

Case report

Iléus biliaire: une cause rare d'occlusion intestinale, à propos d'un cas



Biliary ileus: a rare cause of intestinal obstruction, about a case

Hakima Abid¹, Fatima Babakhouya^{1,8}, Ahmed Zerhouni², Imane Toughrai², Hicham Sbai³, Boubou Meryem⁴, Adil Ibrahimi¹, Ihsane Mellouki¹

¹Service d'Hépatogastroentérologie, CHU Hassan II, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès, Université sidi Mohammed Ben Abdallah, Fès, Maroc, ²Service de Chirurgie Viscérale, CHU Hassan II, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès, Université sidi Mohammed Ben Abdallah, Fès, Maroc, ³Service de Réanimation, CHU Hassan II, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès, Université sidi Mohammed Ben Abdallah, Fès, Maroc, ⁴Service de Radiologie, CHU Hassan II, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès, Université Sidi Mohammed Ben Abdallah, Fès, Maroc

⁸Corresponding author: Fatima Babakhouya, Service d'Hépatogastroentérologie, CHU Hassan II, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès, Université Sidi Mohammed Ben Abdallah, Fès, Maroc

Mots clés: Calcul biliaire, fistule cholécystoduodénale, chirurgie

Received: 08/09/2016 - Accepted: 02/11/2016 - Published: 06/02/2018

Résumé

L'iléus biliaire est une complication rare de la lithiase vésiculaire secondaire à une fistule cholécysto-duodénale avec passage d'un macrocalcul dans l'intestin grêle. L'occlusion est provoquée par le blocage du calcul au niveau de l'iléon. Nous rapportons le cas d'une patiente de 75 ans, présentant des vomissements avec des douleurs abdominales diffuses. L'IRM abdominal a objectivé une aérobilie importante, une vésicule biliaire atrophique associée à une occlusion grêlique terminale sur obstacle intraluminal. La laparotomie a objectivé la présence d'une fistule cholécystoduodénale, une vésicule biliaire scléro-atrophique avec la présence d'un calcul obstruant la lumière au niveau du grêle distal (à 1 mètre de la valvule de Bauhin); une enterolithotomie a été réalisée avec une cholécystectomie et fermeture du trajet fistuleux en un seul temps opératoire; les suites postopératoires ont été simples.

Pan African Medical Journal. 2018;29:101. doi:10.11604/pamj.2018.29.101.10691

This article is available online at: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/29/101/full/>

© Hakima Abid et al. The Pan African Medical Journal - ISSN 1937-8688. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Abstract

Biliary ileus is a rare complication of vesicular lithiasis secondary to cholecysto-duodenal fistula with passage of a macrocalcul through the small intestine. The occlusion is caused by the blockage of the gallstone in the ileum. We report the case of a 75-year old patient presenting with vomiting associated with diffuse abdominal pain. Abdominal MRI showed extensive aerobilia, atrophic gallbladder associated with terminal occlusion of the small intestine due to intraluminal obstacle. Laparotomy showed cholecystoduodenal fistula, scleroatrophic gallbladder with obstructing gallstone in the distal small intestine (at 1 meter from Bauhin valve); 1-stage enterolithotomy associated with cholecystectomy and closure of the fistulous tract were performed. The postoperative course was uneventful.

Key words: Biliary stone, cholecysto-duodenal fistula, surgery

Introduction

L'iléus biliaire est une cause rare d'occlusion intestinale secondaire à une obstruction de la lumière intestinale par un calcul biliaire ayant migré à travers une fistule cholécysto-duodénale. Nous rapportons un cas d'iléus biliaire chez une patiente âgée de 75 ans admise dans un tableau d'occlusion intestinale haute.

Patient et observation

Il s'agit d'une femme âgée de 70 ans, diabétique sous insuline, connue porteuse d'une cardiopathie ischémique depuis 1 an mise sous Aspégic, suivie pour insuffisance rénale chronique (sur néphropathie diabétique), et connue porteuse d'une vésicule biliaire lithiasique non encore opérée, et qui présente depuis 10 jours avant son admission des vomissements alimentaires aggravés le jour de son admission devenant bilieux avec installation de douleur abdominale diffuse intense, sans arrêt de matière ou de gaz; A l'examen: elle était apyrétique, stable sur le plan hémodynamique. L'abdomen était non distendu mais avec une sensibilité abdominale diffuse. Le toucher rectal a objectivé la présence de selles à l'ampoule rectale; il était noté une hyperleucocytose à 14 000 avec des PNN à 11 000, avec un syndrome inflammatoire (CRP à 122). Une TDM abdominale a objectivé une aérobilie importante, une vésicule biliaire atrophique associée à une occlusion grêlique terminale sur obstacle intraluminal (Figure 1); le diagnostic d'iléus biliaire a été retenu. Au bloc opératoire l'exploration chirurgicale a permis de découvrir une fistule cholécysto-duodénale, une vésicule biliaire scléro-atrophique avec la présence d'un calcul obstruant le lumière au niveau du grêle distal (à 1 mètre de la valvule de Bauhin); une entérolithotomie a été réalisée avec une cholécystectomie et

fermeture du trajet fistuleux en un seul temps opératoire (Figure 2 et Figure 3); les suites postopératoires ont été simples.

