Pronostic des patients de plus de 80 ans admis pour angiocholite aiguë en réanimation

Laura Bouskila Klebaner

▶ **To cite this version:**

Laura Bouskila Klebaner. Pronostic des patients de plus de 80 ans admis pour angiocholite aiguë en réanimation. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02331594

HAL Id: dumas-02331594

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02331594

Submitted on 24 Oct 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

Année 2019 N ° 2019 - 81

PRONOSTIC DES PATIENTS DE PLUS DE 80 ANS ADMIS POUR ANGIOCHOLITE AIGUE EN REANIMATION

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE
(DIPLOME D'ETAT)

ANESTHESIE REANIMATION

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT
LE MERCREDI 4 SEPTEMBRE 2019
PAR

Laura BOUSKILA épouse KLEBANER

PRESIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur Hervé Dupont
MEMBRES DU JURY : Monsieur le Professeur Éric NGUYEN-KHAC
Monsieur le Professeur Frédéric BLOCH
Monsieur le Professeur Yazine MAHJOUB

DIRECTEUR DE THESE : Madame le Docteur Stéphanie MALAQUIN

Remerciements

À mon Maitre et Président de Thèse

Monsieur le Professeur Hervé DUPONT
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Anesthésie-Réanimation)
Vice-Doyen et Assesseur du 2ème cycle
Chef du service de Réanimation Polyvalente
Chef du Pôle Anesthésie-Réanimations

Je vous suis reconnaissante de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse. Soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

À mon Maitre et Juge,

Monsieur le Professeur Eric NGUYEN-KHAC
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Hépato-Gastroentérologue)
Chef du Service d'Hépato-Gastroentérologie
Pôle "Médico-chirurgical digestif, rénal, infectieux, médecine interne et endocrinologie"
(D.R.I.M.E)

Merci d'avoir accepté d'être membre de ce jury, soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

À mon Maitre et Juge,

Monsieur le Professeur Frédéric BLOCH
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
(Gériatrie)

Vous me faites l'honneur de votre présence aujourd'hui, soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

À mon Maitre et Juge

Monsieur le Professeur Yazine MAHJOUB
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
Anesthésiologie, réanimation, médecine d'urgence

Je vous suis très reconnaissante d'avoir accepté de juger ce travail. Soyez assuré de ma profonde gratitude.

À mon Maitre et Juge

Madame le Docteur Stéphanie MALAQUIN
Praticien Hospitalier (Anesthésie-Réanimation)

Tu as été à l'origine de ce sujet de recherche et m'a accompagnée durant plusieurs mois. Je te remercie sincèrement pour ton soutien, ta disponibilité, ton aide précieuse durant ce travail. Cela a été un réel plaisir de travailler à tes côtés. Merci pour tout.

Table des matières

Résumé……..9

Liste des abréviations……..……..……..……....11

Introduction……..……..……..……..……12

Matériels et Méthodes ……..……..……..……..14

Résultats……..……..……..……..……..15

Discussion……..……..……..……..……...…20

Conclusion……..……..……..……..……...24

Annexes……...25

Bibliographie……..……..……..……..……...29

Résumé

Contexte : Le taux d'admission en réanimation des patients âgés de plus de 80 ans augmente chaque année. Ces patients ont plus de comorbidités, et une mortalité plus élevée que les plus jeunes. La prévalence des angiocholites augmentant avec l'âge, l'objectif de l'étude est de décrire le pronostic des sujets âgés de plus de 80 ans admis pour choc septique sur angiocholite aigue. **Matériel et Méthodes :** Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective, mono-centrique, sur des données extraites du dossier médical, incluant tous les patients admis en réanimation chirurgicale au CHU d'Amiens Picardie pour angiocholite aigue entre le 01/01/2015 et le 31/12/2018. Des critères démographiques, les comorbidités, les complications, les modalités de prise en charge et la mortalité en réanimation, à 1 mois et jusqu'à 6 mois étaient relevés et comparés entre les sujets de 80ans et plus, et ceux de moins de 80 ans. **Résultats :** Quarante patients ont été inclus, parmi lesquels 17 (42,5%) patients ont 80 ans ou plus, et 23 (57,5%) patients ont moins de 80 ans. Les deux groupes sont comparables en termes de caractéristiques démographiques, scores de gravité, de complications survenues en réanimation. Les comorbidités évaluées par le score de Charlson étaient significativement plus importantes dans le groupe des patients plus âgés (p=0,014). Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes sur la mortalité en réanimation (7 {41%} *versus* 7 {30%}, p = 0,520), hospitalière et jusque 6 mois de recul. Les décès par procédure de LATA étaient significativement plus nombreux dans le groupe des patients plus âgés (7 {41%} *versus* 2 {9%}, p = 0,023). **Conclusion :** Le pronostic en terme de mortalité est indifférent en fonction de l'âge. Il semble légitime de poursuivre les admissions des patients en angiocholites aigue compliquée de choc en réanimation, en évaluant leur fragilité à l'admission et en proposant une LATA quand les comorbidités et les complications assombrissent le pronostic.

