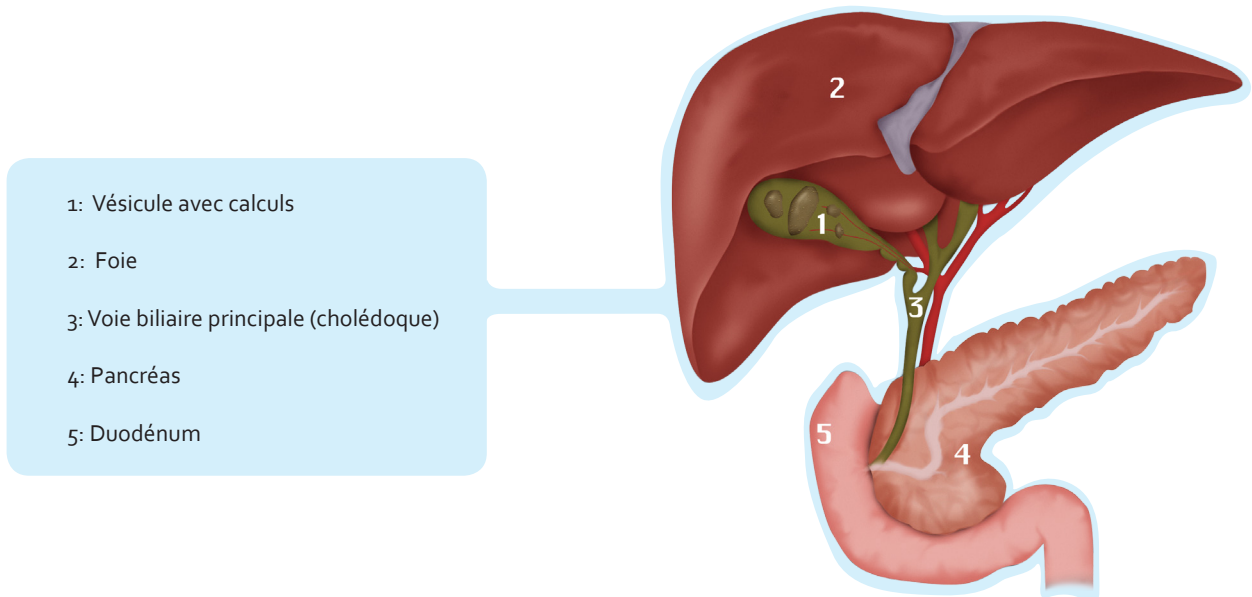


CHOLÉCYSTECTOMIE POUR VÉSICULE LITHIASIQUE

PAR LE DR ISABELLE BOILLOT

DÉFINITION

La vésicule biliaire correspond à un petit «réservoir» de bile situé sous le foie qui se contracte et se vide après les repas. Ainsi, les aliments ingérés se mêlent à la bile qui a pour but de favoriser l'assimilation (digestion) des graisses.



Dans la grande majorité des cas, les douleurs d'origine vésiculaire sont en rapport avec la présence de calculs (lithiases) qui vont se former dans la vésicule, endroit privilégié où la bile est sursaturée en cholestérol et est stagnante. Ces calculs vont mettre en tension la vésicule et les voies biliaires.

Certains facteurs vont favoriser l'apparition de ces calculs (âge entre 60 et 70 ans, sexe féminin, obésité, régime hyper calorique, grossesse, diabète...).

Il s'agit d'une maladie très fréquente ; on estime qu'en France 100 à 200 000 nouveaux cas de calculs biliaires sont découverts par an.

Après une crise douloureuse, environ 40 à 70 % des patients auront à nouveau des douleurs (qui surviennent en général assez tôt après la première crise) et 30 % auront une complication.

Ainsi, en cas de calcul vésiculaire douloureux, l'intervention consistant à réaliser l'exérèse de la vésicule (appelée cholécystectomie) est généralement proposée. C'est le seul traitement efficace à court et long terme.

