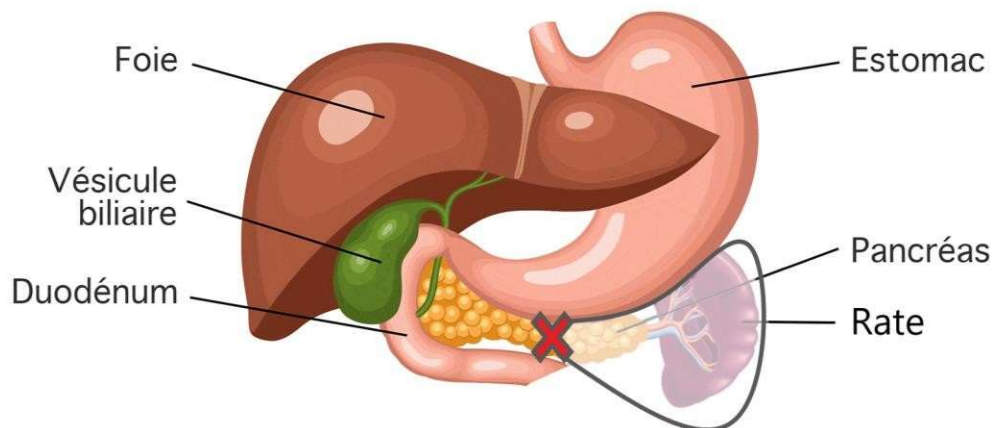


## FICHE D'INFORMATION PATIENT

### CHIRURGIE DE LA QUEUE DU PANCRÉAS

#### Qu'est-ce que c'est ?

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.



L'ablation d'une portion du pancréas s'adresse à des patients porteurs de pathologies bénignes (kystes), potentiellement malignes (tumeurs kystiques) ou malignes (cancer). Le but de l'opération est d'enlever la queue du pancréas touchée par une lésion en préservant le reste du parenchyme qui est sain. L'ablation de la rate (ou splénectomie) est réalisée dans le même temps pour compléter le curage.

#### Avant l'opération :

Avant la réalisation d'une pancréatectomie gauche, on proposera le plus souvent une vaccination préopératoire du fait de la splénectomie qui rend plus sensible aux infections par certains germes comme le pneumocoque, le méningocoque et l'haemophilus influenzae.

#### Comment se déroule l'opération ?

Le patient est hospitalisé le plus souvent la veille de l'intervention. L'intervention est parfois longue (jusqu'à 4-5 heures). L'incision est classiquement une grande incision de l'abdomen (laparotomie) 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 met en place dans la majorité des cas en fin d'opération un ou plusieurs drains dans l'abdomen afin de surveiller l'absence de fuite de liquide pancréatique, 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. La surveillance initiale est assurée par l'équipe de salle de réveil puis par l'Unité de Soins Continus avant un transfert dans le service de Chirurgie Digestive.

### Suites habituelles :

La reprise de l'alimentation se fait selon l'avis du chirurgien et peut être rapide. La reprise du transit par l'émission de gaz puis de selles intervient dans les jours postopératoires. 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.

### Risques pendant l'opération :

- **Blessure des organes de voisinage** : les organes voisins du pancréas sont digestifs (estomac, colon). Leur blessure accidentelle peut-être favorisée par la complexité de l'intervention ou des circonstances anatomiques imprévues.

- **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 40% des cas. 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.

- **Insuffisance pancréatique et diabète** : il est possible d'observer l'apparition des signes cliniques de malabsorption. Le pancréas (surtout sa partie gauche) sécrète 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.

**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 gauche.

Source : <https://www.fcvd.fr/fiches-info-patients/>