

INFORMATIONS SUR LA COELIOSCOPIE OU LAPAROSCOPIE

C'est une intervention réalisée sous anesthésie générale avec des très petites incisions afin d'éviter les contraintes de la laparotomie (ouverture chirurgicale classique du ventre, plus grandes incisions).

La coelioscopie permet d'une part de confirmer ou de préciser un diagnostic supposé, d'autre part de réaliser un geste chirurgical de réparation ou au contraire d'ablation d'un organe. La coelioscopie permet les mêmes interventions que la laparotomie.

La coelioscopie consiste en la création, à travers la paroi abdominale, d'orifices de 5 à 10 mm de 2 à 5) permettant d'introduire une optique (relié à une caméra) d'observation et des instruments de diagnostic et d'intervention.

La coelioscopie étant pratiquée sous anesthésie générale, les modalités et les contraintes de celle-ci sont exposées par le médecin anesthésiste au cours d'une consultation spécifique pré-opératoire réalisée plusieurs jours avant l'intervention, en dehors bien sûr des certaines situations urgences, alors les médecins anesthésiste consulte juste avant l'intervention.

DEROULEMENT DE L'INTERVENTION

L'hospitalisation se fait soit la veille soit le jour de l'intervention. Il faut rester à jeun depuis minuit (ne pas boire, ne pas manger, ne pas fumer). Dans certains cas, une préparation digestive est nécessaire, elle est réalisée soit avant l'hospitalisation soit le soir de l'admission. Cette préparation consiste habituellement en un lavement par voie rectale avec parfois l'absorption orale d'un médicament dilué dans de l'eau. Ce médicament permet d'accélérer le transit digestif et de débarrasser le tube digestif de son contenu, ce qui peut être utile dans certaines interventions complexes.

Une fois que vous dormez au bloc opératoire, une désinfection de la paroi abdominale est réalisée. Des champs stériles sont mis en place. Un sondage urinaire et une sonde dans l'estomac peuvent être mis en place en fonction de la chirurgie prévue.

Le premier temps de l'intervention consiste en une insufflation de gaz carbonique dans la cavité abdominale sous contrôle de pression, grâce à une incision de quelques millimètres le plus souvent au niveau de l'ombilic ou au niveau du flanc. Un trocart de 10 mm de diamètre est placé alors dans l'ombilic, il permet d'introduire un tube optique relié à une source lumineuse et à une caméra permettant la visualisation de l'intérieur du ventre par l'intermédiaire d'un écran de télévision.

D'autres trocarts d'un diamètre de 5 à 12 mm sont introduits secondairement dans le ventre. Ils permettent l'introduction d'instruments divers (ciseaux, pinces...) qui permettent la réalisation de gestes opératoires.

En fin d'intervention, une incision est parfois élargie afin d'extraire une pièce éventuelle.

Dans 1 à 10% des cas, au cours d'une coelioscopie et durant la même anesthésie, une laparotomie (ouverture du ventre) peut s'avérer nécessaire devant la découverte d'une pathologie imprévue, la difficulté de la réalisation de l'acte opératoire, ou, plus rarement, devant une complication de la chirurgie coelioscopique.

COMPLICATIONS

Les complications sévères de la coelioscopie sont des évènements rares (2 à 4/1000).

Les risques résident dans les plaies du tube digestif (intestin grêle, colon), de la vessie, des uretères ou de gros vaisseaux (aorte, veine cave). Certaines circonstances augmentent les risques d'accidents telles que l'existence d'interventions antérieures, en cas d'obésité ou de maigreur importante.

Des complications plus mineures (1à2%) peuvent survenir à type d'hématome de paroi, d'abcès de paroi, d'infection pelvienne, d'infection urinaire ou de douleurs résiduelles.

En outre bien que plus rare que lors de la chirurgie classique (à ventre ouvert), l'apparition d'une phlébite tout particulièrement au niveau des membres inférieurs est possible après une coelioscopie.

Le risque de décès au cours d'une coelioscopie est exceptionnel et est estimé de 1 à 5/100000, risque inférieur à celui existant lors d'une grossesse ou de la prise pilule contraceptive.

SUITES OPERATOIRES

La durée de l'intervention est variable selon la nature des geste chirurgicaux : de 20 à 30 minutes pour la coelioscopie diagnostique à trois heures pour un acte opératoire complexe.

A la suite de l'intervention, vous serez observé durant environ 2 heures en salle de réveil par l'équipe d'anesthésie, puis vous serez raccompagné dans votre chambre où vous serez surveillé par une infirmière. Un traitement contre la douleur est toujours proposé et un traitement antibiotique selon les cas.

La durée de l'hospitalisation est variable : sortie le lendemain pour une coelioscopie diagnostique ou opératoire de courte durée, deux à cinq jours pour des coelioscopies opératoires plus complexes de durée plus longue.

Un compte-rendu opératoire ainsi qu'une ordonnance d'ablation des agrafes vous seront remis en fin d'hospitalisation.

Un arrêt de travail compris entre quelques jours et 3 semaines vous sera proposé.

Un rendez-vous de consultation post-opératoire avec le chirurgien est fixé à la sortie. Elle a habituellement lieu entre 1 et 4 semaines après l'intervention, afin de vérifier la normalité de l'examen et d'être informé des résultats du laboratoire qui a analysé les organes éventuellement retirés. Cette consultation représente également le moment d'évoquer avec le chirurgien les modalités de la surveillance ultérieure et d'un éventuel traitement complémentaire.

RECOMMANDATIONS ET PRECAUTIONS À PRENDRE APRES L'INTERVENTION

Dans les jours qui suivent l'intervention :

- vous ne devez vous lever qu'en présence d'une infirmière pour le premier lever,
- respecter les consignes d'alimentation prescrites par les médecins,
- ne pas prendre de bain pendant trois semaines ,
- consulter auprès du service d'urgence ouvert 24h sur 24h ou appeler dans le service de chirurgie en cas :
 - De malaise,

- De fièvre supérieure à 38°C,
- De nausées ou de vomissements persistants,
- D'une douleur d'un membre inférieur, de douleur thoracique ou d'essoufflement inhabituel,
- De saignements ou d'écoulement au niveau des incisions cutanées, voire d'une désunion de l'incision après l'ablation des agrafes qui est réalisée entre 5 et 8 jours après l'intervention.

Il est à noter qu'il peut persister dans les quelques jours après l'intervention une douleur au niveau des épaules, ou un emphysème sous-cutané (impression de crépitements), témoignant de la persistance du gaz insufflé, sans conséquence