

LA VIGNETTE THÉRAPEUTIQUE DE L'ÉTUDIANT

Prise en charge de l'angiocholite

P. GAST (1)

RÉSUMÉ : L'angiocholite, état septique de la voie biliaire principale, répond classiquement à une antibiothérapie adaptée ainsi qu'à la levée de l'obstacle en cause; néanmoins, certaines formes débouchent sur un sepsis sévère. Il est donc impératif et ce, dès l'admission du patient, de rechercher des critères de gravité, dont la présence orientera le malade vers une unité de soins intensifs et une cholangiographie rétrograde en urgence.
MOTS-CLÉS : Angiocholite - Antibiotiques - Cholangiographie rétrograde endoscopique - Drainage biliaire

MANAGEMENT OF ACUTE CHOLANGITIS

SUMMARY : Treatment of acute cholangitis requires antibiotics and biliary drainage. Some patients develop a life threatening form requiring intensive care and urgent drainage. It is important to identify those patients as soon as possible.

KEYWORDS : Acute cholangitis - Antibiotics - Biliary drainage - Endoscopic retrograde cholangiography

INTRODUCTION

L'angiocholite est une complication potentiellement grave qui correspond à l'infection aiguë de la voie biliaire principale ou des voies biliaires intra-hépatiques. Elle résulte habituellement de la combinaison d'une infection de la bile et d'une augmentation de la pression locale, liée à la présence d'un obstacle, en général incomplet.

Le diagnostic clinique d'angiocholite repose sur l'apparition successive en 48 heures de trois signes : une douleur biliaire, une fièvre souvent élevée, un ictère. Il s'agit de la triade de Charcot. Le diagnostic d'angiocholite est donc, avant tout, un diagnostic clinique ainsi que nous l'avons discuté en détail dans une vignette précédente (1).

Le traitement de l'angiocholite repose sur l'antibiothérapie et la levée de l'obstacle biliaire dont l'urgence sera proportionnelle à la dégradation du patient. Les principes de la prise en charge de l'angiocholite aiguë sont illustrés et discutés dans cette vignette clinique.

PRÉSENTATION DE LA VIGNETTE CLINIQUE

Madame BJ, âgée de 78 ans, hospitalisée en gériatrie depuis 10 jours après une chute, présente brutalement des douleurs épigastriques, rapidement suivies de fièvre et d'un ictère conjonctival. Le bilan réalisé confirme l'origine lithiasique de l'angiocholite : le CT scan montre une voie biliaire principale dilatée à 12 mm et contenant trois calculs dont un

estimé à 11 mm. Puisqu'il s'agit d'une infection nosocomiale, un traitement par tazobactam, à la dose de 4g/6h en intraveineux, est instauré. Comme la patiente est, par ailleurs, traitée par antiagrégants plaquettaires (clopidogrel et aspirine), la réalisation de la cholangiographie rétrograde endoscopique (CRE) est différée, dans la mesure où la patiente ne présente pas de signe de gravité. Une surveillance clinique et biologique quotidienne est instaurée. Après 36 heures d'antibiothérapie, les tests inflammatoires stagnent, la cholestase continue à augmenter, la fonction rénale se dégrade, il existe une élévation progressive de la fréquence cardiaque et un état subfébrile. Estimant que la situation clinique n'est pas maîtrisée par l'antibiothérapie seule, nous décidons de réaliser la CRE malgré l'anti-agrégation plaquettaire. L'opacification du cholédoque confirme la présence de 3 calculs dont 1 est quasi obstructif. Un échantillon de bile est adressé au laboratoire pour identification des germes et antibiogramme. La sphinctérotomie (utilisation de courant de coupe pure) est récusée au profit de la mise en place d'une prothèse plastique en amont de la lithiasie obstructive, permettant de drainer la bile infectée. La situation clinique s'améliore rapidement, la sphinctérotomie et l'extraction complète des lithiases sont réalisées après quelques jours de récupération.

QUESTIONS POSÉES

1) *Quels sont les critères de gravité à rechercher imposant de transférer le malade en unité de soins intensifs (USI) ?*

2) *Quel est le traitement antibiotique proposé ?*

3) *Quelle est la technique proposée pour lever l'obstacle biliaire ?*

(1) Chef de Clinique, Service de Gastro-Entérologie, CHU de Liège.

