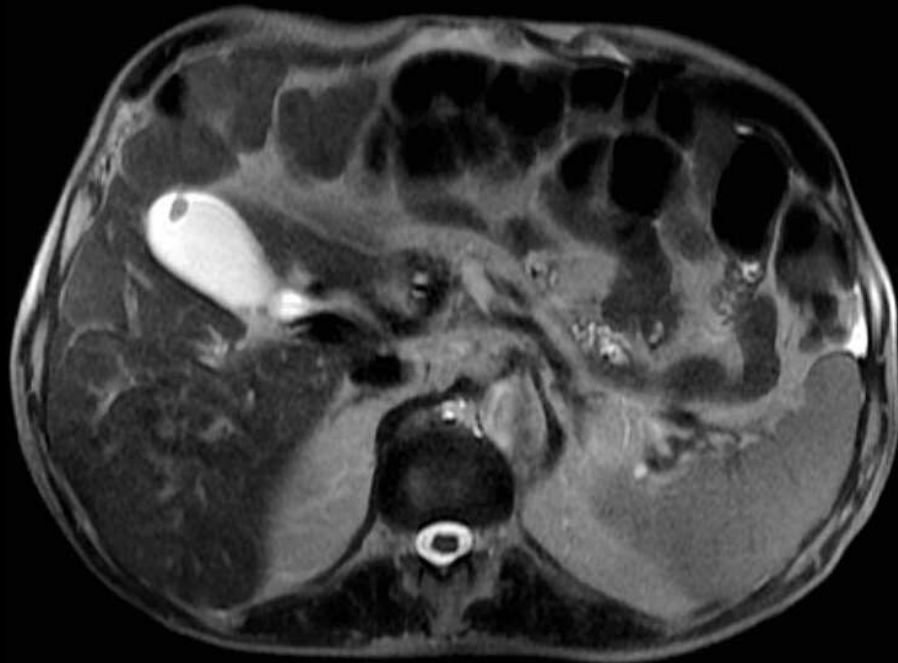
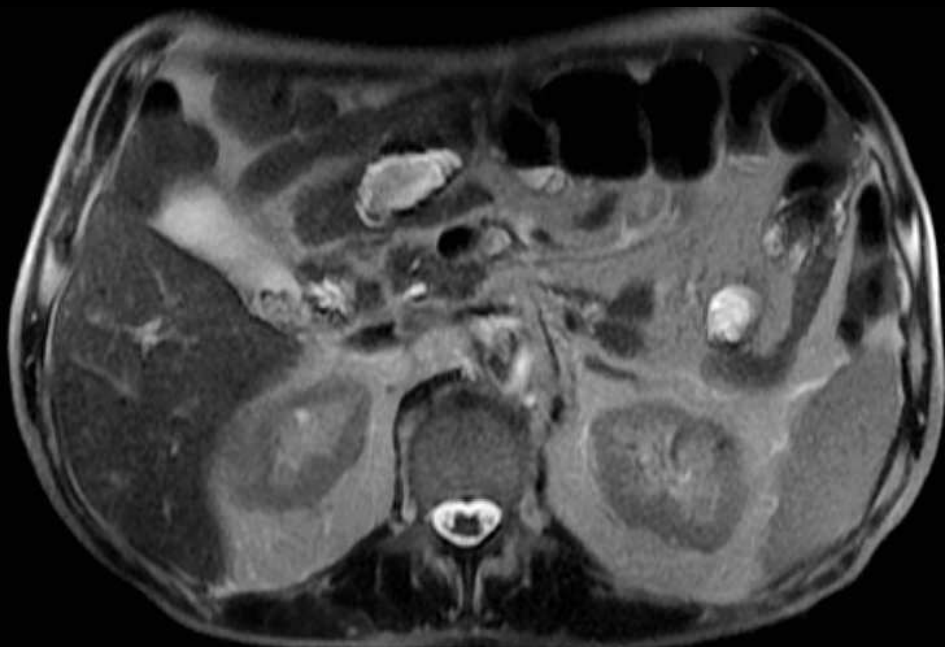


