



ILEUS BILIAIRE : A PROPOS D'UN CAS ET REVUE DE LITTÉRATURE AU BENIN

Attolou SGR¹, Gbessi DG¹, Megninou MUB², Laleye CM¹, Gayito Adagba RA³, Mehinto DK¹

¹Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga, Cotonou-BENIN

²Hôpital Saint Padre Pio de N'dali, N'dali-BENIN

³Hôpital Saint Jean de Dieu de Tanguéta, Tanguéta- BENIN

Auteur correspondant : LALEYE Christel Marie. laleye@yahoo.fr

RESUME

L'iléus biliaire est une complication peu fréquente de la lithiase biliaire qui survient dans moins de 0,5% des cas [1]. Il s'agit d'une occlusion intestinale en rapport avec la migration d'un calcul vésiculaire dans la lumière intestinale. Il représente 1 à 4 % des occlusions organiques [2,3]. Nous rapportons ici le cas d'une patiente de 86 ans aux ATCD d'arythmie cardiaque par fibrillation auriculaire vue dans un tableau d'occlusion intestinale aiguë. Prise en charge, l'évolution a été satisfaisante.

Mots-clés : Calcul biliaire, iléus biliaire, fistule cholécysto-grêlique, occlusion du grêle

SUMMARY

Biliary ileus is an uncommon complication of cholelithiasis that occurs in less than 0.5% of cases [1]. This is an intestinal obstruction related to the migration of a vesicular stone into the intestinal lumen. It accounts for 1-4% of organic occlusions [2,3]. We report here the case of an 86-year-old patient with ATCD cardiac arrhythmia by atrial fibrillation seen in a picture of acute intestinal obstruction. Taken care of, the evolution has been satisfactory.

Keywords : Gallstone, biliary ileus, cholecysto-small bowel fistula, small bowel obstruction

INTRODUCTION

L'iléus biliaire est une complication peu fréquente de la lithiase biliaire qui survient dans moins de 0,5% des cas [1]. Il s'agit d'une occlusion intestinale en rapport avec la migration d'un calcul vésiculaire dans la lumière intestinale. Il représente 1 à 4 % des occlusions organiques [2,3]. Il doit être soupçonné chez tout malade ayant un syndrome occlusif associé à une aérobilie et une localisation ectopique d'un calcul dans le tube digestif.

Nous rapportons ici un cas d'occlusion intestinale aiguë de siège grêlique par impaction d'un calcul biliaire au niveau de l'iléon terminal.

OBSERVATION

Il s'agit d'une patiente de 86 ans adressée aux urgences pour des douleurs abdominales associées à des vomissements bilieux et une asthénie évoluant depuis une semaine et traitées par des antibiotiques.

La patiente était obèse et suivie pour une Arythmie Cardiaque par Fibrillation Auriculaire (AC/FA) et une insuffisance cardiaque congestive.

L'examen à l'entrée notait une apyrexie, une conscience normale et orientée et un état hémodynamique instable. L'examen de l'abdomen retrouvait un météorisme abdominal avec une douleur localisée en fosse iliaque gauche sans défense ni contracture. On y retrouvait également un tympanisme symétrique.

Le bilan biologique notait un syndrome inflammatoire avec les leucocytes à 17.000/mm³ et la C-Reactive Protéine (CRP) à 94.

Le scanner abdomino pelvien (Fig 1 et 2) notait un épaississement avec un contenu dense et hétérogène de la dernière anse étendue sur environ 25 cm depuis la jonction iléo-caecale. Il s'y ajoutait une infiltration de la graisse périe grêlique et une distension des anses iléales mesurée à 40 mm avec des niveaux hydroaériques. La vésicule biliaire est non distendue, à parois fines, à contenu lithiasique et aérique faisant fortement suspecter une fistule biliodigestive.



Figure 1 : Grêle dilaté avec présence d'un calcul vésiculaire

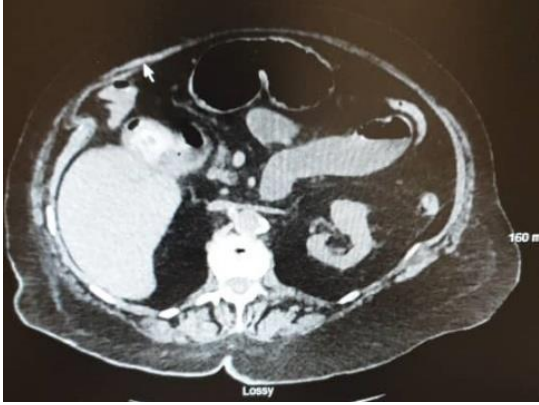


Figure 2 : vésicule biliaire lithiasique avec aéro-bilie

Le diagnostic d'iléus biliaire avec occlusion grêlique a été donc retenu.

