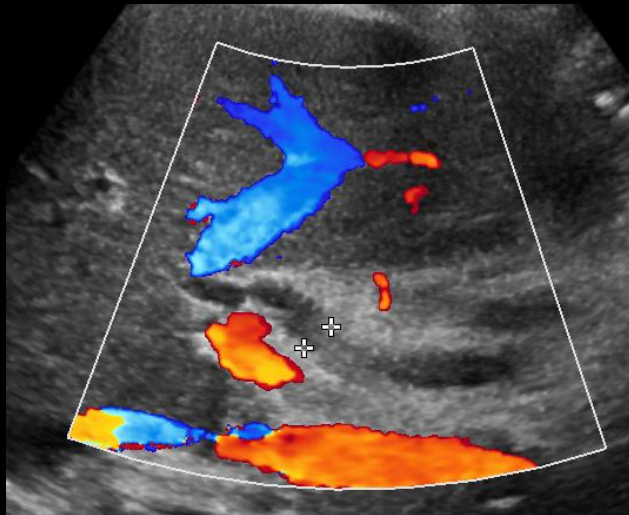
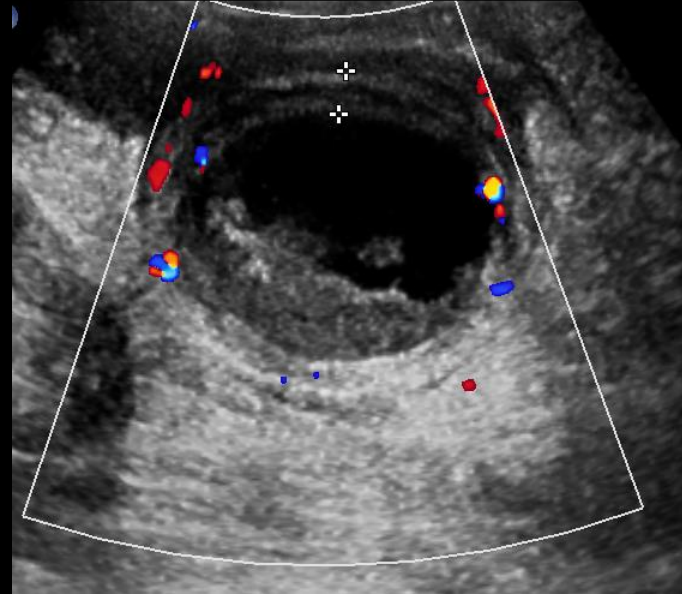
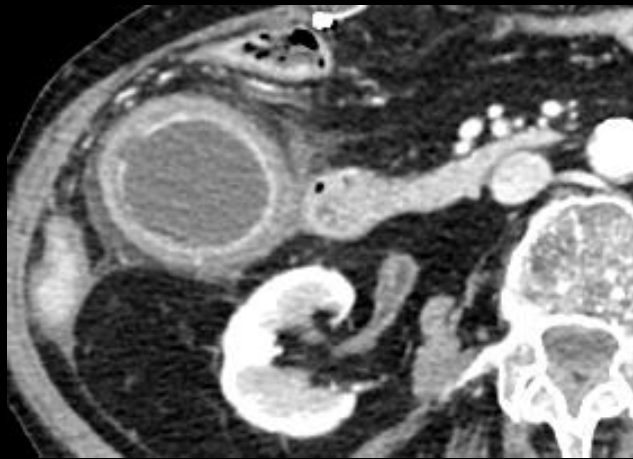


