

# Note de problématique pertinence CHOLÉCYSTECTOMIE

Cette note de problématique est téléchargeable sur

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

Haute Autorité de Santé

Service documentation – information des publics

2, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex

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

# Sommaire

## Introduction

Objet de la saisine .....	4
---------------------------	---

## 1. La problématique

1.1 Analyse du GHM retenu par l'ATIH.....	4
1.2 Analyse des données de pratique/taux de recours.....	4
1.3 Enquête de pratiques .....	7
1.4 Analyse de la pratique .....	7
1.5 Synthèse .....	7

## 2. Les pistes d'amélioration/les supports potentiels à la pratique

2.1 Positionnement du problème .....	8
2.2 Analyse de la littérature scientifique.....	8
2.3 Proposition d'un programme d'amélioration de la pertinence des cholécystectomies.....	8
2.4 Analyse d'impact.....	9

Participants.....	10
-------------------	----

Bibliographie.....	11
--------------------	----

Annexe – Analyse du GHM 07C14 .....	13
-------------------------------------	----

# Introduction

## Objet de la saisine

LE GHM identifié par l'ATIH<sup>1</sup> comme traceur d'une variabilité non expliquée était :

### 07C14 : Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aiguës

La présente note de problématique pertinence a été réalisée par la Haute Autorité de Santé (HAS) en collaboration avec la Fédération de chirurgie viscérale et digestive (FCVD) et la participation du Conseil national professionnel d'hépatogastro-entérologie (CNP HGE).

## 1. La problématique

### 1.1 Analyse du GHM retenu par l'ATIH

L'ATIH a retenu ce GHM 07C14, devant le constat d'une évolution dynamique chiffrée à 8,6 % entre 2007 et 2012.

Le GHM identifié pose toutefois différents questionnements :

- Le libellé identifie les cholécystectomies **sans exploration de la voie biliaire principale**, ce qui doit être lu comme une ablation de la vésicule biliaire sans exploration instrumentale peropératoire (c'est-à-dire sans référence aux éventuelles bili-IRM, écho-endoscopie, cholangiographie rétro-grade endoscopique). Ces derniers examens morphologiques s'intègrent dans des stratégies médico-chirurgicales d'exploration et d'extraction éventuelles de calculs cholédociens pré ou post-opératoires, propres à chaque équipe.
- La caractérisation du GHM qui précise « **à l'exception des affections aiguës** » laisse penser qu'il s'agit de cholécystectomies réalisées pour des lithiases symptomatiques, mais non compliquées. Toutefois, cela n'exclut pas des cholécystectomies réalisées pour des pathologies aiguës « refroidies ». L'analyse des diagnostics faite par l'ATIH confirme l'ambiguïté sur ce point puisque est rapporté à côté d'un taux de 86 % de cholélithiases (sans plus d'information) un chiffre de 11 % de cholécystites (on ne sait sur quels critères : cliniques, biologiques, échographiques, chirurgicaux ou anatomopathologiques).
  - ▶ Une analyse détaillée des pathologies couvertes ou non par le GHM a été réalisée – cf. [annexe](#).
  - ▶ Une analyse complémentaire portant sur le GHM 07C13 / Affections bilio-pancréatiques aiguës a été demandée à l'ATIH.

### 1.2 Analyse des données de pratique/taux de recours

#### ► Concernant le GHM 07C14

Il a été réalisé en 2010, en France, **68 561 cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aiguës** (GHM 07C14).

