Journal Homepage: -www.journalijar.com

INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI:10.21474/IJAR01/18041
DOI URL: http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/18041

RESEARCH ARTICLE

ILEUS BILIAIRE AVEC EVACUATION SPONTANEE D'UN GROS CALCUL : A PROPOS D'UN CAS

M.M. Ahmed Jiddou[1], A.M. Meimine A. Amar[2], M. Sidi Ahmed[3], M.M. Maymout[1] and M.Y. Jarroullah[2]

1. Hopital Militaire de Nouakchott.
2. Hopital Cheikh Zayed de Nouakchott.
3. Centre Hospitalier National de Nouakchott.

Manuscript Info

Manuscript History
Received: 25 October 2023
Final Accepted: 28 November 2023
Published: December 2023

Key words:-
Ileus Biliaire, Syndrome De Bouveret, (HCZ) Mauritanie

Abstract

Copy Right, IJAR, 2023,. All rights reserved.

Introduction:-

L'iléus biliaire est une complication rare de la lithiase biliaire qui survient dans moins de 0.5% des cas [1].Il est caractérisé par la triade : syndrome occlusif , aérobilie , localisation ectopique d'un calcul dans le tube digestif. cette complication doit être d'autant plus suspectée que le malade est âgé. Le plus souvent l'obstacle se situe au niveau de la région iléo-caecale, les localisations coliques sont beaucoup plus rares et représentent 2,5 % des cas [2].La cause est généralement une fistule bilio-digestive. En dehors de l'évacuation spontanée du calcul qui est rare et intéresse surtout les calculs de moins de 2cm ,le traitement reste dans la majorité des cas chirurgical. Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 85 ans, admis pour syndrome sub-occlusif haut , chez qui le bilan clinique et para clinique retrouve ; la triade caractéristique de l'iléus biliaire. L'évolution sous traitement médical seul a été marquée par l'émission spontané par l'anus d'un calcul de 3cm , suivie d'une bonne évolution clinico-biologique.

L'observation:-

Il s'agit d'un patient âgé de 85 ans , connu porteur d'une cardiomyopathie ischémique sous traitement depuis 10 ans , hypertrophie bénigne de prostate pour la quelle est suivie en urologie sous traitement depuis 7 ans , ayant comme antécédents des coliques hépatique à répétition en rapport avec une lithiase vésiculaire ; refusé deux fois au programme chirurgical faute d'anesthésie.Qui consulte 4 mois plus tard pour un syndrome sub-occlusif avec des vomissements alimentaires , de douleur abdominale , un arrêt de matières sans arrêt de gaz. L'examen clinique à l'admission retrouve un patient conscient, déshydraté, stable sur le plan hémodynamique, apyrétique , l'examen abdominal objective un abdomen souple légèrement distendu et sensible surtout au niveau épigastrique , les orifices herniées sont libres , l'ampoule rectale est vide au touché rectal. Un bilan biologique a révélé :hémoglobine à 8 g/L PLQ 223000, hyponatrémie à 122mmol /l, hypokaliémie à 3mmol/l , unefonction rénale altérée d'allure fonctionnelle urée à 0.68 g/l créat à 14 mg/l ,le bilan hépatique est normal ; pas de cytolyse ni cholestase , TP 95%.une radiographie d'abdomen sans préparation (ASP) a été réalisée objectivant des niveaux hydro-aériques gréliques, voir (Figure).

Corresponding Author:- M.M. Ahmed Jiddou
Address:- Hopital Militaire de Nouakchott.

Le malade a été hospitalisé au service des urgences chirurgicals avec mise en condition , réhydratation , mise en place de la sonde naso-gastrique et urinaire. Devant ce tableau de syndrome sub-occlusif non expliqué ; un scanner abdominal a été réalisé et a objectivé des anses grêliques distendues en amont d'un calculde 3cm dans la portion pelvienne , une **aérobilie** (Figure) . Le diagnostic d'iléus biliaire a donc été retenu (occlusion haute , aérobilie.calcul éctopique)

Devant l'évolution partiellement favorable avec amélioration de son état d'hydratation et la normalisation de la fonction rénale et de l'ionogramme , son âge avancé , son terrain de cardiomyopathie ; on a décidé de continuer le traitement médical à base de la réhydratation , anti spasmodiques , IPP, alimentation parentérale , pendant 10 jours . Mais devant la persistance du syndrome sub-occlusif ; et après une discussion avec les chirurgiens on était convenuD'une indication à une intervention chirurgicale pour lever d'obstacle et réparation de la fistule. Le malade a été préparé à la chirurgie avec transfusion de deux Culot-globulaire iso groupe iso rhésus , alimentation parentérale , consultation cardiaque et pré-anesthésie .

A j 20 d'hospitalisation , l'évolution était spectaculaire avec l'émission spontané par l'anus d'un calcul mesurant 3 cm,(voir figure), suivie d'un débâcle diarrhéique avec nette amélioration clinique et disparition des signes d'occlusion.

Figure 1:- NHA de niveau du grêle.

