

INFORMATION PRÉOPÉRATOIRE

CHIRURGIE DU FOIE / HÉPATECTOMIE

➤ **PRATICIEN**

Nom :

Adresse :

N° RPPS :

➤ **PATIENT**

Nom :

Prénom :

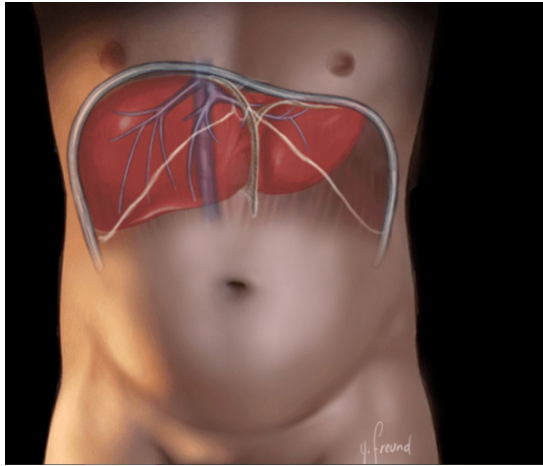
LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES SUR LE FOIE

Le but de cette note 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 personnalisée qui vous a été délivrée par celui-ci. Cette fiche n'est pas exhaustive en ce qui concerne les risques exceptionnels.

SITUATION ANATOMIQUE ET RÔLE DU FOIE

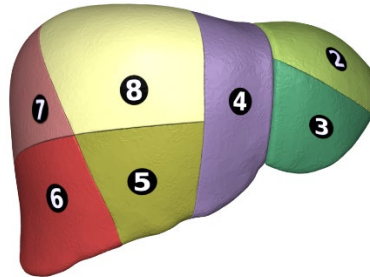
Le foie est l'organe de l'abdomen le plus volumineux. Il fait partie de l'appareil digestif : il permet la synthèse de la bile (rôle exocrine), de plusieurs glucides et lipides (rôle endocrine) et il joue aussi un rôle important dans l'hémostase. Il remplit plus de 300 fonctions vitales. Il est impair et asymétrique. Il est logé dans l'hypocondre droit, sous les dernières côtes, dans la loge sous-phrénique droite et s'étend vers la gauche, vers la partie supérieure du creux épigastrique puis atteint l'hypocondre gauche. Il n'est pas palpable en situation normale. C'est le plus volumineux des viscères abdominaux, 2 % du poids corporel, soit une moyenne de 1500 grammes pour 20 cm de large et 14 cm de haut. Il est classiquement composé de 8 segments.

Localisation du foie



(Ref Websurg®)

Division en 8 segments



POURQUOI INTERVENIR SUR LE FOIE

La chirurgie du foie a le plus souvent pour objectif l'ablation d'une portion du foie. Elle est proposée aux patients porteurs de pathologies bénignes (adénome, kyste) ou malignes (cancer du foie, des voies biliaires ou métastases d'autres pathologies situées dans le foie). Le but de l'opération est d'enlever une portion du foie touché par une lésion en préservant le reste du parenchyme hépatique qui est sain. Dans certaines situations, seule la paroi d'un kyste pourra être enlevée.

Suivant la portion de foie qui est enlevée, on parle de résection anatomique (si un ou plusieurs segments sont réséqués en totalité) ou atypique (seule la tumeur avec une partie du parenchyme au contact sont réséqués). Les hépatectomies sont dites majeures quand au moins 3 segments du foie sont réséqués.

La chirurgie hépatique a la réputation d'être complexe, car le foie est un organe volumineux, situé sous les côtes à droite de l'abdomen. Son abord chirurgical est parfois difficile, en particulier pour les zones situées à l'arrière de l'organe. Il est en outre richement vascularisé et il est parfois nécessaire, au cours de l'intervention, d'obstruer temporairement les vaisseaux qui l'irriguent (on parle de clampage vasculaire), ce que le patient peut mal tolérer. Si le chirurgien doit évaluer avec précision la partie du foie qui restera après l'intervention pour éviter une insuffisance hépatique après la chirurgie, le foie a la propriété de compenser la partie qui est enlevée en se régénérant. Dans ce but, le chirurgien proposera parfois une intervention dans le but d'oblitérer un vaisseau du foie qui sera enlevé avant l'intervention pour permettre au foie « restant » de se régénérer avant la chirurgie.

