



Quels sont les facteurs qui augmentent la durée d'hospitalisation dans la prise en charge des cholécystites aiguës

Maëliiss Bentrouti

► To cite this version:

Maëliiss Bentrouti. Quels sont les facteurs qui augmentent la durée d'hospitalisation dans la prise en charge des cholécystites aiguës. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02361821

HAL Id: dumas-02361821

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02361821>

Submitted on 13 Nov 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



**Faculté des sciences
médicales et paramédicales**

Aix✶Marseille Université

**Quels sont les facteurs qui augmentent la durée d'hospitalisation
dans la prise en charge des cholécystites aiguës ?**

T H È S E A R T I C L E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 21 Juin 2019

Par Madame Maëli BENTROUDI

Née le 6 août 1990 à Valence (26)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de CHIRURGIE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur MOUTARDIER Vincent

Président

Monsieur le Professeur TURRINI Olivier

Assesseur

Madame le Docteur LINZBERGER Nathalie

Assesseur

Monsieur le Docteur (MCU-PH) BEGE Thierry

Directeur



**Faculté des sciences
médicales et paramédicales**

Aix-Marseille Université

**Quels sont les facteurs qui augmentent la durée d'hospitalisation
dans la prise en charge des cholécystites aiguës ?**

T H È S E A R T I C L E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 21 Juin 2019

Par Madame Maëli BENTROUDI

Née le 6 août 1990 à Valence (26)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de CHIRURGIE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur MOUTARDIER Vincent

Président

Monsieur le Professeur TURRINI Olivier

Assesseur

Madame le Docteur LINZBERGER Nathalie

Assesseur

Monsieur le Docteur (MCU-PH) BEGE Thierry

Directeur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

Administrateur provisoire: Georges LEONETTI

Affaires Générales : Patrick DESSI
Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Assesseeurs :

- aux Etudes : Jean-Michel VITON
- à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- DU-DIU : Véronique VITTON
- Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- Relations Internationales : Philippe PAROLA
- Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- Communication : Laetitia DELOUIS
- Examens : Caroline MOUTTET
- Intérieur : Joëlle FAVREGA
- Maintenance : Philippe KOCK
- Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	FAVRE Roger
	ALDIGHERI René		FIECHI Marius
	ALESSANDRINI Pierre		FARNARIER Georges
	ALLIEZ Bernard		FIGARELLA Jacques
	AQUARON Robert		FONTES Michel
	ARGEME Maxime		FRANCOIS Georges
	ASSADOURIAN Robert		FUENTES Pierre
	AUFFRAY Jean-Pierre		GABRIEL Bernard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GALINIER Louis
	AZORIN Jean-Michel		GALLAIS Hervé
	BAILLE Yves		GAMERRE Marc
	BARDOT Jacques		GARCIN Michel
	BARDOT André		GARNIER Jean-Marc
	BERARD Pierre		GAUTHIER André
	BERGOIN Maurice		GERARD Raymond
	BERNARD Dominique		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERNARD Jean-Louis		GIUDICELLI Roger
	BERNARD Pierre-Marie		GIUDICELLI Sébastien
	BERTRAND Edmond		GOUDARD Alain
	BISSET Jean-Pierre		GOUIN François
	BLANC Bernard		GRILLO Jean-Marie
	BLANC Jean-Louis		GRISOLI François
	BOLLINI Gérard		GROULIER Pierre
	BONGRAND Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BONNEAU Henri		HASSOUN Jacques
	BONNOIT Jean		HEIM Marc
	BORY Michel		HOUEL Jean
	BOTTA Alain		HUGUET Jean-François
	BOURGEADE Augustin		JAQUET Philippe
	BOUVENOT Gilles		JAMMES Yves
	BOUYALA Jean-Marie		JOUE Paulette
	BREMOND Georges		JUHAN Claude
	BRICOT René		JUIN Pierre
	BRUNET Christian		KAPHAN Gérard
	BUREAU Henri		KASBARIAN Michel
	CAMBOULIVES Jean		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CANNONI Maurice		LACHARD Jean
	CARTOUZOU Guy		LAFFARGUE Pierre
	CAU Pierre		LAUGIER René
	CHABOT Jean-Michel		LE TREUT Yves
	CHAMLIAN Albert		LEVY Samuel
	CHARREL Michel		LOUCHET Edmond
	CHAUVEL Patrick		LOUIS René
	CHOUX Maurice		LUCIANI Jean-Marie
	CIANFARANI François		MAGALON Guy
	CLEMENT Robert		MAGNAN Jacques
	COMBALBERT André		MALLAN- MANCINI Josette
	CONTE-DEVOLX Bernard		MALMEJAC Claude
	CORRIOL Jacques		MARANINCHI Dominique
	COULANGE Christian		MARTIN Claude
	DALMAS Henri		MATTEI Jean François
	DE MICO Philippe		MERCIER Claude
	DESSEIN Alain		METGE Paul
	DELARQUE Alain		MICHOTÉY Georges
	DEVIN Robert		MILLET Yves
	DEVRED Philippe		MIRANDA François
	DJIANE Pierre		MONFORT Gérard
	DONNET Vincent		MONGES André
	DUCASSOU Jacques		MONGIN Maurice
	DUFOUR Michel		MONTIES Jean-Raoul
	DUMON Henri		NAZARIAN Serge
	ENJALBERT Alain		NICOLI René

MM NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

1967

MM. les Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

MM. les Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les Professeurs J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur T. MARRIE (Canada)
Sir G.K. RADDA (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS EMERITE

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHINOT Olivier	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	CHOSSEGROS Cyrille	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic	GUYS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	CURVALE Georges	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	<i>HOFFART Louis Disponibilité</i>
AZULAY Jean-Philippe	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'ERCOLE Claude	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	D'JOURNO Xavier	JOUE Jean-Luc
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel	KARSENTY Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DELPERO Jean-Robert	KERBAUL François
BARTOLI Michel	DENIS Danièle	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLAISE Didier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLIN Olivier	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BLONDEL Benjamin	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONELLO Laurent	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BONNET Jean-Louis	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
<i>BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnom</i>	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOUBLI Léon	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric	<i>MATONTI Frédéric Disponibilité</i>
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane	MEGE Jean-Louis
BREGEON Fabienne	GABERT Jean	MERROT Thierry
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MEYER/DUTOUR Anne
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MICCALEF/ROLL Joëlle
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MICHEL Fabrice
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	MICHEL Gérard
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICHEL Justin
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MICHELET Pierre
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MILH Mathieu
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	MOAL Valérie
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MONCLA Anne
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	MOULIN Guy
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	MOUTARDIER Vincent
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	NAUDIN Jean
CHARREL Rémi	GORINCOUR Guillaume	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANEL/REY Brigitte	NICOLLAS Richard
CHAUMOTRE Kathia	GRANVAL Philippe	OLIVE Daniel
CHIARONI Jacques	GREILLIER Laurent	OUAFIK L'Houcine

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues	THOMAS Pascal
PANUEL Michel	ROCH Antoine	THUNY Franck
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERTER Richard	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
PAROLA Philippe	ROLL Patrice	TRIGLIA Jean-Michel
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Dominique	TROPIANO Patrick
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal	TSIMARATOS Michel
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean	TURRINI Olivier
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien	VALERO René
PETIT Philippe	<i>SAMBUC Roland Surnombre</i>	VAROQUAUX Arthur Damien
PHAM Thao	SARLES Jacques	VELLY Lionel
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SARLES/PHILIP Nicole	VEY Norbert
PIQUET Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIDAL Vincent
PIRRO Nicolas	SCAVARDA Didier	VIENS Patrice
POINSO François	SCHLEINITZ Nicolas	VILLANI Patrick
RACCAH Denis	SEBAG Frédéric	VITON Jean-Michel
RANQUE Stéphane	SEITZ Jean-François	VITTON Véronique
RAOULT Didier	SIELEZNEFF Igor	VIEHWEGER Heide Elke
REGIS Jean	SIMON Nicolas	VIVIER Eric
REYNAUD/GAUBERT Martine	STEIN Andréas	XERRI Luc
REYNAUD Rachel	TAIEB David	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	THIRION Xavier	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
 AGHABABIAN Valérie
 BELIN Pascal
 CHABANNON Christian
 CHABRIERE Eric
 FERON François
 LE COZ Pierre
 LEVASSEUR Anthony
 RANJEVA Jean-Philippe
 SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
 FILIPPI Simon

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIEN HOSPITALIER

ACHARD Vincent (<i>disponibilité</i>)	EBBO Mikael	NGUYEN PHONG Karine
AHERFI Sarah	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil (<i>dispo oct 2018</i>)	FAURE Alice	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOLETTI Jean- Marc	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FOUILLOUX Virginie	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	FROMNOT Julien	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GASTALDI Marguerite	PESENTI Sébastien
BERBIS Julie	GELSI/BOYER Véronique	RESSEGUIER Noémie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO Bernard	REY Marc
BERTRAND Baptiste	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	ROBERT Philippe
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SECQ Véronique
BOULAMERY Audrey	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HRAIECH Sami	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	KASPI-PEZZOLI Elise	TOSELLO Barthélémy
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TROUSSE Delphine
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
CUNY Thomas	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	VION-DURY Jean
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DALES Jean-Philippe	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVILLIER Raynier	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	THOLLON Lionel
BERLAND/BENHAÏM Caroline	MARANINCHI Marie	THIRION Sylvie
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	VERNA Emeline
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic
GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

