

Grille d'évaluation ECOS - AMBOSS-1 - Douleurs abdominales - Femme 47 ans

Service d'urgences
Marcia Billings, femme de 47 ans, consultante pour des douleurs abdominales

T°
37.5°C

TA
116/70 mmHg

FC
102 bpm

FR
20/min

IMC
30 kg/m²

Anamnèse (25%) Score : 0/52

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Motif principal [Douleurs dans mon ventre]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
2. Caractérisation de la douleur				0
Localisation [Au milieu et dans la partie supérieure droite de mon abdomen]	<input type="checkbox"/>			
Intensité [8-9/10]	<input type="checkbox"/>			
Qualité [Douleur sourde]	<input type="checkbox"/>			
Début [Il y a 12 heures, peu après le dîner d'hier]	<input type="checkbox"/>			
Évolution temporelle [Douleur constante depuis hier soir, qui s'aggrave]	<input type="checkbox"/>			
Irradiation [Douleur très forte qui irradie dans le dos et aussi dans l'épaule droite]	<input type="checkbox"/>			
Facteurs améliorants [J'ai essayé une bouillotte chaude sans effet. Se pencher en avant ou se coucher sur le côté semble aider un peu]	<input type="checkbox"/>			
Facteurs aggravants [Les mouvements et se coucher sur le dos]	<input type="checkbox"/>			
Épisodes antérieurs similaires [Jamais comme ça. J'ai déjà eu des douleurs d'estomac après les repas, mais elles passaient toujours en quelques heures]	<input type="checkbox"/>			
3. Symptômes associés				0
Nausées [après le dîner]	<input type="checkbox"/>			
Vomissements [trois fois la nuit dernière]	<input type="checkbox"/>			
Caractéristiques des vomissements [D'abord le contenu du dîner, puis seulement un liquide jaune. Pas de sang visible]	<input type="checkbox"/>			
Fièvre [sensation de fièvre légère]	<input type="checkbox"/>			
4. Recherche de symptômes spécifiques				0
Voyage récent [camping à Yosemite il y a 4 mois]	<input type="checkbox"/>			
Fatigue [juste la fatigue de courir après les enfants]	<input type="checkbox"/>			
Éruption cutanée [absent]	<input type="checkbox"/>			
Ictère [absent]	<input type="checkbox"/>			
Troubles urinaires [absents]	<input type="checkbox"/>			
Modifications de la couleur des urines [absentes]	<input type="checkbox"/>			
Troubles du transit [absents]	<input type="checkbox"/>			
Modifications de la couleur des selles [absentes]	<input type="checkbox"/>			
Sang dans les selles [absent]	<input type="checkbox"/>			
Appétit [normal avant cet épisode]	<input type="checkbox"/>			
Variations pondérales [non remarquées]	<input type="checkbox"/>			
Infections récentes [absentes]	<input type="checkbox"/>			
5. Antécédents médicaux [Mon médecin me dit juste que je devrais perdre du poids]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
6. Antécédents chirurgicaux [Aucun]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
7. Allergies [Aucune]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0

8. Médicaments			0
Antiacides [parfois la nuit quand je n'arrive pas à dormir à cause des brûlures d'estomac]	<input type="checkbox"/>		
Fréquence [quelques fois par mois, après un gros dîner tard le soir. Mais quand je prends les antiacides, ça passe et je peux dormir]	<input type="checkbox"/>		
9. Hospitalisations [Seulement pour la naissance de chacun de mes 2 enfants]			0
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
10. Contacts malades [Non]			0
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
11. Antécédents familiaux			0
Père [Décédé d'un AVC à 65 ans]	<input type="checkbox"/>		
Mère [Vivante avec calculs biliaires]	<input type="checkbox"/>		
12. Habitudes et mode de vie			0
Occupation [Consultante en finance]	<input type="checkbox"/>		
Domicile [Je vis avec mon mari et mes 2 enfants. C'est parfois chaotique, mais on s'en sort bien ensemble]	<input type="checkbox"/>		
Tabac [Jamais]	<input type="checkbox"/>		
Alcool [1 à 2 verres de vin avec le dîner la plupart des soirs. J'en ai bu un peu plus que ça ces 2 derniers jours parce que nous avons des invités]	<input type="checkbox"/>		
Questions CAGE - Besoin de réduire [Non]	<input type="checkbox"/>		
Questions CAGE - Agacée par les critiques [Non]	<input type="checkbox"/>		
Questions CAGE - Culpabilité [Non]	<input type="checkbox"/>		
Questions CAGE - Besoin de boire le matin [Non]	<input type="checkbox"/>		
Drogues illicites [Jamais]	<input type="checkbox"/>		
Exercice physique [Je n'arrive pas à trouver le temps]	<input type="checkbox"/>		
Régime alimentaire [Je cuisine ce que les enfants aiment manger le mieux - macaronis au fromage, spaghettis aux boulettes de viande - de la nourriture réconfortante comme ça]	<input type="checkbox"/>		

