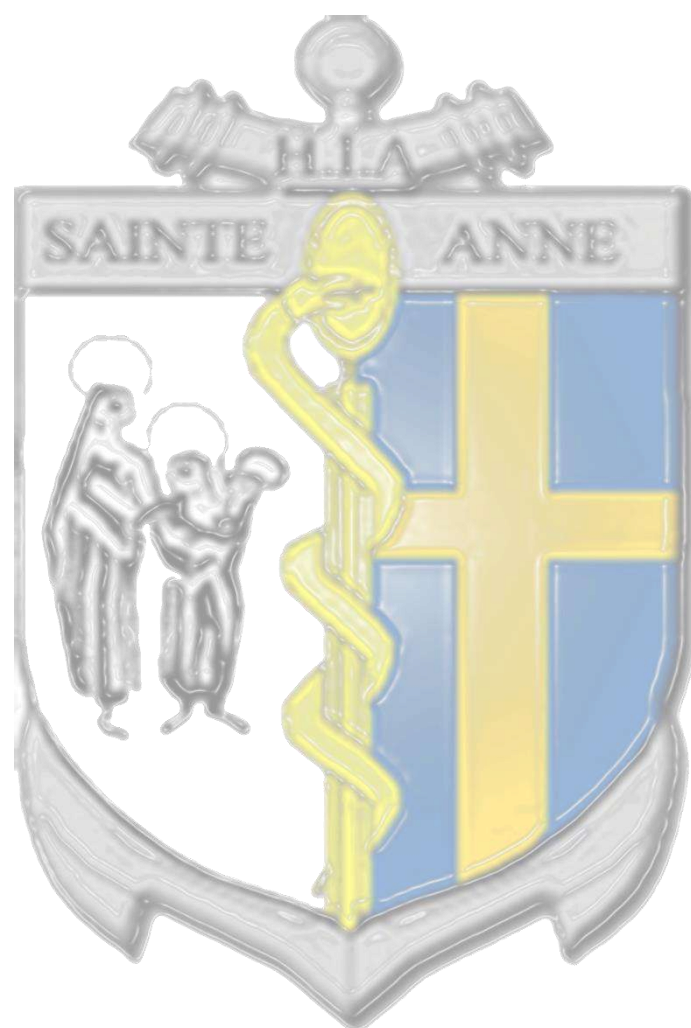




Filière de soins en Chirurgie Pancréatique

Numéro unique : 04.83.16.24.17

*Hôpital d'Instruction des Armées Sainte-Anne
« Mieux vous informer pour mieux vous soigner »*



Filière de soins en Chirurgie Pancréatique

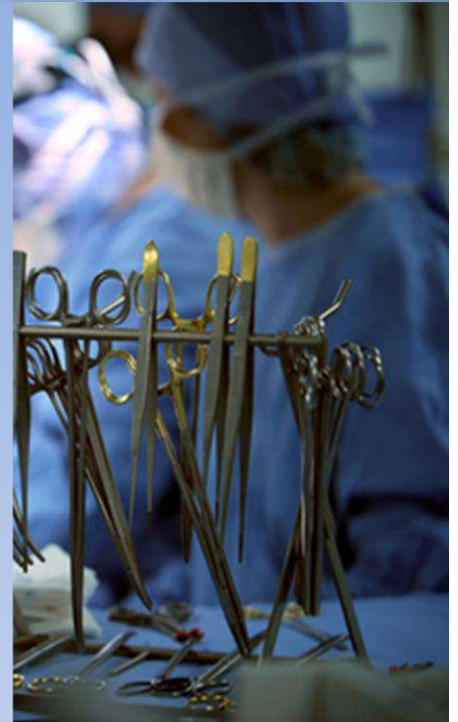
BCRM Toulon - Hôpital d'Instruction des Armées Sainte-Anne

2 boulevard Sainte-Anne

BP 600

83800 Toulon cedex 9

Filière de Soins en Chirurgie Pancréatique



Madame, Monsieur,

Une anomalie sur votre pancréas a été détectée. Cette anomalie peut correspondre à plusieurs diagnostics, dont chacun relève d'une prise en charge spécifique. Afin de caractériser cette anomalie et de vous proposer un traitement adapté, de nombreux examens sont souvent nécessaires, dont l'interprétation et les répercussions doivent être appréciées par différents praticiens lors de consultations spécialisées. L'organisation en externe de ces examens et de ces consultations est bien souvent difficile à organiser et peut être source de stress, d'erreurs, et de perte de temps dans votre prise en charge.