Homme , 78 ans

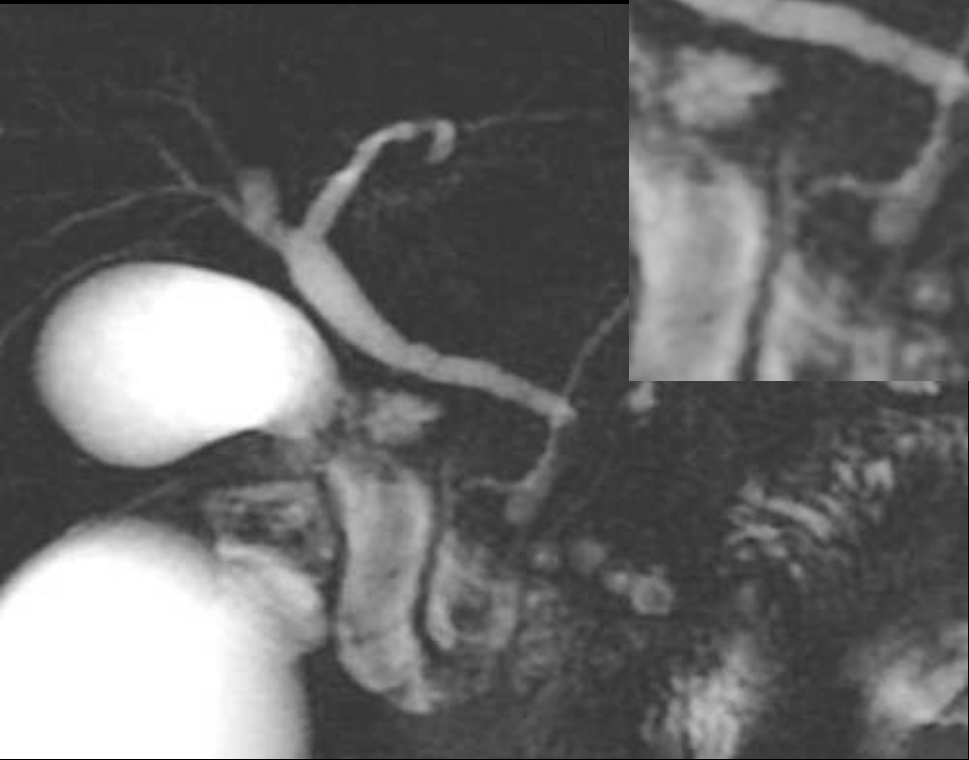
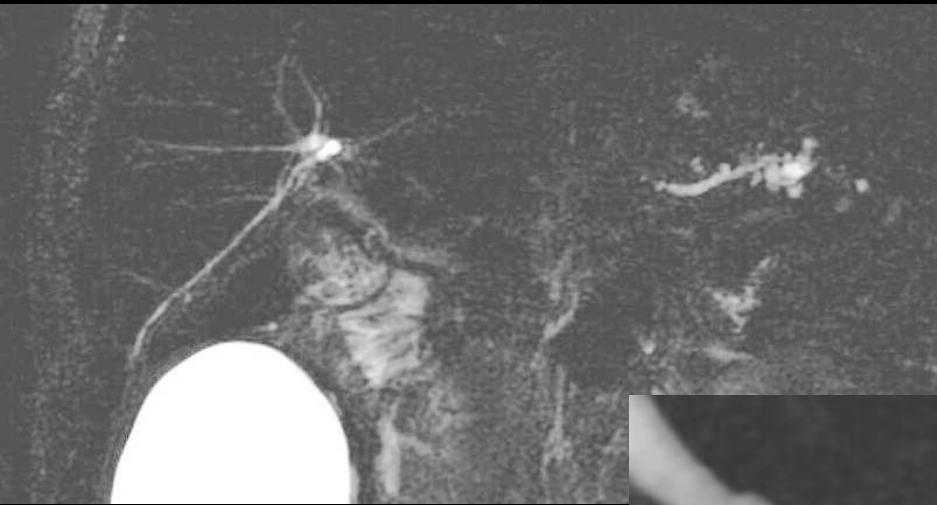
- Antécédent de "**coliques hépatiques**"
- Récidive de douleur de l'HCD et épigastralgies