---

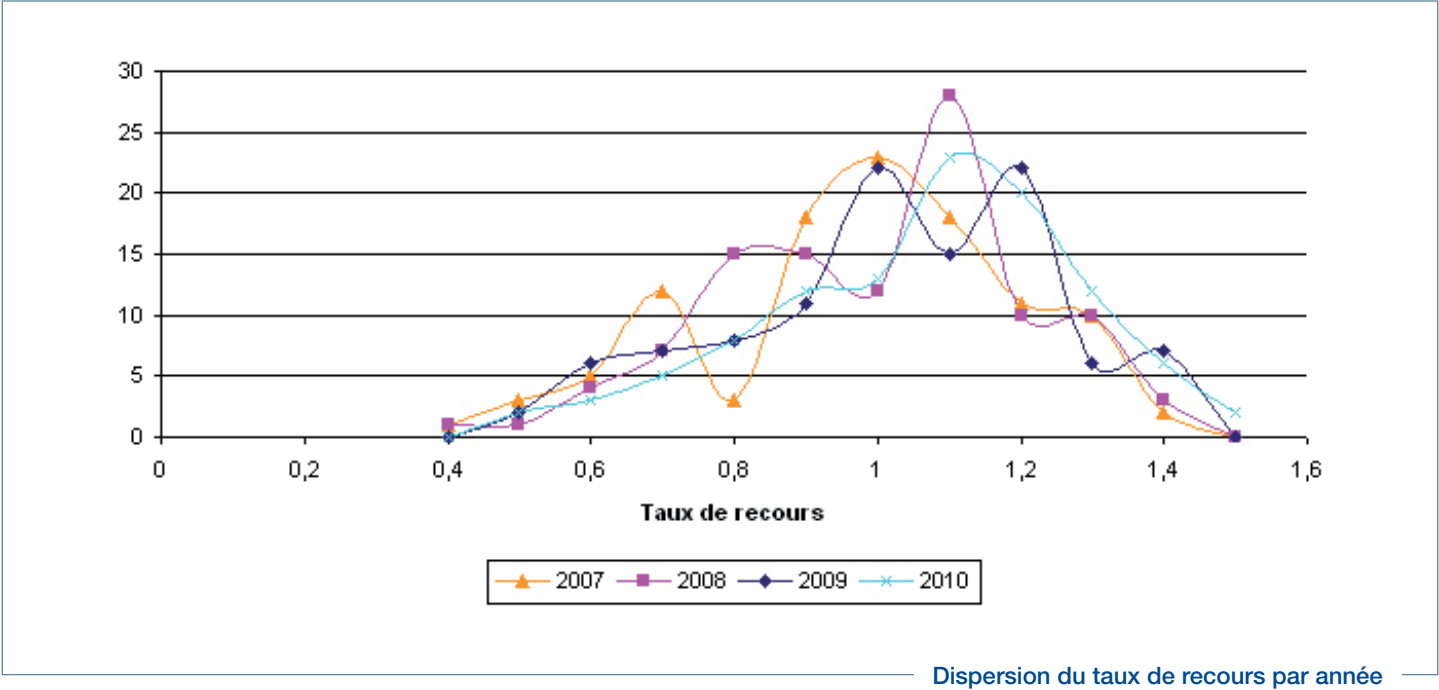
1. La sélection de ces activités par l'ATIH a été réalisée selon plusieurs critères :

- les activités choisies devaient être suffisamment fréquentes (plus de 20 000 séjours par an pour chacun des deux secteurs) ;
- ces activités devaient également présenter une évolution dynamique sur les 3 dernières années (il s'agit d'activités dont l'évolution du volume contribue de manière significative à la croissance moyenne du volume de chaque secteur) ;
- enfin, pour chacune des activités, les taux de recours standardisés par âge et sexe et calculés par territoire de santé ont été analysés. La sélection a porté sur les activités dont la dispersion des taux de recours par territoire de santé est grande (dispersion mesurée par le coefficient de variation).

Le taux de recours<sup>2</sup> moyen en 2010 est de 1,1. Selon les données de l’ATIH, ce taux de recours a donc fait l’objet au cours des 4 dernières années (et en particulier en 2010) d’une **évolution dynamique de 8,7 %**.

Taux de recours	2007	2008	2009	2010*
Moyenne	1,0	1,0	1,0	1,1
Écart-type	0,2	0,2	0,2	0,2
Minimum	0,4	0,4	0,5	0,5
q1	0,9	0,8	0,9	0,9
Médiane	1,0	1,0	1,0	1,1
q3	1,1	1,1	1,2	1,2
Maximum	1,4	1,4	1,4	1,5
Coefficient de variation	0,2	0,2	0,2	0,2

Le coefficient de variation<sup>3</sup> interterritorial est par contre plutôt faible, à 0,2 – chiffre également constant au cours des 4 dernières années.



2. Ces taux de recours sont standardisés par âge et par sexe et sont calculés par territoire de santé, pour 1 000 habitants. Ils sont donc domiciliés selon la zone d’habitation du patient et non pas sur l’adresse de l’établissement dans lequel l’intervention chirurgicale est réalisée.