Afin de faciliter l'organisation de vos soins, ***l'Hôpital d'Instruction des Armées Sainte Anne*** (Toulon) a créé une filière de prise en charge spécifiquement dédiée au diagnostic et au traitement des pathologies tumorales pancréatiques. L'objectif de cette filière est d'organiser votre ***parcours de soins*** de façon rapide et efficace, en limitant le plus possible vos déplacements, tout en vous assurant un accès à des soins de qualité dans le respect des recommandations établies.

Le recours à cette filière vous permet ainsi, par simple appel téléphonique de votre médecin, d'organiser vos soins au plus proche de chez vous en bénéficiant du plateau technique disponible sur le site de ***l'HIA Ste Anne*** tout en vous garantissant une prise en charge optimale. Cette filière est donc pour vous comme pour votre médecin, la garantie que vous bénéficierez, dans les meilleurs délais et de la façon la plus simple possible, d'un diagnostic rapide, fiable, aboutissant à un traitement optimal.

Contenu

Sommaire

Avantages de la filière	2
Notions générales	3
Résécabilité	3
Classification	4
Types d'interventions	4
Bilan d'opérabilité	6
Annexes	9

Focus sur...

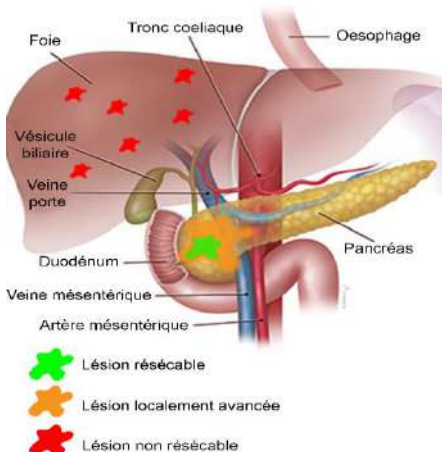
Le FOFIRINOX	2
Hémorragies et embolisation	3
Les anastomoses	4
La coelioscopie	5
Âge et chirurgie	6
La recherche clinique	7
Intérêt de l'I.R.M	8



Le FOLFIRINOX...

« Au moment du diagnostic, un tiers des cancers du pancréas ont atteint les vaisseaux digestifs. La lésion est dite « localement avancée » et sa résection chirurgicale en l'état est alors contre indiquée. L'utilisation d'un traitement avant l'intervention a pour but de faire diminuer la lésion afin de la rendre plus facilement extirpable. Le FOLFIRINOX est une nouvelle chimiothérapie qui permet chez plus de 25% des patients localement avancés de rendre la tumeur résécable. La résection est alors complète dans 74% des cas. L'efficacité de ce traitement est tel qu'il pourrait à terme remplacer les molécules classiquement utilisées. Des essais sont en cours ».

Suker M. (Erasmus University Medical Centre, Rotterdam, Netherlands) The Lancet Oncology (2016)



QUELS SONT LES AVANTAGES DE LA FILIERE A L'HIA SAINTE-ANNE?

- Simplification du parcours de soins : La multiplicité des intervenants, la nécessité de procéder à de nombreux examens spécialisés, et l'éloignement, pour certains patients et leur famille, des centres hospitaliers habilités à procéder et interpréter ces examens rendent difficile l'organisation d'un parcours de soins efficace. C'est pourquoi la possibilité de rencontrer dans un même lieu, à l'HIA Sainte-Anne, à la fois les compétences et les outils simplifie et améliore le parcours de soins du patient.

- Qualité et diversité du plateau technique de l'HIA Sainte-Anne : la prise en charge d'une pathologie pancréatique, afin d'être non seulement optimale mais aussi la plus sécurisante possible, requiert la mise à disposition d'un **plateau technique** très particulier, réunissant dans une même structure des radiologues spécialisés en imagerie abdominale, des oncologues digestifs, des chirurgiens digestifs et oncologiques assurant une garde chirurgicale 24h/24, une unité de réanimation spécialisée, une unités de soins intensifs post-opératoires, une unité de radiologie interventionnelle... **Dans le Var, seul l'HIA Sainte-Anne dispose d'un tel plateau technique.**

- Rapidité de la prise en charge : certaines pathologies tumorales pancréatiques pouvant être très agressives, toute perte de temps, tant dans la réalisation des examens diagnostiques que dans l'initiation du traitement, peut être une perte de chance pour le patient. Seule une **prise en charge centralisée** au sein d'une même structure permet de faire vite et bien.

L'organisation d'une filière de soins spécialisée au sein de l'HIA Sainte-Anne permet de répondre à ces exigences, en assurant une prise en charge rapide et efficace des patients dans leur département.

