

Iléus biliaire

Il s'agit d'une occlusion intestinale haute sur enclavement d'un large calcul (> 2,5 cm) qui a perforé la paroi vésiculaire (fond ou corps) et créant donc une fistule bilio-digestive. Cette situation est consécutive à une érosion progressive de la paroi vésiculaire, par ce calcul, trop large pour migrer dans le système biliaire. Si la fistule est duodénale et que le calcul s'enclave dans la lumière du cadre duodénal, l'obstruction sera haute, gastrique (syndrome de Bouveret). Si le calcul s'enclave plus loin, dans le grêle le plus souvent, il cause une occlusion grêle qui se distingue cliniquement par une présentation clinique progressive, à la différence d'une occlusion grêle classique, sur bride (présentation subite). Dans tous les cas, on notera une aérobilie (y compris dans la vésicule), et un collapsus vésiculaire.

Le diagnostic repose sur la triade de Rigler (valable pour toute forme d'iléus biliaire) :

- aérobilie , occlusion grêle , identification d'un calcul ectopique (> 25 mm)

Les constatations échographiques sont les suivantes :

En mode B :

- aérobilie, vésicule collabée et gaz dans la fossette vésiculaire
- stase gastrique sans dilatation grêle : syndrome de Bouveret
- distension grêle (séméiologie d'une occlusion mécanique du grêle), si le calcul est figé dans le grêle
- ascite

En mode Doppler couleur :

- pas de signe particulier

E DANSE, 7/9/2013

Warren DJ, Peck RJ, Majeed AW. Bouveret's Syndrome: a Case Report. J Radiol Case Rep. 2008;2(4):14-7.

Rigler LG, Borman CN, Noble JF. Gallstone obstruction. Pathogenesis and roentgen manifestations. JAMA. 1941;117:1753-1759.