



## FAIT CLINIQUE

### UNE OCCLUSION INTESTINALE AIGUË RARE : L'ILEUS BILIAIRE.

A RARE INTESTINAL OBSTRUCTION: THE GALLSTONE ILEUS.

O CHOUA<sup>1</sup>, MM ALI<sup>2</sup>, S SIDI<sup>1</sup>, A RABO<sup>1</sup>, M TADAY<sup>3</sup>

1Service de Chirurgie Générale

2Service de Gastroentérologie

3Service de Radiologie

Hôpital Général de Référence Nationale, BP 130 N'Djaména, Tchad.

---

## RÉSUMÉ

L'iléus biliaire est une forme rare d'occlusion intestinale provoquée par la migration de calculs biliaires. A cause de sa rareté et de l'atypie des symptômes le diagnostic est difficile. Le pronostic peut être grave chez, les patients gériatriques porteurs de comorbidités. Le scanner est très utile aux fins diagnostics, permettant de retrouver la Triade de Riegler (aérobilie, occlusion intestinale, calcul biliaire ectopique). Nous décrivons un cas colligé à N'Djaména.

**Mots clés:** *iléus biliaire- fistule bilio-digestive -Triade de Riegler-Entérolithotomie.*

---

## SUMMARY

Biliary ileus is a rare form of intestinal obstruction caused by the migration of gallstones. Because of its rarity and atypical symptoms the diagnosis is difficult. The prognosis may be severe in the geriatric patient because of comorbidities. The scanner is very useful for diagnostics purposes for the retrieval of the Riegler's Triad (aerobilia, intestinal obstruction, ectopic gallstone). We describe a case compiled in N'Djamena.

**Keywords:** *Biliary ileus -Riegler's Triade-migration-gallstones- Enterolytotomy.*

### Tirés à part

Dr Choua Ouchemi

Email : choualori@hotmail.com

## INTRODUCTION

L'iléus biliaire est une occlusion de la lumière intestinale par un ou plusieurs calculs biliaires. Il s'agit d'une cause rare d'occlusion représentant 1 à 4% des cas. Il est cependant plus fréquent dans la population gériatrique où il peut constituer jusqu'à 25% des occlusions[1-4]. Son diagnostic est souvent retardé à cause d'une symptomatologie incomplète et trompeuse. Les complications postopératoires sont fréquentes, et les taux de mortalité varient de 7 à 50%[1-2].

Nous rapportons une récente observation du Service de Chirurgie de l'Hôpital Général de Référence Nationale de N'Djaména, Tchad.

## OBSERVATION

Madame KT, 70 ans, obèse (BMI=33,7) était admise en urgence pour des douleurs abdominales évoluant depuis 2 jours, et des vomissements bilieux. Les douleurs étaient initialement épigastriques puis secondairement localisées en région péri-ombilicale. L'examen clinique retrouvait un abdomen distendu, douloureux à la palpation profonde. Le toucher rectal était normal. Une sonde naso gastrique a ramené 250 cc de liquide entérique. Le bilan biologique notait une hyperleucocytose à 13300 globules blancs/mm<sup>3</sup>, une créatininémie à 12,8 mg/L et une urémie à 0,35 g/L. Le scanner abdominal a mis en évidence un tableau d'occlusion grêlique, avec des niveaux hydro-aériques en amont d'une lithiase bloquant la lumière de la portion terminale de l'iléon. On notait également une aérobilie et un épaississement de la paroi vésiculaire (Figures 1-3).



Figure 1: aérobilie dans la vésicule biliaire (flèche à gauche) et dans les voies biliaires (flèche à droite).



Figure 2: occlusion intestinale grêlique.



Figure 3: calcul biliaire à 10cm du carrefour iléo-caecal (flèche).

La patiente a été opérée en urgence. A la laparotomie, nous avons retrouvé un calcul enclavé dans la dernière anse iléale, à 5 cm de la jonction iléo-caecale. Il a été procédé à une entérotomie, qui a permis d'extraire une lithiase de 3,5 cm x 3 cm x 3 cm. La brèche intestinale était suturée transversalement.

Les suites opératoires ont été simples et la patiente est sortie à J7. Elle a été revue à 6 mois pour un contrôle. Les paramètres de cytololyse, de fonction hépatique et de cholestase (ASAT, ALAT, Bilirubine totale, Gamma-GT, phosphatases alcalines, albumine) étaient normaux. L'échographie ne retrouvait pas de calculs résiduels dans la vésicule biliaire. Une cholécystectomie programmée fut réfutée par la patiente.

## DISCUSSION

Le terme iléus biliaire fut pour la première fois employé par Bartolin en 1654 pour désigner une occlusion intestinale provoquée par la migration dans la lumière digestive de calculs biliaires[1-3]. Le mécanisme pathogénique est une fistule bilio-intestinale entre une vésicule biliaire soumise à une inflammation gangréneuse, et le tube digestif.