3. Le coefficient (annuel) de variation considéré par l’ATIH comme représentatif de la dispersion des taux de recours par territoire de santé est le facteur de l’écart-type des taux de recours sur la moyenne.

## ► Concernant le GHM 07C13

1. Il a été réalisé en 2010, en France, **37 499 cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale pour affection aiguë** (GHM 07C13).

2. **Le taux de recours moyen en 2010 est de 0,6**, constant au cours des 4 années étudiées.

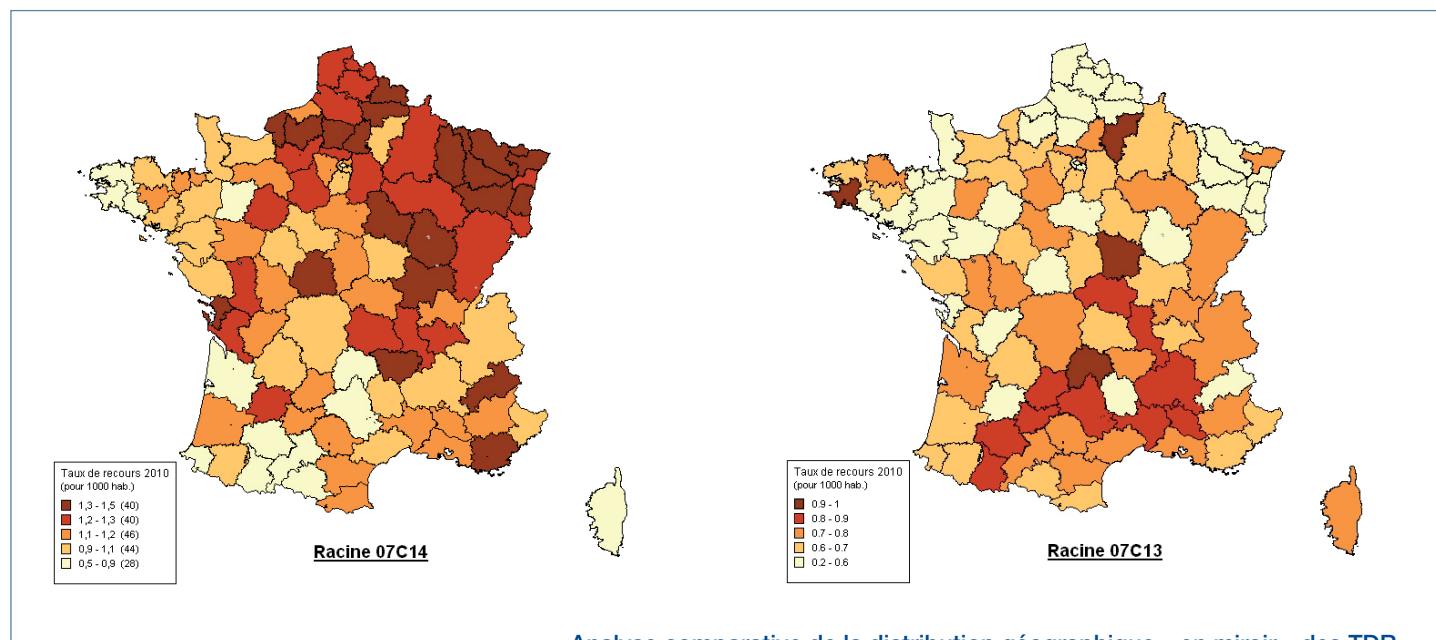
3. **Le coefficient de variation est de 0,3** – chiffre également constant au cours des 4 dernières années.

## ► Comparaison des GHM 07C13 et 14

Cela concerne donc **106 060 cholécystectomies<sup>4</sup>**, avec bien sûr un **TDR moyen de 1,7**.

L'analyse comparative des 2 cartes de TDR est très instructive ; certains territoires de santé sont en « surconsommation » pour un GHM et en « sous-consommation » pour l'autre (et d'autres inversement) avec une moyenne sur les 2 GHM « normalisée » par rapport aux autres territoires, comme en témoigne la quasi-normalisation du coefficient de variation à 0,1.

