

Imagerie en médecine : un iléus biliaire en deux temps

Imaging in medicine: a biliary ileus in two stages

CORYN J., CAVENAILE J.-C. et MABROUK A.

RÉSUMÉ

L'iléus biliaire est une cause rare d'obstruction intestinale. Elle représente 1 à 4 % de toutes les causes d'occlusion¹. Son incidence augmente avec l'âge² et est 3 à 5 fois plus fréquente chez les femmes³. Il s'agit d'une pathologie dont le diagnostic est souvent tardif en raison d'une clinique très peu spécifique. Le retard diagnostique et les fréquentes comorbidités de la population atteinte favorisent une mortalité intra-hospitalière élevée (12 à 27 %)⁴.

Nous décrivons un cas atypique d'occlusion grêle d'origine biliaire chez un homme d'âge moyen dont la présentation s'est faite en deux temps.

Rev Med Brux 2021 ; 42 : 508-509

Doi : 10.30637/2021.21-017

ABSTRACT

Biliary ileus is a rare cause of bowel obstruction. It represents 1 to 4% of all causes of obstruction¹. Its incidence increases with age² and is 3 to 5 times more frequent in women³. The diagnosis is often delayed due to a non-specific clinic. The delay in diagnosis and the frequent comorbidities of the affected population favour a high in-hospital mortality (12-27%)⁴. We describe an atypical case of small bowel obstruction of biliary origin in a middle-aged man whose presentation was in two stages.

Rev Med Brux 2021 ; 42 : 508-509

Doi : 10.30637/2021.21-017

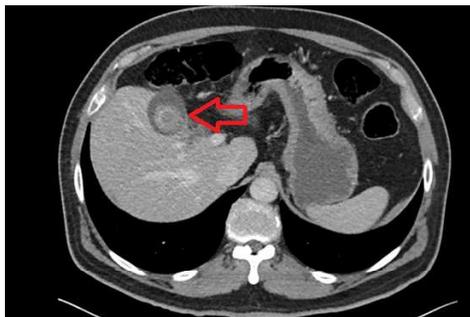
Key words : Biliary ileus, bowel obstruction

CAS CLINIQUE

Un homme âgé de 54 ans, sans antécédent médico-chirurgical significatif, se présente aux urgences pour épigastalgies. Un bilan biologique met en évidence une hyperleucocytose à 16.220/μl à prédominance neutrophile (90 %) sans élévation de la CRP (1,8 mg/l). Il n'y a pas d'altération des tests hépatiques. Un échographiste n'étant pas disponible, un scanner abdominal montre un macrocalcul vésiculaire sans signe de cholécystite (figure 1). Le patient est renvoyé à domicile avec un suivi ambulatoire pour cholécystectomie élective afin de prévenir d'une très probable évolution vers une cholécystite.

Figure 1

Calcul vésiculaire sans signe de cholécystite (flèche rouge).



Dix jours plus tard, le patient se représente aux urgences pour des vomissements à répétition et des douleurs abdominales diffuses. L'examen clinique révèle un abdomen distendu sans défense. Le péristaltisme est augmenté.

Un syndrome inflammatoire avec une CRP à 41 mg/l, une leucocytose à tendance neutrophilique ainsi qu'une insuffisance rénale aiguë d'origine pré-rénale sont observés. Le reste du bilan biologique est banal. Le scanner abdominal met en évidence une vésicule remplie d'air faisant fortement suspecter la présence d'une fistule vésico-duodénale, un calcul biliaire de 35 x 25mm enclavé dans l'intestin grêle ainsi que des signes d'occlusion intestinale sans souffrance intestinale (figures 2 et 3).

Figure 2

CT scanner réalisé lors de la seconde admission aux urgences : aérobilie, calcul ne se trouvant plus dans la vésicule biliaire (flèche noire), dilatation des anses grêles (flèche blanche).



CT scanner réalisé lors de la seconde admission : calcul biliaire enclavé dans une anse grêle (flèche rouge).



Une sonde nasogastrique de décharge est mise en place aux urgences ainsi qu'une réhydratation intra-veineuse. Le patient bénéficie d'une entérotomie par coelioscopie. Une laparoscopie ombilicale a été choisie en raison de la dilatation des anses grêles. La zone de la vésicule biliaire étant inaccessible en raison d'importantes adhérences, la fistule vésico-intestinale n'est pas mise en évidence. Une alimentation pauvre en fibres et en graisses est reprise au 3^e jour post-opératoire. Le patient ne présente pas de complications et est libéré après une semaine. Un bilan à 3 mois post-opératoire par cholangio-RMN montre une vésicule biliaire vide de calcul et ne retrouve pas de fistule raison pour laquelle il n'a pas été nécessaire de procéder à une cholécystectomie.

