

**Pôle ONCCHIRURGIE DIGESTIVE, UROLOGIE, GASTRO-ENTEROLOGIE, ORL et STOMATOLOGIE**

**Chirurgie viscérale et digestive**

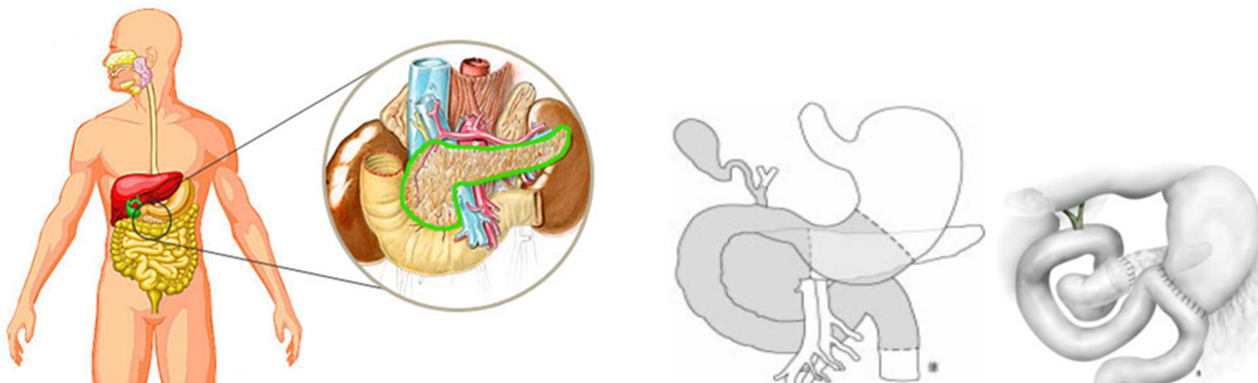
Chirurgie cancérologique, endocrinienne et bariatrique

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Le but de cette notice est de vous permettre d'avoir les informations concernant votre intervention. Ces informations complètent et ne se substituent pas à l'information spécifique qui vous a été délivrée. Cette fiche n'est pas exhaustive en ce qui concerne les risques exceptionnels.

**POURQUOI CETTE INTERVENTION ?**

Les examens ont permis de mettre en évidence une lésion de la partie proximale du pancréas (tête ou isthme), de la partie distale de la voie biliaire principale ou du duodénum dont le traitement repose sur la chirurgie.



**QUELS SONT LES RISQUES EN L'ABSENCE DE TRAITEMENT ?**

- Aggravation majeure
- Douleurs abdominales, ictère (= jaunisse), occlusion intestinale...
- Evolution d'une tumeur maligne au niveau loco-régional ou à distance.
- Métastases dans les organes voisins : foie, poumons, ...
- Le traitement par médicament ou par régime ne pourrait permettre aucune amélioration durable

**QUELLES SONT LES MODALITES OPERATOIRES POSSIBLES?**

L'intervention prévue est pratiquée sous **anesthésie générale**. L'anesthésiste vous précisera les modalités et les risques du procédé lors de votre consultation prochaine.

**Voie d'abord** : Incision bi sous-costale (ou parfois médiane). L'intervention peut être débuté par cœlioscopie (introduction d'une caméra et de petits instruments par l'intermédiaire de petites incisions dans l'abdomen distendu par du CO2) afin d'évaluer la nécessité du geste opératoire.

La procédure dépend de la nature et du siège de la lésion :

- **Duodéno pancréatectomie céphalique** : ablation (=exérèse =enlever) de la tête du pancréas et du duodénum suivi d'une reconstruction
- **Double dérivation biliaire et gastrique** : lorsque la lésion n'est pas résecable
- **En cas de lésion étendue à la veine porte** : résection veineuse associée.

## QUELS SONT LES RISQUES ?

### • Liés à l'intervention

- Hémorragie (7%) pouvant nécessiter une transfusion, une reprise chirurgicale ou une embolisation radiologique
- Hémorragie ou nécrose de la rate (en cas de conservation) nécessitant une splénectomie secondaire
- Abscesses de paroi
- Infection (15%)
- Eviscération
- Mortalité 5%
- A distance : Eventration post opératoire / Occlusion sur bride

### • Liés à la pancréatectomie :

- Fistule (30%) du moignon pancréatique par défaut de cicatrisation de la tranche pancréatique. Les conséquences sont multiples :
  - o Drainage prolongé
  - o Retard l'alimentation orale et alimentation parentérale (par les veines) prolongée
  - o Drainage radiologique ou endoscopique
  - o Reprise chirurgicale
  - o Prolongation de l'hospitalisation de plusieurs jours à plusieurs semaines
  - o Abscesses profonds ou péritonite post opératoire si fistule (lâchage des sutures) avec drainage ou reprise chirurgicale
- Diabète insulino – nécessitant (10%)
- Insuffisance pancréatique exocrine nécessitent une supplémentation en enzyme pancréatique

## QUELLES SONT LES CHANCES DE SUCCES ?

En cas de lésion maligne et de résection complète la chirurgie entraîne une amélioration significative de la survie. Seule l'évolution à long terme pourra confirmer une guérison. La récurrence ne peut pas être exclue.