

# *Cholécystectomie coelioscopique ambulatoire (CCA) : première expérience au Maroc*



Dr Ahmed Elguazzar  
Service de chirurgie générale  
Hôpital militaire Avicenne de Marrakech

# Plan

- Introduction
- Matériels et méthodes
- Résultats
- Discussion
- Conclusion

# Introduction

- Cholécystectomie/coélio: Traitement de référence des lithiases vésiculaires symptomatiques .
- Éligible en ambulatoire , Intérêt incontestable.
- Les premières expériences : Amérique de Nord (années 90), puis Europe (d'abord Scandinavie) : années 2000.
- En France : premier essai de Johanet en 2000 ==> **33 %** de CCA en 2015.
- Notre travail :
  - premier au Maroc .
  - 2018 .
  - patients sélectionnés.
  - but : Etudier la faisabilité et les bénéfices de cette démarche dans notre contexte.

# Patients et méthodes

- **Type d'étude** : Prospective descriptive.
- **Lieu** : Service de chirurgie générale de l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech.
- **Période** : De Février 2018 au Novembre 2018 (10 mois) .

# Patients et Méthodes

## Patients

### Critères d'inclusion :

- Consentement éclairé.
- Lithiase vésiculaire simple.
- **ASA  $\leq$  3.**
- CPA récente.
- Domicile à moins de 100 kms .
- Disponibilité d'un téléphone.
- Accompagnement /1ères 48 H.
- Possibilité de venir et rentrer en voiture particulière.

### Critères d'exclusion :

- Chirurgie abdominale antérieure sus-mésocolique.
- Lithiase de la VBP.
- Cholécystite aiguë.
- ASA 4 ou 5 (un traitement anticoagulant n'était pas un critère d'exclusion).
- Une allergie aux drogues anesthésiques .

# Organisation de l'unité ambulatoire et circuit du patient :

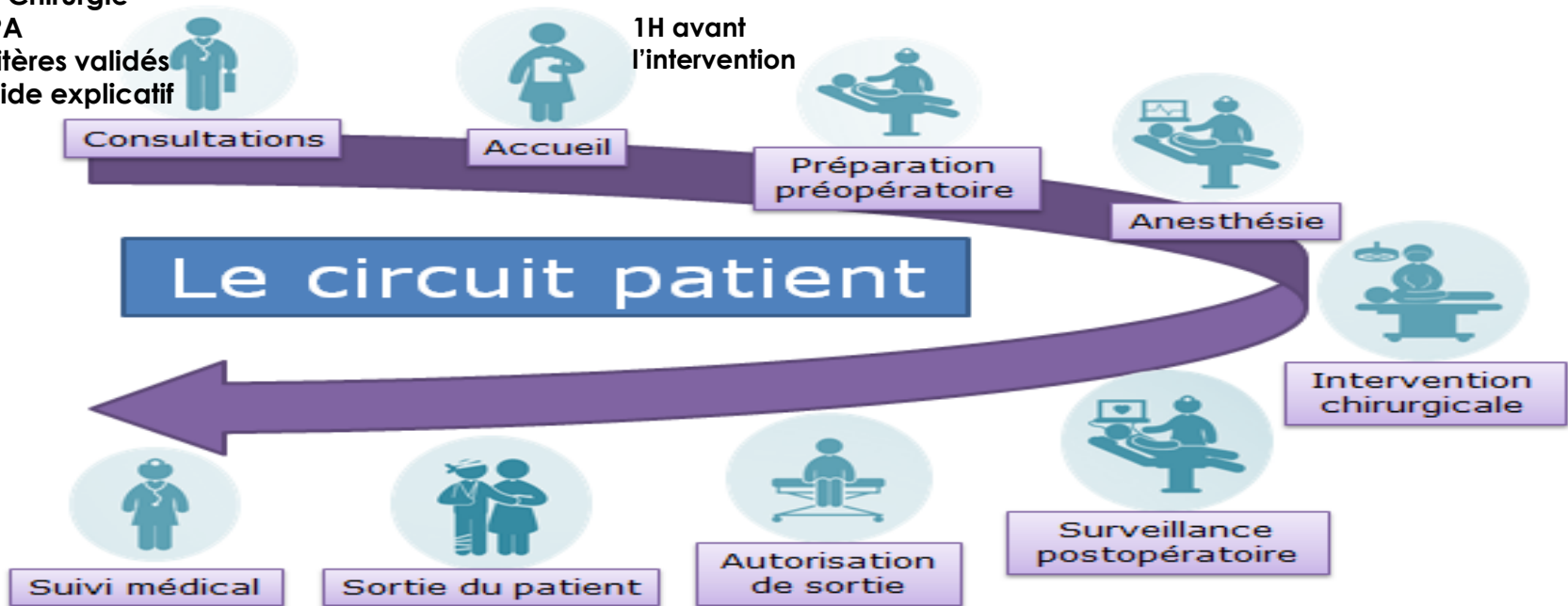
Structure ambulatoire **intégrée** .

Circuit classique.

Cs Chirurgie

CPA

Critères validés  
guide explicatif



Appel le soir  
Contrôle à J10

Avant 20H

Ordonnance, certificat  
d'arrêt de travail...

prise de tisane  
après 2 h

# Patients et Méthodes

## Méthodes

### Organisation de l'unité ambulatoire et circuit du patient :

Guide pour patient : Informations sur la démarche, coordonnées équipe soignante...

### مصلحة الجراحة العامة

## المستشفى العسكري ابن سينا - مراكش




**الاتصال بنا :**

شركارية مصلحة الجراحة العامة بالمستشفى العسكري ابن سينا  
**06 62 75 37 70**  
 اتصلوا بنا  
**06 62 75 37 69**

### SERVICE DE CHIRURGIE GÉNÉRALE

## HÔPITAL MILITAIRE AVOENNE - MARRAKECH




**CONTACT**

**LE DÉPARTEMENT DU SERVICE DE CHIRURGIE GÉNÉRALE :**  
**06 62 75 37 70**  
**LE CHAMBRIER PNEUMOLOGISTE DE GARDE :**  
**06 62 75 37 69**

### Guide d'informations

à l'usage des patients convalescents d'une cholecystectomie en ambulatoire.