MATHIEU Marion
REVIS Joana

ANATOMIE 4201

ANTHROPOLOGIE 20

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
 LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
 PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
 VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
 DANIEL Laurent (PU-PH)
 FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
 GARCIA Stéphane (PU-PH)
 XERRI Luc (PU-PH)

CHARREL Rémi (PU PH)
 DRANCOURT Michel (PU-PH)
 FENOLLAR Florence (PU-PH)
 FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
 NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
 LA SCOLA Bernard (PU-PH)
 RAOULT Didier (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité octobre 2018
 DUBOURG Grégory (MCU-PH)
 GOURIET Frédérique (MCU-PH)
 NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
 NINOVE Laetitia (MCU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
 GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
 LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
 MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
 SECQ Véronique (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
 LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
 DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
 MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
 BRUDER Nicolas (PU-PH)
 LEONE Marc (PU-PH)
 MICHEL Fabrice (PU-PH)
 VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
 GABERT Jean (PU-PH)
 GUIEU Régis (PU-PH)
 OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
 FROMONOT Julien (MCU-PH)
 MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
 SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
 KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
 LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
 PERRIN Jeanne (PU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

CARDIOLOGIE 5102

GUEDJ Eric (PU-PH)
 GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
 TAIEB David (PU-PH)

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
 BONELLO Laurent (PU PH)
 BONNET Jean-Louis (PU-PH)
 CUISSET Thomas (PU-PH)
 DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
 FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
 HABIB Gilbert (PU-PH)
 PAGANELLI Franck (PU-PH)
 THUNY Franck (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
 RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
 VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET Technologies de Communication 4604**

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
 GAUDART Jean (PU-PH)
 GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
 DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
 GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
 MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
 BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE GENERALE 5302

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
 SEBAG Frédéric (PU-PH)
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
 BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002		GUERIN Carole (MCU PH)	
ARGENSON Jean-Noël (PU-PH) BLONDEL Benjamin (PU-PH) CURVALE Georges (PU-PH) FLECHER Xavier (PU PH) <i>PARRATTE Sébastien (PU-PH) Disponibilité</i> ROCHWERGER Richard (PU-PH) TROPIANO Patrick (PU-PH)		CHIRURGIE INFANTILE 5402 GUYS Jean-Michel (PU-PH) JOUVE Jean-Luc (PU-PH) LAUNAY Franck (PU-PH) MERROT Thierry (PU-PH) VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) FAURE Alice (MCU PH) PESENTI Sébastien (MCU-PH)	
OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)			
CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702			
BERTUCCI François (PU-PH) CHINOT Olivier (PU-PH) COWEN Didier (PU-PH) DUFFAUD Florence (PU-PH) GONCALVES Anthony PU-PH) HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH) LAMBAUDIE Eric (PU-PH) SALAS Sébastien (PU-PH) VIENS Patrice (PU-PH)		CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503 CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH) GUYOT Laurent (PU-PH) FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)	
SABATIER Renaud (MCU-PH) TABOURET Emeline (MCU-PH)			
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103		CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004	
COLLART Frédéric (PU-PH) D'JOURNO Xavier (PU-PH) DODDOLI Christophe (PU-PH) GARIBOLDI Vlad (PU-PH) MACE Loïc (PU-PH) THOMAS Pascal (PU-PH)		CASANOVA Dominique (PU-PH) LEGRE Régis (PU-PH) BERTRAND Baptiste (MCU-PH) HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)	
FOUILLOUX Virginie (MCU-PH) GRISOLI Dominique (MCU-PH) TROUSSE Delphine (MCU-PH)			
CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104		GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201	
ALIMI Yves (PU-PH) AMABILE Philippe (PU-PH) BARTOLI Michel (PU-PH) BOUFI Mourad (PU-PH) MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH) PIQUET Philippe (PU-PH) SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)		BARTHET Marc (PU-PH) BERNARD Jean-Paul (PU-PH) <i>BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre</i> DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH) GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH) GRANDVAL Philippe (PU-PH) GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH) SEITZ Jean-François (PU-PH) VITTON Véronique (PU-PH) GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)	
HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202			
LEPIDI Hubert (PU-PH)			
<i>ACHARD Vincent (MCU-PH) disponibilité</i> PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)		GENETIQUE 4704	
DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003		BEROUD Christophe (PU-PH) KRAHN Martin (PU-PH) LEVY Nicolas (PU-PH) MONCLA Anne (PU-PH) SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH) NGYUEN Karine (MCU-PH) TOGA Caroline (MCU-PH) ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)	
DUSI			
COLSON Sébastien (MCF)			
ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404			
BRUE Thierry (PU-PH) CASTINETTI Frédéric (PU-PH) CUNY Thomas (MCU PH)		GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403	
EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601		AGOSTINI Aubert (PU-PH) BOUBLI Léon (PU-PH) BRETELLE Florence (PU-PH) CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH) COURBIERE Blandine (PU-PH) CRAVELLO Ludovic (PU-PH) D'ERCOLE Claude (PU-PH)	
AUQUIER Pascal (PU-PH) BOYER Laurent (PU-PH) GENTILE Stéphanie (PU-PH) <i>SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre</i> THIRION Xavier (PU-PH)			
BERBIS Julie (MCU-PH) LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH) RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)			
MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section) TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)			

IMMUNOLOGIE 4703		HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701	
KAPLANSKI Gilles (PU-PH) MEGE Jean-Louis (PU-PH) OLIVE Daniel (PU-PH) VIVIER Eric (PU-PH)		BLAISE Didier (PU-PH) COSTELLO Régis (PU-PH) CHIARONI Jacques (PU-PH) GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH) MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH) VEY Norbert (PU-PH)	
FERON François (PR) (69ème section)			
BOUCRAUT Joseph (MCU-PH) CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH) DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH) DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH) ROBERT Philippe (MCU-PH) VELY Frédéric (MCU-PH)		DEVILLIER Raynier (MCU PH) GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH) LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH) LOOSVELD Marie (MCU-PH) SUCHON Pierre (MCU-PH)	
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)		POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)	
		MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603	
MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503		BARTOLI Christophe (PU-PH) LEONETTI Georges (PU-PH) PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH) PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)	
BROUQUI Philippe (PU-PH) LAGIER Jean-Christophe (PU-PH) PAROLA Philippe (PU-PH) STEIN Andréas (PU-PH)		TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)	
MILLION Matthieu (MCU-PH)		BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)	
MEDECINE D'URGENCE 4805			
KERBAUL François (PU-PH) MICHELET Pierre (PU-PH)		MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905	
MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301		BENSOUSSAN Laurent (PU-PH) VITON Jean-Michel (PU-PH)	
BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH) DISDIER Patrick (PU-PH) DURAND Jean-Marc (PU-PH) FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre GRANEL/REY Brigitte (PU-PH) HARLE Jean-Robert (PU-PH) ROSSI Pascal (PU-PH) SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)		MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602	
EBBO Mikael (MCU-PH)		LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)	
GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)		NEPHROLOGIE 5203	
ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps) FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)		BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre BRUNET Philippe (PU-PH) BURTEY Stéphanne (PU-PH) DUSSOL Bertrand (PU-PH) JOURDE CHICHE Noémie (PU PH) MOAL Valérie (PU-PH)	
BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps) CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein) GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps) JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)			
NUTRITION 4404		NEUROCHIRURGIE 4902	
DARMON Patrice (PU-PH) RACCAH Denis (PU-PH) VALERO René (PU-PH)		DUFOUR Henry (PU-PH) FUENTES Stéphane (PU-PH) REGIS Jean (PU-PH) ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH) SCAVARDA Didier (PU-PH)	
ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité BELIARD Sophie (MCU-PH)		CARRON Romain (MCU PH) GRAILLON Thomas (MCU PH)	
MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)		NEUROLOGIE 4901	
ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)			
CHABANNON Christian (PR) (66ème section) SOBOL Hagay (PR) (65ème section)		ATTARIAN Sharham (PU PH) AUDOIN Bertrand (PU-PH) AZULAY Jean-Philippe (PU-PH) CECCALDI Mathieu (PU-PH) EUSEBIO Alexandre (PU-PH) FELICIAN Olivier (PU-PH) PELLETIER Jean (PU-PH)	

