

LA VIGNETTE DIAGNOSTIQUE DE L'ÉTUDIANT

Approche diagnostique d'une angiocholite

P. GAST (1)

RÉSUMÉ : L'angiocholite désigne l'infection aiguë de la voie biliaire principale par des germes entériques. Elle est favorisée par un obstacle à l'écoulement de la bile, le plus souvent lithiasique. Le diagnostic peut être posé face à la triade: douleur biliaire, fièvre, ictère. Dix pour cent des malades évoluent rapidement vers un état septique grave. Les éléments anamnestiques, cliniques, biologiques et radiologiques permettant de conforter le diagnostic et d'optimiser la prise en charge vont être discutés.

MOTS-CLÉS : Angiocholite - Diagnostic - Lithiase biliaire - Septicémie

CLINICAL DIAGNOSIS OF ACUTE CHOLANGITIS

SUMMARY : Acute cholangitis develops as the result of infection by enteric organisms and obstruction of the biliary tract, mainly by stones. Diagnosis is highly probable if patient complains of biliary pain, fever and jaundice. Almost 10% of patients will develop a life-threatening disease. Clinical, biological and radiological features relevant for the diagnosis and management will be discussed.

KEYWORDS : Acute cholangitis - Diagnosis - Biliary stone - Sepsis

INTRODUCTION

L'angiocholite correspond à l'infection aiguë de la voie biliaire principale ou des voies biliaires intra-hépatiques. Elle est habituellement due à la combinaison d'une infection de la bile et d'une augmentation de la pression locale. Le mécanisme favorisant le passage des bactéries dans la bile reste discuté. Deux théories sont proposées : une théorie portale et une théorie ascendante à partir du duodénum (1, 2). Pour se développer, l'angiocholite nécessite donc un obstacle, en général incomplet. La cause de loin la plus fréquente (90%) est la lithiase. Il existe d'autres causes plus rares d'obstacle : les parasites migrants (ascaris ou douve), les tumeurs (ampoule de Vater, pancréas ou voie biliaire), les malformations. L'angiocholite peut aussi être la conséquence d'un geste chirurgical ou endoscopique, provoquant un traumatisme de la voie biliaire.

L'infection est habituellement liée à des germes de la flore intestinale, essentiellement des germes Gram négatifs. *Escherichia coli* est le plus fréquent; ce dernier, *Klebsiella* et *Enterobacter* représentent les trois quarts des germes isolés dans la bile. Une infection polymicrobienne est observée dans 30 à 87% des cas. Des germes anaérobies sont rarement trouvés dans des voies biliaires anatomiquement normales, mais peuvent contribuer à l'infection en cas de sténose ou de fistule bilio-digestive (3).

Le traitement repose sur deux approches complémentaires : une antibiothérapie 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. Le traitement optimal consiste en une sphinctérotomie et une extraction de toutes les lithiases détectées dans la voie biliaire principale (4-7).

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 aiguë. Ces formes graves sont observées chez 10 à 15% des malades (8-10).

L'approche diagnostique de l'angiocholite sera décrite dans cette vignette. Le diagnostic d'angiocholite est, avant tout, un diagnostic clinique, basé sur la triade de Charcot, conforté par des examens biologiques et d'imagerie. La sévérité de la situation clinique doit être prise en compte pour décider de l'urgence de l'intervention thérapeutique.

PRÉSENTATION DE LA VIGNETTE CLINIQUE

Madame SL est âgée de 81 ans et vit en maison de soins. Parmi ses antécédents, on note un accident vasculaire dont elle a bien récupéré. Elle est, depuis lors, traitée par aspirine. Elle a bénéficié d'une cholécystectomie pour cholécystite aiguë en 2009. Elle est admise, en début de nuit, aux urgences pour vomissements et confusion d'installation rapide. A l'examen clinique, on note un ictère conjonctival, il n'y

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

a pas de fièvre, l'auscultation pulmonaire est banale, la palpation abdominale se révèle à peine plus sensible à droite.

