

# L'iléus biliaire : réflexions diagnostiques et thérapeutiques. A propos d'une observation

*Biliary ileus : diagnostic and therapeutic aspects. Report of a case*

**Y. Narjis, E. Chelala, M. Dessily et J.-L. Allé**

Service de Chirurgie Générale et Digestive, C.H.U. Tivoli, La Louvière

## RESUME

*L'iléus biliaire avec migration du calcul biliaire dans l'intestin grêle à travers une fistule cholécystoduodénale est rare. Le diagnostic est difficile et souvent tardif. La tomodensitométrie permet un diagnostic précoce en montrant fistule, calcul et aérobilie. Le traitement est chirurgical, avec cholécystectomie plus ou moins cure de la fistule.*

*Rev Med Brux 2010 ; 31 : 463-5*

## ABSTRACT

*We report a rare case of small bowel gallstone obstruction in a patient with cholecystointestinal fistula. Diagnosis of this condition is usually difficult and only achieved at surgery. We review the radiological findings, particularly the CT findings, helpful for diagnosis : ectopic gallstone, biliary gas and fistula. Early preoperative diagnosis could reduce morbidity and mortality. Treatment is surgical with enterolithotomy. There is some controversy over the need to repair the fistula.*

*Rev Med Brux 2010 ; 31 : 463-5*

*Key words : gallbladder, biliary ileus, gallstone ileus, biliary fistula, obstruction*

## INTRODUCTION

L'iléus biliaire est une occlusion intestinale en rapport avec la migration d'un calcul vésiculaire dans la lumière intestinale. Il est dû, le plus souvent, à la présence d'une fistule biliodigestive, secondaire à des poussées successives de cholécystite. La présentation de cette observation permettra de discuter des modalités diagnostiques et thérapeutiques de cette rare entité.

## OBSERVATION

Madame C.O., âgée de 81 ans, nous avait été référée du service de médecine interne pour occlusion intestinale. Elle rapportait comme antécédent une douleur récidivante de l'hypochondre droit depuis 6 ans, sans ictère ni hémorragie digestive ni troubles du transit. Elle présentait des douleurs abdominales diffuses ayant débuté au niveau de l'hypochondre et du flanc droits. Cette douleur s'était compliquée secondairement par l'installation brutale d'un arrêt des

matières et des gaz avec vomissements bilieux.

Une radiographie d'abdomen sans préparation montrait des niveaux hydroaériques de type grêle (figure 1). Un scanner abdominal avait été réalisé en urgence et montrait une fistule bilio-entérique entre la vésicule biliaire et le *genu superius*. Il n'y avait pas d'air dans les voies biliaires. Il montrait également un tableau d'occlusion mécanique du grêle sur un volumineux calcul stratifié, faiblement calcifié, présentant des densités centrales graisseuses, impacté au niveau de l'iléon. Ce calcul mesurait près de 6 cm de longueur et 3 cm de petit axe. En amont, le grêle était dilaté avec des niveaux hydroaériques. En aval, le grêle était plat de même que le côlon.

Après une rapide préparation, la patiente avait été opérée en urgence. Elle avait été abordée par laparotomie sous-costale droite. On avait observé une vésicule scléroatrophique accolée et fistulisée dans le premier duodénum. Une cholécystectomie avait été réalisée avec fermeture de la fistule duodénale. Lors

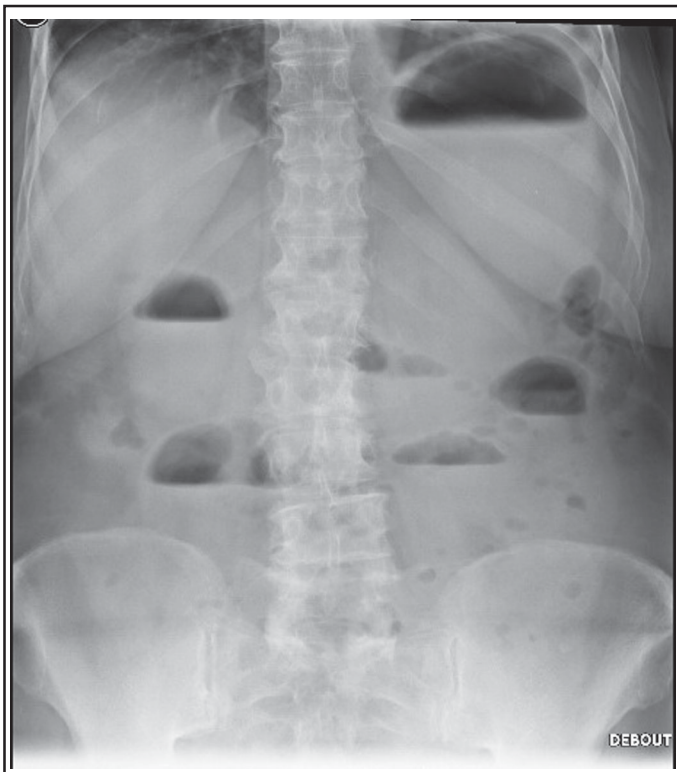


Figure 1 : Radiographie d'abdomen sans préparation montrant plusieurs niveaux hydroaériques.