Messieurs, Mesdames,

Vous allez être hospitalisés en ambulatoire dans notre établissement pour une cholecystectomie (ablation de la vésicule). Vous trouverez ci-dessous toutes les informations qui vous aideront à mieux comprendre l'intervention que nous allons pratiquer. Les complications éventuelles ne surviennent pas ou se passent lors de votre séjour à l'hôpital et ce n'est vous but savoir pour un retour à domicile en toute sérénité. Ces informations ne se substituent en aucun cas aux conseils que vous aurez eus avec votre chirurgien. Le personnel infirmier ou tout autre membre de l'équipe soignante, mais elle peuvent vous servir de support au cours de vos entretiens. Ces informations sont destinées à vous aider à vous préparer pour l'intervention et les recommandations qui s'appliquent à votre cas personnel. N'hésitez pas à en parler avec votre chirurgien. L'équipe soignante mettra tout en œuvre afin que vous soyez au sein de l'Hôpital se déroulé dans les meilleures conditions.

#### QUÉLQUES QUÉLQUES CHOLECYSTECTOMIE ?

La vésicule biliaire est un réservoir en forme de poire, contenu dans la bile. Elle est située à la face inférieure du foie et se vide après les repas pour faciliter la digestion des graisses. Les calculs biliaires sont des épaves qui se forment dans la vésicule. Ils peuvent se liquéfier temporairement et provoquer des douleurs abdominales ou, plus fréquemment, des coliques, entraînant un séjour à l'hôpital ou une intervention au pansement.

#### Intervention :

- La procédure opératoire dure environ 45 minutes sans anesthésie générale ni hospitalisation.

#### Après l'intervention :

- Vous serez amené dans votre chambre en salle de surveillance post-interventionnelle ou vous serez réveillés.
- Le retour à domicile est possible dès le lendemain de l'intervention.
- Vous serez chargé pour votre retour à domicile d'épave à la salle d'attente.
- Vous devrez faire vos médicaments et les prendre à l'heure prescrite.
- Une équipe soignante sera présente à votre service.
- La surveillance de votre pression artérielle sera assurée par un infirmier pendant les premières heures de votre séjour.
- Vous devrez faire votre médicament et les prendre à l'heure prescrite.
- Vous devrez faire votre médicament et les prendre à l'heure prescrite.

#### LE RETOUR À DOMICILE :

Après votre intervention, vous serez amené dans votre chambre en salle de surveillance post-interventionnelle ou vous serez réveillés.

- Vous serez chargé pour votre retour à domicile d'épave à la salle d'attente.
- Vous devrez faire vos médicaments et les prendre à l'heure prescrite.
- Une équipe soignante sera présente à votre service.
- La surveillance de votre pression artérielle sera assurée par un infirmier pendant les premières heures de votre séjour.
- Vous devrez faire votre médicament et les prendre à l'heure prescrite.

#### PRÉPARATION POUR VOTRE INTERVENTION :

Les documents de prescription de médicaments seront envoyés à votre pharmacien. Les médicaments seront envoyés à votre pharmacien. Les médicaments seront envoyés à votre pharmacien.

### Les indications de la chirurgie :

Les indications de la chirurgie sont les suivantes :

- La présence de calculs biliaires.
- La présence de symptômes liés à la vésicule biliaire.
- La présence de complications liées à la vésicule biliaire.

#### Préparation pour votre intervention :

Vous devrez faire votre médicament et les prendre à l'heure prescrite.

### Donner les informations nécessaires

Il est important de donner les informations nécessaires à votre chirurgien avant l'intervention.

Vous devrez faire votre médicament et les prendre à l'heure prescrite.




## Protocole anesthésique :

- Aucune prémédication.
- Mode d'anesthésie :
  - AG.
  - RA thoracique : Certains cas / désir du patient.
    - ✓ Si échec, conversion en AG.
- Prophylaxie NVPO +++ : Injection de 8 mg de dexamétasone.
- Analgésie multimodale +++
- Surveillance post op initiale en SSPI et sortie après :
  - ✓ Score d'Aldrete de 10 si AG.
  - ✓ levée du bloc moteur et absence de NV si RA.



# Patients et Méthodes

## Méthodes

### Protocole chirurgical :

- Opérateur : Chirurgien sénior ou interne supervisé.
- Nombre de trocart : 4 ,3 ou 2.
- Pression du pneumopéritoine :
  - Si AG : 13-14 mm Hg.
  - Si RA haute : 12 mm Hg et insufflation progressive +++.
- Technique de l'open cœlio (systématique).
- Aucune cholangiographie peropératoire.
- Exsufflation optimale +++.
- Instillation systématique des coupoles diaphragmatiques et du lit vésiculaire (si non saignant) par de la lidocaïne 1 % (10 cc / site).
- Infiltration systématique des orifices des trocarts par de la bupivacaïne isobare (5cc/site d'incision).
- suture cutanée par des points intradermiques au fil résorbable.



# Patients et Méthodes

## Méthodes

### Critères de sortie de l'hôpital :

#### Conditions opératoires :

##### ■ Chirurgicales :

- Triangle de Calot bien défini.
- Artère et canal cystiques identifiés et sectionnés séparément.
- Lit vésiculaire sec.
- Pas d'écoulement biliaire.

##### ■ anesthésique:

- Pas d'incident majeur.