Le tableau clinique d'un iléus biliaire est souvent incomplet et trompeur, avec des signes non spécifiques. Cela peut entraîner un retard de diagnostic variant de 7 à 10 jours[3]. Dans notre cas il était de trois jours, comportant des douleurs abdominales et des vomissements bilieux. De même les examens biologiques sont aspécifiques; certaines études rapportent une altération des indices de fonction hépatique[4] (bilirubinémie et dosage de la phosphatase alcaline).

Le diagnostic de l'iléus biliaire est difficile et la contribution de la radiologie est fondamentale. Dans environ 50% des cas, le diagnostic se fait pendant la laparotomie[5]. Le diagnostic classique repose en radiologie sur la triade de Riegler[1-3] à l'ASP: images d'occlusion intestinale, aérobie, calcul(s) biliaires ectopique(s). Dans la pratique, l'ASP est très peu contributif parce que la triade n'est complète que dans 25% des cas; 85% des calculs vésiculaires sont radiotransparents, et l'aérobie n'est présente que dans la moitié des cas[2-3]. L'échographie est peu contributive car gênée par les gaz digestifs. La tomographie semble être l'examen de choix pour le diagnostic préopératoire d'un iléus biliaire[3]. C'est un examen rapide, fiable, peu agressif chez des patients souvent fragiles. Des études récentes ont montré l'intérêt de la tomographie dans le diagnostic avec une sensibilité, une spécificité et une valeur prédictive positive de 93 %, 100 % et 99 % respectivement [5]. Elle permet de mettre en évidence la triade de Riegler[6]. Dans notre observation la triade de Riegler était présente au scanner (images 1, 2, 3). Une chirurgie d'urgence s'impose pour le traitement de l'iléus biliaire. Il manque cependant un consensus quant au traitement à préconiser à cause de la faible

incidence de cette pathologie. Nous avons réalisé une entérolithotomie, à cause de sa simplicité d'exécution et de son efficacité. En effet il faut tenir compte du fait qu'il s'agit de malades gériatriques, porteurs souvent de comorbidités. L'autre option est de faire au cours de la même opération une entérolithotomie associée à une cholécystectomie et la fermeture de la fistule bilio-digestive. Cette dernière option est à proposer chez des malades bien sélectionnés[7]. Certains auteurs[8] ont récemment proposé une entérolithotomie cœli assistée. La distension intestinale consécutive à l'occlusion est un obstacle à cette technique. Certaines formes particulières d'iléus biliaire peuvent actuellement faire l'objet d'un traitement non chirurgical. Dans le cas du syndrome de Bouveret, une lithotripsie laser peut être pratiquée[7]. Pour des calculs migrés dans l'estomac ou le colon une extraction endoscopique peut être proposée s'ils sont accessibles [5-7].

En cas d'entérolithotomie laissant en place la vésicule biliaire, une cholécystectomie doit être proposée. En effet dans 5% de ces cas, des symptômes biliaires peuvent surgir, de même qu'une autre fistule bilio-digestive ou un cancer vésiculaire [5].

#### CONCLUSION

L'iléus biliaire est une cause rare d'occlusion intestinale. Elle doit être prise en considération dans les cas d'occlusion intestinale chez les patients gériatriques, surtout de sexe féminin, ayant des antécédents de lithiase biliaire. Le scanner abdominal est l'examen diagnostique de choix. Le traitement le plus pratiqué en urgence est l'entérolithotomie.

**RÉFÉRENCES**

1. Beuran M, Ivanov I, Venter MD. Gallstone ileus. Clinical and therapeutic aspects. *J Med Life* 2010; 3(4):365-371.
2. Dai X-Z, Li G-Q, Zhang F, Wang X-H, Zhang C-Y. Gallstone ileus: case report and literature review. *World J Gastroent* 2013; 19(33):5586-9.
3. Zejly H, Essaid A. Iléus biliaire: pathologie à ne pas méconnaître. *Rev Maroc Mal App Dig* 2014; 17(4):25-7.
4. Chou J-W, Hsu C-H, Liao K-F, Lai H-S, Cheng K-S, Peng C-Y, et al. Gallstone ileus: Report of two cases and review of the literature. *World J Gastroent* 2007; 13(8):1295-98.
5. Reisner RM, Cohen JR. Gallstone ileus: a review of 1001 reported cases. *Am Surg* 1994; 60:441-6.
6. Zafar A, Ingham G, Jameel J K. "Bouveret's syndrome" presenting with acute pancreatitis a very rare and challenging variant of gallstone ileus. *Int J Surg Case Rep* 2013; 4(5):528-30.
7. Doko M, Zovak M, Kopljar M, Glavan E, Ljubicic N, Hochstadter H. Comparison of surgical treatments of gallstone ileus: preliminary report. *World J Surg* 2003; 27:400-4.
8. Sarli L, Pietra N, Costi R, Gobbi S. Gallstone ileus: laparoscopic-assisted enterolithotomy. *J Am Coll Surg* 1998; 186(3):370-1.