4) *Quand faut-il demander une cholangiographie rétrograde endoscopique (CRE) en urgence ?*

RÉPONSES PROPOSÉES

1) *QUELS SONT LES CRITÈRES DE GRAVITÉ À RECHERCHER IMPOSANT DE TRANSFÉRER LE MALADE EN UNITÉ DE SOINS INTENSIFS (USI) ?*

Un transfert en USI est à discuter en fonction des critères de gravité suivants (2, 3) :

- âge supérieur à 60 ans,
- troubles de la conscience (syndrome confusionnel),
- augmentation de l'urée et/ou de la créatinine,
- augmentation de la kaliémie,
- acidose,
- thrombopénie < 150.000 / mm³.

2) *QUEL EST LE TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE PROPOSÉ ?*

L'antibiothérapie doit être active sur les germes retrouvés dans la bile et avoir une bonne diffusion dans celle-ci. Elle doit être instaurée dès le diagnostic posé. Les molécules ayant fait l'objet de publications sont : céfopérazone, ceftazidime, ciprofloxacine, imipénem et nétilmicine (4-6). Les caractéristiques de ces antibiotiques sont reprises dans les tableaux I (diffusion biliaire) et II (sensibilité bactérienne). La mise en place d'une prothèse nécessite une adaptation de l'antibiothérapie, comme indiqué dans le tableau II.

L'évolution de l'angiocholite est variable. En général, l'évolution sous antibiotiques est favorable et la CRE peut être réalisée de manière confortable dans les jours qui suivent le début de l'infection. Il existe cependant des formes graves d'emblée, soit par formation d'abcès miliaires du foie, soit par survenue d'une septicémie, avec collapsus et insuffisance rénale

TABLEAU I. ANTIBIOTIQUES À BONNE DIFFUSION BILIAIRE

Pénicillines	- Ampicilline (1g deux fois / jour) - Pipéracilline : 200 mg / kg / j en 3 ou 4 injections - Pipéracilline / Tazobactan : 4 g / 500 mg toutes les 8h
Céphalosporines 1 ^o génération 3 ^o génération	- Céfazoline 500 mg à 1g / 12 heures - Céftriaxone 1 g / 24 heures
Fluoroquinolones	Ciprofloxacine 500 mg / 12 heures
Lindocosamides	Clindamycine 600 mg à 2,4 g / jour

aiguë. Ces formes graves sont observées chez 10 à 15% des malades (2, 3, 6).

3) *QUELLE EST LA TECHNIQUE PROPOSÉE POUR LEVER L'OBSTACLE BILIAIRE ?*

La levée de l'obstacle est d'autant plus urgente que l'angiocholite est sévère. Dans les formes suppurées d'angiocholite, la pression est élevée dans la voie biliaire, entraînant une moindre (voire nulle) diffusion des antibiotiques dans la bile (4, 5). Le drainage est actuellement réalisé par cholangiographie rétrograde endoscopique sous anesthésie générale, avec de manière optimale: un prélèvement de bile pour analyse bactériologique, une sphinctérotomie, et une extraction de toutes les lithiases détectées dans la voie biliaire principale (7-10). Si la vacuité de la voie biliaire ne peut pas être restaurée, que ce soit en raison de la découverte d'un processus tumoral ou pour des raisons techniques (lithiasse trop grosse, malade anticoagulé...), une prothèse plastique sera mise en place de manière à assurer l'écoulement de la bile et du pus et ce, jusqu'à ce qu'un geste définitif puisse être réalisé (11, 12).

4) *QUAND FAUT-IL DEMANDER UNE CHOLANGIOGRAPHIE RÉTROGRADE ENDOSCOPIQUE (CRE) EN URGENGE ?*

Une CRE en urgence (week-end ou transfert en centre tertiaire) sera discutée selon les recommandations de la conférence de Tokyo en 2007 (2, 3) et proposée dans les cas suivants :

- non-réponse au traitement médical avec défaillance d'un ou plusieurs organes,
- présence à l'admission d'au moins 2 des facteurs de gravité suivants et non-réponse au traitement médical : fréquence cardiaque > 100/min, bilirubine > 50 µmoles/l, temps de prothrombine > 14 sec, albuminémie < 30 g/l.