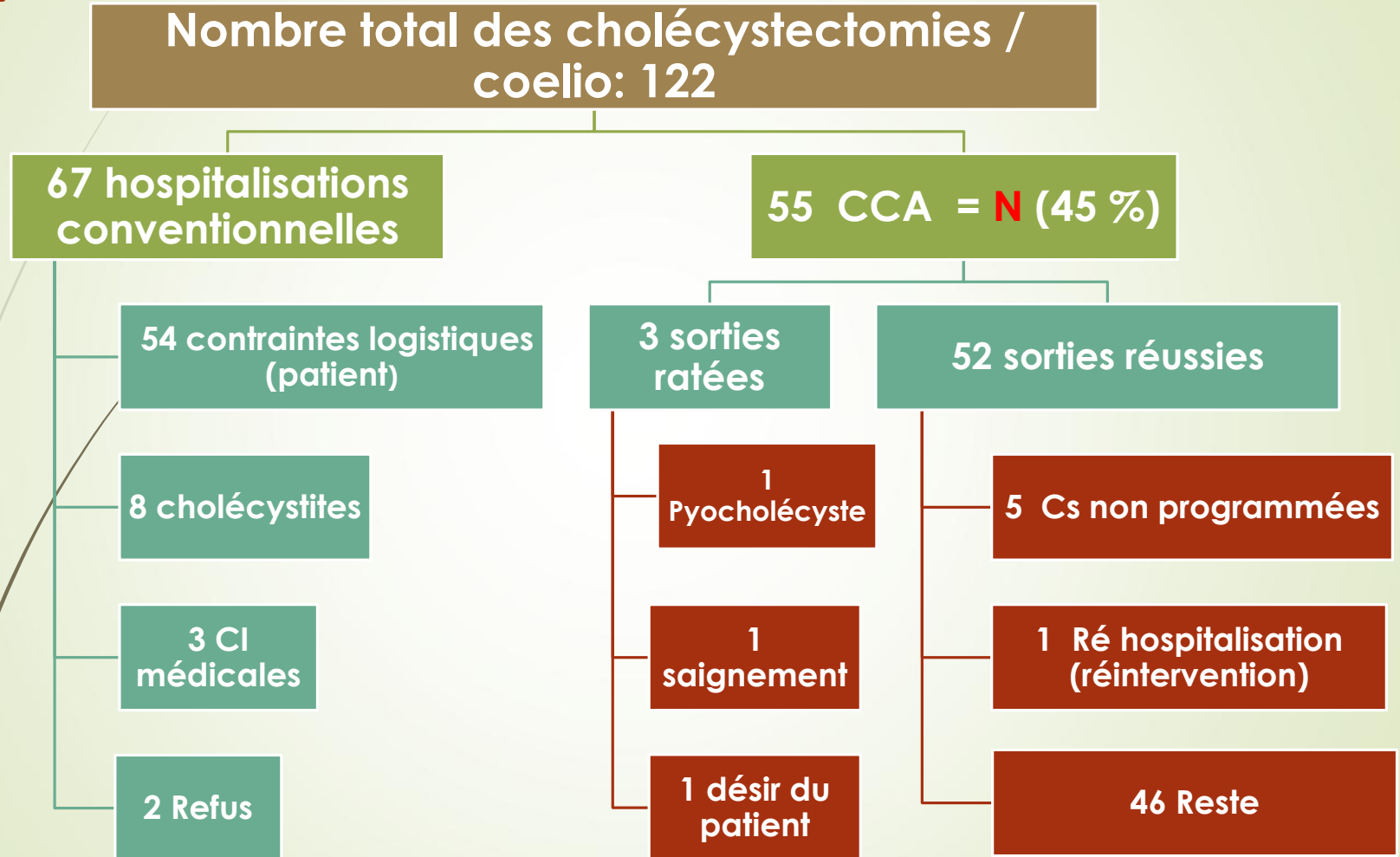
#### Conditions postopératoires :

- Tolérance de la diète liquide (pas de NV).
- Stabilité des paramètres vitaux.
- Analgésie P.O efficace.
- Déambulation possible sans vertiges.
- La miction n'était pas une condition nécessaire en cas d'AG +++.
- Le patient est prêt à rentrer chez lui.

# Résultats

11

## L'échantillonnage de l'étude



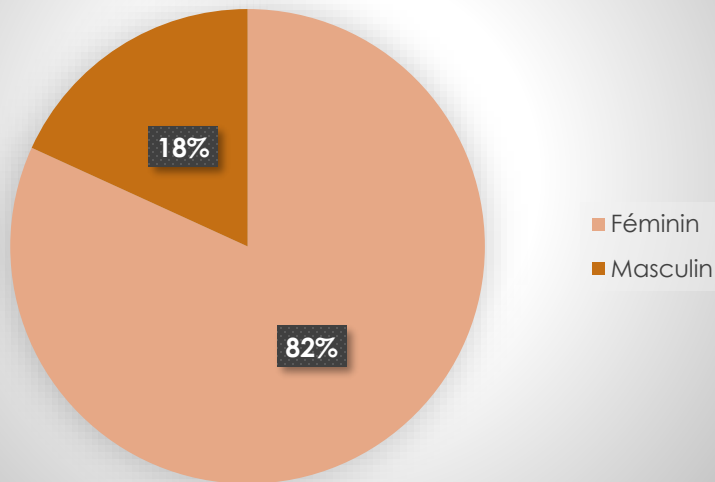
Taux de faisabilité ambulatoire : **45 %**, (voire 89,3 % si logistique adéquate).

Taux d'acceptation : **98,3 %**.

