

Protocole Médecine d'Urgences	Service émetteur : Service d'Accueil des Urgences Pôle : Médecine d'urgences
Cholécystite aigue	Version : 2 Date d'application : 01/2023

Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la cholécystite aigüe.

1. Définition

Distension aiguë de la vésicule biliaire liée à une obstruction mécanique brutale et prolongée du canal cystique par un calcul ou de la boue biliaire (sludge), entraînant une inflammation voire une infection de la vésicule.

2. Présentation clinique

- **Douleur** spontanée, en épigastrique ou en hypochondre droit, brutale, intense et continue, reproduite à la palpation (signe de Murphy) et pouvant irradier dans l'omoplate ou l'épaule droite.
- **Nausées** et **vomissements** fréquemment associés.
- **Fièvre**.
- *Attention : le tableau est souvent incomplet chez la personne âgée.*

3. Examens complémentaires

- Bilan biologique : NFS, ionogramme, fonction rénale, CRP, bilan hépatique, lipasémie, hémostase, hémocultures, ECBU.
- Bilan pré-opératoire
- Gazométrie + lactates en cas de signe de gravité

NB : *Syndrome inflammatoire.*

Bilan hépatique souvent normal, sauf en cas de lithiase de la voie biliaire associée, de compression de la voie biliaire principale et/ou d'inflammation importante du lit vésiculaire.

- **Echographie : signe de Murphy** (douleur et blocage inspiratoire au passage de la sonde sur la vésicule en inspiration profonde) ; présence de **lithiases**, surtout si enclavées dans l'infundibulum, ou de sludge ; **hydrocholécyste** (diamètre longitudinal > 10cm et diamètre transversal > 4cm) ; **paroi > 3mm** et hyper-vascularisée (doppler), parfois dédoublée/feuilletée. Il peut exister un épanchement péri-vésiculaire ou péri-cholécystien. Absence de dilatation des voies biliaires.

NB : *L'urgentiste peut réaliser une échographie clinique pour augmenter la sensibilité de son diagnostic, mais le patient devra systématiquement bénéficier d'une échographie réalisée par un radiologue lors de sa prise en charge aux urgences.*

Rédigé par : Tom VERCELLONE

Vérifié par : Nicolas CARRERE ; Marie-Angèle ROBIC ; Adrien LE MEUR ; Anne GUILLERMIN

Approuvé par : Nathalie VINNEMANN ; Charles Henri HOUZE CERFON

Protocole Médecine d'Urgences	Service émetteur : Service d'Accueil des Urgences Pôle : Médecine d'urgences
Cholécystite aigue	Version : 2 Date d'application : 01/2023

- Le scanner est moins performant pour le diagnostic de cholécystite aigue et environ un tiers des lithiases ne sont pas visible au scanner.

4. Diagnostics différentiels

- Abscès hépatique ou sous hépatique
- Appendicite sous hépatique
- Angiocholite
- Hépatite alcoolique aigüe, hépatite virale ou toxique
- Pneumopathie de la base droite

5. Prise en charge et orientation

- **A jeun**
- **VVP : antalgiques**, antispasmodique +/- antiémétiques.
- Prise en charge du sepsis : **antibiothérapie** +/- remplissage +/- Noradrénaline.
- En cas de sepsis, l'antibiothérapie doit être débutée en IV et en urgence dès que les hémocultures sont prélevées, si possible dans l'heure suivant l'admission du patient.

Communautaire non grave	Augmentin 1g x3/j Ou Ceftriaxone 1g/j + Métronidazole 500mg x3/j
<i>Communautaire non grave avec allergie aux βlactamines</i>	<i>Lévofoxacine 500mg x2/j + Métronidazole 500mg x3/j + Gentamicine 5mg/kg</i>
Grave et/ou nosocomial	Tazocilline 4g x3/j + Amikacine 30mg/kg
<i>Grave et/ou nosocomial avec allergie aux βlactamines</i>	<i>Aztréonam 1g x3/j + Métronidazole 500mg x3/j + Amikacine 30mg/kg</i>
Choc septique dans un contexte nosocomial ou avec FdR de BMR	Meropenem 1g x3/j + Amikacine 30mg/kg

- **Allo chirurgien digestif** pour toute cholécystite aigue lithiasique, pour hospitalisation et cholécystectomie précoce (< 24h) ou traitement ambulatoire.
- **Allo gastro-entérologue** en cas de cholécystite alithiasique certaine.

