Iléus biliaire

Gallstone Ileus

N. Gantois · A. Questroy · P.C. Thiebaud

Reçu le 4 août 2018 ; accepté le 4 octobre 2018
© SFMU et Lavoisier SAS 2018

Un homme de 67 ans est admis aux urgences suite à un malaise, dans un contexte de douleur abdominale diffuse et de vomissements depuis trois jours. Ses antécédents médicaux sont un diabète insulino-requérant, une hypertension artérielle et une dyslipidémie. Il n'a pas d'antécédent chirurgical. À son arrivée, il présente une défaillance hémodynamique avec hypotension artérielle à 50/35 mmHg. Il existe une contracture abdominale diffuse pour laquelle une tomodensitométrie (TDM) abdominale est demandée en urgence, dès stabilisation hémodynamique. Celle-ci retrouve un syndrome occlusif grêlique sur un volumineux calcul biliaire mesuré à 30 × 28 mm (Fig. 1A). Il existe par ailleurs une aérobie liée à une fistule cholécystoduodénale (Fig. 1B) ainsi que deux autres calculs non obstructifs de 12 et 20 mm. Une laparotomie est réalisée en urgence, le calcul est extrait par entérotomie, et 20 cm de grêle ischemique sont réséqués sans anastomose (iléostomie). Les suites opératoires sont simples, et le patient rentre à son domicile à j13.

L'iléus biliaire est une affection rare, représentant moins de 1 % des cas d'occlusion intestinale mécanique, avec une nette prédominance chez les femmes et les patients âgés de plus de 65 ans, chez qui l'iléus biliaire peut représenter jusqu'à 25 % des occlusions [1,2]. Il est causé par la migration de volumineux calculs biliaires via une fistule biliodigestive, le plus souvent suite à un épisode de cholécystite aiguë responsable d'une inflammation et d'adhérences locales. Dans la majorité des cas, il s'agit d'une fistule cholécystoduodénale, du fait de leur proximité anatomique. Le calcul peut alors s'impacter dans le tube digestif, principalement au niveau iléal, d'autant plus si sa taille est supérieure à 2 cm de diamètre [1]. L'impaction colique est également possible, souvent favorisée par un diverticule ou une sténose locale (maladie inflammatoire, néoplasie, séquelles chirurgicales). L'iléus biliaire se manifeste le plus souvent par un syndrome

Fig. 1 Tomodensitométrie abdominale. A. En coupe axiale : calcul biliaire de 30 mm de diamètre à périphérie calcifiée situé dans une anse grêle en hypocondre gauche (flèche) ; niveau hydroaérique grêlique (étoile). B. En coupe coronale : fistule cholécystoduodénale (flèche) ; calcul biliaire de 12 mm à périphérie calcifiée situé dans une anse grêle en fosse iliaque gauche

N. Gantois · A. Questroy · P.C. Thiebaud (✉)
Service des urgences, hôpital Tenon,
Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP),
4, rue de la Chine, F-75020 Paris, France
e-mail : pc.thiebaud@hotmail.fr

occlusif intestinal qui peut être transitoire ou intermittent, ce qui entraîne des retards diagnostiques et thérapeutiques. La TDM abdominale confirme le diagnostic, la triade classique associant une dilatation intestinale, la présence d'un calcul biliaire ectopique et une aérobie. L'imagerie peut également visualiser la fistule biliodigestive. Le traitement est très souvent chirurgical, par entérolithotomie [1,2]. Une résection intestinale est parfois nécessaire. Une éventuelle cholécystectomie est discutée à distance, au cas par cas. Un traitement endoscopique peut être décidé en cas d'impaction colique. La morbidité est élevée dans cette pathologie surve-

nant principalement chez des patients âgés. La mortalité est aujourd'hui estimée à moins de 10 % [2].

Références

1. Nuno-Guzman CM, Marin-Contreras ME, Figueroa-Sanchez M, Corona JL (2016) Gallstone ileus, clinical presentation, diagnostic and treatment approach. *World J Gastrointest Surg* 8:65–76
2. Halabi W, Kang C, Ketana N, et al (2014) Surgery for gallstone ileus. *Ann Surg* 259:329–35