Les difficultés d'interprétation décrites au §1.1 en sont vraisemblablement une explication en rapport avec une possible hétérogénéité de codage.



Analyse comparative de la distribution géographique « en miroir » des TDR

Le nombre total des cholécystectomies est en progression sensible.

Racine V11c	2007	2008	2009	2010
07C13	35 588	35 574	37 821	37 499
07C14	62 653	63 958	65 995	68 561
<b>Total</b>	<b>98 241</b>	<b>99 532</b>	<b>103 816</b>	<b>106 060</b>

On note une augmentation de 7,37 % du nombre total de cholécystectomies entre 2007 et 2010, avec pour le GHM identifié par l'ATIH (07C14) une augmentation de 8,62 % pour les 4 dernières années (dont 4 % pour l'année 2010). Le GHM 07C13, lui, a augmenté de 5,10 %.

4. Ce chiffre est à mettre en rapport avec le nombre de cholécystectomies réalisées en Angleterre qui était de 49 077 en 2005 et qui serait le dixième du nombre de celles réalisées aux États-Unis (Sanders, 2007).

### 1.3 Enquête de pratiques

La littérature internationale ne fournit que de maigres informations sur une variabilité non expliquée des taux de recours à la cholécystectomie. Ainsi une étude épidémiologique espagnole (Quintana, 2004) bien réalisée (selon la *RAND UCLA Appropriateness Method*) concernant la pertinence de la cholécystectomie dans ce pays a montré que, sur près de 1 000 cholécystectomies, le taux d'indications non-pertinentes était de seulement 0,7 %, celui des indications dont la pertinence a été jugée incertaine était de 7,9 %. Pour être complet, il faut signaler que le taux d'indications pertinentes variait de 97,1 % pour les mieux gradées à 87,2 % pour les moins bien gradées.

Une étude réalisée par l'Assurance Maladie (Van Haverbeke, 2005) retient des écarts par rapport aux recommandations. Ainsi, sur un échantillon de 1 772 cholécystectomies réalisées en 2003 dans les établissements franciliens, il a été noté un taux de 7,8 % de cholécystectomies réalisées sur lithiase asymptomatique.

### 1.4 Analyse de la pratique

L'analyse des pratiques, réalisée à partir d'avis d'experts compte tenu du faible nombre d'enquêtes de pratiques, avance l'hypothèse d'une disparité des pratiques en matière d'indication de cholécystectomie, notamment une surconsommation dans les taux de recours à la cholécystectomie.

Dans bon nombre de cas, le recours à la chirurgie ne se discute guère ; il y a indication potentielle de cholécystectomie (avec analyse bénéfices risques prenant en compte âge et comorbidités), devant toute lithiase vésiculaire compliquée : cholécystite, angiocholite, pancréatite biliaire pour ne citer que les complications les plus fréquentes.

La littérature et les recommandations internationales sont également unanimes pour n'envisager l'indication de cholécystectomie qu'en cas de lithiase symptomatique. Le problème (clairement évoqué par l'évolution des taux de recours C14) concerne les cholécystectomies « à froid » et donc l'interprétation du caractère symptomatique de la pathologie lithiasique vésiculaire... Certes la colique hépatique avec son cortège sémiologique clinique et échographique est de diagnostic facile. Mais la présentation clinique peut être atypique, voire trompeuse, et le diagnostic de certitude quant à l'imputabilité de la pathologie lithiasique peut être difficile. Il est vraisemblable que, dans ce cas de figure, il puisse y avoir une variabilité décisionnelle qui pourrait aussi être expliquée en partie par le parcours du patient. Ainsi, il n'est pas rare que les chirurgiens voient en consultation, des patients adressés par le correspondant généraliste pour cholécystectomie, devant des douleurs de l'hypochondre droit et avec une lithiase à l'échographie. Il peut même arriver que, dans certains cas, ce soit le malade lui-même qui consulte directement après que le radiologue lui a parlé d'intervention souhaitable, lors de la réalisation d'une échographie. Pour différentes raisons, il n'est pas toujours facile dans ce cas d'expliquer au patient que la lithiase n'est en rien responsable des symptômes allégués et qu'il n'y a pas indication chirurgicale, et ce d'autant que la lithiase pourra à tout moment se compliquer et que le patient pourrait alors invoquer une perte de chances surtout si la complication est sévère. D'autre part, la réalisation de cette intervention sous coelioscopie, avec les différents avantages qu'on reconnaît à cette technique, a grandement favorisé son acceptabilité par le public.

