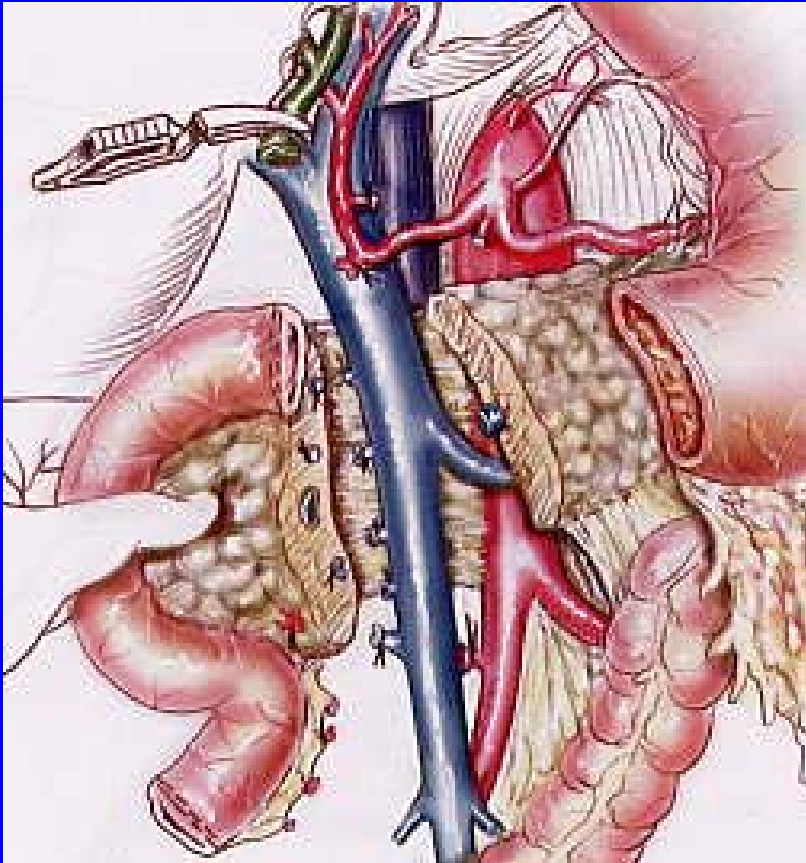


# Traitement du moignon pancréatique après duodéno pancréatectomie céphalique

# Le moignon pancréatique



- Parenchyme pancréatique + canal de Wirsung
- Fonction exocrine
- Fonction endocrine
- Vascularisation

# Les complications liées au moignon

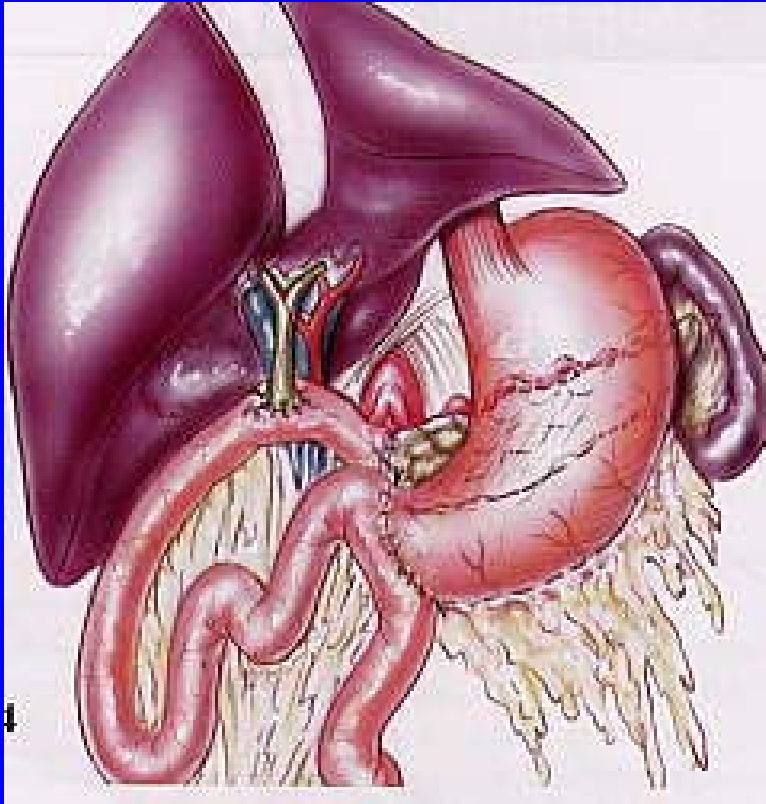
- Fistule anastomotique
- Hémorragie intrapéritonéale
  - Anastomose
  - Fistule
- Pancréatite
- Abscess intra-péritonéal
- Sténose anastomotique
- Diabète