Abstract

Background : The ICU admission rate for patients over 80 is increasing every year. These patients have more comorbidities, and higher mortality than the younger ones. As the prevalence of angiocholitis increases with age, the aim of the study is to describe the prognosis of patients over 80 admitted for acute cholangitis with septic shock. **Methods :** This is an obervational retrospective study, mono centric, on data collected from medical files, including all the patients admitted in surgical intensive care in Amiens University Hospital for acute cholangitis between january 2015 and december 2018. Demographic criterias, comorbidities, complications, management, ICU and in hospital mortality, at 1 month and up to 6 months were compared between subjects aged 80 and over, and subjects under 80. **Results** : Forty patients were included, 17 (42.5%) patients were aged 80 or over, and 23 (57.5%) patients were aged under 80. No differencies were observed in terms of demographic characteristics, severity scores, and complications occurring in ICU. The comorbidities assessed by the Charlson score were significantly higher in the older group (p = 0.014). There was no significant difference between the two groups in ICU mortality (7 {41%} *vs* 7 {30%}, p = 0.520), in hospital mortality and up to 6 months of follow-up. Deaths by withholding/withdrawal of life support were significantly higher in the older group (7 {41%} *vs* 2 {9%}, p = 0.023). **Conclusion** : Mortality is indifferent according to age. It seems legitimate to continue admitting patients with acute angiocholitis and septic shock in ICU, assessing their frailty on admission day and initiating withholding/withdrawal of life support process when comorbidities and complications darken the prognosis.

Liste des abréviations

CPRE : cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique

LATA : limitation et arrêt des thérapeutiques actives

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

INTRODUCTION

1 Contexte de l'étude

L'angiocholite aigue résulte d'une obstruction de l'écoulement biliaire associée à une infection de la bile en amont. Le premier cas rapporté sur l'infection biliaire aigue était « les symptômes de la fièvre hépatique » de Charcot en 1877 [1]. Elle se traduit typiquement par l'apparition successive en 48 heures de trois signes cliniques : douleur biliaire, fièvre, ictère. La triade est retrouvée dans 70% des cas [2], mais les patients peuvent ne présenter qu'un ou deux de ces symptômes. La douleur biliaire est le premier signe, inconstante chez le sujet âgé, et souvent associée à des nausées et des vomissements.

Les causes d'obstruction peuvent être bénignes (lithiasique, post chirurgicale, pancréatite aigüe ou chronique, cholangite sclérosante primitive, auto immune, anomalie congénitale) ; ou malignes (cancer pancréatique, biliaire, intestinal ou métastase hépatique). La plus fréquente étant l'obstruction biliaire lithiasique dans environ 60% des cas. Les germes responsables de l'infection les plus fréquemment retrouvés sont : les entérobactéries dans 70% des cas (dont *Escherichia coli* dans 40% des cas), les entérocoques (10%) et les bactéries anaérobies [3].

La prévalence des angiocholites augmente avec l'âge, et les possibilités pour les personnes âgées de bénéficier d'une cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE) pour le traitement des angiocholites sont également en augmentation [4]. Le traitement doit être agressif car le risque de complication (et notamment de choc septique) est important, d'autant plus que cette technique n'est disponible qu'en centre expert. Ainsi, une cohorte japonaise rapporte jusqu'à 26% de choc septique compliquant une angiocholite [5].
La levée d'obstruction par CPRE est le traitement de choix, quel que soit l'âge [6, 7, 8]. Beaucoup d'études ont démontré que la CPRE, notamment dans les angiocholites sur calculs, était une technique efficace et sécurisée, également chez les patients âgés [9,10]. Cependant, dans certaines situations, l'extraction complète du calcul chez les sujets âgés est extrêmement difficile, compte tenu des comorbidités. Dans ces cas, pour une meilleure efficacité, un stent biliaire est placé durant la CPRE [11]. L'antibiothérapie en urgence est le deuxième volet du traitement du sepsis, d'abord probabiliste puis adaptée à la microbiologie (prélèvement biliaires et hémocultures), et aux comorbidités notamment rénales du sujet âgé [12].

Le taux d'admission en réanimation des patients âgés de plus de 80 ans augmente chaque année [14-18]. Dans la base Cub-Réa regroupant plus de 30 services de réanimation d'Ile de France,

le pourcentage de patients de plus de 80 ans admis 2011 était de 14,4% [13]. Ces patients ont plus de comorbidités, rentrent moins souvent à domicile, et une mortalité plus élevée que les moins de 80 ans [19,20]. Toutefois, environ 80 % des plus de 80 ans sortent vivants de la réanimation et 69% vivants de l'hôpital [15, 21] malgré le fait que leur admission implique une ou plusieurs défaillances d'organes à la phase initiale, aggravant le pronostic notamment en cas de choc septique [22-25].

2 Objectif

Si la levée de l'obstruction biliaire par CPRE est une technique efficace et sécurisée, permettant d'agir rapidement sur la cholestase infectée, en association avec l'antibiothérapie adaptée, les patients de plus de 80 ans devraient avoir un bon pronostic en dépit des comorbidités existantes.

L'objectif de cette étude est de décrire le pronostic des sujets âgés de plus de 80 ans admis en réanimation pour angiocholite aigue.

MATERIEL ET METHODE

Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective, mono-centrique, sur des données extraites du dossier médical, incluant tous les patients admis dans le service de Réanimation Chirurgicale au CHU d'Amiens Picardie pour angiocholite aigue entre le 01/01/2015 et le 31/12/2018.