TABLEAU II. ANTIBIOTHÉRAPIE RECOMMANDÉE SELON LE TYPE DE GERMES

Infection communautaire : entérobactéries, entérocoques, anaérobies	Céfuroxime iv 1,5 g / 8h + Métronidazole po (iv) 1,5 g / 24 h	1 jour au-delà du drainage dans les formes non compliquées ou 5 à 7 jours
Infection communautaire avec prothèse infection nosocomiale : entérobactéries nosocomiales, entérocoques, anaérobies	Pipéracilline / Tazobactan iv 4 g / 6 h	5 à 7 jours

CONCLUSION ET MESSAGES CLÉS

- Le traitement repose sur deux approches complémentaires : une antibiothérapie adaptée et un drainage biliaire dont l'urgence sera proportionnelle à la dégradation du patient.
- Ce drainage est actuellement réalisé par cholangiographie rétrograde endoscopique (CRE) sous anesthésie générale, avec de manière optimale : une sphinctérotomie, et une extraction de toutes les lithiases détectées dans la voie biliaire principale.
- Un malade anticoagulé efficacement et/ou en angiocholite sévère doit être drainé par la mise en place d'une prothèse, et l'extraction définitive des lithiases sera effectuée à distance.
- L'anesthésie générale peut représenter un défi chez ces patients hémodynamiquement instables, mais le drainage est le seul geste susceptible d'améliorer la situation clinique précaire et de sauver le malade.

BIBLIOGRAPHIE

1. Gast P.— La vignette diagnostique de l'étudiant. Approche diagnostique d'une angiocholite. *Rev Med Liège*, 2014, **69**, 162-166.
2. Kimura Y, Takada T, Kawarada Y, et al.— Definitions, pathophysiology, and epidemiology of acute cholangitis and cholecystitis: Tokyo Guidelines. *J Hepatobiliary Pancreat Surg*, 2007, **14**, 15-26.
3. Miura F, Takada T, Kawarada Y, et al.— Flowcharts for the diagnosis and treatment of acute cholangitis and cholecystitis : Tokyo Guidelines. *J Hepatobiliary Pancreat Surg*, 2007, **14**, 27-34.
4. Leung JWC, Ling TKW, Chan RCY, et al.— Antibiotics, biliary sepsis and bile duct stones. *Gastrointest Endosc*, 1994, **40**, 716-721.
5. Westphol JF, Brogard JM.— Biliary tract infections. A guide to drug treatment. *Drugs*, 1999, **57**, 81-91.
6. Tanaka A, Takada T, Kawarada Y, et al.— Antimicrobial therapy for acute cholangitis : Tokyo Guidelines. *J Hepatobiliary Pancreat Surg*, 2007, **14**, 59-67.
7. Leese J, Neoptolemos JP, Baker AR, et al.— Management of acute cholangitis and the impact of endoscopic sphincterotomy. *Br J Surg*, 1986, **73**, 988-992.
8. Gogel HK, Runyon BA, Volpicelli NA, et al.— Acute suppurative obstructive cholangitis due to stones: treatment by urgent endoscopic sphincterotomy. *Gastrointest Endosc*, 1987, **33**, 210-213.
9. Lai ECS, Mok FPT, Tan ESY, et al.— Endoscopic biliary drainage for severe acute cholangitis. *N Engl J Med*, 1992, **326**, 1582-1586.
10. Leung JWC, Chung SCS, Sung JJY, et al.— Urgent endoscopic drainage for acute suppurative cholangitis. *Lancet*, 1989, **1**, 1307-1309.
11. Sugiyama M, Atomi Y.— The benefits of endoscopic nasobiliary drainage without sphincterotomy for acute cholangitis. *Am J Gastroenterol*, 1998, **93**, 2065-2068.
12. Lee DHW, Chan ACW, Lam YH, et al.— Biliary decompression by nasobiliary catheter or biliary stent in acute suppurative cholangitis : a prospective randomized trial. *Gastrointest Endosc*, 2002, **56**, 361-365.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Dr P. Gast, Chef de Clinique, Service de Gastro-Entérologie, CHU de Liège, Belgique.
Email : p.gast@chu.ulg.ac.be