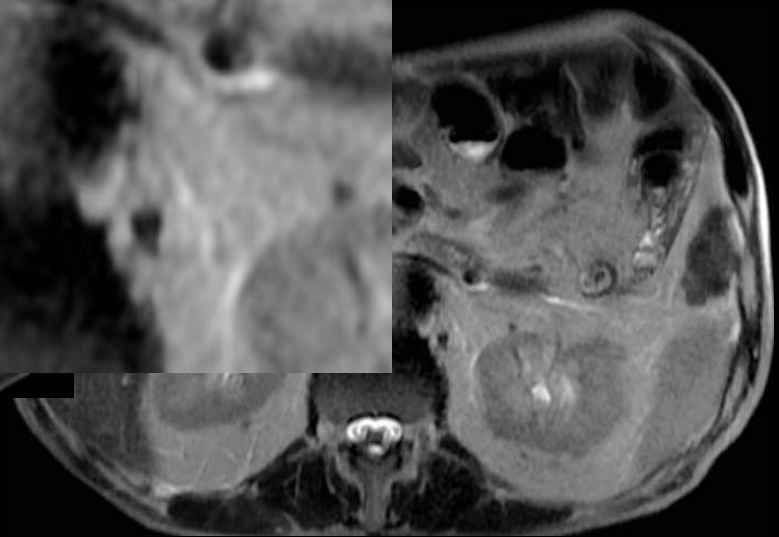
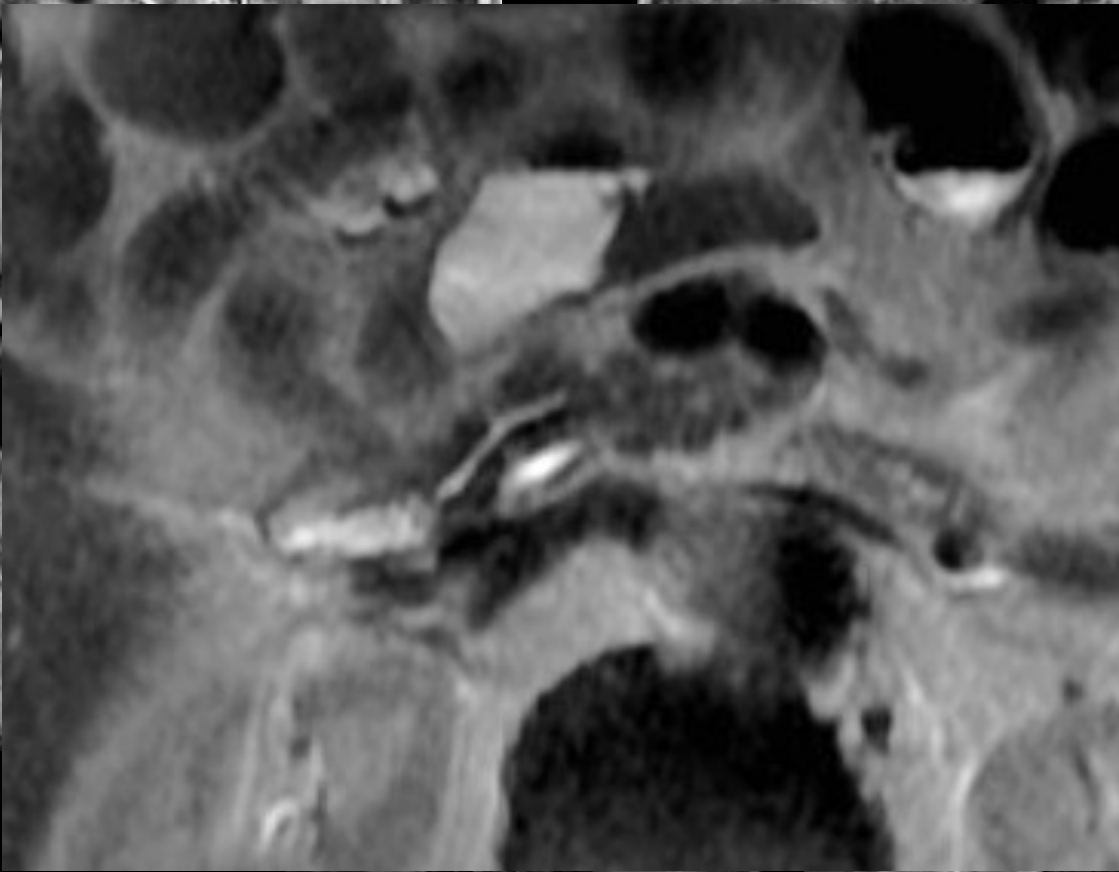
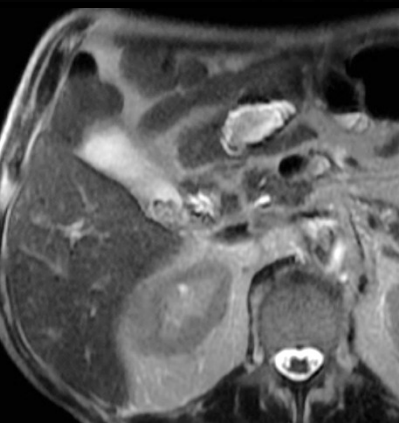
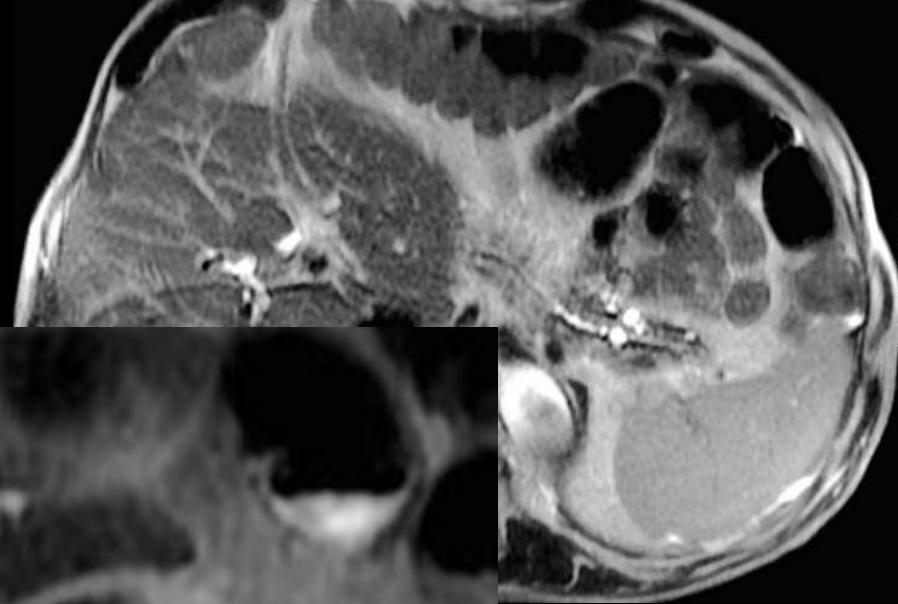
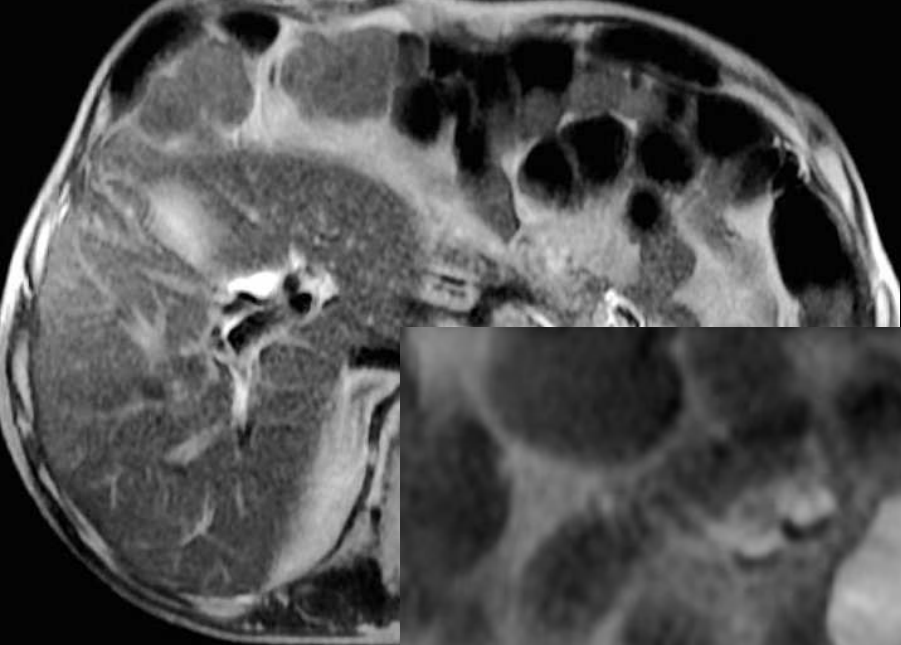
Cholangio-IRM

