

CLINIQUE SAINTE-ELISABETH

Place Godin 5
5000 NAMUR

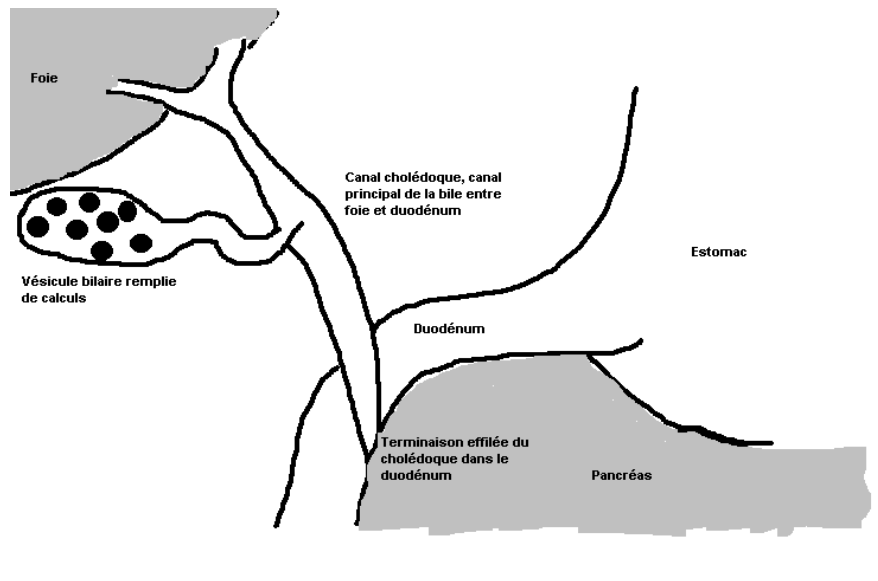
Service de Chirurgie Générale,
Digestive et Endocrinienne

L'ablation de la vésicule ou cholécystectomie

Introduction :

Vous devez subir **une cholécystectomie par laparoscopie** ou **une cholécystectomie par laparotomie**, appelées aussi ablation de la vésicule biliaire.

La vésicule est une sorte de réservoir accolé à la face inférieure du foie droit. Elle ne contient qu'une partie de **la bile**, la concentre et l'éjecte lors du repas pour aider à la digestion. En fait, la vésicule n'est pas un simple réservoir passif, mais elle a un rôle actif à jouer en maintenant la bile liquide. Lorsque la bile se solidifie, se cristallise, elle donne **des calculs biliaires**, ce que l'on appelle encore une lithiase vésiculaire. Il s'agit d'une anomalie fréquente, surtout chez la femme ou chez les gens qui sont trop gros ou s'alimentent trop richement. Il en va de même chez ceux qui ont de l'anémie par hémolyse. La maladie est due à un dérèglement du fonctionnement de la vésicule, et le traitement consiste donc à enlever la vésicule. Certains médicaments peuvent rendre la bile plus liquide, ou on peut casser les calculs par des ondes externes (la lithothritie), mais ce sont des méthodes quasi abandonnées et qui mènent toujours à la récurrence. Il faut enlever la racine du mal, et donc **enlever la vésicule elle-même.**



Toutefois, la vésicule n'est pas indispensable et on peut parfaitement vivre sans elle. Après la cholécystectomie, il suffit de suivre un régime quelques semaines, après quoi on peut généralement manger normalement. Comme la vésicule était malade, le malade voit parfois sa digestion s'améliorer. En tous cas, les symptômes liés à la maladie comme les crises de colique hépatique (crise au foie) vont disparaître.

On enlève la vésicule que si le malade en souffre, par exemple sous forme d'infection, de jaunisse ou de crises de coliques hépatiques. Si on découvrait par hasard une lithiase vésiculaire au cours d'une échographie pour tout autre chose, il est probable que le chirurgien ne recommandera l'opération que si les calculs donnent des symptômes. Par contre, si les calculs ont déjà fait parler d'eux, alors il n'y a pas vraiment d'autre traitement que l'opération.

