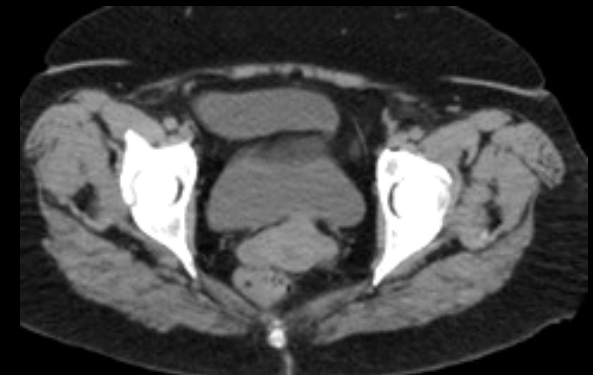
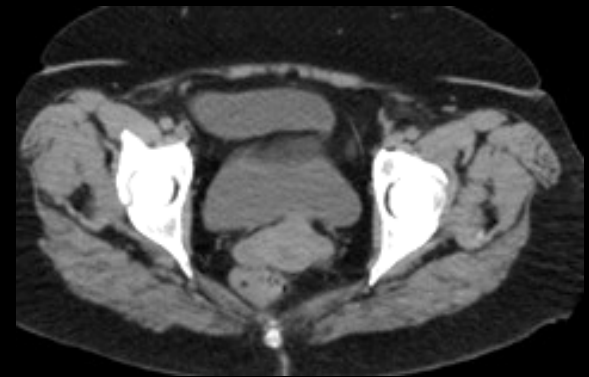


Femme 75 ans Depuis 48 h, **douleurs abdominales diffuses intenses** ayant débuté dans l'hypochondre droit ; 3 épisodes de vomissements . Dernières selles >12h ; pas d'antécédents médico-chirurgicaux notables.

Quels sont les éléments sémiologiques à retenir sur les images ci-dessous

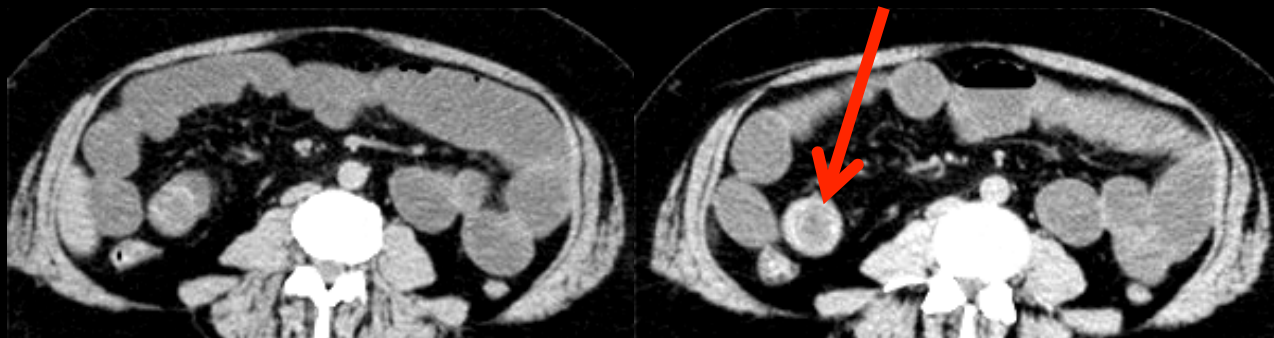




-il existe bien un **syndrome occlusif de haut grade** : diamètre des anses grêles distendues >25 mm .iléon terminal non distendu ; colon plat.

-les anses distendues **n'ont pas une disposition radiaire** ; leur mésentère et ses vaisseaux ont un aspect normal, sans œdème ni infiltration . Le contenu des anses est homogène , de densité liquide

-il n'y a **pas d'adhérence des anses grêles à la face profonde de la paroi abdominale antérieure** ni d'arguments morphologiques en faveur d'adhérences interanses



-évidemment et une fois encore , oncle Paul vous recommande de "pincer" la fenêtre de **visualisation** pour :

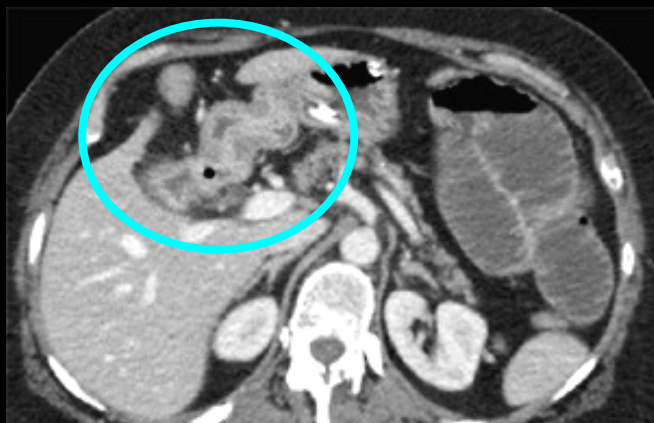
- .confirmer la présence d'une "masse" endoluminale de la dernière anse iléale ,
- .dont la configuration en strates avec un centre clair et une couronne calcifiée est caractéristique d'un **volumineux calcul cholestérolo-pigmentaire** (centre cholestérolique radio transparent et coque calcifiée de bilirubinate de calcium)
- .**formé dans la vésicule biliaire** (à cause de la concentration des 9 /10^{èmes} du volume de la bile hépatique dans la vésicule biliaire , à l'origine d'une sursaturation en cristaux de cholestérol et de bilirubinate de calcium)
- .et ayant migré dans l'intestin grêle à la faveur d'une **cholécystite chronique lithiasique fistulisée** , généralement dans le duodénum