Après une réanimation hémodynamique, la patiente a bénéficié d'une laparotomie médiane. A l'exploration on retrouve des intestins grêles dilatés, une fistule cholécysto-duodénale et une impaction d'un calcul à environ 15cm du carrefour iléo caecal. Un calcul d'environ 4 cm de grand axe a été extrait par entérolithotomie (Fig 3) par un abord antimésentérique de l'iléon terminal, puis une suture iléale transversale réalisée. Aucun geste n'a été réalisé, en urgence ni à distance, en ce qui concerne la fistule cholécysto-duodénale.



Figure 3 : entérolithotomie

Les suites opératoires immédiates étaient simples avec une bonne évolution sur les 24 mois post opératoires.

DISCUSSION

L'iléus biliaire est une complication peu fréquente de la lithiase biliaire. Il survient dans moins de 0,5% des cas [1]. Le premier cas a été rapporté par Bartholin en 1654 [2]. Il survient chez 6 à 14% des patients ayant une fistule bilio-digestive et représente 1 à 4% des occlusions organiques [2,3], tableau retrouvé dans notre cas.

L'âge avancé, le sexe féminin et des antécédents cardiaques à type AC/FA comme retrouvés chez notre patiente constituent des facteurs de risques favorisant la survenue de la pathologie. Ceci a été rapporté par plusieurs auteurs [3-6]. Par contre, des cas dans le sexe masculin avec des antécédents cardiologiques ont été également rapportés [7-12].

Le tableau clinique dans notre cas était un syndrome occlusif de siège grêlique ; le syndrome occlusif, de siège grêlique ou colique, domine la symptomatologie dans l'iléus biliaire comme décrit par la plupart des auteurs [4-7, 10-12]. Cependant, le tableau clinique peut se révéler atypique et se présenter, dans ce cas, comme un syndrome de Bouveret avec une obstruction pyloroduodénale par un calcul biliaire ayant migré à travers une fistule cholécystoduodénale entraînant une occlusion à ventre plat comme décrits par Costil V et al. en 2012 et Elfadili H et al. en 2009 [8,9].

Devant un syndrome occlusif, la radiographie de l'Abdomen Sans Préparation (ASP) est l'examen de première intention. Il est évocateur d'un iléus biliaire devant la triade de Rigler faite de la présence de niveaux hydroaériques associés à un calcul ectopique s'il est suffisamment opaque et une aéro-bilie inconstante (20 à 40 % des cas) [13]. Chou JW et al. et Delabrousse E et al. ont démontré que la tomодensitométrie, quant à elle, permet de voir, avec une meilleure sensibilité, les trois signes de cette triade de Rigler [2,14] ; Lassandro et al. viennent renforcer le poids de cette affirmation en démontrant que la triade dans leur étude était retrouvée chez 77,78% des patients à la tomодensitométrie, suivi de l'ASP (14,81%) et de l'échographie (11,11%) [15]. Dans notre cas, la triade avait été retrouvée à la tomодensitométrie comme dans certaines études [4-6,10]. Par contre elle n'a pas été retrouvée dans les études de Bouchentouf SM et al. et Geraldo RF et al. à la tomодensitométrie [7, 12].

En per opératoire, une fistule cholécysto-duodénale et une impaction d'un calcul de 4 cm à environ 15cm du carrefour iléo caecal avaient été retrouvées dans notre cas. Les fistules cholécysto-duodénales dans l'iléus biliaire sont de loin les plus fréquentes comme rapporté par Roisin Mary Heaney en 2014 (76% des cas); les autres localisations des fistules dans la lithiase vésiculaire sont : les fistules cholécysto-coliques dans 15% des cas, les fistules cholécysto-cholédociennes dans 3% cas, les fistules multiples dans 3% des cas, les fistules cholécysto-gastriques dans 2% des cas et les fistules cholédoco-duodénales dans 1% des cas [16].

Les sites d'impaction du calcul sont aussi variés. L'iléon terminal, comme site retrouvé dans notre cas, est la localisation la plus fréquente d'obstruction avec une fréquence de 60 à 70% [16], puis le jéjunum dans 15 à 20% des cas et le bulbe duodénal dans 10% des cas [4]. L'iléus biliaire peut être associé à une autre pathologie ou présenter une complication ; Bouchentouf S-M et al. en 2009 ont rapporté une association de l'iléus biliaire à un diverticule de Meckel, tableau rare [7]. Une complication à type de péritonite aiguë généralisée par perforation intestinale a été aussi rapportée par Oussaid M et al. en 2014 [11].

Le traitement en urgence consiste généralement en une entérolithotomie sans aucun geste sur la cure de la fistule comme rapporté par la plupart des auteurs [4,8,10-12] ; il s'agit du traitement adopté dans notre cas. En effet, l'extraction de calcul par entérotomie sans cholécystectomie semble être une méthode simple, efficace et de faible morbidité [17,18]. Par contre, certains auteurs ont préféré, en plus de l'entérolithotomie, fermer la fistule bilio-digestive et associer une cholécystectomie dans le même temps opératoire [6,7,9]. L'entérotomie avec cholécystectomie couplée à la cure de la fistule dans le même temps opératoire doit être réservée uniquement aux patients hautement sélectionnés avec des indications absolues selon certains auteurs du fait de la forte morbi-mortalité liée au geste [18]. Un cas d'évacuation spontanée, par le rectum, d'un gros calcul de 5 cm a été rapporté par Hassani KI et al. en 2010 ; il s'agissait d'un calcul de plus de 5 cm exonéré spontanément par les voies naturelles [5], chose plutôt rare, ce qui nous fait dire que l'exonération spontanée reste possible même pour des calculs de plus de 3 cm. L'évolution a été favorable dans notre cas sur les 24 mois post opératoires ; cette même évolution avait été retrouvée chez la plupart des auteurs [4-12].

