

Protocole Médecine d'Urgences	Service émetteur : Service d'Accueil des Urgences Pôle : Médecine d'urgences
Angiocholite	Version : 2 Date d'application : 01/2023

Prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'angiocholite.

1. Définition

Infection d'origine biliaire secondaire à une obstruction de la Voie Biliaire Principale (VBP) par un calcul (90% des cas) ou par une tumeur (ampullome, cholangiocarcinome, pancréatite chronique...), un parasite, ou lors d'une dysfonction d'un drainage biliaire en place (drain radiologique ou prothèse endoscopique). Elle s'accompagne souvent d'une bactériémie.

2. Présentation clinique

- Syndrome infectieux au premier plan : **sepsis/choc**.
- **Douleur de l'hypochondre droit, fièvre, ictère fluctuant** et pouvant être retardé de plus de 24h (avec urines foncées et selles décolorées), confusion, hypotension.
- La triade classique douleur/fièvre/ictère est présente dans 70% des cas.
- Parfois : **douleur + fièvre + perturbation du bilan hépatique** ou **ictère + fièvre**.
- En cas de défense ou de grosse vésicule : suspecter une cholécystite associée.

3. Examens complémentaires

- Bilan biologique : NFS, ionogramme, fonction rénale, CRP, bilan hépatique, lipasémie, hémostase, hémocultures, + ECBU.
- Gazométrie + lactates (systématique)

NB :

Anomalies du bilan hépatique (cholestase, hyperbilirubinémie, cytolyse).

La cytolyse peut précéder de quelques heures la cholestase ictérique.

Syndrome inflammatoire.

Lipase élevée en cas de pancréatite associée.

Hémocultures souvent positives.

- **Echographie** à la recherche d'une dilatation des voies biliaires (> 8mm).
- **Scanner abdominal APC** : toute angiocholite avec dilatation de la VBP à l'échographie doit être convertie en scanner injecté pour un bilan étiologique précis, si l'origine lithiasique n'est pas affirmée par l'échographie.

NB : *Dans environ 20 à 30% des cas, les lithiases de la VBP n'entraînent pas de dilatation (soit parce que l'obstacle est incomplet soit parce que la voie biliaire n'a pas eu le temps de se dilater).*

Rédigé par : Tom VERCELLONE

Vérifié par : Nicolas CARRERE ; Marie-Angèle ROBIC ; Adrien LE MEUR ; Anne GUILLERMIN

Approuvé par : Nathalie VINNEMANN ; Charles Henri HOUZE CERFON

Protocole Médecine d'Urgences	Service émetteur : Service d'Accueil des Urgences Pôle : Médecine d'urgences
Angiocholite	Version : 2 Date d'application : 01/2023

4. Diagnostics différentiels

- Hépatite alcoolique aigüe, hépatite virale ou toxique.
- Cholécystite avec compression de la voie biliaire principale.
- Sepsis sévère et choc septique d'autre étiologie (pouvant entraîner un ictère)

5. Prise en charge

- Toute angiocholite sévère doit bénéficier d'une décompression biliaire, chirurgicale ou endoscopique (CPRE par le gastro-entérologue), dans les 24-48h.
- Une CPRE en urgence est indiquée en cas d'angiocholite sévère ne répondant pas au traitement médical (instabilité hémodynamique malgré expansion volémique et antibiothérapie IV) ou d'angiocholite associée à une pancréatite aiguë.
- Dans tous les autres cas d'angiocholite lithiasique, la prise en charge chirurgicale est la règle, en fonction de l'état général du patient.
- **Angiocholite avec choc septique (catécholamines) → Allo Gastro-entérologue (CPRE en urgence) + Allo Réanimateur.**
- **Angiocholite non lithiasique, grave ou non (pancréatite chronique, ampullome, cholangiocarcinome...) → Allo Gastro-entérologue.**
- **Angiocholite lithiasique non grave → Allo Chirurgien digestif (cholécystectomie +/- cholédotomie pendant l'hospitalisation).**

+ dans tous les cas : **Traitement médical urgent :**

- VVP, à jeun, antalgiques, antiémétiques.
- Prise en charge du sepsis : antibiothérapie +/- remplissage +/- Noradrénaline.
- L'antibiothérapie doit être débutée en IV et en urgence dès que les hémocultures sont prélevées, si possible dans l'heure suivant l'admission du patient.