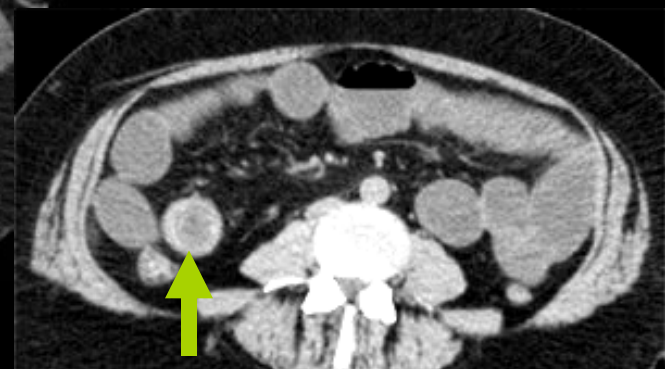
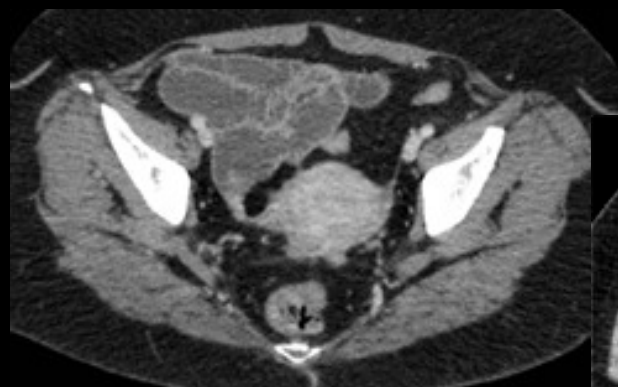
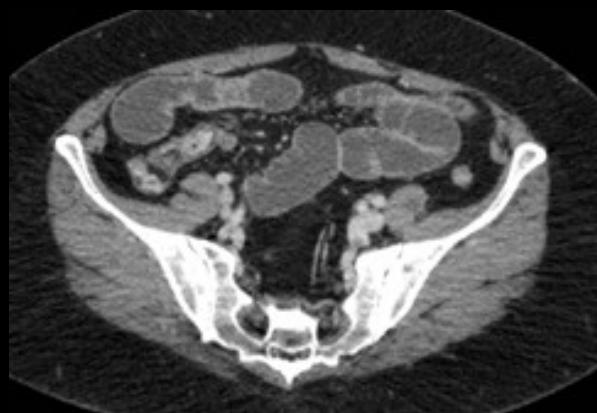
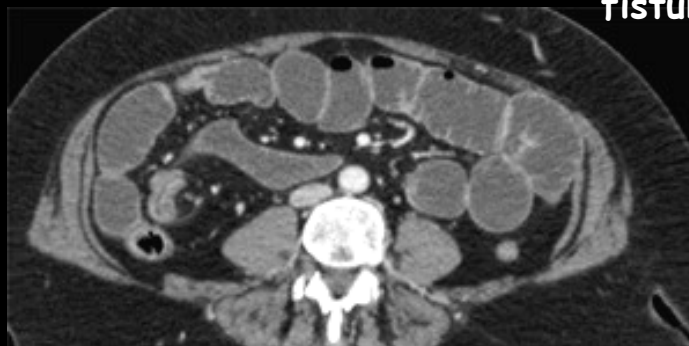
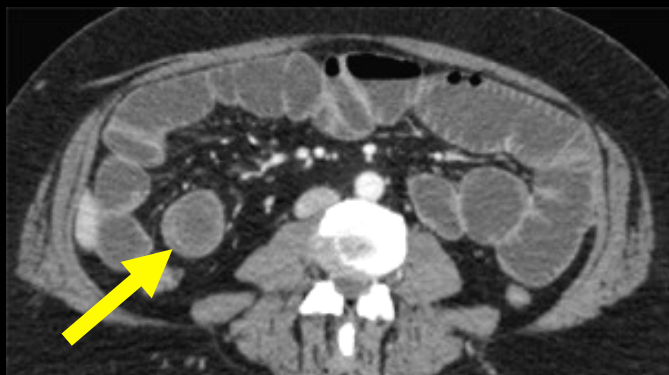
-la coupe sans injection passant par le lit vésiculaire confirme l'absence de distension liquide du cholécyste

-le diagnostic **d'iléus biliaire typique** est évident .

