



Fédération de chirurgie  
viscérale et digestive



FICHE D'INFORMATION SUR

# LA CHOLECYSTECTOMIE

## ► 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, peut aller dans 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 ; c'est 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)**, elle 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 si 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). Si 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 L'OPERATION ?

→ **La cholécystectomie** est souvent faite par coelioscopie (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) soit que cela soit prévu avant l'opération soit 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 2 h, 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 réintervention.

La principale complication est la blessure du système biliaire (canal cholédoque ou canal accessoire, parfois minuscule) dans moins de 1% des cas<sup>(1)</sup> ; 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 réinterventions 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 : Essentiellement digestifs (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.

→ **Les hémorragies** : une hémorragie abondante peut survenir, habituellement rapidement jugulée mais pouvant nécessiter une transfusion sanguine ou de dérives 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.

(1) Plaies iatrogènes des voies biliaires. J. Paineau, A.Hamy, J Gugenheim. Rapport AFC 2011. Arnette Paris.