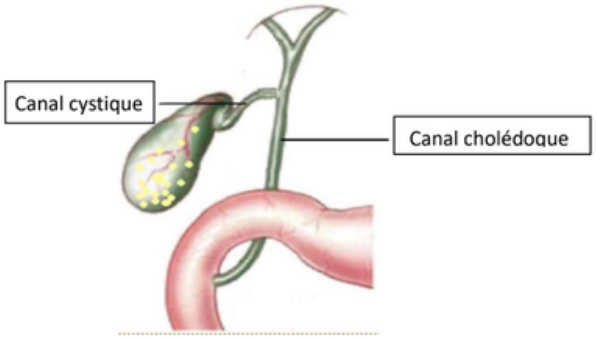
FICHE D'INFORMATION PATIENT

LA CHOLECYSTECTOMIE ou ABLATION DE LA VESICULE BILIAIRE

Le but de cette notice est de vous permettre d'avoir les informations concernant votre intervention.
Votre cas personnel peut ne pas y être parfaitement représenté. N'hésitez pas à interroger votre praticien pour toute information complémentaire. Ces informations complètent et ne se substituent pas à l'information spécifique qui vous a été délivrée par celui-ci. Cette fiche n'est pas exhaustive en ce qui concerne les risques exceptionnels.

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). La vésicule biliaire est un organe de stockage de la bile. Elle n'est pas indispensable à la digestion et on peut manger et digérer normalement sans vésicule biliaire. Dans 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).



Si les calculs existent mais ne donnent pas de trouble il est inutile de vous opérer.

QUELLES SONT LES COMPLICATIONS DES CALCULS VESICULAIRES ?

Les calculs peuvent entraîner une douleur située au niveau de l'estomac ou sous les côtes à droite, elle dure au moins une demi-heure, peut aller dans le dos ou à l'épaule droite et être accompagnée de nausées, vomissements. De la fièvre peut survenir, en général accompagnée de douleurs, témoignant d'une inflammation de la vésicule : c'est une urgence. En migrant plus loin 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 (prises de sang) ou radiologiques, voire endoscopiques. La présence de calculs est confirmée par l'échographie ou le scanner ou l'IRM. 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, radiographies). S'il existe des signes évoquant des calculs 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 L'OPERATION ?

Au moment de votre prise en charge au bloc opératoire, votre intervention sera soumise à une « check-list » ou vérifications des données vous concernant pour éviter toute erreur de prise en charge. Ceci est réglementaire en France pour toute intervention chirurgicale. Cette intervention peut se dérouler soit en hospitalisation ambulatoire (entrée et sortie le jour même de l'intervention) ou en hospitalisation conventionnelle (entrée la veille ou le matin même de l'intervention et sortie à partir du lendemain de l'intervention).

La cholécystectomie est souvent faite par coelioscopie (opération sous anesthésie générale et avec l'aide d'une caméra avec des petites incisions allant de 5 à 20 mm). Il peut arriver que l'opération soit faite en ouvrant l'abdomen (laparotomie) soit que cela soit prévu avant l'opération soit que cela soit décidé pendant l'opération par le chirurgien devant l'apparition de difficultés.

Le principe est de couper et de boucher le canal de la vésicule ou canal cystique et son artère puis de décoller la vésicule qui est attachée au foie. La vésicule sera analysée en anatomopathologie (microscope). La remise des calculs au patient n'est pas autorisée d'un point de vue sanitaire.

L'opération elle-même dure entre 45 minutes et plusieurs heures en fonction de la difficulté de l'intervention qui varie selon l'état de la vésicule, de votre poids, de l'existence d'opérations précédentes sur l'abdomen ou de complications techniques apparaissant pendant l'intervention.

Après l'opération, un drain peut être laissé en place si le chirurgien le pense nécessaire. Dans les
heures qui suivent vous serez étroitement surveillé. Un arrêt de travail vous sera prescrit en accord avec chirurgien. Après une cholécystectomie, il n'est habituellement 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 ?

Pendant toute intervention il existe un risque de léser des vaisseaux sanguins source de saignement ou des organes de voisinage créant des difficultés opératoires. Le chirurgien gère ces problèmes pendant l'opération et peut adapter la surveillance en post opératoire. Ces complications peuvent apparaître après l'intervention et vous serez alerter par des signes anormaux. S'il craint une complication, le chirurgien peut décider de réopérer.

La principale complication est la blessure du système biliaire (canal cholédoque ou autre canal biliaire) dans moins de 1% des cas (1). Sa reconnaissance pendant l'opération peut prolonger celle-ci ou l'hospitalisation et requérir d'autres opérations dans un second temps. Sa reconnaissance après l'intervention peut également nécessiter une ou plusieurs réinterventions et éventuellement un transfert en centre spécialisé.

Il existe enfin des complications très exceptionnelles liées à la coelioscopie. 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 (aorte). Ces blessures accidentelles peuvent être favorisées par la complexité de l'intervention ou des circonstances anatomiques imprévues. Leur reconnaissance immédiate permet en général une réparation sans séquelle. Une hémorragie abondante habituellement rapidement jugulée peut 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).

Selon les cas, un traitement préventif du risque de phlébite ou d'embolie pulmonaire postopératoire sera entrepris (anticoagulants et/ou bas de contention).

Des complications autres peuvent survenir en raison de votre état de santé antérieur sur d'autres organes qui n'ont pas de relation directe avec l'intervention. Ce sont des problèmes de dysfonctionnement d'organe ou d'infection (infection urinaire, pulmonaire par exemple). Elles seront prévenues et traitées selon les cas.

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 aigues ou intenses, fièvre, douleurs des épaules en particulier à droite, jaunisse.