Patiente de 88 ans , douleurs de l' hypochondre droit fébriles, sans ictère

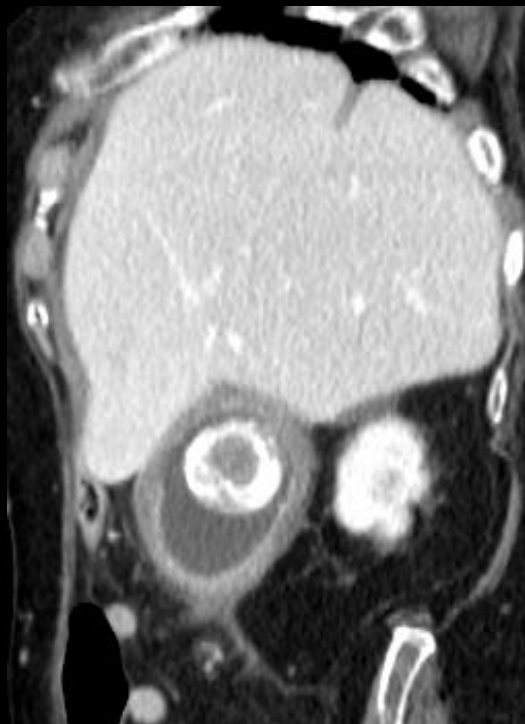


Vésicule biliaire lithiasique, contenu hétérogène: débris
Parois épaissies, feuilletées
Hyperhémie pariétale

Mathieu Bayle IHN



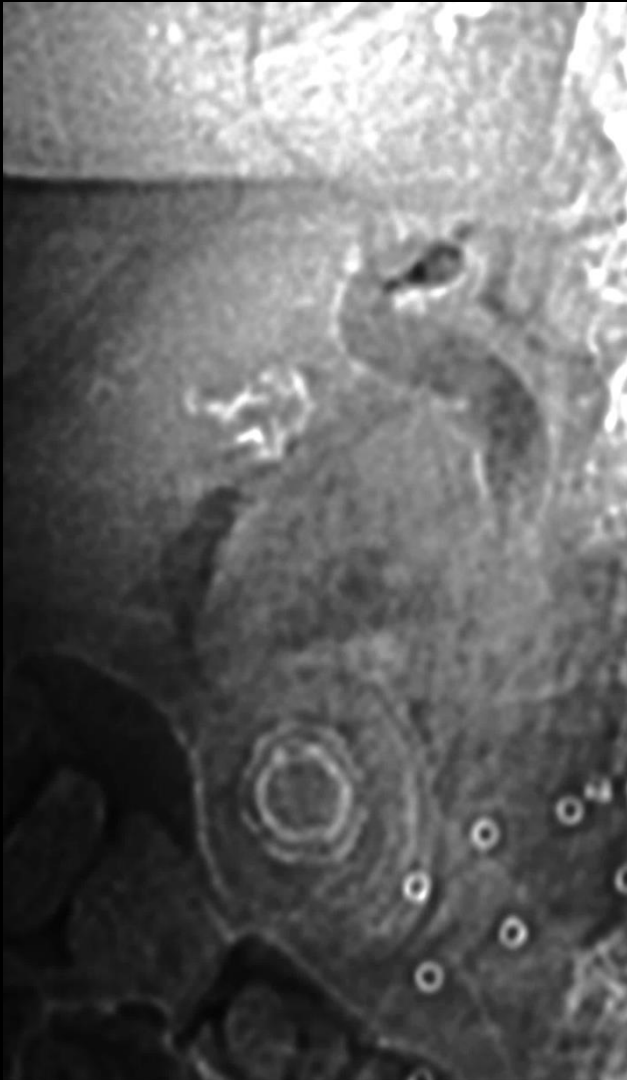
Cholécystite aiguë
lithiasique;
remaniements
inflammatoires du
péritoine limités à la
région
périvésiculaire