OPHTALMOLOGIE 5502		PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904	
DENIS Danièle (PU-PH) HOFFART Louis (PU-PH) <i>Disponibilité</i> MATONTI Frédéric (PU-PH) <i>Disponibilité</i>		DA FONSECA David (PU-PH) POINSO François (PU-PH)	
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501		PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803	
DESSI Patrick (PU-PH) FAKHRY Nicolas (PU-PH) GIOVANNI Antoine (PU-PH) LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH) MICHEL Justin (PU-PH) NICOLLAS Richard (PU-PH) TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH) <i>DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité</i> REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)		BLIN Olivier (PU-PH) <i>FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre</i> MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH) SIMON Nicolas (PU-PH) BOULAMERY Audrey (MCU-PH)	
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502		PHILOSOPHIE 17	
RANQUE Stéphane (PU-PH) CASSAGNE Carole (MCU-PH) L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH) MARY Charles (MCU-PH) TOGA Isabelle (MCU-PH)		LE COZ Pierre (PR) (17ème section) MATHIEU Marion (MAST)	
PEDIATRIE 5401		PHYSIOLOGIE 4402	
ANDRE Nicolas (PU-PH) CHAMBOST Hervé (PU-PH) DUBUS Jean-Christophe (PU-PH) GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH) MICHEL Gérard (PU-PH) MILH Mathieu (PU-PH) REYNAUD Rachel (PU-PH) SARLES Jacques (PU-PH) TSIMARATOS Michel (PU-PH) COZE Carole (MCU-PH) FABRE Alexandre (MCU-PH) OVAERT Caroline (MCU-PH) TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)		BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH) BREGÉON Fabienne (PU-PH) GABORIT Bénédicte (PU-PH) MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH) TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH) BARTHELEMY Pierre (MCU-PH) BONINI Francesca (MCU-PH) BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH) <i>DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)</i> DELLIAUX Stéphane (MCU-PH) REY Marc (MCU-PH) RUEL Jérôme (MCF) (69ème section) THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)	
PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903			
BAILLY Daniel (PU-PH) LANCON Christophe (PU-PH) NAUDIN Jean (PU-PH)			
PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16			
AGHABABIAN Valérie (PR)		PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101	
RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302		ASTOUL Philippe (PU-PH) BARLESI Fabrice (PU-PH) CHANEZ Pascal (PU-PH) <i>CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre</i> GREILLIER Laurent (PU PH) REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH) MASCAUX Céline (MCU-PH) TOMASINI Pascale (MCU-PH)	
BARTOLI Jean-Michel (PU-PH) CHAGNAUD Christophe (PU-PH) CHAUMOITRE Kathia (PU-PH) GIRARD Nadine (PU-PH) GORINCOUR Guillaume (PU-PH) JACQUIER Alexis (PU-PH) MOULIN Guy (PU-PH) PANUEL Michel (PU-PH) PETIT Philippe (PU-PH) VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH) VIDAL Vincent (PU-PH)			
REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802		THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804	
GAINNIER Marc (PU-PH) GERBEAUX Patrick (PU-PH) PAPAZIAN Laurent (PU-PH) ROCH Antoine (PU-PH) HRAIECH Sami (MCU-PH)		AMBROSI Pierre (PU-PH) VILLANI Patrick (PU-PH) DAUMAS Aurélie (MCU-PH)	
RHUMATOLOGIE 5001		UROLOGIE 5204	
GUIS Sandrine (PU-PH) LAFFORGUE Pierre (PU-PH) PHAM Thao (PU-PH) ROUDIER Jean (PU-PH)		BASTIDE Cyrille (PU-PH) KARSENTY Gilles (PU-PH) LECHEVALLIER Eric (PU-PH) ROSSI Dominique (PU-PH)	

Remerciements:

A Monsieur le Professeur Vincent MOUTARDIER, qui m'a fait l'honneur de présider ce jury. Mr MOUTARDIER, souvent imité, jamais égalé : vous avez l'art de raconter des histoires comme personne, avec votre bagou légendaire. Vous répondez toujours présent, à 2 heures du matin à vos patients, plus tard encore à vos internes, peu peuvent se targuer d'en faire autant. Et tout de même, vous faites des choses que même Brad Pitt ne fait pas.

A mon Directeur de Thèse, le Docteur Thierry BEGE, pour son aide, ses encouragements et ses précieux conseils durant tout ce travail de thèse. Merci d'avoir été si disponible. J'ai bien cru que tes mails de corrections ne prendraient jamais fin, ce qui à fait mon « malheur » durant ce long travail de rédaction, mais aussi mon plaisir. Celui de travailler avec quelqu'un qui vous prend au sérieux et qui sait prendre le temps. Donc merci pour tout ça, sans oublier, bien sûr, les pizzas patrick en garde.

Au Docteur Nathalie LINZBERGER, merci d'être là aujourd'hui, mais aussi de m'accueillir en novembre à Aix en Provence. De m'avoir montré qu'être un excellent chirurgien, était compatible avec la plongée en Thaïlande, la vie de maman et de femme, et jusqu'à récemment celle de chef de service, j'en connais peu qui savent faire toute ces choses en même temps, de surcroît avec charisme. Je vais commencer par la Thaïlande, il faut procéder par étape :) !

Au Professeur Olivier TURRINI, merci d'avoir accepté d'être dans ce jury. Je sais que la cholécystite aiguë n'est pas ton sujet de prédilection, en revanche, c'était important pour moi d'avoir quelqu'un comme toi dans mon jury: humble malgré son talent, à l'écoute malgré ses occupations. Qualité rares, dont j'espère pouvoir faire preuve tout de long de ma carrière.

Merci à tous mes chefs, qui, tout au long de cet internat m'ont permis d'apprendre mon futur métier, de gagner en assurance, en connaissance, en maturité, tant sur le plan chirurgical, médical, qu'humain, parfois à la dure, que dis-je, pratiquement toujours à la dure. De m'avoir appris, qu'en chirurgie, avoir des doutes, n'était pas synonyme d'échec, bien au contraire, mais qu'un bon chirurgien était quelqu'un capable de se remettre en question. Je savais que je voulais faire de la chirurgie digestive, mais certaines personnes, durant mon cursus, m'ont rappelé pourquoi, et surtout comment je voulais pratiquer mon métier, donc un merci tout particulier aux Docteur Nicolas TURRIN, Carine VISEE, Cécile DE CHAISEMARTIN, Rémi BONMARDION, Eric BLANCATO, Bernard POL, Laura BEYER, Hélène MEILLAT.

Merci à tous mes co-internes, François, Mathilde, Suzanne, Mathieu, Quentin, Adèle, Florent, Abel, Chloé, Abdallah, Rosine, Mika, qui ont fait en sorte, qu'à chaque fin de semestre, je sois nostalgique de changer de service, nostalgique de vous quitter. Ça rapproche finalement de brancarder , mettre des CD sur le PACS, préparer des fiches de staff, galérer à poser un PAC ensemble.

Obligée de faire une spéciale dédicace à certains co-internes tout de même : Clément , pour avoir élevé le léchage de botte au rang de sport de compétition, dans lequel tu excelles, toujours avec humour et panache (désolée François tes powerpoints alors que personne ne t'avait rien demandé ne te permettent pas d'accéder à la première place). Valentina, of course, binôme de choc, je suis tellement triste de ne pas partager ce dernier semestre avec toi, auprès de qui je peux râler du coup !! Antoine, chirurgien transplanteur, qui est allé à la même école de chirurgie que moi où « une ptite collation serait la bienvenue ». Je vais donc finir sans surprise par Nico: tellement contente qu'en quatrième semestre tu aies accepté de changer ton choix pour venir avec moi, ce qui au départ était un « caprice » a marqué le début d'une longue liste de semestre ensemble. Tu as été/es, le meilleur co-interne pour taffer, rigoler et surtout bitcher, et es passé du statut de collègue à ami. Ça va faire bizarre d'attaquer l'assistanat sans mon acolyte, j'espère que ce sera pour mieux se retrouver après (en attendant, tu te sens tu lui mèches tout seul son abcès?).

Merci à ma famille, pour avoir fait le déplacement aujourd'hui, à mes cousins/cousines adorés, oncles/tantes, beau frère/belle sœur, neveux/nièces, sans vous cette journée n'aurait pas eu la même saveur. Un grand merci à ma tante chérie yoyo, pour toujours tout faire pour me faire plaisir, sans jamais te plaindre, pour tes anecdotes inégalables, ta bonne humeur permanente, ta cuisine, ta présence et complicité avec maman. A cela s'ajoute un mot pour ma sœur, avec qui le mot complicité prend tout son sens, parce qu'on a pas besoin de se parler pour capter les mêmes choses, et ce malgré des années de distance maintenant. Le lien frère sœur est unique et je n'aurais voulu le partager avec personne d'autre que toi. Pour ta part, tu vas enfin pouvoir dire à tes collègues « ma sœur elle est toubi' », et bientôt, mon bof il est dentiste ;), la classe quoi. Pour finir, merci à ma maman, pour m'avoir donné autant d'amour, de toujours nous avoir fait passer en premier, même avant toi, je dirai même surtout avant toi. J'aimerais pouvoir te rendre ne serait-ce que la moitié de ce que tu m'as donné, je t'aime. J'ai aussi une grosse pensée pour ceux qui ne sont pas là, mes grand parents, ma petite mamie qui me manque tant, papi, qui aurait été le plus fier que sa petite fille devienne docteur, à défaut de devenir ministre.

Merci aux carbo's, ma nouvelle famille marseillaise, pour ne m'avoir jamais fait sentir comme une étrangère, pour votre générosité et gentillesse qui n'est jamais teintée de vice. On ne choisit pas son amoureux pour sa famille, mais si ça avait été le cas je n'aurais pas choisi autrement.

