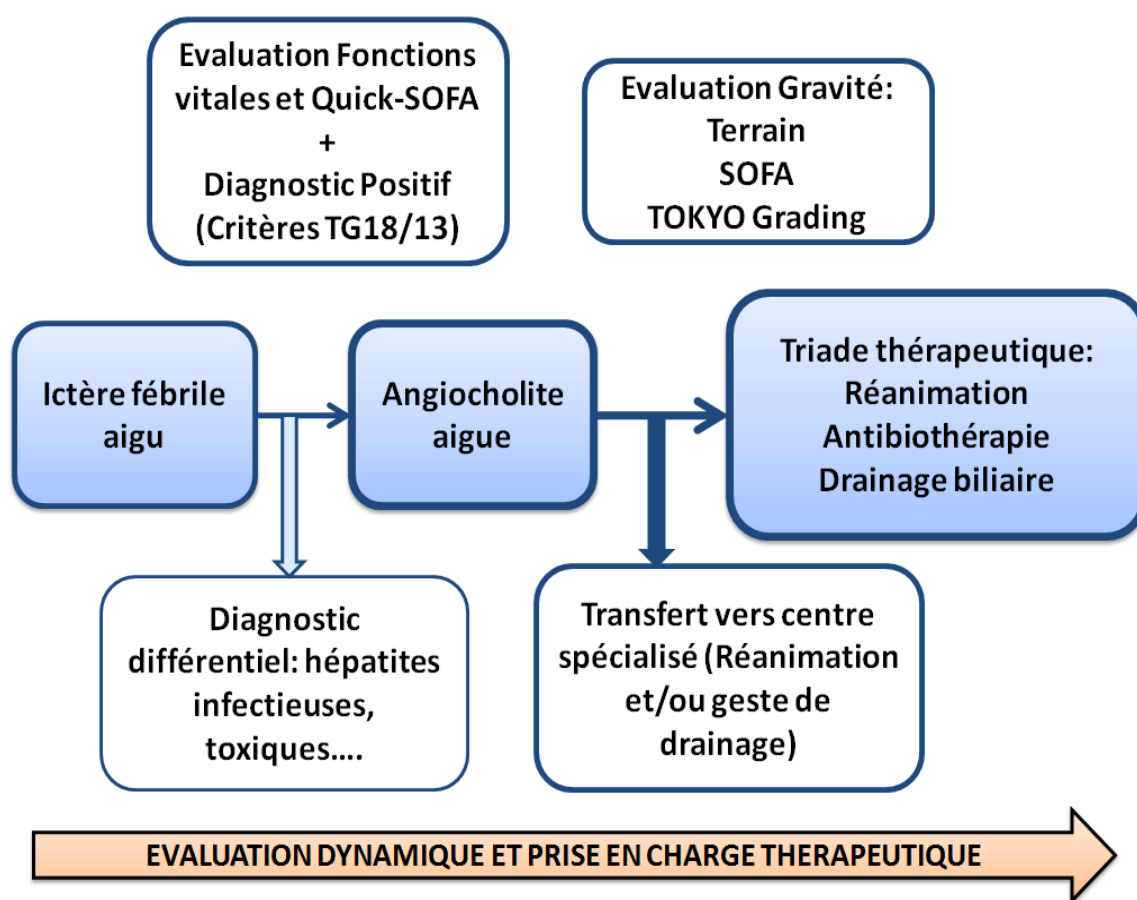


Protocole simplifié de prise en charge des angiocholites aiguës graves

L'organisation de la prise en charge, **multidisciplinaire**, doit se faire en étroite collaboration entre anesthésistes-réanimateurs, radiologues, endoscopistes, chirurgiens et microbiologistes selon un protocole codifié et adapté à chaque structure de soins.



Organigramme de prise en charge de l'angiocholite aiguë grave
(Adapté des Tokyo Guidelines 2018)

→ CONFIRMATION DIAGNOSTIQUE

☐ Dès suspicion du diagnostic d'angiocholite aigu → **Critères diagnostiques**

TG18/TG13

☐ Si diagnostic définitif difficile, réévaluer le patient toutes les 6 à 12 h en utilisant les critères diagnostiques, pour le confirmer.

Critères diagnostiques de Tokyo (TG18/TG13) pour l'angiocholite aiguë.