Discussion

L'iléus biliaire est une complication rare de la lithiase biliaire. Il représente 1 à 4% des occlusions intestinales aiguës organiques [1,2]. Cette incidence s'élève à 25% après l'âge de 70 ans, avec une nette prédominance féminine [3,4]. Sur le plan physiopathologique, des épisodes répétitifs de cholécystite lithiasique entraînent une inflammation périvésiculaire avec constitution de fistule cholécystodigestive et migration de calculs vésiculaires vers le tube digestif [5-7]. Dans 10 à 20% de cas, ils s'enclavent donnant lieu à une obstruction mécanique plus ou moins complète [8]. Les signes cliniques sont non spécifiques.

Ils sont à l'origine d'un retard diagnostique [1], expliquant des taux élevés de mortalité et de morbidité [2]. Le diagnostic est historiquement basé sur la triade de Rigler qui associe: une aérobilie, un calcul biliaire ectopique et un syndrome occlusif. Cette triade est absente dans 50% des cas [9]. Des études récentes ont montré l'intérêt de la tomodensitométrie dans le diagnostic avec une sensibilité, une spécificité et une valeur prédictive positive de 93%, 100% et 99% respectivement [10-12].

Les reconstructions multi planaires permettent de visualiser le plus souvent une fistule cholécysto-duodénale et de repérer précisément la zone transitionnelle (iléale, le plus souvent) [13]. La TDM doit éliminer la présence d'autres calculs qui constitueraient une source de récurrence postopératoire [14,15]. Le plus souvent, le calcul se loge dans l'iléon terminal (90%), dans le côlon (8%) et moins souvent

dans le duodénum (Syndrome de Bouveret) (3%) [16, 17]. Des localisations rectales ont été décrites [18].

La prise en charge thérapeutique doit être précoce. Deux approches chirurgicales ont été décrites: une entérolithotomie isolée, une entérolithotomie avec cure de la fistule cholécystodigestive et cholécystectomie en un ou deux temps [3]. L'association d'un geste biliaire ou sa réalisation dans un second temps opératoire alourdit dans les séries rapportées la morbidité de manière importante et reste pour la plupart des auteurs inutiles en l'absence de symptômes ultérieurs [19,20] vu que La fistule se tarit spontanément dans plus de 50% de cas. Le taux de récurrence est minimale (moins de 5%) [3,20].

Conclusion

L'iléus biliaire touche principalement les femmes âgées avec un tableau clinique le plus souvent atypique. Le scanner abdominal porte un intérêt diagnostique en permettant de visualiser l'obstacle; le traitement est chirurgicale reposant sur une entérolithotomie associée ou non à la cure de la fistule cholécystodigestive et à la cholécystectomie.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Contributions des auteurs

Hakima Abid, Fatima Babakhouya, Adil Ibrahim, Ihsane Mellouki: recrutement des données du patient; Meryem Boubou: réalisation de l'imagerie; Ahmed Zerhouni, Imane Toughrai: médecin chirurgien; Hicham Sbai: réanimation. Tous les auteurs ont contribué à la conduite de ce travail. Tous les auteurs déclarent également avoir lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Figures

Figure 1: A) 2 images scannographiques montrant une distension grélique en amont d'un calcul (Flèche) enclavé au niveau de l'iléon terminal (coupe Sagittale); B) coupe transversal

Figure 2: Image au bloc opératoire du calcul avant entérolithotomie

Figure 3: Image au bloc opératoire du calcul après entérolithotomie

Références

1. Chen-Wang C, Shou-Chuan S, Shee-Chau L et al. Gallstone ileus: a disease easily ignored in the elderly. *Int J Gastroenterology*. 2008; 2: 18-21.
2. Florian Bär, Uwe Roblick, Hendrik Lehnert. Gallstone Ileus. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. October 2011; 9(10): A22. **Google Scholar**
3. Ayantunde AA, Agrawal A. Gallstone ileums: diagnosis and management. *World J Surg*. 2007 Jun; 31(6): 1292-7. Epub 2007 Apr 15. **PubMed | Google Scholar**
4. Lassandro F, Gagliardi N, Scuderi M, Pinto A, Gatta G, Mazzeo R. Gallstone ileums analysis of radiological findings in 27 patients. *Eur J Radiol*. 2004 Apr; 50(1): 23-9. **PubMed | Google Scholar**
5. Skulstad S, Olsen L, Rokke O. Intestinal obstruction by a large gallstone in the rectum: successful catheter-aided extraction. *Eur J Surg*. 2000 May; 166(5): 422-5. **PubMed | Google Scholar**
6. Lancaster J, Strong R, Mc Intyre A, Kerlin P. Gallstone ileums complicating endoscopic sphincterotomy. *Aust N Z J Surg*. 1993 May; 63(5): 416-7. **PubMed | Google Scholar**
7. Habib E, Khoury R, Elhadad A, Jarno F, Diallo T. Complications digestives d'un calcul biliaire perdu pendant une cholécystectomie sous cœlioscopie. *Gastroenterol Clin Biol*. 2002; 26: 930-4. **Google Scholar**