Merci aux Clermontois, ces intellectuels de gauche, la liste de souvenirs est trop longue, je n'en citerai donc que quelques uns: la fois Lucul, où on est rentré en convoit de Lyon et qu'on a eu une heure de retard à cause de ton envie insoutenable d'aller aux toilettes, on passera les détails; la fois Alex ou tu as menti à propos de cette histoire de perte de ski aux JO; la soirée du bad d'en bas en Espagne où on aurait donné un placebo à Ben's, la fois ou Adri s'est pris des coups de ceinture sur un parking en Guyane, la veille de partiel mario, où on est resté coincées en pyjams à la gare sans portable au milieu de la nuit/«on est côte blatin ou j'me suicide»/les révisions avec ton chien sur les genoux où les seuls plaisirs se résumaient à la bouffe et aux épisodes de gossip ou revenge, les règles du trou duc avec Clem où on ne sait plus si on est au ski ou dans les anges. Bref c'est grâce à vous que Marseille, Clermont, Bordeaux, Toulouse, les Antilles, c'est la night, et ce, pour bien des années encore !

Merci aussi aux presque marseillais maintenant, ma petite Ninoushka, pour ta constante bonne humeur, ta simplicité, ta générosité, tu fais partie de ces personnes qui quand on est chez elle te fait sentir comme chez toi; Perrinette, toujours à l'écoute, aussi sensible que pudique, mais qui n'hésite pas pour autant à partir à l'autre bout du monde avec 13kg sur le dos (en somme, ma définition de l'enfer). Je suis fière de vous avoir comme amies, avec qui j'irai faire des restaurants karaoké sinon ? mais aussi merci à Rousty, Nico, Adiil, et tout ceux que j'ai pu oublier.

Enfin, merci à Emeric, mon bb, mon vilain, mon zinzin d'amour, pour toutes tes attentions : tes épaules d'agneau confites, tes tartares de saumons (je te pardonne même de ne pas aimer la raclette), parce que tu te réveilles la nuit pour tuer les moustiques, pour me laisser quand même un peu regarder les rediffusions de moundir à la télé, pour me pousser dans les escaliers quand j'ai la flemme de les monter... c'est pour toutes ces raisons et bien d'autres encore que je t'aime autant. En revanche cela ne te dispensera pas de m'appeler docteur à partir de demain:).

Plan

Résumé	2
Introduction.....	3
Patients et méthodes.....	5
1. <i>Sources et collecte des données</i>	5
2. <i>Critères d'inclusion / de non-inclusion et définitions.....</i>	5
3. <i>Données recueillies</i>	6
4. <i>Critères de jugement</i>	6
5. <i>Analyses statistiques.....</i>	7
Résultats	8
1. <i>La population étudiée et prise en charge.....</i>	8
2. <i>Durée d'hospitalisation.....</i>	8
2.1. <i>DDST, DDS pré opératoire, DDS post opératoire, DDST courte, DDST prolongée</i>	8
2.2. <i>Analyse univariée des facteurs associés à la DDST :.....</i>	9
2.3. <i>Analyse multivariée des facteurs associés à la DDST prolongée :.....</i>	10
Discussion.....	11
Bibliographie	16
Tables.....	20

Résumé

Introduction : La cholécystite aiguë (CA) est une des urgences digestives les plus fréquentes en France. La chirurgie à la phase précoce, attitude de référence, se fait encore selon des modalités traditionnelles qui ont peu intégrées les concepts de réhabilitation améliorée, d'optimisation de la durée d'hospitalisation voire de chirurgie ambulatoire. Ce travail vise à identifier les facteurs associés à une durée de séjour prolongée, dans le but d'optimiser la durée de séjour.

Patients et méthodes : Etude rétrospective monocentrique portant sur les patients hospitalisés pour une CA entre juillet 2015 et 2017, ayant eu une cholécystectomie durant la même hospitalisation. Une durée de séjour (DDS) était considérée comme prolongée si elle était > 3 jours et courte si ≤ 3 jours. Le critère de jugement principal était la durée de séjour totale (DDST).

Résultats : 79 patients ont été inclus. La durée de séjour globale moyenne était de 6,8 jours (1-22). La DDST était longue pour 55 des patients (69,6%).

Le groupe DDST prolongée avait des DDS pré opératoire (2,84 jours vs 0,71 jours) et post-opératoires (5,87 jours vs 1,66 jours) significativement augmentées ($p < 0,0001$), comparativement au groupe DDS courte.

Le drainage abdominal ($p < 0.0001$), la réalisation d'une endoscopie ($p = 0,025$), un bilan hépatique perturbé à l'entrée ($p = 0,002$), étaient des prédicteurs indépendants d'une DDST prolongée.

Conclusion : des facteurs liés à l'organisation et aux habitudes de pratiques ont été identifiés comme prolongeant la durée de séjour. Une réflexion sur des modifications de pratique permettrait d'optimiser la durée de séjour, voire de proposer un modèle ambulatoire pour des patients sélectionnés.

Introduction

La cholécystite aiguë (CA) est une des urgences digestives les plus fréquentes, et représente une indication importante de cholécystectomies. Le nombre de cholécystectomie croît régulièrement en France ces dernières années, atteignant 120 000 cholécystectomies en 2014, dont 30% ont été réalisées pour pathologies aiguës (Bray F., 2017). La cholécystectomie est le traitement de référence de la maladie biliaire symptomatique, selon les recommandations exposées par trois sociétés savantes françaises : société française de chirurgie digestive (SFCD), association française de chirurgie hépato-biliaire et transplantation hépatique (ACHBT) et association française de chirurgie ambulatoire (AFCA) (SNFGE, 2010).

Il existe une forte politique incitative pour que la chirurgie ambulatoire et la réhabilitation améliorée après chirurgie (=RAAC) se développent en France. Le taux de chirurgie ambulatoire en chirurgie viscérale est passé de 18% en 2011 à 29% en 2015, soit la spécialité avec l'augmentation la plus importante selon les données ATIH 2016= agence technique de l'information sur l'hospitalisation). Les cholécystectomies ambulatoires en chirurgie réglée représentaient 37% des cholécystectomies en 2017 toujours selon les données ATIH (atih, 2016). L'organisation de la chirurgie ambulatoire et de la RAAC sont actuellement bien définis pour la chirurgie réglée. La chirurgie ambulatoire d'urgence ne représente pour l'instant qu'une part marginale, nécessitant de mettre en place des parcours et des organisations de soins dédiés (Sabbagh C.C., 2014).

L'extension de la prise en charge ambulatoire et /ou en RAAC à certaines urgences chirurgicales abdominales est cependant de plus en plus discutée (Genser L, 2015). Certaines interventions réalisées en urgence sont en effet de courte durée, avec un faible taux de complications, entraînant peu de douleurs postopératoires, peu de nausées ou vomissements. Ainsi certaines formes simples d'appendicite aiguë, ou de chirurgie proctologique d'urgence sont de bonnes indications de prise en charge en ambulatoire. Il n'y a aucune raison objective pour que les CA ne puissent aussi bénéficier de protocoles de RAAC et même d'ambulatoire.

Certaines études relatent déjà la faisabilité de la prise en charge en ambulatoire pour les appendicites aiguës (Lefrancois M, 2015).

En revanche, il n'existe actuellement aucune série de prise en charge des CA en ambulatoire ou RAAC. De même, dans la plupart des études concernant les

cholécystectomies en ambulatoire (Sabbagh C.C., 2014), les formes compliquées de pathologie lithiasiques représentent des contre-indications à l'ambulatoire.

Le diagnostic de la CA, la gravité ainsi que son traitement ont été codifiés lors d'une conférence de consensus internationale (Tokyo guidelines), facilitant depuis lors leur prise en charge (M, 2018).

Les CA sont classées en fonction de leur gravité en trois catégories (I, II, III). Il a été recommandé, par un panel d'experts, une cholécystectomie précoce pour les patients présentant une cholécystite de grade I ou II. La CA constitue donc bien à l'heure actuelle une pathologie d'urgence et ne doit pas être refroidie : plusieurs études au cours de la dernière décennie ont déterminé que la cholécystectomie précoce devrait être l'approche privilégiée (Papi C, 2004), même pour des patients ayant des symptômes évoluant depuis plus de 72h (Kao LS, 2018). La cholécystectomie précoce est associée à une plus faible morbidité globale, une durée de séjour plus courte, ainsi qu'un coût réduit qu'une cholécystectomie réalisée à distance de l'épisode infectieux. Si la cholécystectomie précoce est devenue le standard de prise en charge en cas de cholécystite, les patients sont rarement opérés dans les 12 heures suivant leur admission. Pour différentes raisons organisationnelles et liées au patient, l'intervention est le plus souvent retardée d'un, voire de plusieurs jours.

Pour tendre à raccourcir la durée d'hospitalisation globale d'un patient pris en charge pour une CA, et arriver à l'inclure dans une prise en charge de RAAC et en ambulatoire à terme, il semble tout d'abord indispensable de connaître et d'analyser la durée de séjour des patients, afin d'identifier ceux qui seraient éligibles à une telle prise en charge.

La durée de séjour d'un patient admis aux urgences pour CA dépend de plusieurs facteurs. Il y a des facteurs préopératoires, notamment le temps nécessaire au diagnostic, la nécessité d'un traitement endoscopique, les comorbidités du patient. Il y a aussi des facteurs opératoires, comme la disponibilité du personnel en salle d'opération, ou la technique opératoire. Il y a enfin des facteurs post opératoires, comme les complications et la récupération du patient.

