



Fiche praticien·ne

Accompagner après l'ablation de la vésicule biliaire

Physiologie, phénotypes, axes thérapeutiques et solutions

Objet. Cette fiche s'adresse aux praticien·ne·s formé·e·s. Elle propose un raisonnement mécanistique pour comprendre ce qui se passe après l'ablation de la vésicule, distinguer les profils cliniques par le questionnement, et choisir des accompagnements cohérents sans jamais se substituer à un diagnostic ou à une prise en charge médicale.

Convention de statut épistémique. Pour distinguer ce qui est démontré de ce qui relève du raisonnement, chaque proposition est étiquetée :

- *[Établi]* : démontré ou consensus scientifique.
- *[Plausible]* : raisonnement mécanistique cohérent, preuve indirecte ou faible.
- *[Hypothèse]* : piste non démontrée, à manier comme telle.

1. Ce que faisait la vésicule (donc ce qu'on perd)

Le foie fabrique la bile en continu (environ 500 à 600 mL par jour). La bile contient les acides (ou sels) biliaires : des détergents qui émulsifient les graisses pour permettre leur digestion. La vésicule n'est pas un simple sac, c'est un organe de mise en forme du flux. Entre les repas, elle stocke et concentre la bile. Au moment du repas, quand le gras arrive dans l'intestin, elle se contracte et délivre un afflux de bile concentrée, synchronisé avec le besoin.

Six fonctions, donc six choses susceptibles de manquer :

1. Stockage de la bile entre les repas.
2. Concentration de la bile ($\times 5$ à $\times 10$).
3. Libération pulsée synchronisée au repas (déclenchée par l'hormone CCK).
4. Calibrage de la production : l'afflux de bile qui arrive dans l'intestin sert aussi de signal indiquant au foie combien de bile fabriquer (rétro-contrôle, via FGF19). Étaler cet afflux dans le temps affaiblit ce signal. *[Plausible / Établi]*
5. Effet « nettoyant » : l'afflux de bile concentrée a une action antibactérienne dans l'intestin grêle.
6. Tampon de pression des voies biliaires.

2. Ce qui change sans vésicule

- La bile coule en continu, en goutte-à-goutte, désynchronisée des repas y compris à jeun, quand il n'y a rien à digérer.
- Afflux de bile moins concentré : les gros repas gras ponctuels sont moins bien gérés sur le moment.
- Le signal de calibrage s'aplatit → le foie tend à surproduire des acides biliaires, dont une partie « déborde » vers le côlon. *[Plausible]*
- Adaptation partielle : le canal cholédoque se dilate sur quelques mois (mini-réservoir) et le stock de bile « tourne » plus souvent. *[Établi]*
- **Repère temporel important** : une part notable des opérés voit son transit se modifier (de l'ordre de 30 à 40 % selon les études, avec des définitions larges) ; la diarrhée chronique proprement dite ne concerne qu'environ 5 à 10 %. Dans la majorité des cas, le changement précoce s'atténue en quelques mois. *[Cinétique : Établi, prévalence : variable selon la définition]*

3. Les phénotypes (les façons dont ça se manifeste)

Chaque profil correspond à la fonction perdue qui domine le tableau. Une même personne peut en cumuler deux (le plus souvent diarrhée biliaire + pullulation).

Profil	Mécanisme	Signes évocateurs
Diarrhée biliaire (DAB)	Trop d'acides biliaires atteignent le côlon, où ils font sécréter de l'eau (effet irritant / « sécrétagogue »).	Selles liquides, urgentes, souvent matinales ou après les repas ; parfois nocturnes.
Pullulation grêle (SIBO)	Perte de l'effet antibactérien de la bile. La déconjugaison bactérienne (grêle) altère micelles et absorption ; la puissance irritante au côlon tient surtout aux acides biliaires secondaires (dihydroxy).	Ballonnements et gaz croissants dans la journée, sensibles aux sucres fermentescibles ; peut aggraver la DAB.
Maldigestion des graisses	Sous gros repas gras, le filet de bile dilué ne suffit pas à émulsifier. Plus rare ; problème en amont.	Selles grasses, pâles, qui flottent, malodorantes, difficiles à évacuer.
Douleur / sphincter d'Oddi	Trouble du muscle qui régule la sortie de la bile.	Douleur de l'hypochondre droit après repas (surtout gras), NON soulagée par la selle.
Chevauchement fonctionnel (type SII)	Hypersensibilité de l'intestin, souvent préexistante.	Douleur soulagée par la selle, alternance, glaires ; aggravé par le stress.

