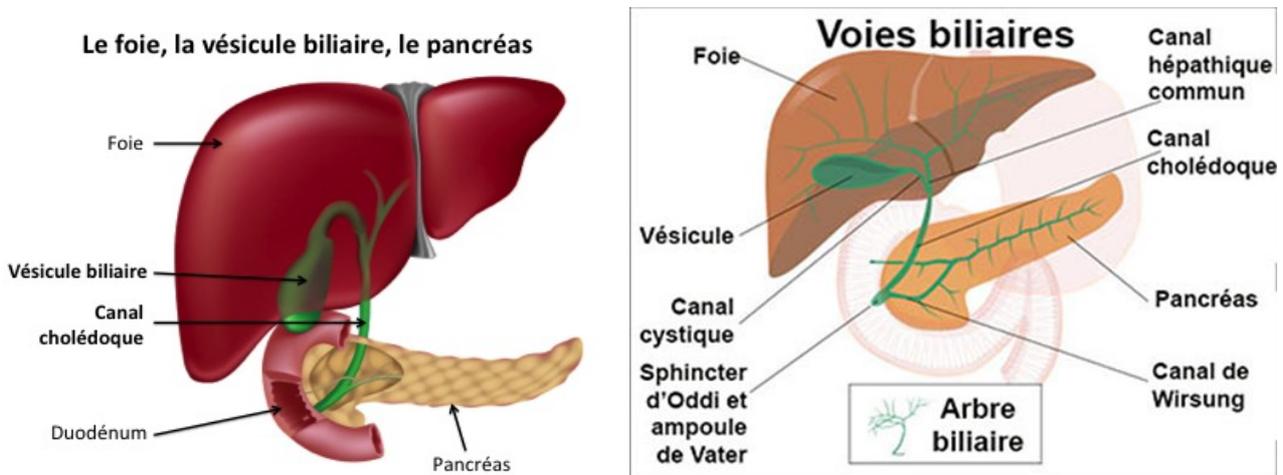


Cabinet des Drs. Francois et Toursel
Clinique de Flandre,
Unité de Chirurgie Générale, Digestive et Bariatrique
300, Rue Des Forts
59210 Coudekerque
Tél : 03 28 21 12 34

La Cholécystectomie

Qu'est-ce qu'une cholécystectomie ?

La cholécystectomie est l'ablation complète chirurgicale de la vésicule biliaire. Cette intervention se pratique presque toujours par voie coelioscopique (avec la caméra) et ceci par une seule incision (monotrocart) ou plusieurs petites incisions en fonction des habitudes du chirurgien. Dans des situations rares (par exemple en cas d'une inflammation très importante, en cas de cancer, en cas d'une anatomie particulière, autre raison....) la voie ouverte peut encore être pratiquée. C'est une opération qui peut se faire en hospitalisation ambulatoire (entrer le matin et rentrer le soir) pour la plupart des interventions en fonction de votre état général, si vous êtes accompagné pour le retour, si vous n'habitez pas tout seul et en fonction du déroulement facile ou difficile de l'intervention et ceci après accord du chirurgien et de l'anesthésiste.



Anatomie de la vésicule biliaire et l'arbre biliaire

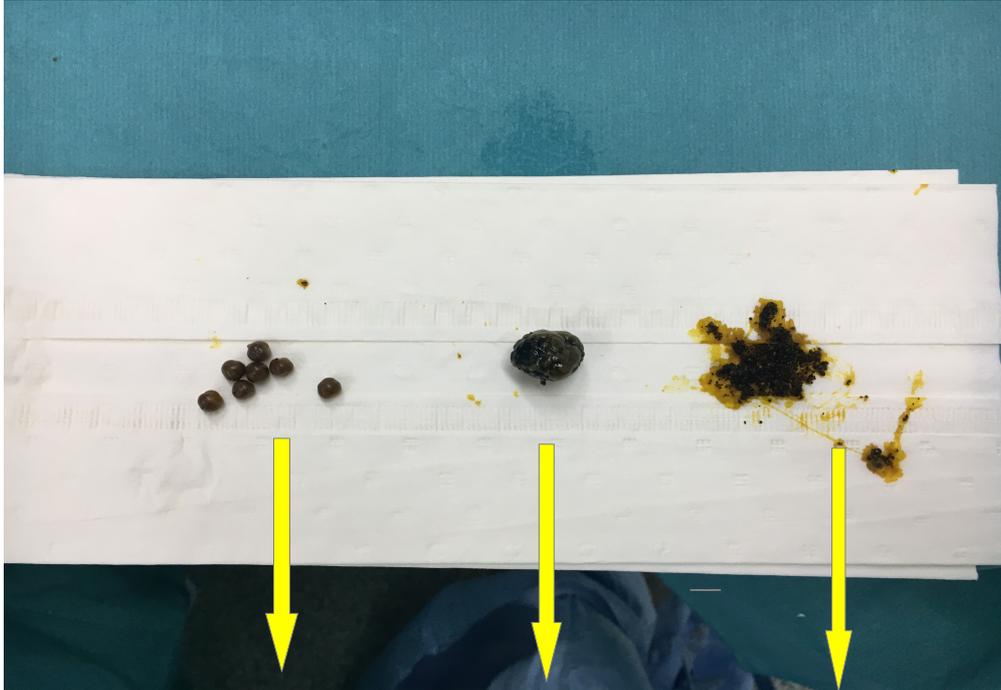
A quoi sert la vésicule biliaire ?