# Les différents traitements possibles

- Anastomose
  - Pancréatico-jéjunale
  - Pancréatico-wirsungo-jéjunale
  - Pancréatico-gastrique
- Fermeture du moignon pancréatique
- Totalisation

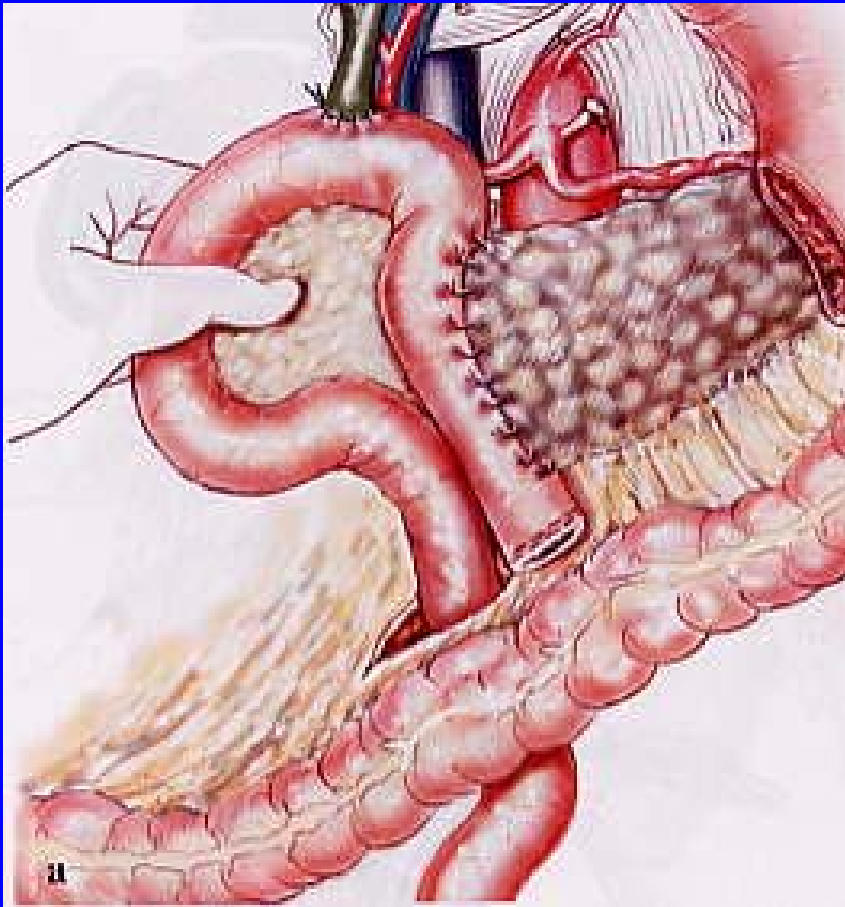
*Lequel choisir ?*

# Anastomose pancréatico-jéjunale



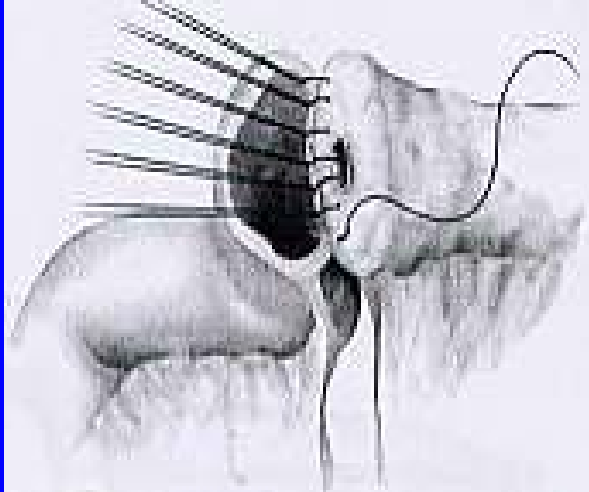
- Procédé le plus ancien
- Anastomose sur la première anse jéjunale transmésocolique
- Plusieurs procédés :
  - APJ termino-latérale
  - APJ termino-terminale
  - A wirsungo-jéjunale

