

Iléus biliaire : une cause rare d'occlusion intestinale aiguë

Gallstone ileus : a rare cause of acute bowel obstruction

T. Dossouvi¹, B. N'Timon², K. Adabra¹, E. Sorsy¹ et P. Meignie¹

¹Service de Chirurgie générale, ²Service de Radiologie et Imagerie médicale, Centre hospitalier de Douai, France

RESUME

L'iléus biliaire est une cause rare d'occlusion intestinale, qu'on rencontre chez le sujet âgé. Le diagnostic est apporté par le scanner qui constitue l'examen de référence. Le traitement est chirurgical consistant en une entérolithotomie, associée ou non à une cholécystectomie et à une cure de la fistule. Le but de notre travail est de rapporter deux cas d'iléus biliaire et de décrire les particularités épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques des iléus biliaires.

Rev Med Brux 2017 ; 38 : 99-102

ABSTRACT

Gallstone ileus is a rare cause of bowel obstruction observed in older persons. The diagnosis is based on computed tomography. Enterolithotomy with or without cholecystectomy and the repair of the fistula is the treatment of choice. The aim of our study is to report two cases of gallstone ileus and to describe the epidemiology, diagnosis and therapy of gallstone ileus.

Rev Med Brux 2017 ; 38 : 99-102

Keys words : gallstone ileus, obstruction, computed tomography, enterolithotomy, fistula

INTRODUCTION

L'iléus biliaire est une complication de la lithiase biliaire, caractérisé par une occlusion intestinale secondaire à la migration d'un calcul de la vésicule biliaire dans l'intestin, à la faveur d'une fistule, dans un contexte de cholécystite chronique. C'est une affection rare qui touche surtout la femme âgée. Son diagnostic repose sur la tomographie computerisée (TDM). Comme toute occlusion mécanique, son traitement est essentiellement chirurgical. Nous rapportons deux cas colligés en deux ans, au Centre hospitalier de Douai en France, avec pour objectif de décrire les particularités épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques des iléus biliaires.

OBSERVATION 1

Une patiente de 77 ans est admise pour des vomissements, des douleurs abdominales et l'arrêt du transit intestinal évoluant depuis environ trois jours. Elle

a pour antécédents une hypertension artérielle et une insuffisance cardiaque bien suivies. L'examen a permis de noter un bon état général, un abdomen météorisé, souple et indolore, des orifices herniaires libres, une ampoule rectale vide au toucher rectal. Par ailleurs, l'examen clinique était sans particularité. Le diagnostic d'une occlusion intestinale aiguë a été suspecté. Un bilan biologique notait un syndrome inflammatoire. Une radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) a permis d'objectiver une distension grêlique diffuse et des niveaux hydro-aériques en faveur d'une occlusion du grêle (figure 1). Une TDM abdominopelvienne montrait des signes d'occlusion grêle, une aérobilie et un calcul ectopique en faveur d'un iléus biliaire (figure 2). Une laparotomie faite en urgence a permis de réaliser une entérotomie avec extraction d'un calcul biliaire à environ 20 cm de la jonction iléocœcale, suivie d'une entérorraphie sans cholécystectomie, ni cure de la fistule prévue à distance. Les suites opératoires ont été simples. La sortie a été autorisée au 9^e jour postopératoire.

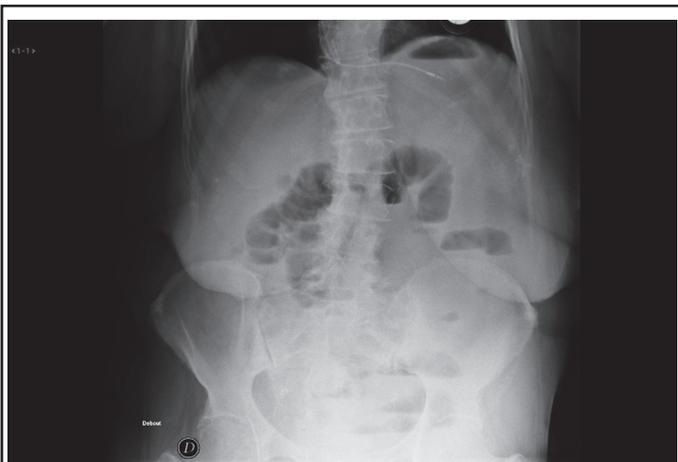


Figure 1 : ASP montrant une dilatation grêle associée à des niveaux hydroaériques grêliques.