Les données recueillies sont :

- Démographiques : Age, indice de masse corporelle, sexe, le score de Charlson [26], l'IGS2 [27] .
- Cliniques :
    - Comorbidités (cardiovasculaires, neuro-psychiatriques, respiratoires, rénales, digestives, hépatiques, hématologiques)
    - Complications (cardiovasculaires, hémodynamiques, neuro-psychiatriques, respiratoires, rénales, digestives, hépatiques, hématologiques, nutritionnelles)
- Paracliniques : réalisation d'une CPRE et son délai, la réussite du drainage et sphinctérotomie, identification d'une étiologie à l'obstruction biliaire.
- Microbiologiques : réalisation de prélèvements et analyse de la culture de la bile et des hémocultures.
- Thérapeutiques : adaptation de l'antibiothérapie probabiliste à l'agent causal.
- Pronostiques : durée de séjour en réanimation, durée de ventilation invasive, d'utilisation de catécholamines, durée de séjour hospitalier, décision d'une LATA, mortalité en réanimation puis à 1/3/6 mois, mode de sortie et possibilité d'un retour à domicile.

Les patients sont ensuite repartis en deux groupes selon leur âge inférieur à 80 ans ; ou supérieur ou égal à 80 ans. Les variables qualitatives sont exprimées en valeurs absolues et pourcentages et les variables quantitatives en médianes et intervalles inter quartiles. Les données qualitatives sont comparées par le test non paramétrique exact de Fischer ou Khi 2 selon l'effectif théorique et les données quantitatives par le test T de Student. Les logiciels utilisés pour les tests statistiques sont IBM SPSS® et Biostat TGV (Interface en ligne de R© The R foundation). L'ensemble des données a été recueilli via les logiciels Centricity™ Critical Care GE Healthcare et Dx Care MEDASYS.

RESULTATS

Quarante patients ont été inclus, sur quatre années consécutives, parmi lesquels 17 (42,5%) patients ont 80 ans ou plus, et 23 (57,5%) patients ont moins de 80 ans (tableau 1).

Tableau 1 : Caractéristiques des patients

	≥ 80 ans **n = 17**	**< 80 ans** **n = 23**	**p**
Age (années)	86 (7)	70 (11)	**<0,005**
IMC	28 (6)	30 (7)	0,492
Sexe (H/F)	7 (41)	12 (52)	0,491
Score IGS2	59 (17)	57 (2)	0,533
Au domicile avant réanimation	15 (88)	23 (100)	0,174

Les variables qualitatives sont exprimées en valeurs absolues (pourcentages) et les variables quantitatives en médianes (intervalles inter quartiles).
IMC : indice de masse corporelle ; H : homme ; F : femme ; IGS2 : indice de gravité simplifié.

Tableau 2 : Comorbidités

	≥ 80 ans n = 17	< 80 ans n = 23	p
Score de Charlson	7 (1)	4 (3)	**0,014**
Cardiaque	16 (94)	15 (65)	0,054
Respiratoire	6 (35)	9 (39)	0,918
Digestive	9 (53)	9 (39)	0,385
Hépato-biliaire	3 (18)	6 (26)	0,707
Hématologique	1 (6)	3 (13)	0,624
Rénale	4 (24)	4 (17)	0,702
Neuro-psychiatrique	1(6)	5 (22)	0,216

Les variables qualitatives sont exprimées en valeurs absolues (pourcentages) et les variables quantitatives en médianes (intervalles inter quartiles).

Tableau 3 : Complications

	≥ 80 ans n = 17	< 80 ans n = 23	p
Cardiaque	11 (65)	10 (43)	0,184
Respiratoire	7 (41)	12 (52)	0,491
Rénale	13 (76)	15 (65)	0,443
Digestive	5 (29)	10 (43)	0,364
Hépatobiliaire	8 (47)	6 (26)	0,201
Pancréatique	2 (12)	5 (22)	0,677
Hématologique	6 (35)	8 (35)	0,973
Choc Septique	16 (94)	20 (87)	0,623
Choc Cardiogénique	1 (6)	4 (17)	0,372
Dénutrition	11 (65)	9 (39)	0,110
Neuro-psychiatrique	1(6)	4 (17)	0,373

Les variables qualitatives sont exprimées en valeurs absolues (pourcentages) et les variables quantitatives en médianes (intervalles inter quartiles).

Les complications sont semblables dans les deux groupes de patients étudiés (tableau 3).

Tableau 4 : Pronostic

	≥ 80 ans n = 17	**< 80 ans n = 23**	**p**
Mortalité en réanimation	7 (41)	7 (30)	0,481
Mortalité hospitalière	8 (47)	9 (39)	0,616
Durée de séjour réanimation (jours)	4 (5)	5 (10)	0,725
Durée de séjour hospitalier (jours)	11 (10)	21 (19)	0,079
Durée de ventilation (jours)	1 (5)	2 (7,5)	0,333
Durée des catécholamines (jours)	3 (5)	2 (3)	0,889
LATA suivie du décès	7 (41)	2 (9)	**0,041**

Les variables qualitatives sont exprimées en valeurs absolues (pourcentages) et les variables quantitatives en médianes (intervalles inter quartiles).

