




Cette patiente, est-elle atteinte de Cholécystite aiguë?

Sémiologie actualisée

E.Steyer et J.M.Bolzinger

Ammppu Boulay 30 mars 2010



Nous déclarons n'avoir aucun lien, direct ou indirect, avec des entreprises ou établissements produisant ou exploitant des produits de santé non plus qu'avec des organismes de conseil intervenant sur ces produits*

Mention obligatoire selon l'article L4113-13 du Code de la Santé Publique (inséré par la Loi n°2002-303 du 4 mars 2002, art. 26 du Journal Officiel du 5 mars 2002)

Cette patiente, est-elle atteinte de Cholécystite aiguë?

Existe-il une sémiologie clinique permettant
d'affirmer ou de récuser le diagnostic?

un continuum d'états entre:

- la **cholélithiase symptomatique**
l'épisode douloureux dure 4-6H
- et la **cholécystite aiguë**,
l'épisode douloureux est + long
fièvre,
VS et cholestase

Rq: La cholécystite alithiasique (plutôt en réa post op / vascularite, SIDA= mortalité élevée)

La douleur

*de colique "hépatique"
ou plutôt de "colique" biliaire
mauvaise dénomination car obstruction VB = d. stable non paroxystique
(donc différent d'une colique)*

- localisation: QSD abdo
ou épigastre
ou "douleur abdominale haute"
- les poussées douloureuses durent 30' environ
- Question: gêne abdo à la suite de repas riches en matière grasse ?
= valeur prédictive identique à celle de la colique biliaire

les s. cliniques associés à la VB les + connus:

1. le s. de Murphy
2. le s. de Courvoisier
3. le s. de Boas

1. Le signe de Murphy

- maintenir le dessous du rebord costal droit et demander une inspiration profonde
- + si douleur
ET arrêt de la respiration

le s. de Murphy ne se rencontre t'il que dans la cholécystite aiguë?

Le s. de Murphy et les 13 diagnostics différentiels de la cholécystite aiguë

1. Rupture hépatique
2. Infections bactériennes
Hépatite
3. Cholécystite aiguë
4. Abscess à la vésicule biliaire
5. Cholécystite alithiasique
6. Cholécystite emphysémateuse
7. Pyocholécyste
8. Nécrose d'un adénome hépatique
9. Lithiase cholédocienne
10. Hématome du foie
11. Hématome Sous-capsulaire du foie
12. VB lithiasique
Perforation/Rupture
13. Infarctus hépatique
14. Ischémie hépatique

2. signe de Courvoisier

- déf standard:
VB palpable,
non sensible
chez un patient **ictérique**
- plus fréquemment rencontré
en cas d'obstruction biliaire **d'origine néoplasique**

3. Signe de Boas

hyperesthésie de la zone sous-scapulaire externe à un
toucher léger

seul autre signe clinique identifié comme étant
spécifiquement associé à la cholécystite aiguë

7% des cholecystectomisés avaient présenté ce signe (ds
1 seule étude)

Quels sont les signes pertinents?

17 études ont évalué:

- le rôle des antécédents
- des examens cliniques
- et/ou des analyses biologiques simples

	SE	SPE	RV+	RV-
anorexie	0,65	0,50	1,4	0,7
vomissements	0,71	0,53	1,5	0,6
fièvre	0,35	0,80	1,5	0,9
défense	0,45	0,70	2	0,8
Murphy	0,65	0,87	2,8	0,5
nausées	0,77	0,36	1,1	0,8
s. du rebond	0,30	0,68	1	1
sensib. TR	0,08	0,82	0,5	1,2
rigidité	0,11	0,87	0,5	1
masse QSD	0,21	0,80	0,8	1
douleur QSD	0,81	0,67	1,5	0,7
sensib. QSD	0,77	0,54	1,6	0,4

Tableau 2. Caractéristiques synthétiques des critères cliniques et biologiques dans les études incluses*