Ax T2 SSFSE

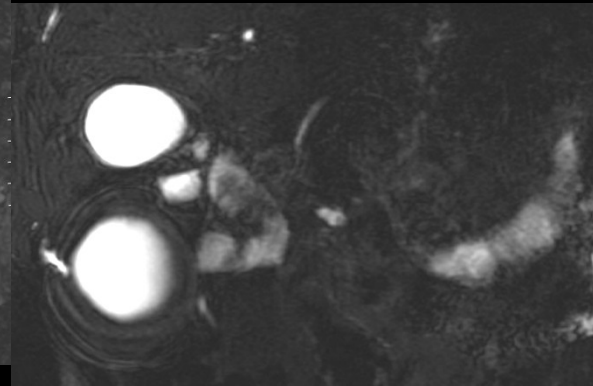
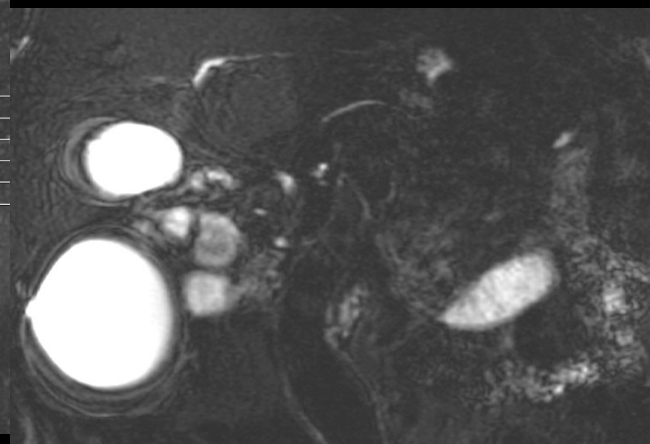
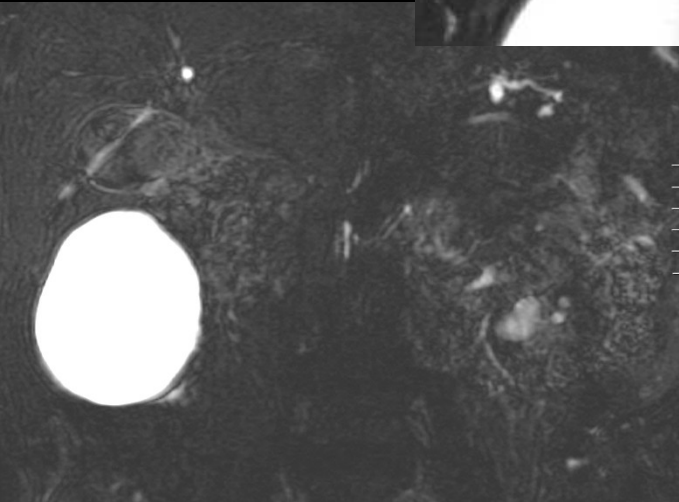
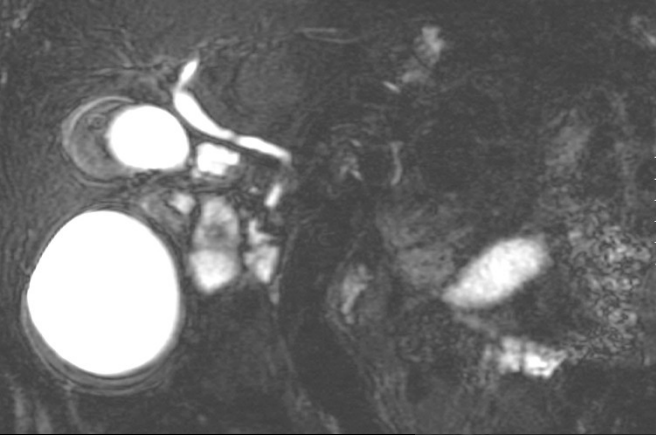