4. Distinguer les profils par le questionnement

Cinq axes d'anamnèse séparent l'essentiel :

- **Quand ?** Le matin et/ou après les repas, parfois la nuit → oriente vers la diarrhée biliaire. Indépendant des repas → autre piste.
- **Aspect des selles ?** Liquides et explosives → sécrétoire (DAB). Grasses, pâles, flottantes → maldigestion des graisses. Glaires et alternance → fonctionnel.
- **Symptômes associés ?** Ballonnement croissant dans la journée → suspicion de pullulation. Douleur de l'hypochondre droit non liée à la selle → piste biliaire / sphincter.
- **Déclencheurs ?** Gras, café (surtout à jeun), alcool, aliments fermentescibles (FODMAP), polyols (sorbitol des produits « sans sucre »).
- **Réponse aux essais ?** Une amélioration spectaculaire sous colestyramine (séquestrant des acides biliaires, prescrit par le médecin) confirme presque le diagnostic de diarrhée biliaire. *[Établi]*

Notion-clé : un système « à seuil » avec moins de réserve. La vésicule était un tampon qui absorbait les à-coups. Sans elle, la moyenne reste correcte (« tout est revenu à la normale »), mais la marge de sécurité diminue. Tant qu'on reste sous un certain seuil, le côlon gère ; une perturbation transitoire fait basculer au-dessus → épisode diarrhéique → puis retour à l'équilibre. C'est ce modèle qui explique les épisodes intermittents survenant des années après l'opération.

5. Le cas fréquent : épisodes intermittents sur fond stable

C'est la présentation la plus courante en consultation, des années après l'opération : un fond normal, ponctué d'épisodes isolés ou de poussées de 2 à 3 jours. Le système vit près de son seuil ; une perturbation transitoire le franchit.

- **Charge** : un repas riche/gras, le café à jeun, l'alcool, une grosse charge FODMAP → épisode ponctuel indexé sur l'apport.
- **Transit** : tout ce qui accélère le côlon laisse moins de temps pour réabsorber l'eau. Une gastro auto-limitée explique typiquement la forme « 2-3 jours ».
- **Stress** : le stress accélère directement la motricité du côlon (axe cerveau-intestin). *[Établi]*

Le phénomène « si je me retiens, ça passe ». Beaucoup de personnes décrivent : douleur en spasme + envie pressante ; si elles vont à la selle, c'est liquide ; si elles parviennent à se retenir, l'envie passe et la selle suivante est normale.

Explication : l'envie correspond à une vague de contraction qui pousse le contenu vers le rectum. Aller à la selle pendant la vague délivre un contenu transporté trop vite, que le côlon n'a pas eu le temps de déshydrater → liquide. Se retenir laisse la vague passer ; le rectum s'apaise et le côlon continue de réabsorber l'eau → selle ensuite formée.

Message à transmettre : c'est un problème de vitesse / timing, pas une défaillance de l'organe ; la fonction d'absorption est intacte. Et l'envie est souvent différable (technique reconnue en rééducation de l'urgence). *[Établi]*

Recadrage rassurant : « mon corps est cassé et imprévisible » devient « système stable, à réserve réduite, qui réagit à des déclencheurs identifiables ». Un journal déclencheurs ↔ épisodes transforme l'« imprévisible » en « conditionnellement prévisible » ce qui désamorce l'anxiété, car ce qui angoisse n'est pas la diarrhée mais l'imprévisibilité.

À nuancer aussi dans l'autre sens : en population, une partie du « changement de transit » observé après l'opération n'est pas une diarrhée mais une diminution de la constipation donc un changement parfois favorable. Tout changement de transit n'est pas une dégradation : ce point peut être mobilisé dans le recadrage.