L'objectif de cette étude était d'identifier les facteurs associés à la durée de séjour et ceux qui la prolongent. Les objectifs secondaires étaient de définir parmi eux lesquels étaient attribuables à la période pré ou post opératoire.

Patients et méthodes

1. Sources et collecte des données

Il s'agissait d'une analyse rétrospective concernant des patients traités pour une cholécystite aiguë à l'Hôpital Nord entre juillet 2015 et juillet 2017.

L'Hôpital Nord est un centre hospitalo-universitaire de l'assistance publique des hôpitaux de Marseille et l'Université Aix-Marseille, hôpital de 884 lits représentant un des deux centres d'accueil des urgences de l'APHM (86 000 passages par an).

2. Critères d'inclusion / de non-inclusion et définitions

La population sélectionnée concernait les personnes admises aux urgences chez qui un diagnostic de CA était posé : sélection sur le terminal des urgences des dossiers correspondant au codage de cholécystite aiguë. Les critères d'inclusion pour cette étude étaient : les patients âgés de 18 ans et plus ; dont le diagnostic de CA répondait aux critères de Tokyo (M, 2018) ; chez qui une cholécystectomie était réalisée durant la même hospitalisation. On définit les critères de Tokyo comme : la présence d'une inflammation locale (signe de Murphy / douleur / sensibilité), signes systémiques d'inflammation (fièvre, taux élevé de protéine C-réactive=CRP, nombre élevé de globules blancs dans le sang=GB) et résultats d'imagerie caractéristiques (paroi de la vésicule biliaire d'une épaisseur supérieure à 4 mm, vésicule biliaire élargie, inflammation du tissu péri-vésiculaire). Les patients étaient exclus s'ils avaient moins de 18 ans et/ou ne répondaient pas aux critères diagnostic énoncés précédemment et/ou n'ayant pas été cholécystectomisés durant la même hospitalisation. La prise en charge correspondait aux standards actuels : prise en charge de la douleur, antibiothérapie intraveineuse probabiliste pré opératoire, cholécystectomie précoce. En cas de suspicion de lithiase cholédocienne associée (dilatation des voies biliaires à l'imagerie, perturbation du bilan hépatique), une exploration des voies biliaires par voie endoscopique (cholangio-pancréatographie rétrograde=CPRE ou écho-endoscopie=EE) était réalisée avant l'intervention.

3. Données recueillies

Les dossiers médicaux informatisés, provenant du logiciel Axigate, ont été examinés, et la base de données a été créée à partir de ces derniers. Les données comprenaient les données démographiques (âge, sexe, race), les antécédents médicaux (traitement, comorbidités, score ASA: American society of anesthesiologists), les données clinique (fièvre, douleurs abdominales, signe de Murphy, début des symptômes), les examens d'imagerie et d'endoscopie (échographie, tomodensitométrie = TDM, ERCP, EE), la biologie (bilan hépatique, GB, CRP), le parcours hospitalier (délai de diagnostic = délai entre l'admission et l'imagerie, durée de séjour préopératoire=temps entre l'admission et la chirurgie, durée de séjour postopératoire=temps entre la chirurgie et la sortie d'hospitalisation, durée de séjour pré-endoscopique=temps entre l'admission et une éventuelle endoscopie, durée de séjour totale), les données opératoires (cholécystectomie par laparotomie, laparoscopie ou laparo-conversion, mise en place d'un drainage abdominal), les données postopératoires (utilisation d'antibiotiques, durée des antibiotiques, complications, consultations inattendues et réadmissions à l'hôpital).

L'heure d'admission de chaque patient aux urgences, la durée opératoire et l'heure de sortie ont été extraites du système de dossiers médicaux informatisés également. Ces données ont été utilisées pour calculer respectivement les durées de séjour préopératoire (DDS préopératoire), la durée de séjour postopératoire (DDS postopératoire), la DDS pré-endoscopique et la DDS totale (DDST).

Une durée de séjour était considérée comme prolongée (DDST prolongée) quand la durée de séjour totale était > 3 jours. Une durée de séjour courte (DDST courte) comme une durée de séjour totale ≤ 3 jours. Cette définition a été choisie en accord avec le bon sens clinique et la littérature (Fuks D, 2014).

4. Critères de jugement

Le critère de jugement principal de cette étude était la DDST. Les critères de jugement secondaires sont les DDS pré opératoire et DDS post opératoire.

5. Analyses statistiques

Les variables quantitatives ont été exprimées sous forme de moyenne et d'intervalle et les variables qualitatives sous forme de nombre. Le test t de Student a été utilisé pour les variables quantitatives. Le test du khi-deux ou le test exact de Fisher, le cas échéant, a été utilisé pour les variables qualitatives. Les variables ayant un $p < 0,05$ dans l'analyse univariée ou considérées comme cliniquement pertinentes ont été entrées dans des modèles multiples de régression logistique afin d'identifier les facteurs prédictifs indépendants d'une durée d'hospitalisation prolongée. Les différences entre les deux groupes étaient considérées comme significatives si les valeurs de P étaient inférieures à 0,05. Toutes les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel SPSS (version 20.0; Paris, France).

Résultats

1. La population étudiée et prise en charge

La population de l'étude comprenait 79 patients, 40 femmes, 39 hommes, avec une moyenne d'âge de 55 ans. Les données démographiques, les antécédents médicaux, les données cliniques, les examens d'imagerie et les résultats de laboratoire sont détaillés dans le tableau 1.

Tous les patients ont eu une cholécystectomie. Une endoscopie a été pratiquée chez 18 patients (23%) en préopératoire. Le délai moyen entre l'admission et l'endoscopie était de 3,2 jours (1-6) et le délai moyen entre l'endoscopie et la chirurgie était de 1,7 jour (0-6). 55 patients (70%) ont eu une cholécystectomie par voie coelioscopique, 17 (21,5%) ont eu une cholécystectomie par laparotomie et 7 (8,5%) ont nécessité une laparo-conversion. Un drain abdominal a été utilisé chez 43 patients (54%). Des antibiotiques ont été utilisés chez 42 (53%) patients après l'intervention. La durée moyenne des antibiotiques était de 5,6 jours (1-15). Une complication est survenue 11 fois (14%), selon la classification de Clavien, 4 de grade I, 3 de grade II et 4 de grade III. Une ré hospitalisation a été observée 3 fois (2,7%) et des consultations inattendues deux fois (2,5%).

2. Durée d'hospitalisation

2.1. DDST, DDS pré opératoire, DDS post opératoire, DDST courte, DDST prolongée

La DDST moyenne était de 6,8 jours (1-22). La DDS moyenne préopératoire était de 2,2 jours (0 à 9). La DDS moyenne post opératoire était de 4,6 jours (0-21). La DDST était longue pour 55 des patients (69,6%) et était courte pour 24 des patients (30,4%).

Le groupe DDST prolongée avait une DDS pré opératoire significativement augmentée ($p < 0,0001$) : 2,84 jours vs 0,71 jours dans le groupe de DDST courte, ainsi qu'une DDS post opératoire augmentée ($p < 0,0001$) : 5,87 jours contre 1,66 jours dans le groupe DDS courte.

2.2. Analyse univariée des facteurs associés à la DDST :

La comparaison entre groupe avec DDST courte et prolongée (tableau 2) mettait en évidence une différence significative pour l'âge et l'existence d'un traitement anticoagulant/antiagrégant. L'âge était plus élevé dans le groupe DDST prolongée, avec un âge moyen de 58 ans versus 45 ans dans le groupe DDST courte. Il y avait plus de patients prenant un traitement anticoagulant ou antiagrégant plaquettaire dans le groupe DDST prolongée.

Le temps nécessaire au diagnostic était similaire entre les deux groupes ($p = 0,208$: 4h28 pour le groupe DDST courte vs 5h43 pour le groupe DDST prolongée).

Il y avait significativement plus de patients avec un bilan hépatique anormal dans le groupe DDST prolongée par rapport au groupe DDST courte : 80% ($n = 44$) contre 33,3% ($n = 8$), soit $p = 0,0002$. Ce constat était aussi obtenu individuellement concernant la présence d'un ictère : 41,8% ($n = 23$) vs 8,3% ($n = 2$), $p = 0,003$; d'une cholestase : 69% ($n = 38$) vs 25% ($n = 6$), $p = 0,0004$; ou encore d'une cytolysse : 52,7% ($n = 29$) vs 25% ($n = 6$), $p = 0,028$.

De manière significative, un plus grand nombre de patients ont eu une endoscopie préopératoire dans le groupe DDST prolongée : 16 patients (29%) vs 2 (8.3%) dans le groupe DDST courte ($p=0.047$). De plus, le temps moyen entre l'admission et l'endoscopie (3,2 jours) était associé à une DDST plus longue et ce, de manière significative ($p = 0,022$) contrairement au délai moyen entre l'endoscopie et la chirurgie (1,7 jour) qui était sans différence significative entre les deux groupes et n'était pas associé à une DDST prolongée ($p = 0,827$).

La cholécystectomie par voie laparoscopique n'a pas diminué la DDST ($p = 0,077$). Il n'y avait pas d'association statistiquement significative entre conversion et DDST prolongée ($p = 0,094$). La laparotomie d'emblée n'augmentait pas la DDST ($p = 0,077$). De manière significative, un pourcentage plus élevé de patients avait un drainage abdominal après la chirurgie dans le groupe DDST prolongée : 71% ($n = 39$) vs 16,6% ($n = 4$) dans le groupe DDST courte ($p < 0,0001$).

