

L'iléus biliaire. Intérêt de la tomодensitométrie abdominale

Gallstone ileus. Abdominal CT usefulness

F. Sukkarieh, P. Brasseur et L. Bissen

Service d'Imagerie Médicale, C.H.U. de Charleroi, Site André Vésale, Montigny-le-Tilleul

RESUME

Les auteurs rapportent le cas d'une patiente de 93 ans admise en urgence pour occlusion intestinale. La tomодensitométrie abdominale montre un iléus biliaire causé par la migration et l'enclavement d'un calcul vésiculaire de 3 cm de diamètre dans l'intestin grêle. Une entérolithotomie simple fut réalisée avec succès.

L'iléus biliaire est une complication d'une lithiase vésiculaire dans plus de 90 % des cas et représente 25 % des causes d'obstruction intestinale chez les patients de plus de 65 ans. Le diagnostic et le traitement doivent être établis sans délai pour réduire la morbidité et la mortalité. La tomодensitométrie abdominale est l'examen de référence.

Rev Med Brux 2004 ; 25 : 184-6

ABSTRACT

The authors report the case of a 93-year old woman referred to the emergency department and presenting with an intestinal obstruction. Abdominal CT reveals a biliary ileus caused by the migration and the impaction of a 3 cm gallstone in the small bowel. Surgical treatment by enterolithotomy was successful.

In over 90 % of cases, gallstone ileus is a complication of cholelithiasis and accounts for 25 % of intestinal obstruction in patients over 65 years. To reduce morbidity and mortality, early diagnosis and prompt treatment are essential. Abdominal CT-scan is the gold standard technique.

Rev Med Brux 2004 ; 25 : 184-6

Key words : fistula, gastrointestinal tract, biliary ileus, gallstone ileus, intestines obstructions

INTRODUCTION

L'iléus biliaire est une complication rare de la lithiase vésiculaire. Bartholin le décrit pour la première fois en 1654 comme une pathologie du vieillard (cité par Abou-Saif et Al-Kawas)¹.

La longévité accrue des populations dans les pays développés augmente l'incidence de ce phénomène obstructif, dont le diagnostic est souvent tardif. Nous présentons un cas et soulignons l'apport de la tomодensitométrie dans l'exploration.

OBSERVATION

Une femme de 93 ans est hospitalisée en urgence pour douleurs abdominales diffuses, avec nausées, vomissements fécaloïdes et arrêt des gaz et des selles. Dans les antécédents, on note : une leucémie lymphoïde chronique, un ancien AVC avec hémiparésie gauche, une œsophagite sur hernie hiatale et une lithiase vésiculaire.

Sa biologie montre une hyperleucocytose avec 35.700 globules blancs/mm³, une CRP de 19 mg/dL, une glycémie de 164 mg/dL, un taux d'urée de 86 mg/dL et une hyperbilirubinémie avec 2,3 mg/dL de bilirubine totale et 0,9 mg/dL de bilirubine directe. La patiente est obèse et l'abdomen sans préparation n'est pas concluant, car aucune calcification ni collection gazeuse ne sont visibles.

La tomодensitométrie abdominale (TDM), pratiquée le jour même, révèle la présence d'air dans la vésicule et les voies biliaires intra-hépatiques, une occlusion grêle haute et un calcul biliaire enclavé de 3 cm de diamètre, en situation aberrante dans la partie distale de l'iléon, sur le côté gauche de l'abdomen (Figure). La graisse péritonéale est infiltrée autour de la vésicule.