LES + DE LA FILIERE

- **Facilité d'accès** : inclusion dans la filière sur simple appel téléphonique du médecin
- **Regroupement des soins et des examens dans un même lieu**: limiter vos déplacements, pour vous et vos proches
- **Raccourcissement des délais de prise en charge** :
 - un premier bilan en une après midi
 - un bilan complémentaire si besoin sur 1 journée
 - début du traitement dans les 10 jours qui suivent l'appel
- **Assurance de bénéficier des meilleurs soins grâce au plateau technique de l'HIA Sainte-Anne**
- **Dialogue privilégié avec votre médecin de ville** par l'intermédiaire d'un médecin référent unique dans la filière



Hémorragies post-pancréatectomie

La survenue d'une complication hémorragique dans les suites d'une pancréatectomie est un évènement potentiellement grave. Au risque hémorragique classique de toute chirurgie se rajoute celui lié à l'érosion des vaisseaux par la survenue d'une fistule pancréatique. La prise en charge de cette complication revenait autrefois au chirurgien, qui devait tarir le saignement au cours d'une nouvelle opération faite en urgence chez des patients de fait fragilisés. Le faible taux de succès de ces réinterventions a amené à modifier la prise en charge de cette complication. Si l'apparition de services de réanimation et de soins intensifs postopératoires spécialisés a permis d'en améliorer les suites, c'est surtout l'avènement de la radiologie interventionnelle qui a révolutionné le pronostic de ces patients. La prise en charge de cette complication est donc progressivement passée des mains du chirurgien à celle du radiologue embolisateur qui, par voie endovasculaire, c'est-à-dire sans nouvel abord chirurgical, obtenait le tarissement du saignement dans plus de 90% des cas. Cet élément souligne la nécessité, pour la sécurité des patients, de réaliser ce type de chirurgie dans les centres équipés du plateau technique adéquate comme celui de l'HIA Sainte-Anne.

Khalsa BS. (UCI Medical Center, Orange, California, USA), Pancreas 2015

QUELQUES NOTIONS SUR LE PANCRÉAS

Le pancréas est un organe de la cavité abdominale dont le but est de produire des enzymes pour la digestion (fonction exocrine) et de sécréter des hormones (fonction endocrine). Il s'agit d'un organe complexe constitué de différents types de cellules, dont chacune peut dégénérer pour se transformer en tumeur. Le diagnostic du type de tumeur est fondamental puisque la nature du traitement et le pronostic en dépendent. Le type de tumeur le plus commun est l'adénocarcinome qui est un cancer qui se développe au dépend des cellules qui bordent les canaux du pancréas. Son traitement fait appel à la chirurgie, précédée et/ ou suivie d'une chimiothérapie.

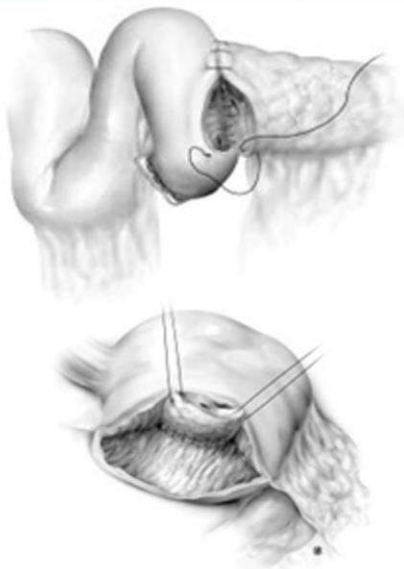
BILAN DE RÉSECABILITÉ

Il a pour but de valider le geste chirurgical, et s'établit sur des examens d'imagerie (scanner thoraco-abdomino-pelvien multiphasique, Pet-scanner, IRM pancréatique et hépatique de diffusion et échoendoscopie bilio-pancréatique). Il permet d'apprécier au mieux les rapports de la tumeur aux organes adjacents et de rechercher une dissémination de la maladie à distance (foie, poumons) qui pourrait rendre inutile la réalisation d'un geste chirurgical. Au terme de ce bilan, chaque dossier est discuté lors de réunions spécialisées. La tumeur est alors qualifiée de « résécable » si elle ne touche aucun autre organe, et est accessible à un geste de résection chirurgical, ou est dite « localement avancée » si elle touche les vaisseaux adjacents, traduisant une maladie qu'il pourrait être difficile d'extirper en l'état. La meilleure prise en charge possible est alors discutée et validée.

L'anastomose pancréatique influe-t-elle sur le taux de fistule ?