# Anastomose pancréatico-jéjunale termino-latérale



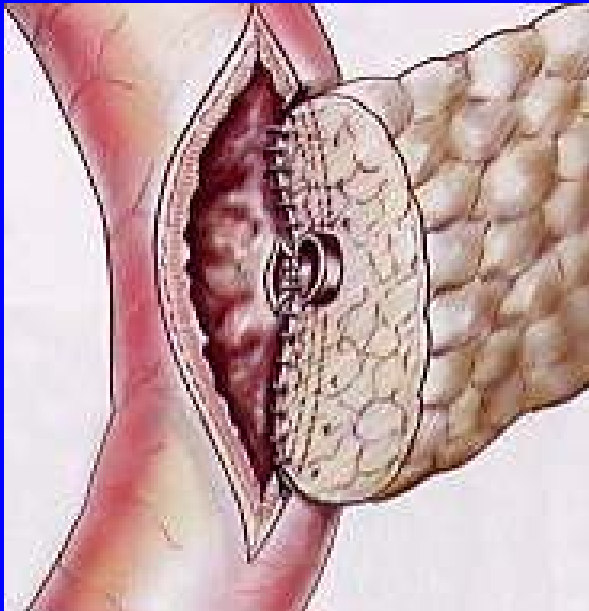
- Adaptation parfaite du moignon pancréatique
- Bord antimésentérique
- Avec ou sans intubation du Wirsung

# Anastomose pancréatico-jéjunale termino-terminale



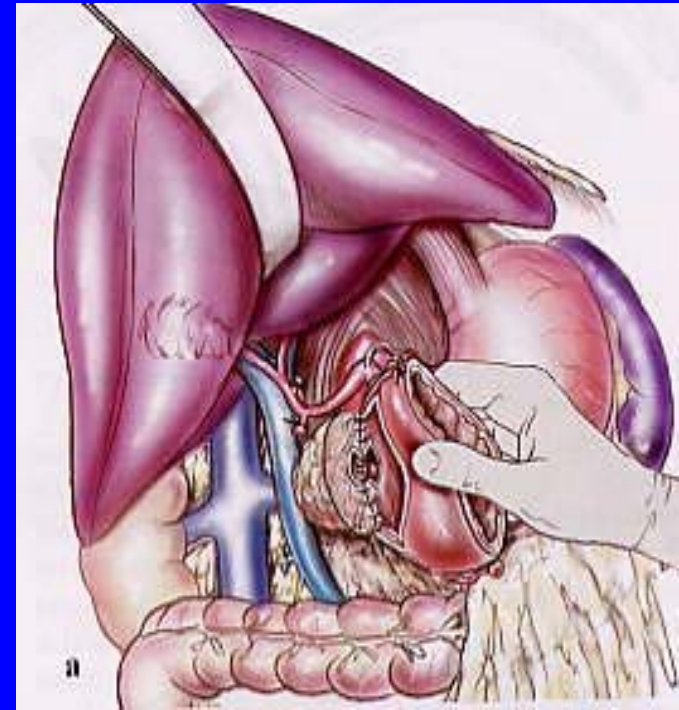
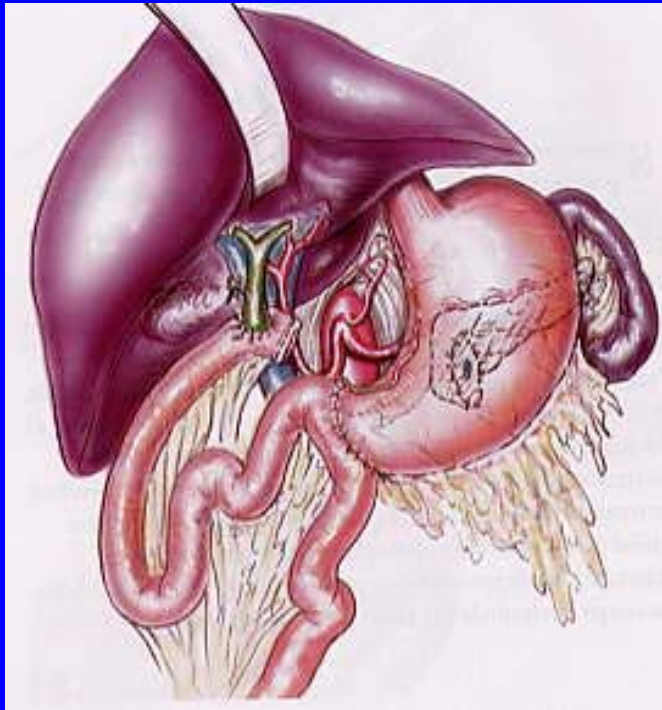
- Diamètre pancréatique et lumière jéjunale compatibles
- Plan postérieur puis antérieur
- Avec ou sans invagination