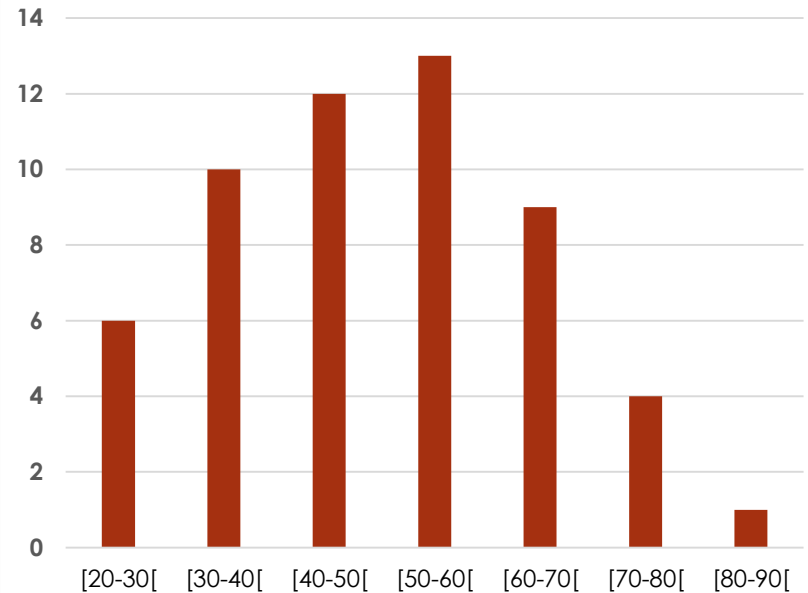
# Résultats

## Données épidémiologiques

### Répartition selon le sexe (N=55)



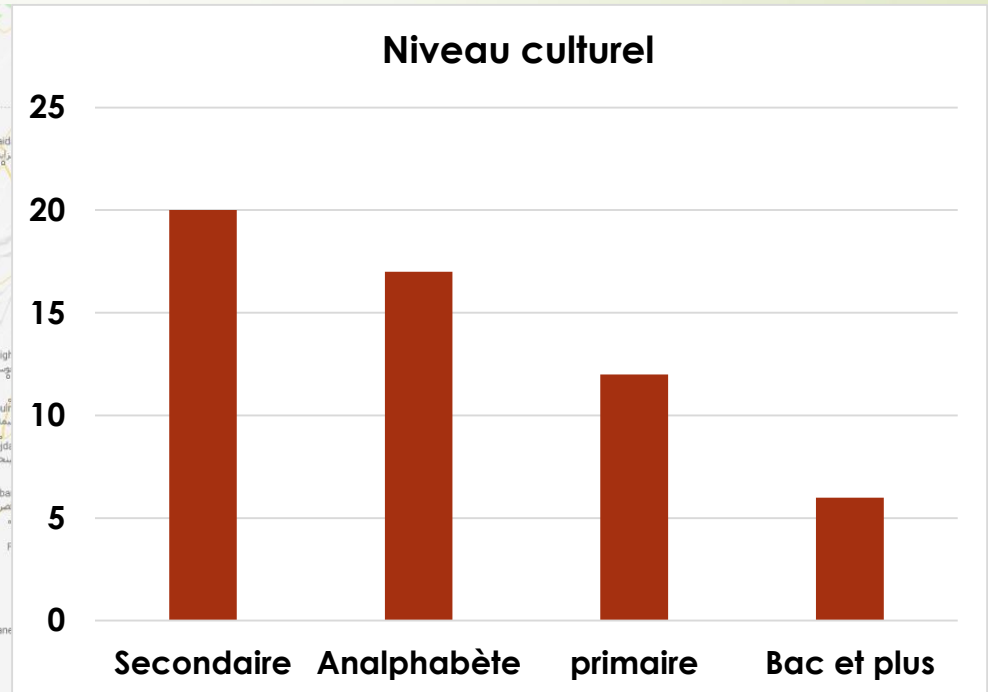
### Tranche d'âge modale



- Sur 55 patients : 45 F (soit 82%) et 10 H (soit 18%).
- L'âge moyen est de 48,56 ans avec des extrêmes allant de 20 ans à 85 ans.
- La tranche d'âge modale est celle des [50-60[.
- Le poids moyen est de 73,81 kgs avec des extrêmes allant de 50 à 101.
- La taille moyenne est de 1,66 m avec des extrêmes allant de 1,52 à 1,84 .
- L'IMC moyen est de 27,04 Kgs/m<sup>2</sup> avec des extrêmes allant de 16,9 à 39.

