

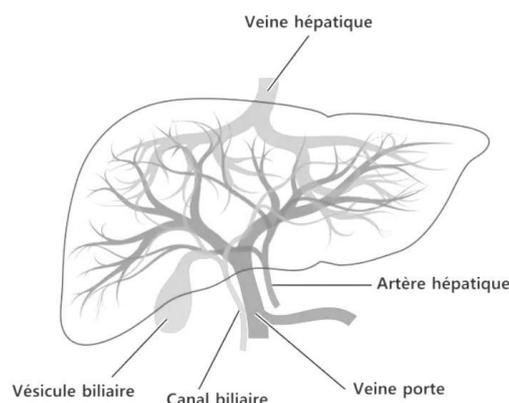
FICHE D'INFORMATION PATIENT

CHIRURGIE DU FOIE ou HEPATECTOMIE

Généralités

Le foie est la plus volumineuse glande du corps humain et pèse en moyenne 1400 g. Il est situé immédiatement sous les côtes à droite mais sa partie gauche peut se projeter en avant de l'estomac.

La chirurgie hépatique est traditionnellement difficile car le foie est un organe volumineux, difficile d'accès et très vascularisé alors qu'il tolère mal l'insuffisance d'oxygénation (l'ischémie).



L'ablation d'une portion du foie s'adresse à des patients porteurs de pathologies bénignes (adénome, kyste) ou malignes (cancer). 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. Suivant la portion de foie qui est enlevée, on parle de résection anatomique (si tout un segment est réséqué) ou atypique (seule une partie d'un segment est retiré). Les hépatectomies majeures comportent la résection d'au moins 3 segments du foie.

Comment se déroule l'opération ?

L'intervention est parfois longue (jusqu'à 4/5 heures) et la surveillance initiale est assurée par l'équipe de salle de réveil ou par les soins intensifs. Une check-list obligatoire, réalisée immédiatement avant l'intervention, participe à votre sécurité. En particulier lors de cette check-list, est vérifiée votre identité et l'installation sur la table d'opération. L'incision est classiquement une grande incision de l'abdomen (laparotomie) sous le rebord costal droit.

Parfois, l'intervention est faite par coelioscopie (ou chirurgie mini-invasive) permettant d'accéder à la cavité abdominale par de petites incisions permettant le passage des instruments chirurgicaux et d'une caméra. La coelioscopie consiste à gonfler l'abdomen par du gaz puis à y introduire par des cicatrices centimétriques les instruments sous contrôle d'une caméra vidéo elle aussi introduite dans l'abdomen.

L'opération débute par la vérification de l'anatomie du foie et l'identification de la ou des lésions du foie le plus souvent grâce à une échographie. Le chirurgien contrôle les vaisseaux qui alimentent le foie pour limiter le saignement. Le temps le plus hémorragique est la section du foie lui-même qui est réalisée avec des moyens de coagulation modernes. L'absence de saignement et/ou de fuite de bile est vérifiée avant la fermeture de la paroi abdominale.

Le chirurgien peut, selon les circonstances, mettre en place en fin d'opération des drains qui seront enlevés dans les jours postopératoires lorsqu'ils ne seront plus utiles (en tirant dessus).

Suites habituelles

Les prises de sang permettent de contrôler l'absence de saignement et la bonne fonction du foie. En cas d'anomalie importante, un scanner abdominal sera demandé. L'alimentation est reprise progressivement dès le soir ou le lendemain de l'intervention. Il n'y a habituellement pas de régime nécessaire après cette opération. Que l'intervention ait lieu par coelioscopie ou par laparotomie, il est contre-indiqué de pratiquer du sport ou des efforts physiques importants pendant le mois qui suit l'intervention. Ceci a pour but de permettre à la paroi abdominale et aux muscles de cicatriser. La sortie du patient est prévue entre 2 et 10 jours après l'intervention avec un arrêt de travail habituellement inférieur à 1 mois.

CHIRURGIE DU FOIE ou HEPATECTOMIE

Risques pendant l'opération

- **Hémorragie** : une hémorragie peut intervenir pendant l'intervention. La maîtrise de cette hémorragie peut amener le chirurgien à modifier le déroulement de l'opération pour réparer le vaisseau endommagé. Une transfusion peut être nécessaire.
- **Fistule biliaire** : au cours de l'intervention, un canal biliaire peut être lésé et nécessiter une réparation. La maîtrise de cette fuite de bile peut amener le chirurgien à mettre en place un drain.
- **Compression nerveuse** : l'équipe chirurgicale et anesthésique est attentive au bon positionnement des membres pour éviter toute compression des nerfs ou des parties molles pendant l'intervention et l'anesthésie. Lorsqu'un nerf a été comprimé pendant un temps limité apparaissent des sensations d'engourdissements ou de fourmillements dans la zone correspondante. Les lésions disparaissent en général, en quelques semaines, sans séquelle et il est rare qu'elles persistent.

Risques après l'intervention

- **Fistule biliaire** : il s'agit d'une fuite de bile au niveau d'un canal biliaire qui survient dans 5 à 30 % des cas. La fistule biliaire se manifeste quelques fois par des douleurs et de la fièvre, des anomalies sanguines ou des complications respiratoires. Un scanner est alors demandé pour rechercher une collection de bile (bilome). Dans certaines situations, sa reconnaissance après l'intervention peut également nécessiter une réintervention et éventuellement un transfert dans un centre spécialisé.
- **Insuffisance hépatique** : en fonction du type de maladie hépatique, il est possible d'enlever jusqu'à 70 % du volume total du foie sans conséquence sur la fonction du foie. Au-delà de ce seuil (plus de 70 % de foie réséqué), le foie n'est plus à même d'assurer ses fonctions principales et on parle d'insuffisance hépatique. Cette complication peut se manifester 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. Ainsi, quand il est nécessaire de réséquer un volume de foie conséquent, il peut être utile de faire artificiellement grossir le foie quelques semaines avant l'intervention (en bouchant la veine du foie qu'on veut enlever = embolisation portale).
- **Complications respiratoires** : l'accolement du foie au diaphragme, l'écartement des côtes souvent nécessaire pour pratiquer l'hépatectomie et les douleurs postopératoires qui empêchent une ampliation thoracique optimale sont autant de facteurs favorisant les complications respiratoires après une résection hépatique. Ces complications sont dominées par l'épanchement pleural (apparition de liquide entre le poumon et la plèvre), l'atélectasie du poumon (mauvaise expansion d'une partie d'un poumon) et la pneumonie. Dans la majorité des cas les complications respiratoires sont prises en charge par kinésithérapie respiratoire pour l'épanchement pleural ou antibiothérapie pour la pneumonie mais peuvent parfois conduire à une insuffisance respiratoire nécessitant l'introduction d'une ventilation mécanique.
- **Infection** : malgré les précautions d'asepsie et les antibiotiques administrés préventivement au début de l'opération, une infection du site opératoire (cicatrice, intérieur de l'abdomen) peut survenir. Suivant son type superficiel ou profond et sa sévérité elle fait l'objet d'un traitement adapté : antibiotiques, évacuation, ponction radiologique, chirurgie de drainage.
- **Phlébite, embolie** : malgré les précautions prises (bas de contention, piqûres d'anti-coagulants...) une phlébite peut survenir car l'immobilisation et certaines chirurgies et maladies favorisent leur apparition.

Source : <https://www.chirurgie-viscerale.org/patient/fiches-dinformation>