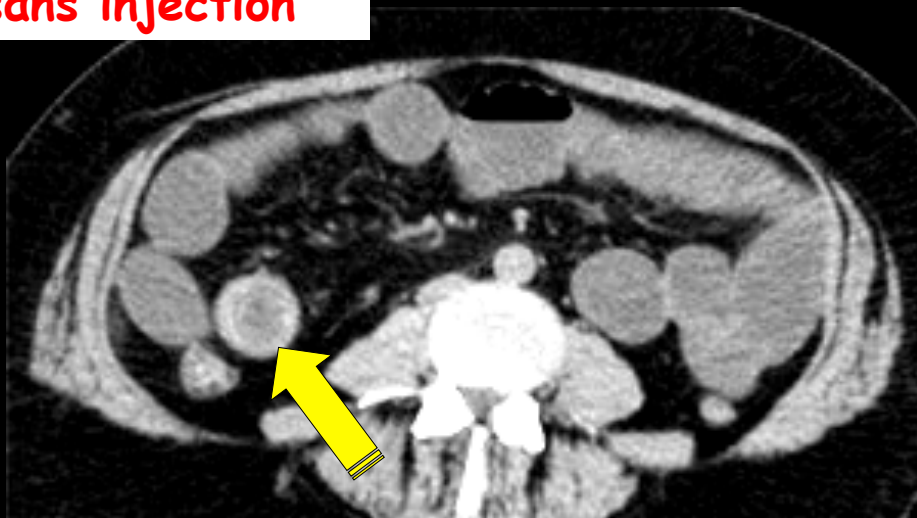
Le bilan pourrait (devrait!) s'arrêter là car l'indication opératoire est formelle



la série injectée
confirme la **fistule**
cholécysto-duodénale,
sans aérobilie de la
VBP ni des VBIH ;il
n'y a qu'une seule
bulle gazeuse dans la
lumière du trajet
fistuleux



sans injection

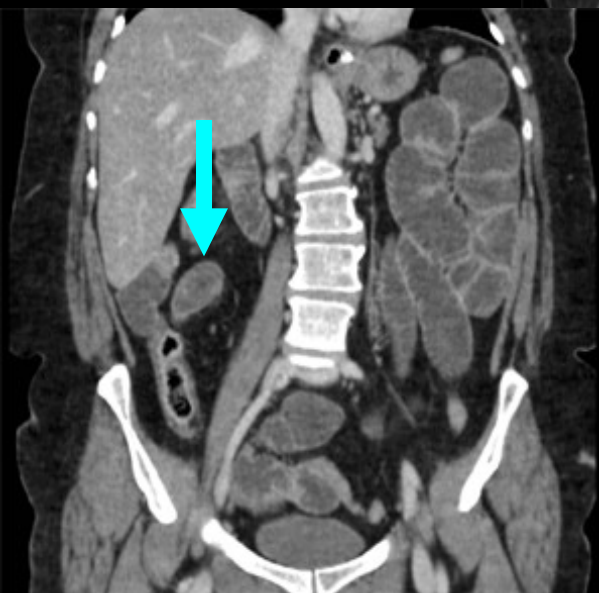
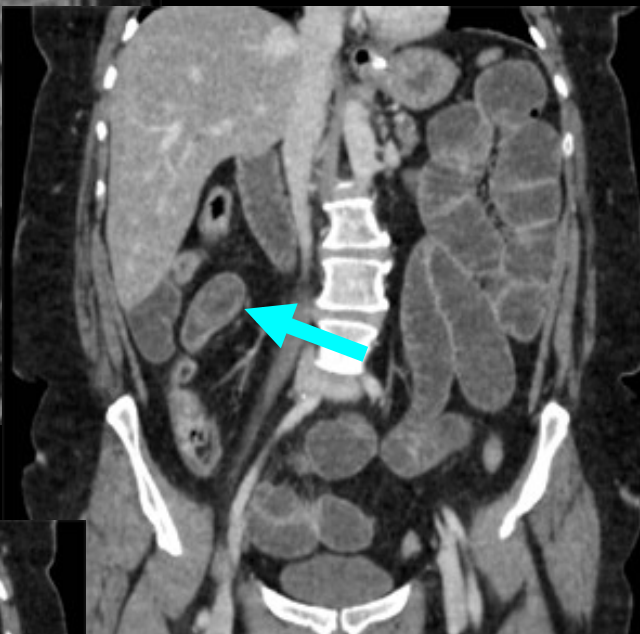


notez que l'image évidente du calcul endoluminal sur l'image avant injection de PCI **est pratiquement indiscernable sur la coupe après injection** sur laquelle le fenêtrage de visualisation a été , à juste titre , optimisé pour favoriser la mise en évidence du rehaussement vasculaire