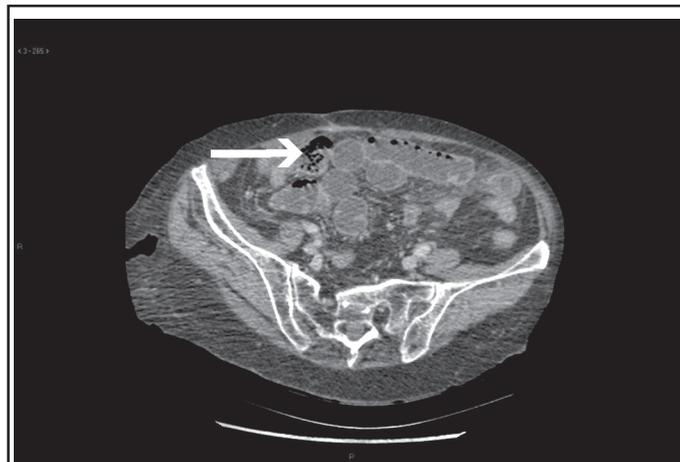


Figure 3 : Aspect scanographique mettant en évidence une occlusion du grêle (flèche).



Figure 2 : Aspect scanographique mettant en évidence un calcul intragrêlique obstructif avec une dilatation en amont (flèche).

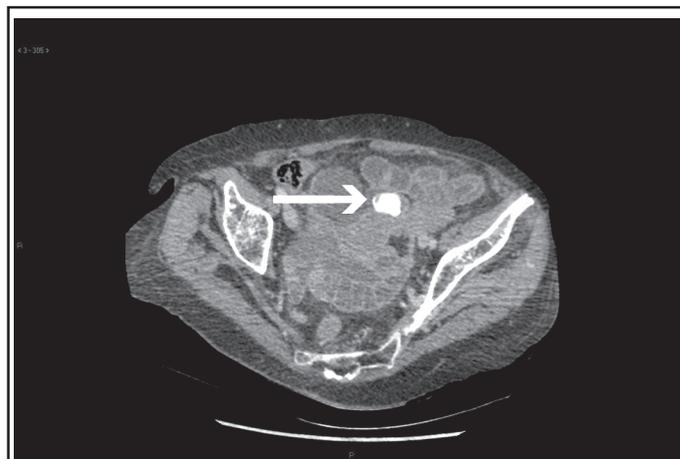


Figure 4 : Aspect scanographique objectivant un calcul ectopique intragrêlique (flèche).

OBSERVATION 2

Une patiente de 74 ans a consulté aux Urgences pour des vomissements, un arrêt des selles mais pas de gaz évoluant depuis environ 48 heures. Dans ses antécédents, on notait une hypertension artérielle et un diabète insulino-dépendant. L'examen clinique a montré un bon état général, une déshydratation modérée, un abdomen météorisé souple et indolore, des orifices herniaires libres et une ampoule rectale vide au toucher rectal. Devant ce syndrome subocclusif, une ASP était sans particularité. Une TDM abdomino-pelvienne objectivait des signes d'occlusion grêle, une aérobilie et un calcul ectopique faisant évoquer le diagnostic d'un iléus biliaire (figures 3 et 4). Il n'y avait pas de perturbation du bilan biologique. Une laparotomie en urgence a permis une extraction du calcul par entérotomie (figure 5). La cholécystectomie associée à une cure de la fistule était prévue à distance. Les suites opératoires ont été simples.

DISCUSSION

L'iléus biliaire représente environ 1 à 3 % des occlusions intestinales¹ et 25 % des occlusions mécaniques^{2,3}. L'iléus biliaire se produit beaucoup plus

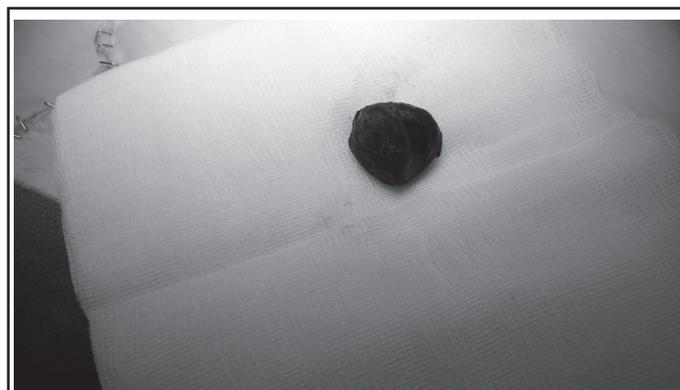


Figure 5 : Vue du calcul extrait en postopératoire.

souvent à la faveur d'une fistule cholécysto-duodénale que par une fistule cholécystocolique, cholécystogastrique ou cholécystocholédocienne^{4,5}.