Le taux de recours aux antibiotiques en postopératoire était similaire dans les deux groupes ($> 50\%$) mais la durée moyenne du traitement était significativement plus élevée dans le groupe DDST prolongée ($p = 0,015$) : 3,51 jours vs 1,75 jours dans le groupe DDST courte et un traitement par antibiotiques ≥ 3 jours était associé à une DDST prolongée ($p = 0,044$).

Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes concernant les complications ($p = 0,158$), les consultations inattendues ($p = 0,549$) et la réadmission à l'hôpital ($p = 0,09$).

2.3. Analyse multivariée des facteurs associés à la DDST prolongée :

Nous avons testé tous les prédicteurs potentiels de DDST prolongée dans différents modèles. Tous les patients ayant subi une endoscopie avaient également un bilan hépatique anormal. Par conséquent, la fonction hépatique anormale et l'endoscopie n'ont pu être incluses dans les mêmes modèles. Le statut ASA, les comorbidités, la laparotomie et l'âge n'étaient associés à une DDST prolongée dans aucun de ces modèles. En conséquence, le modèle multivarié final comprenait la durée des antibiotiques (> 3 jours), le drainage abdominal, les anticoagulants et / ou le traitement antiplaquettaire, la réalisation d'une endoscopie ou le bilan hépatique perturbé. Le drainage abdominal (OR, 13,2 (IC 95%, 3.2-54) $p < 0.0001$), la réalisation d'une endoscopie (OR, 7,4 (IC 95%, 1,3-42,4) $p = 0,025$) et un bilan hépatique perturbé à l'entrée (OR, 8,2 (IC 95%, 2,1 à 31,4) $p = 0,002$) étaient des prédicteurs indépendants d'une durée de séjour prolongée.

Discussion

Notre étude retrouve trois facteurs de risque d'une hospitalisation prolongée après cholécystectomie pour cholécystite aiguë. Deux de ces facteurs concernent la période pré opératoire : la présence à l'entrée d'un bilan hépatique anormal et la réalisation d'une endoscopie avant la chirurgie pour exploration des voies biliaires, les deux étant intimement liés. Le dernier facteur rentre en compte dans la période post opératoire : la présence d'un drain abdominal. Une modification des pratiques pourrait améliorer l'impact négatif sur la durée d'hospitalisation de deux de ces trois facteurs, l'endoscopie et le drainage abdominal.

L'augmentation du délai entre le diagnostic et la chirurgie est due à plusieurs facteurs, notamment la nécessité d'un bilan préopératoire plus poussé, l'optimisation médicale, la disponibilité de la salle d'opération, facteurs difficiles à saisir rétrospectivement. Dans cette étude, il n'y avait pas d'impact significatif du statut ASA ou des comorbidités des patients, indiquant qu'une optimisation médicale n'est pas nécessaire. En revanche, plus de patients sous anticoagulant était dans le groupe DDST prolongée. Ce constat n'est pas une surprise compte tenu délais recommandés d'arrêt des anticoagulants retardant ainsi la chirurgie de deux à trois jours habituellement. Akahoshi et Al. ont comparé les patients opérés en urgences pour CA avec arrêt du traitement anti-plaquettaire/anticoagulants vs sans arrêt du traitement et ont montré que le risque de complications hémorragiques et le taux de transfusion étaient plus élevés chez les patients n'ayant pas respecté le délai d'arrêt du traitement (Akahoshi K, 2017).

Par ailleurs, l'âge était plus élevé dans le groupe DDST prolongée : 58 ans versus 45 ans dans le groupe DDST courte. Ces deux âges moyens correspondent à des personnes actives. Il n'y avait pas de sélection des patients par l'âge dans notre étude, en témoigne un âge moyen sur l'ensemble de l'étude de 55 ans, correspondant avec les données de la littérature (Prevot F, 2016). Toutefois, cela suggère que pour pouvoir prendre en charge des patients en RAAC/ambulatoire, il est probablement nécessaire de sélectionner des patients jeune, ici, $\leq$ à 45 ans.

Tous les patients avaient une imagerie (tomodensitométrie et / ou US) pour le diagnostic. Les examens d'imageries sont toujours réalisés lors du passage du patient aux urgences ou très rapidement après. Il n'y a donc pas eu d'impact négatif sur la durée d'hospitalisation en lien avec l'attente d'un examen d'imagerie.

A l'admission, un pourcentage plus élevé de patients du groupe DDST prolongée présentait un bilan hépatique perturbé et avait eu une endoscopie avant la chirurgie, dont la réalisation et son délai d'attente étaient directement associés à une DDST > 3 jours.

L'exploration des voies biliaires par endoscopie préopératoire fait partie des pratiques de l'équipe en cas de facteur de risque de lithiase de la voie biliaire principale, en chirurgie réglée mais aussi en cas de CA. Le délai d'organisation de cet examen (en moyenne 3.2 jours) conduit à garder le patient hospitalisé plus longtemps. Le temps entre l'écho-endoscopie et la chirurgie est au contraire lui, assez court (en moyenne 1.7 jours). Plusieurs travaux ont aussi reporté l'allongement de la durée d'hospitalisation en lien avec la réalisation d'une écho-endoscopie et ont proposé des solutions. Bhandari et al. ont montré que la DDST était doublée lorsque la DDS préopératoire était > 36 heures (152 vs 83.3h, $p=0.0005$), avec significativement plus d'endoscopie réalisée dans le groupe DDS préopératoire >36h vs <36h (80 vs 44.1%, $p<0.0001$) (Bhandari M, 2017). Certaines équipes proposent de réaliser l'endoscopie et la chirurgie dans le même temps. Wild et al. ont ainsi montré que la réalisation de la CPRE et la cholécystectomie combinées le même jour était réalisable. En plus de l'intérêt de ne faire qu'une AG, cette attitude permettait de réduire la DDST de 2 jours (5 jours dans le groupe jour endoscopie-chirurgie séparée, $n = 175$ vs 3 jours dans le groupe même jour, $n = 65$). Cette attitude n'était pas associée à une augmentation du taux de morbidité post opératoire ou le taux de conversion (Wild JL, 2015). Cette attitude peut néanmoins poser des difficultés de logistique, notamment pour pouvoir réaliser au bloc de chirurgie une CPRE, qui nécessite un équipement complexe. Une autre possibilité pour réduire la DDST serait, en cas de cholestase biologique sans ictère ni dilatation de la voie biliaire principale, de réaliser la cholécystectomie avant l'exploration des voies biliaires. Lors de la chirurgie, une cholangiographie est pratiquée, et si une suspicion de lithiase persiste, une écho-endoscopie post opératoire est alors réalisée. Dans l'étude Iranmanesh et Al. évaluant ce schéma, la DDST est significativement réduite de trois jours (5 vs 8 jours dans le groupe

endoscopie pré opératoire, $p < 0.001$), sans pour autant augmenter la morbidité (Iranmanesh P., Morel P., & C., 2014).

Les délais entre la chirurgie et la sortie dépendent aussi de plusieurs facteurs. Dans cette étude, la voie d'abord chirurgicale (laparoscopie, conversion, chirurgie ouverte) n'influait pas la DDST. L'un des facteurs prédictifs d'une DDST prolongée était la présence d'un drain abdominal. Le nombre de patients ayant eu un drainage abdominal était significativement plus élevé dans le groupe DDST prolongée (71 vs 16,6%). Cependant, le drainage abdominal n'a pas joué un rôle dans la prévention des complications intra-abdominales et nous pouvons penser que nous drainons « avec excès », au moins par habitude. Park et al. ont comparé dans un essai randomisé prospectif drainage vs pas de drainage après cholécystectomie pour CA, il n'a été retrouvé aucune différence concernant les complications postopératoires (0 vs 1.3%, $p = 0.319$) entre les deux groupes mais en revanche une augmentation de la DDST (2 vs 3 jours, $p = 0.001$) (Park JS, 2015). Dans une autre étude, Fuks et Al. ont comparé les patients présentant une DDST > et < à 3 jours après avoir sélectionné les patients répondant aux critères d'une hospitalisation en ambulatoire, le drain abdominal était le seul facteur prédictif d'une hospitalisation > à 3 jours retrouvé (Fuks D, 2014).

Dans notre étude, plus de 50% des patients ont reçu une antibiothérapie postopératoire, dont la durée (>3jours) était associée à une DDST prolongée. L'antibiothérapie est faite dans le but de réduire les complications infectieuses, or, aucune différence n'a été constatée entre les deux groupes en ce qui concerne les complications. De nombreuses études ont déjà montré que l'administration d'antibiotiques en postopératoire ne permettait pas de prévenir les complications infectieuses, ni même de les diminuer : Loozen et al., dans un essai clinique randomisé, ont comparé l'administration d'une dose unique d'antibiotique en per-opératoire vs une antibioprophylaxie prolongée, et ils ont montré qu'il n'y avait pas d'augmentation des complications infectieuses en postopératoire dans le groupe dose unique, avec de plus une DDST diminuée (1 vs 3 jours) (Loozen CS, 2017). Dans la même lignée, une étude publiée dans le JAMA en 2014 a abouti aux mêmes résultats avec une cohorte de 414 patients dans 17 centres différents et 4 semaines de suivi : taux d'infection postopératoire 17% dans le groupe « pas d'antibiotique » vs 15% dans le groupe antibiotique (Regimbeau JM, 2014).