A. Inflammation systémique

A-1/ Fièvre (Température > 38°) **et / ou frissons.**

A-2/Réponse inflammatoire systémique : Leucocytes <4000 ou >10000 éléments/mm³, CRP ≥ 10 mg/l.

B. Cholestase

B-1/ Clinique : Ictère et Bilirubine Totale ≥ 20 mg/l.

B-2/ Biologique : Bilan hépatique perturbé : ASAT, ALAT, PAL, GGT (> 1,5 × N)

C. Imagerie

C-1/ Dilatation des voies biliaires.

C-2/ Evidence étiologique: obstacle visible (calcul, sténose, prothèse,...).

Diagnostic suspecté si: 1 critère A + 1 critère B ou C

Diagnostic confirmé si: 1 critère A + 1 critère B + 1 critère C

A-2 : Taux anormal de leucocytes, augmentation de la CRP ou d'autres indicateurs de l'inflammation.

B-2 : Augmentations du taux sérique des enzymes hépatiques (ASAT, ALAT, GGT, PAL)

D'autres facteurs peuvent contribuer au diagnostic de l'angiocholite aiguë : colique hépatique, antécédent d'une pathologie biliaire (calculs biliaires, prothèse biliaire, intervention sur les voies biliaires).

L'hépatite aiguë s'associe rarement à une réponse inflammatoire systémique marquée. Les sérologies virales sont recommandées en cas de diagnostic différentiel difficile.

C : **Echographie hépatobiliaire** en première intention.

TDM abdominale, Bili-IRM, échoendoscopie en deuxième intention.

→ EVALUATION DE LA GRAVITE

- ☐ Avant confirmation diagnostique → Evaluation clinique de la gravité : **quick-SOFA**.

Hypotension artérielle ($PAS \leq 100$ mmHg)	1 point
Fréquence respiratoire élevée (≥ 22 /min)	1 point
Altération de conscience ($GCS \leq 14$)	1 point

- ☐ Si quick-SOFA ≥ 1 → Admission en unité de soins intensifs + mise en condition :

- ✓ Monitoring standard : ECG, SpO₂, pression artérielle non invasive.
- ✓ Oxygénothérapie.
- ✓ Position demi-assise si détresse respiratoire et/ou neurologique, lever de jambes si détresse hémodynamique.
- ✓ 2 voies veineuses périphériques.
- ✓ Antalgiques (Eviter AINS).
- ✓ Bilan biologique et réanimation hydro électrolytique initiale (Cristalloïdes +++)
- ✓ Réévaluation ± Transfert.

- ☐ Dès confirmation du diagnostic d'angiocholite aigu → **Critères de gravité TG18/TG13.**

- ☐ Si angiocholite aiguë grave Grade III et/ou terrain particulier → Prise en charge en milieu de réanimation spécialisée.

- ☐ **Cinétique du score de SOFA** pendant le séjour en réanimation: au moment du diagnostic, dans les 24 h après le diagnostic puis toutes les 24 heures.

Critères de gravité de l'angiocholite aigue TG18/TG13

Grade III (Sévère) : Si angiocholite aigue + au moins 1 défaillance d'organes parmi les défaillances suivantes :

