

**ITEM N° 258 : LITHIASSE BILIAIRE ET COMPLICATIONS  
COMPLICATIONS INFECTIEUSES : ANGIOCHOLITE ET CHOLESCYSTITES**

**OBJECTIFS TERMINAUX**

- I. Diagnostiquer une lithiasse biliaire et ses complications : voir enseignement de chirurgie viscérale**
- II. Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge**
- III. Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient**

**PHYSIOPATHOLOGIE DES COMPLICATIONS INFECTIEUSES**

- Dans la majorité des cas mécanisme obstructif initial responsable d'une stase du liquide biliaire, puis de son infection au niveau du canal cystique et de la vésicule (cholécystite) ou de la voie biliaire principale (angiocholite) : lithiasse principalement, tumeur, plus rarement parasite (ascaris, douve...). La présence d'un ictère, spécifique de l'angiocholite, différencie ces 2 entités. Le terrain habituel est la femme de plus de 60 ans, volontiers pléthorique.
- Bactéries en cause : entérobactéries (notamment *Escherichia coli*) et les anaérobies (notamment *Bacteroides fragilis*) et à un moindre degré les entérocoques dont la prise en compte systématique est discutée, isolés soit à partir des prélèvements *per* opératoires (liquide péritonéal, tissus nécrotiques...), soit sur les hémocultures.

**CHOLECYSTITE**

- Début en règle brutal avec frissons, température à 39 °C, douleur de l'hypocondre droit avec défense inhibant l'inspiration profonde, parfois masse sous hépatique palpable ; polynucléose, transaminases modérément élevées, hémocultures parfois positives ; VS, CRP élevées.
- Echographie abdominale : vésicule à paroi épaissie (> 3 mm), calcul(s), parfois lithiasse dans la voie biliaire principale qui peut déjà être dilatée.
- Formes compliquées :
  - o formes septicémiques, abcédées (pyocholécystite, abcès périvésiculaire), perforées avec péritonite localisée ou généralisée ou gangréneuse ;
  - o cholécystite gangréneuse, chez le diabétique, souvent due à *Clostridium* sp, pronostic sombre.
- Antibiothérapie probabiliste (Cf. infra) immédiate, ajustée selon les résultats bactériologiques. Cholécystectomie secondaire (en règle dans les 48 heures) sauf dans certaines formes compliquées (notamment avec péritonite ou si pyocholécyste à drainer par voie chirurgicale ou percutanée).

**ANGIOCHOLITE**

- Triade «douleur-fièvre-ictère». Valeur d'un antécédent de lithiasse connu. La fièvre élevée, oscillante, avec frissons précède en règle l'apparition de l'ictère rétionnel (qui peut cependant manquer).
- Hyperleucocytose, cholestase avec ou non cytolysse, hémocultures positives dans près de la moitié des cas (risque de choc septique), VS, CRP élevées.
- Echographie : dilatation des voies biliaires intra- ou extrahépatiques (calcul cholédocien+++, compression extrinsèque) (bilIRM si écho impossible).
- Libération chirurgicale ou *per* endoscopique des voies biliaires en urgence. Antibiothérapie probabiliste (Cf. infra) à instaurer d'emblée pour une durée de 10 jours.

**ANTIBIOTHERAPIE PROBABILISTE**

- Communautaire : association C3G (céfotaxime 3 à 6 g/j en 3 injections IV ou ceftriaxone 1 à 2 g/j en 1 injection IV) + métronidazole (500 mg x 3/j) ± aminosides les 2 premiers jours. Du fait de la possibilité de sensibilité diminuée d'*E. coli*, association amoxicilline-acide clavulanique non recommandée en 1<sup>re</sup> ligne. Si besoin, fluoroquinolone (ciprofloxacine, ofloxacine) en alternative à la C3G.
- Nosocomiale (angiocholite post-endoscopique) : associations pipéracilline/tazobactam + amikacine ou imipénem + amikacine.

**DOSSIER CLINIQUE : [DC 2008-112](#)**

**POUR EN SAVOIR PLUS**

**E. PILLY 2008**

**Chapitre 15**  
**Chapitre 41**