Tableau 5 : Mortalité

	≥ 80 ans n = 17	**< 80 ans n = 23**	**p**
Mortalité			
1 mois	8 (53)	7 (33)	0,230
3 mois	8 (53)	9 (43)	0,535
6 mois	8 (62)	8 (40)	0,226

Figure 1 : Courbe de survie en fonction du temps avec un recul de 6 mois

(En rouge : le groupe des moins de 80 ans, en bleu : le groupe des 80 ans et plus). p = 0,850.

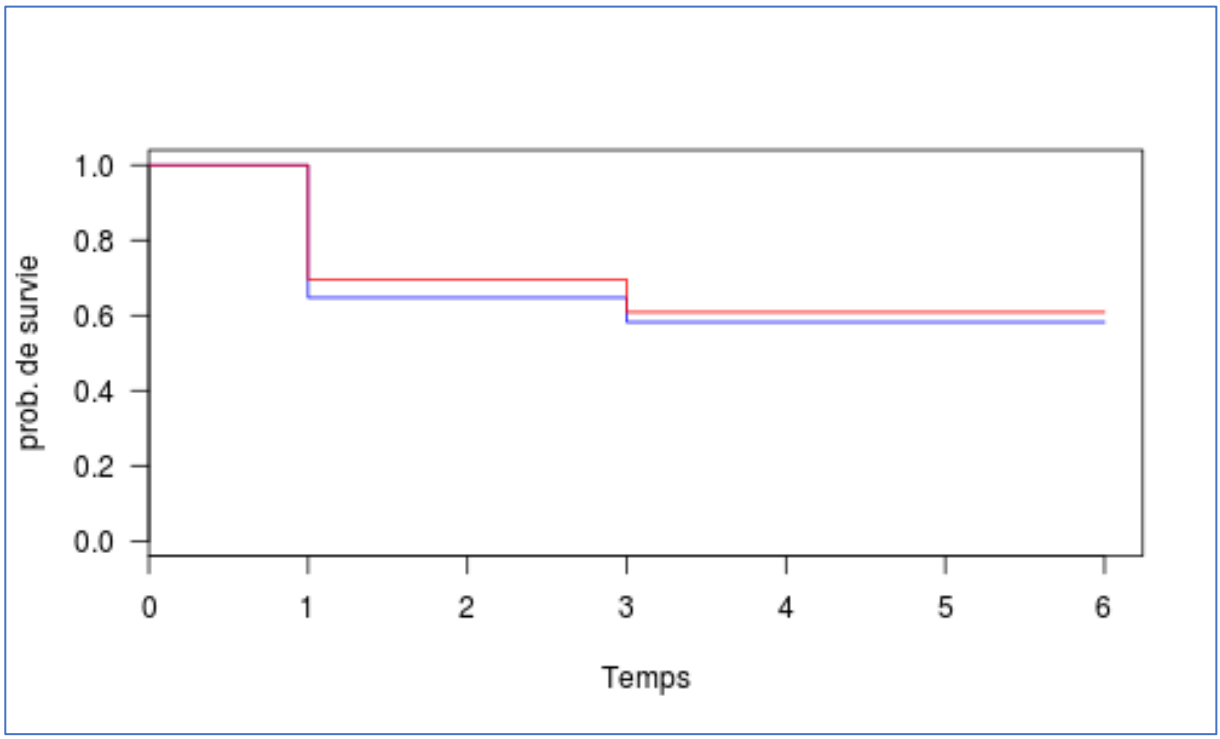

Tableau 6 : Prise en charge médicale et interventionnelle

	≥ 80 ans **n = 17**	**< 80 ans** **n = 23**	**p**
CPRE	16 (94)	22 (96)	1
Délai de CPRE (jours)	1 (0)	1 (2)	0,066
Drainage	12 (71)	15 (65)	1
Infection biliaire prouvée	7 (41)	13 (57)	0,523
Antibiothérapie adaptée	17 (100)	22 (96)	1
Calcul	16 (94)	16 (73)	0,113
Tumeur	1 (6)	3 (13)	0,624
Bactériémie	10 (59)	9 (39)	0,218
Sphinctérotomie	17 (100)	18 (82)	0,118

Les variables qualitatives sont exprimées en valeurs absolues (pourcentages) et les variables quantitatives en médianes (intervalles inter quartiles).
CPRE : Cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique

La CPRE est réalisée chez la quasi-totalité des patients (2 patients n'en ont pas bénéficié, un de 80 ans car il a bénéficié d'une cholécystectomie associée à une cholangiographie per opératoire avec extraction du calcul et un de moins de 80 ans décédé avant de pouvoir en bénéficier) dans un délai médian de 24h. La faisabilité du drainage de la voie biliaire principale par CPRE était similaire dans les deux groupes (tableau 6).