Parmi les limites de cette étude, il faut citer sa nature rétrospective, qui ne permet pas toujours d'expliquer certaines durées d'hospitalisation. Le faible effectif, 79 patients, limite aussi la puissance statistique de cette étude.

Jusqu'à présent, aucune étude ne rapporte la prise en charge des CA en ambulatoire (Genser L, 2015), mais les différents papiers cités ci-dessus laissent penser que cela est envisageable sans augmenter la morbidité péri-opératoire. D'ailleurs, dans plusieurs études étudiant la cholécystectomie programmée en ambulatoire, une CA a été découverte en peropératoire de manière fortuite, sans pour autant retarder la sortie du malade (Genser L, 2015). Cependant, un aspect de CA per opératoire n'est pas synonyme d'une CA clinique, donc ces résultats sont à interpréter avec précautions.

Le développement de la chirurgie d'urgence ambulatoire s'est jusqu'à présent surtout focalisé sur l'appendicite aiguë. Deux études françaises font figures de pionnières dans ce domaine. Lefrancois et Al. ont établi un score (BMI < 28, GB < 15G/L, CRP < 30 mg/L, pas de perforation, appendice < 10 mm) prédictif permettant de sélectionner les patients éligibles à l'ambulatoire, à partir d'une cohorte rétrospective. Les patients admis après 13h aux urgences rentraient chez eux et la chirurgie était différée au lendemain matin, les patients admis avant 13h étaient directement transférés dans une unité de chirurgie ambulatoire pour être opérés dans la journée avec une sortie le jour même : avec ce score, 97% des patients ont pu être traités en ambulatoire, sans qu'il n'ait été retrouvé de sur-morbidité (Lefrancois M, 2015). Aubry et al., quant à eux, ont montré la faisabilité de prise en charge de l'appendicite aiguë au cours d'une hospitalisation < 24 h, dans une unité de chirurgie ambulatoire d'urgence, ouvert 24h/24, avec des sorties d'hospitalisation autorisées de jour comme de nuit (Aubry A, 2017). Toutefois, ce système demande d'avoir au préalable l'organisation et un service de chirurgie ambulatoire fonctionnant 24/24h, ce qui n'est pas le cas dans notre hôpital à ce jour.

D'autres pays ont déjà développé des modèles d'« acute care surgery » qui sont des services spécialisés dans les urgences chirurgicales avec une équipe chirurgicale dédiée présente 24h/24. Ce modèle a montré l'avantage d'une réduction de DDST, d'améliorer l'accès aux soins sans pour autant augmenter le taux de complications, particulièrement pour la prise en charge des CA (Cubas RF, 2012) (Murphy PB, 2017).

La DDST peut diminuer si nous modifions certaines habitudes, notamment en supprimant les drains abdominaux ou en évitant une antibiothérapie postopératoire prolongée. En cas de suspicion préopératoire de lithiase de la VBP, une modification de la prise en charge, en réalisant l'exploration per-opératoire ou post-opératoire, peut aussi avoir un impact positif sur la DDST.

Les facteurs augmentant la durée d'hospitalisation ayant été identifiés, l'objectif d'une prochaine étude prospective, serait de sélectionner les patients répondant aux critères d'une DDST courte (patients jeunes, sans anticoagulant ou antiagrégant, avec un bilan hépatique normal à l'entrée) et de les inclure dans un programme de RAAC avec un objectif de $DDST \leq 24h$.

Bibliographie

- Aubry A, S. A. (2017). Outpatient Appendectomy in an Emergency Outpatient Surgery Unit 24 h a Day: An Intention-to-Treat Analysis of 194 Patients. *world journal of surgery*.
- Bhandari M, W. C.-C. (2017). Prolonged length of stay in delayed cholecystectomy is not due to intraoperative or postoperative contributors. *the journal of surgical research*.
- Bray F., B. T. (2017). increased incidence of cholecystectomy related to gallbladder disease in France: a seven-year nationwide study. Lille.
- Britt RC, B. C. (2010). Impact of acute care surgery on biliary disease. *Journal of the american college of surgeons*.
- Cash CL, F. R. (2012). A prospective treatment protocol for outpatient laparoscopic appendectomy for acute appendicitis. *journal of the american college of surgeons*.
- Cubas RF, G. N. (2012). outcomes in the management of appendicitis and cholecystitis in the setting of a new acute care surgery service model: impact on timing and cost. *journal of the american college of surgeons*.
- Drake FT, M. N. (2017). Time-of-day and appendicitis: Impact on management and outcomes. *surgery*.
- Dubois L, V. K. (2010). Impact of an outpatient appendectomy protocol on clinical outcomes and cost: a case-control study. *journal of the american college of surgeons*.
- Fair BA, K. J. (2015). Improvement Project analysis. *american journal of surgery*.
- Frazee RC, A. S. (2014). Outpatient laparoscopic appendectomy should be the standard of care for uncomplicated appendicitis. *the journal of trauma and acute care surgery*.

- Fuks D, C. C. (2014). Can we consider day-case laparoscopic cholecystectomy for acute calculous cholecystitis? Identification of potentially eligible patients. *the journal of surgical research*.
- Genser L, V. C. (2015). Can abdominal surgical emergencies be treated in an ambulatory setting? *journal of visceral surgery*.
- Gurusamy KS, D. C. (2013). Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for people with acute cholecystitis. *the cochrane database of systematic reviews*.
- Gutt CN, E. J. (2013). Acute cholecystitis: early versus delayed cholecystectomy, a multicenter randomized trial (ACDC study, NCT00447304). *annals of surgery*.
- Iranmanesh P, F. J.-K., Morel P, M. P.-T., & C., T. (2014). Initial Cholecystectomy vs Sequential Common Duct Endoscopic Assessment and Subsequent Cholecystectomy for Suspected Gallstone Migration A Randomized Clinical Trial. *JAMA*.
- Kao LS, B. C. (2018). Evidence-based Reviews in Surgery: Early Cholecystectomy for Cholecystitis. *annals of surgery*.
- Kim EY, Y. Y. (2017). Is there a real role of postoperative antibiotic administration for mild/moderate acute cholecystitis? A prospective randomized controlled trial. *journal of hepato-biliary-pancreatic sciences*.
- La Regina D, D. G. (2019). Antibiotic administration after cholecystectomy for acute mild-moderate cholecystitis: a PRISMA-compliant meta-analysis. *surgical endoscopy*.
- Lau B, D. L. (2011). An acute care surgery model improves timeliness of care and reduces hospital stay for patients with acute cholecystitis. *The american surgeon*.
- Lefrancois M, L. J. (2015). Management of Acute Appendicitis in Ambulatory Surgery: Is It Possible? How to Select Patients? *annals of surgery*.
- Lehane CW, J. R. (2010). Does an acute care surgical model improve the management and outcome of acute cholecystitis? *ANZ journal of surgery*.

- Liverani A, M. M. (2013). One-step laparoscopic and endoscopic treatment of gallbladder and common bile duct stones: our experience of the last 9 years in a retrospective study. *the american surgeon*.
- Loozen CS, K. K. (2017). Randomized clinical trial of extended versus single-dose perioperative antibiotic prophylaxis for acute calculous cholecystitis. *the british journal of surgery*.
- M, Y. (2018). Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). *journal of hepato-biliary-pancreatic sciences*.
- Murphy PB, D. K. (2017). Meta-Analysis on the Impact of the Acute Care Surgery Model of Disease- and Patient-Specific Outcomes in Appendicitis and Biliary Disease. *Journal of the american college of surgeons*.
- Papi C, C. M. (2004). Timing of cholecystectomy for acute calculous cholecystitis: a meta-analysis. *the american journal of gastroenterology*.
- Park JS, K. J. (2015). The role of abdominal drainage to prevent of intra-abdominal complications after laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: prospective randomized trial. *surgical endoscopy*.
- Paul Wright G, S. K. (2015). Predicting length of stay and conversion to open cholecystectomy for acute cholecystitis using the 2013 Tokyo Guidelines in a US population. *journal of hepato-biliary-pancreatic sciences*.
- Prevot F, F. D., & FRENCH Cholecystitis Working Group, R. J. (2016). The Value of Abdominal Drainage After Laparoscopic Cholecystectomy for Mild or Moderate Acute Calculous Cholecystitis: A Post Hoc Analysis of a Randomized Clinical Trial. *world journal of surgery*.
- Qiu J, L. M. (2018). Nondrainage after Laparoscopic Cholecystectomy for Acute Calculous Cholecystitis Does Not Increase the Postoperative Morbidity. *biomed research international*.
- Rábago LR, V. C.-V. (2006). Two-stage treatment with preoperative endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) compared with single-stage treatment with intraoperative ERCP for patients with symptomatic cholelithiasis with possible choledocholithiasis. *Endoscopy*.