6. Axes thérapeutiques : ce qu'on cherche à faire, et pourquoi

1. **Réduire la charge d'acides biliaires au côlon** (les piéger, ou réduire la surproduction). Pourquoi : repasser sous le seuil = pas de diarrhée sécrétoire.
2. **Restaurer / imiter la pulsativité** (structurer les repas). Pourquoi : recalculer le signal de calibrage et limiter la fuite de bile à jeun. *[Plausible]*
3. **Synchroniser apport gras et flux** (petites portions, graisses faciles). Pourquoi : digérer le gras sans avoir besoin d'un fort afflux de bile.
4. **Limiter la pullulation / soutenir la motricité inter-repas.** Pourquoi : casser une boucle qui aggrave à la fois la diarrhée et la maldigestion.
5. **Apaiser et ralentir** (motricité, muqueuse). Pourquoi : ralentir = plus de temps de réabsorption = selles plus formées + confort.
6. **Soutenir le microbiote.** Pourquoi : il module la « puissance irritante » des acides biliaires. *[Hypothèse]*
7. **Prévenir les carences** : vitamines liposolubles (A, D, E, K), hydratation et sels lors des épisodes. Pourquoi : éviter les conséquences des pertes chroniques.

La boucle du stress : pourquoi rassurer agit sur une cause, pas seulement sur le moral. Peur de l'épisode → stress → transit accéléré → moins de réabsorption d'eau → épisode → la peur est confirmée → ré-amplification. Travailler l'anticipation (respiration, pratiques de régulation, et surtout la compréhension) agit sur un maillon réel de la boucle, sans renvoyer la personne à un « c'est dans la tête ».

7. Solutions à envisager (par axe)

Nutrition (axes 1 à 3)

- **Fibres solubles** : avoine / bêta-glucane (porridge, ou flocons trempés dans un lait végétal non sucré), graines de lin et psyllium. Elles forment un gel qui piège une partie des acides biliaires et raffermis les selles. [*Plausible (mécanisme établi côté cholestérol)*]
- **Gras modéré, réparti** : petites portions plutôt qu'un gros repas gras. Éviter le « tout ou rien ». À noter : un régime ultra-pauvre en graisses n'est PAS justifié et peut nuire à la nutrition. [*Établi*]
- **Triglycérides à chaîne moyenne (TCM)** : absorbés sans avoir besoin de bile, utiles si une maldigestion des graisses contribue. [*Plausible / Établi en malabsorption*]
- Modérer café à jeun, alcool, FODMAP et polyols, selon la tolérance individuelle.

Aromathérapie (axe 4 : pullulation)

Pas d'utilisation d'huiles essentielles de manière continue, demander conseils auprès d'une personne correctement formée à leur utilisation, les huiles citées ayant des précautions d'emploi et contre-indications importantes.

- **Menthe poivrée en capsules gastro-résistantes** : bonnes données sur les symptômes du syndrome de l'intestin irritable (effet antispasmodique). [*Établi pour le SII ; effet antimicrobien sur la pullulation : non établi*]
- **Origan, thym (carvacrol, thymol)** : antimicrobiens étudiés dans la pullulation. [*Émergent / Hypothèse*]
- **Réserve** : plusieurs huiles essentielles digestives sont aussi cholérétiques ou relâchent le sphincter, à doser en connaissance de cause sur un profil diarrhée biliaire.

Hygiène de vie (axes 2, 4, 5)

- **Ne pas grignoter et respecter un jeûne nocturne** : laisser l'intestin « balayer » entre les repas (complexe moteur migrant). [*Plausible*]
- Repas réguliers et plutôt tôt le soir.
- **Régulation du stress** (respiration lente / cohérence cardiaque, pratiques contemplatives) : agit sur la boucle stress → transit, qui est une cause réelle des épisodes. [*Établi pour le lien*]

Plantes biliaires : le piège à éviter, et le cas de la fumeterre

Le piège à éviter absolument (diarrhée biliaire). Ne PAS donner de plantes cholérétiques / cholagogues **mono-directionnelles** (stimulants du flux : artichaut, boldo, radis noir, chrysanthellum...) au profil diarrhée biliaire. Stimuler davantage la bile, c'est ajouter de l'irritant là où il y en a déjà trop : le réflexe intuitif « plus de vésicule → soutenir la bile » est ici à contre-sens. La contre-indication vise les stimulants à sens unique ; le cas d'un régulateur (amphocholérétique) se traite à part, ci-dessous.