Examen clinique (25%)

Score : 0/16

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Mesures d'hygiène				0
Lavage des mains	<input type="checkbox"/>			
Respect de la pudeur avec drap	<input type="checkbox"/>			
2. Examen de la tête et du cou				0
Inspection des sclérotiques [recherche d'ictère]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
3. Examen cardiovasculaire [Auscultation cardiaque normale]				0
	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
4. Examen pulmonaire [Auscultation pulmonaire normale]				0
	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
5. Examen abdominal				0
Inspection de l'abdomen	<input type="checkbox"/>			
Auscultation de l'abdomen	<input type="checkbox"/>			
Percussion de l'abdomen	<input type="checkbox"/>			
Palpation de l'abdomen [Douleur à la palpation de l'épigastre et de l'hypocondre droit]	<input type="checkbox"/>			
6. Signe de Murphy [Signe de Murphy positif - arrêt brutal de l'inspiration lors de la palpation de l'hypocondre droit en inspirant profondément]				0
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Management (25%)

Score : 0/17

Critères	Oui	±	Non	Points
----------	-----	---	-----	--------

1. Hypothèses diagnostiques

☐☐☐

0

2 points si au moins 2 diagnostics pertinents mentionnés, 1 point si 1 diagnostic

Diagnostics différentiels à considérer

Pathologie biliaire (priorité élevée)

• **Cholécystite aiguë** → **US abdominale (meilleur examen initial)**

Arguments POUR:

- ☐ Douleur constante et prolongée > 6 heures
- ☐ Douleur épigastrique et hypocondre droit
- ☐ Aggravation post-prandiale
- ☐ Nausées et vomissements
- ☐ Signe de Murphy positif (caractéristique)
- ☐ Fébricule
- ☐ Facteurs de risque : 6F (Fat, Female, Fertile, Forty, Fair, Family history)
- ☐ Antécédents familiaux de lithiase biliaire (mère)

• **Pancréatite biliaire** → **Lipase, amylase + US abdominale**

Arguments POUR:

- ☐ Irradiation dorsale caractéristique
- ☐ Amélioration en position antéfléchie
- ☐ Nausées et vomissements après repas
- ☐ Douleur épigastrique
- ☐ Facteurs de risque de lithiase (6F)
- ☐ Cependant : Signe de Murphy positif moins typique

• **Choledocholithiasis** → **Bilan de cholestase + US abdominale ± ERCP**

Arguments POUR:

- ☐ Facteurs de risque de lithiase (6F)
- ☐ Épisodes antérieurs post-prandiaux régressifs
- ☐ Douleur hypocondre droit
- ☐ Nausées et vomissements
- ☐ Cependant : Douleur habituellement colique (non constante)
- ☐ Signe de Murphy absent en forme non compliquée

Autres diagnostics à éliminer

• **Angiocholite aiguë** → **Hémocultures + bilan inflammatoire + ERCP**

Arguments POUR:

- ☐ Triade de Charcot possible (fièvre, ictère, douleur)

• **Hépatite aiguë (A, B, C)** → **Transaminases + sérologies virales**

Arguments POUR:

- ☐ Nausées et vomissements
- ☐ Douleur abdominale

• **RGO, gastrite, ulcères gastro-intestinaux** → **Endoscopie digestive haute**

Arguments POUR:

- ☐ Douleur épigastrique
- ☐ Relation avec les repas
- ☐ Antécédents de brûlures d'estomac