Tableau 7 : Microbiologie

	≥ 80 ans n = 17	**< 80 ans n = 23**	**p**
Escherichia coli	7 (41)	10 (43)	1
Enterobacter	0 (0)	1 (4)	1
Enterococcus	2 (12)	8 (35)	0,145
Klebsiella	3 (8)	3 (13)	1
Pseudomonas aeruginosa	1 (6)	2 (9)	1
Levures	0 (0)	4 (17)	0,123
Autres	2 (12)	2 (9)	1
Absence de prélèvement	9 (53)	9 (39)	0,523

Les variables qualitatives sont exprimées en valeurs absolues (pourcentages) et les variables quantitatives en médianes (intervalles inter quartiles).

Dans l'ensemble de la cohorte, la cause principale était le calcul de la voie biliaire principale (82,5% des cas) (tableau 6). La principale bactérie en cause était *Escherichia coli,* puis les Enterocoques (tableau 7). Les prélèvements bactériologiques manquaient dans 45% des cas.

Tableau 8 : Devenir après la réanimation

	≥ 80 ans n = 17	**< 80 ans n = 23**	**p**
Sortie service conventionnel	7 (41)	11 (48)	0,676
Sortie USC	3 (18)	4 (17)	1
Séjour en SSR	3 (18)	2 (9)	0,634
Retour à domicile	9 (53)	15 (65)	0,433

Les variables qualitatives sont exprimées en valeurs absolues (pourcentages) et les variables quantitatives en médianes (intervalles inter quartiles)
USC : Unité de soins continus ; SSR : Soins de suite et réadaptation

DISCUSSION

Notre étude n'a pas mis en évidence de différence en terme de mortalité en réanimation entre les patients âgés de 80 ans et plus, et les patients de moins de 80 ans. Il en est de même pour la mortalité hospitalière et la mortalité à 6 mois (tableau 4, 5, figure 1). Les deux groupes de patients inclus sont comparables en termes de caractéristiques démographiques, scores de gravité et de complications survenues en réanimation (tableau 1, 2 et 3). Il semblerait que les comorbidités, du moins évaluées par le score de Charlson soient significativement plus importantes dans le groupe des patients plus âgés bien que, considérées isolément, elles soient comparables. La prise en charge spécifique de l'angiocholite aigue, conforme aux recommandations actuelles [28], est comparable dans les deux groupes, combinant antibiothérapie probabiliste adaptée d'emblée et drainage endoscopique rapide, dans notre centre amiénois, expert régional en gastroentérologie interventionnelle (tableau 6). Un travail américain rétrospectif de 2013 a pu démontrer qu'un délai de CPRE supérieur à 48h était indépendamment associé à une ré admission dans les 30 jours (odds ratio 2.47; 95% CI, 1.01-6.07) [29]**.** La microbiologie analysée, même si elle n'est disponible que dans 50 % des cas, est également semblable aux données de la littérature (tableau 7) [3].

L'épidémiologie du sujet âgé en réanimation est maintenant largement étudiée : l'incidence du sepsis augmente avec l'âge. Chez les plus de 80 ans, le sepsis est une cause majeure de morbi-mortalité, et presque 60% des patients septiques ont plus de 65 ans. Les présentations cliniques atypiques, la poly-médication, l'insuffisance rénale et la dénutrition rendent la prise en charge compliquée et aggravent le pronostic [30].

Dans une large cohorte autrichienne observationnelle sur 10 ans, comportant 127 154 patients de réanimation, la proportion de sujets âgés de plus de 80 ans est de 15,5%, avec une mortalité hospitalière significativement plus élevée que chez les moins de 80 ans (31% vs 15,9%, $p < 0,0001$). Ce taux de mortalité hospitalière est inférieur à nos résultats (47% vs 39% pour les moins de 80 ans, $p = 0,750$) mais les patients de moins de 80 ans étaient en médiane plus jeunes (62 ans) que dans notre effectif (d'âge médian 70 ans). Par ailleurs, seulement 3,3% des plus de 80 ans étaient en état de choc, contrairement à notre étude dans laquelle 100% des patients sont en état de choc (septique dans 36 cas soit 90%) et présentent davantage de comorbidités associées [21].

En réanimation, les patients ayant des comorbidités ont un taux de mortalité à l'hôpital plus élevé et à long terme également [30]. L'enjeu est bien évidemment de pouvoir apprécier ces comorbidités. Le choix pour l'étude du score de Charlson est guidé par l'analyse de la littérature. En effet, il est le plus utilisé dans la littérature, et le plus cité (plus de 10 000 citations) mais il n'est pas spécifique à une pathologie et ne prend pas en compte l'agression qui survient sur le terrain fragilisé [26,31].

Ces comorbidités ne sont pas les seuls paramètres à prendre en compte : c'est la fragilité du patient qu'il va falloir qualifier, par d'autres outils plus variés, comme l'autonomie fonctionnelle. La revue française de Guidet et al. illustre bien l'équilibre précaire entre les capacités de réserve d'une part et l'âge physiologique, les comorbidités, le niveau d'autonomie fonctionnelle d'autre part ; équilibre bouleversé lors de l'agression aigue [30]. Chez le sujet âgé « fragile », les capacités de réserve ne suffiront pas à contre balancer le poids des trois autres paramètres cités précédemment, augmentant le risque de décès. Le score de fragilité clinique Clinical Frailty Scale (CFS) proposé en 2008 semble plus adapté et un travail d'envergure a récemment montré qu'un score CFS supérieur à 4 était présent dans 43,1% des cas et était indépendamment lié à la mortalité en réanimation et à 30 jours [32]. Ce score manque dans notre étude et permettrait de mieux qualifier notre cohorte en terme de fragilité. Dépister la fragilité d'une personne âgée peut s'avérer difficile. Les patients ne sont souvent pas aptes à répondre à des questions en raison de leur état de santé, et l'interrogatoire de la famille peut s'avérer imprécis sur les différents aspects émotionnels, cognitifs, et l'autonomie antérieure réelle du patient. Dans notre travail rétrospectif, nous n'avons pas pu apprécier le critère d'autonomie de façon précise. Tous les patients de moins de 80 ans résidaient au domicile et 88% des plus de 80 ans également, mais cette donnée isolée est insuffisante pour apprécier l'état antérieur.