# Anastomose wirsungo-jéjunale



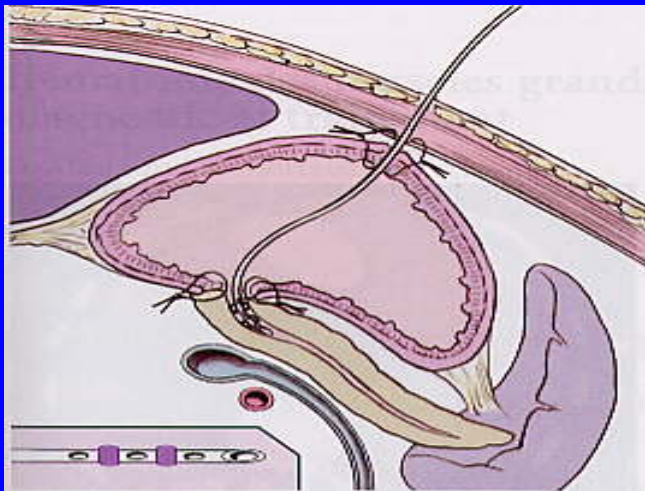
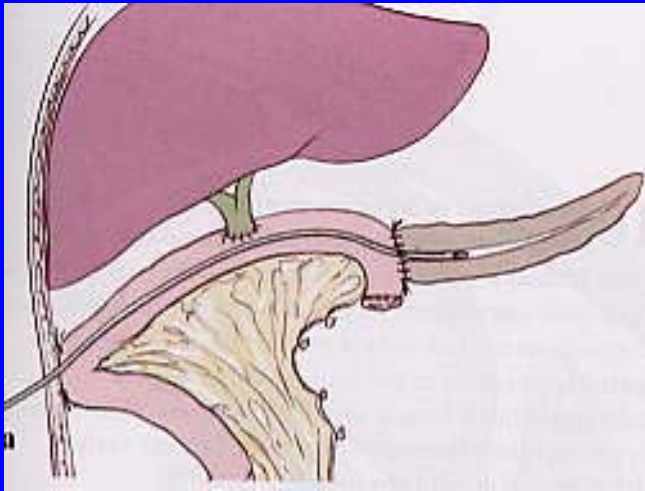
- Anastomose termino-latérale
- Wirsung dilaté
- 2 sutures :
  - Pancréas → SérOMusculeuse jéjunale
  - Wirsung → Muqueuse jéjunale
- Avec ou sans intubation du Wirsung

# Anastomose pancréatico-gastrique



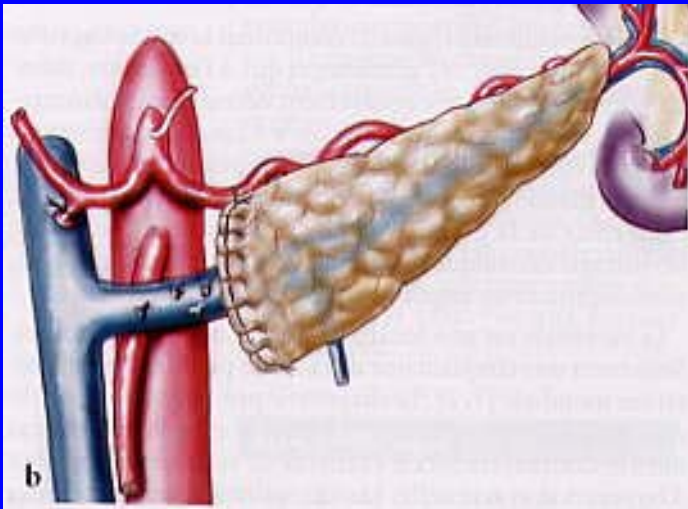
- Anastomose à la face postérieure de l'estomac
- Plan postérieur puis antérieur
- Avec ou sans intubation du Wirsung
- Avec ou sans anastomose Wirsung/muqueuse gastrique

# Intubation du Wirsung



- Type drain trans-cystique
- Extériorisé par l'anse jéjunale ou par l'estomac selon le type d'anastomose
- Contrôle anastomotique possible

# Fermeture du moignon pancréatique



- Pas d'anastomose avec l'axe digestif
- Principe : fistule « stérile »
- Maintien d'une fonction endocrine
- Plus de fonction exocrine
- Avec ou sans colle (néoprène, colle biologique)

