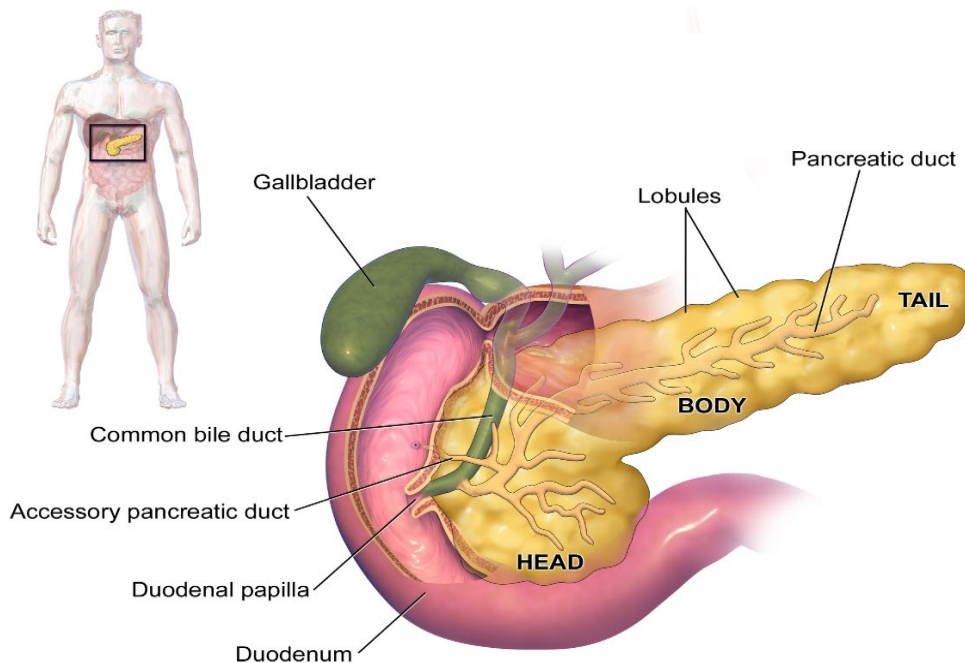
LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES DU PANCRÉAS

Le but de cette note est de vous permettre d'avoir les informations concernant votre intervention. Votre cas personnel peut ne pas y être parfaitement représenté. N'hésitez pas à interroger votre praticien pour toute information complémentaire. Ces informations complètent et ne se substituent pas à l'information personnalisée qui vous a été délivrée par celui-ci. Cette fiche n'est pas exhaustive en ce qui concerne les risques exceptionnels.

SITUATION ANATOMIQUE ET RÔLE DU PANCRÉAS

Le pancréas est situé dans la partie haute et postérieure de la cavité abdominale. Il a une forme allongée transversalement, et s'étend du duodénum à la rate. Il est situé entre l'estomac en avant et les première et deuxième vertèbres lombaires en arrière. Il a une consistance ferme et un aspect granuleux. Il mesure 18 cm de long, 3 cm de large et 4 cm de haut, et pèse environ 70 g. Le pancréas est parcouru par deux conduits principaux : le conduit pancréatique principal, canal de Wirsung et le conduit pancréatique accessoire, canal de Santorini. C'est une glande mixte, avec une fonction exocrine qui produit le suc pancréatique et qui a une fonction de digestion, et avec une fonction endocrine, laquelle produit et sécrète des hormones aux fonctions variées (glucagon, insuline, somatostatine et polypeptide pancréatique).

POSITION ET PRINCIPAUX RAPPORTS ANATOMIQUES DU PANCRÉAS



Blaesen.com staff (2014). Medical gallery of Blaesen Medical 2014;. WikiJournal of Medicine 1 (2). DOI:10.15347/wjm/2014.010. ISSN 2002-4436. — Travail personnel, CC BY 3.0, <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=28909219>

POURQUOI INTERVENIR SUR LE PANCRÉAS

L'ablation d'une portion du pancréas s'adresse à des patients porteurs de pathologies bénignes (kyste), potentiellement malignes (tumeurs kystiques), malignes (cancer), ou de tumeurs endocriniennes responsables de sécrétions hormonales pathologiques. L'objectif de l'intervention est d'enlever une portion du pancréas touché par une lésion en préservant le reste du parenchyme qui est sain, et dans certains cas en n'enlevant que la lésion en préservant l'intégrité du pancréas.

