

Nom du service : chirurgie générale et digestive

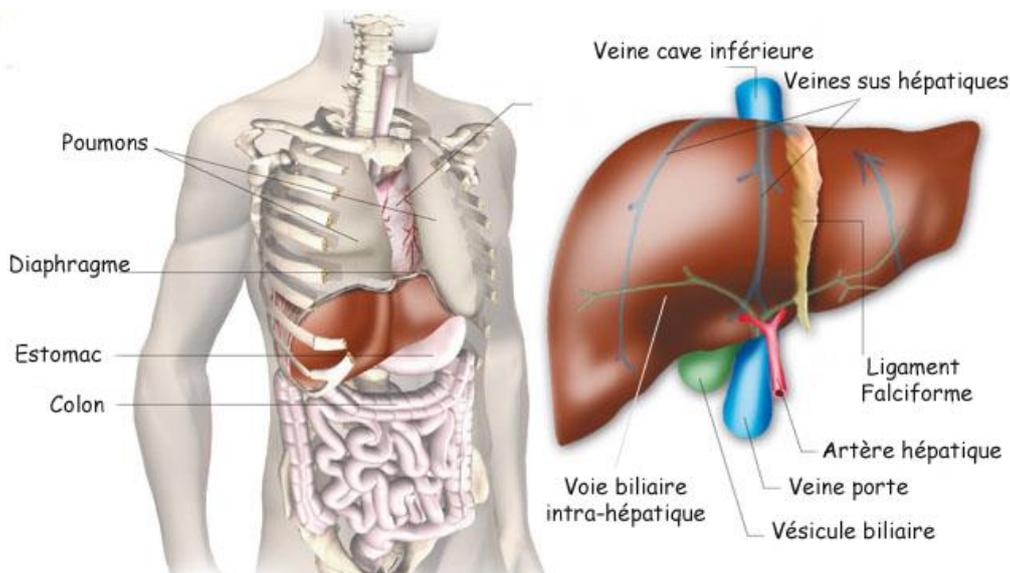
Intervention/traitement proposé : HEPATECTOMIE

Objectif

L'ablation partielle du foie est réalisée pour traiter des pathologies bénignes (comme les adénomes ou kystes) ou malignes (notamment les cancers). L'objectif est d'extraire la portion du foie atteinte par la lésion tout en préservant le tissu hépatique sain. Selon la quantité de foie retirée, on parle de résection anatomique (lorsqu'un segment entier est enlevé) ou atypique (lorsqu'une partie seulement d'un segment est retirée). Les hépatectomies majeures impliquent l'ablation d'au moins trois segments du foie.

Nature

La chirurgie hépatique est un acte délicat, car le foie est un organe de grande taille, situé sous le rebord costal droit, ce qui le rend difficile d'accès. De plus, il est fortement vascularisé et tolère mal l'ischémie, c'est-à-dire le manque d'oxygène dû à un éventuel clampage des vaisseaux sanguins, utilisé parfois pour réduire les saignements. Toutefois, le foie possède une capacité remarquable de régénération, ce qui facilite les interventions d'ablation.



Déroulement de l'opération :

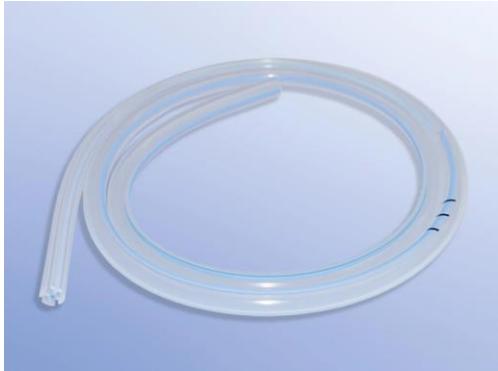
Le patient est généralement hospitalisé la veille de l'intervention. La préparation consiste à vérifier la complétude du dossier médical, notamment la carte de groupe sanguin et les résultats d'un bilan sanguin récent.

Avant l'intervention en salle d'opération, une check-list de sécurité est effectuée, incluant la vérification de l'identité du patient et la bonne installation sur la table opératoire.

Les hépatectomies peuvent être réalisées :

- soit par l'incision chirurgicale classique appelée laparotomie : il s'agit d'une grande incision abdominale réalisée sous le rebord costal droit, parfois étendue à gauche.
- soit par laparoscopie (chirurgie mini-invasive) : son développement a permis de réduire la morbidité et les séquelles car elle permet d'accéder à l'abdomen par de petites incisions, permettant l'introduction d'instruments chirurgicaux et d'une caméra.

L'opération commence par l'examen de la structure du foie et la localisation des lésions, généralement avec une échographie. Une fois la zone ciblée, le chirurgien procède à la résection. Il vérifie ensuite la vascularisation du foie pour éviter les saignements excessifs, en utilisant des méthodes modernes de coagulation. Avant de refermer l'abdomen, l'absence de saignement ou de fuite de bile est confirmée. Si nécessaire, un drain est placé pour surveiller l'état post-opératoire, notamment en cas de collection de sang ou de bile. Ces drains seront retirés lors des jours suivants, lorsque le chirurgien a jugé que ceux-ci ne sont plus nécessaires.