- Regimbeau JM, F. D. (2014). Effect of postoperative antibiotic administration on postoperative infection following cholecystectomy for acute calculous cholecystitis: a randomized clinical trial. *JAMA*.
- Roulin D, S. A. (2016). Early Versus Delayed Cholecystectomy for Acute Cholecystitis, Are the 72 hours Still the Rule?: A Randomized Trial. *annals of surgery*.
- Sabbagh C, B. O. (2012). The feasibility of short-stay laparoscopic appendectomy for acute appendicitis: a prospective cohort study. *surgical endoscopy*.
- Sabbagh C, C. C. (2014). Ambulatory management of gastrointestinal emergencies: what are the current literature data? *journal of visceral surgery*.
- Sandra de Sousa^{1*}, O. T.-L. (2017). Management of suspected common bile duct stones on cholangiogram during same-stay cholecystectomy for acute gallstone-related disease. *BMC surgery*.
- Siada SS, S. S. (2017). Discussion of: "Day versus night laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: A comparison of outcomes and cost". *american journal of surgery*.
- SNFGE. (2010). *Prise en charge de la lithiase biliaire, recommandations de pratique clinique*.
- Wild JL, Y. M. (2015). Same-day combined endoscopic retrograde cholangiopancreatography and cholecystectomy: Achievable and minimizes costs. *the journal of trauma and acute care surgery*.

Tables

Table 1 – données de la population incluse (n=79).

Variables	Total (n=79) n (%)
<i>Données démographiques</i>	
Sexe masculin	39 (49)
Age moyen (limites)	55 (29-95)
Age>75 ans	17 (21.5)
IMC* moyen (limites)	28 (18-45)
<i>Présentation clinique</i>	
Début des signes, h (limites)	67 (3-240)
Début des signes>48h	36 (45)
Début des signes>5j	19 (24)
Fièvre	24 (30)
Signe de Murphy positif	56 (70)
<i>Comorbidités</i>	
Toutes comorbidités	33 (42)
Diabète	11 (14)
Maladie rénale chronique	2 (2,5)
Insuffisance cardiaque	16 (20)
BPCO	2 (2,5)
Anticoagulant/antiagrégant	18 (23)
Statut ASA*	
ASA 1-2	58(77)
ASA 3-4	18 (23)
<i>Imagerie</i>	
Paroi vésiculaire >3mm	73 (92)
Épanchement péri-vésiculaire	17 (20)
Dilatation de la VBP	8 (10)
Lithiase cholédocienne	6 (7,5)
<i>Biologie</i>	
CRP* >3 mg/ml	70 (89)
GB* >10 G/L	46 (58)
Bilan hépatique anormal	52 (65.8)
Cholestase	44 (55.7)
Ictère	25 (31.6)
cytolyse	35 (44.3)
<i>Endoscopie</i>	
Nombre d'endoscopie	18 (23)
Délai moyen pré-endoscopie, j (limites)	3.2 (1-6)
Délai endoscopie-chirurgie, j (limites)	1.7 (0-6)
<i>Voie d'abord</i>	
Coelioscopie	55 (70)
Laparotomie	17 (21.5)
Laparo-conversion	7 (8.5)
<i>Drain abdominal</i>	43 (54)
<i>Antibiotiques post opératoire</i>	
Utilisation	42 (53)
Durée moyenne, j (limites)	5.6 (1-15)
<i>Complications post opératoires</i>	
Clavien I/II/III/IV	4/3/4/0
Clavien tout confondus	11 (14)
<i>Ré-hospitalisation</i>	3 (2.7)
<i>Consultations inattendues</i>	2 (2.5)
<i>Durée de séjour</i>	
Pré opératoire moyenne, j (limites)	2.2 (0-9)
Post opératoire moyenne, j (limites)	4.6 (0-21)
Totale moyenne, j (limites)	6.8 (1-22)

*IMC=indice de masse corporelle

*CRP=protéine C réactive

*ASA=American society of anesthesiologists

*GB=globules blancs

Table 2- Comparaison DDST courte et prolongée en analyse uni et multivariée

Variables	DDST courte≤3j (n=24)	DDST prolongée>3j (n=55)	Analyse univariée p	Analyse multivariée p
<i>Données démographiques</i>				
Sexe masculin	10 (41.6)	29 (52.7)	0,465	
Age moyen (limites)	45(29-83)	58(23-95)	0,005	
Age>75 ans	2 (8.3)	15 (27.2)	0,077	
IMC moyen (limites)	28(18-45)	28(18-41)	0,971	
<i>Présentation clinique</i>				
Début des signes>48h	8 (33.3)	28 (51)	0,219	
Début des signes>5j	7 (29.9)	12 (21.8)	0,570	
Fièvre	3 (12.5)	21 (38.1)	0,032	
Signe de Murphy positif	17 (70.8)	39 (71)	1	
<i>Comorbidités</i>				
Toutes comorbidités	9 (37.5)	24 (43.6)	0,804	
Diabète	1 (4.2)	10 (18)	0,158	
Maladie rénale chronique	0 (0)	2 (3.6)	1	
Insuffisance cardiaque	3 (12.5)	14 (25.5)	0,127	
BPCO	0 (0)	2 (3.6)	1	
Anticoagulant/antiagrégant	2 (8.3)	16 (29)	0,047	0.178
<i>Statut ASA</i>				
ASA 1-2	20 (83)	38 (69)	0.240	
ASA 3-4	3 (12.5)	15 (27.2)	0.240	
<i>Imagerie</i>				
Paroi vésiculaire >3 mm	21 (87.5)	52 (94.5)	0,257	
Épanchement péri-vésiculaire	3 (12.5)	14 (25.5)	0,246	
Dilatation de la VBP	0 (0)	8 (14.5)	0,098	
Lithiase cholédocienne	0 (0)	6 (10.9)	0,170	
<i>Biologie</i>				
CRP >3mg/ml	22 (91.6)	48 (87.2)	0,715	
GB >10G/L	15 (62.5)	31 (56.3)	0,804	
Bilan hépatique anormal	8 (33.3)	44 (80)	0.0002	0.002
Cholestase	6 (25)	38 (69)	0.0004	
Ictère	2 (8.3)	23 (41.8)	0.003	
cytolyse	6 (25)	29 (52.7)	0.028	
<i>Endoscopie</i>				
Nombre d'endoscopie	2 (8.3)	16 (29)	0.047	0.025
Délai endoscopie-chirurgie, j (limites)	2	1.7 (0-6)	0.827	
<i>Voie d'abord</i>				
Coelioscopie	22 (91.6)	40 (72.7)	0.077	
Laparotomie	2 (8.3)	22 (40)	0.077	
Laparo-conversion	0 (0)	7 (12.7)	0.094	
Drain abdominal	4 (16.6)	39 (71)	<0.0001	<0.0001
<i>Antibiotiques post opératoire</i>				
Utilisation	13 (54.1)	29 (52.7)	1	
Durée moyenne, j (limites)	1.75 (0-7)	3.51 (0-15)	0.015	
Antibiotiques ≥ 3j	5 (20.8)	26 (47.3)	0.044	0.487
<i>Complications post opératoires</i>				
Clavien I/II/III/IV	1 (4.2)	10 (18)	0.158	
Ré-hospitalisation	0 (0)	3 (5.5)	0.09	
Consultations inattendues	2 (8.3)	0 (0)	0.549	
<i>Durée de séjour</i>				
Pré opératoire moyenne, j (limites)	0.71 (0-2)	2.84 (0-9)	<0.0001	
Post opératoire moyenne, j (limites)	1.66 (0-3)	5.87 (1-21)	<0.0001	

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

RÉSUMÉ

Introduction : La cholécystite aiguë (CA) est une des urgences digestives les plus fréquentes en France. La chirurgie à la phase précoce, attitude de référence, se fait encore selon des modalités traditionnelles qui ont peu intégrées les concepts de réhabilitation améliorée, d'optimisation de la durée d'hospitalisation voire de chirurgie ambulatoire. Ce travail vise à identifier les facteurs associés à une durée de séjour prolongée, dans le but d'optimiser la durée de séjour.

Patients et méthodes : Etude rétrospective monocentrique portant sur les patients hospitalisés pour une CA entre juillet 2015 et 2017, ayant eu une cholécystectomie durant la même hospitalisation. Une durée de séjour (DDS) était considérée comme prolongée si elle était > 3 jours et courte si ≤ 3 jours. Le critère de jugement principal était la durée de séjour totale (DDST).

Résultats : 79 patients ont été inclus. La durée de séjour globale moyenne était de 6,8 jours (1-22). La DDST était longue pour 55 des patients (69,6%).

Le groupe DDST prolongée avait des DDS pré opératoire (2,84 jours vs 0,71 jours) et post-opératoires (5,87 jours vs 1,66 jours) significativement augmentées ($p < 0,0001$), comparativement au groupe DDS courte.

Le drainage abdominal ($p < 0.0001$), la réalisation d'une endoscopie ($p = 0,025$), un bilan hépatique perturbé à l'entrée ($p = 0,002$), étaient des prédicteurs indépendants d'une DDST prolongée.

Conclusion : des facteurs liés à l'organisation et aux habitudes de pratiques ont été identifiés comme prolongeant la durée de séjour. Une réflexion sur des modifications de pratique permettrait d'optimiser la durée de séjour, voire de proposer un modèle ambulatoire pour des patients sélectionnés.

Mots-clés : cholécystite aiguë, ambulatoire, cholécystectomie, durée d'hospitalisation.