Traitement
médicamenteux,
évolution favorable

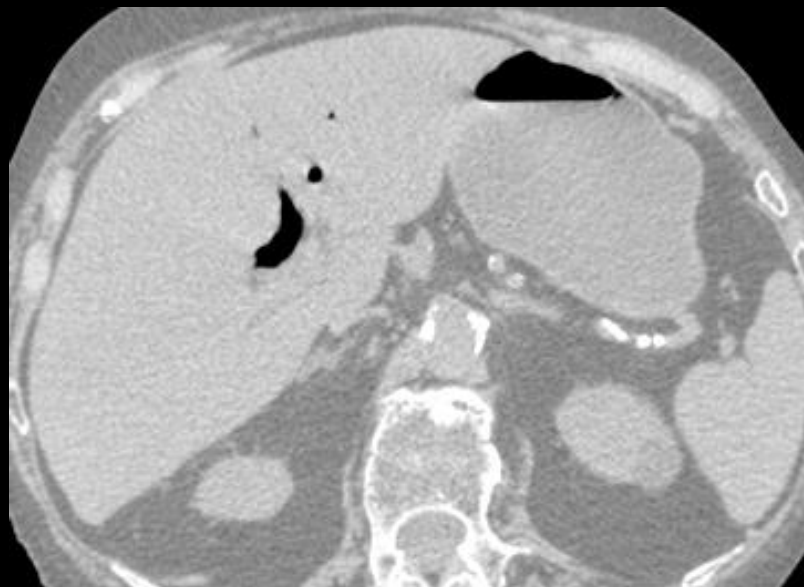
Trois mois plus tard, vomissements itératifs avec arrêt des matières depuis 48h, cholestase anictérique . Quels sont les principaux items sémiologiques à retenir sur ces images ?



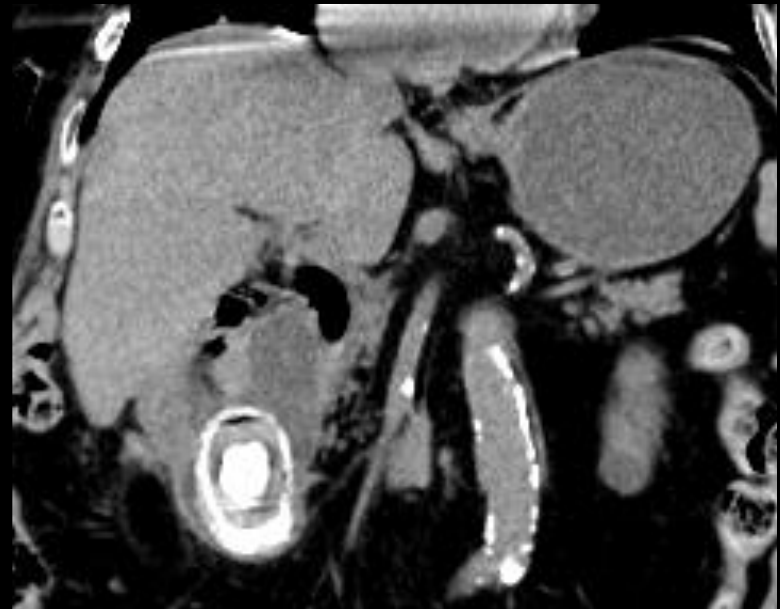
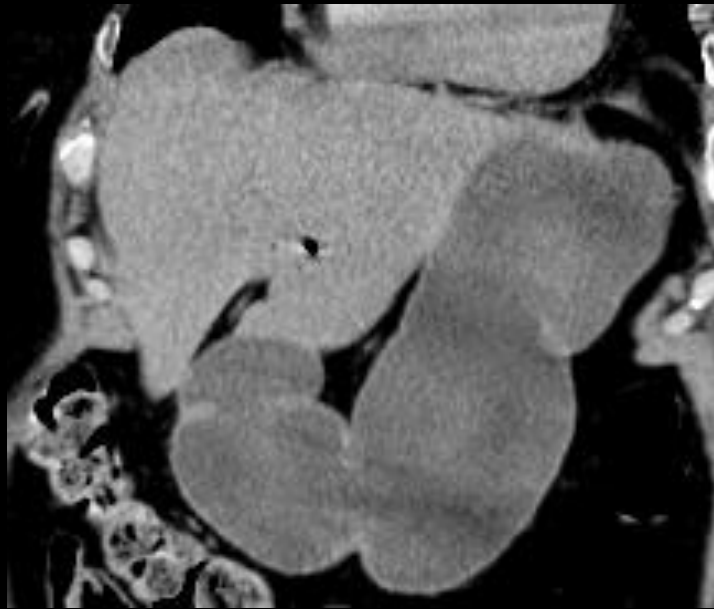