Le diagnostic d'iléus biliaire est posé. Une sonde d'aspiration gastrique est placée, mais, l'occlusion persistant, l'extraction du calcul est réalisée 4 jours plus tard par entérotomie. Ce retard s'explique par les hésitations des cliniciens devant une intervention chirurgi-

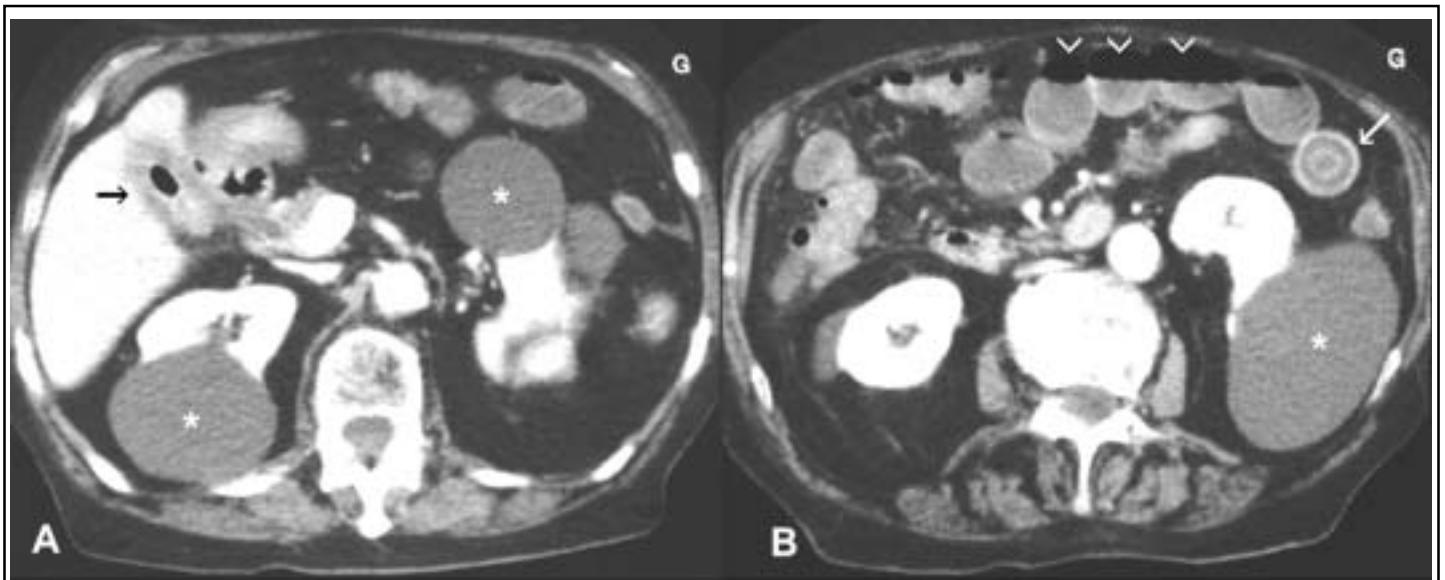


Figure : Tomodensitométrie abdominale avec contraste A : Présence d'air dans la vésicule, dont les parois sont épaissies (flèche noire). Kystes rénaux bilatéraux (astérisques). B : Calcul biliaire en position aberrante dans la partie gauche de l'abdomen (flèche blanche). Son aspect est caractéristique : les anneaux concentriques sont des couches alternées de cholestérol et de dépôt calcaire. En amont du calcul, les anses grêles sont dilatées (têtes de flèche) et présentent des niveaux hydroaériques.

cale chez une personne âgée en mauvais état général. Les suites opératoires sont favorables : après 7 jours, le transit grêle est rétabli.

Depuis 8 mois, l'état de la patiente reste stable ; aucune complication intestinale ou biliaire n'est survenue.

DISCUSSION

L'iléus biliaire est une obstruction du tube digestif provoquée par l'enclavement d'un calcul biliaire ectopique. Cette pathologie survient après migration du calcul par une fistule biliaire interne, compliquant, dans 90 % des cas, une cholécystite chronique². Le trajet fistuleux se forme progressivement à bas bruit, à travers les adhérences créées par l'infection chronique entre la vésicule et les organes voisins. Plus rarement, ces fistules sont occasionnées par un cancer, un ulcère duodéal peptique, ou surviennent après une intervention chirurgicale ou endoscopique sur la région. Ces communications spontanées restent le plus souvent asymptomatiques, car 90 % des calculs vésiculaires qui migrent à travers ces fistules sont éliminés sans encombre par le système digestif. Seuls des calculs d'un diamètre supérieur à 2,5 cm peuvent s'enclaver et provoquer une obstruction digestive^{1,2}. L'iléus biliaire n'est responsable que de 1 % des obstructions dans la population générale. Par contre, ce taux augmente chez l'individu âgé et est la cause de 25 % des occlusions chez les personnes de plus de 65 ans, avec une nette prédominance féminine¹.

