

Prise en charge de l'angiocholite aiguë lithiasique

C. Brévard, *Brest*

Journées de DESC
juin 2010, *Poitiers*

L'angiocholite aiguë

- Un diagnostic clinique :
 - > La traditionnelle triade de Charcot :
 - Fièvre,
 - Douleur,
 - Ictère,
 - Choc septique et confusion → Pentade de Reynolds *Reynolds et al, Ann. Surg. 1959*

Etude prospective : 22% des patients présentant une bile purulente lors d'une cholécotomie chirurgicale présentaient effectivement les 3 critères de Charcot. Csendes et al, BJS, 1992

Tokyo guidelines, 2006

J Hepatobiliary Pancreat Surgery, 2007

Définition :

- Présence des 3 critères de la triade de Charcot,

OU

- Présence de 2 critères sur 3 avec :
 - > Présence d'une réponse inflammatoire biologique,
 - > Et/ou perturbation du bilan hépatique,
 - > Et/ou mise en évidence d'une dilatation biliaire ou d'un calcul

Classification en 3 niveaux de gravité :

- Faible (grade I) : réponse au ttt médical,
- Modéré (grade II) : pas de réponse au ttt médical sans dysfonction d'organe,
- Sévère (grade III) : pas de réponse au ttt médical avec dysfonction d'organe (hypoTA, confusion, IRA),

→ *ainsi, le niveau de gravité de l'angiocholite aiguë est dictée par la réponse clinique au ttt médical*

La thérapeutique consiste en :

- L'administration d'un traitement antibiotique par voie intraveineuse,
- Associée à un drainage biliaire.

Le choix de l'antibiothérapie

- Fonction des protocoles locaux et adaptée au patient,
 - > 3 jours pour une forme de gravité faible,
 - > 7 jours pour les formes modérées et sévères.
- *Etude sur 80 patients ayant eu une CPRE avec succès : pas de différence significative en terme de guérison entre 3 jours et 5 jours d'antibiothérapie. Van Lent et al, 2002, Gastrointest. Endosc.*

Le drainage biliaire

- Drainage endoscopique +++
 - > *Etude de Lai et al, 1992, NEJM*
 - > *groupe “drainage chirurgical” vs “drainage endoscopique” a significativement :*
 - *plus de complications post-op, 66% vs 34%, $p < 0,05$*
 - *plus de mortalité post-op, 32% vs 10%, $p < 0,03$*

Le timing du drainage

- Il est fonction de la sévérité du tableau :
 - > Grade I : dans les jours suivants l'épisode,
 - > Grade II : dans les 24 – 48 heures,
 - > Grade III : en urgence.
- ➔ *Dans tous les cas, les patients devront bénéficier du drainage pour éviter la récurrence*

Quel type de drainage ?

- La CPRE +++ :
 - > Opérateur entraîné,
 - > Moins invasive,
 - > Extraction possible d'un ou plusieurs calculs,
 - > Possible même en cas de coagulopathie,
 - > Moins irradiant.
- Si échec ou non réalisable : drainage percutané des voies biliaires.

Les indications du drainage chirurgical

- Échec du drainage endoscopique ou percutané,
- Contre-indication aux méthodes précédentes,
- Dérivation bilio-digestive, anse de Roux en Y,
- L'absence d'endoscopiste dans l'environnement.

- Être le plus rapide possible,
- Être le moins invasif,
- Mise en place d'un tube en T (drain de Kehr). *Salzstein et al, Surgery, 1983*

Drain naso-biliaire? Stent?

- Deux études randomisées ne montrent pas de différence significative entre les 2 techniques en terme de taux de succès, d'efficacité et de morbidité. *Lee et al, Gastrointest Endosc, 2002, Sharma et al, Endoscopy, 2005*
- Stent :
 - > moins d'inconfort
 - donc privilégié

La sphincterotomie endoscopique (SE), faut-il la réaliser?

- 2 séries de cas :
 - > Stent avec ou sans SE, *HUI et al, Gastrointest. Endosc, 2003*
 - > Drain naso-biliaire avec ou sans SE, *Sugiyama et al, Gastroenterol, 1998*
- Pas de différence significative de taux de succès et d'efficacité du drainage entre ces 2 méthodes mais un taux de complications plus élevée (surtout hémorragiques)

Donc :

● *Tokyo consensus meeting :*

- > *La réalisation de la sphincterotomie endoscopique est essentielle mais elle dépend de l'état du patient et de l'entraînement de l'opérateur.*
- > *Deux éléments doivent être pris en compte :*
 - *L'état du patient,*
 - *Le nombre et la taille des calculs,*
- > *Afin de décider de la réalisation du "one-stage".*

Dans tous les cas :

- Tout patient ayant eu une angiocholite aiguë lithiasique devra bénéficier secondairement d'une cholecystectomie :
 - > *Hammarstrom et al, BJS, 1995*
 - Réduction significative du nombre de complications biliaires et du risque de récurrence,
 - > *Lau et al, Gastroenterology, 2006*
 - Essai randomisé,
 - Réduction significative des complications biliaires, 24% (vésicule en place) vs 7% (cholecystectomisés) avec une prévalence respective de 14,6% vs 6% de l'angiocholite aiguë.