Dans la population vieillissante, les risques se multiplient : présentations cliniques atypiques, institutionnalisation, utilisation d'outils invasifs, médication multiple, altération rénale et nutritionnelle. Les évènements à type d'insuffisance cardiaque, arythmie, insuffisance rénale compliquent la gestion des fluides. Dans notre cohorte, les complications sont nombreuses (cardiaques et rénales notamment) mais ne diffèrent pas entre les deux groupes, probablement grâce à la rapidité de la prise en charge endoscopique et à l'antibiothérapie bien menée.

Considérant le choc septique compliquant l'angiocholite, la mortalité constatée dans ce travail est semblable aux données récentes de la littérature : malgré les avancées dans la prise en charge, la mortalité reste élevée allant de 30 à 50% [33].
L'analyse de la microbiologie et de l'incidence des bactériémies dans notre cohorte est concordante avec la littérature [34]. Des améliorations en terme de prélèvements biliaires doivent être apportées dans notre pratique locale, puisqu'aucune bactériologie n'est disponible dans 45% des cas, comme c'est le cas dans l'étude de Gomi et al. incluant environ 6500 patients [12].

L'analyse du devenir après la réanimation démontre que l'ensemble des patients âgés de plus de 80 ans survivants à la réanimation rentrent au domicile, dans un délai variable. Les deux patients préalablement institutionnalisés en EHPAD avant la réanimation décèdent en réanimation. La qualité de vie après la réanimation n'a pas été étudiée dans ce travail. Le devenir des patients âgés hospitalisés en réanimation est dépendant des comorbidités préexistantes, du diagnostic à l'admission, de la sévérité de la maladie ainsi que de l'évolution durant le séjour. Les plus âgés qui sortent vivants de réanimation ont globalement un taux de survie et une qualité de vie significativement moins bons que les patients jeunes fragiles [30]. La qualité de vie est nettement diminuée chez les patients âgés qui ont bénéficié de plus de 7 jours de ventilation [30], ce qui n'est pas le cas pour nos patients.

L'admission en réanimation de ces patients âgés est une problématique quotidienne mais l'analyse globale de ce travail nous permet de confirmer que le pronostic en terme de mortalité n'est pas guidé par le grand âge, dans cette situation particulière de l'angiocholite aigue. La décompensation d'une ou plusieurs pathologies sous-jacentes ou la perte de l'élan vital de certains patients peuvent par contre amener le réanimateur à une décision de limitation ou arrêt des thérapeutiques actives après concertation multidisciplinaire. C'est la pratique de notre service, et le constat d'un taux significativement plus élevé de LATA dans le groupe des patients plus âgés le confirme. Tous les décès en réanimation dans ce même groupe sont survenus dans le cadre d'une LATA.

Enfin, cette étude présente des limites par son type rétrospectif, sur un effectif faible, correspondant néanmoins au recrutement du service, intégré à la filière de soins de gastro-entérologie. Il conviendrait d'étendre la période d'étude pour en augmenter l'ampleur. Des éléments d'évaluation fonctionnelle et gériatrique manquent au recueil de données afin de

mieux décrire le statut de fragilité de la population vieillissante en réanimation. Ces éléments s'inscrivent dans la pratique quotidienne des réanimateurs au moment de l'admission et des décisions de LATA mais figurent insuffisamment dans le dossier médical sous forme de scores cliniques pertinents.

CONCLUSION

Dans l'état actuel du recrutement et de la prise en charge du service de réanimation chirurgicale du CHU d'Amiens, le pronostic en terme de mortalité est indifférent en fonction de l'âge. Il semble légitime de poursuivre les admissions des patients très âgés en angiocholite aigue compliquée de choc en réanimation, en évaluant leur fragilité à l'admission et en proposant une LATA quand les comorbidités et les complications assombrissent le pronostic.

L'effort doit porter sur la consignation écrite dans le dossier médical de la fragilité justifiant l'admission et la réanimation doit être axée sur le maintien de la meilleure qualité de vie possible après la sortie.