de l'exploration intestinale du grêle, une dilatation des anses proximales avait été observée jusqu'à repérer un obstacle qui était ouvert par entérotomie longitudinale anti-mésentérique sur un volumineux calcul mesurant 6 cm x 4 cm, coincé dans cette lumière intestinale. On avait procédé à l'extraction de ce dernier et à la fermeture du grêle (figure 2).



Figure 2 : Vue peropératoire du calcul ayant causé l'obstruction intestinale.

Le suivi postopératoire avait été favorable mais la patiente avait gardé sa sonde gastrique pendant 5 jours et le contrôle du transit œsogastroduodénal, à la gastrographie sonde en place, était tout à fait satisfaisant, ne montrant aucune fuite au niveau duodénal. Celle-ci avait été retirée au 6<sup>ème</sup> jour postopératoire permettant ainsi l'alimentation orale

graduelle en un régime mixé. La patiente avait présenté par la suite une collection postopératoire à contenu séreux, en regard de l'orifice de drainage situé au niveau de l'hypochondre droit. Le drain avait été mobilisé puis retiré au 7<sup>ème</sup> jour postopératoire. Après récupération clinique satisfaisante, la patiente avait été autorisée à quitter le service. Elle avait été revue à la consultation sans anomalies notables.

## DISCUSSION

L'iléus biliaire est à l'origine de 2 % de l'ensemble des occlusions du grêle, mais au-delà de 70 ans, il pourrait être responsable de 25 % des occlusions<sup>1</sup>. Il se rencontre avec une nette prédilection chez la femme (*sex ratios* rapportés de 4 à 16/1)<sup>2,3</sup>. Sur le plan physiopathologique, des épisodes répétitifs de cholécystite lithiasique entraînent une inflammation péri-vésiculaire avec constitution de fistule cholécysto-digestive et migration de calculs vésiculaires vers le tube digestif. Dans 10 à 20 % de cas, ils s'enclavent le plus souvent dans l'intestin grêle, donnant lieu à une obstruction mécanique plus ou moins complète. L'obstruction intéresse le plus souvent l'iléon terminal, mais aussi le duodénum (syndrome de Bouveret) et plus rarement le côlon. Cette obstruction serait favorisée par la présence de sténoses inflammatoires, tumorales, ou encore par des adhérences postopératoires<sup>4</sup>. Le siège le plus fréquent du calcul est la valvule iléo-cæcale (60 % des cas), suivie par l'iléon proximal (25 % des cas) et le jéjunum distal (9 %)<sup>1</sup>. Dans la très grande majorité des cas, c'est à la faveur d'une fistule bilio-intestinale compliquant une cholécystite que s'effectue la migration du ou des calculs vésiculaires dans la lumière digestive<sup>5</sup>.

Le diagnostic classique par l'imagerie repose sur la triade de Riegler décrite en 1941 sur les clichés d'abdomen sans préparation (ASP) : images d'occlusion intestinale, aérobilie et calcul(s) biliaire(s) ectopique(s) mais en pratique, l'intérêt de l'ASP reste très limité car cette triade n'est complète que dans 25 % des cas ; 85 % des calculs vésiculaires sont radio-transparents et l'aérobilie est inconstante (50 % des cas)<sup>5,6</sup>. L'échographie est souvent peu contributive, car gênée par les gaz digestifs. Parfois, elle peut compléter, avec l'ASP, la triade de Riegler en montrant l'image hyperéchogène avec cône d'ombre du calcul, une aérobilie et une vésicule biliaire scléro-atrophique<sup>7</sup>. La tomodynamométrie semble être l'examen de choix pour le diagnostic préopératoire d'un iléus biliaire<sup>3</sup>. Grâce à sa grande sensibilité, elle paraît susceptible de pallier toutes les insuffisances de l'ASP et de l'échographie pour la mise en évidence des calculs intestinaux. Elle explique facilement certaines limites de l'ASP ; calcul faiblement calcifié, calcul se projetant sur les éléments du squelette<sup>1</sup>. Il faut pourtant être conscient que les calculs biliaires, même lorsqu'ils sont volumineux, peuvent être presque exclusivement cholestéroliques et devenir alors très difficilement discernables du liquide intestinal accumulé dans l'anse d'amont. C'est alors la perception d'un noyau et/ou de quelques strates plus opaques, la morphologie (noyau central plus dense,

strates régulièrement circonférentielles de densité variable, cholestéroliques et pigmentaires de carbonate et de bilirubinate de calcium), qui permettent l'identification du calcul. C'est un examen rapide, fiable, peu agressif chez des patients souvent fragiles<sup>3,7</sup>.