Il faut aussi noter que l'incitation forte vers des modes opératoires en chirurgie ambulatoire va concerner essentiellement cette population avec lithiase biliaire non compliquée ou « peu » compliquée.

### 1.5 Synthèse

Le taux de recours des GHM 07C14 a donc augmenté de manière significative sans que cela puisse être expliqué par une évolution dans un sens comparable de l'histoire naturelle de la pathologie lithiasique biliaire – *cf. infra* – et le taux de recours « 07C13 » a augmenté de manière bien moindre. Il semble donc que cette augmentation s'est faite essentiellement sur des vésicules « à froid » ce qui renvoie à l'interprétation du caractère symptomatique ou non de la lithiase.

Au vu de cette première analyse, il apparaît pertinent d'engager une réflexion sur un programme visant à améliorer la pertinence de l'indication des cholécystectomies en France, d'autant que le management de la lithiase biliaire évolue rapidement : chirurgie coelioscopique, endoscopique, chirurgie ambulatoire, cholécystectomie dans le cadre de l'admission pour cholécystite, etc.

## 2. Les pistes d'amélioration/les supports potentiels à la pratique

### 2.1 Positionnement du problème

L'épidémiologie et l'histoire naturelle de la pathologie lithiasique biliaire sont bien connues. C'est une maladie fréquente, touchant 10 à 15 % des personnes âgées de 20 à 60 ans, et sa prévalence augmente avec l'âge, le sexe féminin et l'hérédité. D'autres facteurs de risque sont retrouvés dans la littérature : grossesse, perte rapide de poids (notamment en cas de chirurgie bariatrique), nutrition parentérale, fuite de sels biliaires (iléite terminale ou résection iléale) et diabète. Ses principales complications (dont le risque d'occurrence est estimé entre 1 et 4 % par an) sont la colique hépatique (56 % des cas), la cholécystite aiguë (pour 25 % d'entre elles), la migration lithiasique cholédocienne (21 %), la pancréatite aiguë (7 %) (SNFGE, 2001).

Le traitement « idéal » pour la lithiase vésiculaire symptomatique ou compliquée est la cholécystectomie dont les modalités et la date seront décidées au cas par cas, le cas échéant dans le cadre d'une concertation pluridisciplinaire. La cholécystectomie n'est pas dénuée de risques : hématome postopératoire du lit vésiculaire, abcès, fistule biliaire, plaie opératoire (voies biliaires, intestin), calcul résiduel cholédocien. La complication la plus sérieuse est la plaie biliaire survenant dans 0,2 % des cas, que ce soit en chirurgie classique ou cœlioscopique (Sanders, 2007).

Pour traiter la thématique « Pertinence de la cholécystectomie », il convient de l'aborder sous l'angle de la prise en charge de la pathologie lithiasique biliaire et manifestement sur l'ensemble du parcours de soins. Il convient aussi de diaphragmer le sujet sur différents segments simples et pragmatiques : (non-)indications de la cholécystectomie en cas de lithiases (a)symptomatiques<sup>5</sup>, modalités et délais de prise en charge de la cholécystite aiguë, de la lithiase de la voie biliaire principale, voire déclinée dans des cas particuliers type cholécystectomies dites de « rencontre » lors de certains types de chirurgie...

Il faut également traiter le sujet des cholécystectomies réalisées pour d'autres pathologies de la vésicule biliaire (polypes, vésicules porcelaines, etc.).

### 2.2 Analyse de la littérature scientifique

Il existe une littérature abondante et récente (cf. [bibliographie](#)) sur le sujet, comportant à la fois des recommandations de bonnes pratiques et des études entre autres de pertinence. Le travail d'analyse bibliographique réalisé s'est appuyé sur la recommandation pour la pratique clinique (SNFGE, 2010) rédigée en 2010 sous l'égide de la Société nationale française de gastro-entérologie qui avait déjà largement balayé le sujet et qui fait l'objet d'un consensus professionnel.