Note : le desmodium, souvent cité dans ce contexte, est hépatoprotecteur et non cholérétique, il n'a pas sa place dans cette liste, mais n'apporte rien non plus à un profil DAB. **Réserve** : sur un profil douloureux ou à flux paresseux, l'analyse diffère d'où l'importance de profiler d'abord.

Le cas de la fumeterre (*Fumaria officinalis*), amphocholérétique.

Elle est citée ici parce que son omission ferait croire à un oubli, et parce que sa seule étiquette « amphocholérétique » induit spontanément en erreur. Position objective :

- **Ce qu'elle est.** Des données animales anciennes (Boucard & Laubenheimer 1966 ; Reynier 1977) montrent qu'elle est sans effet sur une cholérèse normale, mais qu'elle freine un flux artificiellement augmenté et stimule un flux réduit. Cela la distingue catégoriquement des cholérétiques mono-directionnels : un régulateur n'« ajoute » pas par principe. [*Plausible — animal, ancien*]

- **Pourquoi elle ne relève PAS du profil DAB.** La diarrhée biliaire est un problème de charge d'acides biliaires au côlon, pas de débit hépatique de bile. Or l'indication réellement retenue par l'EMA est « augmenter le flux biliaire » pour des symptômes d'indigestion (plénitude, flatulence), efficacité jugée plausible mais non prouvée. Transposer l'amphocholérèse en « réduit la fuite colique d'acides biliaires » est un saut non démontré ; le versant cholérétique pourrait même jouer à contre-sens. *[Raisonnement : solide]*
- **Son seul créneau plausible.** La douleur / dyskinésie biliaire spastique, soit le phénotype sphincter d'Oddi, pas la diarrhée. L'usage post-cholécystectomie y est traditionnellement documenté (enregistrement autrichien depuis 1978 ; série de cas Fiegel 1971 incluant des opérés), mais sans preuve d'efficacité contrôlée. *[Hypothèse]*
- **Réserve mécanistique.** La protopine aurait une action contractile et non relaxante sur le sphincter d'Oddi (Van Hellefont 1986) : sur un sphincter hypertonique, prudence donc, d'autant que ce profil relève de l'orientation médicale. La narration « elle synchronise l'ouverture sphinctérienne » est une interprétation, pas une donnée.
- **Sécurité.** Alcaloïdes isoquinoléiques ; génotoxicité non étudiée (ce qui bloque son inscription sur la liste communautaire) ; durée d'usage limitée à 2–3 semaines ; prudence en cas de glaucome ; déconseillée en grossesse / allaitement et chez le mineur.

En résumé : La fumeterre est citée pour ce qu'elle est, un amphocholérétique à visée antalgique sur dyskinésie biliaire spastique, hypothèse de second rang sur le profil douloureux et non comme une réponse à la diarrhée biliaire, où elle n'a pas d'indication.

Symptomatique et « secours »

- Psyllium au lever les jours sensibles (effet tampon).
- Lopéramide en préventif ponctuel avant une situation à enjeu (trajet, réunion, intervention) : ralentit le transit et augmente la réabsorption. À connaître (non phyto) ; donne un précieux sentiment de contrôle.
- Mucilages (guimauve, lin) pour le confort de la muqueuse. *[Faible preuve]*

Référence médicale (à connaître pour orienter)

Le traitement de fond de référence de la diarrhée biliaire est le séquestrant des acides biliaires (colestyramine en première intention), du ressort du médecin. Ce n'est pas un geste de praticien·ne, mais le connaître évite de laisser une personne souffrir des années sans solution. *[Établi]*

Nutrition (axe 7)

- Surveiller les vitamines liposolubles (A, D, E, K) en cas de symptômes chroniques (maldigestion avérée) ; hydratation et électrolytes pendant les épisodes.

