

Atrésie des voies biliaires
Prise en charge des cholangites bactériennes après intervention de Kasai

Le contact direct entre l'intestin et son contenu et les voies biliaires intrahépatiques dystrophiques peut être à l'origine d'une cholangite aiguë bactérienne, en particulier dans les premières semaines ou mois suivant l'intervention de Kasai (type hépato-portoentérostomie ou kystojéjunostomie). Cette infection peut être sévère, voire fulminante (choc septique).

Signes cliniques :

- Signes de sepsis (fièvre, hypothermie, mauvaise hémodynamique)
- Aggravation de l'ictère
- Selles décolorées
- Douleurs à la palpation du foie

Signes biologiques/imagerie/confirmation du diagnostic :

- Aggravation de la cholestase biologique
- Syndrome inflammatoire biologique
- Echographie abdominale à la recherche de cavités biliaires, augmentation des signes d'hypertension portale, ascite. Dans ce dernier cas envisager de une ponction exploratrice de l'ascite à visée bactériologique
- Hémocultures (positives dans 30-50% des cas), à faire dans la mesure du possible avant le début de traitement antibiotique. Si les hémocultures sont positives le diagnostic de cholangite est très probable. Si aucun germe est mis en évidence, discuter une ponction de cavité biliaire ou une biopsie hépatique à visée bactériologique. La biopsie du foie bien que rarement faite confirme histologiquement le diagnostic de cholangite. Une coproculture quantitative avec compte de germes est souvent utile pour orienter l'enquête bactériologique. En l'absence de germe identifié, le choix de l'antibiothérapie peut aussi tenir compte du germe impliqué dans une cholangite antérieure.

Germes impliqués :

E. coli, Proteus, Klebsiella, Enterobacter, Pseudomonas, Enterococcus, Bacteroides. Parfois plusieurs germes peuvent être associés.

Traitement :

- Antibiotiques **par voie iv en urgence**
- Eventuellement mesures de réanimation non spécifiques

Antibiotiques : Utiliser en première intention une association à large spectre:

Tazocilline + Amiklin ou

Claforan+Clamoxyl+Amiklin.

L'antibiothérapie sera adaptée en fonction des résultats des prélèvements bactériologiques.

Posologies :

Tazocilline (Pipéracilline+Tazobactam) 240 mg/kg/j en trois fois

Amiklin (Amikacin) 15 mg/kg/j en une fois

Claforan (Cefotaxim) 150mg/kg/j en trois fois.

Clamoxyl (Amoxicilline) 150 mg/kg/j en trois fois, plus Amiklin

Durée de traitement : idéalement 21 jours. Arrêter les aminosides après trois jours. La durée minimale de traitement iv est de l'ordre de 10 à 15 jours. En cas de problème de voie d'abord veineuse après 10 jours iv minimum, un relai par de la Ciprofloxacine (Ciflox) per os peut être envisagé si l'infection est bien contrôlée.

Causes favorisantes. En cas de cholangites récidivantes et/ou tardives une cause est à rechercher :

- Reflux dans une anse en Y trop courte ou antipéristaltique
- Torsion de l'anse en Y
- Cavité biliaire intrahépatique

En cas de doute sur l'existence d'une cholangite aiguë, débiter le traitement antibiotique iv puis l'arrêter 48 à 72 heures plus tard si pas d'arguments cliniques, biologiques et bactériologiques (hémocultures négatives).

En présence de cholangites récidivantes, d'une cholangite chronique latente, discuter une anthibioprophylaxie prolongée pendant plusieurs mois (Ciflox per os, ou alternance 10j Bactrim, 10j Augmentin, 10 j Oroken) permettant d'évaluer son efficacité sur la récurrence des cholangites.