La biologie prélevée montre un hémogramme normal, une discrète hyperleucocytose, un taux de plaquettes normal, il existe un syndrome inflammatoire modéré (C-réactive protéine ou CRP à 58 mg/l; N : 0-6), l'urée est mesurée à 0,72 g/l (N : 0,15-0,53) et il existe une hyperkaliémie à 5,1 mmol/l. Une partie de la biologie est ininterprétable du fait d'une coagulation des échantillons, notamment les tests hépatiques. Les analyses d'urine sont normales. Un contrôle biologique est prévu pour le lendemain.

La patiente bénéficie, à l'admission, d'un scanner sans contraste qui montre une dilatation des voies biliaires intra- et extrahépatiques, sans obstacle objectivé. On évoque un cholédoque réservoir post-cholécystectomie. Il ne semble pas y avoir d'autre pathologie, mais la patiente a été peu collaborante ce qui a rendu l'examen difficile. Elle est gardée en surveillance. Le lendemain, la cholestase est confirmée : bilirubine totale : 4,8 mg/dl (N : 0,23-1). Compte tenu d'une orientation biliaire, et en l'absence d'étiologie au scanner, une échocystoscopie est demandée. Lors du monitoring de la patiente pour l'examen, on note une confusion, une apathie, une tachycardie et une saturation pulsée en oxygène abaissée à 80%, non corrigée par l'oxygénothérapie. L'hypothèse d'un sepsis sévère en développement est évoquée et la patiente transférée immédiatement en réanimation. Les contrôles biologiques vont montrer une thrombopénie rapidement évolutive : 50.000/mm³ plaquettes puis 10.000/mm³. Une insuffisance rénale se développe. La patiente est intubée, son état de choc nécessite des drogues vasopressives.

Dès l'obtention d'une stabilisation hémodynamique, la patiente est transférée en salle de radiologie pour une CRE. L'opacification du cholédoque confirme la présence de lithiases volumineuses, de la bile est prélevée pour culture et antibiogramme. Le geste thérapeutique doit être efficace et très rapide compte tenu de la précarité de l'état de la patiente selon les anesthésistes. Cependant, le taux de plaquettes et le temps de Quick abaissés ne permettent pas de réaliser une sphinctérotomie; une prothèse plastique large est donc mise en place afin d'assurer l'écoulement de la bile et du pus. La cholestase et le sepsis régressent rapidement, mais la patiente décède des com-

plications du choc sévère ayant entraîné une nécrose grêle étendue.

QUESTIONS POSÉES

- 1. Quels éléments l'anamnèse doit-elle rechercher en cas de suspicion d'angiocholite ?*
- 2. Que doit rechercher l'examen clinique en cas de suspicion d'angiocholite ?*
- 3. Que faut-il demander dans la biologie pour cerner le diagnostic et évaluer la gravité de la situation ?*
- 4. Quelle imagerie médicale faut-il éventuellement demander pour conforter le diagnostic ?*

RÉPONSES PROPOSÉES

1. QUELS ÉLÉMENTS L'ANAMNÈSE DOIT-ELLE RECHERCHER EN CAS DE SUSPICION D'ANGIOCHOLITE ?

Une anamnèse rigoureuse joue un rôle crucial dans l'approche diagnostique de l'angiocholite, comme dans de nombreuses autres pathologies (11).

a) Douleur

L'anamnèse doit préciser s'il existe une douleur abdominale et si elle oriente vers un phénomène biliaire. La douleur dans l'angiocholite est de type colique hépatique. Elle est à début brutal, d'intensité maximale d'emblée ou très rapidement, continue, sans position antalgique; elle siège, dans 2/3 des cas, au creux épigastrique et, dans 1/3 des cas, dans l'hypochondre droit. La douleur irradie souvent vers la pointe de l'omoplate droite ou vers le rachis ou l'épaule droite. Elle entraîne une gêne, voire une inhibition, respiratoire.