# Résultats

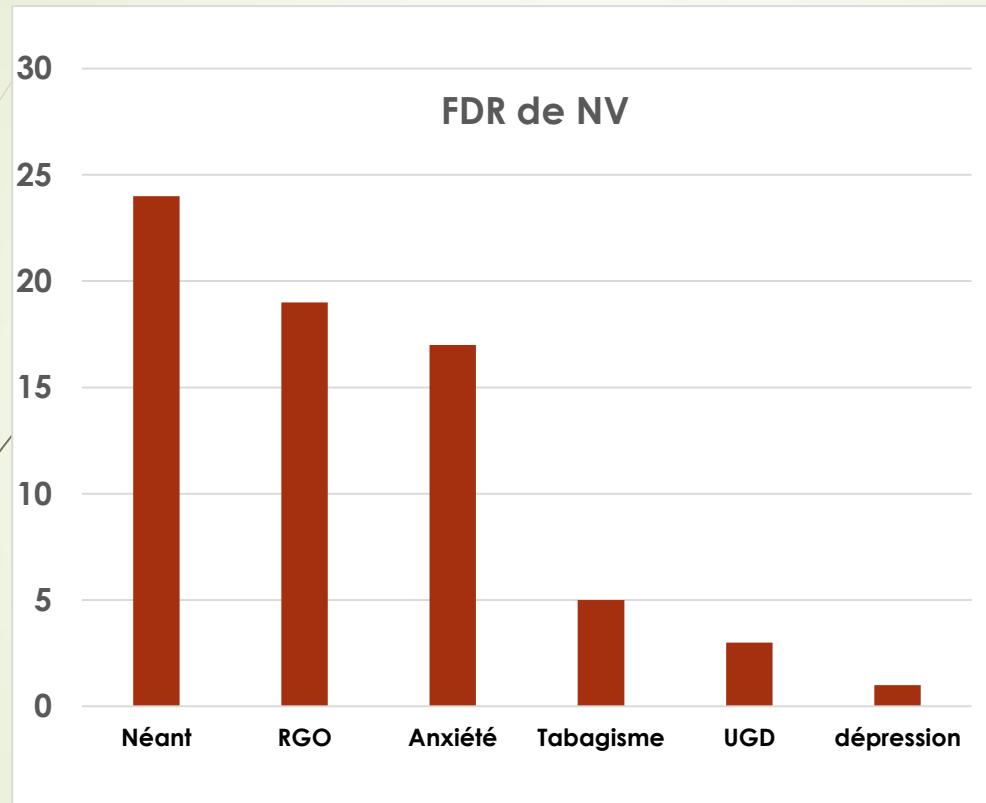
## Données épidémiologiques



- ✓ 49 patients (soit 89%) habitent à Marrakech et 6 résident à  $\leq 100$  kms de l'hôpital (soit 11%).
- ✓ 17 patients (30,9%) sont analphabètes et 12 patients (21,8%) ont un niveau primaire.

# Résultats

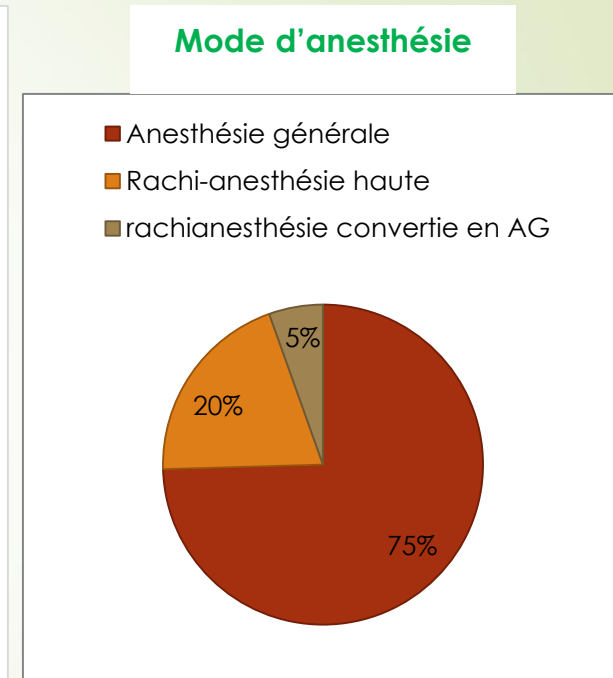
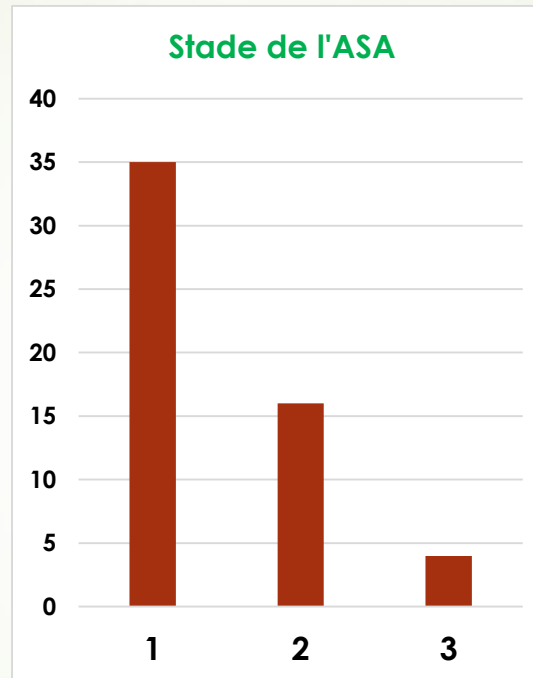
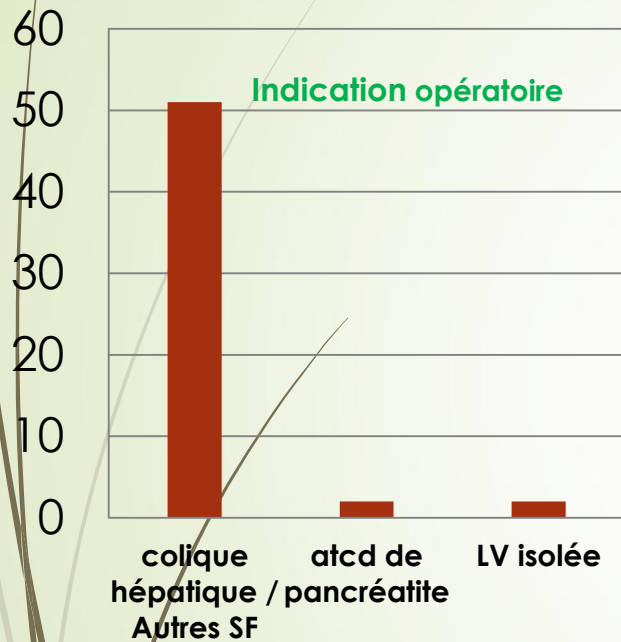
## Facteurs de risque de NV



✓ 31 patients (soit 56,36%) avaient au moins un facteur de risque de nausées /vomissements .

