

Nom du service : Chirurgie générale et digestive

Intervention/traitement proposé : PANCREATECTOMIE

Objectif

L'ablation d'une portion du pancréas est réalisée pour traiter des pathologies bénignes (kystes), potentiellement malignes (tumeurs kystiques) ou malignes (cancer). L'objectif est d'enlever la partie affectée tout en préservant le reste du pancréas sain. Selon la localisation de la lésion, l'intervention peut être une duodénopancréatectomie céphalique (lorsque la lésion est dans la tête du pancréas) ou une pancréatectomie gauche (lorsque la lésion se trouve dans le corps ou la queue du pancréas), parfois associée à une résection de la rate. Pour certaines tumeurs bénignes ou potentiellement malignes, des résections plus limitées comme une énucléation ou une pancréatectomie centrale peuvent être proposées.

Nature

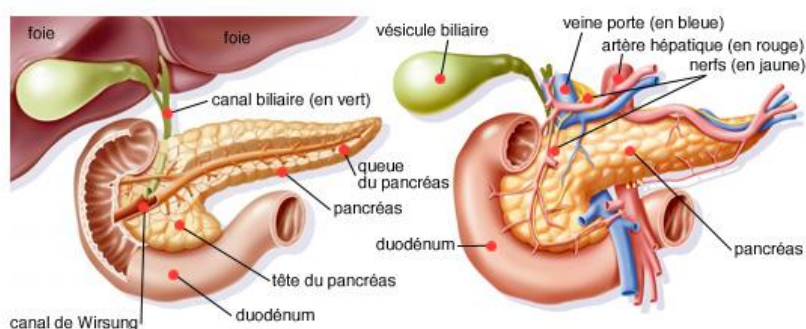
Généralités :

Le pancréas est une glande située dans l'abdomen qui a deux fonctions principales : une fonction endocrine (production d'hormones, comme l'insuline) et une fonction exocrine (sécrétion de sucs digestifs). Il fait partie du système digestif, étant relié au duodénum par le canal pancréatique principal, aussi appelé canal de Wirsung. La chirurgie du pancréas est complexe en raison de deux facteurs majeurs :

1. sa localisation particulière entre les voies biliaires, le système digestif et les principaux vaisseaux abdominaux (tronc cœliaque, artère mésentérique supérieure, veine cave inférieure, etc.) ;
2. sa structure fragile, qui le rend difficile à manipuler et à suturer.

Localisation du pancréas

Le pancréas est situé dans l'abdomen, derrière l'estomac, dans la région rétropéritonéale, juste devant les grands vaisseaux sanguins (aorte et veine cave inférieure).



anatomie générale du pancréas

Déroulement de l'opération

Le patient est généralement hospitalisé la veille de l'opération.

Avant l'intervention, une préparation standard est réalisée, comprenant la vérification du dossier médical, du groupe sanguin et des bilans biologiques. Si une splénectomie (ablation de la rate) est nécessaire, une vaccination avant l'opération peut être proposée pour prévenir les infections bactériennes fréquentes après cette intervention.

L'intervention commence par une vérification de l'anatomie de la région pancréatique et de l'absence de nouvelles lésions, en particulier dans le foie. Ensuite, le chirurgien libère et, si nécessaire, sectionne les organes voisins (estomac, canal biliaire, vésicule biliaire) et contrôle les vaisseaux sanguins afin de limiter le saignement. Un ou plusieurs drains sont généralement placés en fin d'opération pour surveiller d'éventuelles fuites de liquide pancréatique ou bile, ou pour évacuer des collections de sang. Ces drains sont retirés progressivement après quelques jours, lorsque leur rôle n'est plus nécessaire.

Durée

L'opération peut durer de 6 à 8 heures, et le patient est ensuite surveillé en salle de réveil ou en soins intensifs.

Risques pertinents

Risques pendant l'opération :

L'hémorragie est le principal risque pendant l'opération. Étant donné la localisation du pancréas, richement vascularisé, une transfusion sanguine pourrait être nécessaire si un vaisseau est endommagé. Le chirurgien pourrait alors ajuster la procédure pour maîtriser cette hémorragie.