b) Fièvre

Il faut interroger le malade quant à l'existence de phénomènes pyrétiques, en faisant préciser leur chronologie par rapport à la douleur. La fièvre suit, en effet, de peu la douleur, elle est élevée, entre 39 °C et 41 °C, brutale avec frissons intenses, et ne dure que quelques heures ou quelques jours.

c) Ictère

L'ictère est identifié par le patient ou ses proches, il suit l'apparition des douleurs et de la fièvre, après un délai de 1 à 2 jours. Il peut être fugace. Il s'accompagne d'urines foncées et de selles décolorées.

La triade complète (triade de Charcot : douleur-fièvre-ictère) survient généralement dans cet ordre en un délai de 24 à 72 heures. Il faut savoir que la triade complète n'existe que chez 50 à 75 % des malades (12). Une présentation incomplète n'exclut donc pas le diagnostic d'angiocholite (tableau I).

d) Altération de l'état général

Face à une personne âgée ou un malade débilisé, l'entourage devra être interrogé sur tout changement récent et significatif : plaintes, anorexie, confusion...

e) Antécédents biliaires

L'interrogatoire doit se poursuivre avec la recherche d'éléments orientant vers l'étiologie biliaire : la connaissance d'une lithiasie de la vésicule ou, au contraire, un antécédent de cholécystectomie; l'existence dans le passé récent de crises similaires fera évoquer des épisodes récurrents de migration lithiasique. Par contre, des éléments tels qu'anorexie, perte de poids devront faire penser à une étiologie tumorale. Les antécédents chirurgicaux ou traumatiques doivent être précisés.

f) Comorbidités et médicaments

L'anamnèse doit également préciser les comorbidités et leur traitement. Ces informations sont utiles à l'anesthésiste, et la prise d'antiagrégants plaquettaires ou d'anticoagulants va influencer sur la réalisation de la CRE. Une catégorie particulière de malades impose une prise en charge encore plus rigoureuse : il s'agit des malades recevant des immunosuppresseurs.

TABLEAU I. TRIADE DE CHARCOT ORIENTANT VERS UN DIAGNOSTIC D'ANGIOCHOLITE (*)

<p>1. Douleur biliaire</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abdominale, de type colique hépatique - Creux épigastrique / hypochondre droit / irradiation <p>2. Fièvre</p> <ul style="list-style-type: none"> - Secondaire à la douleur - Elevée, transitoire, avec frissons <p>3. Ictère</p> <ul style="list-style-type: none"> - Secondaire à la douleur et à la fièvre - Cholestatique : urines foncées / selles décolorées <p>(*) Attention, cette triade n'est complète que dans moins de la moitié des cas.</p>

2. QUE DOIT RECHERCHER L'EXAMEN CLINIQUE EN CAS DE SUSPICION D'ANGIOCHOLITE ?

L'examen clinique doit rechercher une sensibilité de l'hypochondre droit, pouvant aller jusqu'à la douleur avec défense.

La température devra systématiquement être prise. Elle peut être normale au moment de l'examen, les pics fébriles étant élevés mais fugaces.

En l'absence d'ictère cutané franc, un sub-ictère conjonctival sera recherché.

La mesure de la pression artérielle et de la fréquence cardiaque est indispensable; toute cyanose, avec marbrures des extrémités, doit alerter le clinicien sur la possibilité de l'installation d'un choc. Une hypotension est parfois l'unique symptôme chez une personne âgée ou chez un patient immunodéprimé.

Toute détérioration aiguë récente de l'état du patient (dyspnée, confusion...) doit être considérée comme un signe de gravité. L'association d'un choc et d'une confusion à la triade de Charcot constitue "la pentade de Reynolds" (3). Elle signe une cholangite suppurée avec morbi-mortalité élevée.

Par contre, l'existence d'une détérioration plus ancienne et en aggravation progressive doit faire craindre une étiologie néoplasique. L'examen recherchera alors une hépatomégalie, une masse abdominale, des adénopathies.