### 2.3 Proposition d'un programme d'amélioration de la pertinence des cholécystectomies

Il est proposé d'élaborer un programme reposant sur un référentiel d'analyse de la pratique et des critères qualité.

Ce programme reposera sur :

- la traçabilité de la réflexion bénéfices/risques pour toute décision de cholécystectomie, prenant en compte notamment la probabilité d'imputabilité de la pathologie lithiasique dans le genèse des symptômes présentés par le patient ;
- la traçabilité d'une réflexion pluridisciplinaire en cas de pathologie lithiasique avec défaillance viscérale ou d'association à une angiocholite ou une pancréatite ;
- le support d'indicateurs simples et faciles à mettre en œuvre dans la pratique de tous les jours.

Ce programme fera l'objet d'une validation par un panel d'experts, puis sera testé par les professionnels en établissement avant d'être proposé par la HAS et les conseils nationaux professionnels concernés.

---

5. En effet, le point critique concerne l'imputabilité de la symptomatologie à la lithiase biliaire et donc *in fine* l'indication chirurgicale. Pour mémoire, des calculs vésiculaires sont détectés par échographie.



## 2.4 Analyse d'impact

Il semble difficile, voire impossible, de suivre l'efficacité de tels programmes sur des datas type taux de recours ATIH. Il pourrait être intéressant de proposer une analyse du ratio C14/C13, par secteur de santé.

Des taux de recours « atypiques » pourraient toutefois permettre une approche ciblée de certains territoires de santé.

La seule analyse possible pourrait alors être celle d'un audit sur place avec suivi des indicateurs de pratiques – type traçabilité des éléments – proposés ci-dessus, voire de résultats- type analyse anapath de la pièce opératoire, qui toutefois n'a de valeur que positive (*ie* une conclusion à type de lésions de cholécystite sera un élément *a posteriori*), allant dans le sens de la pertinence de l'indication chirurgicale, à l'inverse, une vésicule indemne ne peut être retenue comme un critère de non-pertinence, notamment dans ce GHM (« à l'exception des affections aiguës »).

# Participants

## ► Les sociétés savantes et associations professionnelles suivantes ont été sollicitées par la Haute Autorité de Santé pour l'élaboration de ces recommandations

- Fédération de chirurgie viscérale et digestive
- Conseil national professionnel d'hépatogastroentérologie
- Société française de médecine générale

## ► Groupe de travail

- Mme Emmanuelle Blondet, Haute Autorité de Santé
- Dr Philippe Cabarrot, Haute Autorité de Santé
- Dr Yvonnick Clémence, médecin généraliste
- Pr Olivier Farges, chirurgien digestif
- Dr Jean François Gravié, chirurgien digestif
- Pr Bertrand Millat, chirurgien digestif
- Pr Gilles Pelletier, hépatogastro-entérologue
- Pr Karem Slim, chirurgien digestif

# Bibliographie

American College of Radiology. ACR Ap-proprateness Criteria® right upper quad-rant pain. 1996 (revised 2010). [www.acr.org/~media/ACR/Documents/AppCriteria/Diagnostic/RightUpperQuadrantPain.pdf](http://www.acr.org/~media/ACR/Documents/AppCriteria/Diagnostic/RightUpperQuadrantPain.pdf)

American College of Radiology. ACR Ap-proprateness Criteria® jaundice. 1996 (revised 2008). [www.acr.org/~media/ACR/Documents/AppCriteria/Diagnostic/Jaundice.pdf](http://www.acr.org/~media/ACR/Documents/AppCriteria/Diagnostic/Jaundice.pdf)

Bellows C, Berger D, Crass R. Manage-ment of Gallstones. Am Fam Physician 2005; 72, 637-42.

Bouwense S, Bakker OJ, van Santvoort H, Boerma D, van Ramshorst B, Gooszen HG, Besselink M. Safety of Cholecystectomy in the first 48 hours after admis-sion for gall-stone pancreatitis not yet proven. Ann Surg 2011;253(5):1053-4.

British Columbia Health Services. Guidelines & protocols. Advisory committee. Treatment of gallstones in adults. Revised 2001. [www.bcguidelines.ca](http://www.bcguidelines.ca)

Cade R, Banting S, Hassen SA, Mackay S. Guidelines for the management of bile duct stone. ANZ J Surg 2008; 78: 530.