Selon la portion de pancréas qui est enlevée, on parle de duodéno pancréatectomie céphalique lorsque la lésion est située dans la tête du pancréas car il est alors nécessaire d'enlever conjointement le duodénum dont il est indissociable, ou de pancréatectomie gauche ou caudale lorsque la lésion est située dans le corps ou la queue du pancréas, résection parfois associée à une ablation combinée de la rate (on parle alors de spléno-pancréatectomie). Pour certaines tumeurs bénignes ou potentiellement malignes, des résections plus limitées, comme par exemple une énucléation ou une pancréatectomie centrale peuvent être proposées.

La chirurgie du pancréas a la réputation d'être complexe, car le pancréas est un organe difficile d'accès dans l'abdomen, entouré d'organes fragiles et de nombreux gros vaisseaux. Son abord chirurgical est parfois difficile.

AVANT L'INTERVENTION

Le chirurgien et l'anesthésiste évalueront votre état de santé. Un bilan préopératoire validera l'indication chirurgicale (avec réalisation d'examen adaptés à votre pathologie : Scanner et/ou IRM, échographie, dosages sanguins ...). En cas de cancer, une RCP (Réunion de Concertation Pluridisciplinaire) de cancérologie précisera les modalités éventuelles d'un traitement préalable à la chirurgie (chimiothérapie) et évoquera les alternatives éventuelles à la chirurgie (chimiothérapie...). Votre capacité à subir l'intervention (bilan anesthésique, cardiologique, pneumologique éventuel...) sera évaluée. Une date d'intervention vous sera alors proposée.

COMMENT SE DÉROULE L'INTERVENTION ?

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

Les principes de la chirurgie sont les mêmes quelle que soit la voie d'abord. L'opération est très codifiée dans ses étapes. Dans certains cas, pour des lésions endocriniennes, une échographie permet de localiser précisément la position de la lésion. La chirurgie du pancréas nécessite un accès à la cavité abdominale qui peut se faire par coelioscopie (caméra) avec quelques petites incisions centimétriques dont la position varie selon le segment de pancréas réséqué ou par laparotomie (chirurgie ouverte). La coelioscopie ou laparoscopie réalise l'opération par des petites cicatrices, mais n'est pas toujours réalisable. L'opération peut être modifiée en cours de procédure et nécessiter une ouverture classique en laparotomie (conversion), ou être effectuée d'emblée par un tel abord. Les incisions de laparotomie sont souvent de grande taille pour accéder au pancréas profondément situé. Ces incisions sont classiquement sous le rebord costal droit, plus ou moins élargie à gauche ou à la partie médiane de 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 va ensuite libérer et parfois sectionner les organes autour du pancréas (estomac, canal biliaire, vésicule) puis contrôler les différents vaisseaux qui entourent le pancréas, pour limiter le saignement.

En fin de procédure, le chirurgien peut appliquer des produits complétant « l'étanchéité » de la zone du pancréas sectionnée (colle, compresses hémostatiques ...). L'absence de saignement et/ou de fuite de bile et de liquide pancréatique est vérifiée avant la fermeture de la paroi abdominale.

Le chirurgien peut, selon les circonstances mettre en place en fin d'opération un drain dans l'abdomen qui permet drainer des écoulements éventuels et assurer un contrôle de la cavité de l'abdomen. Ces drains assurent une sécurité en cas de fuite de liquide pancréatique. Ces drains seront retirés par simple traction après quelques jours, mais peuvent rester en place plusieurs semaines en cas de fuite de liquide pancréatique.

QUELS SONT LES RISQUES DE L'INTERVENTION ?

- 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.

- Compression nerveuse

Les équipes chirurgicale et anesthésique sont attentive au bon positionnement du patient et des membres pour éviter toute compression des nerfs ou des parties molles pendant l'intervention et l'anesthésie. Toutefois, des zones de compression prolongées peuvent apparaître compte tenu de la durée de l'intervention. Lorsqu'un nerf a été comprimé pendant quelque temps, des sensations d'engourdissements ou de fourmillements peuvent être ressenties dans la zone correspondant au nerf. Ces troubles disparaissent habituellement en quelques semaines, sans séquelle, mais une gêne peut persister.

- Blessure des organes de voisinage

La chirurgie du pancréas implique beaucoup d'organes de voisinage. Ainsi, cette chirurgie impose « d'écarter » les organes de proximité, l'estomac, le duodénum, le colon, l'intestin grêle qui peuvent être lésés par ces manœuvres. L'introduction des instruments de coelioscopie peut aussi occasionner une plaie d'un organe de l'abdomen, parfois de façon invisible au cours de l'intervention.

La nécessité d'enlever les ganglions en cas de cancer implique de disséquer de nombreux gros vaisseaux qui peuvent être blessés.

QUELLES SONT LES SUITES DE L'INTERVENTION ?