# Résultats

## Données anesthésiques



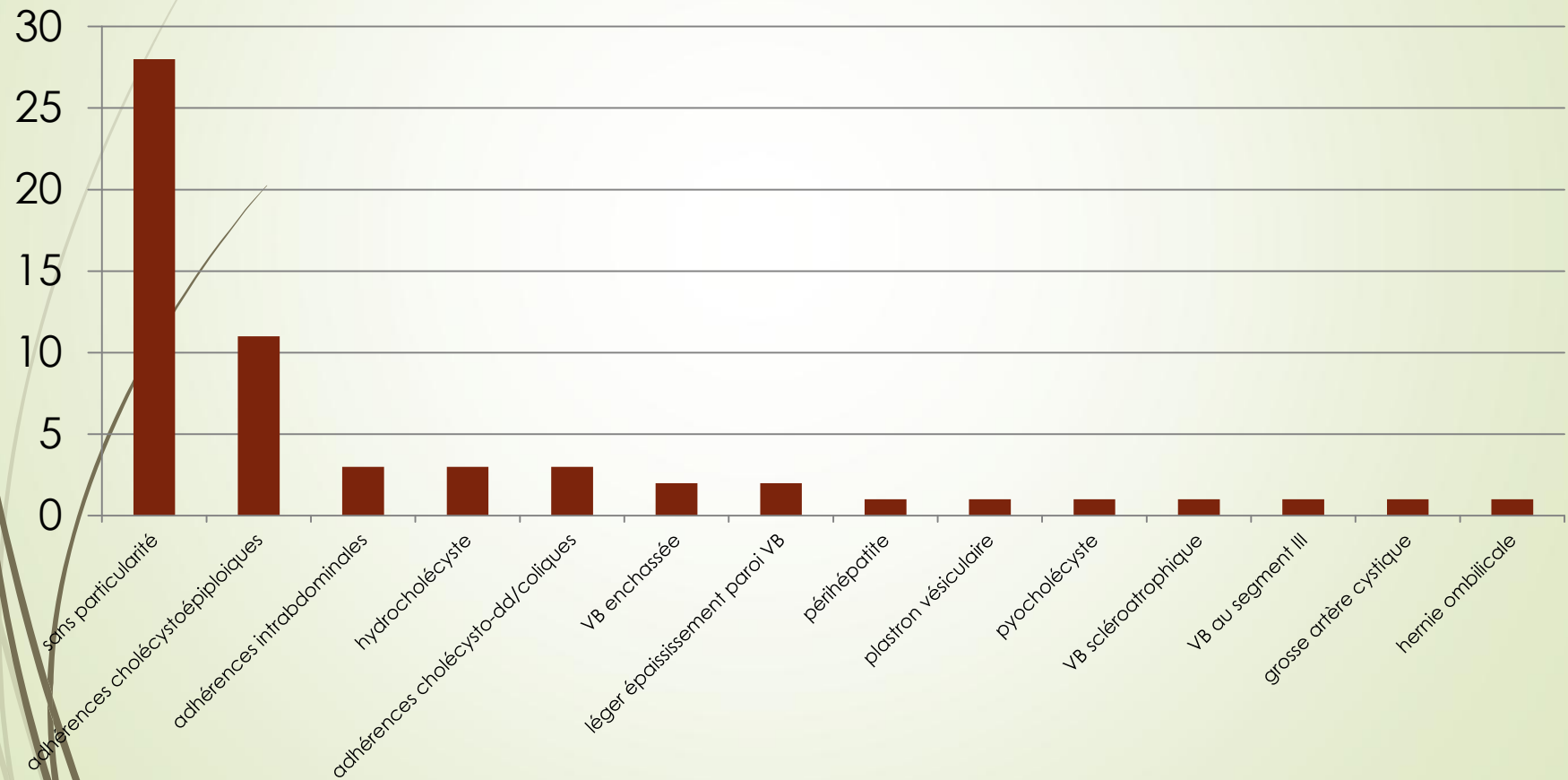
- ✓ Le délai moyen de la CPA est de 13,2 jours.
- ✓ 35 patients (soit 63,6%) sont de score ASA 1, 16 patients (soit 29,1%) de score ASA 2 et 4 patients (soit 7,3%) de score ASA 3.
- ✓ AG chez 80% des cas, RA :20 %.

# Résultats

## Données opératoires

La **durée opératoire** moyenne était de 41,49 min avec des extrêmes allant de 24 à 85 min.