COMPLICATIONS ÉVENTUELLES DES CALCULS VÉSICULAIRES

Outre les risques de **crise douloureuse à répétition**, la présence de calcul vésiculaire peut entraîner une **surinfection** secondaire de la vésicule (**cholécystite aiguë**) qui nécessitera une prise en charge chirurgicale rapide (dans les 48 h) ou différée (à un mois) selon les cas. Les complications infectieuses peuvent évoluer parfois vers des **péritonites** ou des **abcès**.

L'autre complication majeure de ces calculs est la **migration** d'un ou plusieurs calculs dans la voie biliaire principale (cholédoque) qui peut présenter un danger vital (**infection biliaire, pancréatite aiguë**).

Enfin le risque de transformation cancéreuse d'un calcul est rare (1% des cas).

En cas de calcul compliqué, la cholécystectomie est toujours indiquée sauf certains cas particuliers de malades à haut risque ou très âgés.

INTERVENTION CHIRURGICALE (CHOLÉCYSTECTOMIE)

L'intervention consiste à réaliser en bloc l'ablation de la vésicule et de son contenu. Celle-ci peut être réalisée par incision directe (**laparotomie** classiquement sous costale droite) ou sous **contrôle coelioscopique**. Les mêmes principes chirurgicaux sont respectés quelle que soit la technique utilisée.

Elle nécessite dans les deux cas une anesthésie générale.

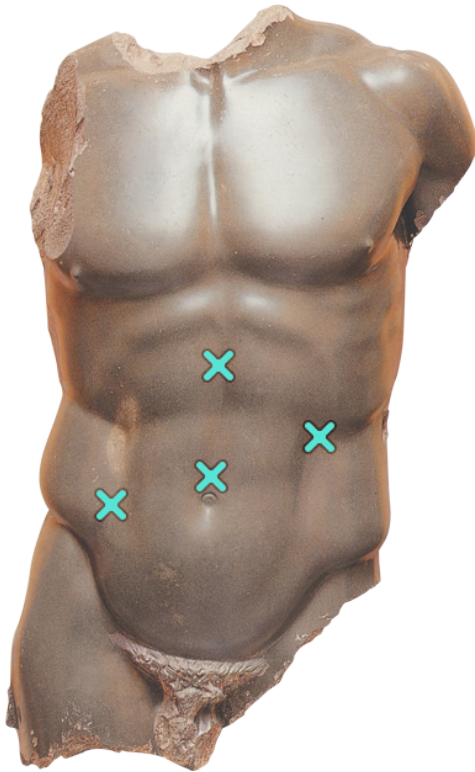
La vésicule est envoyée systématiquement à l'analyse anatomo-pathologique.

Actuellement, la voie coelioscopique est la technique la plus souvent employée.

En cas de difficulté sous coelioscopie, l'intervention peut se convertir en laparotomie. Le taux de conversion est plus élevé en cas de vésicule compliquée.

Le fait de convertir une coelioscopie en laparotomie ne doit pas être considérée comme une complication opératoire mais comme un changement stratégique de technique opératoire.

Voie coelioscopique



Laparotomie (voie classique)



- **Par voie coelioscopique**, l'opérateur travaille sous contrôle vidéo (caméra miniaturisée) avec des instruments spécifiques introduits au travers de 4 incisions cutanées. Cette méthode permet une excellente visualisation de la totalité de l'abdomen et un travail précis sous contrôle de la vue par des incisions n'altérant ni la solidité ni l'aspect de la paroi abdominale.

Un contrôle radiologique des voies biliaires avec injection d'un produit iodé peut être réalisé si besoin pendant l'intervention. La vésicule est retirée par le nombril. Les incisions sont refermées par des fils et sont infiltrées avec un produit anesthésique local pour diminuer les douleurs. Parfois si nécessaire, un drainage (redon ou lame) sera laissé en place.

- **Par laparotomie**, l'incision sera plus importante et plus douloureuse. De la même façon, l'opérateur pourra être amené à réaliser un contrôle radiologique avec produit iodé pendant l'intervention et à drainer la région opératoire ou les voies biliaires si besoin. L'incision est refermée par des agrafes ou des fils et infiltrée par un anesthésique local.