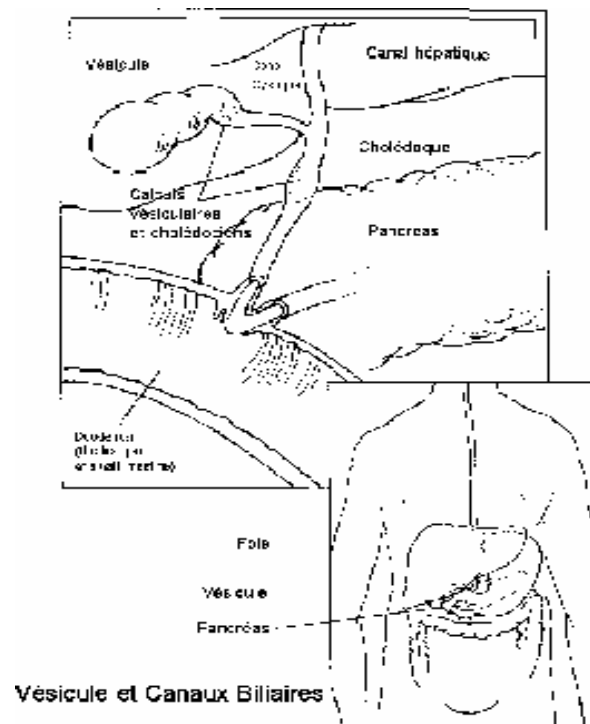
Les alternatives à la cholécystectomie incluent : la dissolution des lithiases, la destruction des lithiases par lithotripsie externe, ou choisir de ne pas avoir d'opération ou même de traitement du tout, en toute connaissance de cause des conséquences

- Une discussion de ces alternatives est nécessaire, en particulier en ce qui concerne les conséquences d'être opéré et de ne pas être opéré.

La maladie :

Votre médecin a diagnostiqué des calculs biliaires, appelés aussi pierres au foie, lithiase biliaire, crise de foie. Ce diagnostic peut avoir été fait par des radiographies, une échographie, un scanner... Si une lithiase a été trouvée dans le cholédoque, on peut faire une endoscopie et éventuellement une sphinctérotomie qui consiste à élargir la sortie du cholédoque (la papille).

Les calculs biliaires (pierres à la vésicule) sont des sortes de concrétions, d'amas parfois calcifiés. Ils viennent d'une anomalie du fonctionnement de la vésicule, et provoquent eux-mêmes des lésions de la paroi vésiculaire. Le traitement consiste donc à retirer la vésicule : c'est la cholécystectomie. Retirer la lithiase seulement serait inefficace.



Les calculs peuvent provoquer des complications, comme par exemple une crise de colique hépatique, une cholécystite, une pancréatite ou une lithiase du cholédoque entre autres.