En cas de cholécystite sévère (dysfonctions d'organes, sepsis sévère ou choc) : discuter un drainage de la vésicule biliaire par voie percutanée avec antibiothérapie et prise en charge du sepsis (avis du chirurgien, du radiologue et du réanimateur).

Rédigé par : Tom VERCELLONE

Vérifié par : Nicolas CARRERE ; Marie-Angèle ROBIC ; Adrien LE MEUR ; Anne GUILLERMIN

Approuvé par : Nathalie VINNEMANN ; Charles Henri HOUZE CERFON

Protocole Médecine d'Urgences	Service émetteur : Service d'Accueil des Urgences Pôle : Médecine d'urgences
Cholécystite aigue	Version : 2 Date d'application : 01/2023

NB :

- *Pas d'adaptation au DFG des premières doses d'antibiotique (J1).*
- *FdR de BMR : C3G ou fluoroquinolones < 3 mois, EBLSE ou P. aeruginosa résistant à la Ceftazidime < 3 mois, Ehpac/SSR avec SAD ou gastrostomie, échec d'un traitement par C3G/Fluoroquinolone/Tazocilline, récurrence < 15 jours d'une infection traitée par Tazocilline pendant au moins 3 jours, hospitalisation à l'étranger < 12 mois.*
- *Si un calcul de la VBP est associé, il sera traité soit chirurgicalement (ouverture de la VBP en peropératoire) soit par sphinctérotomie endoscopique.*

6. Complications

- Gangrène de la vésicule (souvent associé à un sepsis majeur)
- Perforation (péritonite biliaire)
- Choc septique et SDMV
- Abcédation
- Fistule entre la vésicule et le tube digestif (duodénum surtout) avec risque d'occlusion secondaire (iléus biliaire).

7. La cholécystite aigue alithiasique (CAA)

- La CAA représente environ 10% des cholécystites.
- Elle survient souvent en réanimation ou en soins intensifs, et s'installe plutôt de façon insidieuse ; avec une mortalité élevée dans ce contexte.
- Elle n'est pas rare en ambulatoire, notamment chez les patients diabétiques, hypertendus et vasculaires ; avec une présentation clinique semblable à celle de la cholécystite lithiasique, mais pouvant être aspécifique chez le patient âgé et/ou comorbide (sepsis, AEG, confusion, douleurs abdominales diffuses...).
- **La CAA** est rare chez les patients jeunes sans comorbidité. Chez ces patients, l'échographie doit être recontrôlée par un opérateur expérimenté afin d'éliminer formellement une cause lithiasique. Il faut parfois répéter l'échographie à distance de l'épisode initial, les calculs pouvant ne pas être vus à la phase aiguë du fait des limites de l'examen en urgence.
- Prise en charge : **traitement médical** le plus souvent (antibiothérapie simple) ; ou **radiologique** (drainage radiologique per cutané en cas de sepsis sévère) ; ou **endoscopique** (cas très particulier de cholécystite par obstruction du canal cystique par une endoprothèse mise en place récemment) ; ou **chirurgical** (en cas de perforation vésiculaire avec cholépéritoine).
- En cas de doute sur le caractère lithiasique ou non (absence de lithiasie à l'échographie mais patient jeune et/ou mauvaises conditions échographiques) : le patient peut être hospitalisé en médecine ou en chirurgie. Les chirurgiens et gastro-entérologues peuvent discuter entre eux de l'orientation du malade.

Rédigé par : Tom VERCELLONE

Vérifié par : Nicolas CARRERE ; Marie-Angèle ROBIC ; Adrien LE MEUR ; Anne GUILLERMIN

Approuvé par : Nathalie VINNEMANN ; Charles Henri HOUZE CERFON