Pneumobilie intra et extra hépatique :
pneumoangiocholie
(pneumocholédoque, pneumobilie des
VBIH)

le gros calcul cholestérolo-
pigmentaire se projette maintenant à
distance de la VBP qui est nettement
distendue par rapport au scanner
précédent

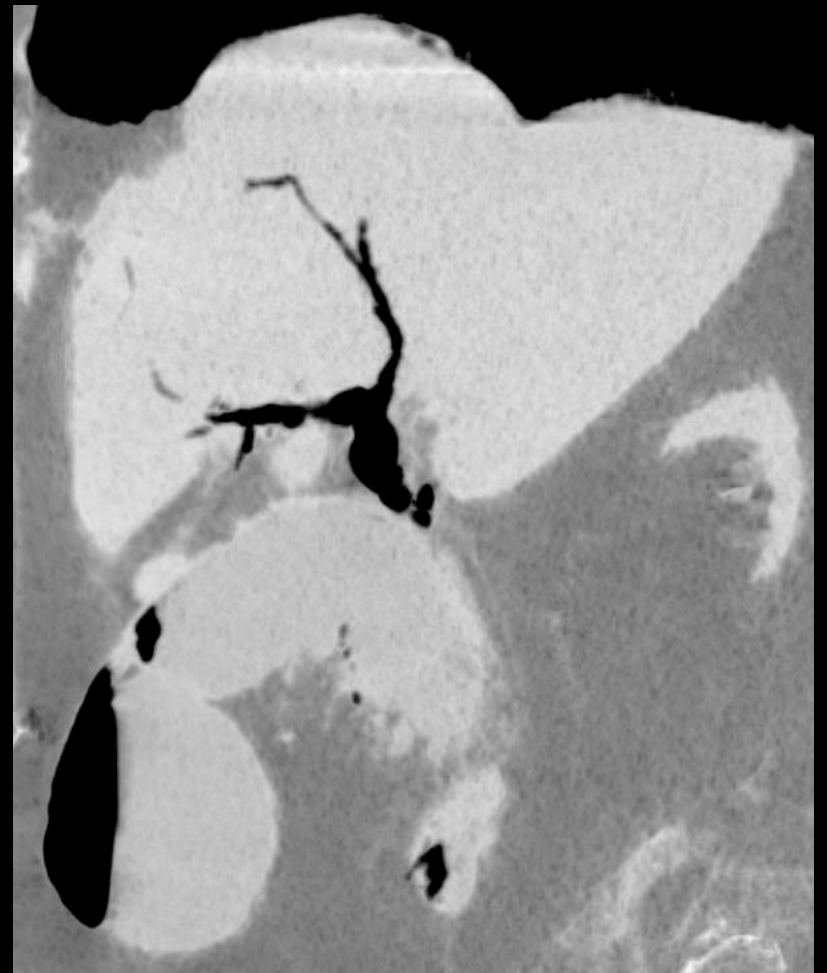


un nouveau scanner confirme l'aérobilie, pneumocystique et occlusion haute (gastric outlet syndrome)