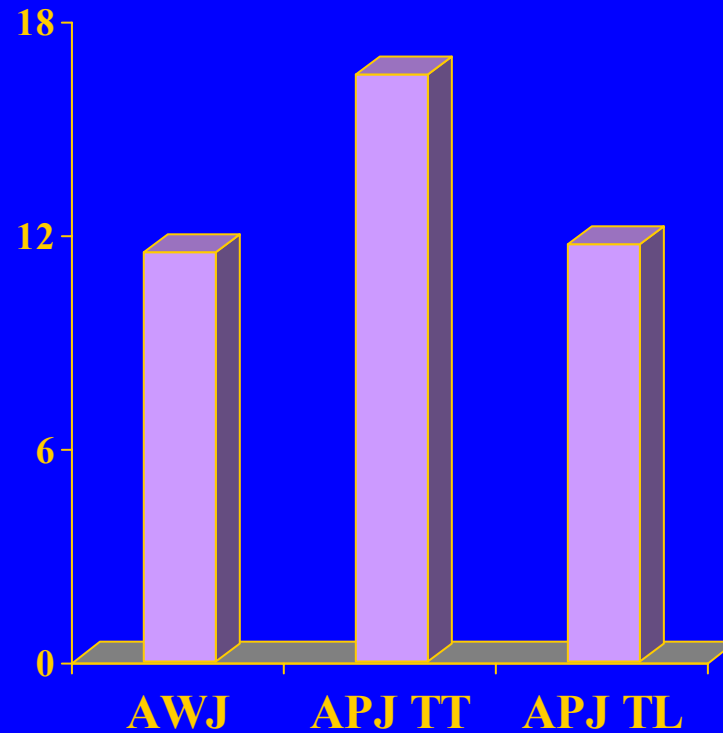
# Totalisation de la pancréatectomie

- Proposée sur pancréas sain
- Plus de fonction endocrine ni exocrine
- Diabète insulino-dépendant, équilibre difficile+++

