

Fistule Iléo-Vésicale Sur Phyto-Bézoard : À Propos D'une Observation Et Revue De La Littérature

***Ibrahima KA.,
Abib Diop,
Christine Marie Joseph Diouf,
Papa Saloum Diop,
Babacar Fall,***

Faculté de Médecine, Université Cheikh Anta Diop de Dakar, Sénégal

Doi:10.19044/esj.2019.v15n36p396 [URL:http://dx.doi.org/10.19044/esj.2019.v15n36p396](http://dx.doi.org/10.19044/esj.2019.v15n36p396)

Résumé

Le bézoard est un diagnostic rare d'abdomen chirurgical. Un homme de 43 ans a été reçu dans un tableau de syndrome occlusif. Une tomodensitométrie abdominale a été réalisée et objectivait un obstacle endoluminale du grêle. L'exploration chirurgicale avait retrouvé une occlusion grêlique associée à une fistule iléo-vésicale. La brèche vésicale a alors été fermée, un bézoard extrait et une résection-anastomose a été effectuée sur le segment du grêle perforé. La stratégie diagnostique et la prise en charge sont discutées.

Mots-clés: Bézoard, Occlusion Intestinale, Fistule Iléo-Vésicale, Résection

Ileo-vesical Fistula on Phytobezoard: A Literature Review

*Ibrahima KA.,
Abib Diop,
Christine Marie Joseph Diouf,
Papa Saloum Diop,
Babacar Fall,*

Faculté de Médecine, Université Cheikh Anta Diop de Dakar, Sénégal

Abstract

The bezoar is a rare diagnosis of surgical abdomen. A 43-year-old man was admitted with an occlusive syndrom. An abdominal scan was performed and an endo-luminal obstruction of the small bowel was objectified. Surgical exploration shows a bowel obstruction to be associated with an ileo-vesical fistula. The bladder breach was then closed, a bezoar extracted, and a resection-anastomosis was performed on the perforated small bowel segment. The diagnostic strategy and management was also discussed.

Keywords: Bezoar, Bowel Obstruction, Ileo-Vesical Fistula, Resection

Introduction

Le «Bézoard» désigne une affection rare, secondaire à l'accumulation inhabituelle, sous forme de masses solides ou de concrétions, de substances de diverses natures à l'intérieur du tube digestif. Le diagnostic positif repose sur l'imagerie et le traitement est essentiellement chirurgical (Farouk, 2013). Nous vous présentons dans ce contexte un patient pris en charge en urgence dans notre service.

Observation

Il s'agit d'un patient de 43 ans, sans antécédents médico-chirurgicaux, hospitalisé en urgence pour des douleurs abdominales qui évoluaient depuis 3 jours. Ces douleurs étaient initialement de siège hypogastrique puis irradiaient vers la région péri ombilicale. Elles étaient à type de torsion d'une intensité modérée avec des paroxysmes et étaient associées à plusieurs épisodes de vomissements alimentaires post prandiaux précoces.

Il y avait un arrêt des matières fécales sans arrêt des gaz. L'examen physique retrouvait un patient avec un bon état général OMS 1. Cependant, l'abdomen était distendu, douloureux, avec une sensibilité plus marquée en régions hypogastrique et péri ombilicale. La percussion abdominale faisait entendre un tympanisme diffus. Au toucher pelvien, l'ampoule rectale était vide. A la biologie, la CRP était à 12 mg/l. La TDM révélait une occlusion grêlique par un obstacle endoluminal de l'iléon terminal évoquant un bézoard sans signe de complication pariétale (Figure 1,2).

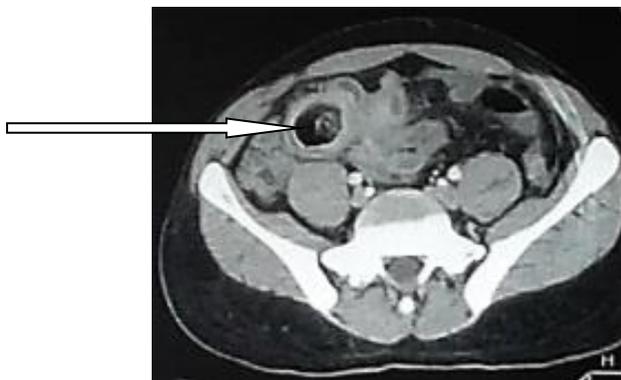


Figure 1. TDM abdomino-pelvienne, coupe axiale avec injection de produit de contraste, obstacle de l'iléon terminal (flèche).

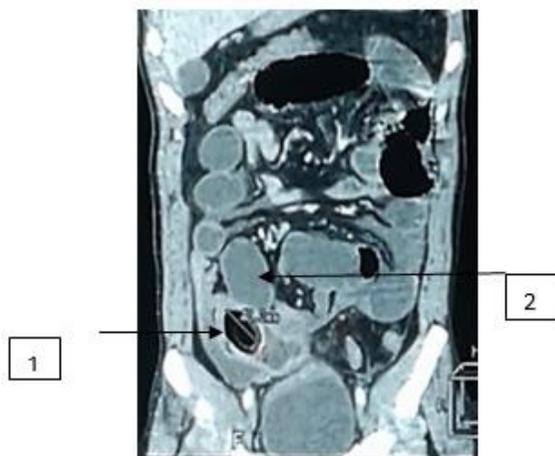


Figure 2. TDM abdomino-pelvienne, coupe coronale, (1) : masse, (2) : anse iléale dilatée.