RAD SSFSE





3D MRCP



Pancreas divisum

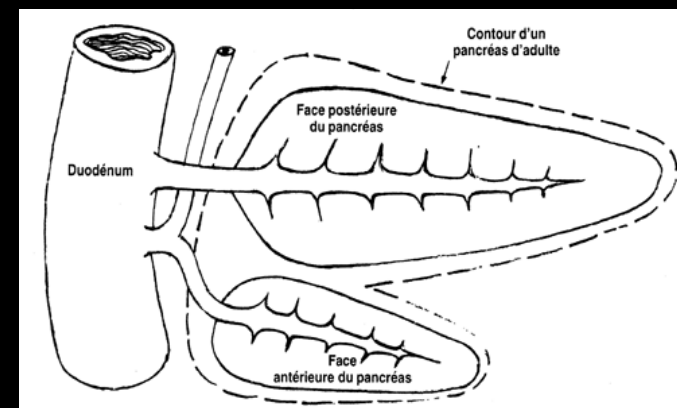
- Malformation congénitale du pancréas la plus fréquente (4 à 14 % des sujets). SR = 1
- Anomalie précoce de l'**embryogenèse** du pancréas
- **Défaut de fusion** de ses canaux excréteurs pancréatiques dorsal et ventral
- Forme "incomplète" : canal pancréatique dorsal dominant

- **Bourgeon dorsal:**

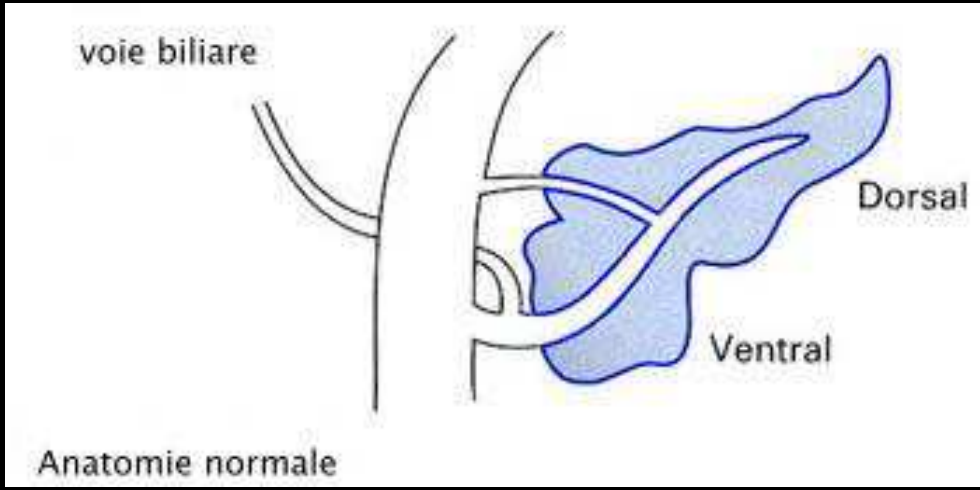
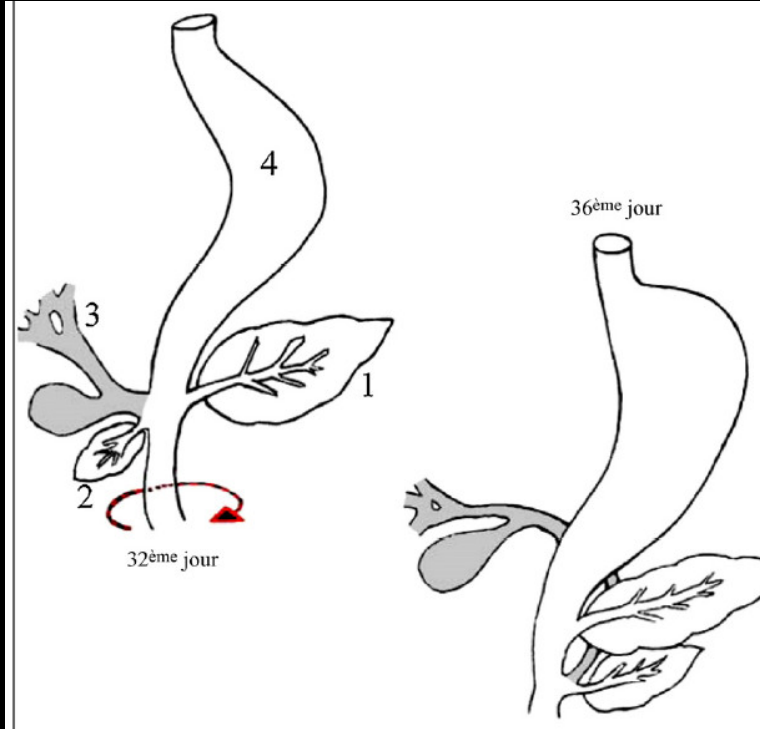
- Canal pancréatique principal et canal pancréatique accessoire (Santorini)
- Queue, corps et partie supérieure et antérieure de la tête du pancréas