AVANT L'INTERVENTION

Le chirurgien et l'anesthésiste évalueront votre état de santé. Un bilan préopératoire validera l'indication chirurgicale (avec réalisation d'examen adaptés à votre pathologie : Scanner et/ou IRM, échographie ...). En cas de cancer, une RCP (Réunion de Concertation Pluridisciplinaire) de cancérologie validera l'intervention chirurgicale ou précisera les modalités éventuelles d'un traitement préalable à la chirurgie, (chimiothérapie) et évoquera les alternatives éventuelles à la chirurgie : destruction percutanée par le froid, par micro-ondes, par radiofréquence ... ou d'autres modalités). Votre capacité à subir l'intervention (bilan anesthésique, cardiologique, pneumologique éventuel ...) sera évaluée. Une date d'intervention vous sera alors proposée.

COMMENT SE DÉROULE L'INTERVENTION ?

Une check-list obligatoire, réalisée immédiatement avant l'intervention, participe à votre sécurité. En particulier lors de cette check-list sont vérifiées votre identité et votre installation sur la table d'opération.

La chirurgie du foie nécessite un accès à la cavité abdominale qui peut se faire par coelioscopie (caméra) ou par laparotomie (chirurgie ouverte). La coelioscopie ou laparoscopie réalise l'opération par des petites cicatrices, mais n'est pas toujours réalisable. L'opération peut être modifiée en cours de procédure et nécessiter une ouverture classique en laparotomie (conversion), ou être effectuée d'emblée par un tel abord. Les incisions de laparotomie sont souvent de grande taille pour accéder au foie profondément situé.

L'opération débute par la vérification de l'anatomie du foie et l'identification de la ou des lésions du foie, souvent grâce à une échographie puis le chirurgien en réalise la résection. Dans les résections complexes, le chirurgien doit contrôler les vaisseaux qui alimentent le foie pour limiter le saignement. La section du tissu hépatique peut saigner et le chirurgien utilise plusieurs techniques pour contrôler ces saignements. En fin de procédure, le chirurgien peut appliquer des produits complétant l'hémostase (colle, compresses hémostatiques ...). L'absence de saignement et/ou de fuite de bile est vérifiée avant la fermeture de la paroi abdominale.

Il est important de noter que la chirurgie du foie implique souvent l'ablation de la vésicule biliaire.

Le chirurgien peut, selon les circonstances, mettre en place en fin d'opération un drain dans l'abdomen qui permet drainer des écoulements éventuels et assurer un contrôle de la cavité de l'abdomen. Ces drains seront retirés par simple traction après quelques jours.

QUELS SONT LES RISQUES DE L'INTERVENTION ?

Risques pendant l'opération

- Hémorragie

Le foie comporte de nombreux vaisseaux, et l'hémorragie est le principal risque de l'intervention. Le contrôle d'une hémorragie peut amener le chirurgien à modifier le déroulement de l'opération pour réparer le ou les vaisseaux endommagés. Une transfusion sanguine peut être nécessaire.

- Plaie biliaire

Au cours de l'intervention, un canal biliaire peut être lésé et nécessiter une réparation. Celle-ci peut nécessiter une dérivation de la bile dans un segment d'intestin grêle. La réparation de cette fuite de bile peut amener le chirurgien à mettre en place un drain spécifique pour plusieurs semaines.

- Compression nerveuse

Les équipes chirurgicale et anesthésique sont attentive au bon positionnement du patient et des membres pour éviter toute compression des nerfs ou des parties molles pendant l'intervention et l'anesthésie. Toutefois, des zones de compression prolongées peuvent apparaître compte tenu de la durée de l'intervention. Lorsqu'un nerf a été comprimé pendant quelque temps, des sensations d'engourdissements ou de fourmillements peuvent être ressenties dans la zone correspondant au nerf. Ces troubles disparaissent habituellement en quelques semaines, sans séquelle, mais une gêne peut persister.

- Blessure des organes de voisinage

La chirurgie du foie implique peu d'organes de voisinage. Toutefois, cette chirurgie implique « d'écarter » les organes de proximité, le duodénum, le colon, l'intestin grêle qui peuvent être lésés par ces manœuvres. L'introduction des instruments de coelioscopie peut aussi occasionner une plaie d'un organe de l'abdomen, parfois de façon invisible au cours de l'intervention.

QUELLES SONT LES SUITES DE L'INTERVENTION ?

La reprise de l'alimentation se fait rapidement, souvent le soir de l'intervention. La reprise du transit, gaz puis selles, intervient dans les jours post-opératoires.

Il n'y a habituellement pas de régime nécessaire après cette opération.

La fonction du foie restant est contrôlée, si nécessaire, par une prise de sang. En l'absence de complications, le retour à domicile est rapide.

QUELS SONT LES RISQUES AU DÉCOURS DE L'INTERVENTION ?