après injection

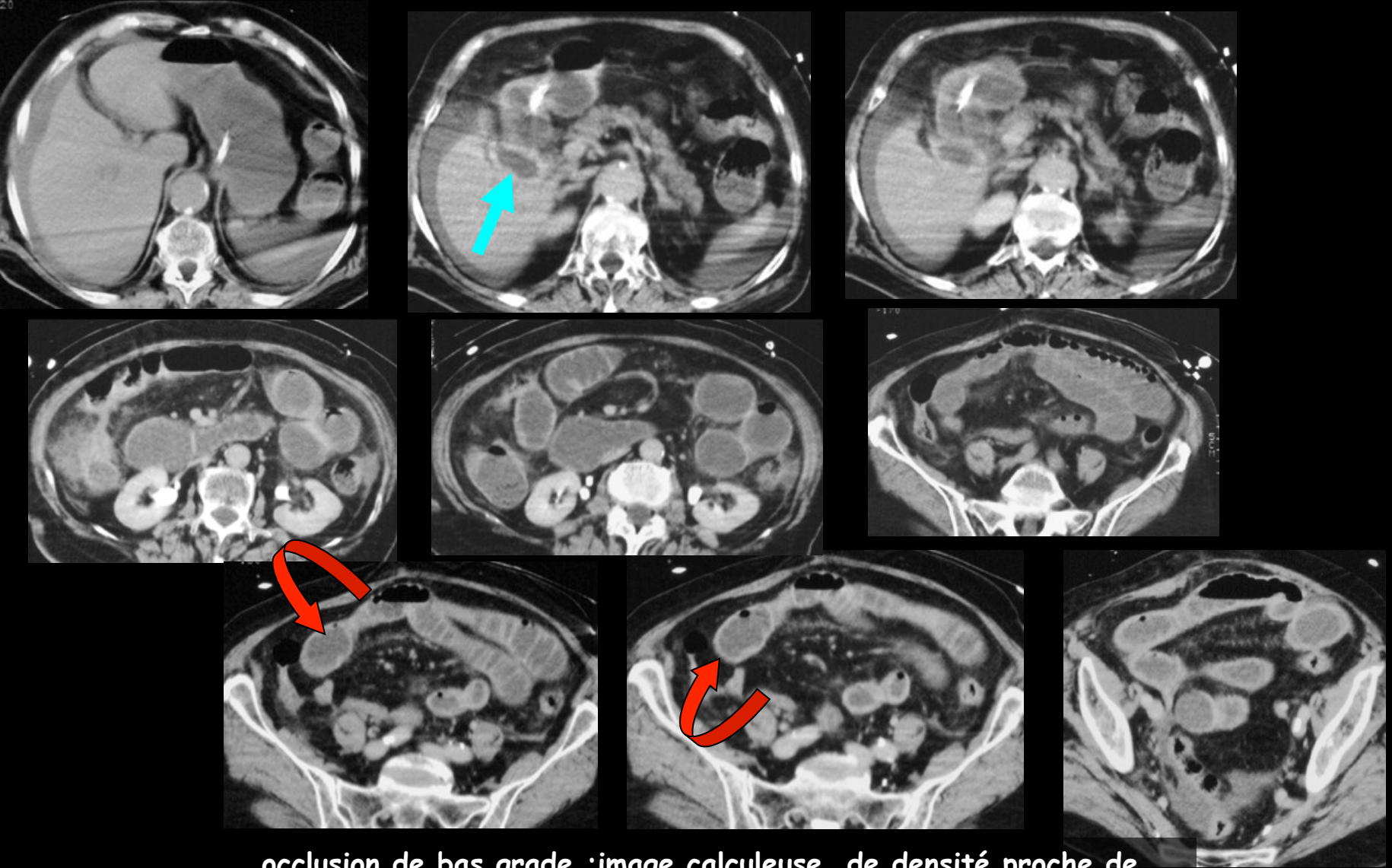
l'acquisition avant injection , avec une résolution en contraste (c'est-à-dire une exposition) suffisante pour réduire le bruit quantique et obtenir un rapport signal/bruit correct) est fondamentale dans toute exploration initiale d'une urgence abdominale et/ou thoracique



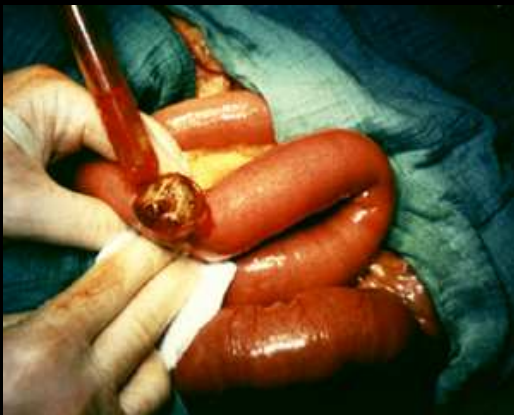
l'intervention chirurgicale a bien entendu permis l'extraction du calcul par une courte entérotomie , en s'assurant par une exploration de l'ensemble du grêle qu'il n'y a pas d'autre calcul volumineux .L'ensemble aurait pu être conduit par coeliochirurgie

cas compagnon , d'iléus biliaire avec calcul massivement cholestérolique "noyé" dans le liquide intestinal

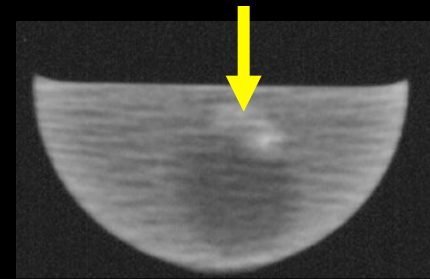
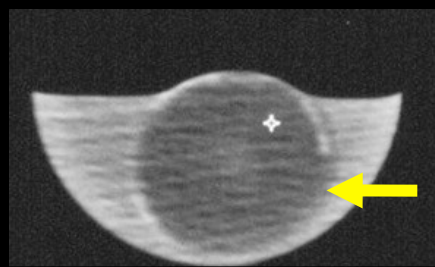
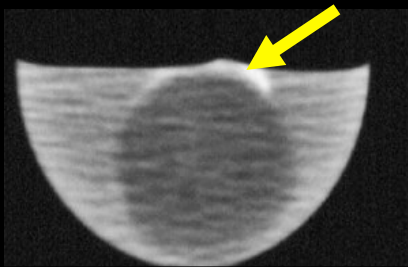
·femme 77 ans syndrome occlusif fébrile ;antécédents récents d'épisodes sub occlusifs ayant cédé spontanément



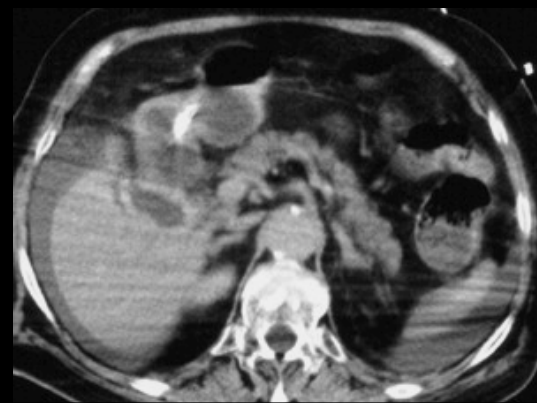
occlusion de bas grade ;image calculeuse de densité proche de celle du liquide intestinal , non reconnue ; diagnostic opératoire



·volumineux calcul cholestérolique
"noyé" dans le liquide de rétention
endoluminal !!

