

# Quand faut-il faire... une cholécystectomie ?

En raison :

- de l'augmentation du nombre des cholécystectomies et d'une variabilité géographique non expliquées ;
- de données récentes de la littérature sur la fréquence des plaies biliaires et leur impact sur la survie des patients ;

la Haute Autorité de Santé, la Fédération de Chirurgie Viscérale et Digestive, le Conseil National Professionnel d'Hépatogastroentérologie et le Collège de la Médecine Générale souhaitent rappeler les points suivants :

## 1. En cas de LITHIASÉ VÉSICULAIRE ASYMPTOMATIQUE, la cholécystectomie n'est pas indiquée de principe.

La lithiasé sera alors qualifiée de découverte fortuite. Les douleurs abdominales diffuses et chroniques, la dyspepsie, les troubles de la digestion, les ballonnements, la migraine... ne sont pas des symptômes de la lithiasé vésiculaire.

## 2. En cas de LITHIASÉ VÉSICULAIRE SYMPTOMATIQUE, la cholécystectomie est indiquée.

Il appartient au chirurgien de valider l'indication de cholécystectomie, au vu des éléments cliniques, biologiques et d'imagerie. Il informe le patient des risques de la cholécystectomie. Il évalue avec lui, la balance bénéfices-risques de la cholécystectomie. Il assure la traçabilité de ces éléments dans le dossier patient.

### LE POINT CLÉ : Qu'est-ce qu'une lithiasé vésiculaire (a)symptomatique ?

*Une douleur biliaire survient typiquement par crises et se caractérise par son apparition rapidement progressive dans l'épigastre ou dans l'hypochondre droit. Elle est d'intensité constante et dure spontanément d'une trentaine de minutes à quelques heures. Elle peut être suffisamment intense pour obliger le patient à interrompre son activité ou le réveiller. Elle peut irradier en hémi-ceinture droite ou en bretelle. Elle peut être associée à des nausées ou vomissements.*

## 3. En cas de CHOLÉCYSTITE AIGUË, SANS DÉFAILLANCE VISCÉRALE, la cholécystectomie est recommandée le plus précocement possible.

Idéalement dans les 72 premières heures de l'évolution. Toute autre prise en charge (délai, contre-indication temporaire, modalités) doit être une décision concertée et tracée.

## 4. En cas de CHOLÉCYSTITE AVEC DÉFAILLANCE VISCÉRALE, d'ANGIOCHOLITE GRAVE ou de PANCRÉATITE AIGUË BILIAIRE GRAVE, la décision de cholécystectomie et les modalités de mise en œuvre seront discutées de manière pluridisciplinaire.

## 5. LES INDICATIONS DE CHOLÉCYSTECTOMIES EN L'ABSENCE DE SYMPTÔMES BILIAIRES

La cholécystectomie est indiquée, en raison du risque de cancer et en tenant compte de la balance bénéfices-risques, en cas de :

- polype de taille supérieure à 10 mm ;
- vésicule dite « porcelaine ».

En l'état actuel des connaissances, aucune recommandation ne peut être faite en matière de cholécystectomie prophylactique :

- lors de la chirurgie bariatrique ;
- en cas de calculs de taille supérieure à 3 cm.

Les professionnels souhaitant analyser leurs pratiques en matière de cholécystectomie, pourront utiliser un ou plusieurs des critères de bonnes pratiques suivants.

Ces critères ont été élaborés par les Conseils Nationaux Professionnels concernés (FCVD, CNP-HGE et CMG) sur la base de leur praticabilité et de leur validité. Ils ne sont pas exhaustifs et pourront être complétés par les équipes concernées.

Ces Critères de Bonnes Pratiques (CBP) concernent la TRAÇABILITÉ dans le dossier patient de :

## Critères de Bonnes Pratiques

# Cholécystectomie pour lithiase vésiculaire

1 l'analyse des symptômes justifiant l'indication	MG, Urgentiste, Chirurgien, HGE	Cible : 100 %
2 l'imagerie documentant la lithiase vésiculaire	MG, Urgentiste, Chirurgien, HGE	Cible : 100 %
3 l'analyse bénéfices/risques justifiant l'indication	Chirurgien	Cible : 100 %
4 l'estimation du délai d'adressage/indication de la cholécystectomie (en cas de cholécystite)	MG, Urgentiste, Chirurgien, HGE	Nb < 72 H / total
5 l'examen anatomo-pathologique de la vésicule et le cas échéant, de sa communication au correspondant ou au patient	Chirurgien	Cible : 100 %

1 On retrouve (ou non) dans le dossier analysé, les éléments particulièrement évocateurs de la symptomatologie, qui ont permis de retenir le diagnostic de lithiase vésiculaire symptomatique ou compliquée.

2 On retrouve (ou non) dans le dossier analysé, les éléments d'imagerie confirmant la pathologie lithiasique.

3 On retrouve (ou non) dans le dossier analysé, la trace de l'analyse et de l'information du patient concernant les bénéfices et risques potentiels de l'intervention et ce, de manière personnalisée en fonction de son cas particulier - avec au mieux, la précision d'une décision partagée avec le patient.

4 On retrouve (ou non) dans le dossier analysé, la notion de délai, en cas de cholécystite aiguë, entre l'apparition des symptômes, l'adressage au chirurgien et la réalisation de l'intervention - l'objectif étant d'améliorer le fonctionnement de la filière de soins pour réduire idéalement les délais de réalisation de la cholécystectomie.

5 On retrouve (ou non) dans le dossier analysé, le compte-rendu de l'examen anatomo-pathologique de la vésicule dont les résultats ont été pris en compte par le chirurgien et communiqués au correspondant et/ou au patient. Ce critère vise à s'assurer de la bonne gestion des cas de découverte de lésions néoplasiques sur la pièce.

Il est proposé de recueillir *rétrospectivement*, ces éléments sur 30 dossiers de pathologie lithiasique vésiculaire, soit consécutifs, soit sur tirage au sort. Idéalement, ces éléments pourraient enregistrés de manière *prospectrice*, ce qui faciliterait l'analyse des données et le feed-back aux équipes.

Pour des raisons de communication, ces critères peuvent être présentés sous forme d'indicateurs :

CBP = Nombre de dossiers dans lesquels cette information est trouvée de manière explicite / nombre total de dossiers analysés



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

2 avenue du Stade de France 93218 Saint-Denis-La Plaine CEDEX

Tél. : +33(0)1 55 93 70 00 - Fax : +33(0)1 55 93 74 00

Janvier 2013