Le niveau de l'obstruction est, dans 75 % des cas, l'iléon terminal et la valvule de Bauhin. Le côlon en est rarement la localisation, sauf s'il existe un terrain pathologique préalable, telles que des sténoses diverticulaires ou néoplasiques³. Les fistules cholécystoduodénales sont les plus fréquentes (76 %

des cas), suivies par les fistules cholécystocoliques et cholécododuodénales⁴.

Lorsque le calcul s'enclave dans le bulbe duodénal et détermine une obstruction gastrique, on utilise le terme de syndrome de Bouveret, qui représente 1 à 3 % des cas d'iléus biliaire⁵.

La mortalité reste élevée, de l'ordre de 15 à 18 %^{6,7}, en raison de la fragilité des patients âgés et du diagnostic souvent tardif.

La symptomatologie de l'iléus biliaire n'est pas spécifique⁸ ; elle est celle d'une occlusion intestinale, avec douleurs crampoïdes, vomissements et arrêt des selles et des gaz. En cas d'occlusion incomplète, elle peut être intermittente avec des paroxysmes suivis d'accalmies. De plus, près de 50 % des patients n'ont pas d'antécédents connus de pathologie biliaire^{3,6,8}. Un ictère n'est associé à cette pathologie que dans 15 % des cas^{1,8}.

Le diagnostic, souvent insoupçonné, est radiologique. L'abdomen à blanc permet dans 30 à 35 % des cas⁹ de retrouver la classique triade de Rigler¹⁰ : occlusion intestinale, aérobilie et localisation aberrante d'un calcul biliaire. Mais l'aérobilie est inconstante et la plupart des calculs vésiculaires volumineux sont constitués surtout de cholestérol et sont donc radiotransparents. Les examens digestifs, tels que le transit grêle ou le lavement par produit opaque, peuvent montrer la fistule ainsi que le niveau d'occlusion, mais ces explorations sont lourdes chez des patients âgés et fragiles. Le transit grêle est d'ailleurs contre-indiqué en cas d'obstruction complète.

L'échographie, très performante dans l'étude de la lithiase vésiculaire, n'est que rarement contributive dans l'iléus biliaire, car elle est gênée par les abondan-

tes collections gazeuses intestinales⁶. Par contre, l'endoscopie sera utile dans les obstructions hautes et posera le diagnostic dans 60 % des cas de syndrome de Bouveret¹¹.

L'examen de référence est la tomодensitométrie abdominale^{6,12,13}, beaucoup plus sensible, rapide et non agressive, qui révèle les différents signes de la triade de Rigler et plus particulièrement l'aérobilie ainsi que le calcul vésiculaire en position aberrante, à la condition que celui-ci soit radio-opaque par ses dépôts calciques et sa teneur en pigments.

De plus, la TDM joue un rôle déterminant dans l'exploration de toute obstruction intestinale, puisqu'elle en révèle le site et souvent la cause. Elle permet d'exclure d'éventuelles hernies étranglées internes ou externes, des obstructions sur brides, sur tumeur ou secondaires à des phénomènes infectieux ou ischémiques. Elle révèle les invaginations et les volvulus. Enfin, l'exploration réalisée avec injection de produit de contraste précise l'aspect des parois intestinales et vésiculaires et définit de possibles remaniements vasculaires ou inflammatoires, ainsi que des atteintes mésentériques ou péritonéales. Dans notre cas, il existait une infiltration de la graisse péritonéale périvésiculaire, qui indiquait l'ancienneté des phénomènes infectieux.