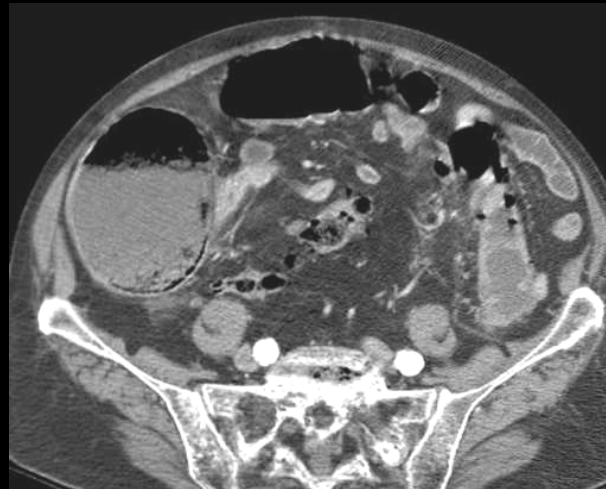
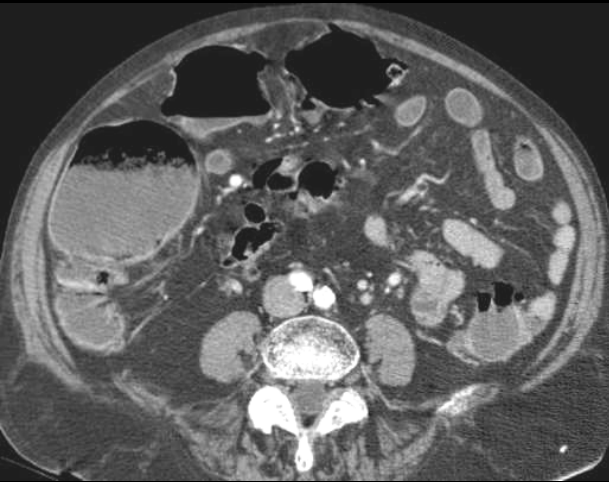
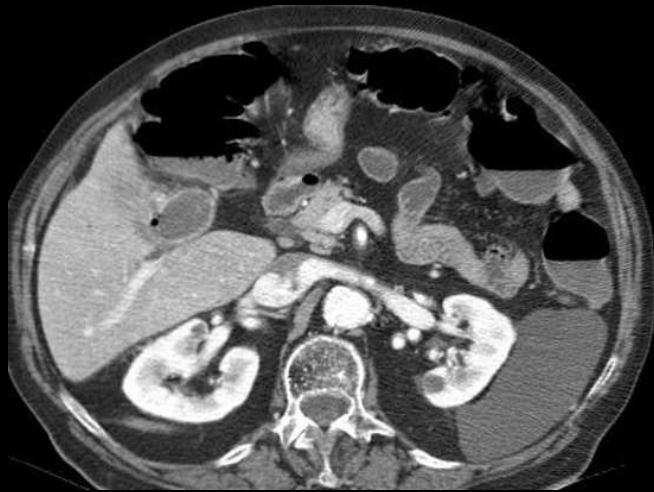