- **Bourgeon ventral:**

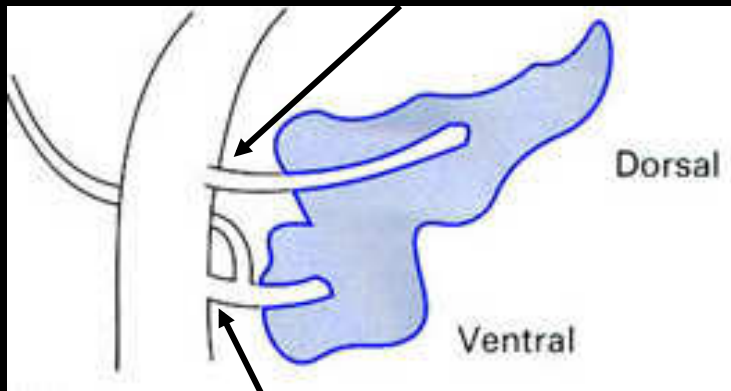
- Conduit hépatique commun
- Partie postérieure et inférieure de la tête du pancréas



- 5ème semaine:
 - rotation du bourgeon ventral autour du duodénum pour rejoindre le bourgeon dorsal (au-dessus)
- 6ème semaine:
 - fusion des deux bourgeons



Papille mineure



Papille principale

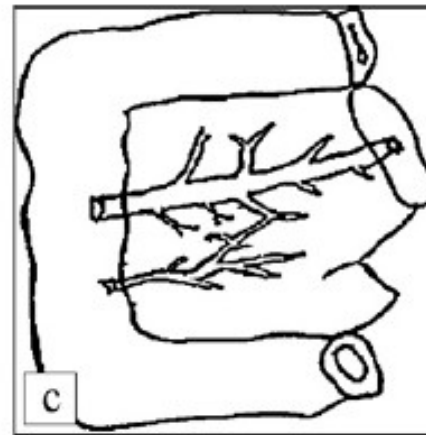
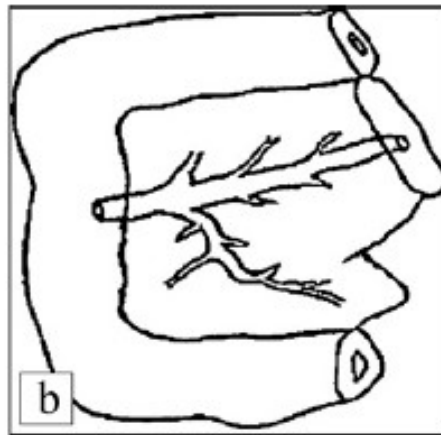
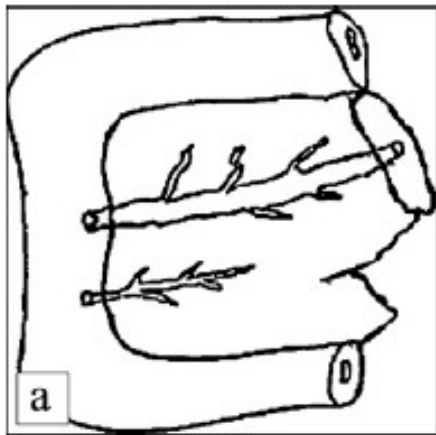
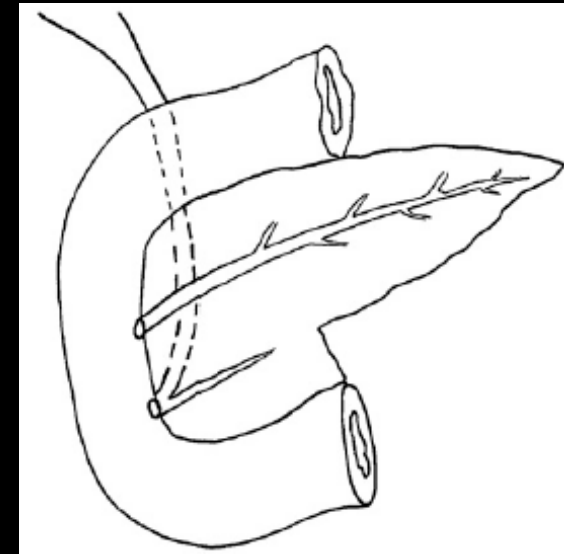


FIGURE 3

Types les plus fréquents du *pancréas divisum*

a : *pancréas divisum* complet (type I) ; b : canal dorsal isolé (type II) ; c : *pancréas divisum* incomplet (type III).