Malgré ces moyens, un diagnostic pré-opératoire correct de l'iléus biliaire n'est posé que dans 50 % des cas, avec un délai de 3 à 4 jours et demi entre l'admission et l'intervention chirurgicale, ce qui assombrit le pronostic chez les personnes âgées, en mauvais état général^{1,8}. Chez notre patiente, le diagnostic a été posé dès le 1^{er} jour, mais les cliniciens ont attendu 4 jours avant de décider l'intervention chirurgicale, en raison de son âge, de l'obésité et des facteurs de comorbidité. Ils espéraient que le calcul poursuivrait sa migration et s'éliminerait naturellement, ce qui ne fut pas le cas.

Le traitement de l'iléus biliaire est avant tout chirurgical : le calcul enclavé sera extrait par entérotomie. On peut pratiquer, lors du même temps opératoire, une cholécystectomie (chirurgie en un temps), ce qui évitera une possible récurrence de l'iléus biliaire, une cholangite ou une cancérisation de la vésicule. On peut aussi séparer les deux interventions et réaliser la cholécystectomie plus tardivement (chirurgie en deux temps) ou enfin être conservateur et se limiter à l'entérolithotomie. Ces stratégies sont sujettes à controverse et c'est l'état du patient qui doit guider la décision^{1,8}. Dans notre cas, le scanner ne montrait pas de calcul résiduel. Aussi, par prudence, seule l'entérotomie fut réalisée, afin de limiter les risques opératoires et postopératoires.

La lithotripsie extracorporelle est utilisée comme thérapeutique, mais les difficultés à localiser la cible et l'interposition gazeuse intestinale rendent cette technique difficile¹⁴. Par contre, la lithotripsie par voie endoscopique est proposée comme alternative à la chirurgie lorsque le calcul est accessible au niveau du bulbe duodénal ou du sigmoïde.

Le pronostic dépendra de la rapidité de la prise en charge diagnostique et thérapeutique¹⁵.

Chez notre patiente, l'intervention chirurgicale tardive n'a heureusement pas eu de conséquence néfaste.

CONCLUSION

L'iléus biliaire est une complication rare mais grave de la lithiase vésiculaire, qui survient surtout chez les personnes âgées, et plus particulièrement chez les femmes. La tomодensitométrie abdominale est l'examen de référence qui permet l'identification rapide et non agressive de l'étiologie et améliore ainsi le pronostic d'une affection dont le diagnostic était jadis tardif. Toute obstruction intestinale chez un patient âgé doit faire envisager ce diagnostic, même s'il n'a pas d'antécédents connus de cholélithiase.