Vigilance nutritionnelle générale (hors mécanisme biliaire). Chez une personne végétarienne complétée en B12 sur un schéma hebdomadaire (p. ex. 2000 µg/semaine), un épisode diarrhéique le jour de la prise peut en réduire l'absorption : le transit accéléré raccourcit le temps de contact dont dépend la diffusion passive (~1 à 3 % de la dose), qui assure l'essentiel de l'apport à cette posologie. Une prise isolée mal absorbée reste sans gravité, les réserves hépatiques peuvent couvrir ce manque ponctuel, mais par précaution, mieux vaut placer la dose hebdomadaire un jour sans symptômes, ou la reprendre une fois l'épisode passé. *[Mécanisme plausible ; précaution. La B12 est hydrosoluble et ne dépend pas de la bile, à la différence des A/D/E/K de l'axe 7 : c'est une vigilance végétarienne générale, pas une conséquence de l'ablation.]*

8. Repas type « la veille d'un événement important »

Objectif : minimiser, le matin de l'événement, la probabilité d'une vague motrice et d'un débordement de bile. À personnaliser avec le journal.

- **La veille au soir éviter** : gros repas gras ou frit, alcool, excès de café, plats très épicés, grosses charges FODMAP/polyols. Dîner plus tôt et plus léger.
- **La veille au soir privilégié** : gras modéré, fibres solubles (avoine), aliments doux et bien cuits (riz), bonne hydratation.
- **Le matin** : petit-déjeuner léger à faible déclencheur (flocons d'avoine + lait végétal non sucré). Le réflexe gastro-colique se déclenche après le premier repas : on peut donc placer ce petit-déjeuner assez tôt pour que la vague soit passée avant l'enjeu, ou le décaler après le moment critique.
- **Filet de sécurité** : psyllium au lever, ou loperamide en préventif si l'enjeu est majeur.

9. Drapeaux rouges : orienter vers le médecin

Ces signes sortent du cadre de l'accompagnement et imposent un avis médical :

- Amaigrissement, sang dans les selles, anémie ou fatigue marquée.
- Douleur intense nouvelle, fièvre, jaunisse (ictère).
- Réveils nocturnes répétés par la diarrhée ; stéatorrhée sévère.
- Tout changement net du schéma habituel (aggravation, nouvelle nature des épisodes).

Nuance sur les selles nocturnes : une selle nocturne occasionnelle peut s'observer dans la diarrhée biliaire ; ce sont les réveils nocturnes répétés et systématiques qui constituent le signal d'alerte. La frontière est : occasionnel et contextuel vs répété et indépendant des déclencheurs.

Rappel : la diarrhée biliaire se traite efficacement ; ne pas laisser une personne la subir des années sans diagnostic.

10. Logique de décision (synthèse)

1. Anamnèse → identifier le profil dominant (et un éventuel profil secondaire).
2. N'activer que les axes thérapeutiques appelés par ce profil (voir matrice ci-dessous).
3. Choisir les outils de ces axes (nutrition / aroma / hygiène), en évitant le geste à contre-sens.
4. Mettre en place un journal déclencheurs ↔ épisodes pour personnaliser et rendre prévisible.
5. Orienter en cas de drapeau rouge, ou de diarrhée biliaire invalidante (séquestrant médical).

Matrice profil → **axes à activer**. Elle opérationnalise l'étape 2 : à chaque phénotype dominant correspond un sous-ensemble d'axes, et un point de vigilance.

Phénotype dominant	Axes thérapeutiques à activer	Réserve / contre-sens
Diarrhée biliaire (DAB)	1 (piéger / réduire la charge d'acides biliaires) · 5 (ralentir, apaiser) · appoints : 2, 6, 7	Contre-indication : cholérétiques / cholagogues mono-directionnels. La fumeterre (amphocholérétique) n'est pas non plus un outil DAB.