- **La crise de colique hépatique** est souvent appelée crise de foie et se manifeste par des douleurs. Elle peut se produire après un repas riche en gras. Lorsque les calculs bloquent la sortie de la vésicule, ils empêchent la bile de s'écouler dans le duodénum qui est une partie de l'intestin. Puisque la bile ne peut s'écouler, la vésicule se dilate et provoque de la douleur. La douleur peut durer de quelques minutes à quelques heures. Elle est habituellement localisée à droite dans la partie haute de votre abdomen. Il peut y avoir des nausées et l'abdomen devient alors distendu. La douleur s'estompe peu à peu au fur et à mesure que la bile s'écoule tranquillement par l'ouverture disponible, puis disparaît complètement. La crise peut se reproduire après un autre repas. L'intervalle entre les crises peut être quelques semaines ou quelques mois.
- **La cholécystite** est une inflammation et une infection de la vésicule, qui peut se transformer en une poche de pus. Elle se produit lorsqu'une pierre se loge dans l'ouverture de la vésicule biliaire et ne bouge plus. À ce moment, la douleur persiste et ne s'estompe pas avec le temps car il n'y a pas d'espace pour que la bile s'écoule tranquillement. Si la douleur persiste plus de 24 heures, il faut immédiatement consulter votre médecin. En général, une hospitalisation est nécessaire avec un traitement antibiotique suivi d'une cholécystectomie. L'opération sera parfois faite dans les premiers jours ou après un traitement antibiotique intra veineux de 10 jours suivi d'antibiotiques per os à domicile quelques semaines.
- Un ou plusieurs calculs peuvent passer de la vésicule dans le canal principal de la bile qui s'appelle le cholédoque. Si le canal est obstrué, il se développe **un ictère (une jaunisse)**. Si cette obstruction s'accompagne d'une infection de la bile, on désigne cette maladie sous le nom d'angiocholite. Il faut toujours que le canal de la bile reste libre. S'il y a une lithiase du cholédoque, on doit l'enlever rapidement. Il existe plusieurs méthodes pour désobstruer le cholédoque. La première se fait par **endoscopie**, c'est à dire en introduisant par la bouche, éventuellement sous anesthésie, un endoscope (ERCP) jusqu'à la terminaison du cholédoque qui sera élargie pour permettre à la pierre de passer seule. C'est la sphinctérotomie. Cette méthode peut être utilisée avant l'opération, ou après l'opération quand il reste une pierre dans le cholédoque après que la vésicule a été enlevée.



Parfois, on ne peut pas faire la sphinctérotomie, ou elle rate, ou la pierre du cholédoque n'est découverte que pendant l'opération. On doit alors l'enlever chirurgicalement en ouvrant le cholédoque. Par le trou du cholédoque, on enlève le ou les calculs, puis on referme le cholédoque sur un drain qui sert de tuteur, permet de faire des radios post opératoire. Ce drain (le drain de Kehr) ramène de la bile. Après quelques jours, si la radio de contrôle post op est bonne, on peut clamber le drain et le malade peut regagner son domicile drain en place. On l'enlève simplement en triant dessus, en consultation, après 6 semaines.

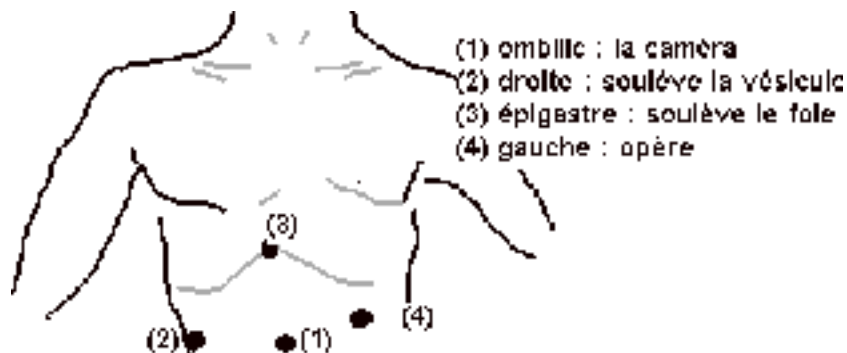
- Les calculs biliaires peuvent donner d'autres complications, et notamment **une pancréatite**. C'est une inflammation aiguë du pancréas, généralement due à une lithiase du cholédoque. Cette inflammation évolue indépendamment de la lithiase biliaire elle-même, et peut être soit très bénigne, soit très grave. Une pancréatite est donc l'inflammation, le gonflement du pancréas qui est incapable de laisser s'écouler ses sécrétions. Une pancréatite provoque des douleurs violentes dans le haut du ventre. La douleur apparaît habituellement après un repas copieux.