Occlusion haute et
Fistule cholécysto-duodénale

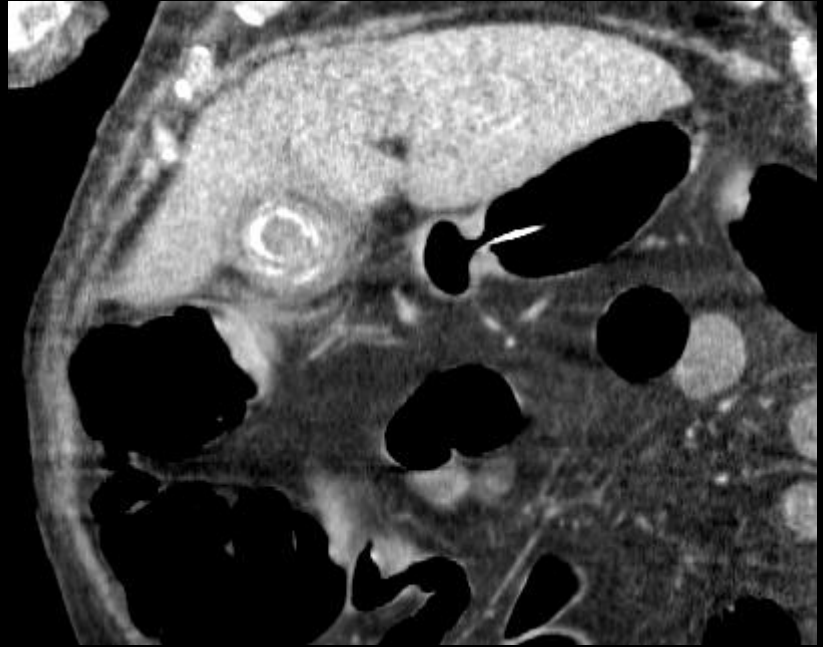
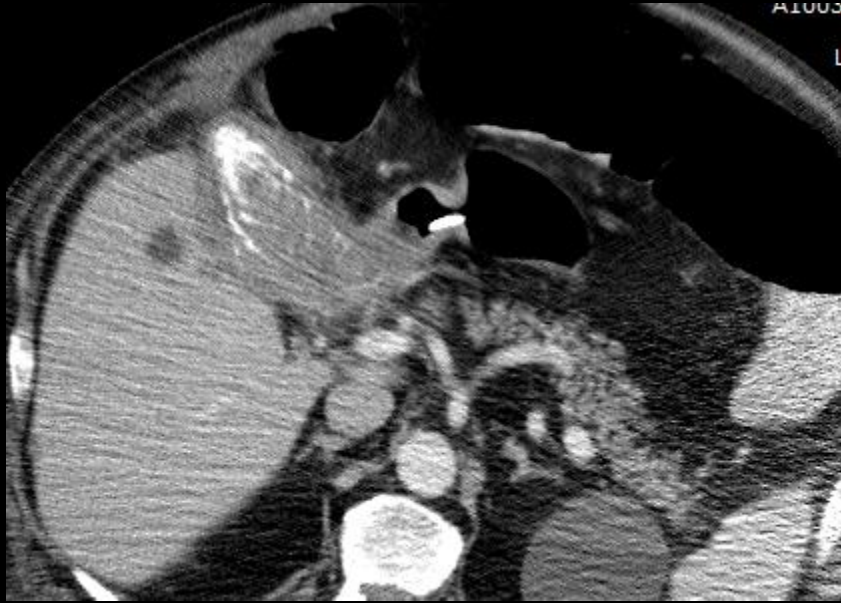
Volumineux calcul enclavé dans
la lumière du genu inferius



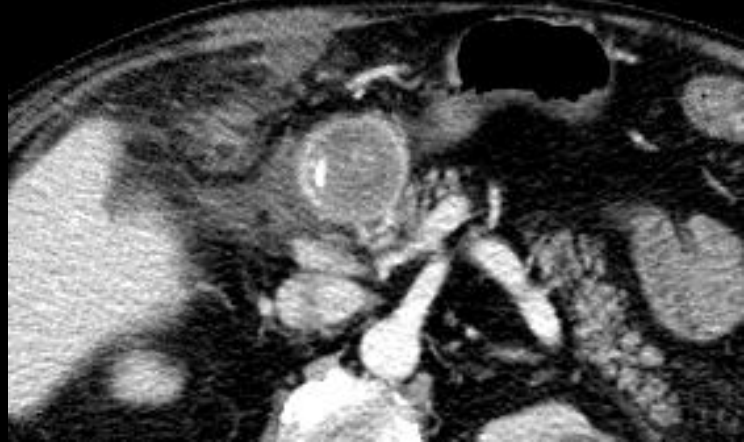
Syndrome occlusif haut par iléus biliaire avec un calcul enclavé dans le duodénum

→ **Syndrome de Bouveret**

Cas compagnon n° 1 : homme de 71 ans, tableau de cholécystite aiguë, drainée sous scanner



Trois mois plus tard, vomissements...