BIBLIOGRAPHIE

1. Abou-Saif A, Al-Kawas FH : Complications of gallstone disease : Mirizzi syndrome, cholecystocholedochal fistula, and gallstone ileus. *Am J Gastroenterol* 2002 ; 97 : 249-54
2. Pickhardt PJ, Bhalla S, Balfe DM : Acquired gastrointestinal fistulas : classification, etiologies, and imaging evaluation. *Radiology* 2002 ; 224 : 9-23
3. Bornet G, Chiavassa H, Galy-Fourade D et al : L'iléus biliaire colique : une cause rare d'occlusion colique. *J Radiol* 1998 ; 79 : 1499-502
4. Inal M, Oguz M, Aksungur E, Soyupak S, Boruban S, Akgul E : Biliary-enteric fistulas : report of five cases and review of the literature. *Eur Radiol* 1999 ; 6 : 1145-51
5. Pickhardt PJ, Friedland JA, Hruza DS, Fisher AJ : CT, MR cholangiopancreatography, and endoscopy findings in Bouveret's syndrome. *AJR* 2003 ; 180 : 1033-5
6. Coulier B, Coppens JP, Broze B : Gallstone ileus demonstrated by CT. *J Belge Radiol* 1998 ; 81 : 75-8
7. Reisner RM, Cohen JR : Gallstone ileus : a review of 1.001 reported cases. *Am Surg* 1994 ; 60 : 441-6
8. Clavien PA, Richon J, Burgan S, Rohner A : Gallstone ileus. *Br J Surg* 1990 ; 77 : 737-42
9. Balthazar EJ, Schechter LS : Air in gallbladder : a frequent finding in gallstone ileus. *AJR* 1978 ; 131 : 219-22
10. Rigler LG, Borman CN, Noble JF : Gallstone obstruction : pathogenesis and roentgen manifestations. *JAMA* 1941 ; 117 : 1753-9
11. Losanoff JE, Richman BW, Jones JW : Complications of gallstone disease : gallstone ileus. *Am J Gastroenterol* 2002 ; 97 : 1843-4
12. Delabrousse E, Bartholomot B, Sohm O, Wallerand H, Kastler B : Gallstone ileus : CT findings. *Eur Radiol* 2000 ; 10 : 938-40
13. Loren I, Lasson A, Nilsson A, Nilsson P, Nirhov N : Gallstone ileus demonstrated by CT. *J Comput Assist Tomogr* 1994 ; 18 : 262-5
14. Dumonceau J, Delhaye M, Cremer M : Extracorporeal shock-wave lithotripsy for gallstone ileus. *Gastrointestinal endoscopy* 1996 ; 44 : 759
15. Closset J : Les urgences digestives du patient âgé. *Rev Med Brux* 1999 ; 20 : 491-3

Correspondance et tirés à part :

P. BRASSEUR
C.H.U. de Charleroi, Site André Vésale
Service d'Imagerie Médicale
Rue de Gozée 706
6110 Montigny-le-Tilleul

Travail reçu le 1^{er} septembre 2003 ; accepté dans sa version définitive le 26 mars 2004.

La mort médicalement assistée. Un essai de clarification

M. Englert

Professeur honoraire à l'U.L.B.

Membre de la commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie

Le médecin est de plus en plus souvent amené à prendre des décisions qui abrègent la vie : on estime qu'aujourd'hui, dans les pays européens industrialisés, 25 à 50 % des décès sont provoqués ou accélérés dans une mesure variable par une décision médicale qui a précédé le décès (Tableau 1).

Ces décisions portent soit sur des modifications du traitement soit sur des actes visant délibérément à arrêter la vie.

LES DECISIONS CONCERNANT LE TRAITEMENT

Elles consistent soit à arrêter ou ne pas instaurer un traitement vital ou susceptible de prolonger la vie, soit à administrer, pour combattre la souffrance, des analgésiques et des sédatifs à des doses élevées susceptibles de rapprocher le moment du décès. Renoncer à un traitement qui engendre des souffrances excessives ou qui met en œuvre des moyens disproportionnés par rapport aux résultats attendus et soulager des symptômes pénibles et réfractaires au risque de raccourcir la vie sont des décisions quasi unanimement considérées comme des pratiques médicales "normales" pour autant qu'elles soient prises avec prudence et en s'entourant éventuellement d'avis de collègues. Il faut cependant être conscient qu'elles peuvent toujours, lorsqu'elles sont révélées au grand jour, faire l'objet de contestations de la part de proches ("abandon thérapeutique") et même être considérées par la justice comme des arrêts délibérés de vie*.

Remarquons que si elles avancent éventuellement le moment du décès, de telles décisions n'assurent pas pour autant une fin de vie sereine, ni même acceptable : l'arrêt de traitement peut engendrer des souffrances nouvelles et les analgésiques à fortes doses peuvent être mal supportés, annihiler la conscience