L'anastomose est la suture réalisée entre le pancréas restant et le tube digestif. En raison de risque élevé de fistule pancréatique, de nombreuses études ont cherché à déterminer quel type d'anastomose présentait le moins de risque de complication. Ces études ont ensuite été intégrées au sein d'analyses plus vastes appelées « méta-analyses » dont le but est d'apporter à la conclusion de l'étude un très fort niveau de preuve scientifique. Récemment, la « Cochrane Library » (institut spécialisé dans la réalisation de méta-analyses) a publié les résultats d'une méta-analyse incluant plus de 1600 patients répartis sur 10 études sélectionnées pour leur faible risque de biais, concluant qu'il n'existe « pas de preuves suffisantes pour préférer l'une ou l'autre de ces anastomoses eu égard au taux de fistule pancréatique et plus largement, au risque de complications post-opératoires »

Chen Y. (Sept 2017), *Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 9*



CLASSIFICATION ET IMPLICATIONS

Le traitement du cancer du pancréas a pour objectif de permettre l'ablation de la tumeur pancréatique avant qu'elle ne dissémine au reste de l'organisme. La chirurgie occupe donc une place centrale dans la stratégie thérapeutique. Elle est envisagée en première intention dès lors qu'aucun signe de dissémination de la maladie n'a été objectivé sur le bilan d'extension. Lorsque la tumeur a déjà envahi d'autres organes, le but est de contenir la maladie aux seuls organes déjà atteints. La chirurgie de la tumeur pancréatique n'est donc plus envisagée en première intention car elle ne permettrait pas de traiter les autres sites atteints. On lui préfère ainsi un traitement à effet général, dit « systémique » : la **chimiothérapie**. Dans certains cas, la tumeur montre uniquement des signes d'extension aux vaisseaux péri-pancréatiques (artère et veine mésentérique). Bien que la lésion semble dans ce cas **résécable**, ces tumeurs dites **localement avancées** sont en fait le signe d'une maladie « en voie de dissémination » pour lesquelles un traitement chirurgical exclusif serait inutile. Dans ce cas, une chimiothérapie préopératoire sera réalisée afin de traiter les sites possiblement métastatiques et de faciliter l'exérèse chirurgicale secondaire de la tumeur.

QUELLE INTERVENTION ? POUR QUEL TYPE DE LÉSION ?

Les lésions situées dans la partie droite du pancréas (tête) relèvent d'une duodéno-pancréatectomie céphalique consistant à emporter la tête du pancréas et ses structures de voisinage (duodénum, voie biliaire, vésicule biliaire et une partie de l'estomac). A la phase de résection fait suite une phase de reconstruction visant à remettre en circuit les sécrétions du foie et du pancréas avec le tube digestif. La complication la plus fréquente est la **fistule pancréatique**, c'est-à-dire l'écoulement de liquide pancréatique en dehors du circuit de reconstruction. Si aucune méthode de reconstruction n'a prouvé sa supériorité pour diminuer le risque de fistule, certains artifices techniques permettent d'en limiter les conséquences (drainage abdominal, tutérisation du pancréas, épiploplastie de protection). En effet, les enzymes pancréatiques, lorsqu'elles s'écoulent en dehors du tube digestif, peuvent fragiliser les vaisseaux adjacents et entraîner des **hémorragies**. Dans ce cas, une **artériographie** pourra être réalisée permettant, par simple abord percutané des vaisseaux sous anesthésie locale, c'est-à-dire sans recours à une nouvelle chirurgie, d'aller traiter les vaisseaux qui saignent. Ce type de prise en charge a permis de diminuer la mortalité opératoire à moins de 5% dans les centres équipés. La durée d'hospitalisation en l'absence de complication est de 15 jours. A long terme, une **insuffisance pancréatique exocrine** survient dans 30 à 60% des cas, parfois responsable de

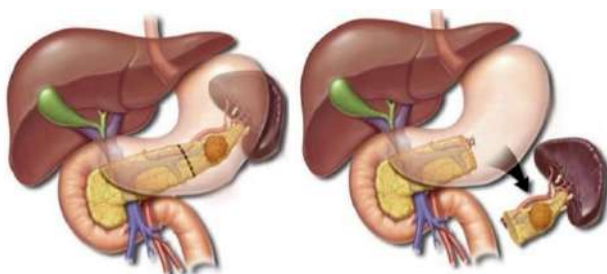


douleurs abdominales et de diarrhées, et pouvant nécessiter la prise d'un traitement de substitution. Il peut aussi survenir une **insuffisance pancréatique endocrine** chez 10 à 20% des patients : on parle de **diabète pancréatoprive**.



Duodéno-pancréatectomie céphalique (d'après Scott Weldon)

Les tumeurs localisées à la partie gauche du pancréas relèvent d'une **pancréatectomie gauche**, parfois associée à une ablation de la rate : on parle de **spléno-pancréatectomie**. Une fistule pancréatique peut également survenir. L'ablation de la rate n'a aucune incidence sur la qualité de vie mais expose à un risque d'infections qui doivent donc être traitées rapidement. Des vaccins sont réalisés 3 semaines avant le geste chirurgical et une antibioprophylaxie est à prendre pendant au moins un an. La survenue d'un diabète est également plus fréquente.