Gaz au sein de la vésicule

Fistule cholécysto duodénale large

Volumineux calcul partiellement "accouché" dans le bulbe duodéal

Occlusion haute

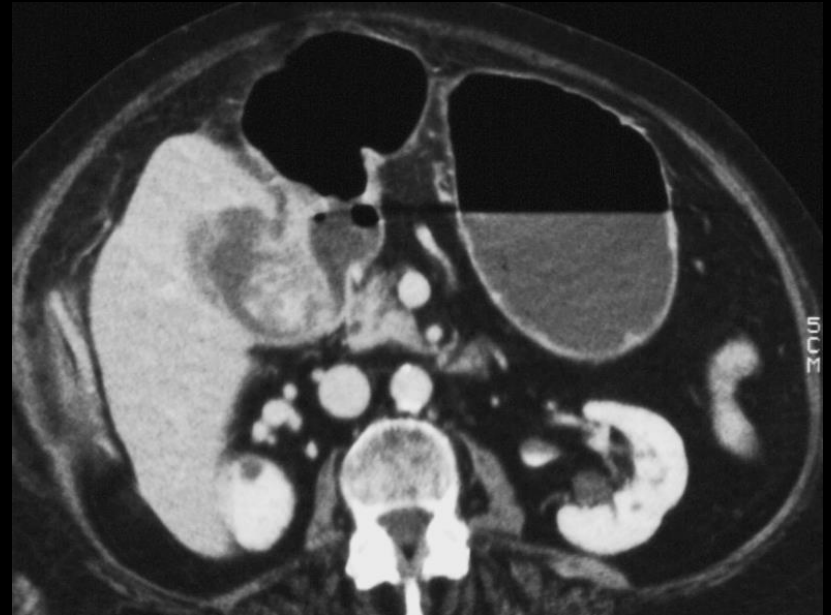
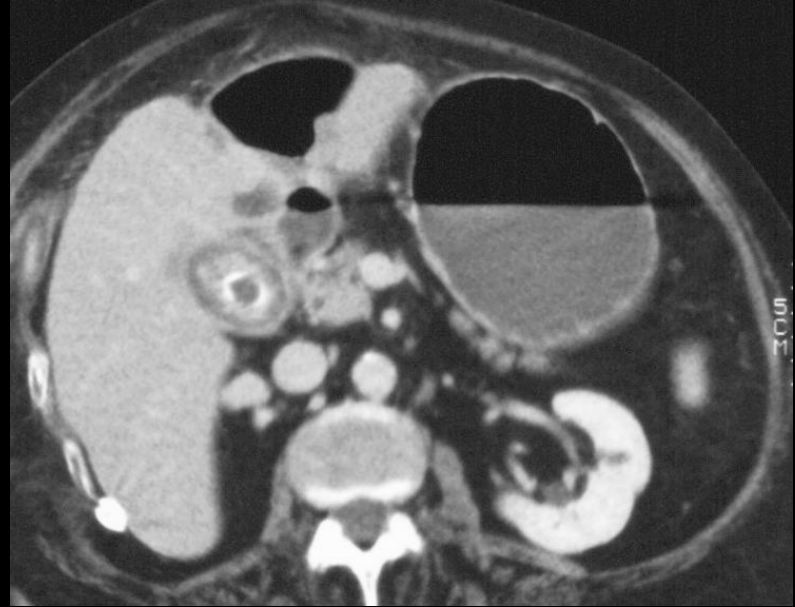
Cas compagnon n° 2

occlusion haute ; aspect typique de cholécystite chronique lithiasique fistulisée dans le 1^{er} duodénum et migration duodénale d'un énorme calcul vésiculaire



Cas compagnon n° 3

sténose digestive constituée; fistulisation cholécysto-duodénale en cours



Iléus biliaire

-2% des occlusions grêliques, 25% après 70 ans, avec une très nette prédominance féminine (SR 4 à 16/1)