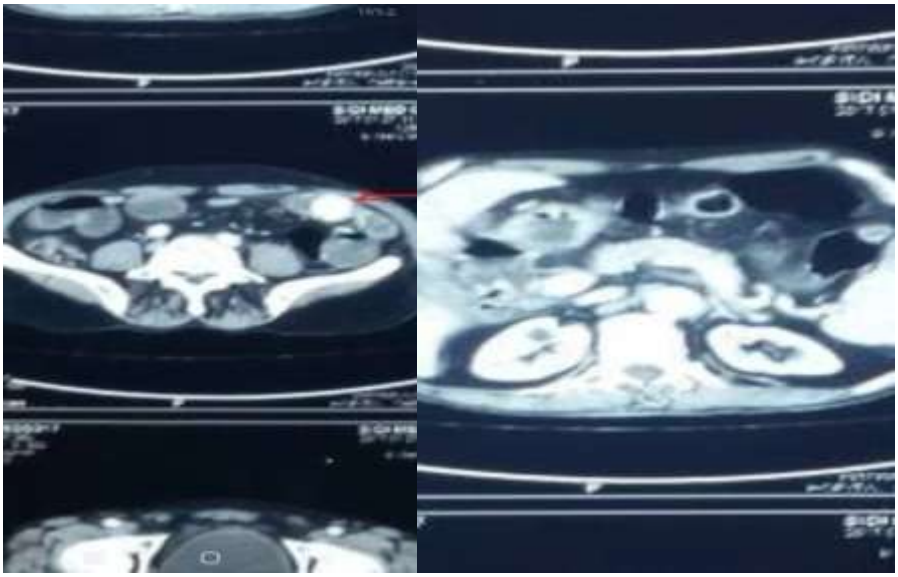

Figure 2:- Flèche rouge correspond au calcule biliaire (jéjunum terminal) , la deuxième partie montre une aerobilie en rapport avec une fistule bilio-digestive.

Discussion:-

L'iléus biliaire est une occlusion intestinale de type mécanique provoqué par la migration endo-luminale d'un calcul biliaire, soit à cause d'une fistule bilio-digestive ,soit dans les suites pot opératoires d'une cholécystectomie ; il a été décrit pour la première fois par Bartholin en 1654**[3]**

Selon certains auteurs il constitue 25% des occlusions intestinales mécaniques Chez les personnes âgées [1].Son diagnostic est souvent tardif, devant la triade radiologique: aérobilie, syndrome occlusif intestinalde type mécanique et la localisation ectopique (souvent dans la fosse iliaque droite), d'un calcul. Cette triade attribuée à Riegler n'est observée que dans 20% des cas [3].

L'occlusion se situe au niveau de la jonction iléo-cæcale dans la majorité des cas, la localisation colique est rare : 2,5 % des cas seulement selon la littérature [1], et le calcul est impacté généralement dans des sites où il existe une sténose inflammatoire ou tumorale, et l'élimination spontanée dans ces cas est peu fréquemment signalée [4,5].

Dans 80 à 85 % des cas, la cause est une fistule bilio-digestive, qui dans 70 % des cas est de type cholécysto-duodénale [3], Celle-ci est secondaire à des crises répétées de cholécystite aiguë qui provoquent l'apparition de remaniements inflammatoires péri-vésiculaires.

Cette complication peut se voie aussi après une sphinctérotomie endoscopique ou le résultat d'une dispersion lithiasique per-opératoire pendant une cholécystectomie [6].

En dehors de l'évacuation spontanée du calcul (comme c'était le cas de notre malade), le traitement doit toujours aboutir à lever l'obstacle mécanique intestinal par entéro lithotomie, et la réparation de la fistule a posteriori dans les meilleures conditions si la symptomatologie persistait [7] .Quoique, l'existence d'un taux élevé de complications, 5 à 46 %, chez les malades traités simplement par entero-lithotomie, pousse certains auteurs a traité en même temps la fistule [8].

Conclusion:-

L'iléus biliaire donne un tableau du syndrome occlusif ;son traitement est toujours chirurgical en dehors de l'émission spontané du calcul comme dans notre cas. C'est un diagnostic qu'on oublie souvent au quel il faut penser devant tout syndrome occlusif inexpliqué surtout chez les sujets âgés.

Bibliographie:-

1. **Zahid F. E, Benjelloun el B, Ousadden A, Mazaz K, Taleb K. A**. Uncommon cause of small bowel obstruction - gallstone ileus: a case report. Cases J. 2009;14(2):9321. This article on PubMed
2. **Chatterjee S, Tamonas C, Goutan G, Ambar G**. Gallstone ileus – an atypical presentation and unusual location. Int J Surj.2008; 6(6):e55-e56. This article on PubMed
3. **N. Kunin, V. Morin-Chouarbi, N. Prat-Robillard, L. Verbrackel, G. Cressy**. Iléus biliaire révélé par un calcul rectal. Gastroenterol Clin Biol. 2004; 28: 1184-2.**This article on PubMed**
4. **Hisashi Ishikura, Akihiro Sakata, Suguru Kimura, Hiroshi Okitsu.**Gallstone ileus of the colon.Surgery. 2005 Sep; 138(3):540-2. **This article on PubMed**
5. **Martínez Ramos D, Daroca José J. M, Escrig Sos J, Paiva Coronel G, Alcalde Sánchez M, Salvador Sanchís J. L**. Gallstone ileus: management options andresults on a series of 40 patients. Rev Esp Enferm Dig.2009; 101(2):117-20, 121-4. **This article on PubMed**
6. **Habib E, Khoury R, Elhadad A, Jarno F, Diallo T.** Complications digestives d'un calcul biliaire perdu pendant une cholécystectomie sous coelioscopie.Gastroenterol Clin Biol. 2002;26:930-4. **This article on PubMed**
7. **Muthukumarasamy G, Venkata S. P, Shaikh I. A, Somani B. K, Ravindran R.** Gallstone ileus: surgical strategies and clinical outcome. J Dig Dis.2008;9(3):156-61. **This article on PubMed**
8. **Elabsi M, Amraoui M, Errougani A, Chkof M. R.** Diagnosis and treatment: gallstone ileus. Digestive and liver disease. 2007; 39:180-181. **This article onPubMed.**