

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

Chirurgie viscérale et digestive

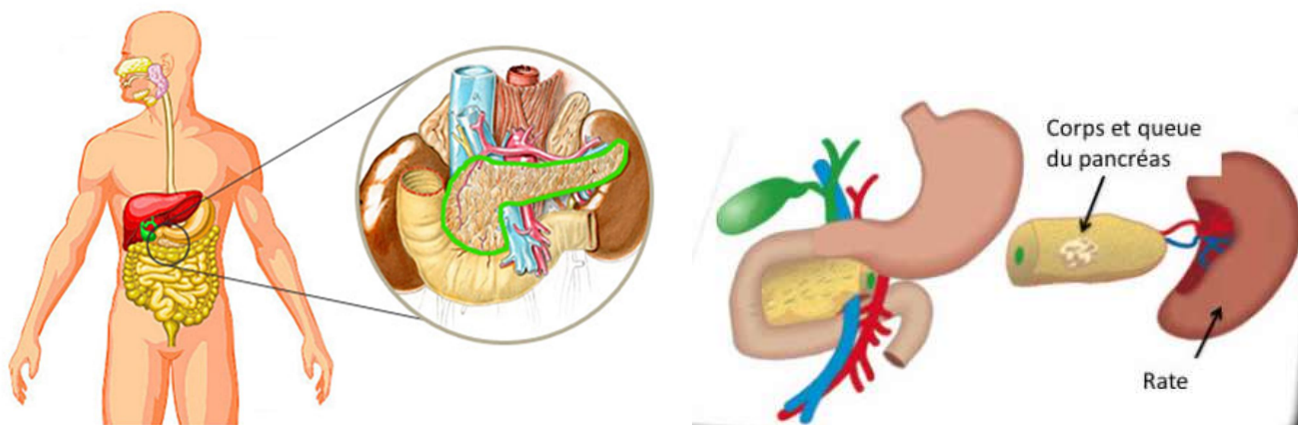
Chirurgie cancérologique, endocrinienne et bariatrique

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 de la partie distale du pancréas (corps ou queue) dont le traitement repose sur la chirurgie.



QUELS SONT LES RISQUES EN L'ABSENCE DE TRAITEMENTS ?

- Aggravation majeure
- Douleurs abdominales
- 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 médiane. Parfois l'intervention peut être débutée par une 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 ou la faisabilité par cette voie d'abord.

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

- **Spléno pancréatectomie gauche** : ablation (=exérèse =enlever) de la partie gauche du pancréas et de la rate.
- **Pancréatectomie gauche** : ablation de la partie gauche du pancréas et conservation de la rate
- **En cas de lésion étendue** une extension de l'exérèse en plus de la rate peut-être nécessaire aux organes de voisinage (colon, estomac, surrénale gauche et rein gauche). Cela peut entraîner des complications propres à chaque organe enlevé.

QUELS SONT LES RISQUES ?

• Liés à l'intervention

- Hémorragie 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
- Abscès de paroi
- Eviscération
- A distance : Eventration post opératoire / Occlusion sur bride
- Mortalité 0.5%

• Liés à la pancréatectomie :

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

• Liés à la splénectomie :

- Augmentation transitoire post-opératoire du taux de plaquettes nécessitant parfois un traitement par anti-agrégants plaquettaire (Aspirine)
- Susceptibilité accrue aux infections à germe encapsulé (Pneumocoque, méningocoque, Haemophilus...) nécessitant des vaccinations supplémentaire et un traitement par pénicilline en l'absence d'allergie pendant 1 an.

QUELLES SONT LES CHANCES DE SUCCES ?

En cas de lésion bénigne l'anatomo-pathologie (examen au microscope de la pièce opératoire) confirmera le diagnostic. 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.