ANNEXES

ANNEXE 1

Score de Charlson [25]

INDEX DE COMORBIDITE CHARLSON

Items	Pondération	Score
Infarctus du myocarde	1 point	
Insuffisance cardiaque congestive	1 point	
Maladies vasculaires périphériques	1 point	
Maladies cérébro-vasculaires (sauf hémiplégie)	1 point	
Démence	1 point	
Maladies pulmonaires chroniques	1 point	
Maladies du tissu conjonctif	1 point	
Ulcères oeso-gastro-duodénaux	1 point	
Diabète sans complication	1 point	
Maladies hépatiques légères	1 point	
Hémiplégie	2 points	
Maladies rénales modérées ou sévères	2 points	
Diabète avec atteinte d'organe cible	2 points	
Cancer	2 points	
Leucémie	2 points	
Lymphome	2 points	
Myélome Multiple	2 points	
Maladie hépatique modérée ou sévère	3 points	
Tumeur métastasée	6 points	
SIDA	6 points	

From : Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J Chronic Dis. 1987;40(5):373-83

Total	Probabilité de survie à 10 ans
0	99%
1	96%
2	90%
3	77%
4	53%
5	21%
6	2%
>6	0%

ANNEXE 2

IGS II : indice de gravité simplifié [26]

Ce score a été construit et validé sur une base de données nord-américaine et européenne. Il comporte 12 variables physiologiques dont la profondeur du coma évaluée par le score de Glasgow, l'âge, le type d'admission (médicale, chirurgicale programmée ou non programmée), et 3 maladies sous-jacentes (SIDA, cancer métastasé et maladie hématologique). il faut considérer dans le calcul les valeurs les plus anormales observées pendant les 24 premières heures de l'hospitalisation. Le score IGS II va de 0 à 163 points.

VARIABLES	26	13	12	11	9	7	6	5	4	3	2	0	1	2	3	4	6	7	8	9	10	12	15	16	17	18
Age en années												<40						40-59				60-69	70-74	75-79		≥80
F.C. en bpm				<40							40-69	70-119				120-159		≥ 160								
P.A. systolique en mm Hg		<70						70-99				100-199		≥ 200												
Température en °C												<39°			≥ 39°											
Pa02/Fi02 si VM ou CPAP en mmHg				<100	100-199		≥200																			
Diurèse en l/24h				<0.500					0.500-0.999			≥ 1.000														
Urée en mmol/l (ou g/l)												<10.0 (<0.60)					10.0-29.9 (0.60-1.79)				≥30.0 (≥1.80)					
Leucocytes $10^3/mm^3$			<1.0									1.0-19.9			≥ 20.0											
Kaliémie en mmol/l										<3.0		3.0-4.9			≥ 5.0											
Natrémie en mmol/l								<125				125-144	≥145													
HCO3⁻ en mEq/l							<15			15-19		≥ 20														
Bilirubine si ictère en µmol/l (mg/l)												<68.4 (<40.0)				68.4-102.5 (40.0-59.9)				≥ 102.6 (≥ 60.0)						
Score de Glasgow en points	<6	6-8				9-10		11-13				14-15														
Maladies chroniques																				Cancer méta.	Mal. hém.				SIDA	
Type d'admission												Chir. prog.					Méd.		Chir urg.							
Sommes des points																										

Tableau d'aide pour le calcul de l'IGS II

Bibliographie

[1] Charcot M. Leçons sur les maladies du foie des voies biliaIres et des reins. Paris : Bourneville et Sevestre ; 1877. De la fièvre hépatique symptomatique. Comparaison avec la fièvre uroseptique ; pp. 176–85.

[2] Chock E, Wolfe BM, Matolo NM. Acute suppurative cholangitis. Surg Clin North Am 1981 ; 61 (4) : 885-92.

[3] Gomi H, Takada T, Hwang T, Akazawa K, Mori R, Endo I, et al. Updated comprehensive epidemiology, microbiology, and outcomes among patients with acute cholangitis. J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2017;24: 310–8.

[4] Siegel JH, Kasmin FE. Biliary tract diseases in the elderly: management and outcomes. Gut 1997;41: 433-435.

[5] Shi H1, Wan J, Xu SP, Liao L. A retrospective analysis of clinical characteristics and mortality risks in elderly patients with acute cholecystitis and cholangitis. Zhonghua Nei Ke Za Zhi. 2019 Jun 1;58(6):415-418. doi: 10.3760/cma.j.issn.0578-1426.2019.06.003.

[6] Horiuchi, A, Nakayama, Y, Kajiyama, M et al. Biliary stenting in the management of large or multiple common bile duct stones. Gastrointest Endosc 2010; 71: 1200– 3.e2.

[7] Sohn, SH, Park, JH, Kim, KH, Kim, TN. Complications and management of forgotten long-term biliary stents. World J Gastroenterol 2017; 23: 622– 8.

[8] Williams, EJ, Green, J, Beckingham, I, Parks R, Martin D, Lombard M; British Society of Gastroenterology. Guidelines on the management of common bile duct stones (CBDS). Gut 2008; 57: 1004– 21.

[9] Katsinelos, P, Paroutoglou, G, Kountouras, J, Zavos, C, Beltsis, A, Tzovaras, G. Efficacy and safety of therapeutic ERCP in patients 90 years of age and older. Gastrointest Endosc 2006; 63: 417– 23.

[10] Fritz, E, Kirchgatterer, A, Hubner, D et al. ERCP is safe and effective in patients 80 years of age and older compared with younger patients. Gastrointest Endosc 2006; 64: 899– 905.

[11] Sugiyama, M, Atomi, Y. Endoscopic sphincterotomy for bile duct stones in patients 90 years of age and older. Gastrointest Endosc 2000; 52: 187– 91.