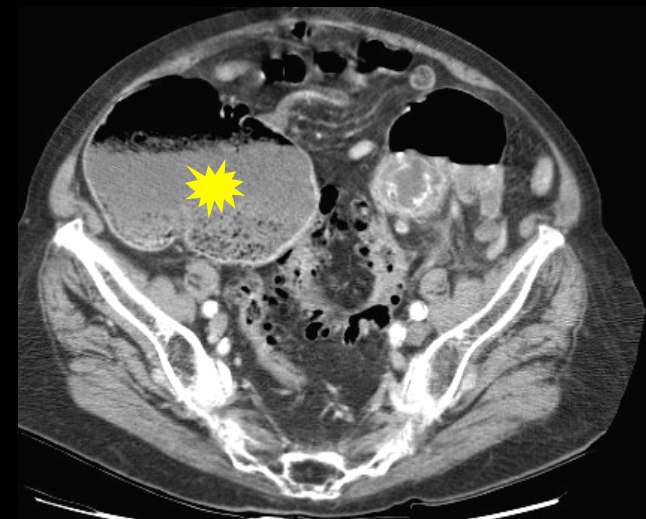
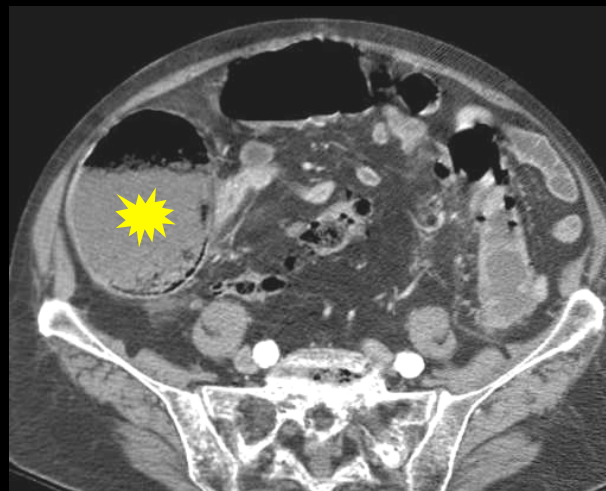
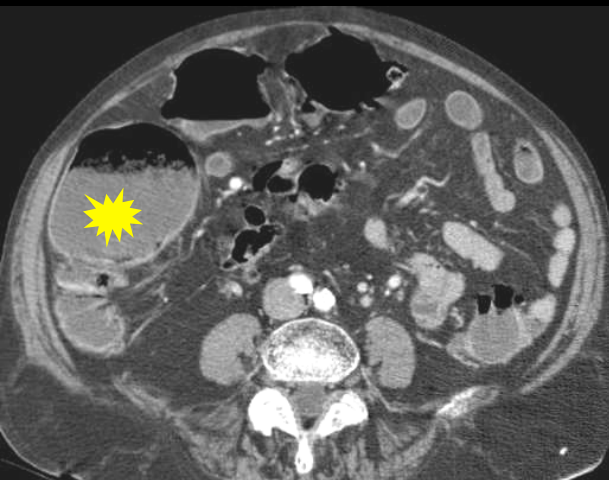
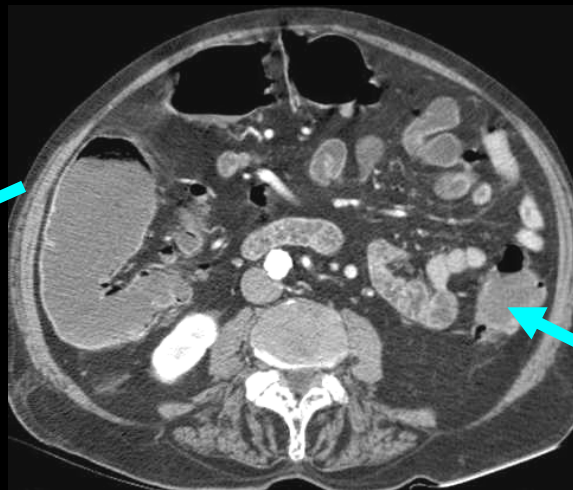
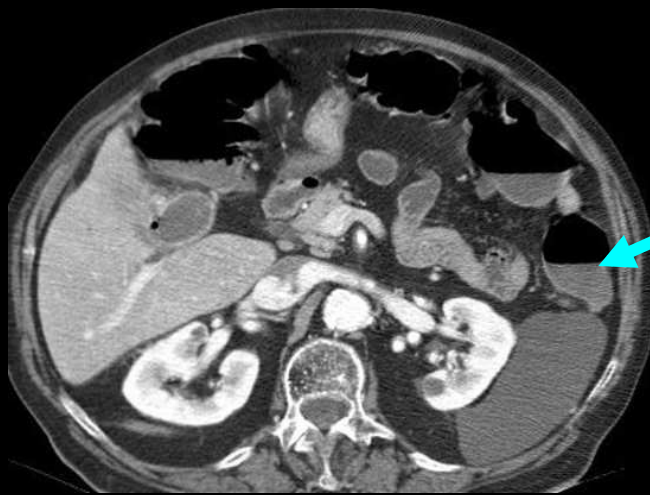
le calcul a été placé dans un récipient rempli d'eau pour montrer la très faible quantité de bilirubinate de calcium , qui se résume à un liseré calcique arciforme étendu sur 1/3 de la circonférence



