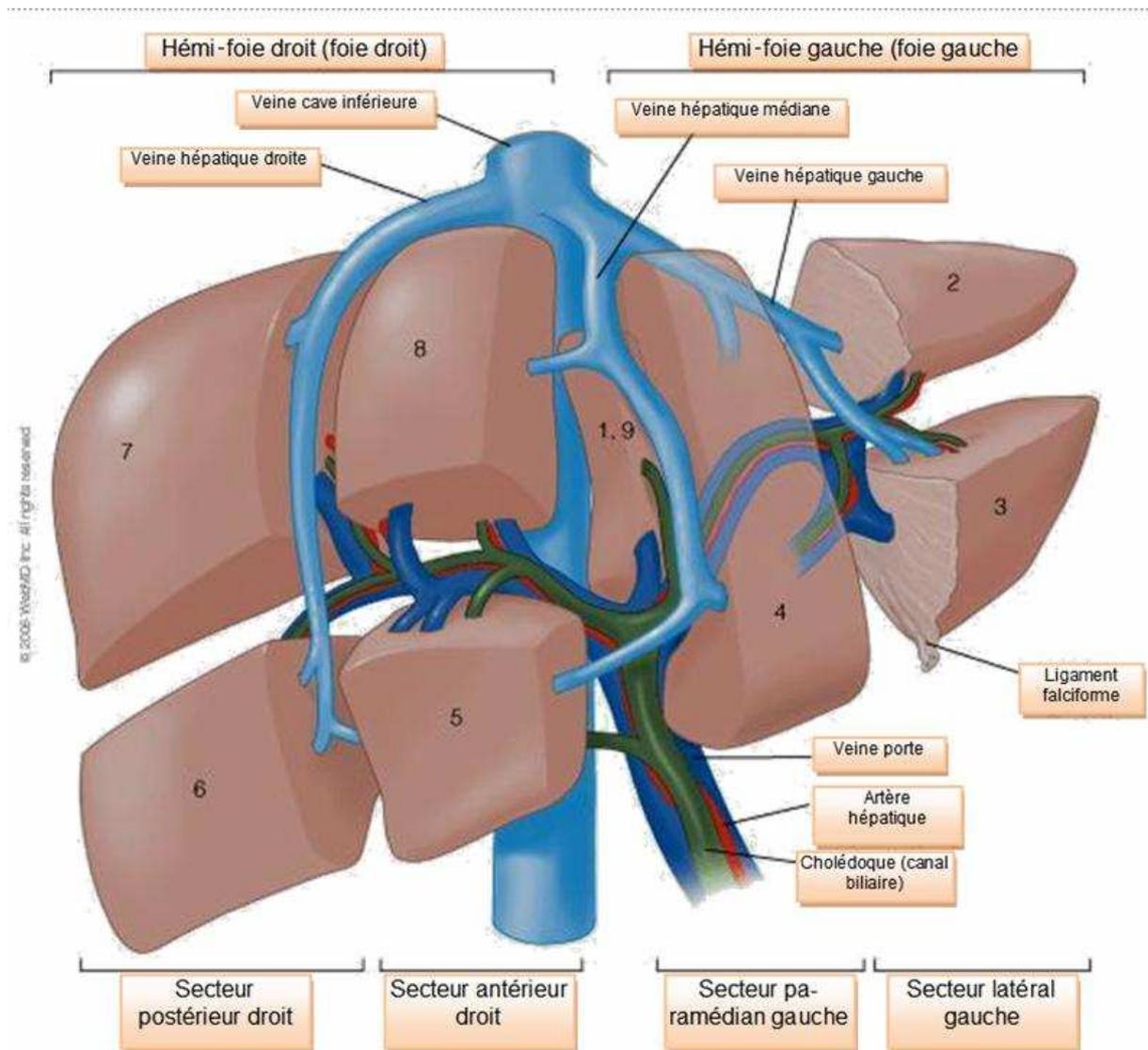


Hépatectomie droite

L'opération consiste à enlever la partie droite du foie. Elle est réalisée pour des tumeurs malignes primitives ou secondaires (métastases). Le risque principal est l'hémorragie.



Hospitalisation

Avant l'hospitalisation, un bilan hépatique est fait pour évaluer la fonction hépatique globale. L'hospitalisation se fait la veille de l'opération. L'incision est en générale une bi sous costale. L'intervention dure de 2 à 4 heures en fonction des patients.

Elle peut être réalisée par laparotomie (voie ouverte) : une incision sous les côtes à droite est alors nécessaire ou plus rarement par voie laparoscopique. C'est la technique minimale invasive pratiquée par de mini-incisions et l'insertion d'une caméra. L'hépatectomie comporte

l'ablation de lésions malignes ou bénignes. Les lésions malignes peuvent être primitives (provenant directement du foie) ou secondaires (métastases).

Le foie est divisé en 2 lobes (lobe droit et lobe gauche) et comporte 8 segments. Il a la capacité de se reconstituer après une opération, ce qui permet d'en enlever une grande partie. La résection du foie (hépatectomie) peut donc être plus ou moins étendue en fonction des lésions à traiter :

- L'hépatectomie droite est l'ablation des segments V à VIII ; elle est dite « droite élargie » si elle s'étend à d'autres segments.
- L'hépatectomie gauche est l'ablation des segments II, III et IV. Elle peut également être élargie à d'autres segments.

Dans certains cas, l'ablation d'un nombre limité de segments peut être suffisante pour traiter les lésions. En règle générale, l'hépatectomie droite est plus « lourde » que l'hépatectomie gauche car elle emporte une plus grande partie du foie.

Le patient a une lame multitubulaire et souvent un drain biliaire qui permettent de vérifier que tout se passe bien à l'intérieur du ventre (pas de collection de sang ou de bile).

La sonde vésicale est nécessaire pour les premiers jours pour s'assurer que le patient urine en quantité suffisante. L'aspiration gastrique est laissée en place pendant les 24 ou 48 premières heures. La perfusion est utile pendant en générale 5 à 7 jours en fonction de la reprise du transit.

Dès le lendemain ou le surlendemain de l'opération, la sonde gastrique est enlevée. A J2, il est utile de vérifier la fonction hépatique par un bilan sanguin. En cas d'anomalie importante, cet examen sera complété par un scanner.

Réhabilitation

L'alimentation est reprise à J2, d'abord liquide puis solide. Dès J3 la lame de drainage est raccourcie en l'absence d'écoulement suspect (bilieux en particulier). Au 5ème jour après l'opération, la sonde vésicale est enlevée, ainsi que la lame de drainage. Les anesthésistes réalisent l'ablation de la perfusion si l'alimentation est reprise correctement.

Au 6ème jour, une cholangiographie est faite par le drain biliaire pour vérifier l'absence de fuite biliaire ou d'obstacle. Si tout est normal, le drain est mis au sac puis clampé le lendemain.

Un nouveau bilan hépatique est fait à J7. Si le drain biliaire donne plus de 200 cc ou si il y a une fuite biliaire en dehors de ce drain il faut prévenir le chirurgien.

Sortie

La sortie du patient est prévue entre J10 et J15 avec un arrêt de travail de 2 mois. Des soins par une infirmière à domicile sont souvent nécessaires pour vérifier que la cicatrisation se fait correctement. Le traitement anticoagulant est poursuivi pendant 3 semaines.

A distance

Après l'hospitalisation, un Rendez-vous de consultation est pris avec le chirurgien (avec un nouveau bilan hépatique). L'ablation du drain biliaire sera possible a partir de 4 a 6 semaines après l'opération en l'absence de symptômes et en cas de normalisation du bilan biologique.