

## CHOLANGITE ASCENDANTE: INFECTION COMMUNAUTAIRE EN PRESENCE D'UN DISPOSITIF

### • Aspects cliniques et commentaires

- Cholangite aiguë: syndrome clinique caractérisé par fièvre, jaunisse et douleur abdominale.
- Survient suite à une stase suivie d'une infection des voies biliaires, en général causée par une obstruction du canal hépatique commun (calculs, rétrécissements, néoplasme, pancréatite, ...).
- Drainage adéquat des voies biliaires essentiel (antibiothérapie est complémentaire).
- Les antibiothérapies mentionnées en-dessous préviennent également les infections postopératoires.
- Si possible, enlèvement du dispositif (stent biliaire).

### • Pathogènes impliqués

- Entérobactéries.
- *Pseudomonas aeruginosa*.
- Entérocoques.
- *Bacteroides* spp.
- *Clostridium* spp.
- Autres anaérobies.

### • Traitement anti-infectieux empirique

- Régimes.
  - Premier choix: pipéracilline-tazobactam.
  - Alternatives.
    - Céfépime + métronidazole.
    - Céfépime + ornidazole.
    - Ceftazidime + métronidazole.
    - Ceftazidime + ornidazole.
    - Méropénem.
- Posologies standard.
  - Céfépime: 2 g iv q8h.
  - Ceftazidime: 2 g iv q8h.
  - Méropénem: 1 à 2 g iv q8h.
  - Métronidazole: 500 mg iv q8h ou 1,5 g iv q24h.
  - Ornidazole: 1 g iv q24h.
  - Pipéracilline-tazobactam: (4 g pipéracilline + 500 mg tazobactam) iv q6h.
- Durée totale du traitement anti-infectieux adéquat (empirique + documenté).
  - Jusque 1 à 3 jours après un drainage adéquat (en absence d'abcès hépatique, bactériémie, sepsis).
  - Jusque 7 jours après un drainage adéquat en cas de bactériémie ou sepsis.
  - Au moins 21 jours en cas d'abcès hépatique.