Communautaire non grave	Augmentin 1g x3/j Ou Ceftriaxone 1g/j + Métronidazole 500mg x3/j
<i>Communautaire non grave avec allergie aux βlactamines</i>	<i>Lévofoxacine 500mg x2/j + Métronidazole 500mg x3/j</i> <i>+ Gentamicine 5mg/kg</i>
Grave et/ou nosocomial	Tazocilline 4g x3/j + Amikacine 30mg/kg
<i>Grave et/ou nosocomial avec allergie aux βlactamines</i>	<i>Aztréonam 1g x3/j + Métronidazole 500mg x3/j</i> <i>+ Amikacine 30mg/kg</i>
Choc septique dans un contexte nosocomial ou avec FdR de BMR	Meropenem 1g x3/j + Amikacine 30mg/kg

Rédigé par : Tom VERCELLONE

Vérifié par : Nicolas CARRERE ; Marie-Angèle ROBIC ; Adrien LE MEUR ; Anne GUILLERMIN

Approuvé par : Nathalie VINNEMANN ; Charles Henri HOUZE CERFON

Protocole Médecine d'Urgences	Service émetteur : Service d'Accueil des Urgences Pôle : Médecine d'urgences
Angiocholite	Version : 2 Date d'application : 01/2023

NB :

- *Pas d'adaptation au DFG des premières doses d'antibiotique (J1).*
- *FdR de BMR : C3G ou fluoroquinolones < 3 mois, EBLSE ou P. aeruginosa résistant à la Ceftazidime < 3 mois, Ehpac/SSR avec SAD ou gastrostomie, échec d'un traitement par C3G/Fluoroquinolone/Tazocilline, récurrence < 15 jours d'une infection traitée par Tazocilline pendant au moins 3 jours, hospitalisation à l'étranger < 12 mois.*
- *Les troubles de l'hémostase liés à la cholestase peuvent être corrigés par l'administration de vitamine K.*
- *Idéalement la CPRE nécessite une bonne hémostase (Plaquettes > 50000, TP > 60%, absence d'anticoagulant).*
- *En cas d'urgence, la mise en place d'une endoprothèse biliaire sans sphinctérotomie doit être envisagée, notamment en cas de trouble de l'hémostase non corrigé.*

6. Complications

- **Choc septique et SDMV**
- **Pancréatite**
- **Abcès hépatique** : abcès bilio-septique souvent multiples.
- **Pyléphlébite**
- **Péritonite biliaire**
- **Insuffisance rénale** : fonctionnelle liée au sepsis ou liée à la rétention des acides biliaires néphrotoxiques (nécrose tubulaire aigue sur angiocholite urémigène).

7. En cas de prothèse biliaire

- La présence d'aérobilie au scanner confirme que la prothèse est bien fonctionnelle.
- L'infection des voies biliaires est rare si la prothèse est fonctionnelle.
- En cas d'infection sur prothèse bouchée (tableau d'angiocholite) : traitement médical comme toute angiocholite et avis du gastro-entérologue (changement de la prothèse ?).

8. En cas de drain biliaire

- Si le drain biliaire est clampé, celui-ci devra être déclampé.
- Le service référent du patient (gastro-entérologie, chirurgie digestive ou oncologie) en liaison avec l'équipe de radiologie interventionnelle décidera de la réalisation d'une cholangiographie avec éventuellement changement du ou des drains biliaires.

Rédigé par : Tom VERCELLONE

Vérifié par : Nicolas CARRERE ; Marie-Angèle ROBIC ; Adrien LE MEUR ; Anne GUILLERMIN

Approuvé par : Nathalie VINNEMANN ; Charles Henri HOUZE CERFON

Protocole Médecine d'Urgences	Service émetteur : Service d'Accueil des Urgences Pôle : Médecine d'urgences
Angiocholite	Version : 2 Date d'application : 01/2023

9. Critères d'hospitalisation

Tout patient atteint d'angiocholite doit être hospitalisé.

Rédigé par : Tom VERCELLONE

Vérifié par : Nicolas CARRERE ; Marie-Angèle ROBIC ; Adrien LE MEUR ; Anne GUILLERMIN

Approuvé par : Nathalie VINNEMANN ; Charles Henri HOUZE CERFON