La reprise de l'alimentation se fait rapidement, souvent le soir de l'intervention. La reprise du transit, gaz puis selles, intervient dans les jours post-opératoires.

Il n'y a habituellement pas de régime nécessaire après cette opération.

En l'absence de complications, le retour à domicile se fait après quelques jours de surveillance.

A son réveil, le patient peut avoir 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 sont extériorisés dans le flanc droit et/ou gauche. Si du liquide atypique s'extériorise, il fait l'objet d'une surveillance par le chirurgien et l'équipe soignante. Le liquide peut être clair ou trouble. Il peut traduire une fistule pancréatique (qui correspond à une fuite de liquide pancréatique à côté de la suture). Du sang évoque l'évacuation de sang résiduel, ou une hémorragie. S'il s'agit de bile, l'anastomose entre le canal biliaire 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.

QUELS SONT LES RISQUES AU DÉCOURS DE L'INTERVENTION ?

- Fistule pancréatique (Fuite de liquide 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.

- Fistule biliaire (Fuite de bile)

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.

- Hémorragie

Une hémorragie peut survenir dans les jours qui suivent la chirurgie. Elle complique 3 à 15% des pancréatectomies. On distingue les hémorragies « précoces » survenant dans les 24 à 72h impliquant souvent une réintervention précoce, et les hémorragies « tardives ». Les hémorragies « précoces » nécessitent souvent, en plus des mesures de réanimation, une réintervention pour arrêter le saignement. Les hémorragies « tardives », survenant après 72 heures, sont souvent associées à une fistule pancréatique. Elle peut nécessiter un traitement en radiologie interventionnelle (embolisation) ou une réintervention chirurgicale du fait d'une instabilité hémodynamique ou des complications infectieuses associées.

- Infection

Malgré les précautions d'asepsie et les antibiotiques administrés préventivement au début de l'opération, une infection peut survenir. Son traitement sera adapté à son type, superficiel ou profond et sa sévérité : antibiotiques, évacuation par différentes méthodes incluant une ou plusieurs ponctions radiologiques, et parfois une chirurgie de drainage.

- Troubles de la vidange de l'estomac

Ce sont des troubles qui se manifestent par des vomissements lors de la réalimentation. Ils requièrent 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. Cela peut se traduire par des diarrhées graisseuses.

Le pancréas sécrète aussi de l'insuline. La surveillance post opératoire comportera habituellement des dosages glycémiques à la recherche d'un diabète induit par l'intervention.

- Phlébite, embolie

Une phlébite, définie par l'apparition d'un caillot dans une veine profonde, voire une embolie pulmonaire définie par la migration d'un tel caillot dans les poumons, sont des complications rares en raison de la prévention systématique qui est réalisée par un traitement anticoagulant préventif et l'utilisation de contentions veineuses (bas de contention).

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

QUELS SONT LES RISQUES À LONG TERME ?

Pancréas et diabète

Il y a peu de séquelles qui peuvent apparaître à long terme.

Votre médecin traitant contrôlera votre glycémie pendant quelques mois. L'apparition de fièvre ou d'un ictère (jaunisse) doit vous amener à prendre contact avec votre médecin ou votre chirurgien, même longtemps après l'intervention, et surtout si elle a été difficile ou importante.

En cas d'ablation simultanée de la rate, et si cela n'a pas été effectué avant l'intervention, vos médecins proposeront de réaliser différentes vaccinations.

Après votre retour au domicile, la survenue de certains signes que vous jugez anormaux doivent vous conduire à contacter votre chirurgien sans attendre la consultation postopératoire : essoufflement, douleurs abdominales aiguës ou intenses, fièvre, douleurs sur les cicatrices, vomissements, absence de transit).

QUELQUES QUESTIONS QUE VOUS DEVEZ VOUS POSER OU POSER À VOTRE CHIRURGIEN AVANT DE VOUS DÉCIDER POUR UNE INTERVENTION

- Pourquoi doit-on opérer ?
- Puis-je attendre avant de me faire opérer ?
- Y a-t-il d'autres solutions que la chirurgie ?
- Que se passe-t-il si on n'opère pas ?
- Combien de temps dure l'intervention ? Et l'hospitalisation ?
- Quels sont les risques si on opère ?
- Me recommandez-vous de prendre un autre avis ?

Date de remise du document :

Date de la signature :

Signature du patient :

Attention : si vous ne retournez pas à votre chirurgien ces documents, dûment paraphés et signés attestant la remise de la fiche d'information préopératoire et du consentement éclairé, votre intervention ne pourra pas être pratiquée.