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). La vésicule biliaire est un organe de stockage de la bile.

On peut facilement vivre sans la vésicule biliaire mais c'est bien connu dans la littérature et dans la vie quotidienne qu'une minorité des patients (+/- 15%) peuvent malgré tout manifester des symptômes de mal-digestion (syndrome post cholécystectomie) comme des nausées, un reflux ou des diarrhées en fonction de leur alimentation. Ces patients vont automatiquement adapter leur alimentation afin d'éviter ces symptômes.

Dans quelles circonstances pratique-t-on une cholécystectomie ?

L'ablation de la vésicule biliaire sera nécessaire quand il y a un dysfonctionnement de l'organe avec des symptômes manifestés par la patient. Le dysfonctionnement peut être lié le plus souvent à la présence de calculs ou lithiases, la présence de polypes, une vésicule porcelaine ou même dans une situation rare d'un cancer de la vésicule (0.2 à 2.9% des cholécystectomies réalisées). La découverte fortuite des calculs NON-symptomatiques n'est pas d'office une indication chirurgicale et elle doit être discutée cas par cas.



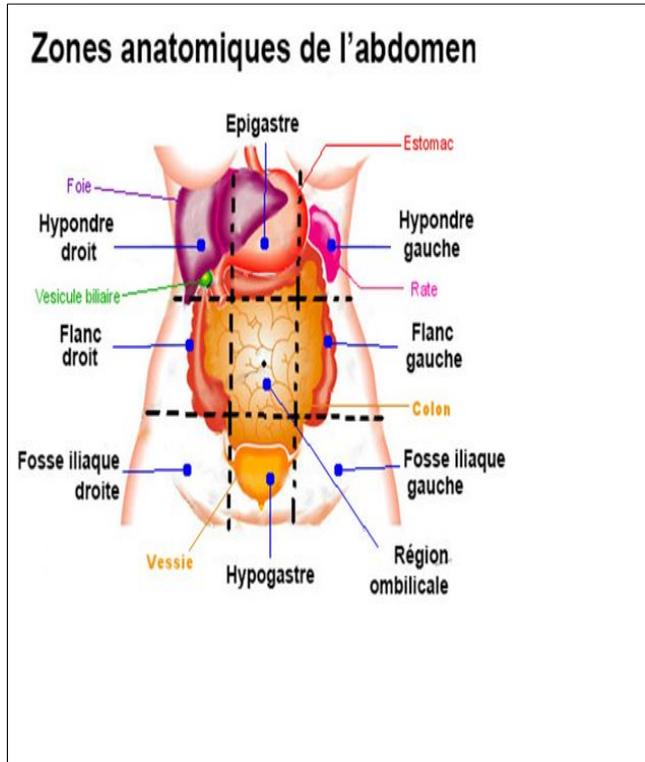
Petits calculs de 3-4mm / plus gros calcul de 2cm / Sludge (sable)



La vésicule ouverte avec un calcul de presque 4cm

Les symptômes qui peuvent se présenter

Les symptômes les plus fréquents sont une douleur abdominale située en sous-costale droite (hypocondre droit), flanc droit ou en dessous du sternum (épigastrique) avec ou sans irradiation vers le dos (entre les omoplates), une mal-digestion avec ou sans nausées et même de la fièvre.



Ces douleurs se manifestent plutôt 1 à 2h après le repas et le plus souvent le soir ou la nuit. Ils se présentent comme une gêne continue ou sous forme de crises assez violentes répétées. Dans des situations plus avancées en cas de migration (les calculs sortent de la vésicule dans la voie biliaire) les calculs peuvent entraîner une pancréatite, rare mais parfois gravissime, pouvant nécessiter un séjour en réanimation. Enfin les calculs peuvent bloquer la circulation de la bile et donner la jaunisse (ictère), c'est une urgence également. Parfois les signes peuvent être moins typiques et la décision d'opérer sera plus difficile ; le chirurgien pourra s'aider de signes biologiques, (prise de sang) ou radiologiques, voire endoscopiques.

Comment se déroule une cholécystectomie ?

La cholécystectomie se fait sous anesthésie générale le plus souvent par voie coelioscopique avec une caméra et des instruments de 5 ou 10mm. Ceci se pratique par une seule incision (monotrocart) ou par plusieurs (3 ou 4 en général) en fonction des habitudes de votre chirurgien. Voici le résultat de l'incision par monotrocart en dessous. Bien sûr en fonction de la situation à l'intérieure de votre ventre (par exemple vos antécédents chirurgicaux), l'endroit et le nombre des incisions peuvent varier.