Spléno-pancréatectomie (d'après Scott Weldon)

Certaines lésions du corps du pancréas peuvent également être traitées par **pancréatectomie centrale** ou simple **énucléation**. Le but est de préserver le plus de tissu pancréatique afin d'éviter une insuffisance pancréatique exocrine ou endocrine. Le risque de fistule pancréatique est plus important que la pancréatectomie gauche.

La coelioscopie

A l'inverse de la laparotomie, qui consiste à aborder le pancréas par une grande incision abdominale, la coelioscopie consiste à opérer en introduisant une caméra et des instruments par de petites incisions de 1 cm. Le but est ici de diminuer les douleurs post-opératoires et d'accélérer la récupération en minimisant le traumatisme pariétal abdominal. Cette technique a fait ses preuves dans de nombreuses autres indications. Elle est en cours d'évaluation en chirurgie pancréatique ou elle reste globalement réservée aux pancréatectomies gauches. Malgré l'absence d'études à haut niveau de preuve, de nombreuses équipes rapportent une diminution des douleurs et une meilleure récupération des patients après coelioscopie, conduisant à une diminution de la durée d'hospitalisation. Concernant la qualité de l'exérèse chirurgicale, la coelioscopie semble faire aussi bien que la technique de résection par laparotomie. Cette technique pourrait donc être validée prochainement, voire être étendue aux exérèses de la tête du pancréas.



Y-a-t'il un âge limite à la chirurgie pancréatique ?

En raison du risque opératoire, la chirurgie pancréatique est longtemps restée réservée aux patients « jeunes ». Le vieillissement de la population fait que de plus en plus de patients « âgés » sont diagnostiqués. S'il y a encore quelques années, ces patients étaient récusés sur le seul argument de leur âge chronologique, la diminution des complications après chirurgie a abouti à reconsidérer cette notion au profit d'une évaluation reposant sur « l'âge physiologique ». Ainsi, en 2013, un rapport de l'Association Française de Chirurgie concluait non seulement que le taux de morbi/mortalité après résection ne différait pas entre patients « jeunes » et « âgés », mais surtout que les patients « âgés » bénéficiaient tout autant de la chirurgie en termes de contrôle de la maladie. Ces résultats ont depuis été confirmés par d'autres études, préconisant une évaluation spécialisée des patients « âgés » afin d'évaluer au mieux leur état physiologique et de leur permettre de bénéficier d'une prise en charge chirurgicale adaptée.



BILAN D'OPÉRABILITÉ

En raison de ses complications potentielles, la chirurgie pancréatique est souvent qualifiée de majeure. Juger de la résecabilité est primordial, mais il convient aussi d'apprécier l'état physiologique des patients par la réalisation d'un bilan d'opérabilité. Le but est de démasquer les pathologies qui pourraient interférer avec le traitement. Ce bilan est réalisé par l'**anesthésiste** qui, en fonction de ses constatations, décidera de procéder à des examens complémentaires (bilan biologique, épreuve d'effort, électrocardiogramme, explorations fonctionnelles respiratoires...) ou de solliciter l'avis d'autres praticiens. Une **préparation** à l'intervention pourra alors être prescrite. Une évaluation nutritionnelle est également effectuée. Des compléments nutritionnels pourront alors être prescrit en plus de l'**immuno-nutrition préopératoire** dont le but est d'apporter à votre organisme une aide supplémentaire pour faire face à la chirurgie.

Si l'évaluation physique des patients est une priorité, la prise en compte des conséquences psychologiques de la maladie est essentielle. L'annonce d'une maladie pancréatique reste un évènement majeur dont les répercussions sont parfois difficilement verbalisées devant le praticien. Ainsi, il peut être parfois bénéfique d'évoquer par d'autres termes que ceux empruntés au jargon médical le ressenti de la maladie, ses conséquences dans sa vie privée ou au sein du cercle familial, à la faveur d'un entretien avec un(e) **onco-psychologue** dont l'approche sera différente de celle de votre médecin référent.