-Morbidity et mortalité importantes (taux moyen de mortalité 15%)

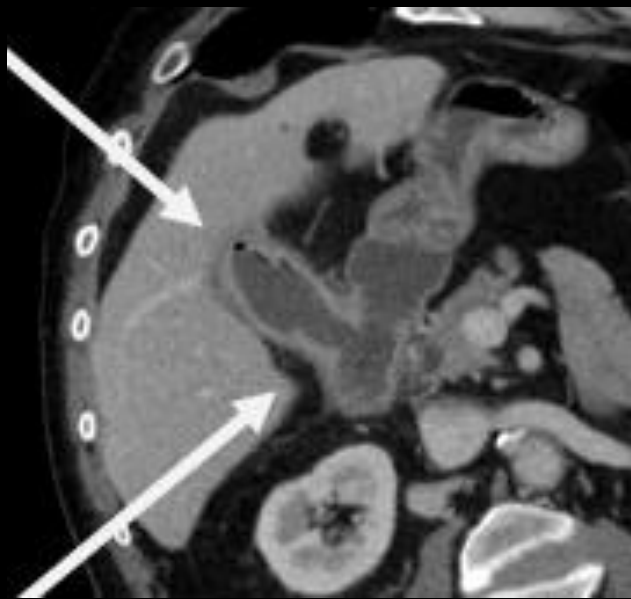
-Succession d'épisodes sub occlusifs spontanément résolutifs (occlusion classiquement" capricieuse et changeante").

Évolution vers un syndrome occlusif organique par obstruction endoluminale

-Cholécystite chronique avec formation d'une fistule bilio digestive (cholécysto-duodénale)

Syndrome de Bouveret

- Forme particulière d'iléus biliaire, due à une fistule bilio-digestive, de **siège duodénal** ou, beaucoup plus rarement gastrique
- Fistule cholécysto digestive et migration d'un calcul vésiculaire particulièrement volumineux que sa taille empêche de progresser au delà du genu inferius
- Tableau aigu d'occlusion haute avec des vomissements alimentaires ou bilieux en fonction de la localisation de l'obstacle par rapport à l'ampoule de Vater



Le syndrome de Bouveret : l'iléus biliaire n'est pas toujours là où on pense... ☆

Bouveret's Syndrome. An unusual localization of gallstone ileus

V. Costil^a, M.-C. Jullès^b, M. Zins^b, J. Loriau^{a,*}

Forme particulière d'iléus biliaire, décrite par Léon Bouveret ancien interne des Hôpitaux de Paris ayant exercé par la suite à Lyon. Clinicien hors-pair, on lui doit la description e la "tachycardie paroxystique" supra-ventriculaire en 1889 , bien avant les ECG §

Il y a d'ailleurs une confusion fréquente : le "durcissement épigastrique intermittent" est une sensation perçue par le patient lors de la tachycardie paroxystique supraventriculaire décrite par Bouveret dont le nom reste attaché à cette maladie ; ce n'est pas un signe de l'iléus biliaire duodénal, même si c'est le même auteur qui a décrit les 2 maladies....on ne prête qu'aux riches . Oncle Paul soulage sa conscience par cet aveu car il craint d' être à l'origine de cette confusion mais "faute avouée est à-demi pardonnée"

Léon Fr. BOUVERET est né en 1850 à Saint-Julien sur Reyssouze (au nord de Lyon) et mort en 1929.

De père médecin, c'est un enfant doué qui commence ses études médicales à Lyon, puis les poursuit à Paris où il obtient son doctorat en médecine en 1878. Il est reçu 3^{ème} sur 40 à l'Internat des Hôpitaux de Paris . En 1880, il est professeur agrégé des hôpitaux de Lyon. Il a ensuite publié de nombreux écrits sur de nouvelles méthodes chirurgicales pour traiter les pathologies de l'estomac, qui resteront pendant longtemps une référence pour de nombreux gastroentérologues

. C'est en 1889 qu'il décrit la maladie qui porte son nom : **maladie de Bouveret ou tachycardie paroxystique essentielle**.