CONCLUSION

L'iléus biliaire est une cause rare d'occlusion intestinale secondaire à une migration de calcul vésiculaire au travers d'une fistule biliodigestive. Son diagnostic est clinique et radiologique. La prise en charge est chirurgicale et consiste en une extraction du calcul vésiculaire avec prise en charge en un temps ou non de la fistule. L'évolution dépend fortement la rapidité du traitement mais accessoirement des co-morbidités et de l'association d'emblée de l'entérotomie à la cure de la fistule.

REFERENCES

1. Zahid FE, Benjelloun el B, Ousadden A, Mazaz K, Taleb KA. Uncommon cause of small bowel

- obstruction - gallstone ileus: a case report. *Cases J* 2009; 14(2):9321.
2. Chou JW, Hsu CH, Liao KF et al (2007) Gallstone ileus: report of two cases and review of the literature. *World J Gastroenterol* 13 (8):821-5
3. Bornet G, Chiavassa H, Galy-Fourcade D et al. L'iléus biliaire colique: une cause rare d'occlusion colique. *J Radiol.* 1998; 79(12): 1499-502.
4. Khalid M, Pierre B, Hicham E, Khalid AT. Iléus biliaire colique: une cause rare d'occlusion colique. *Pan African Medical Journal.* 2017; 27:187.
5. Hassani KI, Rode J, Poincenot J, Gruss J-M. Iléus biliaire avec évacuation spontanée d'un gros calcul : à propos d'un cas. *Pan African Medical Journal.* 2010 ; 4 (10) : 1-8.
6. Abid H, Babakhouya F, Zerhouni A, Toughrai I, Sbai H, Meryem B, Ibrahim A, Mellouki I. Iléus biliaire: une cause rare d'occlusion intestinale, à propos d'un cas. *Pan African Medical Journal.* 2018;29:101.
7. Bouchentouf S-M, Sall I, El Kaoui H, Baba H, Aitali A, Zentar A, Sair K. Iléus biliaire associé à un diverticule de Meckel : quelles particularités thérapeutiques ? *J Afr Hepato Gastroenterol* (2009) 3 :32-4.
8. Costil V, Jullès M-C, Zins M, Loriaua J. Le syndrome de Bouveret : l'iléus biliaire n'est pas toujours là où on pense. . . *Journal de Chirurgie Viscérale* (2012) 149 : 320-2.
9. Elfadili H, Elamrani N, Chourak M, Sabbah F, Benamar A, Hrorra A, Raiss M, Ahallat A. Syndrome de Bouveret : cause rare de l'iléus biliaire. *J. Afr. Hépatol.Gastroentérol.* (2009) 3:219-20.
10. Gantois N, Questroy A, Thiebaud PC. Iléus biliaire. *Ann. Fr. Med. Urgence* 2018 8:399-400.
11. Oussaid M, Elbouhaddouti H. Perforation grêlique secondaire à un iléus biliaire: à propos d'un cas. *Pan African Medical Journal.* 2014; 2014:270.
12. Geraldo RF, Tchangai B, Alassani F, Kanasoua KK, Amouzou EGY, Amegble KJD, Dakey YEL, Dosseh ED. Ileus biliaire: à propos d'un cas et revue de la littérature. *J Afr Chir Digest* 2020 ; Vol 20(2) : 3160 - 3.
13. Lê P, Chambon H, Madeuf E. (2003) Un iléus biliaire. *J Chir* 140 (3):169-70.
14. Delabrousse E, Bartholomot B, Sohm O et al (2000) Gallstone ileus: CT findings. *Eur Radiol* 6 :938-40
15. Lassandro F, Gagliardi N, Scuderi M et al (2004) Gallstone ileus analysis of radiological findings in 27 patients. *Eur J Radiol* 50 :23-9
16. Roisin Mary Heaney. Colonic gallstone ileus: the rolling stones, Heaney RM. *BMJ Case Rep.* 2014; doi:10.1136/bcr-2014-204402.
17. Tuil S, Souillac P, Beroud P et al. Intérêt du scanner dans le diagnostic d'iléusbiliaire. *Gastroenterol Clin Biol.* 1994; 18(1): 1156-7.
18. Doko M, Zovak M, Kopljar M, Elizabet Glavan E, Ljubicic N, Hochstädter H. Comparison of Surgical Treatments of Gallstone Ileus: Preliminary Report. *World J Surg* 2003 ; 27, 400-4.