Consultation patient / médecin de ville / praticien hospitalier

Décision d'entrer dans la filière

Mardi après-midi (consultation)

- Consultation d'accueil
- Recueil des examens déjà réalisés
- Si besoin : prise de sang et scanner dans l'après midi



Synthèse / Consultation de clôture

Construction parcours de soins / cellule préadmission

Vendredi Journée (Hôpital de jour)

- I.R.M +/- T.E.P scanner
- Consultation anesthésie
- Consultation diététicienne
- Consultation endoscopie



Synthèse / Consultation de clôture

Validation du projet en réunion pluridisciplinaire

Traitement



- Biopsie
- Drainage
- Chimiothérapie
- Radiothérapie
- Chirurgie
- Inclusion essai



La recherche clinique

La recherche clinique fait partie intégrante de la pratique médicale. Elle ne peut pas être réalisée sans votre consentement. La participation à un protocole de recherche peut se faire lors du diagnostic (conservation d'échantillons, étude statistique, recherche fondamentale sur les mécanismes de développement des tumeurs...) ou au moment du traitement par l'inclusion dans un essai thérapeutique. Le but de ces essais est de tester l'efficacité d'un nouveau traitement en le comparant aux autres traitements existants. Dans tous les cas, ces essais ont obtenu une validation réglementaire, suivent des protocoles scientifiques rigoureux, et respectent l'intérêt des personnes. Chaque essai fait l'objet d'une approbation du comité d'éthique de l'hôpital. Vous êtes libre d'y participer ou non et d'interrompre votre participation à tout moment. Afin de vous aider dans votre choix, votre médecin vous délivrera une information complète. Un accompagnement sera en plus réalisé tout au long du parcours par le personnel de l'unité de recherche clinique.