L'exploration chirurgicale retrouvait une occlusion du grêle sur un corps étranger dur, arrondi, d'environ 4 cm de diamètre et situé à 40 cm de la jonction iléo-cæcale (Figure 3). Il est constaté une infraction iléale avec fistule iléo-vésicale (Figure 4). Il n'y a pas de diverticule intestinal. Les gestes ont

alors consisté en une fermeture de la brèche vésicale par des points en "X" au fil Vicryl® 2/0.

Il s'en était suivi une résection iléale courte emportant la perforation iléale puis une anastomose manuelle iléo-iléale termino-terminale au fil Vicryl® 3/0. Un drainage de la cavité péritonéale à l'aide d'une lame de Delbet était ensuite mis en place.



Figure 3. vue opératoire (1) : corps étranger, (2) : iléon.



Figure 4. vue opératoire, Fistule vésicale (flèche).

Au décours de l'intervention, l'inspection du corps étranger a confirmé qu'il s'agissait d'un amas de fibres alimentaires mal digérées, donc un phyto-bézoard enveloppé par des matières fécales.

Les suites opératoires étaient simples. Le retour à domicile a été autorisé à J11 post opératoire.

Discussion

Les bézoards sont classés en deux grands groupes à savoir les trichobézoards, composés de cheveux ingérés en cas de trichotillomanie et les phytobézoards, constitués de fibres alimentaires non digérés (Robert, 2014). Dans la pratique courante, les bézoards sont une étiologie rare des occlusions du grêle, survenant dans 17 à 25 % des cas (Amadou, 2014). Ils représentent 1 à 5,8% des patients opérés (Robert, 2014). Son association avec une perforation a été rapportée dans très peu de cas (Kvitting, 2009). La plupart des perforations de l'intestin grêle sont « couvertes » en raison de l'abondance de structures péritonéales avoisinant le siège de la perforation. Généralement le tableau clinique est celui d'une péritonite localisée prenant volontiers un visage « occlusif » (Regent, 2014).

Le site le plus fréquent du bézoard est la dernière anse iléale, suivi du jéjunum (Amadou, 2014). Chez notre patient, le bézoard est retrouvé à 40 cm de la jonction iléo-cæcale. Le site grêlique a été objectivé à la TDM abdominale. En effet, la TDM est l'examen de référence en cas de syndrome occlusif car elle répond aux questions du chirurgien concernant la confirmation du diagnostic, le mécanisme de l'occlusion, le siège et la cause de l'obstacle, ainsi que les complications associées. Le phytobézoard apparaît comme une masse bien limitée intra luminale, mesurant habituellement moins de 5 cm de grand axe avec un aspect pseudo stercoral (Robert, 2014). Lorsque le bézoard est diagnostiqué chez un patient stable, le traitement est ambulatoire, se faisant avec de la papaïne ou de la cellulase pour dissoudre la concrétion. Les instruments endoscopiques modernes rendent possible l'extraction du bézoard de l'estomac ou du duodénum sans recourir à la chirurgie. Cependant, lorsque l'amas de matières se trouve au-delà de ce niveau et est responsable d'une occlusion ou de complications, l'intervention chirurgicale est nécessaire (Kvitting, 2009).

Conclusion

Le bézoard est une pathologie rare pouvant être responsable de complications telles que l'occlusion intestinale aiguë et la fistule digestive. Son diagnostic nécessite une exploration paraclinique essentiellement basée sur la tomодensitométrie abdominale qui donnera une orientation sur les attitudes thérapeutiques à adopter.

References:

1. Amadou, A., Bichri, M., Raïssia, C., Matusila, D., & Marouane, A. (2014). Cause rare d'occlusion intestinale. *Feuillets de radiologie*; 54:120-123.
2. Farouk, A., Diffaa, A., & Krati, K. (2013). Le bézoard gastrique : à propos de deux observations et revue de la littérature, *Hegel* (3) : 2.

3. Kvitting, EJP., Andersson, P., & Drevefors, P. (2009). A phytobezoar in the acute abdomen. *The American Journal of Surgery*, 197:21-22.
4. Regent, D., Balaj, C., Jausset, F., Oliver, A., Sellat-Aubriot, C., & Croise-Laurent, V. (2014). Perforations du tube digestif. *Feuillets de radiologie*; 54:9-31.
5. Robert, B., Dhahri, A., Rebibo, L., Chivot, C., Regimbeau, JM., & Yzet, T. (2014). Phytobézoard, une cause inhabituelle d'occlusion du grêle. *Presse Med.*