C'est une affection qui touche essentiellement le sujet âgé, surtout la femme au-delà de 70 ans⁶⁻⁸.

Le diagnostic de cette affection en préopératoire est difficile. L'interrogatoire retrouve souvent des antécédents de coliques hépatiques ou de cholécystites, traitées médicalement ou non⁸. Cliniquement, c'est le syndrome occlusif ou subocclusif

qui doit attirer l'attention. Les symptômes occlusifs dépendent du degré d'obstruction du tube digestif et du niveau de blocage du calcul dans l'intestin⁹. C'est l'imagerie (ASP, échographie et TDM) qui permet d'évoquer le diagnostic en mettant en évidence la triade de Riegler, constituée par une aérobie, un ou des calcul(s) ectopique(s) dans le tube digestif et une occlusion intestinale avec son niveau lésionnel⁴. L'ASP et l'échographie ne permettent pas souvent d'objectiver en totalité la triade de Riegler et sont peu contributives pour le diagnostic⁹. En revanche, la TDM constitue l'examen de référence permettant de mettre en évidence la triade de Riegler comme dans notre série¹⁰.

Le traitement de l'iléus biliaire qui était autrefois essentiellement chirurgical, basé sur la laparotomie, a connu une évolution avec l'essor de la coelioscopie, de la mini-laparotomie, de l'endoscopie et de la lithotriptie. L'élimination spontanée du calcul a aussi été décrite¹¹. Le traitement chirurgical consiste en une entérolithotomie associée ou non à une cholécystectomie et à une cure de la fistule, en un ou deux temps opératoires. Cette entérolithotomie peut être réalisée, par laparotomie, par mini-laparotomie ou par voie coelioscopique. La voie coelioscopique est la voie d'abord préférée car elle est non seulement moins invasive, elle permet de confirmer le diagnostic en cas de doute par l'exploration abdominale et elle réduit la morbidité et la mortalité postopératoire. Elle doit donc être proposée aux sujets présentant des comorbidités¹²⁻¹⁴.

La mini-laparotomie est une alternative en cas d'inaccessibilité à la laparoscopie ou lorsque celle-ci est contre-indiquée, car elle constitue aussi une voie peu invasive^{15,16}.

La réalisation de la cholécystectomie et la cure de la fistule biliodigestive dans le même temps opératoire que l'entérolithotomie est un sujet qui divise les auteurs.

Dans la littérature, trois attitudes ont été observées :

1. **Une entérolithotomie seule** peut être réalisée comme chez nos patientes, car il a été rapporté une fermeture spontanée de la fistule avec une vésicule vide de calculs^{10,17,18}. C'est une attitude qui est recommandée chez les patients très âgés ou présentant des comorbidités ou ayant une altération de l'état général. Cette procédure a pour avantage la réduction de la morbidité et de la mortalité due à la courte durée de l'intervention chirurgicale et à l'éviction des phénomènes inflammatoires en cas de cholécystectomie et de cure de la fistule. Les inconvénients sont les risques de récurrence, de cholécystite chronique et de cancérisation vésiculaire liés à la présence de la vésicule.
2. **Une entérolithotomie dans un premier temps puis une cholécystectomie associée à une cure de la fistule dans un second temps** après une régression des phénomènes inflammatoires^{10,11,15}. Elle est recommandée chez les patients, ayant un

état général susceptible de supporter plusieurs interventions. Cette procédure permet de minimiser la morbidité et la mortalité due à la régression des phénomènes inflammatoires. Le désavantage de cette attitude est représenté par les risques liés à une double anesthésie.

3. **Une entérolithotomie associée à une cholécystectomie puis à une cure de la fistule dans le même temps opératoire**^{10,11}. Cette méthode est indiquée chez les patients en bon état général, capables de supporter une longue intervention. Elle a pour avantage de traiter en même temps l'occlusion et d'enlever la vésicule, source de calculs, d'infection puis de fermer la fistule. Les inconvénients sont la longue durée de l'intervention et par ricochet l'augmentation du risque de morbidité et de mortalité.

L'apport actuel de la lithotripsie extracorporelle seule ou combinée à l'endoscopie dans la prise en charge de l'iléus biliaire est indéniable. C'est une technique non invasive, indiquée chez des patients précaires ne pouvant pas supporter une intervention chirurgicale^{19,20}.