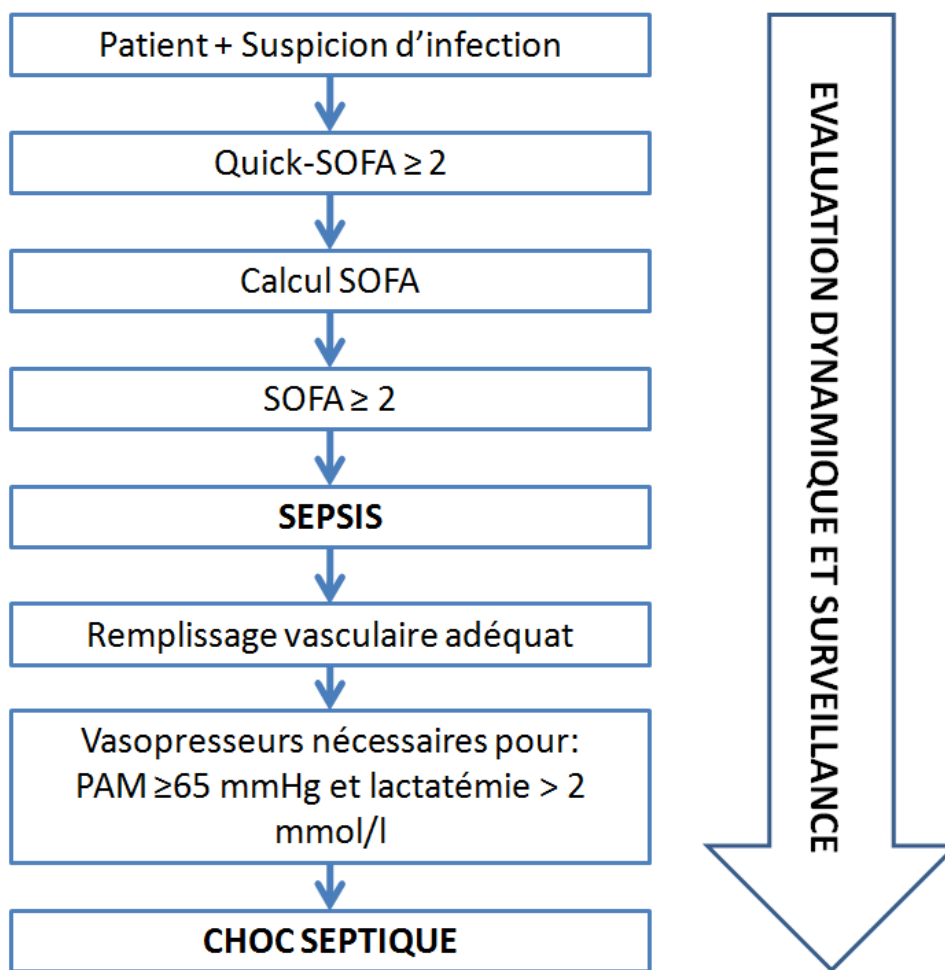
- ➔ **Cardiovasculaire:** Hypotension nécessitant le recours aux vasopresseurs.
- ➔ **Neurologique:** Trouble de conscience.
- ➔ **Respiratoire:** Détresse respiratoire aigue avec un rapport $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$.
- ➔ **Rénale:** Oligurie, taux de créatinine $> 20 \text{ mg/l}$.
- ➔ **Hépatique:** TP-INR > 1.5 .
- ➔ **Hématologique:** Taux de plaquettes $< 100,000/\text{mm}^3$.

Grade II (Modérée) : Si angiocholite aigue associée à 2 des critères suivants :

- ➔ Hyperleucocytose ou leucopénie ($> 12,000/\text{mm}^3$ ou $< 4000/\text{mm}^3$).
- ➔ Fièvre $\geq 39^\circ\text{C}$.
- ➔ Age > 75 ans.
- ➔ Hyper bilirubinémie (Taux de bilirubine totale $> 50 \text{ mg/l}$).
- ➔ Hypo albuminémie ($< 0.7 \times \text{N}$).

Grade I (Légère) : Si aucun des critères Grade III ni Grade II n'est présent au moment du diagnostic

Score de SOFA (Sequential Organ Failure Assessment)					
Variables/Score	0	1	2	3	4
$\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ (mmHg)	> 400	≤ 400	≤ 300	≤ 200	≤ 100
Plaquettes ($\times 10^3/\text{mm}^3$)	> 150	≤ 150	≤ 100	≤ 50	≤ 20
Bilirubine (mg/l)	< 12	12 - 19	20 - 59	60 - 119	> 120
Cardiovasculaire ($\mu\text{g/kg/min}$)	Pas hypotension	PAM < 70 mmHg	Dopa ≤ 5 or Dobu (any dose)	Dopa > 5 or nora $\leq 0,1$	Dopa > 15 or nora $> 0,1$
Glasgow Coma Scale	15	13 - 14	10 - 12	6 - 9	< 6
Créatinine (mg/l) Ou diurèse	< 12	12 - 19	20 - 34	35 - 49 ou $< 500 \text{ ml}/24\text{h}$	> 50 ou < 200 ml/24h
PAM : Pression artérielle moyenne, Dopa : Dopamine, Dobu: Dobutamine, Nora : Noradrénaline					



➔ PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

□ Si réanimation spécialisée et/ou plateau technique pour drainage biliaire indisponible :

- ✓ Mise en condition initiale.
- ✓ Réanimation hydro électrolytique et démarrer antibiothérapie.
- ✓ Transfert régulé vers une structure spécialisée.