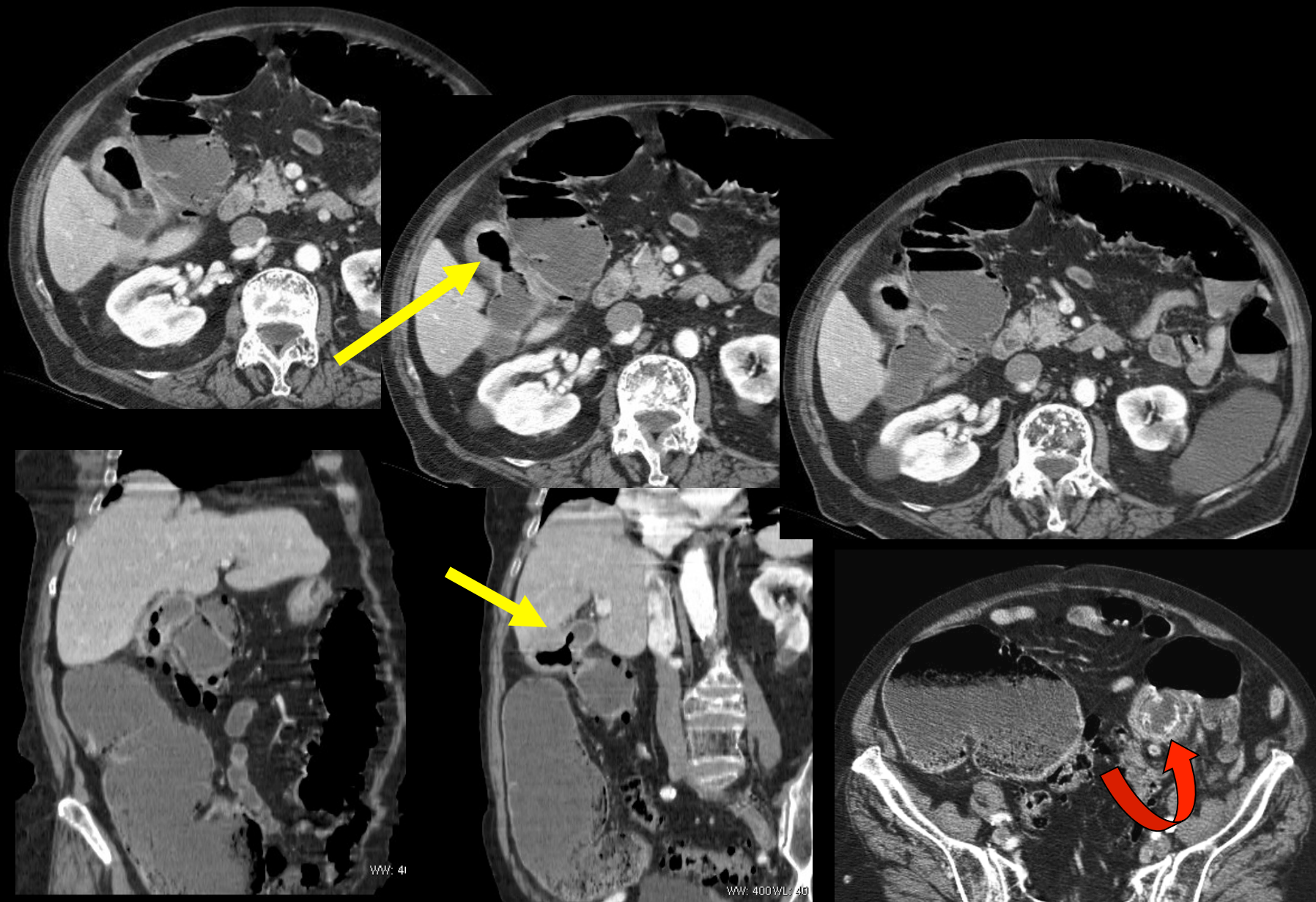
il y avait une image gazeuse supra vésiculaire et des parois vésiculaires épaissies qui auraient pu (du !) attirer l'attention.....

autre cas compagnon ; femme 84 ans , sd occlusif de révélation brutale, apyrétique
Quels sont les éléments sémiologiques significatifs à retenir





- stase stercorale au niveau du caecum distendu++++ (pas de distension du grêle ; risque maximal de perforation diastatique du caecum +++) ;
- colon gauche en distension liquidienne ;
- cherchez l'obstacle au niveau du sigmoïde



les coupes axiales et les reformations montrent parfaitement la cholécystite chronique (parois vésiculaire épaissies et béance luminale) fistulisée dans l'angle colique droit qui est sténosé avec distension massive du caeco-ascendant (menace de perforation diastatique du caecum) .
le calcul responsable est bloqué dans la partie haute du sigmoïde

l'iléus biliaire

- il correspond à 2% des occlusions du grêle mais 25% chez les patients > 70 ans (avec une très nette prédominance féminine)
- clinique insidieuse et trompeuse => retard au diagnostic
- succession d'épisodes sub-occlusifs spontanément résolutifs (migration lithiasique dans le tube digestif)
- occlusion mécanique organique: obstruction intraluminaire complète
- migration d'un volumineux calcul vésiculaire au travers d'une fistule bilio-digestive (cholécysto-duodénale) compliquant un cholécystite chronique
- gravité: choc, souffrance pariétale digestive
- risques:
 - déséquilibre hydro-électrolytique ,
 - choc hypovolémique (3^{ème} secteur)
 - perforation



iléus biliaire duodénal : occlusion digestive haute (vomissements en jet post prandiaux précoces alimentaires et bilieux) par un volumineux calcul vésiculaire que son volume empêche de franchir le genu inferius ou **syndrome de Bouveret** (mais le "durcissement épigastrique intermittent" décrit par cet auteur correspond aux manifestations cliniques accompagnant une tachyarythmie par fibrillation atriale ou **maladie de Bouveret** !)

NB : lorsque la fistule est cholécysto-gastrique , antrale , on a le même tableau occlusif mais les vomissements sont purement alimentaires , sans bile !!!

ASP: triade de Riegler

niveaux hydro-aériques grêliques
(occlusion mécanique)

aérobilie ou pneumobilie: fistule bilio-digestive (pneumocholécyste +/- pneumo cholédoque +/- aérobilie des VBIH)