RISQUES EVENTUELS PENDANT L'OPERATION

- **Les plaies de la voie biliaire principale** sont observées dans 0,15 % des cas et elles sont plus fréquentes lorsqu'il existe des remaniements inflammatoires autour de la vésicule que lorsque la vésicule est saine. Elles sont aussi favorisées par des anomalies de l'anatomie propre au malade.

- **Les plaies vasculaires** (artère ou veine), **plaie du foie** avec **saignement**.

- **Les plaies des organes voisins** (colon, intestin).

Toutes ces plaies survenant pendant l'opération sont suturées lorsqu'elles sont reconnues et souvent drainées. Le plus souvent, l'intervention est transformée en laparotomie. Une réintervention dans les suites est possible selon les cas et l'évolution.

RISQUES EVENTUELS APRES L'OPERATION

- **La fuite biliaire** : l'évolution est en général favorable mais peut nécessiter une réintervention chirurgicale.

- **L'abcès de la région opérée**.

- **L'abcès de la paroi**.

- Complications générales **pulmonaires ou cardiaques** selon l'âge et les maladies associées du patient.

- La **mortalité globale** après cholécystectomie réglée pour calcul vésiculaire est exceptionnelle (0 à 0,28 %) et chez le malade jeune et sans maladie associée, ce risque est à peine supérieur au risque inhérent à toute anesthésie générale. Ce risque augmente avec l'âge et si l'intervention est effectuée au cours d'une complication.

PRISE EN CHARGE A L'HOPITAL

Vous rentrez dans le service le matin de votre opération **à jeun et à l'heure prévue**. Vous aurez pris avant de venir une douche avec la Bétadine rouge dont on vous aura remis une ordonnance le jour de la consultation.

Vous êtes également invité à **épiler la zone opératoire** (un schéma vous sera transmis) la veille à domicile avec une crème dépilatoire (sauf en cas d'allergie). En cas d'impossibilité, le rasage sera pris en charge à votre arrivée par l'équipe soignante.

On vous demandera d'uriner avant de partir au bloc opératoire. Il se peut que vous ne soyez pas pris immédiatement au bloc ; cela est fonction de l'organisation de la matinée opératoire.

Au retour du bloc, un traitement contre les douleurs et les nausées est instauré systématiquement. Vous serez autorisé à vous lever dans la soirée et à prendre un repas léger. Le lendemain, vous pourrez avoir un petit déjeuner et un repas normal à midi.

DEPART ET CONSIGNES GENERALES

Si tout se passe normalement, vous êtes autorisé à sortir dans l'après-midi (en cas de prise en charge ambulatoire) ou le lendemain de votre intervention dans la matinée.

- Une **lettre et un compte-rendu opératoire** seront envoyés à votre médecin traitant.

- Votre ordonnance comprend des comprimés pour la douleur et si besoin du **Lovenox** en injection sous cutanée à faire réaliser par une **infirmière à domicile** pendant 6 jours pour prévenir le risque de phlébite (prévoir l'infirmière avant l'intervention).

- Les pansements sont en général remplacés par un film protecteur en spray sur les fils de suture qui vous permettent de prendre des douches mais pas de bain durant toute la durée des fils (environ 15 jours). Aucun soin local n'est à faire dessus.

- **Les fils** sont résorbables.

- **L'arrêt de travail** est de 15 jours si vous travaillez.

- Une **consultation de contrôle** par le chirurgien n'est pas systématique sauf cas particuliers.

Le rôle de la vésicule dans la digestion n'est pas essentiel puisqu'il persiste un écoulement continu de bile. **Il n'y a pas de régime particulier** recommandé après l'opération sauf d'éviter les graisses cuites (fritures).

Éviter également les exercices physiques intenses pendant quelques jours.

En cas de problème, n'hésitez pas à appeler le secrétariat (04 78 61 895 65).