



## Urgence : angiocholite et cholécystite (infection des voies biliaires)

[Qu'est ce qu'une angiocholite aiguë ?](#)

[Quelles sont les anomalies anatomiques de l'angiocholite aiguë ?](#)

[Quels sont les signes d'une angiocholite aiguë lithiasique ?](#)

[Quelle est l'évolution habituelle de l'angiocholite aiguë ?](#)

[Quel est le traitement de l'angiocholite aiguë lithiasique ?](#)

[Quelles sont les causes fréquentes de la cholécystite aiguë ?](#)

[Quels sont les symptômes d'une cholécystite aiguë ?](#)

[Quelles tests sanguins peuvent parfois être anormaux au cours d'une cholécystite aiguë ?](#)

[Quel est l'intérêt de l'échographie dans la cholécystite aiguë ?](#)

[Quelles autres diagnostics peuvent ressembler à la cholécystite aiguë ?](#)

[Quelle est l'évolution habituelle d'une cholécystite aiguë ?](#)

[Quel est le traitement de la cholécystite aiguë ?](#)

**Mise en garde : Certaines urgences digestives sont susceptibles de mettre rapidement en jeu la vie du patient.** Les informations proposées ici le sont à titre indicatif et ne doivent en aucun cas servir à l'auto-diagnostic ou à l'auto-médication. L'avis d'un médecin est le seul moyen d'assurer une prise en charge médicale correcte

### 8.7.1. Qu'est ce qu'une angiocholite aiguë ?

L'angiocholite aiguë est une infection du contenu de la voie biliaire principale.

Elle est due à une infection compliquant un obstacle à l'écoulement de la bile. L'infection est due à des germes digestifs aérobies (*E. coli*, *Streptococcus faecalis*) ou anaérobies (*B. fragilis*). Le facteur mécanique est la lithiasie de la voie biliaire principale dans 90 % des cas.

Des causes plus rares sont parasitaires (ascaris, douve, vésicule hydatique) ou plus rarement d'autres obstacles (cancer des voies biliaires, du pancréas, de l'ampoule de Vater, malformation biliaire).

Une angiocholite peut se voir après une intervention sur les voies biliaires, une sphinctérotomie chirurgicale, une anastomose bilio-digestive, une plaie ou une sténose cicatricielle de la voie biliaire principale.

Elle peut compliquer un cathétérisme des voies biliaires ou une sphinctérotomie endoscopique.

### 8.7.2. Quelles sont les anomalies anatomiques de l'angiocholite aiguë ?

L'angiocholite est caractérisée par un épaississement inflammatoire des parois de la voie biliaire principale. La muqueuse est rouge et desquame par lambeaux. La bile peut être trouble ou remplacée par du pus franc.

L'angiocholite prolongée provoque une infiltration inflammatoire et fibreuse des tissus du pédicule hépatique et une thrombose portale peut en résulter.

### 8.7.3. Quels sont les signes d'une angiocholite aiguë lithiasique ?

Le diagnostic repose sur la triade douleur-fièvre-ictère dans cet ordre d'apparition et dans un délai de 24 à 72 heures. La douleur est à type de colique hépatique ; la fièvre suit de peu la douleur ; elle est élevée, entre 39 °C et 41 °C, brutale avec frissons, et ne dure que quelques heures ou quelques jours.

L'ictère apparaît 1 à 2 jours après ; il peut être de courte durée.

L'examen physique révèle parfois une hépatomégalie. Les signes biologiques sont ceux d'une infection sévère : leucocytose supérieure à 12 000 éléments, hémoculture positive au moment des frissons. On trouve en outre des signes de cholestase : augmentation nette des phosphatases alcalines et de la bilirubinémie conjuguée, parfois une augmentation des transaminases, rapidement régressive. L'hyperamylasémie est possible.

A l'échographie, la voie biliaire principale extra-hépatique et intra-hépatique est souvent dilatée. Cependant, ce signe n'est pas constant. Les calculs de la voie biliaire principale ne sont vus que dans 40 % des cas. La lithiasie vésiculaire est presque constante mais ce signe n'a pas une grande spécificité pour le diagnostic de migration calculeuse. Une échoendoscopie est le meilleur examen si le doute diagnostique persiste, ce qui est rare, le diagnostic étant principalement clinique.

### 8.7.4. Quelle est l'évolution habituelle de l'angiocholite aiguë ?

L'évolution de l'angiocholite est variable. En général, la crise ne dure que quelques jours sous antibiotiques, à la suite de quoi l'intervention peut se faire dans de bonnes conditions. Il est cependant des formes graves d'emblée soit par formation d'abcès miliaires du foie, soit par des manifestations générales de la septicémie, avec collapsus et surtout insuffisance rénale aiguë. Les critères de gravité d'une angiocholite aiguë sont l'augmentation de l'urée et/ou de la créatinine et de la kaliémie, l'âge supérieur à 60 ans, l'acidose, la thrombopénie < 150 000 / mm<sup>3</sup> et les troubles de la conscience (syndrome confusionnel).