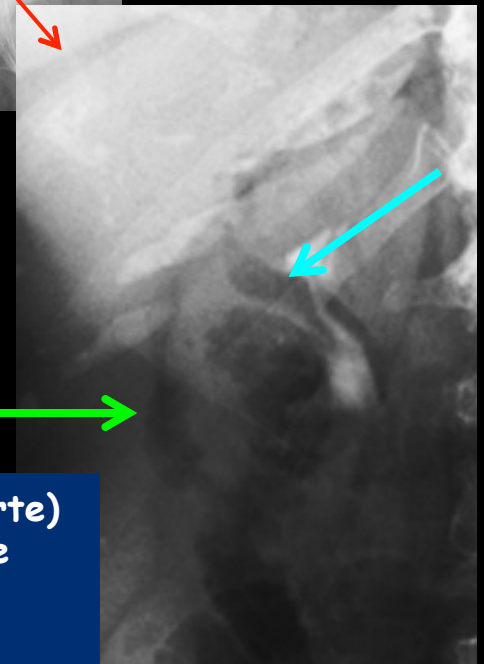
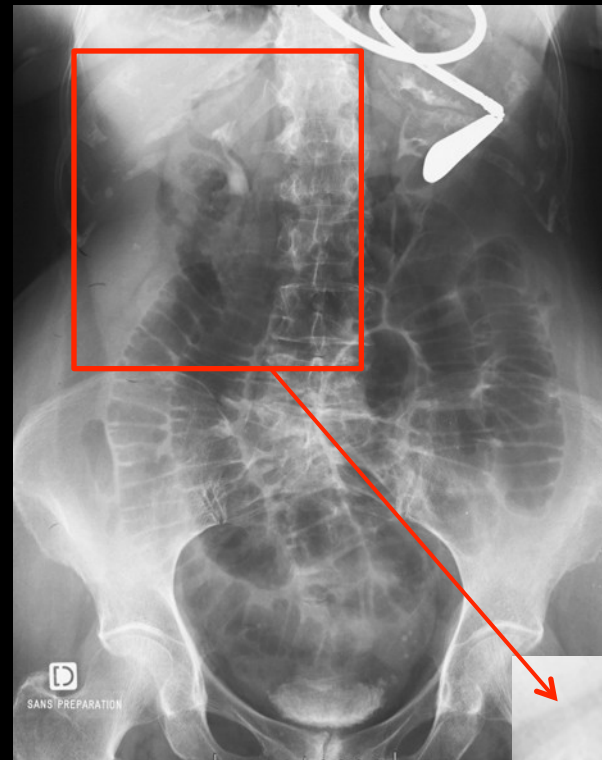
calcul biliaire enclavé ectopique (radio-opaque): FID +++ (60%: valvule iléo-caecale mais parfois antre gastrique, duodénum, sigmoïde, en fonction du siège de la fistule)

Scanner:

fistule bilio-digestive

recherche d'autres calculs (récidive)

signes de souffrance pariétale intestinale secondaire (IV+), de perforation en cas de diagnostic tardif



pneumocholécyste (flèche verte)
et pneumo cholédoque (flèche
bleue) ou mieux :
pneumoangiocholie !

Traitement chirurgical en urgence:

laparotomie ou coelioscopie

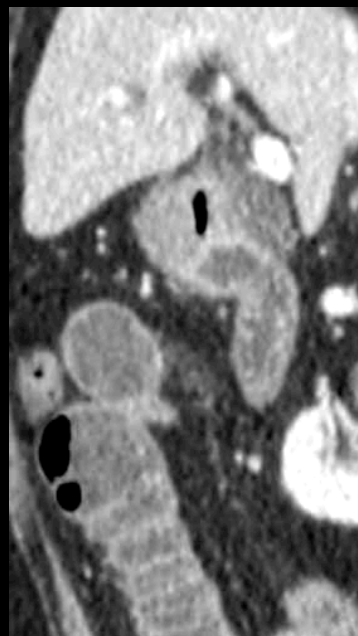
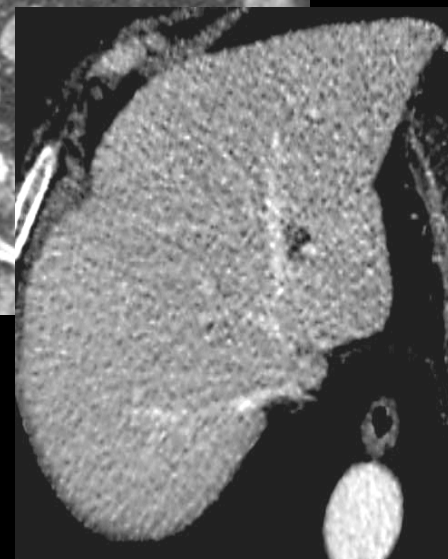
ablation du calcul par entérotomie

pour certains ,à distance: geste sur les voies biliaires: cholécystectomie et fermeture de la fistule duodénale

en fait inutile puisque le drainage biliaire est assuré par la fistule

Taux de mortalité de 15% en moyenne

Morbi-mortalité post-chirurgicale élevée ,en raison de l'âge moyen des patientes et des comorbidités (complications post-opératoires 50%)



messages à retenir

-pensez à l'iléus biliaire devant un **tableau subocclusif d'intensité variable dans le temps chez une femme âgée** mais également devant des présentations cliniques plus aiguës en cas de **syndrome de Bouveret** ou une subocclusion basse s'il s'agit d'une fistule cholécysto-colique avec enclavement sigmoïdien du calcul.

-le scanner permet un bilan rapide et complet mais méfiez vous des **gros calculs purement cholestéroliques "noyés" dans le contenu liquide des anses en distension mécanique**

-l'**aérobilie** est très variable en étendue et **peut manquer**

-tout le grêle (dont le duodénum) doit être examiné , en imagerie comme au cours du traitement chirurgical pour éviter une récurrence en cas de **calculs multiples**

-il n'y a aucun intérêt et beaucoup de risques à essayer de compléter le traitement par un geste de correction chirurgicale de la fistule

et comme le dit une vieille contrepèterie chère aux scientifiques

"on n'est jamais assez fort pour ce calcul"