- Type I: *pancréas divisum* complet (71 %)
 - Absence complète de fusion des canaux dorsal et ventral
- Type II: canal dorsal isolé (23%)
 - Absence d'abouchement du canal pancréatique ventral au duodénum
- Type III: *pancréas divisum* incomplet (6%)
 - Fusion incomplète des deux canaux pancréatiques (canal pancréatique dorsal dominant)

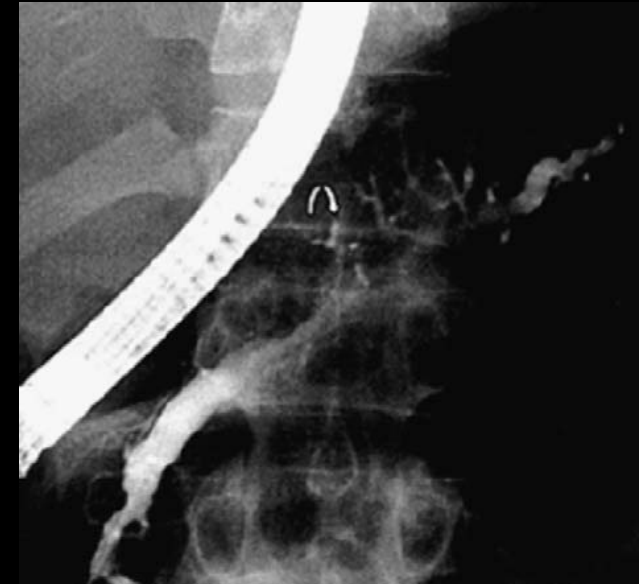


Clinique

- 5 % des patients sont symptomatiques
- Responsabilité dans les tableaux de **pancréatites aiguës idiopathiques récidivantes**, le plus souvent "bénignes" (oedémateuses)
- **Pancréatite chronique obstructive** (corporéo-caudale)
- Douleurs abdominales chroniques
- Physiopathologie:
 - **Sténose de la papille mineure:** inadéquation de calibre entre la papille mineure et le débit du canal pancréatique dorsal
 - Sténose **organique ? Fonctionnelle ?**

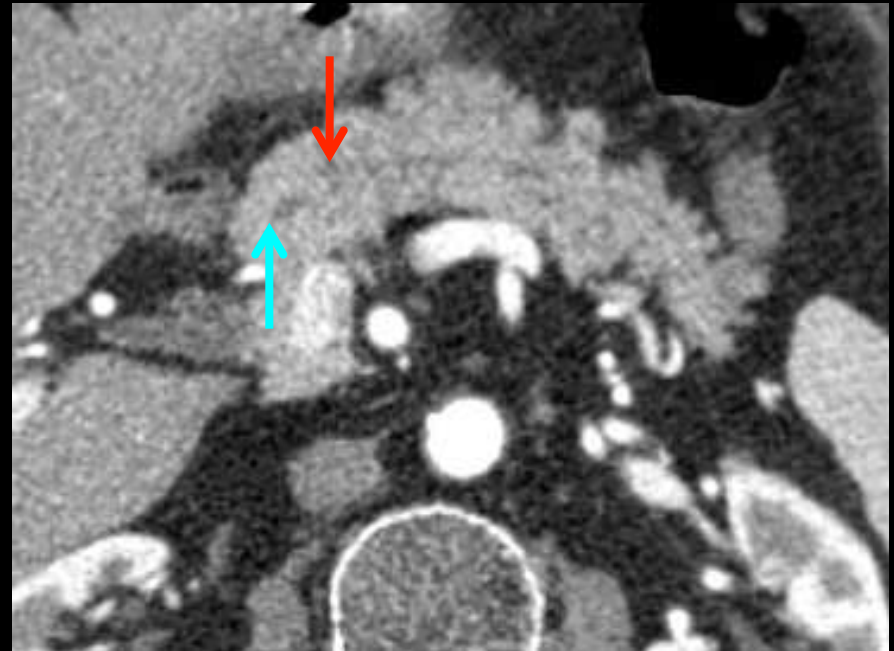
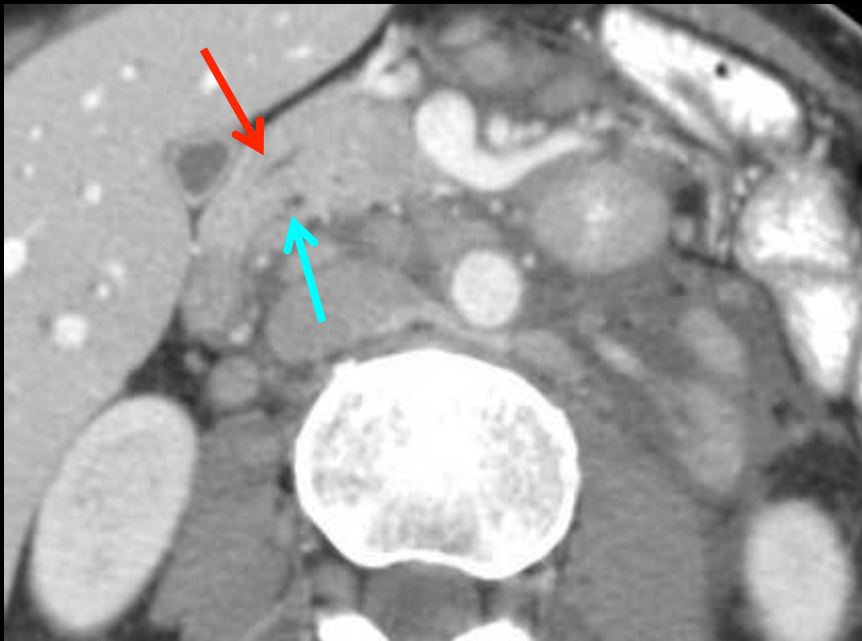
- CPRE : examen de référence