### Exploration peropératoire:





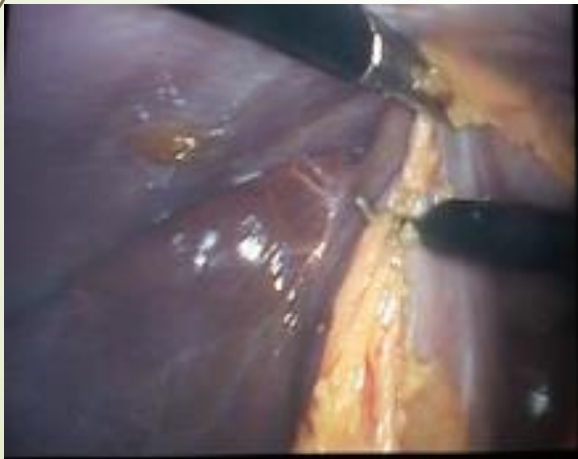
# Résultats

## Données opératoires

VB gauche



Grosse artère cystique



Adhérences cholécysto-épipliques

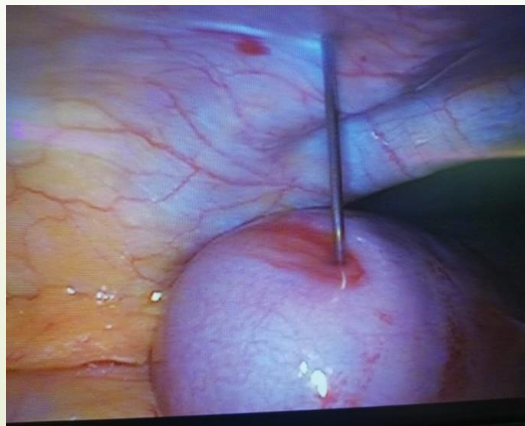


Plastron vésiculaire

# Résultats

## Données opératoires

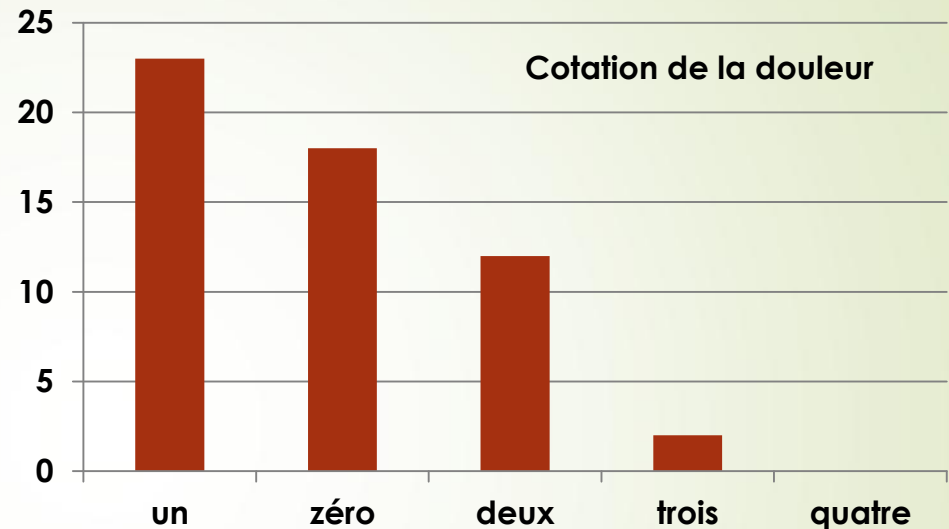
Incidents Perop	Nombre
perforation vésicule biliaire (dont 2 par la pince à préhension)	4
saignement artère cystique contrôlé	1
saignement lit vésiculaire	1
saignement vésicule biliaire	1
lésion du grand épiploon	1
décapsulation partielle du foie	1
scapulalgie intense (au décours d'une RA)	1
bradycardie (au décours d'une RA)	1
<b>Total</b>	<b>11</b>



# Résultats

## Données de la surveillance dans la salle d'hospitalisation

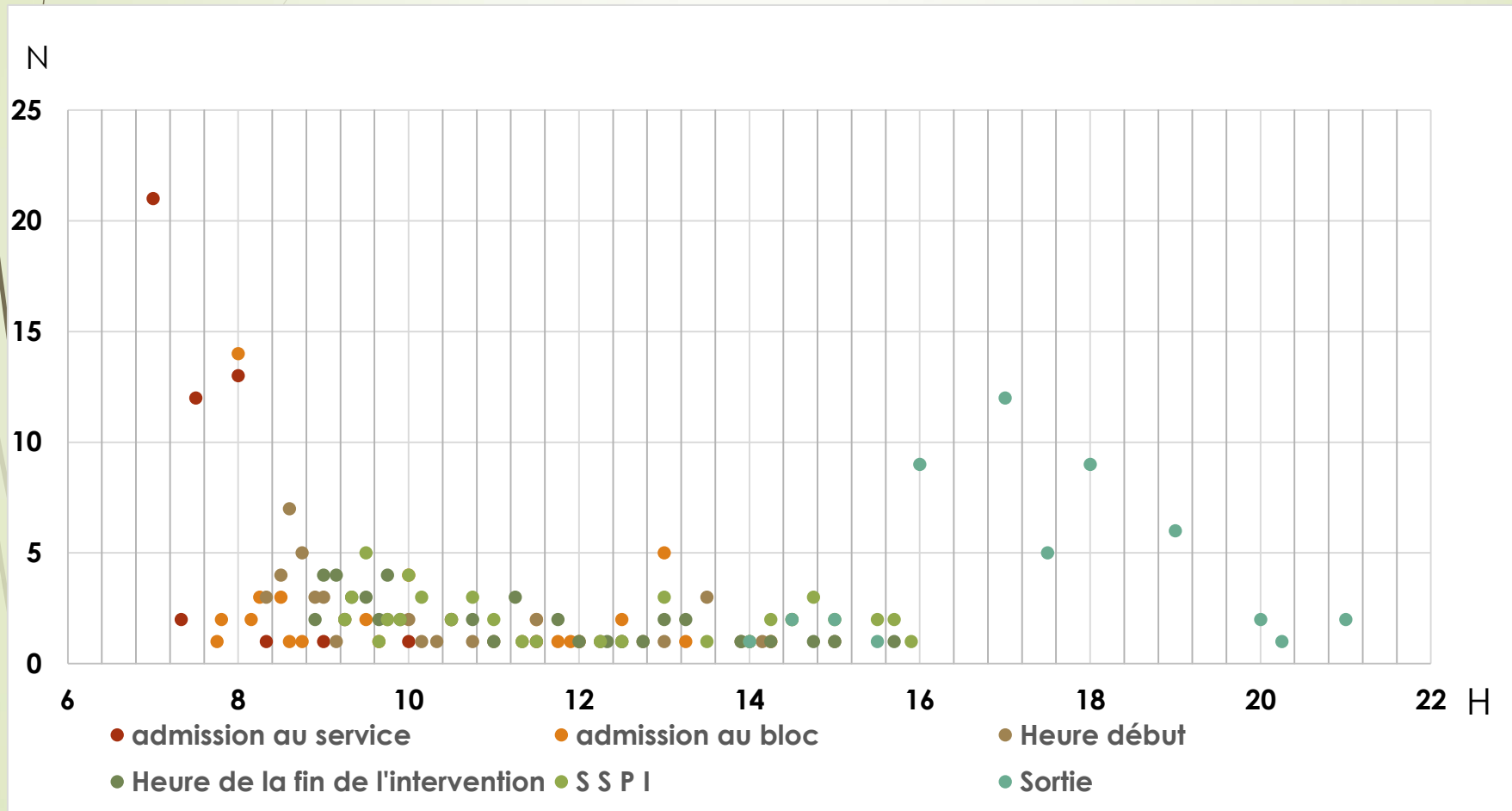
- **Douleur /ENS:** Légère à modérée pour la quasi majorité.