- Fistule biliaire (Fuite de bile)

Il s'agit d'un écoulement de bile qui survient dans 5 à 30% des cas, le plus souvent dans les jours postopératoires. Elle est due à une fermeture incomplète (ou la réouverture spontanée) d'un petit canal biliaire sur la zone de section du foie. Plus rarement, elle est due à une plaie d'un canal biliaire. Le risque est l'apparition d'un abcès ou d'un épanchement de bile dans le ventre réalisant une péritonite biliaire. La fuite peut ne se traduire par aucun symptôme lorsqu'elle s'évacue par le drain

La fuite de bile (ou fistule biliaire) se manifeste quelques fois par des douleurs et de la fièvre, des anomalies sanguines ou des complications respiratoires. Son diagnostic nécessite souvent la réalisation d'un scanner ou d'une IRM. Son traitement peut nécessiter une ponction par un radiologue, un drainage par voie endoscopique par un gastroentérologue avec la pose temporaire d'une prothèse interne, ou nécessiter une réintervention chirurgicale. Dans certains cas, votre chirurgien vous adressera dans un centre spécialisé.

- Hémorragie

Une hémorragie peut survenir dans les jours qui suivent la chirurgie. Elle peut être due à une réouverture d'un vaisseau impliqué dans la zone de section du foie. Elle peut nécessiter un traitement en radiologie interventionnelle (embolisation) ou une réintervention chirurgicale.

- Insuffisance hépatique

Selon le type de maladie hépatique, et l'état préalable du foie, il est possible d'enlever jusqu'à 70 à 80% du volume total du foie. La fonction du foie peut être assurée par le foie restant le temps qu'il se régénère. Au-delà de ce seuil (plus de 70-80% de foie réséqué), ou en cas de maladie du foie préalable (cirrhose ...) le foie n'est plus à même d'assurer ses fonctions principales et une insuffisance hépatique peut survenir. Le foie n'est plus à même d'effectuer son travail. Cette complication se traduit par l'apparition d'une jaunisse, d'œdèmes et/ou par une production d'ascite (liquide dans le ventre). Dans les cas extrêmes, l'insuffisance hépatique peut aboutir au décès.

- Complications respiratoires

La position du foie contre le diaphragme, la nécessité d'écarter les côtes pendant l'intervention pour accéder au foie ou les manœuvres anesthésiques souvent nécessaire pour pratiquer l'hépatectomie peuvent altérer temporairement la fonction des poumons. Les douleurs postopératoires peuvent aussi limiter la bonne fonction des poumons. Ceci s'associe à une rétraction du poumon, droit le plus souvent, (atélectasie) et favorise l'apparition de liquide entre le poumon et la plèvre (épanchement pleural). Le traitement de ces complications respiratoires se fait par de la kinésithérapie respiratoire, éventuellement associée à une antibiothérapie en cas d'infection associée. Une prise en charge en réanimation est parfois nécessaire pour pratiquer une assistance ventilatoire.

- Infection

Malgré les précautions d'asepsie et les antibiotiques administrés préventivement au début de l'opération, une infection peut survenir. Son traitement sera adapté à son type, superficiel ou profond et sa sévérité : antibiotiques, évacuation, ponction radiologique, chirurgie de drainage.

- Phlébite, embolie

Une phlébite, définie par l'apparition d'un caillot dans une veine profonde, voire une embolie pulmonaire définie par la migration d'un tel caillot dans les poumons, sont des complications rares en raison de la prévention systématique qui est réalisée par un traitement anticoagulant préventif et l'utilisation de contentions veineuses (bas de contention).

Après votre retour au domicile la survenue de certains signes doit 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, jaunisse.

QUELS SONT LES RISQUES À LONG TERME ?

Il y a peu de séquelles à long terme. L'apparition de fièvre ou d'un ictère (jaunisse) doit vous amener à prendre contact avec votre médecin ou votre chirurgien, même longtemps après l'intervention, et surtout si elle a été difficile ou importante.

QUELQUES QUESTIONS QUE VOUS DEVEZ VOUS POSER OU POSER À VOTRE CHIRURGIEN AVANT DE VOUS DÉCIDER POUR VOTRE INTERVENTION

- Pourquoi doit-on opérer ?
- Puis-je attendre avant de me faire opérer ?
- Y a-t-il d'autres solutions que la chirurgie ?
- Que se passe-t-il si on n'opère pas ?
- Combien de temps dure l'intervention ? Et l'hospitalisation ?
- Quels sont les risques si on opère ?
- Me recommandez-vous de prendre un autre avis ?

Date de remise du document :

Date de la signature :

Signature du patient :

Attention : si vous ne retournez pas à votre chirurgien ces documents, dûment paraphés et signés attestant la remise de la fiche d'information préopératoire et du consentement éclairé, votre intervention ne pourra pas être pratiquée.