# Quelle APJ choisir?

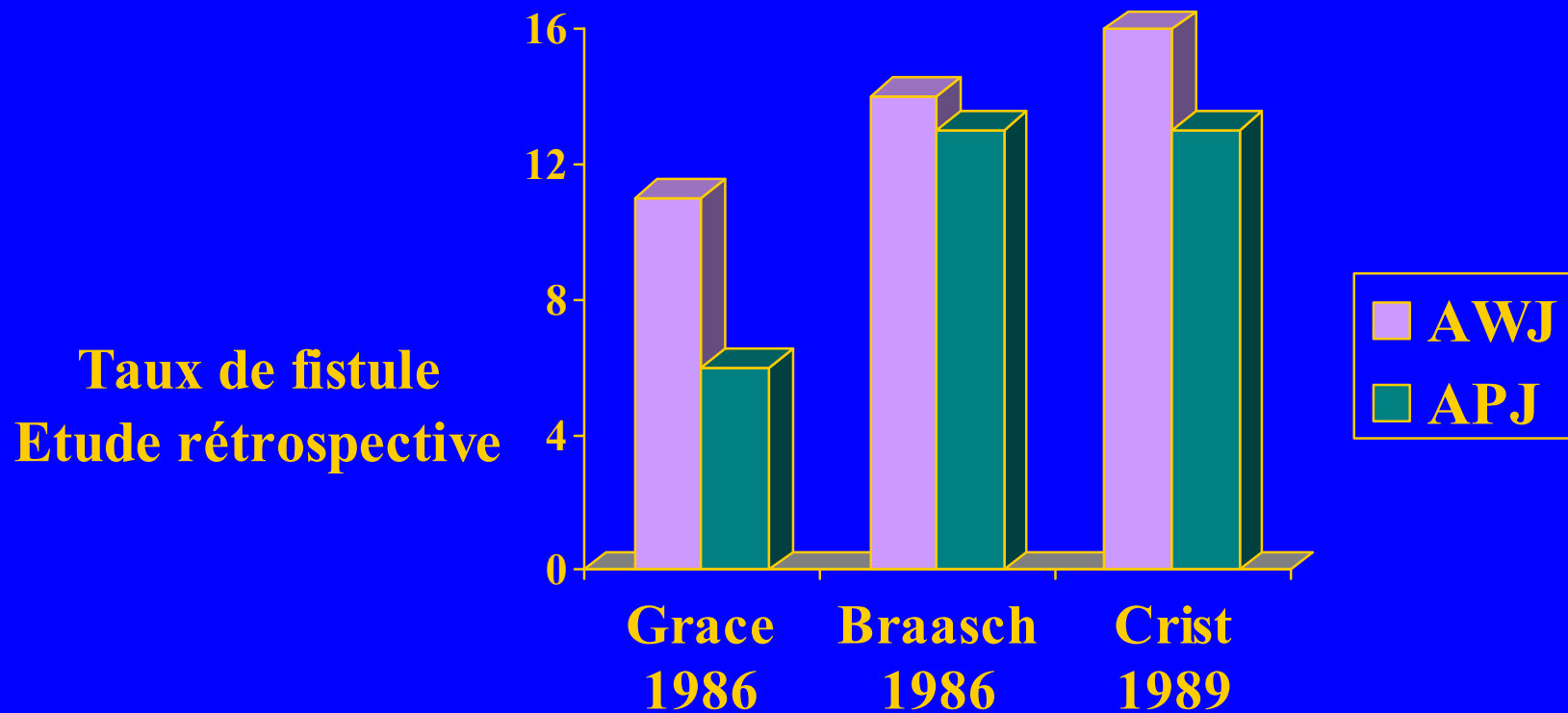
- Comparaison APJ TT/APJ TL/AWJ

Taux de fistule  
Bartoli et al. 1991



# Quelle APJ choisir?

- Comparaison AWJ/APJ avec invagination



# Anastomose pancréatico-gastrique ou pancréatico-jéjunale

- 7 études rétrospectives

	Anast. pancréatico-gastrique		Anast. pancréatico-jéjunale	
	Patients	Fistule pancréatique	Patients	Fistule pancréatique
Ramesh 1990	13	0	6	3 (50%)
Miyagawa 1992	21	1 (5%)	31	6 (19%)
Mason 1995	34	0	72	8 (17%)
Andivot 1996	43	6 (14%)	16	2 (12%)
Gualani 1996	6	0	16	2 (25%)
Kim 1997	48	1 (2%)	38	6 (16%)
Tuech 1998	80	3 (3.7%)	91	12 (13%)

# Anastomose pancréatico-gastrique ou pancréatico-jéjunale

- 2 études prospectives randomisées

	Anast. pancréatico-gastrique		Anast. pancréatico-jéjunale	
	Patients	Fistule pancréatique	Patients	Fistule pancréatique
Yeo 1995	73	9 (12%)	72	8 (11%)
Takano 2000	73	0	69	9 (13%)

- Méthodologie critiquable pour Takano

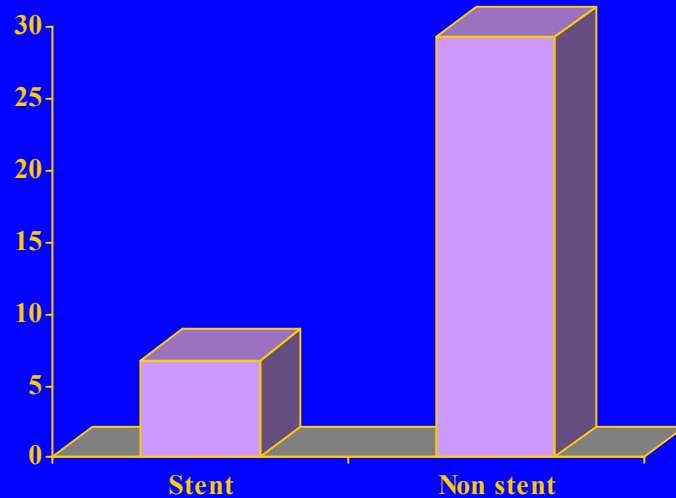
# Avantages théoriques de l'APG

- Éloignement des anastomoses bilio-digestive et pancréatico-digestive
- Activation des enzymes pancréatiques par enterokinase intestinale
- Activation des enzymes pancréatiques en milieu alcalin
- Drainage par SNG d'une fistule

# Intubation du Wirsung

- Etude prospective

**Taux de fistule  
RODER, 1999**



- Diminution du taux de fistule
- Meilleure perméabilité anastomotique

# Conclusion

- Le traitement du pancréas corporéo-caudal après duodénopancréatectomie céphalique offre plusieurs possibilités.
- La totalisation et la fermeture du moignon ne peuvent être retenues.
- Pour l'anastomose pancréatico-digestive, notre préférence va à l'anastomose pancréatico-gastrique.