Si l'une ou l'autre de ces complications vous arrive, vous devez vous rendre immédiatement chez votre médecin traitant ou aux urgences. Il est possible que le chirurgien doive vous opérer d'urgence.

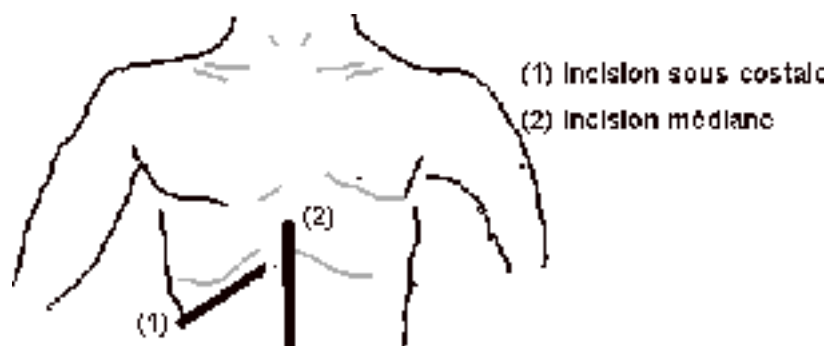
L'opération :

Il existe deux sortes de cholécystectomies : la **cholécystectomie par laparoscopie** qui est de loin la plus fréquente et la **cholécystectomie par laparotomie**. Cette intervention se fait toujours sous anesthésie générale. L'intervention dure en moyenne 1 à 1 heure 1/2. Le plus souvent une radiographie sera réalisée pendant l'opération.

Une laparoscopie consiste à pratiquer 4 (parfois 5) petites incisions de 10 mm, ou de 5 mm, dont une au niveau du nombril, afin d'introduire les instruments nécessaires pour l'opération. Par l'ombilic est introduit **le laparoscope**, c'est-à-dire une lentille et des lumières puissantes reliées à une caméra. Cette caméra est elle-même reliée à un téléviseur qui permet de voir l'intérieur de l'abdomen sur un écran. Pour avoir de la place pour travailler, l'abdomen est gonflé avec **un gaz** (du gaz carbonique) qui sera complètement évacué en fin d'intervention. On peut opérer avec les instruments introduits par les autres orifices (par l'épigastre pour soulever le foie, par la droite pour soulever la vésicule et par la gauche pour disséquer).



Il y a beaucoup d'avantages à procéder par laparoscopie : votre séjour à l'hôpital est plus court, vous pouvez reprendre plus rapidement vos activités et les plaies sont plus petites. Par contre, il peut y avoir des désavantages comme le danger d'embolie gazeuse (toutefois extrêmement rare), la plus grande difficulté opératoire, les instruments difficiles à manipuler... Si l'opération est trop difficile, en cas d'hémorragie, de forte inflammation, **on peut transformer la laparoscopie en laparotomie** : on ouvre.



La cholécystectomie par laparotomie nécessite une ouverture de l'abdomen, soit sous les côtes à droite, soit au milieu.

Cette opération nécessite un séjour un peu plus long, une récupération globale un peu plus longue. C'est la raison pour laquelle on ne la pratique que si la cœlioscopie semble impossible, par exemple après une cholécystite, si vous avez eu des opérations abdominales auparavant avec de nombreuses adhérences...

Le film de l'intervention :

Vous pouvez entrer à l'hôpital soit le jour avant l'intervention, soit le matin même, mais il faut bien sûr le décider à l'avance. Vous devez réserver votre chambre à l'avance, puis confirmer votre réservation 48 heures avant, en téléphonant à l'admission (tel 081 72 04 30). Si vous entrez le matin même, vous devez voir l'anesthésiste à la consultation (Tél 081 72 05 74). Dans tous les cas, vous devrez rencontrer un anesthésiste avant l'intervention, que ce soit en consultation ou le soir avant. Vous devrez rester à jeun depuis minuit, sans boire ni manger, même pas de l'eau. L'intervention dure environ 1 h 30 en absence de