### 8.7.5. Quel est le traitement de l'angiocholite aiguë lithiasique ?

Il faut traiter l'infection et lever l'obstacle à l'écoulement de la bile. L'antibiothérapie est administrée par voie intraveineuse et adaptée aux résultats de l'hémoculture. Elle peut être non spécifique, avec des antibiotiques à

élimination biliaire partielle, associée au métronidazole pour les germes anaérobies. Une ré-équilibration hydro-électrolytique est de plus nécessaire pour prévenir le collapsus et l'insuffisance rénale.

La levée de l'obstacle, c'est-à-dire du ou des calculs peut se faire par une intervention chirurgicale ou endoscopique. L'une ou l'autre doivent être faites en urgence dans les formes graves et en cas d'insuffisance rénale.

Dans l'angiocholite grave, la [sphinctérotomie endoscopique](#) en urgence est supérieure au traitement chirurgical. Elle permet le drainage de la rétention biliaire infectée ce qui ne préjuge pas du traitement ultérieur.

Le traitement chirurgical comprend une cholécystectomie, le nettoyage de la voie biliaire principale et l'ablation du ou des calculs. On termine par le drainage de la voie biliaire principale, soit vers l'extérieur par un drain de Kehr, soit vers le tube digestif par une anastomose bilio-digestive. L'intervention chirurgicale a l'avantage de traiter à la fois la lithiase du cholédoque et la lithiase vésiculaire.

L'intervention endoscopique se fait par sphinctérotomie endoscopique du sphincter d'Oddi. Elle a l'avantage d'éviter une laparotomie chez des sujets âgés, souffrant de tares viscérales associées et fragilisés par l'angiocholite. Elle a l'inconvénient de laisser la vésicule en place, vis-à-vis de laquelle une cholécystectomie à froid peut être décidée.

La lithiase résiduelle après cholécystectomie est une indication d'intervention endoscopique.

#### **8.7.6. Quelles sont les causes fréquentes de la cholécystite aiguë ?**

La cholécystite aiguë est le plus souvent une complication de la lithiase vésiculaire. Elle peut aussi compliquer un cancer sténosant du conduit cystique. Enfin, une cholécystite sans calculs (alithiasique) peut survenir au cours d'états de choc ou d'infections bactériennes (salmonellose, spirochétose et tous germes à Gram négatif), ou après un acte chirurgical.

#### **8.7.7. Quels sont les symptômes d'une cholécystite aiguë ?**

Une cholécystite aiguë est caractérisée par une douleur vive et sans rémission de l'hypocondre droit, augmentée par les mouvements et la respiration, un ou deux vomissements, et une poussée fébrile entre 38 °C et 39 °C. L'examen physique révèle une défense de l'hypocondre droit avec une douleur à la manœuvre de Murphy, qui est une inhibition à l'inspiration profonde, rarement une masse de l'hypocondre droit ou un sub-ictère. Ces signes sont très spécifiques (quasi pathognomoniques) lorsqu'ils existent dans ce tableau clinique.

#### **8.7.8. Quelles tests sanguins peuvent parfois être anormaux au cours d'une cholécystite aiguë ?**

Il peut exister une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles, parfois une discrète élévation de la bilirubinémie et des phosphatases alcalines. L'amylasémie peut être discrètement élevée.

#### **8.7.9. Quel est l'intérêt de l'échographie dans la cholécystite aiguë ?**

L'ASP montre rarement un ou des calculs radio-opaques. A l'échographie, la vésicule est parfois dilatée, contenant des calculs donnant un cône d'ombre, et dont la paroi est épaissie. Il existe le plus souvent une douleur lors du passage de la sonde en regard de la vésicule et la paroi de celle-ci est épaissie (<sup>3</sup> 4 mm). La voie biliaire principale intra-hépatique et extra-hépatique n'est pas dilatée.

#### **8.7.10. Quelles autres diagnostics peuvent ressembler à la cholécystite aiguë ?**

L'examen physique et les examens complémentaires permettent en général de distinguer la cholécystite aiguë d'autres affections douloureuses abdominales : pancréatite aiguë, appendicite aiguë sous-hépatique, périhépatite, le plus souvent à *Chlamydia trachomatis*, ainsi que des affections douloureuses extra-abdominales comme une pyélonéphrite aiguë, une embolie pulmonaire, un foie cardiaque aigu, une pneumonie lobaire inférieure droite ou une pleurésie droite.

#### **8.7.11. Quelle est l'évolution habituelle d'une cholécystite aiguë ?**

L'évolution d'une cholécystite aiguë traitée pourrait se faire vers la résolution de la crise en 48 heures à 15 jours. Dans 10 à 25 % des cas, des complications apparaissent : péritonite aiguë biliaire, abcès sous-phrénique, fistule cholécysto-duodénale ou cholécysto-colique.

#### **8.7.12. Quel est le traitement de la cholécystite aiguë ?**

Le traitement médical comprend les antibiotiques. Le traitement chirurgical est la cholécystectomie avec vérification de la voie biliaire principale. Il doit être envisagé dans les 48 premières heures. On a en effet montré qu'attendre le refroidissement de la cholécystite aiguë conduisait à une morbidité accrue par rapport à une intervention au moment de la poussée aiguë. La cholécystectomie peut être faite par laparotomie ou par cœlioscopie.