Enfin, la recherche d'autres foyers infectieux (pulmonaire, urinaire, ...) s'impose si l'étiologie biliaire ne semble pas devoir être retenue.

3. QUE FAUT-IL DEMANDER DANS LA BIOLOGIE POUR CERNER LE DIAGNOSTIC ET ÉVALUER LA GRAVITÉ DE LA SITUATION?

La biologie doit confirmer la cholestase, exclure une pancréatite associée, quantifier l'état septique, rechercher des signes de gravité, apporter les informations nécessaires à l'anesthésie et à la réalisation de la CRE si on se dirige vers une prise en charge en urgence.

- Cholestase : les tests hépatiques montrent constamment une élévation des phosphatases alcalines et de la bilirubine conjuguée, ainsi que des transaminases dans 80 % des cas. Si le malade est vu tôt au début des douleurs, la cholestase peut être absente, remplacée par une cytololyse avec une élévation très nette des transaminases due à la répercussion sur les hépatocytes de la mise en tension brutale de l'arbre biliaire. Cette cytololyse disparaît très rapidement et fait place à la cholestase si l'obstacle persiste.

- Pancréatite associée : demander le dosage des lipases.

- Sepsis : hyperleucocytose ($> 12.000/mm^3$ globules blancs) avec polynucléose, augmentation de la CRP; des hémocultures au moment des frissons doivent être systématiquement prélevées.

- Signes de gravité et informations utiles à la suite de la prise en charge: urée, créatinine; ionogramme; pH; taux de plaquettes et Quick.

Dans ce contexte d'angiocholite, le constat d'une anémie ferriprive doit évoquer un saignement chronique à partir d'une tumeur ampullaire maligne, ulcérée.

4. QUELLE IMAGERIE MÉDICALE FAUT-IL ÉVENTUELLEMENT DEMANDER POUR CONFORTER LE DIAGNOSTIC ?

Rappelons que le diagnostic d'angiocholite est essentiellement clinique (tableau I). Par conséquent, le recours à l'imagerie diagnostique dépendra de l'existence ou non de signes de gravité. Si le malade est en choc septique et le diagnostic d'angiocholite hautement probable, la priorité sera donnée à la réanimation et à la réalisation d'un drainage biliaire en urgence.

Seuls les malades stables pourront obtenir un bénéfice de la réalisation d'un bilan complémentaire. Les examens suivants seront discutés au cas par cas (tableau II).

- Echotomographie abdominale supérieure : cet examen *princeps* cherche à confirmer deux points importants : d'une part, l'étiologie lithiasique, en montrant la lithiasie vésiculaire, d'autre part, l'obstacle, par la démonstration d'une dilatation des voies biliaires intra-extra-hépatiques, qui est présente dans 80 à 90 % des cas. Un cholédoque non dilaté n'exclut cependant pas le diagnostic. Le calcul cholédocien n'est mis en évidence que dans 15 à 30 % des cas.

- CT scan abdominal : cet examen peut confirmer la présence de lithiasies vésiculaires et/ou cholédociennes, lorsqu'elles sont radio-opaques et de taille suffisante, et confirmer un obstacle en montrant une dilatation de la voie biliaire. Il n'apporte donc pas plus de renseignements que l'échographie et l'injection de produit de contraste est contre-indiquée si le malade est en insuffisance rénale. Il n'est réellement utile que si un doute diagnostique persiste.