et induire un état comateux plus ou moins prolongé. Elles ne sont donc pas, comme certains les qualifient, des "euthanasies" passives. Rappelons aussi que des techniques de "sédation" ou d'administration d'opiacés à fortes doses, couplée éventuellement à des sédatifs et des anxiolytiques (les "cocktails lytiques"), parfaitement légitimes lorsqu'il s'agit de soulager la souffrance, peuvent cependant être à l'origine d'arrêts de vie délibérés pratiqués sous couvert de la règle dite du "double effet"**, qui permet de nier l'intention de provoquer la mort. Si de tels procédés d'arrêts de vie peuvent, à la rigueur, se justifier lorsque le risque de sanctions pénales lourdes en cas d'euthanasie avérée est présent (il est d'ailleurs patent que la plupart des euthanasies clandestines se pratiquent de cette façon), ils sont, à mon sens, médicalement inacceptables lorsque l'euthanasie par des moyens plus adéquats est légalement possible. En effet, outre la possibilité de complications et d'effets secondaires pénibles, ils ne sont applicables qu'en extrême fin de vie ce qui incite le médecin qui les envisage à postposer un dialogue clair et sans faux-fuyants sur la fin de vie.

* On se souviendra de l'affaire du C.H.R. de la Citadelle à Liège, où deux médecins, les Drs Radoux et Chevolet, furent inculpés d'"assassinat" (et l'un d'eux incarcéré pendant quelques jours) pour avoir débranché, à sa demande, le respirateur d'un patient atteint de fibrose pulmonaire terminale après lui avoir injecté de la morphine, puis du pentothal. Les autorités médicales y voyaient un "arrêt thérapeutique". Le non-lieu ne fut prononcé qu'après l'entrée en vigueur de la loi relative à l'euthanasie qui a fait requalifier correctement l'acte commis en euthanasie. Rappelons également l'inculpation récente en France du Dr F. Chaussoy, chef du service de réanimation à l'Hôpital de Berck (Pas-de-Calais) d'"empoisonnement avec préméditation" pour avoir mis fin à la réanimation de V. Humbert, tétraplégique, aveugle, muet et nourri par sonde (l'euthanasie est toujours interdite en France).

** Cette règle a été imaginée par les théologiens catholiques du Moyen Age pour permettre d'accepter les conséquences, moralement condamnables mais impossibles à éviter, d'actes moralement légitimes.

Tableau 1 : Décisions médicales en fin de vie en Europe en 2002 (d'après van der Heide et al').

L'étude en Belgique a été réalisée avant la législation de dépénalisation de l'euthanasie.

	B	P-B	CH	SW	DK	I
Décès sans décision médicale	61 %	56 %	49 %	64 %	59 %	77 %
• morts subites et inattendues	34 %	33 %	32 %	30 %	33 %	29 %
• morts attendues mais sans décision	27 %	23 %	17 %	34 %	26 %	48 %
Décisions médicales	38 %	44 %	51 %	36 %	41 %	23 %

B = Belgique (Flandre) ; P-B = Pays-Bas ; CH = Suisse ; SW = Suède ; DK = Danemark ; I = Italie.

Les décimales ont été omises.

LES DECISIONS D'ARRET ACTIF DE VIE A LA DEMANDE DU PATIENT : L'EUTHANASIE, LE SUICIDE ASSISTE ET L'AIDE AU SUICIDE

L'euthanasie médicale est définie comme un acte pratiqué par un médecin qui met intentionnellement fin à la vie d'un patient à la demande de celui-ci. Elle n'est autorisée qu'aux Pays-Bas et en Belgique, moyennant le respect de certaines conditions et procédures fixées par la loi. La technique généralement recommandée aujourd'hui consiste à administrer 1 à 2 g de pentothal I.V., suivis d'un curarisant, ce qui provoque une mort calme en quelques minutes².