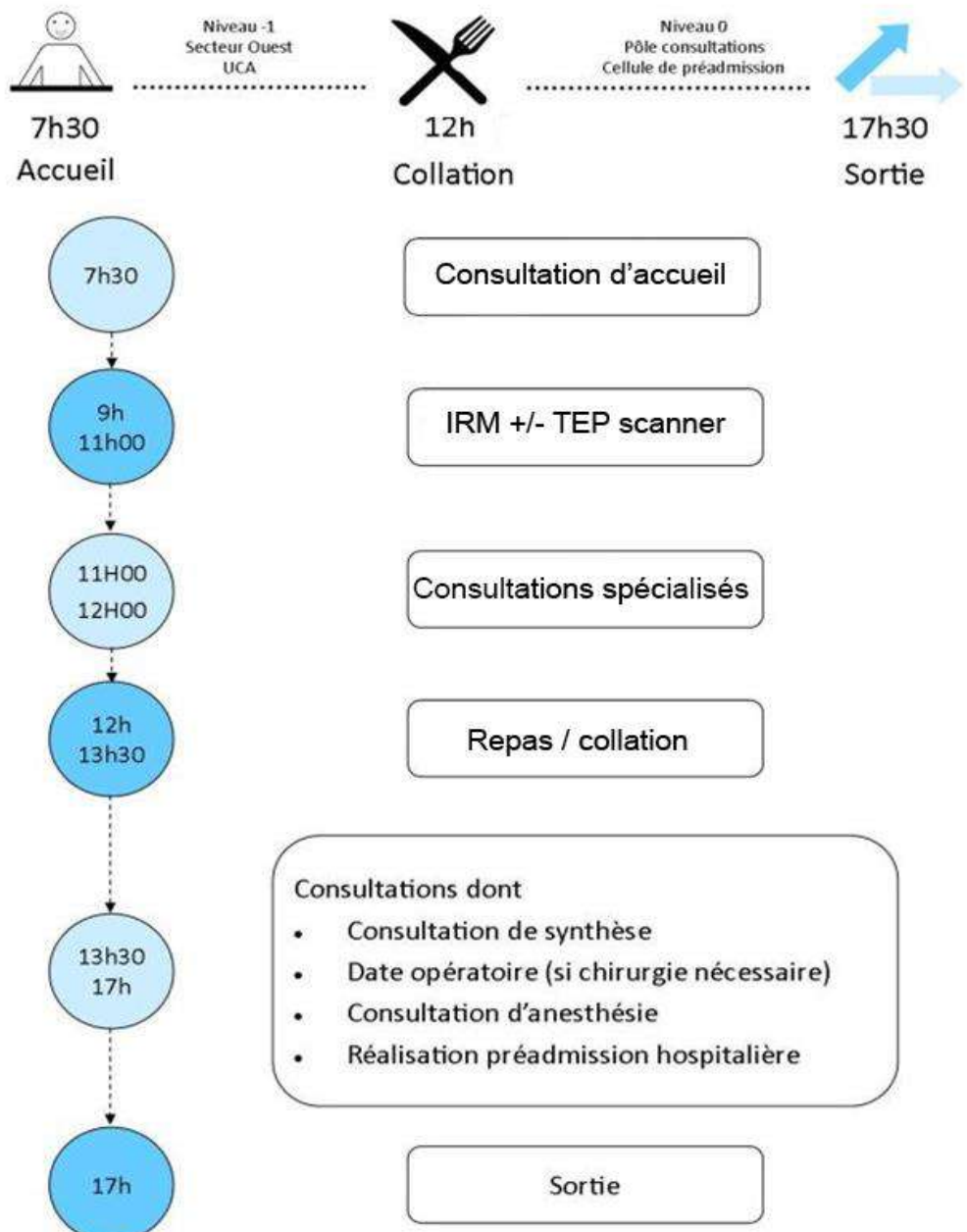
I.R.M. et bilan de résecabilité

En raison de son coût, le rôle de l'IRM (Imagerie par Résonance Magnétique) dans le bilan de résecabilité des tumeurs pancréatiques est longtemps resté sous-évalué. La démocratisation de cet examen a amené à en reconsidérer la place. Ainsi, si les micro-métastases des tumeurs pancréatiques sont difficilement identifiables au scanner, l'IRM de diffusion permet de facilement les mettre en évidence, et de mieux identifier les patients métastatiques. Une équipe sud-coréenne s'est ainsi intéressée au bénéfice de faire une IRM hépatique de diffusion aux patients jugés résecables par le scanner. Leurs résultats montrent que l'IRM permet d'identifier des lésions hépatiques chez 5% des patients n'ayant pas de métastases au scanner, et chez 32% des patients présentant des lésions indistinctes au scanner. Par une meilleure sélection des patients, ce protocole s'accompagnait d'une amélioration significative de la survie chez les patients ayant bénéficié de l'IRM, ainsi que d'une diminution du risque de récurrence hépatique.

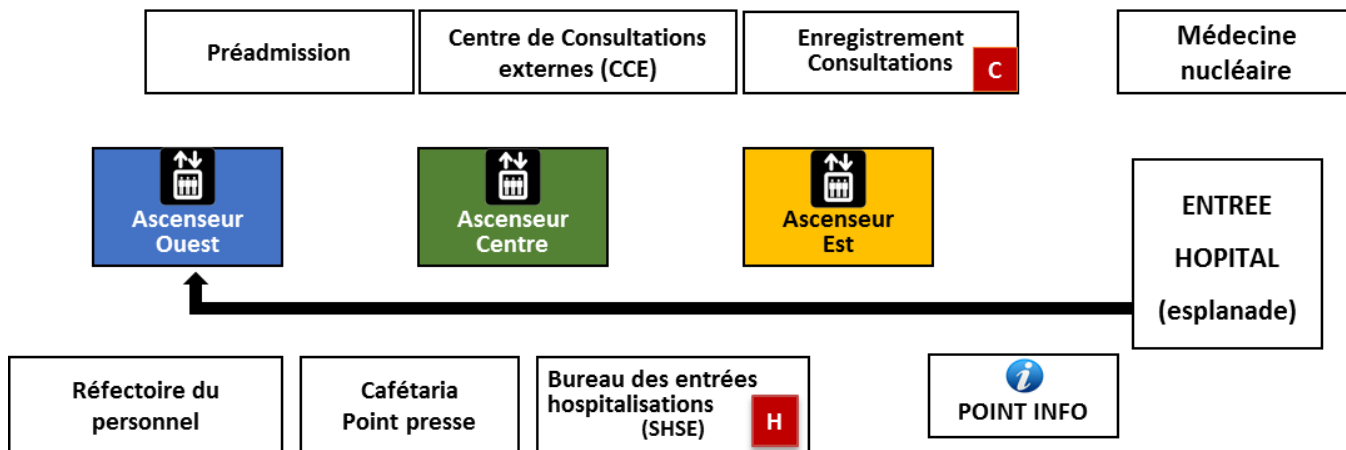
Kim HW (Seoul National University College of Medicine, Seoul), Surgery 2017