8. Kurtz RJ, Heimann TM, Kurtz AB. Gallstone Ileus: a diagnostic problem. *Am J Surg.* 1983 Sep; 146(3): 314-7. **PubMed | Google Scholar**
9. Silva AC, Pimenta M, Guimaraes LS. Small bowel obstruction: what to look for. *Radiographics.* 2009 Mar-Apr; 29(2): 423-39. **PubMed | Google Scholar**
10. Delabrousse E, Baulard R, Sarlieve P, Michalakakis D, Mantion G, Kastler B. Tomodensitométrie de l'occlusion du grêle chez l'adulte. *Feuillets Radiol.* 2003; 43: 517-27.
11. Robert B, Gog A, Castier M, Chivot C, Gondry-Jouet C, Yzet T. L'iléus biliaire, une sémiologie Pathognomonique. *Feuillets de Radiologie.* 2013; 53: 121-122.
12. Yu CY, Lin CC, Shyu RY et al. Value of CT in the diagnosis and management of gallstone ileus. *World J Gastroenterol.* 2005 Apr 14;11(14):2142-7. **PubMed | Google Scholar**
13. Delabrousse E, Bartholomot B, Sohm O, Wallerand H, Kastler B. Gallstone ileums: CT findings. *Eur Radiol.* 2000; 10(6): 938-40. **PubMed | Google Scholar**
14. Barbary C, Orlandini F, Tissier S, Laurent V, Régent D. L'iléus biliaire: points clés et pièges du diagnostic par l'imagerie en coupes. *J Radiol.* 2004 Feb; 85(2 Pt 1): 83-90. **Google Scholar**
15. Idir Ouzaid, Enrico Gruden, Pierre-Olivier Bosset, Simon Msika, Reza Kianmanesh. Ileus biliaire: une cause rare d'occlusion Intestinale. *Presse Med.* 2010; 39: 998-1000. In Press.
16. Garcia-Marin, Pérez-López M, Pérez-Bru S, Compañ-Rosique A. Gallstone ileus: an uncommon cause of bowel obstruction. *Rev Gastroenterol Mex.* 2014 Jul-Sep; 79(3): 211-3. **PubMed | Google Scholar**
17. Bornet G, Chiavassa H, Galy-Fourcade D, Jarlaud T, Sans N, Labbé F et al. Fait clinique l'iléus biliaire colique: une cause rare d'occlusion colique. *J Radiol.* 1998 Dec; 79(12): 1499-502. **Google Scholar**
18. Nestor Kunin, Virginie Morin-Chouarbi, Natacha Prat-Robilliard, Luc Verbrackel, Gilles Cressy. Iléus biliaire révélé par un calcul rectal. *Gastroenterol Clin Biol.* 2004; 28.
19. Ravikumar R, Williams JG. The operative management of gallstone ileums. *Ann R Coll Surg Engl.* 2010 May; 92(4): 279-81. **PubMed | Google Scholar**
20. Mohan K, Mallipeddi, Theodore Pappas N, Mark Shapiro L, John E. Gallstone ileums: revisiting surgical outcomes using National Surgical Quality Improvement Program data; *journal of surgical research.* 2013; 184(2013): 84-88. **Google Scholar**

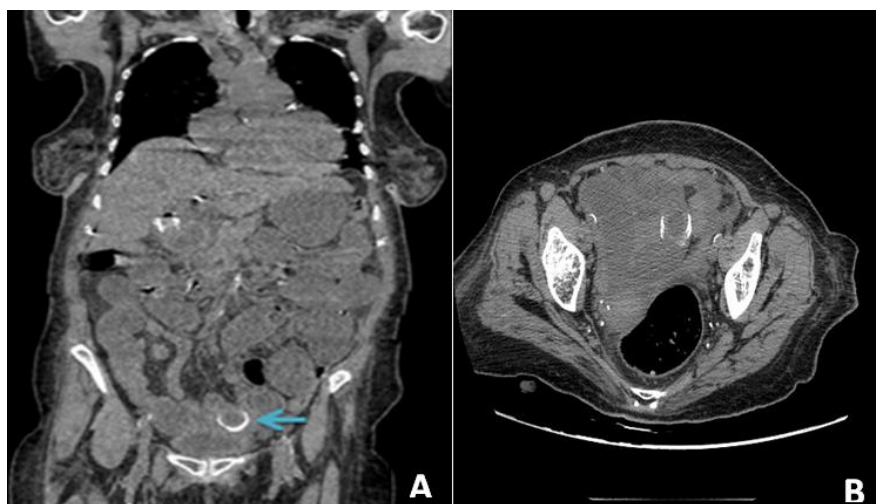


Figure 1: A) 2 images scannographiques montrant une distension grélique en amont d'un calcul (Flèche) enclavé au niveau de l'iléon terminal (coupe Sagittale); B) coupe transversal



Figure 2: Image au bloc opératoire du calcul avant entérolithotomie



Figure 3: Image au bloc opératoire du calcul après entérolithotomie