Incision par MONOTROCART



Incision par MONOTROCART

Exceptionnellement une voie directe (sous-costale ou médiane) sera nécessaire si la voie coelioscopique ne peut plus être continué pour des raisons de sécurité (inflammation importante, anatomie anormale ou non-identifiable, complications en peropératoire, etc...). Le but de l'intervention est de faire l'ablation de la vésicule biliaire qui est attachée en dessous du foie avec ligature du canal cystique qui le relie avec le canal cholédoque, la fermeture de l'artère cystique et vérification de l'absence de toute autre obstruction des voies biliaires toujours en place par une cholangiographie. Il faut s'assurer que le foie et le pancréas peuvent continuer à fonctionner correctement car ils sont tous les deux attachés sur ce même canal (voir les photos de l'anatomie au dessus). Le temps opératoire est très variable entre 45min et 180min en fonction de la difficulté de l'intervention qui varie selon l'état de la vésicule, de votre poids, de vos antécédents chirurgicaux ou de complications techniques apparaissant pendant l'intervention.

Quels sont les risques de cette intervention ?

Des complications postopératoires peuvent exceptionnellement survenir. Elles sont soit directement liées à l'acte opératoire, soit liées à des problèmes médicaux ou des comorbidités (HTA, Diabète, obésité, antécédents de thrombophlébite, etc..) du patient qui apparaissent après l'opération.

Quelles sont les complications les plus fréquentes liées à l'opération?

1) Un saignement : il peut nécessiter une simple surveillance, une transfusion sanguine ou plus rarement une nouvelle intervention. Afin de minimiser ce risque, le chirurgien vérifie en fin d'opération l'absence de saignement. Dans une situation exceptionnelle d'inflammation importante ou des difficultés pendant l'opération un ou plusieurs redons ou tuyaux de drainages peuvent être laissés en place.

2) Une infection de la zone opérée ou sur les cicatrices : afin de réduire le risque d'infection, chaque patient reçoit un antibiotique en début d'intervention. Une lésion du canal biliaire qui survient dans moins de 0.5% des cas. Une réparation peut avoir lieu au cours de la même intervention si on l'a constaté. Une lésion peut également apparaître à distance et toute réapparition de douleur dans le ventre doit être considéré comme suspect et exploré de façon adéquate.

3) Une blessure d'un organe abdominal (intestin par exemple). Cette complication est très rare. Si le chirurgien la détecte pendant une intervention par laparoscopie, il peut avoir recours à une laparotomie (opération par voie ouverte). Parfois, la blessure détectée dans les heures qui suivent l'intervention peut entraîner une ré-intervention.

Quelles sont les autres complications?

Les complications suivantes demeurent rares :

1) la découverte de calculs dans la voie biliaire principale pendant l'opération. Pour retirer ces calculs, on peut passer un cathéter spécifique dans la voie biliaire pendant l'opération ou faire une technique appelée ERCP (sorte de gastroscopie). Elle est pratiquée par le gastro-entérologue pendant l'intervention ou après en fonction du degré d'urgence (blocage complet ou non de cette voie biliaire vers l'intestin).

2) une thrombose (formation d'un caillot de sang dans une veine) ou une embolie pulmonaire

(lorsque le caillot dans la veine migre dans les veines des poumons). Pour éviter la formation de caillots sanguins, tous les patients bénéficient d'une mobilisation précoce et d'un éventuel traitement anticoagulant préventif.

3) un problème touchant un organe (cœur, rein...). Le risque de survenue d'une telle complication est évalué lors de la consultation d'anesthésie. Dans certaines situations, des examens complémentaires peuvent être demandés.

Quels sont les signes à surveiller après l'opération lors de votre séjour et même dès votre retour à domicile ?

- 1) Une douleur abdominale intense ou récidivante
- 2) Persistance d'une fièvre (température supérieure à 37°)
- 3) Vomissements persistants
- 4) Ictère ou jaunisse
- 5) Altération de votre état général, des difficultés respiratoires ou tous autres

Diagnostiquée tôt, une complication est plus facilement traitée. Mentionnez toujours à l'infirmière ou au médecin qui vous examine que vous venez d'avoir eu une cholécystectomie.

Nous vous remercions d'avoir lu attentivement ce document et nous espérons que ceci répond aux questions que vous pouvez avoir de cette intervention chirurgicale. N'hésitez surtout pas de contacter votre chirurgien si vous avez encore besoin des informations supplémentaires et n'attendez pas le jour de votre intervention de les posées. Ceci augmentera seulement votre stress opératoire et nous souhaitons que votre intervention puisse se passer en toute sérénité.

Dr. Peter FRANCOIS et le Dr. Hervé TOURSEL