Cairns V, Neal C, Dennison A, Garcea G. Risk and cost-effectiveness of surveillance followed by cholecystectomy for gallbladder polyps. Arch Surg. 2012;147(12):1078-83.

Canadian Agency for Drugs and Technolo-gies in Health. Treatment for Cholelithiasis: Guidelines. April 11, 2008. [www.cadth.ca/media/pdf/htis/Treatment%20for%20Cholelithiasis%20Guidelines.pdf](http://www.cadth.ca/media/pdf/htis/Treatment%20for%20Cholelithiasis%20Guidelines.pdf)

Gallahan W, Conway J. Diagnosis and management of gall-bladder polyps. Gastro-enterol Clin North Am 2010 ;39(2): 359-67.

Gurusamy K, Samraj K, Gluud C, Wilson C, Davidson BR. Meta-analysis of randomized controlled trials on the safety and effectiveness of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. British Journal of Surgery 2010; 97: 141-50.

Gurusamy KS, Samraj K. Cholecystectomy for patients with silent gallstones. Cochrane Database Syst Rev 2007 Jan 4;(1):CD006230.

Halldestam I, Enell H, Kullman E, Borch K. Development of symptoms and complications in individuals with asympto-matic gallstones. Br J Surg 2004;91(6):734-8.

Keus F, de Jong JA, Gooszen HG, van Laarhoven CJ. Laparoscopic versus open cholecystectomy for patients with symptomatic cholecystolithiasis. Cochrane Database Syst Rev 2006;(4):CD006231.

Khan Z, Livingston E, Huerta S. Reassessing the Need for Prophylactic Surgery in Patients With Porcelain Gallbladder. Case Series and Systematic Review of the Literature. Arch Surg 2011;146(10):1143-7.

Molina-Linde M, Lacalle-Remigio JR, Villegas-Portero D, Diaz-Gomez L, Gomez-Bujedo P. Assessing the appro-priate use of laparoscopic surgery for hepatobiliary dis-eases. J Hepatobiliary Pancreat Surg. 2009;16(6):844-9.

Nealon W, Bawduniak J, Walser E. Appropriate Timing of Cholecystectomy in Patients Who Present With Moderate to Severe Gallstone Associated Acute Pan-creatitis With Peripancreatic Fluid Collections. Ann Surg. 2004;239(6):741-9

Parra-Membrives P, Diaz-Gomez D, Vilegas-Portero R, Molina-Linde M, Gomez-Bujedo N, Lacalle-Remigio JR. Appropriate management of common bile duct stones: A RAND Corporation/UCLA Appropriateness Method statisti-cal analysis. Surg En-dosc. 2010;24(5):1187-94

Quintana J, Cabriada J, Lopez De Tejada I, Perdigo L, Arostegui I, Bilbao A, Garay I. Appropriateness variation in cholecystectomy. Eur J Pub Health 2004; 14: 252-7.

Sanders G, Kingsnorth A, Gallstones Clinical review. BMJ 2007;325:295-9.

Sanjay P, Yeeting S, Whigham C, Judson A, Kulli C, Poli-gnano F, Tait I. Management Guidelines for Gallstone Pan-creatitis. Are the Targets Achievable. JOP 2009;10(1):43-7.

Shou-Wu Lee, Chi-Sen Chang, Teng-Yu Lee, Chun-Fang Tung, Yen-Chun Peng. The role of the Tokyo guidelines in the diagnosis of acute calculous cholecystitis. J Hepatobi-liary Pancreat Sci 2010; 17:879-84.

Société nationale française de gastro-entérologie. Le livre blanc de l'hépto-gastroentérologie. SNFGE 2001. [www.snfge.asso.fr/01-Bibliotheque/0E-Livre-blanc/livre-blanc.asp](http://www.snfge.asso.fr/01-Bibliotheque/0E-Livre-blanc/livre-blanc.asp)

Société nationale française de gastro-entérologie. Recom-mandation pour la pratique clinique : prise en charge de la lithiase biliaire 2010. [www.snfge.org/01-Bibliotheque/0D-Pratiques-cliniques/Reco\\_hors\\_HAS/lithiase\\_biliaire\\_court.pdf](http://www.snfge.org/01-Bibliotheque/0D-Pratiques-cliniques/Reco_hors_HAS/lithiase_biliaire_court.pdf)