MESURES DE REANIMATION	
Timing	Dès suspicion du diagnostic
Monitoring	<ul style="list-style-type: none"> • Standard : ECG, SpO₂, Pression non invasive, diurèse, température, glycémie capillaire, 2 VVP • Avancé : Abord veineux central, pression artérielle invasive, PVC, débit cardiaque • Biologique (personnalisé): NFS + plaquettes bilan hépatique, fonction rénale, bilan d'hémostase, bilan électrolytique et glycémie, CRP, groupage ABO-Rhésus, lactates, procalcitonine, gaz de sang artériel et veineux.
Réanimation liquidienne	<ul style="list-style-type: none"> • Cristalloïdes : Sérum salé 0,9%, Ringer lactate • Commencer par 30ml/kg puis continuer si réponse hémodynamique positive et absence de surcharge pulmonaire. • Colloïdes proscrits.
Traitement vasopresseur ± inotrope	<ul style="list-style-type: none"> • Noradrénaline et/ou adrénaline • Objectif PAM \geq 65 mmHg et lactates $<$ 2 mmol/l • Dobutamine si défaillance cardiaque à l'échocardiographie + signes clinico-biologiques de bas débit.
PEC respiratoire	<ul style="list-style-type: none"> • Oxygénothérapie • Ventilation mécanique protectrice si nécessaire
Traitement antalgique	<ul style="list-style-type: none"> • Eviter AINS
Traitements adjuvants	<ul style="list-style-type: none"> • HSHC 200mg/j si choc réfractaire • Insulinothérapie pour une glycémie $<$ 1,8 g/L • Produits sanguins, vitamine K et facteurs de coagulation • PEC nutritionnelle • Prophylaxie antithrombotique, de l'ulcère lié au stress • Epuration extra rénale si indication rénale

TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE		
Timing		Dans l'heure
Voie d'administration		Injectable intraveineuse
Molécules (Traitement empirique)	Angiocholite aiguë communautaire grave	Ceftriaxone + Métronidazole
	Angiocholite aiguë grave associée aux soins / après CPRE	Pipéracilline/tazobactam Ou Ceftazidime + Métronidazole Ou Carbapénème (Imipénème ou Ertapénème) \pm Vancomycine si suspicion d' <i>Entérocoque Faecium</i> (ou Tigécycline si allergie à la vancomycine)
Antibiothérapie initialement empirique puis secondairement adaptée aux résultats des cultures et d'antibiogrammes (prélèvement de bile et/ou hémocultures).		
Durée du traitement antibiotique	✓ 4 à 7 jours si la source infectieuse est contrôlée (= drainage efficace et fonctionnel). ✓ 7 à 10 jours si angiocholite survenant sur prothèse biliaire et obstruction levée. ✓ 15 jours minimum si présence confirmée de Cocci Gram + type entérocoque ou streptocoque (vu le risque d'endocardite infectieuse).	

DRAINAGE BILAIRE	
Timing	En urgence sans délai
Méthode de drainage	<ul style="list-style-type: none"> - Endoscopique transpapillaire par CPRE. - Percutané échoguidé si échec ou indisponibilité de la CPRE. - Chirurgical si échec ou indisponibilité des 2 premières.
Méthode de drainage endoscopique	<p>Dépend de l'état du patient, de l'existence d'une coagulopathie et de la maîtrise de l'endoscopiste.</p> <p>± Drainage nasobilaire externe ou drainage interne par prothèse.</p> <p>± Sphinctérotomie.</p> <p>± Dilatation papillaire.</p>
Impératifs pour le geste	<ul style="list-style-type: none"> - Information du patient et de sa famille. - Monitoring standard minimal : ECG, SpO2, Pression artérielle non invasive, diurèse, 2 voies veineuses périphériques. - Mesures de réanimation initiées (remplissage vasculaire, drogues vasoactives, transfusion, vitamine K, facteurs de coagulation ...) - Antibiothérapie administrée - Anesthésie générale avec contrôle des voies aériennes pour les drainages endoscopique et chirurgical. - Vigilance et communication avec l'opérateur (endoscopiste, radiologue interventionnel ou chirurgien). - Prélèvement de bile per geste obligatoire. - Surveillance des complications post geste : hémorragiques, septiques par décharges bactériennes ou perforation digestive, pancréatite post CPRE...