- **Vomissements:** 9 cas (16,36%) ont vomi une fois.
- **Reprise de transit :** 11 patients (20%) opérés /RA.
- **Constantes vitales :** RAS.
- **Décision d'annuler la sortie :** 3 patients (5,45 %)
  - 2 cas /décision peropératoire (un pycholécyste et un saignement vésiculaire) .
  - 1 cas / demande familiale.

# Résultats

## Chronologie de l'ensemble des cas



## Données après retour au domicile

- **Ré hospitalisation** : 1 patiente (1,9%) à J2 pour PPO (reprise et décès par choc septique à j7)
- **Consultations non programmées** : 5 cas (9,6%)

Motif	Date	Nombre	CAT
ballonnement abdominal	J 20	1	traitement symptomatique
fécalome	J5	1	lavement évacuateur
scapulalgie droite	J2	1	ajout d'AINS
vomissement	J3	1	traitement symptomatique
allergie cutanée ( à la Bétadine)	J7	1	traitement symptomatique

- **Un contrôle programmé a été effectué à J 10** : Pour l'ensemble des patients sortants (n=52).
- **Indice de satisfaction** : ( échelle de 0 à 10) :  $\geq 9$  pour l'ensemble.
- **L'examen anapath**: Une cholécystite chronique lithiasique sans signes de malignité .

# Discussion

## La CCA est parfaitement éligible en ambulatoire :

- ❑ Courte durée du geste .
- ❑ Abord mini invasif.
- ❑ Complications postopératoires majeures rares :
  - 0,1-0,6% pour les plaies biliaires .
  - < 0,05 % pour un saignement artériel .
  - svt détectées en perop ou durant les 6 premières heures postop.
- ❑ Les autres complications comme la fièvre ou l'ictère ne se manifestent que quelques jours après.
- ❑ Chirurgie fréquente ( 20 % activité de notre service) .
- ❑ Faisable sous RA haute .
- ❑ Hors urgence : % patient sélectionné  $\approx$  % tout venant.

# Discussion

## Les clés de la réussite :

- ❑ Infrastructure adéquate (hôpitaux, routes, couverture téléphonique...).
- ❑ Idéalement : Unité de chirurgie ambulatoire autonome.
  - à défaut ( pays en VDD) : Modèle intégré.
- ❑ Une bonne sélection des patients :
  - terrain.
  - pathologie (LV simple).
  - logistique.
- ❑ Respect rigoureux des impératifs chronologiques :
  - 11 H comme heure limite du début.
  - Délai de surveillance minimal de 6H .
  - Sortie maximale à 20H.
- ❑ Application stricte des critères de sortie et d'accompagnement à domicile.
- ❑ Spécifiquement pour la CCA +++:
  - prophylaxie NVPO .
  - analgésie multimodale .
  - insufflation progressive si RA.

# Discussion

**Taux de sorties ratées : 5,4 %**

Auteurs	Année	Série	N CLA/CLH	Sorties ratées
Johansson.M et al	2005	Essai clinique randomisé	48/52	8%
Vandenbroucke et al	2003	rétrospective	122 /151	19%
Vaughan.J et al	2013	Cochrane Data base syst rev	205/214	19.3%
Zaafouri et al	2009	prospective	39 /67	41 %
Johanet et al	1998-2001	prospective	82/100	18
<b>Notre série</b>	<b>2018</b>	<b>prospective</b>	<b>52/55</b>	<b>5,45%</b>

## Principaux facteurs prédictifs de sorties ratées (dans la littérature):

- L'âge avancé .
- L'allongement de la durée opératoire .
- Le début tardif de la chirurgie après 11h .



# Discussion

## Taux de consultations non programmées :

- $5/52 = 9,6\% \approx$  celui de la série de Vandebroucke :  $13/122 = 10,65\%$ .
- Bonne évolution sous traitement symptomatique.

## Taux de réadmission / réintervention:

- 1 patiente soit **1,9%** reprise à j 2 pour péritonite biliaire (décédée à j7 par choc septique).
- Un unique décès a été rapporté par Roig (série espagnole 2013), dû à une hernie ombilicale de Richter .

Série	% succès CCA	% de réadmission	% de ré-opération
Johanet et al	82	5	1
Mjaland et al	94	8	0,5
Robinson et al	70	2	0,2
Vandebroucke et al	81	2,5	0
Zaafouri et al	59	0	0
Johansson.M et al	92	0	0
Vaughan.J et al	80,7	3,5	0
<b>Notre série</b>	<b>94,5</b>	<b>1,9</b>	<b>1,9</b>

## La satisfaction des patients :

- Critère prépondérant dans la chirurgie ambulatoire.
- Entraîne un partage d'expérience positif (promotion de la chirurgie ambulatoire).
- Taux variables dans la littérature : De 60 % à 95% ( différence des outils de mesures de paramètre).
- Dans notre étude : Cotation simple de 0 à 10 : L'indice de satisfaction était supérieur à 8 pour l'ensemble .
- L'expérience de l'intervention sous RA haute était bien accueillie aussi.

# Conclusion

- ❑ La CCA est parfaitement réalisable.
  - Taux d'échec acceptable.
  - Taux de complications secondaires faible.
  - Taux de satisfaction élevé.
- ❑ Inclure les patients ASA 3, Penser à la RA .
- ❑ La chirurgie ambulatoire est à ses premiers pas dans notre pays.
- ❑ Les résultats de notre expérience restent encourageants .