Phénotype dominant	Axes thérapeutiques à activer	Réserve / contre-sens
Pullulation (SIBO)	4 (antimicrobiens ciblés, motricité inter-repas) · 2 (jeûne nocturne, complexe moteur migrant)	Gérer aussi l'axe 1 si une DAB est associée.
Maldigestion des graisses	3 (TCM, petites portions, graisses faciles) · 2	Seul profil où un cholagogue peut éventuellement se discuter.
Douleur / sphincter d'Oddi	Orientation médicale prioritaire · antispasmodique avec prudence	Ne pas augmenter la pression biliaire. Fumeterre : hypothèse de second rang seulement (cf. encadré).
Chevauchement fonctionnel (SII)	5 (apaiser, ralentir) · régulation du stress · gestion des FODMAP	—

Références bibliographiques

Cinétique biliaire et transit après cholécystectomie

Del Grande, L. M., Leme, L. F. P., Marques, F. P., Ramos, A. T., Ramos, P. T., & Souza, F. A. (2017). Prevalence and predictors of changes in bowel habits after laparoscopic cholecystectomy. *ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, 30(1), 3–6. <https://doi.org/10.1590/0102-6720201700010002>

Fort, J. M., Azpiroz, F., Casellas, F., Andreu, J., & Malagelada, J.-R. (1996). Bowel habit after cholecystectomy: Physiological changes and clinical implications. *Gastroenterology*, 111(3), 617–622. <https://doi.org/10.1053/gast.1996.v111.pm8780565>

Diarrhée biliaire : mécanisme, diagnostic, traitement de référence

Arasaradnam, R. P., Brown, S., Forbes, A., Fox, M. R., Hungin, P., Kelman, L., Major, G., O'Connor, M., Sanders, D. S., Sinha, R., Smith, S. C., Thomas, P., & Walters, J. R. F. (2018). Guidelines for the investigation of chronic diarrhoea in adults: British Society of Gastroenterology, 3rd edition. *Gut*, 67(8), 1380–1399. <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2017-315909>

Sauter, G. H., Münzing, W., von Ritter, C., & Paumgartner, G. (1999). Bile acid malabsorption as a cause of chronic diarrhea: Diagnostic value of 7 α -hydroxy-4-cholesten-3-one in serum. *Digestive Diseases and Sciences*, 44(1), 14–19.

Walters, J. R. F., Tasleem, A. M., Omer, O. S., Brydon, W. G., Dew, T., & le Roux, C. W. (2009). A new mechanism for bile acid diarrhea: Defective feedback inhibition of bile acid biosynthesis. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 7(11), 1189–1194. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2009.04.024>

Microbiote et acides biliaires secondaires

Xu, Y., Wang, J., Wu, X., Jing, H., Zhang, S., Hu, Z., Rao, L., Chang, Q., Wang, L., & Zhang, Z. (2023). Gut microbiota alteration after cholecystectomy contributes to post-cholecystectomy diarrhea via bile acids stimulating colonic serotonin. *Gut Microbes*, 15(1), 2168101. <https://doi.org/10.1080/19490976.2023.2168101>

Pullulation (SIBO) et antimicrobiens végétaux

Chedid, V., Dhalla, S., Clarke, J. O., Roland, B. C., Dunbar, K. B., Koh, J., Justino, E., Tomakin, E., & Mullin, G. E. (2014). Herbal therapy is equivalent to rifaximin for the treatment of small intestinal bacterial overgrowth. *Global Advances in Health and Medicine*, 3(3), 16–24. <https://doi.org/10.7453/gahmj.2014.019>

Menthe poivrée et syndrome de l'intestin irritable

Ingrosso, M. R., Ianiro, G., Nee, J., Lembo, A. J., Moayyedi, P., Black, C. J., & Ford, A. C. (2022). Systematic review and meta-analysis: Efficacy of peppermint oil in irritable bowel syndrome. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 56(6), 932–941. <https://doi.org/10.1111/apt.17179>

Khanna, R., MacDonald, J. K., & Levesque, B. G. (2014). Peppermint oil for the treatment of irritable bowel syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 48(6), 505–512. <https://doi.org/10.1097/MCG.0b013e3182a88357>

Fumeterre

European Medicines Agency, Committee on Herbal Medicinal Products. (2011). *Assessment report on Fumaria officinalis L., herba* (EMA/HMPC/576232/2010). European Medicines Agency. https://www.ema.europa.eu/en/documents/herbal-report/draft-assessment-report-fumaria-officinalis-l-herba_en.pdf