• **Lithiase rénale** → **CT abdominal sans contraste**

Arguments POUR:

- ☐ Douleur irradiant vers le dos

• **Infarctus du myocarde postérieur** → **ECG + troponines**

Arguments POUR:

- ☐ Douleur épigastrique
- ☐ Nausées et vomissements

2. Examens complémentaires initiaux

0

US abdominale [meilleur examen initial pour les calculs biliaires et pancréatite biliaire suspectée]

☐

Bilan hépatique complet [phosphatases alcalines (PAL), Gamma-GT, bilirubine totale et directe]

☐

Transaminases [ASAT, ALAT pour évaluer l'atteinte hépatocellulaire]

☐

Enzymes pancréatiques [amylase, lipase - marqueurs importants d'inflammation pancréatique]

☐

FSC [recherche de leucocytose, surtout si cholécystite ou pancréatite biliaire]

☐

Ionogramme et calcium [calcium est un marqueur pronostique important dans la pancréatite]

☐

3. Examens complémentaires de seconde ligne

0

CT abdominal [pas utilisé routinièrement pour les diagnostics principaux suspectés, mais peut être utilisé dans la pancréatite aiguë pour évaluer la sévérité et les complications]

☐

ERCP [peut être à la fois diagnostique et thérapeutique, car elle peut aider à visualiser et extraire les calculs biliaires des voies biliaires]

☐

4. Communication avec la patiente

0

Explications au patient des impressions diagnostiques préliminaires

☐

Explication du plan de prise en charge

☐

Utilisation d'un langage non médical et clarification des termes médicaux

☐

Évaluation de l'accord du patient avec le plan diagnostique

☐

Recherche des préoccupations et questions du patient

☐

5. Conseil et défis

0

Conseil sur les options de soutien pour les changements de poids et d'alimentation

☐

Réaction appropriée au défi concernant le poids

☐

Prise en charge immédiate de la cholécystite aiguë

- Jeûne strict (mise au repos de la vésicule biliaire)
- Voie veineuse périphérique pour hydratation
- Analgésie adaptée : paracétamol IV, AINS si pas de CI
- Antispasmodiques : phloroglucinol (Spasfon®) 80 mg × 3/j
- Antiémétiques si nausées persistantes : métoclopramide
- Surveillance des constantes et de la douleur

Antibiothérapie si signes infectieux

- Indiquée si fièvre > 38,5°C ou hyperleucocytose
- Protocole empirique : amoxicilline-acide clavulanique 1g × 3/j IV
- Alternative si allergie : ciprofloxacine + métronidazole
- Durée : 5-7 jours selon évolution
- Adaptation selon antibiogramme si hémocultures positives

Traitement chirurgical

- Cholécystectomie laparoscopique : gold standard
- Timing idéal : dans les 72h (cholécystectomie précoce)
- Bénéfices : réduction durée hospitalisation et complications
- Préparation : bilan préopératoire, arrêt anticoagulants si besoin
- Alternative si CI chirurgie : drainage percutané cholécystostomie

Mesures préventives post-opératoires

- Régime pauvre en graisses les premières semaines
- Fractionnement des repas (5-6 petits repas/jour)
- Éviter aliments déclencheurs : fritures, œufs, chocolat
- Perte de poids progressive si surpoids (0,5-1 kg/semaine)
- Activité physique régulière après cicatrisation
- Suivi nutritionnel pour modification durable des habitudes

Clôture de consultation

Questions difficiles à poser

[Vous dites que je suis grosse ?!]

Réponse type du candidat

Mme Billings, je comprends que vous puissiez être sensible à propos de votre poids, et ce n'est pas mon intention de vous faire la morale. Je peux vous assurer qu'en tant que votre médecin, je souhaite que vous soyez en meilleure santé possible, et il est de mon devoir de chercher des moyens pour que nous y arrivions ensemble. Seriez-vous intéressée à discuter de quelques options sur comment nous pouvons faire cela ?