difficultés comme une obésité, des antécédents de cholécystite, des adhérences... Toutefois, il faut prendre en compte le temps pour vous endormir, vous réveiller et la durée du séjour en salle de réveil : le malade restera absent de sa chambre parfois 4 à 5 heures. Vous resterez à jeun 24 heures, puis vous aurez une réalimentation progressive. Le plus souvent, vous aurez un drain pendant 2 jours. Vous quitterez l'hôpital quelques jours après l'intervention, souvent après 2 à 3 jours, après l'ablation du drain. Un régime est à prévoir pendant 3 semaines excluant surtout graisses, alcool, épices... Vous pourrez prendre des antidouleurs comme prescrit quelques jours (par exemple Dafalgan, ou Dafalgan codéine, ou Contramal gouttes) éventuellement en association avec une combinaison entre anti inflammatoires et protection gastrique (par exemple Feldène Lyotaps + Nuardin). Enfin, vous aurez à porter des bas de contention et pratiquer une injection de prévention contre les phlébites (par exemple Fraxiparine ou Clexane). L'arrêt de travail à prévoir est de 3 à 4 semaines.

RISQUES

Comme toute intervention, l'ablation de la vésicule comporte des risques, qui sont toutefois minimes si vous êtes en bonne santé.

- Ils dépendent de **l'état général** du malade et de ses antécédents (maladies cardiaques, pulmonaires, fumeur, troubles de la coagulation). Si vous avez des problèmes de ce type, ils seront mieux traités si vous les expliquez en détail avant. N'hésitez pas à apporter vos médicaments chez l'anesthésiste et lors de votre hospitalisation.
- Ils dépendent aussi de l'opération, qui comporte des risques aspécifiques et spécifiques. Les **principaux** risques aspécifiques sont **l'hémorragie** et **l'infection de la plaie**. Un drain est laissé en place pour surveiller la survenue d'une hémorragie, ce qui est très rare et surtout dans les premières heures. L'infection doit être surveillée à la maison : survenue d'un gonflement anormal, d'une rougeur, d'un écoulement, de température, de mal au ventre. L'infection sera le plus souvent facilement guérie par un drainage, des soins locaux pendant quelques temps et des antibiotiques. Reste les risques aspécifiques qui sont exceptionnels : embolie pulmonaire, infarctus, pneumonie...
- Les **risques spécifiques** sont liés soit à la coelioscopie, soit à la chirurgie biliaire : embolie gazeuse, plaies viscérales liées aux instruments, fuite biliaire, lithiase résiduelle du cholédoque... Ces risques sont assez exceptionnels, mais le risque zéro n'existe pas. De nombreuses mesures sont prises au décours de votre séjour, et après celui-ci, pour améliorer votre sécurité : prévention des phlébites par injection et bas, prévention des complications biliaires par la radiographie per opératoire, etc.....
- L'opération comporte bien entendu plus de bénéfices que de risques ! Plus de crises de douleurs liées à la vésicule, meilleure digestion, plus de risques de cholécystite, d'ictère...

En conclusion :

Un mauvais fonctionnement de la vésicule peut entraîner l'apparition de calculs biliaires. Ces calculs se manifestent par des douleurs (colique hépatique), mais peuvent donner des ennuis plus sérieux (cholécystite, lithiase du cholédoque, pancréatite...). Le traitement consiste en l'ablation de la vésicule (cholécystectomie) soit par des petits trous (cœlioscopie) soit par une incision (laparotomie). Il s'agit d'une opération plutôt bénigne, avec une courte durée de séjour et une récupération rapide la plupart du temps.

ATTENTION : ce document d'information est là pour vous aider, il est par nature incomplet. Vous pouvez toujours contacter votre médecin traitant, votre gastro entérologue, ou me contacter, soit à la clinique 081 720411) ou chez moi (081 212386) pour poser toutes questions.