Déroulement de votre journée en Unité Chirurgicale Ambulatoire

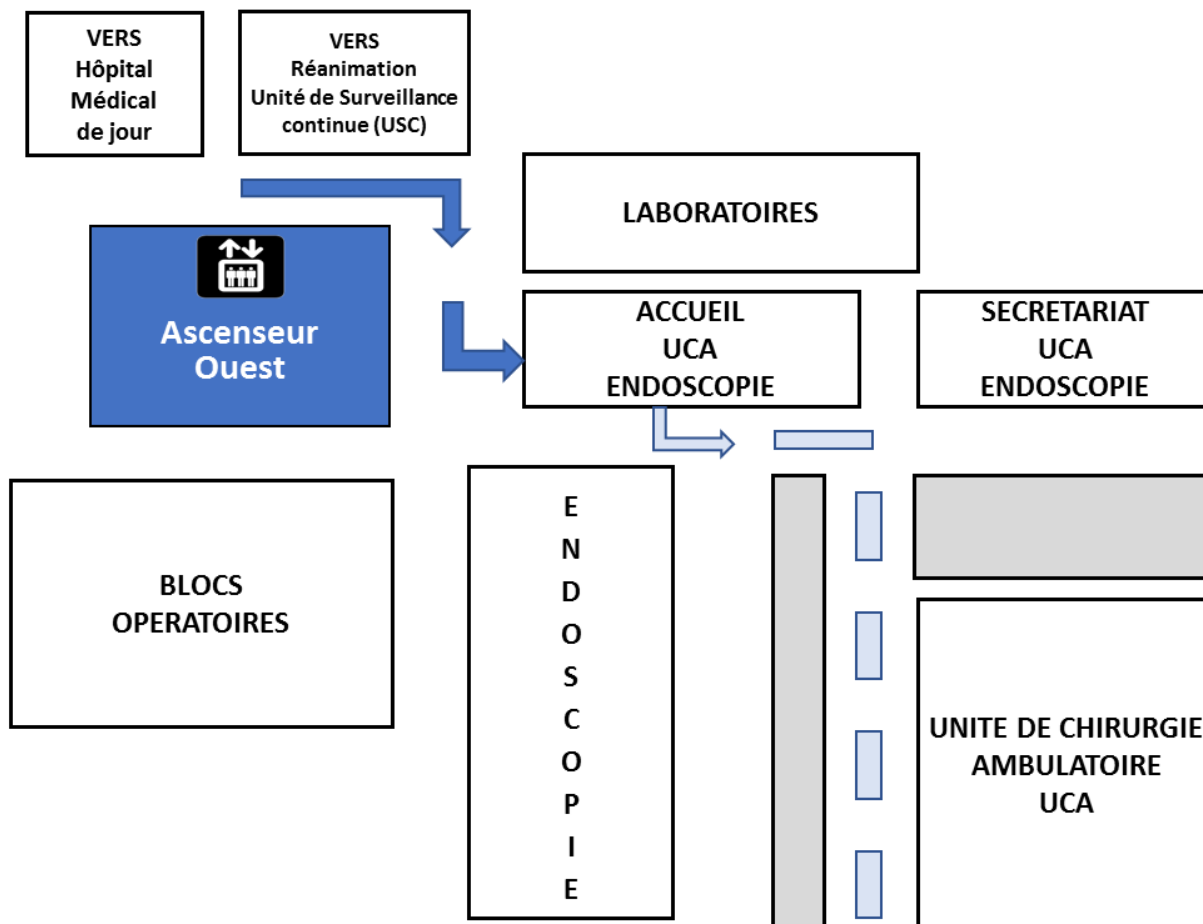


PLANS D'ACCES A L'UNITE CHIRURGICALE AMBULATOIRE (UCA)



**ALLER AU NIVEAU -1 secteur Ouest
à partir du niveau 0**

**Niveau -1 secteur Ouest
Vers l'Unité Chirurgicale Ambulatoire (UCA)**



CONTACTS...

• Accueil Hôpital Sainte Anne :	04.83.16.20.10
• Filière de soins en chirurgie pancréatique (24/24) :	04.83.16.24.17
• Cellule de préadmission (08h30 – 19h00) :	04.83.16.24.30
• Secrétariat Consultation (08h00 – 17h00) :	04.83.16.20.56
• Secrétariat Chirurgie Digestive et Oncologique (8h00 – 17h00) :	04.83.16.25.32
• Secrétariat Chirurgie Ambulatoire (07h00 – 18h00) :	04.83.16.23.50
• Secrétariat Urgences :	04.83.16.20.15
• Diététicienne :	04.83.16.21.12
• Onco-psychologue :	04.83.16.25.05
• Assistante sociale :	04.83.16.22.82

POUR EN SAVOIR PLUS...

- www.chirurgie-viscérale.org (site chirurgical français)
- www.tncd.org (Thésaurus national de cancérologie digestive)
- www.ffcd.fr (Fédération francophone de cancérologie digestive)
- www.snfge.asso.fr (Société nationale française de gastroentérologie)
- www.afsos.org (Association francophone pour les soins oncologiques de support)

A series of horizontal dotted lines for writing, spanning the width of the page.

ESPACES DE DÉTENTE...



**LES JARDINS DE L'HOPITAL SAINTE-ANNE
(ESPLANADE)**

CAFETERIA (NIVEAU 0)



BIBLIOTHEQUE (NIVEAU 0)



HOPITAL D'INSTRUCTION DES ARMEES

SAINTE-ANNE



« Un hôpital moderne et innovant ouvert aux militaires et aux civils »

Filière de soins en Chirurgie Pancréatique

BCRM Toulon - Hôpital d'Instruction des Armées Sainte-Anne

2 boulevard Sainte-Anne

BP 600

83800 Toulon cedex 9