Drain

Des examens, comme un Doppler des vaisseaux, sont réalisés dans les cas de résections complexes. Les prises de sang permettent de vérifier l'hémoglobine pour détecter d'éventuels saignements et évaluer la fonction du foie restant. Si des anomalies sont observées, un scanner abdominal peut être demandé.

L'alimentation est progressivement réintroduite dès le soir ou le lendemain de l'opération, d'abord sous forme liquide, puis solide. Aucun régime spécifique n'est requis après l'opération.

Durée

L'opération peut durer entre 4 et 5 heures et nécessite une surveillance post-opératoire en salle de réveil ou en soins intensifs.

Risques pertinents

Risques pendant l'opération

- **Hémorragie** : Le foie étant très vascularisé, l'hémorragie est un risque majeur. Une transfusion sanguine peut être nécessaire, et la gestion des saignements peut entraîner des modifications de l'opération.
- **Fistule biliaire** : Un canal biliaire peut être endommagé, entraînant une fuite de bile nécessitant parfois une réparation ou l'introduction d'un drain.
- **Compression nerveuse** : Pendant l'opération, le positionnement des membres est crucial pour éviter la compression des nerfs. Les sensations de fourmillements ou d'engourdissement, qui surviennent parfois, disparaissent généralement en quelques semaines.

Risques post-opératoires

- **Fistule biliaire** : La fuite de bile, qui survient dans 5 à 30% des cas, peut entraîner des abcès ou une péritonite. Un scanner peut être nécessaire pour détecter une collection de bile (bilome), qui est souvent évacuée par un drain. Parfois, une réintervention est nécessaire.
- **Insuffisance hépatique** : Si plus de 70-80% du foie est enlevé, cela peut entraîner une insuffisance hépatique, caractérisée par des symptômes comme la jaunisse, des œdèmes ou de l'ascite. Dans les cas extrêmes, cela peut mener au décès. Des stratégies comme l'embolisation portale ou une hépatectomie en deux temps peuvent être envisagées pour éviter cette complication.

- **Complications respiratoires** : L'accolement du foie au diaphragme et les douleurs postopératoires peuvent favoriser des complications respiratoires, telles que l'épanchement pleural, l'atélectasie ou la pneumonie. Ces problèmes sont généralement traités par kinésithérapie respiratoire ou antibiothérapie.
- **Infections** : Bien que des mesures d'asepsie strictes et des antibiotiques préventifs soient pris, une infection postopératoire peut survenir, nécessitant un traitement spécifique.
- **Phlébite et embolie** : En dépit des mesures préventives (bas de contention, anticoagulants), une phlébite peut se développer à cause de l'immobilisation post-opératoire.

Autres complications

Des complications supplémentaires peuvent survenir en raison de votre état de santé préalable, sans lien direct avec l'opération. En cas de symptômes inquiétants après votre retour à domicile, tels que des douleurs abdominales sévères, de la fièvre ou des signes de jaunisse, il est important de contacter votre chirurgien rapidement.

Soins de suivi

L'activité physique intense est interdite pendant le mois suivant l'intervention, afin de favoriser la cicatrisation de la paroi abdominale. La sortie de l'hôpital se fait généralement entre 2 et 10 jours après l'opération, avec un arrêt de travail souvent équivalent à un mois. Un traitement anticoagulant est prescrit pendant environ 15 jours à un mois.

En cas de retour rapide à domicile, il est important de noter que certains antalgiques peuvent interdire la conduite de véhicules.

Répercussions financières

Contactez le Service Financier Patients

sfp@ghdc.be

060/11.07.00 (entre 08h30 et 14h00)

Site Les Viviers

Rue du Campus des Viviers, 1
6060 Gilly

Des permanences sont organisées les lundis et mardis de 8h30 à 12h et les mercredis et jeudis de 12h30 à 16h.

Durant les mois de juillet et août, une permanence est organisée les lundis et mardis de 08h30 à 12h et le jeudi de 12h30 à 16h.

Conséquences en cas de refus ou de retrait de consentement

Les conséquences d'une abstention chirurgicale peuvent être discutées avec vous.

Le chirurgien est à votre disposition pour toute information complémentaire

Références bibliographiques

<https://www.sfchirurgiedigestive.fr/fiche-information/lhepatectomie/> (consulté en avril 2025)

Rédaction	Validation	Vérification	Approbation
Dr Raffaele Calicis Médecin - Chirurgie digestive	Luana Di Stefano, Documentaliste	Dr Nicolas Tinton, Médecin chef de service Sarah Nyangore, Qualiticienne	Dr Emmanuel Cambier, Médecin chef de pôle

CHIRDIG-CE-005 – V01 – Approuvé le 14/04/2025
Date de la prochaine révision : 14/04/2028

