

18 - Quelle est l'écologie bactérienne des angiocholites ? résultats d'une étude monocentrique de prélèvements endoscopiques de bile

F. Heluwaert , A. Turcry , L. Renaud , L. Tracanelli , E. Abousalihac , I. Lienhart, A. Montchaud, J. Pofelski , M. Baconnier , E Maillard, E. Thimonier , P. Capony , S. Bland . Centre Hospitalier Annecy Genevois.

L'angiocholite est une urgence thérapeutique fréquente, dont le traitement repose avant tout sur un drainage biliaire endoscopique et une antibiothérapie systémique, le plus souvent par une association ceftriaxone + métronidazole.

L'objectif de ce travail était de connaître les espèces bactériennes retrouvées dans la bile et les hémocultures dans ce contexte.

Dans notre centre, 136 prélèvements de bile, obtenus par aspiration de la bile dès l'introduction du sphinctérotome, associés à l'envoi des prothèses extraites en bactériologie, ont été réalisés lors de cathétérismes rétrogrades successifs pour angiocholites de 2014 à 2016.

Les prélèvements de bile étaient répartis en 3 groupes :

Groupe TEMOIN (n=36) : patients en dehors de tout contexte infectieux (néoplasie pancréatique ou lithiase cholédocienne).

Groupe ANGIOCHOLITE NATIVE (n=56) : survenant chez des patients en angiocholite non préalablement sphinctérotomisés.

Groupe ANGIOCHOLITE SECONDAIRE (n=35) : survenant chez des patients en angiocholite porteurs de prothèses biliaires ou déjà sphinctérotomisés

Dans ce contexte d'angiocholite, les antibiothérapies systémiques prescrites étaient les suivantes : ceftriaxone + métronidazole (n=55), amoxicilline + acide clavulanique (n=8), pipéracilline + tazobactam (n=6), ofloxacine + métronidazole (n=3) ou aucun ATB (n=15).

La CPRE était réalisée en moyenne 4 jours (1-12) après l'introduction des ATB .

GRUPE TEMOIN :

- Seuls 22% (8/36) des prélèvements étaient stériles
- Les espèces les plus fréquemment identifiées (sup a 10%) étaient : *Rothia mucilaginosa*, *Strepto parasanguis*, *Strepto salivarius*, *Actinomyces odontolyucus*, correspondant à des germes de la flore buccale (flore permettant d'exclure ces principales bactéries dans les groupes angiocholites).

GRUPE ANGIOCHOLITE NATIVE :

- La bile n'était retrouvée stérile que dans 7,1% (4/56),
- Le nombre moyen de bactéries identifiées dans la bile était 1,33 (0-5),
- Avec en % de présence dans la bile : *Enterococcus faecalis* (48,2%), *E coli* (28,5%), *Enterococcus Faecium* (19,6%), *Enterococcus avium* (10,7%), *Proteus vulgaris* (10,7%), *pseudomonas aeruginosa* (7,1%).

GRUPE ANGIOCHOLITE SECONDAIRE :

- Aucune bile n'était stérile.

- Le nombre moyen de bactéries identifiées était de 2,62 (0-5),
- Enterococcus faecalis (57,1%), E. coli (51,4%), Enterococcus avium (25,7%), Proteus vulgaris (25,7%), Enterobacter cloacae (22,8%), Klebsiella pneumoniae (17,1%), Citrobacter freundii (14,2%), Clostridium perfringens (11,4%), Proteus mirabilis (11,4%), E faecium (8,5%) , E Gallinarum (8,5%), Hafnia alvei (8,5%), Klebsiella oxytoca (8,5%), Prevotella oralis (8,5%)

Seuls 5,5% des témoins était porteur de candida, mais plus grande fréquence dans les angiocholites natives (17,8%) et surtout dans les angiocholites secondaires (25%). La fréquence de bactéries anaérobies était également plus importante dans les angiocholites secondaires.

HEMOCULTURES :

- 24/49 hémocultures se sont révélées positives.
- Les principales bactéries identifiées en hémocultures étaient E coli (n=17), Enterococcus (n=7), Klebsielle (n=2), enterobacter kobei (1), Raoultella (1), proteus (1).
- Les germes identifiés dans les hémocultures sont un reflet partiel et incomplet des germes présents dans la bile.

Cette étude descriptive montre :

Que l'on ne peut obtenir une stérilisation de la bile avec un seul traitement antibiotique

Que le drainage est impératif pour traiter une angiocholite, et qu'il doit être réalisé le plus précocement possible, puisque l'antibiothérapie est constamment insuffisante.

Que l'antibiothérapie habituellement prescrite (C3G + métronidazole) est habituellement efficace sur les germes présents dans les hémocultures (majorité d'E coli), mais habituellement inefficace sur les entérocoques (famille majeure identifiée dans la bile) en raison de la résistance naturelle des entérocoques aux céphalosporines.

- Les angiocholites secondaires ne présentent pas la même répartition que les angiocholites natives d'E coli, de proteus et de klebsielle, d'enterobacter et de citrobacter, ce qui est un argument supplémentaire pour obtenir un drainage rapide, voir l'utilisation de prothèse métallique couverte pour permettre leur ablation et possiblement une antibiothérapie plus large en raison d'une charge bactérienne plus importante et variée.