Il a également donné son nom au **syndrome de Bouveret** : obstruction de l'estomac et du duodénum par un calcul biliaire qui a migré à travers une fistule biliogastrique ou bilioduodénale.

Léon BOUVERET (1850-1929).

par le Professeur J. PAVIOT.

Le *Journal de Médecine de Lyon* se devait de ne pas laisser disparaître BOUVERET, s'estomper sa mémoire, sans lui consacrer, je ne dirai pas quelques pages de souvenirs et d'adieu, mais une étude de ses travaux, comme il a été fait dans les colonnes de ce journal pour tous les hommes ayant eu dans cette ville et dans la science grande figure médicale. Donc notre projet est d'étudier son œuvre et montrer quelles traces il a imprimées dans l'évolution de diverses questions, où l'appoint de BOUVERET a déjà été prouvé et consacré par le temps.

Car je veux me garder de faire ici un article nécrologique, dans le ton et la forme où m'inclineraient, si je m'y laissais aller, l'admiration et la reconnaissance et des sentiments trop personnels pour BOUVERET. Il avait refusé à ses funérailles tout discours, n'acceptant qu'un adieu bref et ému, d'un ami, ce jour-là, où cependant une assistance d'élèves, d'anciens internes, de confrères de Lyon, des pays et villes avoisinants, frémissait encore de la brusquerie de sa mort. Quelques jours auparavant nous l'avions vu, assistant droit et mince, par une matinée pluvieuse, aux obsèques de la femme d'un de ses élèves et grand ami. J'ai l'impression que BOUVERET, ennemi de toutes pompes, de tous honneurs qu'il est habituel de rechercher, n'aurait souhaité, dans les notices

biographiques et nécrologiques qui lui seraient consacrées, d'autres démonstrations que celles ressortissant à son œuvre scientifique.

Certes, au moins autant que d'autres, nous céderions au besoin de laisser déborder, dans cet article, nos sentiments à son égard. Rappeler ce semestre d'internat, à l'Hôtel-Dieu, où préparateur d'un TRIPIER, après avoir commencé la matinée à l'amphithéâtre, avec un tel maître, nous l'achevions en recevant l'imprégnation clinique d'un BOUVERET. Ce sont des heures qui ne s'oublient pas, elles font sentir que la formation scientifique, l'orientation de toute la vie que l'on reçoit de certains hommes n'est pas un vain mot.

Quand, aux toutes premières années de nos études médicales, pas encore externe, mais brigant des suppléances et les fonctions

d'« hypo », nous allions écouter les conférences cliniques que médecins et chirurgiens de l'hôpital de la Croix-Rousse faisaient à tour de rôle, une fois par semaine, dans la salle du Conseil de cet hôpital, nous étions attiré par les leçons de BOUVERET, jeune médecin des Hôpitaux. Ses qualités d'enseignement emplissaient la salle où elles étaient faites et attiraient autour de lui, dans ses salles, de tous jeunes étudiants qui ne comprenaient pas toujours la profondeur et la portée de ses démonstrations cliniques. Puis,



Léon BOUVERET

Traitement du Syndrome de Bouveret

Traitement chirurgical en urgence :

Coelioscopie ou laparotomie sous costale droite

Calcul mobilisé vers la première anse jéjunale par taxis , puis entérotomie
d'extraction

Traitement endoscopique possible (rare) : calcul mobilisé vers l'estomac puis
fragmenté en petits morceaux extraits par voie endoscopique

Bannir tout geste complémentaire , en particulier sur ce qui reste de la vésicule

Take home messages

- **Syndrome de Bouveret** : forme duodénale d'iléus biliaire
- Contexte d'antécédent de cholécystite chronique ou subaiguë
- Syndrome occlusif haut
- Fistule cholécysto duodénale, aérobilie, **volumineux calcul enclavé dans le deuxième duodénum**