Communication (25%)

Score : 0/20

Critères

1. Réponse aux sentiments et besoins du patient

Empathie, écoute active, validation des émotions
Explique le déroulement de la consultation et vérifie les préoccupations du patient, commence l'anamnèse par une question ouverte ; reconnaît, verbalise et légitime les émotions, fournit du soutien

2. Structure de l'entretien

Organisation logique, transitions fluides, gestion du temps
Se présente par son nom et sa fonction, les étapes de l'entretien sont identifiables et s'enchaînent de manière logique, gestion du temps, adaptation à la situation

3. Expression verbale

Clarté, vocabulaire adapté, vérification de la compréhension
Langage adapté au niveau du patient, pas de jargon, explications compréhensibles, reformulations quand nécessaire, répétitions des points clés, fait une synthèse de la consultation, bonne articulation, ton et volume adéquats

4. Expression non verbale

Contact visuel, posture, gestuelle appropriée
Distance interpersonnelle adéquate, posture adéquate, gestes adéquats, contact visuel et expression faciale adéquats, pauses quand nécessaire

5. Évaluation générale de la communication

Qualité globale de l'interaction médecin-patient

A

B

C

D

E

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Score Global

0%

% par Section

Anamnèse

0%

Examen clinique

0%

Management

0%

Communication

0%

Note Globale

A-E

Échelle de notation

A

≥90%

B

80-89%

C

70-79%

D

60-69%

E

<60%

Signe de Murphy

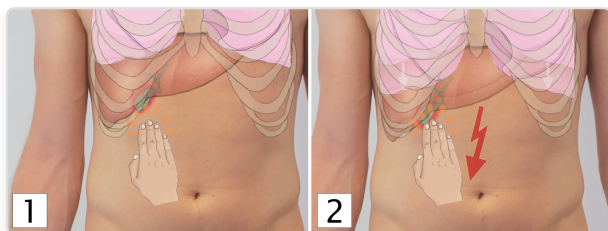
Technique d'examen pour détecter une cholécystite aiguë.

(1) L'examineur positionne ses mains dans l'hypocondre droit sous l'arc costal droit pendant que le patient expire.

(2) Pendant l'inspiration, le foie et la vésicule biliaire sont poussés vers le bas vers la main de l'examineur.

Si le patient ressent une douleur et arrête donc l'inspiration, le signe de Murphy est positif.

Un signe de Murphy positif peut indiquer une cholécystite aiguë.



Sludge biliaire tumoral

Échographie de l'hypocondre droit (plan oblique).

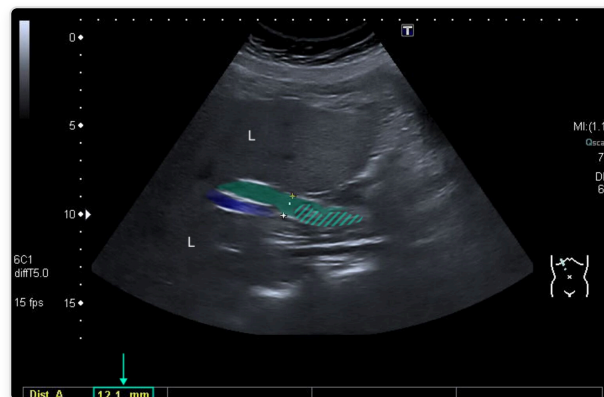
Une masse hétérogène lobulée avec faible échogénicité (superposition hachurée verte) dans la portion déclive du canal cholédoque dilaté (12,1 mm, superposition verte) ne produit pas d'ombre acoustique.

Les voies biliaires intrahépatiques ne sont pas dilatées.

Le sludge tumoral peut simuler une tumeur biliaire.

L'absence de flux sanguin dans le sludge au Doppler couleur peut parfois aider à distinguer le sludge d'une tumeur.

L : foie ; superposition bleue : veine porte.



Calculs vésiculaires et épaissement pariétal

Échographie de la vésicule biliaire (plan longitudinal).

Un renforcement acoustique (superposition verte) est visible en distal de la vésicule biliaire sauf là où de multiples petits calculs hyperéchogènes déclives (superposition jaune) réfléchissent le faisceau ultrasonore et projettent une ombre acoustique (superposition hachurée verte).

Le sludge biliaire (superposition hachurée jaune) est légèrement hyperéchogène par rapport à la bile anéchogène.