[12] Gomi, H, Solomkin, JS, Schlossberg, D, Okamoto, K, Takada, T, Strasberg, SM, et al. Tokyo Guidelines 2018 : antimicrobial therapy for acute cholangitis and cholecystitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. 2018 ; 25: 3– 16.

[13] Guidet, B., Thomas, C., Pateron, D. et al. Personnes âgées et réanimation. Réanimation (2014) 23(Suppl 2): 437.

[14] A. Boumendil, P. Aegerter, B. Guidet, and the CUB-Rea Network, "Treatment Intensity and Outcome of Patients Aged 80 and Older in Intensive Care Units: A Multicenter Matched-Cohort Study," *J. Am. Geriatr. Soc.*, vol. 53, no. 1, pp. 88–93, Jan. 2005.

[15] S. M. Bagshaw *et al.*, "Very old patients admitted to intensive care in Australia and New Zealand: a multi-centre cohort analysis," *Crit. Care*, vol. 13, no. 2, p. R45, 2009.

[16] M. S. Nielsson, C. F. Christiansen, M. B. Johansen, B. S. Rasmussen, E. Tønnesen, and M. Nørgaard, "Mortality in elderly ICU patients : a cohort study," *Acta Anaesthesiol. Scand.*, vol. 58, no. 1, pp. 19–26, Jan. 2014.

[17] A. Tabah *et al.*, "Quality of life in patients aged 80 or over after ICU discharge," *Crit. Care*, vol. 14, p. R2, 2010.

[18] T. M. Fassier *et al.*, "Elderly patients hospitalized in the ICU in France: a population-based study using secondary data from the national hospital discharge database," *J. Eval. Clin. Pract.*, vol. 22, no. 3, pp. 378–386, Jun. 2016.

[19] K. Barnett, S. W. Mercer, M. Norbury, G. Watt, S. Wyke, and B. Guthrie, "Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study," *Lancet Lond. Engl.*, vol. 380, no. 9836, pp. 37–43, Jul. 2012.

[20] Yves Rolland, Gilles Berrut, "Frailty in older population: a brief position paper from the French society of geriatrics and gerontology," *Gériatrie Psychol. Neuropsychiatr. Vieil.*, vol. 9, no. 4, pp. 387–90, 2011.

[21] Ihra GC, Lehberger J, Bauer P, Schmutz R, Metnitz B, Metnitz PGH (2012) Development of demographics and outcome of very old critically ill patients admitted to intensive care units. Intensive Care Med 38:620–626. doi.

[22] De Gaudio AR, Rinaldi S, Chelazzi C, Borracci T. Pathophysiology of sepsis in the elderly: clinical impact and therapeutic considerations. Curr Drug Targets. 2009;10: 60–70.

[23] P. Nasa, D. Juneja, O. Singh. Severe sepsis and septic shock in the elderly: an overview. World J Crit Care Med. 2012;1:23-30.

[24] P. L. Maguet *et al.*, "Prevalence and impact of frailty on mortality in elderly ICU patients: a prospective, multicenter, observational study," *Intensive Care Med.*, vol. 40, no. 5, pp. 674–682, Mar. 2014.

[25] O. H. Torres, E. Francia, V. Longobardi, I. Gich, S. Benito, and D. Ruiz, "Short- and long-term outcomes of older patients in intermediate care units," *Intensive Care Med.*, vol. 32, no. 7, pp. 1052–1059, May 2006.

[26] Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies : development and validation. J Chronic Dis. 1987 ;40(5) :373-83.

[27] Le Gall J, Loirat P, Alperovitch A. Simplified Acute Physiological Score for intensive care patients. Lancet 1983 ; 2 : 741.

[28] Yamashita, Y, Takada, T, Strasberg, SM, Pitt, HA, Gouma, DJ, Garden, OJ, et al. TG13 surgical management of acute cholecystitis. J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2013; 20: 89– 96.

[29] Navaneethan U, Gutierrez NG, Jegadeesan R, *et al*. Delay in performing ERCP and adverse events increase the 30-day readmission risk in patients with acute cholangitis. *Gastrointest Endosc* 2013; 78: 81– 90.

[30] Guidet B, Vallet H, Boddaert J, et al. Caring for the critically ill patients over 80: a narrative review. Ann Intensive Care. 2018:1–15. doi.

[31] F. Chollet, C. Colin, A. Beauveil, E. Herquelot, S.Polazzi, A. Duclos.Étude de validité des index de comorbidité de Charlson et d'Elixhauser. revue d'epidemiologie et de santé publique. Volume 65, supplement1, March 2017, Page S15.

[32] Flaatten H, De Lange D, Morandi A et al (2017) The impact of frailty on ICU and 30-day mortality and the level of care in very elderly patients (≥ 80 years). Intensive Care Med 43:4940–4948.

[33] Liang SY. Sepsis and other infectious disease emergencies in the elderly. Emerg Med Clin North Am. 2016; 34(3):501–522. doi: 10.1016/j.emc.2016.04.005.

[34] Lan Cheong Wah D, Christophi C, Muralidharan V. Acute cholangitis: current concepts. ANZ J Surg 2017;87: 554–9.