Risques après l'opération :

- **Fistule pancréatique** : il s'agit de l'écoulement de liquide pancréatique en dehors de la suture, pouvant survenir dans 2 à 40% des cas. Ce liquide peut causer des complications comme des abcès ou des hémorragies. Le traitement peut inclure le maintien du drain, et dans certains cas, une réintervention peut être nécessaire.
- **Hémorragie** : elle survient dans 3 à 15% des cas, pouvant être précoce (dans les 72 premières heures) ou tardive (au-delà de 72 heures). Les hémorragies précoces nécessitent souvent une réintervention chirurgicale, tandis que les hémorragies tardives peuvent être traitées par embolisation radiologique.
- **Fistule biliaire** : elle concerne l'écoulement de bile et survient dans 1 à 5% des cas, généralement bien tolérée et drainée par les drains laissés après l'intervention.
- **Troubles de la vidange gastrique** : Des vomissements peuvent survenir lors de la réalimentation, nécessitant parfois la mise en place d'une sonde gastrique.
- **Insuffisance pancréatique et diabète** : Selon l'étendue de la résection, il peut y avoir une malabsorption ou un diabète induit par l'intervention, nécessitant une surveillance régulière de la glycémie.
- **Infection** : malgré les mesures d'asepsie, des infections postopératoires peuvent survenir, traitées par antibiotiques ou drainage.
- **Phlébite et embolie** : en dépit des mesures préventives, des risques de phlébite existent, notamment en raison de l'immobilisation post-opératoire.

Autres complications :

En fonction de la santé générale du patient, d'autres complications non liées directement à l'intervention peuvent survenir.

Après votre retour à domicile, en cas de symptômes tels que des douleurs abdominales aiguës, de la fièvre, des difficultés respiratoires, ou une jaunisse, il est important de consulter immédiatement votre chirurgien.

Soins de suivi

Après l'opération, le patient peut avoir une sonde gastrique, une sonde vésicale et une perfusion pour maintenir l'hydratation et la nutrition jusqu'à la reprise du transit. Les drains, souvent placés dans les flancs droit et/ou gauche, seront surveillés pour détecter des signes de fistules pancréatiques ou de saignements. Le patient suivra un contrôle de ses prises de sang et des examens complémentaires si nécessaire (comme un scanner abdominal) pour surveiller l'état post-opératoire.

L'alimentation est reprise très progressivement, car le pancréas est sensible aux stimuli alimentaires. En règle générale, il n'y a pas de régime alimentaire spécifique à suivre après cette intervention.

Après l'opération, il est recommandé d'éviter les efforts physiques ou le sport pendant un mois pour permettre une bonne cicatrisation des muscles et de la paroi abdominale.

La sortie de l'hôpital a lieu généralement entre 10 à 15 jours après l'intervention, en l'absence de complications. Un arrêt de travail de 1 mois est habituellement prescrit. Le traitement anticoagulant sera poursuivi pendant 4 semaines.

Répercussions financières

Contactez le Service Financier Patients

sfp@ghdc.be

060/11.07.00 (entre 08h30 et 14h00)

Site Les Viviers

Rue du Campus des Viviers, 1
6060 Gilly

Des permanences sont organisées les lundis et mardis de 8h30 à 12h et les mercredis et jeudis de 12h30 à 16h.

Durant les mois de juillet et août, une permanence est organisée les lundis et mardis de 08h30 à 12h et le jeudi de 12h30 à 16h.

Conséquences en cas de refus ou de retrait de consentement

Les conséquences d'une abstention chirurgicale peuvent être discutées avec vous.

Le chirurgien est à votre disposition pour toute information complémentaire

Référence bibliographique

<https://www.sfchirurgiedigestive.fr/fiche-information/la-pancreatectomie/> (consulté en avril 2025)

Rédaction	Validation	Vérification	Approbation
Dr Raffaele Calicis Médecin - Chirurgie digestive	Luana Di Stefano, Documentaliste	Dr Nicolas Tinton, Médecin chef de service Sarah Nyangore, Qualificienne	Dr Emmanuel Cambier, Médecin chef de pôle