

INFORMATION PRÉOPÉRATOIRE

LA CHOLECYSTECTOMIE

→ PATIENT(E)

Nom

Prénom

→ NATURE DE L'INTERVENTION

POURQUOI FAIRE L'INTERVENTION ?

La bile sert à la digestion des aliments. Elle est fabriquée par le foie et déversée dans l'intestin peu après l'estomac par un canal (canal cholédoque). Au bord de ce canal, il existe une "aire de repos" qui s'appelle la vésicule biliaire. La bile peut sédimenter et donner des calculs. Lorsque ces calculs donnent des complications, il n'existe qu'un seul traitement : l'ablation de la vésicule biliaire (la cholécystectomie). Il n'y a pas d'alternative thérapeutique. Si les calculs ne donnent pas de trouble, découverte fortuite par exemple, il est inutile de traiter ou même de surveiller.

Quelles sont les complications des calculs vésiculaires ?

- La douleur (colique hépatique) : située au niveau de l'estomac, elle dure au moins une demi-heure, et peut parcourir le dos ou à l'épaule droite, être accompagnée de nausées, vomissements. La fièvre, en général accompagnée de douleurs, témoignant d'une inflammation de la vésicule signifie qu'il s'agit d'une urgence.
- La pancréatite, rare mais parfois gravissime, pouvant nécessiter un séjour en réanimation.
- La jaunisse (ictère), en général lié aux passages de calculs vésiculaires dans le canal cholédoque et son obstruction.
- La jaunisse avec fièvre (angiocholite), qui nécessite une hospitalisation en urgence. C'est une infection très grave.

Parfois les signes peuvent être plus frustrés et la décision de recourir à l'opération sera plus difficile. Le chirurgien pourra s'aider de signes biologiques (prises de sang) ou radiologiques, voire endoscopiques.

Le diagnostic de calculs est assuré par l'échographie. Même si vous n'avez plus de trouble au moment de l'examen, il faut quand même opérer sans attendre la deuxième crise, afin d'éviter une complication plus grave. Avant l'opération, le chirurgien vérifie s'il y a des signes en faveur de calculs associés dans le canal cholédoque (jusqu'à 15% des cas, augmentant avec l'âge) et pourra demander des examens complémentaires (prises de sang, radios). S'il existe des signes évoquant des calculs associés dans le cholédoque, le chirurgien a deux solutions : confirmer leur présence par une radio (cholangiographie pendant l'opération) et les enlever pendant l'opération, ou les faire retirer avant l'opération par une fibroscopie sous anesthésie générale (cathétérisme rétrograde et sphinctérotomie endoscopique).

COMMENT SE DÉROULE CETTE INTERVENTION ?

La cholécystectomie est souvent faite par cœlioscopie (opération sous anesthésie générale et avec l'aide d'une caméra avec une à quatre incisions allant de 5 à 20 mm, parfois moins). Il peut arriver que l'opération soit faite en ouvrant en grand (laparotomie). Cela peut être prévu avant l'opération ou que cela soit décidé pendant l'opération par le chirurgien devant l'apparition de difficultés (tissus collés entre eux par des interventions précédentes ou l'infection en urgence le plus souvent).

Vous entrerez la veille ou le jour de l'opération. L'opération elle-même dure entre 45 minutes et 2h, fonction de l'état de la vésicule, de votre poids, de l'existence d'opérations précédentes sur l'abdomen. Parfois un drain sera laissé en place.

Dans les heures qui suivent vous serez étroitement surveillé et le chirurgien peut décider d'éventuellement réopérer par sécurité, comme pour toute opération, s'il craint une complication. Vous sortirez le jour même ou dans les jours qui suivent. La vésicule sera analysée en anatomopathologie (microscope). La remise des calculs au patient n'est pas autorisée. Un arrêt de travail de quelques jours vous sera prescrit.

Après une cholécystectomie, il n'est pas nécessaire de suivre un régime ou un traitement particulier. En dehors de la période postopératoire, aucune surveillance n'est nécessaire.

QUELLES SONT LES COMPLICATIONS POSSIBLES ?

Comme dans toute opération, il existe un risque de saignement qui justifie une surveillance étroite et parfois une ré-intervention.

La principale complication est la blessure du système biliaire (canal cholédoque ou canal accessoire, parfois minuscule) dans moins de 1% des cas (1) ; sa reconnaissance pendant l'opération peut prolonger l'opération et l'hospitalisation et requérir d'autres opérations dans un second temps. Sa reconnaissance après l'intervention peut nécessiter une ou plusieurs ré-interventions et éventuellement un transfert en centre spécialisé.

Il existe enfin des complications très exceptionnelles liées à la coelioscopie, lorsque l'on gonfle le ventre ou quand on met le premier tube pendant l'opération, qui peuvent requérir d'ouvrir (laparotomie). Elles peuvent exceptionnellement entraîner le décès du patient. Il s'agit en général de blessures de l'intestin, de blessures de gros vaisseaux comme l'artère abdominale ou du risque d'embolie pulmonaire. La blessure des organes proches du site opératoire est essentiellement digestive (intestin). Cette blessure accidentelle peut être favorisée par la complexité de l'intervention ou des circonstances anatomiques imprévues. Leur reconnaissance immédiate permet en général une réparation sans séquelle.

Des hémorragies abondantes peuvent survenir, habituellement rapidement jugulée mais pouvant nécessiter une transfusion sanguine ou de dérivés sanguins. Les complications de ces transfusions, en particulier le risque de transmission de maladies infectieuses type hépatite ou sida, est devenue exceptionnelle et fait l'objet d'un protocole spécial de suivi). Pour des patients à risque de phlébite ou d'embolie pulmonaire, un traitement préventif postopératoire sera entrepris (anticoagulants, bas de contention)

Après votre retour au domicile, la survenue de certains signes doivent vous conduire à contacter votre chirurgien sans attendre la consultation postopératoire : essoufflement, douleurs abdominales aiguës ou intenses, fièvre, douleurs des épaules en particulier à droite.

Si vous utilisez la version numérique :

- Je certifie avoir lu et compris toutes les pages de ce document et je coche la case pour le signer numériquement.

Si vous utilisez la version manuscrite :

Date de remise du document au patient (e) :

Date et signature du patient (e) :

Pages précédentes à parapher