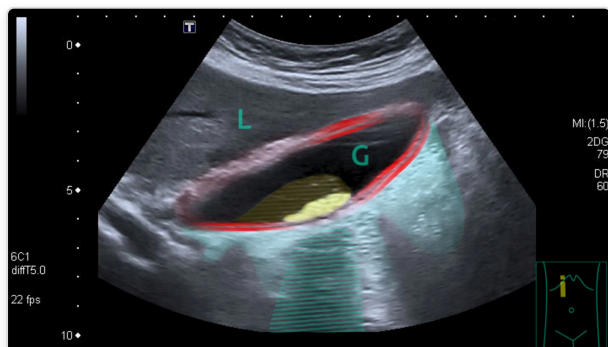
La paroi vésiculaire est épaissie (taille normale : 1-2 mm) et présente un aspect stratifié (superposition rouge), avec œdème hypoéchogène central.

Ces résultats chez un patient avec caractéristiques cliniques typiques de douleur de l'hypocondre droit indiquent fortement une cholécystite aiguë calculueuse.

Les résultats supplémentaires qui soutiendraient un diagnostic de cholécystite incluent un calcul obstructif, signe de Murphy positif, liquide péricholécystique, dilatation vésiculaire et hyperémie de la paroi vésiculaire au Doppler couleur.

G : vésicule biliaire ;

L : foie.



Pancréatite aiguë

CT abdominal (avec contraste ; plan axial) d'un patient avec pancréatite aiguë biliaire.

L'infiltration graisseuse et fasciale (superposition jaune) en avant du pancréas (P) indique une inflammation péripancréatique.

La vésicule biliaire (contour jaune) contient des calculs (exemples indiqués par superposition rouge) et du sludge. De plus, le canal cholédoque (superposition verte) est légèrement dilaté.

Le passage d'un calcul vésiculaire à travers le canal cholédoque peut entraîner une pancréatite aiguë.

A : aorte ;

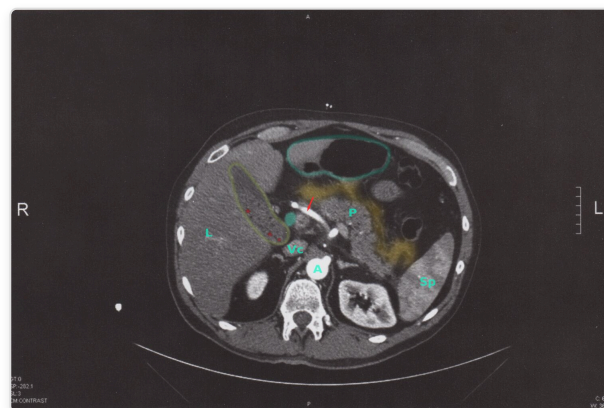
Vc : veine cave ascendante ;

L : foie ;

Sp : rate ;

Flèche rouge : artère hépatique ;

Contour vert : estomac.

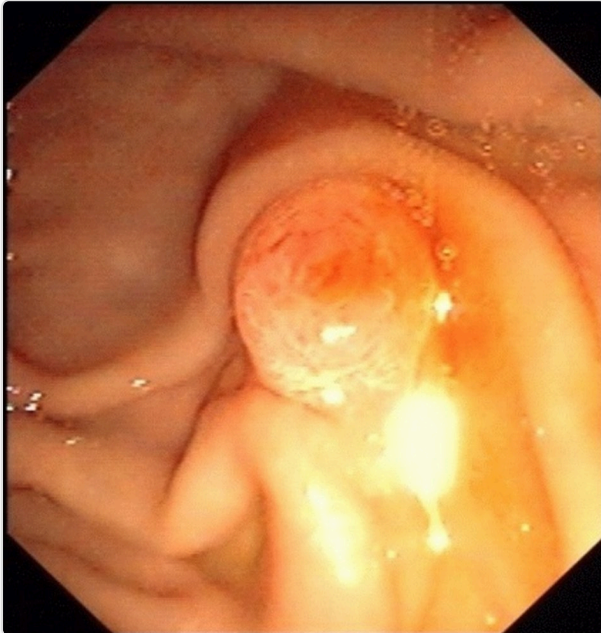


Vue endoscopique de la papille duodénale majeure

La papille duodénale majeure désigne l'ouverture de l'ampoule de Vater (où le canal cholédoque et le canal pancréatique se rejoignent) dans la 2^e partie du duodénum.