Society of Gastrointestinal and Endoscopic surgeons. SAGES Guidelines Committee. Sages guidelines for the clinical application of laparoscopic biliary tract surgery. January 2010.  
[www.sages.org/publication/id/06/](http://www.sages.org/publication/id/06/)

Society for Surgery of the Alimentary Tract. SSAT Patient Care Guidelines Treatment of Gallstone and Gallbladder Disease. 2012.  
[www.ssat.com/cgi-bin/chole7.cgi](http://www.ssat.com/cgi-bin/chole7.cgi)

Van Haverbeke L, Deraedt S, Vincenti-Rousseau D, Sagnat F, Trutt B. Prise en charge chirurgicale de la lithiase vésiculaire. Rev Med Ass maladie 2005;36(4):305-12.

Williams EJ, Green J, Beckingham I, Parks R, Martin R, Lombard M. Guidelines on the management of common bile duct stones. Gut 2008;57:1004-21.

World Gastroenterology Organisation. Johnson A, Fried M, Tytgat G, Krabshuis J. WGO Practice Guideline: Asymptomatic Gallstone Disease. 2007.  
[www.worldgastroenterology.org/assets/downloads/en/pdf/guidelines/10\\_gallstone\\_en.pdf](http://www.worldgastroenterology.org/assets/downloads/en/pdf/guidelines/10_gallstone_en.pdf)

Yasutoshi Kimura, Tadahiro Takada, Yoshi-fumi Kawarada, Koichi Hirata, Toshihiko Mayumi, Masahiro Yoshida, et al. JPN Guidelines for the management of acute pancreatitis: treatment of gallstone-induced acute pancreatitis. J Hepatobiliary Pancreat Surg 2006;13:56-60.

## Annexe – Analyse du GHM 07C14

Le libellé 07C14 exclut les affections bilio-pancréatiques **aiguës** mais n'exclut pas un grand nombre d'affections autres des voies biliaires.

Parmi celles-ci :

► **Certaines peuvent correspondre à de réelles cholécystites aiguës (insuffisance, erreur ou défaut de/du codage)**

- K80.1 CALCUL DE LA VÉSICULE BIL. AVEC UNE AUTRE FORME DE CHOLÉCYSTITE
- K81.8 CHOLÉCYSTITES, NCA
- K81.9 CHOLÉCYSTITE, SAI
- K82.1 HYDROCHOLÉCYSTITE
- K82.0 OCCLUSION DE LA VÉSICULE BILIAIRE
- K80.4 CALCUL DES CANAUX BILIAIRES AVEC CHOLÉCYSTITE peut aussi entrer dans cette catégorie s'il y a eu sphinctérotomie avant ou après

► **D'autres, très rares, sont des indications parfaitement validées de cholécystectomies**

- K82.2 PERFORATION DE LA VÉSICULE BILIAIRE.
- K82.3 FISTULE DE LA VÉSICULE BILIAIRE.
- K87.08 ATTEINTE VÉSICULE BILIAIRE, VOIES BILIAIRES. AVEC AUTRES MAL. CL. AILL.
- Q44.4 KYSTE CONGÉNITAL DU CHOLÉDOQUE
- Q44.5 MALFORMATION CONG. DES VOIES BILIAIRES., NCA

Si les deux dernières correspondent en particulier à des anomalies de la jonction des canaux bilio-pancréatiques

Il y a aussi éventuellement le problème des POLYPES et de

- K82.4 CHOLESTÉROLOSE DE LA VÉSICULE BILIAIRE

► **Il y a aussi le problème de**

- K81.1 CHOLÉCYSTITE CHRONIQUE

Qui peut probablement passer dans la catégorie (1) ou (2) ci-dessus, dans la mesure où le codage est fait avant que le compte rendu anatomopathologique ne soit disponible, donc sur la base de données cliniques et radiologiques.

► **Pour le reste, d'autres codes peuvent décrire une lithiase vésiculaire symptomatique**

- K80.2 CALCUL DE LA VÉSICULE BIL., SAI
- K80.5 CALCUL DES CANAUX BIL. SAI
- K80.8 CHOLÉLITHIASES, NCA



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