Le traitement de l'iléus biliaire est le plus souvent chirurgical : extraction du calcul par simple entérotomie, associée ou non à la résection d'un segment digestif nécrosé.

La cholécystectomie et la cure de fistule sont discutées et peuvent être résumées à trois situations :

- non réalisées, car certains auteurs ont rapporté la fermeture fréquente et spontanée de la fistule bilio-digestive, avec une vésicule biliaire vide de calculs<sup>8</sup> ;
- cure première de l'occlusion intestinale puis traitement de la fistule et cholécystectomie dans un second temps opératoire après régression des phénomènes inflammatoires et meilleure préparation du patient<sup>8</sup> ;
- ou bien le traitement de l'occlusion, la cure de la fistule et la cholécystectomie sont réalisés en un seul temps opératoire<sup>8</sup>, comme chez notre patiente.

Certains auteurs ont recours à la chirurgie cœlio-assistée, d'autres ont rapporté des fragmentations de calculs par lithotrithie extracorporelle ou par coloscopie, notamment en cas de contre-indications opératoires. L'extraction du calcul par entérotomie sans cholécystectomie semble être une méthode simple, efficace et de faible morbidité<sup>9</sup>. L'expulsion spontanée du calcul reste très rare (8/112 et 3/211 dans deux études)<sup>10,11</sup>. L'indication dépend aussi de l'âge et de l'état général du sujet, mais les séries publiées restent très peu importantes pour pouvoir établir un consensus précis<sup>11</sup>.

La mortalité de l'iléus biliaire s'élève de 8 à 20 % avec une moyenne de 14 %. La mortalité opératoire est de 13 %. Les complications sont fréquentes (50 %) : les infections postopératoires sont retrouvées dans 11 à 75 % des cas, avec une moyenne à 40 %. La récurrence de l'iléus biliaire survient dans 5 à 9 % des cas chez les patients où la cholécystectomie n'a pas été réalisée<sup>3,9</sup>.

## CONCLUSION

L'occlusion intestinale secondaire à un calcul vésiculaire reste une cause rare de syndrome abdominal aigu. Le diagnostic est le plus souvent tardif, parfois peropératoire. L'examen tomodensitométrique contribue au diagnostic en permettant d'objectiver le

calcul, l'aérobilie et parfois la fistule bilio-digestive. Le traitement chirurgical consiste en l'extraction du calcul associée ou non à une cholécystectomie et une cure de la fistule. Le meilleur traitement reste la prévention qui passe par le diagnostic et le traitement des cholécystites aiguës<sup>11</sup>.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Swift SE, Spencer JA : Gallstone ileus : CT findings. Clin Radiol 1998 ; 53 : 62-5
2. Kurtz RJ, Heiman TM, Kurtz AB : Gallstone ileus : a diagnostic problem. Am J Surg 1983 ; 146 : 314-7
3. Edderaï M, Bassou D, Semlali S, Benameur M, El Kharras A : Diagnostic tomodensitométrique de l'iléus biliaire. La Presse Médicale 2009 ; 38 : 163-4
4. Seal EC, Greagh EA, Finch PJ : Gallstone ileus : a new role of abdominal computed tomography. Postgrad Med J 1995 ; 71 : 765-6
5. 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 ; 85 : 83-90
6. Coulier B, Coppens JP, Broze B : Computed diagnosis of biliary ileus. J Belge Radiol 1998 ; 81 : 75-8
7. Bornet G, Chiavassa H, Galy-Fourcade D *et al.* : L'iléus biliaire colique : une cause rare d'occlusion colique. J Radiol 1998 ; 79 : 1499-502
8. 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 : 634-7
9. Ayantunde AA, Agrawal A : Gallstone Ileus : Diagnosis and Management. World J Surg 2007 ; 31 : 1292-7
10. Milson JW, McKeigan JM : Gallstone obstruction of the colon : Report of two cases and review of management. Dis Colon Rectum 1985 ; 28 : 367-70
11. Deitz DM, Standage BA, Pinson CW *et al.* : Improving the outcome in gallstone ileus. AJS 1986 ; 151 : 572-80
12. Beyer I, Machayekhi S, Mattys M *et al.* : Ileus biliaire. Rev Med Brux 1996 ; 17 : 339-41

### Correspondance et tirés à part :

Y. NARJIS  
Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech  
BP 7010, Sidi Abbad  
40000 Marrakech, Maroc  
E-mail : y.narjis@yahoo.fr

Travail reçu le 28 décembre 2009 ; accepté dans sa version définitive le 18 juin 2010.