CONCLUSION

L'iléus biliaire est une complication rare de la lithiase biliaire qu'il ne faut pas oublier d'évoquer devant un syndrome occlusif chez le sujet âgé. Le diagnostic est apporté par la TDM qui met en évidence la triade caractéristique de Riegler. Le traitement a beaucoup évolué avec l'essor de la laparoscopie, de la mini-laparotomie, de l'endoscopie et de la lithotripsie.

BIBLIOGRAPHIE

1. Chen-Wang C, Shou-Chuan S, Shee-Chau L, Cheng-Hsin C. A Disease Easily Ignored in the Elderly. *Int J Gerontol.* 2008; 2(1):18-21.
2. 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.
3. Chatterjee S, Chaudhuri T, Ghosh G, Ganguly A. Gallstone ileus - an atypical presentation and unusual location. *Int J Surg.* 2008;6(6):55-6.
4. Delabrousse E, Bartholomot B, Sohm O, Wallerand H, Kastler B. Gallstone ileus: CT findings. *Eur Radiol.* 2000;10(6):938-40.
5. Sfairi A, Patel JC. Gallstone ileus: plea for simultaneous treatment of obstruction and gallstone disease. *J Chir.* 1997;134(2):59-64.
6. Grumbach K, Levine MS, Wexler JA. Gallstone ileus diagnosed by computed tomography. *J Comput Assist Tomogr.* 1986;10(1):146-8.
7. Oikarinen H, Päivänsalo M, Tikkakoski T, Saarela A. Radiological findings in biliary fistula and gallstone ileus. *Acta Radiol.* 1996;37(6):917-22.
8. Lê P, Chambon H, Madeuf E. Uniléus biliaire. *J Chir.* 2003;140(3):169-70.

9. Bornet G, Chiavassa H, Galy-Fourcade D, Jarlaud T, Sans N, Labbé F, *et al.* L'ileus biliaire colique: une cause rare d'occlusion colique. *J Radiol.* 1998;79(12):1499-502.
10. Edderaï M, Bassou D, Semlali S, Benameur M, Kharras AE. Diagnostic tomодensitométrique de l'iléus biliaire. *Presse Med.* 2009;38(1):163-4.
11. Hassani KI, Rode J, Poincenot J, Gruss JM. Gallstone ileus with spontaneous evacuation of a large stone: report of a case. *Pan Afr Med J.* 2010;4:10.
12. Soto DJ, Evan SJ, Kavic MS. Laparoscopic management of gallstone ileus. *JSLs.* 2001;5(3):279-85.
13. Bircan HY, Koc B, Ozcelik U, Kemik O, Demirag A. Laparoscopic treatment of gallstone ileus. *Clin Med Insights Case Rep.* 2014;7:75-7.
14. Watanabe Y, Takemoto J, Miyatake E, Kawata J, Ohzono K, Suzuki H, *et al.* Single-incision laparoscopic surgery for gallstone ileus: An alternative surgical procedure. *Int J Surg Case Rep.* 2014;5(7):365-9.
15. Galizia G, Lieto E, Pelosio L, Imperatore V, Castellano P, Pignatelli C. Biliary ileus: a review of the literature and report of a clinical case treated by minilaparotomy. *Ann Ital Chir.* 2000 ;71(4):483-8.
16. Díaz-Rosales JD, Enríquez-Domínguez L. Minilaparotomy approach for biliary ileus. *Archivos de Medicina.* 2015;15(2):352-5.
17. Rodríguez-Sanjuán JC, Casado F, Fernández MJ, Morales DJ, Naranjo A. Cholecystectomy and fistula closure versus enterolithotomy alone in gallstone ileus. *Br J Surg.* 1997;84(5):634-7.
18. Shioi Y, Kawamura S, Kanno K, Nishinari Y, Ikeda K, Noro A, *et al.* A case of gallstone ileus displaying spontaneous closure of cholecystoduodenal fistula after enterolithotomy. *Int J Surg Case Rep.* 2012;3(1):12-5.
19. Pezzoli A, Maimone A, Fusetti N, Pizzo E. Gallstone ileus treated with non-surgical conservative methods: a case report. *J Med Case Rep.* 2015;9:15.
20. Pracki M, Regula J, Pachlewski J, Rupinski M, Cwika M, Butruk E. Sigmoid laser lithotripsy for gallstone ileus. *Folia Gastroenterol Hepatol.* 2006;4(1):30-2.

Correspondance et tires à part :

T. DOSSOUVI
 Centre hospitalier de Douai
 Service de Chirurgie générale
 Route de Cambrai - BP 10740
 59507 Douai Cedex
 E-mail : dboris@ymail.com

Travail reçu le 11 janvier 2015 ; accepté dans sa version définitive le 28 septembre 2016.