L'ouverture est entourée par le sphincter d'Oddi.

Lors d'une cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique (ERCP), la papille duodénale majeure est utilisée pour accéder au système biliaire ; l'injection de produit de contraste dans l'ampoule de Vater permet la visualisation du canal pancréatique et de l'arbre biliaire.



Scénario pour la patiente standardisée

Nom : Marcia Billings | **Âge :** 47 ans

Contexte : Femme se présentant aux urgences pour douleurs abdominales

Motif de consultation

Plainte principale : «J'ai des douleurs dans mon ventre.»

Si on demande s'il y a autre chose : «C'est vraiment douloureux et ça m'inquiète.»

Consignes

- S'asseoir penchée en avant et agir comme si vous aviez des douleurs abdominales sévères.
- Pointer le milieu et la partie supérieure droite de votre abdomen quand l'examineur vous demande la localisation de votre douleur.
- Dire à l'examineur que la douleur est particulièrement forte quand il appuie sur le milieu et la partie supérieure droite de votre abdomen.
- Quand l'examineur vous demande de respirer pendant qu'il appuie sur la partie supérieure droite de votre abdomen, commencer à respirer puis s'arrêter soudainement à cause de la douleur sévère.
- Vous n'êtes pas au courant de la signification des termes médicaux (ex: échographie) et demandez des clarifications si l'examineur les utilise.
- Défi : Si l'examineur mentionne votre poids pendant la consultation, agissez de manière offensée et dites : "Vous dites que je suis grosse ?!"

Histoire actuelle

Symptôme principal :

- Douleurs abdominales
- Localisation : Milieu et partie supérieure droite de l'abdomen
- Qualité : Douleur sourde
- Quantité/intensité : 8-9/10
- Chronologie : Début il y a 12 heures, peu après le dîner d'hier
- Développement : N'a pas vraiment disparu depuis hier soir, s'aggrave
- Circonstances de survenue : Commencé assez vite après le dîner d'hier
- Facteurs atténuants : Bouillotte chaude n'a rien fait. Se pencher en avant ou se coucher sur le côté semble aider un peu
- Facteurs déclenchants/aggravants : Bouger et se coucher sur le dos
- Épisodes antérieurs : Jamais comme ça. J'ai eu des douleurs d'estomac après les repas avant, mais ça passait toujours en quelques heures

Symptômes associés :

- Nausées après le dîner
- Vomissements trois fois la nuit dernière
- Sensation de fièvre légère

Réponse aux symptômes :

- Je suis venue directement aux urgences car j'étais très inquiète

Simulation

Durant l'entretien :

- Se tenir penchée en avant
- Visage algique
- Pointer l'épigastre et l'hypocondre droit quand demandé

Durant le status :

- Douleur marquée à la palpation épigastrique et hypocondre droit
- Signe de Murphy positif avec arrêt inspiratoire

Informations de l'expert

Dossier médical de l'entretien

Patiente de 47 ans consultant aux urgences pour douleurs abdominales aiguës évoluant depuis 12 heures. Douleur épigastrique et hypocondre droit, d'intensité 8-9/10, constante, irradiant vers le dos et l'épaule droite, associée à nausées, vomissements et fébricule. Facteurs de risque de lithiase biliaire présents (6F). Signe de Murphy positif à l'examen.

Rôles et interventions de l'expert·e

L'expert·e intervient si l'étudiant·e dit vouloir faire :

- US abdominale : donner le résultat montrant des calculs vésiculaires avec épaissement pariétal
- Analyses sanguines : donner les résultats avec leucocytose et élévation des PAL/Gamma-GT
- ECG : donner un résultat normal si demandé

Points clés

- La présentation suggère fortement une cholécystite aiguë
- Le signe de Murphy est caractéristique mais pas pathognomonique
- L'US abdominale est l'examen de choix en première intention
- Les facteurs de risque (6F) sont importants à rechercher
- Ne pas oublier les diagnostics différentiels potentiellement graves

Pièges

- Se concentrer uniquement sur le RGO à cause des antécédents de brûlures d'estomac
- Oublier d'examiner les sclérotiques (recherche d'ictère)
- Ne pas rechercher le signe de Murphy
- Mauvaise gestion du défi concernant le poids

Diagnostic

Cholécystite aiguë probablement liée à une lithiase biliaire

Présentation clinique de la cholécystite aiguë

Cette patiente décrit une douleur épigastrique et au quadrant supérieur droit. Les diagnostics différentiels courants pour cette région incluent la cholélithiase, la cholécystite, l'hépatite aiguë, la pancréatite et les ulcères duodénaux.