La question du suicide médicalement assisté a soulevé des controverses. Il s'agit, cette fois, d'un acte posé non par le médecin mais par le patient lui-même mais avec des moyens mis à sa disposition par le médecin. La législation hollandaise s'applique explicitement au suicide médicalement assisté comme à l'euthanasie, avec les mêmes exigences dans les deux cas : le médecin doit assumer personnellement la responsabilité du geste létal posé par le patient en veillant à son aboutissement dans les meilleures conditions et il doit donc non seulement être présent mais aussi intervenir activement si, pour une raison quelconque, le processus ne se déroule pas correctement, comme en cas de vomissements d'une potion létale absorbée par la bouche. La législation belge est moins claire car elle ne mentionne pas le suicide assisté. Mais comme elle n'impose aucune directive médicale quant à la manière dont l'euthanasie doit être pratiquée, rien ne s'oppose à ce que l'induction du coma initial assurant l'inconscience se fasse par l'absorption *per os* d'une potion contenant un barbiturique au lieu de l'injection I.V. de pentothal. Il va cependant de soi que toutes les conditions et procédures légales de la loi relative à l'euthanasie doivent être respectées, que l'administration du produit doit être effectuée avec l'aide active du médecin qui doit assumer lui-même le bon déroulement du processus et donc être prêt à injecter, si le décès ne survient pas rapidement, le curarisant nécessaire. Si ces conditions sont réunies, on ne voit pas de raison permettant de considérer que la loi belge n'autorise pas, tout comme la loi hollandaise, cette forme de suicide assisté.

L'aide médicale au suicide. Il en va tout autrement de la prescription de produits létaux sans assurer le contrôle de leur administration et du processus menant au décès : une telle prescription est interdite, tant aux Pays-Bas qu'en Belgique, et serait assimilée à un empoisonnement ou un homicide, sans parler des sanctions ordinaires. En Suisse, par contre, bien que l'eutha-

nasie soit interdite, l'aide au suicide est autorisée par un article du code pénal pour autant qu'elle soit désintéressée. Certains médecins suisses utilisent cette possibilité en prescrivant une potion létale à un patient en situation sans issue qui leur en fait la demande. Pour éviter un usage abusif de la prescription et échapper à tout reproche éventuel, bien que le code pénal ne précise aucune obligation particulière, le médecin prescripteur s'assure de la situation désespérée dans laquelle se trouve le patient, fournit lui-même la potion létale, en contrôle la prise mais sans pouvoir intervenir directement, ce qui n'est pas sans présenter des inconvénients qui peuvent être graves, et déclare le suicide à la justice. Cette situation est assez semblable à celle de l'Etat d'Oregon, aux USA, où une loi autorise cette forme d'assistance pour les patients incurables dont le décès est attendu dans les 6 mois à venir.

Le Tableau 2 montre que la fréquence des décisions d'arrêt actif de vie varie fortement suivant les conditions socio-culturelles et les législations. On constate que le suicide assisté ne se pratique en Europe que dans les deux pays où il est autorisé et qu'aux Pays-Bas, il est nettement moins fréquent que l'euthanasie : ceci s'explique par le fait que les conditions d'application étant identiques, une prise *per os* par le patient est moins sûre (risque de vomissements ou de prise incomplète) et parce que le coma, même correctement ainsi induit, peut se prolonger plusieurs heures. Les données relatives aux euthanasies pratiquées et déclarées en Belgique depuis l'entrée en vigueur de la dépénalisation sont attendues dans le courant de cette année.

BIBLIOGRAPHIE

1. van der Heide A, Deliens L, Faisst K et al : End-of-life decision-making in six European countries : descriptive study. *Lancet* 2003 ; 362 : 345-50
2. Kimsma GK : Euthanasia and euthanizing drugs in the Netherlands. In : Drug use in assisted suicide and euthanasia. Battin MP, Lipman AG, eds. New York, Pharmaceutical Products Press, 1966

Tableau 2 : Morts intentionnellement provoquées à la demande du patient en Europe en 2002* (d'après van der Heide et al').
L'étude en Belgique a été réalisée avant la législation de dépénalisation de l'euthanasie. % des décès (chiffres arrondis à une décimale).

	B	P-B	CH	SW	DK	I
• euthanasie	0,3 %	2,6 %	0,3 %	?	0,06	0,04
• suicide assisté	0 %	0,2 %	0,4 %	?	< 0,1	0

B = Belgique (Flandre) ; P-B = Pays-Bas ; CH = Suisse ; SW = Suède ; DK = Danemark ; I = Italie.
* Les décisions d'arrêt actif de vie sans demande explicite ne sont pas reprises.