DISCUSSION

L'iléus biliaire est causé par la migration d'un calcul dans l'intestin grêle via une fistule bilio-digestive le plus souvent cholécystoduodénale (76 %)⁵. Cette fistule se forme à la suite de multiples épisodes de cholécystite créant des adhérences entre la vésicule biliaire et le tractus intestinal puis des zones de nécrose. Ce calcul s'enclave le plus souvent au niveau de l'iléon terminal et de la valve

iléo-cæcale.

Cette pathologie touche dans la plupart des cas des femmes âgées avec de multiples comorbidités. Dans notre cas, le diagnostic a été favorisé par la présence d'un macro-calcul objectivé sur le scanner réalisé lors de la première admission.

En raison de la clinique peu spécifique de l'iléus biliaire, il existe un retard diagnostique contribuant à une mortalité intra-hospitalière importante. Le diagnostic repose essentiellement sur l'imagerie : on retrouve des signes d'obstruction intestinale accompagnés d'un calcul biliaire enclavé dans l'intestin grêle et d'une aérobie (Triade de Rigler). L'examen de référence est le CT scanner avec une sensibilité de 93 % et une spécificité de 100 %⁵. La localisation du calcul au niveau intestinal peut être déterminée par le niveau de transition.

Le traitement est chirurgical. Il consiste en une entérotomie avec extraction du calcul, par voie laparoscopique de préférence. La procédure peut être associée à une cholécystectomie et à une fermeture de la fistule ou cela peut se faire au cours d'une seconde procédure. Cependant, l'entérotomie seule présente une mortalité moins importante (11,7 % vs 16,7 %) avec une faible différence en termes de récurrence d'iléus biliaire (5,3 % vs 6,1 %)⁶.

CONCLUSION

Il s'agit de la meilleure option de traitement sauf en cas de nécrose de la vésicule biliaire, de cholécystite aigue ou chez les patients à faible risque de complications chirurgicales⁵. La fermeture de la fistule peut être spontanée si la vésicule ne présente plus de calcul. Quelques succès de traitement endoscopique associé à une lithotripsie ont été décrits et pourraient être envisagés chez des patients dont l'état général ne permet pas une chirurgie sous anesthésie générale⁷.

Conflits d'intérêt : néant.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ploneda-Valencia CF, Gallo-Morales M, Rinchon C, Navarro-Muñiz E, Bautista-López CA, de la Cerda-Trujillo LF, Rea-Azpeitia LA, López-Lizarraga CR. Gallstone ileus: An overview of the literature. *Rev Gastroenterol Mex.* 2017;82(3):248-54.
2. De Giorgi A, Caranti A, Moro F, Parisi C, Molino C, Fabbian F, Manfredini R. Spontaneous Resolution of Gallstone Ileus with Giant Stone: A Case Report and Literature Review. *J Am Geriatr Soc.* 2015;63(9):1964-5.
3. Chen-Wang C, Shou-Chuan S, Shee-Chau L, Cheng-Hsin C. Gallstone ileus: a disease easily ignored in the elderly. *Int J Gastroenterology.* 2008;2(1):18-21.
4. Halabi WJ, Kang CY, Ketana N, Lafaro KJ, Nguyen VQ, Stamos MJ, Imagawa DK, Demirjian AN. Surgery for gallstone ileus: a nationwide comparison of trends and outcomes. *Ann Surg.* 2014;259(2):329-35.
5. Chuah PS, Curtis J, Misra N, Hikmat D, Chawla S. Pictorial review: the pearls and pitfalls of the radiological manifestations of gallstone ileus. *Abdom Radiol (NY).* 2017;42(4):1169-75.
6. Reisner RM, Cohen JR. Gallstone ileus: a review of 1001 reported cases. *Am Surg.* 1994;60:441-6.
7. Inukai K. Gallstone ileus: a review. *BMJ Open Gastroenterol.* 2019;6(1):e000344.

Travail reçu le 9 mars 2021 ; accepté dans sa version définitive le 18 mai 2021.

CORRESPONDANCE :

J. CORYN
 CHU Brugmann
 Service des Urgences
 Place A.Van Gehuchten 4, 1020 Bruxelles
 juliette.coryn@ulb.be