Critère	Etudes			RV synthétique (IC à 95 %) [†]		Sensibilité (IC à 95 %)	Spécificité (IC à 95 %)
	N°	Références	Nombre de patients [‡]	Positif	Négatif		
Clinique							
Anorexie	2	41, 55	1135	1,1-1,7	0,5-0,9	0,65 (0,57-0,73)	0,50 (0,49-0,51)
Vomissements	4	41, 46, 53, 55	1338	1,5 (1,1-2,1)	0,6 (0,3-0,9)	0,71 (0,65-0,76)	0,53 (0,52-0,55)
Fièvre (> 35° C)	8	40, 41, 44, 46, 50-53	1292	1,5 (1,0-2,3)	0,9 (0,8-1,0)	0,35 (0,31-0,38)	0,80 (0,78-0,82)
Défense musculaire	2	41, 55	1170	1,1-2,8	0,5-1,0	0,45 (0,37-0,54)	0,70 (0,69-0,71)
Signe de Murphy	3	39, 46, 54	565	2,8 (0,8-8,6)	0,5 (0,2-1,0)	0,65 (0,58-0,71)	0,87 (0,85-0,89)
Nausées	2	46, 54	669	1,0-1,2	0,6-1,0	0,77 (0,69-0,83)	0,36 (0,34-0,38)
Rebond	4	40, 41, 48, 55	1381	1,0 (0,6-1,7)	1,0 (0,8-1,4)	0,30 (0,23-0,37)	0,68 (0,67-0,69)
Sensibilité rectale	2	41, 55	1170	0,3-0,7	1,0-1,3	0,08 (0,04-0,14)	0,82 (0,81-0,83)
Rigidité	2	41, 55	1140	0,50-2,32	1,0-1,2	0,11 (0,06-0,18)	0,87 (0,86-0,87)
Quadrant abdominal supérieur droit							
Masse	4	40, 45, 53, 54	408	0,8 (0,5-1,2)	1,0 (0,9-1,1)	0,21 (0,18-0,23)	0,80 (0,75-0,85)
Douleur	5	40, 45, 46, 54, 55	949	1,5 (0,9-2,5)	0,7 (0,3-1,6)	0,81 (0,78-0,85)	0,67 (0,65-0,69)
Sensibilité	4	40, 45, 54, 55	1001	1,6 (1,0-2,5)	0,4 (0,2-1,1)	0,77 (0,73-0,81)	0,54 (0,52-0,56)
Biologie							
Phosphatase alcaline >120 U/l	4	42, 46, 49, 51	556	0,8 (0,4-1,6)	1,1 (0,6-2,0)	0,45 (0,41-0,49)	0,52 (0,47-0,57)
ALT ou AST élevées §	5	42, 46, 49, 51, 53	592	1,0 (0,5-2,0)	1,0 (0,8-1,4)	0,38 (0,35-0,42)	0,62 (0,57-0,67)
Bilirubine totale > 2 mg/dl	6	40, 42, 43, 46, 49, 51	674	1,3 (0,7-2,3)	0,9 (0,7-1,2)	0,45 (0,41-0,49)	0,63 (0,59-0,66)
Bilirubine totale, AST ou phosphatase alcaline	1	52	270				
Elevées toutes les 3				1,6 (1,0-2,8)	0,8 (0,8-0,9)	0,34 (0,30-0,36)	0,80 (0,69-0,88)
Une seule élevée				1,2 (1,0-1,5)	0,7 (0,6-0,9)	0,70 (0,67-0,73)	0,42 (0,31-0,53)
Leucocytosell	7	41, 44, 46, 50-53	1197	1,5 (1,2-1,9)	0,6 (0,5-1,8)	0,63 (0,60-0,67)	0,57 (0,54-0,59)
Leucocytosell et fièvre	2	44, 52	351				
Oui				1,6 (0,9-2,8)	0,9 (0,8-1,0)	0,24 (0,21-0,26)	0,85 (0,78-0,91)
Non				0,5 (0,4-0,7)	1,6 (1,4-1,8)	0,30 (0,27-0,33)	0,44 (0,34-0,54)

Abbreviations : ALT, alanine aminotransférase ; AST, aspartate aminotransférase ; IC, intervalle de confiance ; RV, rapport de vraisemblance
* Une étude a évalué la protéine C réactive, mais elle n'a pas été incluse car cette protéine ne fait pas partie de l'évaluation de routine des patients qui présentent une douleur abdominale ou chez qui existe une suspicion de cholecystite aiguë.[§] Une "douleur suivie de vomissements" a été signalée au cours d'une étude (RV positif, 2,5 (IC à 95 %, 2,1-3,0) ; RV négatif, 0,04 (IC à 95 %, 0,04-0,6)).
[†] Mesures synthétiques fournies uniquement pour les critères discutés dans plus de deux études.
[‡] Peut ne pas être égal à la somme des nombres du Tableau 1 car toutes les études n'ont pas appliqué tous les tests à tous les patients.
[§] Numération des globules blancs > 10 000/ml.

Le signe du rebond

- consiste à relâcher brutalement la pression exercée sur l'abdomen
- s. considéré parfois comme assez spécifique d'une inflammation péritonéale
- L'intérêt de ce signe est faible en cas de douleur abdominale sans orientation diagnostique. Intérêt dans l'appendicite ou une méta-analyse a montré une Se 0,63 et une Spé 0,69

synthèse de l'étude:

- **aucun signe clinique** n'obtient un RV+ suffisamment élevé pour permettre d'affirmer le diagnostic de Chlolécytite aiguë.
- **aucun signe clinique** n'obtient un RV- suffisamment faible pour permettre de récuser le diagnostic de Chlolécytite aiguë.
- 2 exceptions possibles (mais IC à 95% inclut la valeur 1):
 - **Murphy RV+ 2,8** (0,8-8,6)
 - **sensibilité du QSD RV- 0,4** (0,2-1,1)
- Les combinaisons de plusieurs signes cliniques possèdent des RV plus utiles
- ⇒ nécessité d'examen complémentaires: Echo du QSD de l'abdo

L'imagerie du QSD

- **l'échographie**
permet de détecter **une cholécystite aiguë** avec une sensibilité de 88 % (IC à 95 %, 74-100%) et une spécificité de 80 % (IC à 95%, 62-98%).

Dans le cas de la détection des **cholélithiases**, la sensibilité a été comparable 88 % alors que la spécificité était supérieure à environ 99 %.
- **Scanner abdo**
dans l'évaluation des affections biliaires aiguës performances < écho
utile TOUTEFOIS **pour l'évaluation des complications suspectées et des atteintes intra-abdominales concomitantes**



Qq ref.bibliographiques

- Cette patiente est elle atteinte de cholécystite aiguë? JAMA janvier 2003 n°1