- Douleur constante et prolongée (> 6 heures) plus typique de la cholécystite que de la cholélithiase
- La colique biliaire irradie typiquement vers l'épaule droite
- Malgré son nom, la colique biliaire est une douleur sourde qui est constante plutôt que colique
- La colique biliaire est souvent plus intense après les repas
- Une douleur sévère et prolongée au quadrant supérieur droit > 6 heures est plus typique de la cholécystite que de la cholélithiase ou de la cholédocolithiase

Facteurs de risque de la lithiase biliaire

Les facteurs de risque de cholélithiase peuvent être mémorisés avec les 6 F :

- Fat (obésité) - présent chez cette patiente (IMC 30)
- Female (femme) - présent
- Fertile (fertilité/multiparité) - présent (2 enfants)
- Forty (quarantaine) - présent (47 ans)
- Fair-skinned (peau claire) - non précisé
- Family history (antécédents familiaux) - présent (mère avec calculs biliaires)

Signe de Murphy

Le signe de Murphy est un signe clinique important pour le diagnostic de cholécystite aiguë :

- Technique : Palpation sous le rebord costal droit pendant inspiration profonde
- Positif : Arrêt brutal de l'inspiration à cause de la douleur
- Sensibilité d'environ 65% pour la cholécystite aiguë
- Spécificité d'environ 87%
- Peut être absent chez les patients âgés ou immunodéprimés

Diagnostic différentiel

Plusieurs diagnostics doivent être considérés devant cette présentation :

- Pancréatite biliaire : Douleur irradiant vers le dos, amélioration en position antéfléchie
- Cholédocolithiase : Douleur habituellement colique, ictère possible
- Hépatite aiguë : Élévation marquée des transaminases
- RGO/ulcère : Relation avec les repas, soulagement par antiacides
- Il est important de poser des questions sur les voyages pour évaluer le risque d'hépatite A et autres affections gastro-intestinales

Examens complémentaires

L'approche diagnostique doit être systématique :

- US abdominale : Examen de choix, détecte calculs et épaississement pariétal
- Bilan hépatique : PAL, Gamma-GT, bilirubine (signes de cholestase)
- Transaminases : ASAT, ALAT (atteinte hépatocellulaire)
- Enzymes pancréatiques : Amylase, lipase (pancréatite associée)
- FSC : Recherche de leucocytose
- L'ictère est un signe important de cholestase avec urine foncée et selles pâles

Particularités physiopathologiques

Comprendre la physiopathologie aide au diagnostic :

- La douleur de la pancréatite peut être soulagée en se penchant en avant (déplace le contenu intra-abdominal, réduisant la pression sur le pancréas enflammé)
- L'irradiation vers l'épaule droite s'explique par l'innervation phrénique

- La cholélithiase peut évoluer vers cholécystite, pancréatite biliaire, et cholédocolithiase
- L'obésité est un facteur de risque du RGO, mais les symptômes de cette patiente ne correspondent pas

Rappels thérapeutiques

- Cholécystite aiguë : Jeûne, analgésie, antibiotiques si signes infectieux
- Cholécystectomie laparoscopique : Traitement de référence, idéalement dans les 72h
- Traitement conservateur possible si haut risque opératoire
- Drainage percutané si cholécystite compliquée et contre-indication chirurgicale

Examens complémentaires

- US abdominale : Sensibilité 88% pour détection des calculs, évalue épaissement pariétal
- IRM/CPERM : Si US non concluante ou suspicion de cholédocolithiase
- CT abdominal : Moins sensible pour les calculs, utile si complications suspectées
- Scintigraphie HIDA : Évalue la perméabilité du canal cystique, rarement utilisée