- Echoendoscopie biliaire : c'est le meilleur examen (sensibilité supérieure à 90 %) pour

TABLEAU II. INTÉRÊTS ET LIMITES DES DIFFÉRENTS EXAMENS D'IMAGERIE DANS LE DIAGNOSTIC D'UNE SUSPICION D'ANGIOCHOLITE

Ultrasons abdomen supérieur	Examen princeps Obtention aisée Lithiasie vésiculaire ? Dilatation des voies biliaires ?	Positif dans 80-90% des cas
CT scanner	Contraste ? Fonction rénale ? Recherche d'une autre étiologie en cas de doute diagnostique	
Echoendoscopie	Lithiasie cholédocienne ? Éviter une CRE blanche chez une femme enceinte ou un sujet jeune	Sensibilité diagnostique de 90% pour un calcul < 5 mm
IRM biliaire	Suspicion de tumeur ou d'anomalie morphologique des voies biliaires	
CRE (*)	Examen diagnostique et thérapeutique : sphinctérotomie et extraction des calculs ou mise en place d'une prothèse à réaliser rapidement en cas de cholangite suppurée ou de réalisation différée chez un malade stable	
(*) Les 4 premières modalités sont des examens diagnostiques non thérapeutiques, devant céder la place à la CRE (Cholangiographie Rétrograde Endoscopique) urgente lorsque la situation l'impose.		

visualiser des petits calculs (< 5 mm). Elle n'est cependant utile que si un doute persiste, chez un malade stable, ou lorsqu'on souhaite éviter une CRE blanche (absence de lithiasie résiduelle) chez une femme enceinte ou un sujet jeune. Dans certains centres, elle est effectuée au cours de la même anesthésie et juste avant la CRE.

- IRM biliaire : elle n'a pas sa place dans la prise en charge d'une angiocholite d'étiologie biliaire classique; elle sera éventuellement discutée, en fonction de la disponibilité de la technique et de la stabilité du patient, en cas de suspicion d'anomalie morphologique des voies biliaires, qu'elle soit tumorale, iatrogène, cicatricielle, congénitale...

CONCLUSION ET MESSAGES CLÉS

- Au cours de l'angiocholite lithiasique, la triade de Charcot (douleur biliaire, fièvre, ictère) n'est présente au complet que dans moins de 50% des cas; les symptômes sont souvent dissociés. Il faut être particulièrement vigilant chez les sujets âgés ou immunodéprimés.

- Une angiocholite lithiasique est possible après cholécystectomie et même après sphinctérotomie endoscopique, le plus souvent du fait d'une lithiase résiduelle.

- La confusion chez le sujet âgé est synonyme de gravité, imposant un diagnostic rapide et une prise en charge urgente.

Les principes du traitement de l'angiocholite aiguë seront discutés dans une prochaine vignette à visée thérapeutique.

BIBLIOGRAPHIE

1. Hanau LH, Steigbigel NH.— Acute (ascending) cholangitis. *Inf Dis Clin N Am*, 2000, **14**, 521-540.
2. Van den Hazel SJ, Speelman P, Tytgat GNJ, et al.— The pathogenesis of bacterial cholangitis. *Eur J Gastroenterol Hepatol*, 1994, **6**, 1053-1057.
3. Reynolds BM, Dargan EL.— Acute obstructive cholangitis – a distinct clinical syndrome. *Ann Surg*, 1958, **150**, 289-303.
4. 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.
5. 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.
6. Lai ECS, Mok FPT, Tan ESY, et al.— Endoscopic biliary drainage for severe acute cholangitis. *N Engl J Med*, 1992, **326**, 1582-1586.
7. Leung JWC, Chung SCS, Sung JY, et al.— Urgent endoscopic drainage for acute suppurative cholangitis. *Lancet*, 1989, **1**, 1307-1309.
8. Tanaka A, Takada T, Kawarada Y, et al.— Antimicrobial therapy for acute cholangitis : Tokyo Guidelines. *J Hepatobiliary Pancreat Surg*, 2007, **14**, 59-67.
9. 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.
10. 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.
11. Scheen AJ.— L'anamnèse médicale, étape initiale capitale pour l'orientation diagnostique. *Rev Med Liège*, 2013, **68**, 599-603.
11. Anciaux MI, Pelletier G, Attali P, et al.— Prospective study of clinical and biochemical features of symptomatic choledocolithiasis. *Dig Dis Sci*, 1986, **31**, 449-453.

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