- Canulation de la papille principale: opacification du **canal de Santorini**, court et fin: drainage de la partie postérieure de la tête
- Cathétérisme de la papille accessoire: opacification du **CPP** (dorsal): drainage du corps, de la queue et du reste de la tête



- Scanner :

- Canal pancréatique dorsal dilaté
- **Signe du croisement** : CPP (dorsal) précroise la VBP
- Abouchement distinct du CPP et de la VBP
- Canal ventral à peine visible

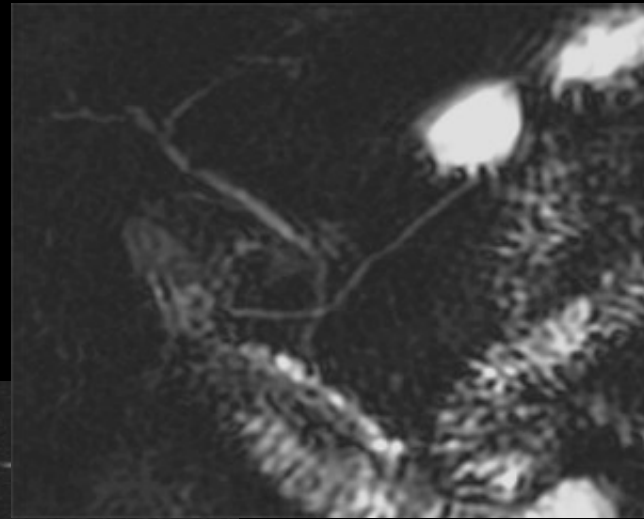


- Cholangio-IRM

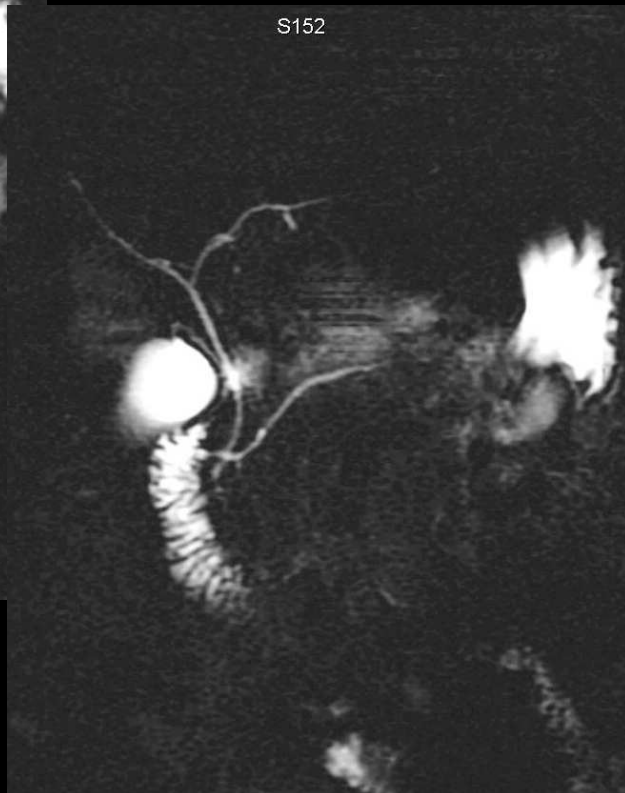
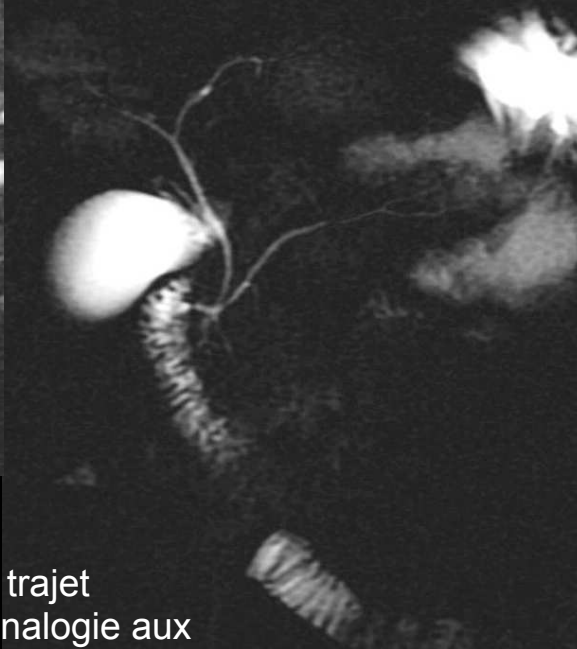
S152



S152



S152



Santorinicèle ; dilatation ampullaire du trajet intramural du canal de Santorini (par analogie aux urétérocèles) ; témoin de l'hyperpression endocanalaire secondaire à "l'incongruence" papille/canal

NB système canalaire urinaire double à gauche

Traitement

- Abstention
- Chirurgie:
 - Sphinctéroplastie transduodénale de la papille accessoire
- Endoscopie:
 - Sphinctérotomie
 - Pancréatographie rétrograde
 - Prothèse canalaire pancréatique (stent des canaux pancréatiques)