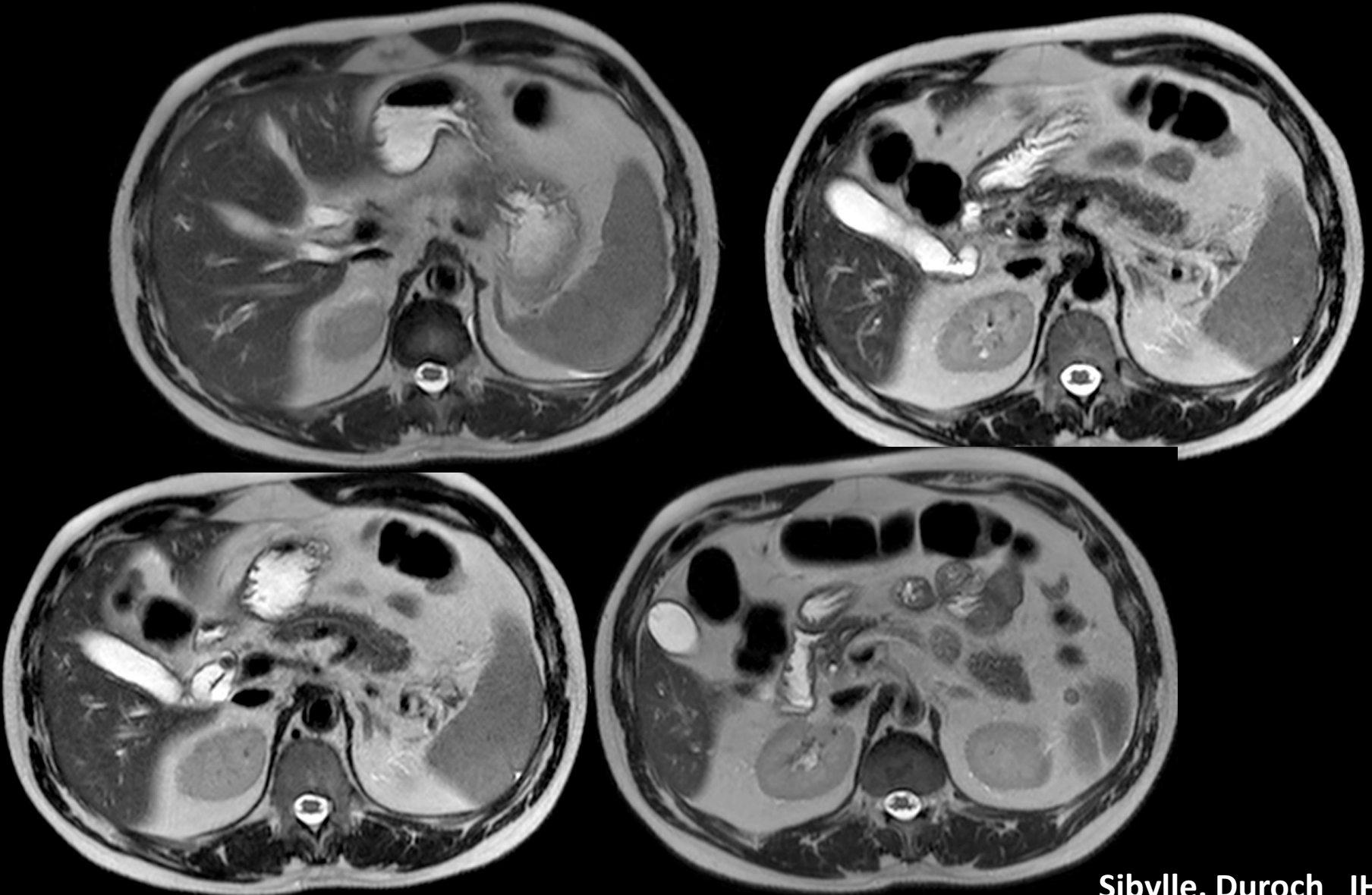
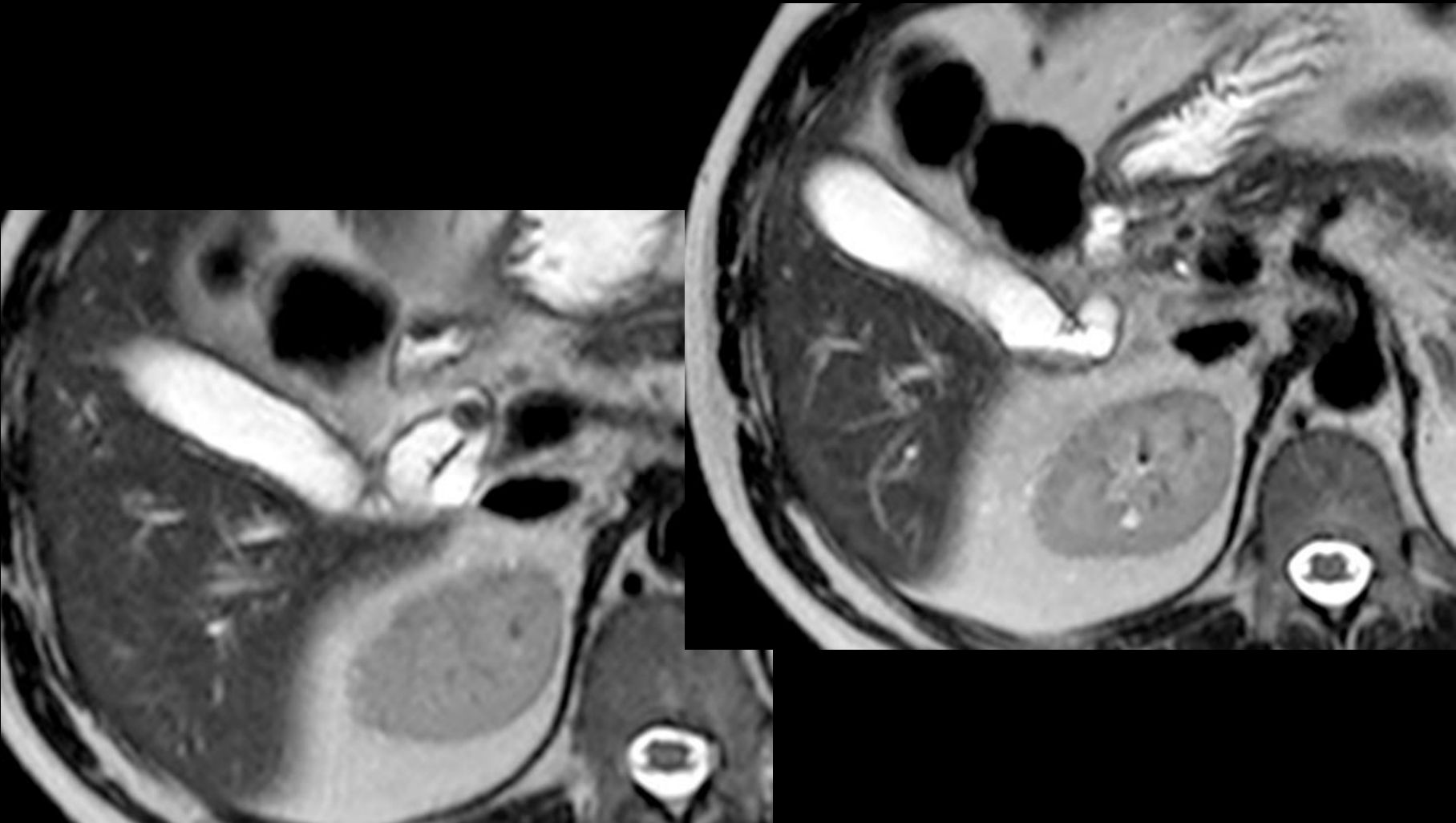


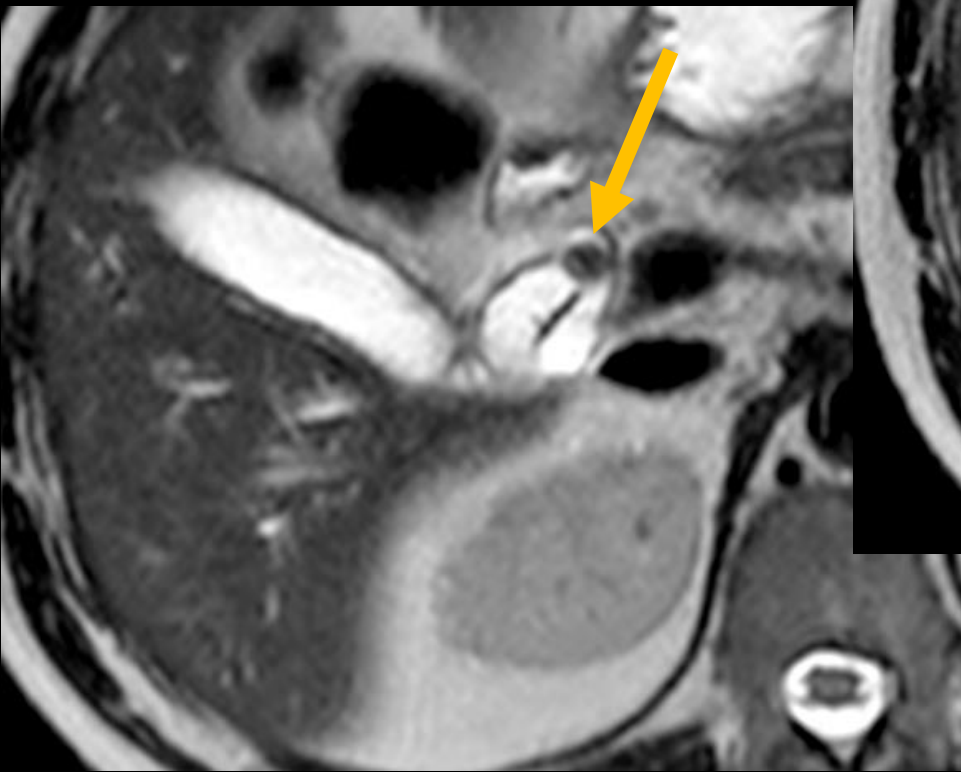
Homme de 49 ans Douleurs de l'hypochondre droit et ictère, sans fièvre. Une IRM des voies biliaires est pratiquée, qui montre les images suivantes





quels sont les principaux items sémiologiques à retenir; dans ce contexte clinique
d'ictère douloureux apyrétique





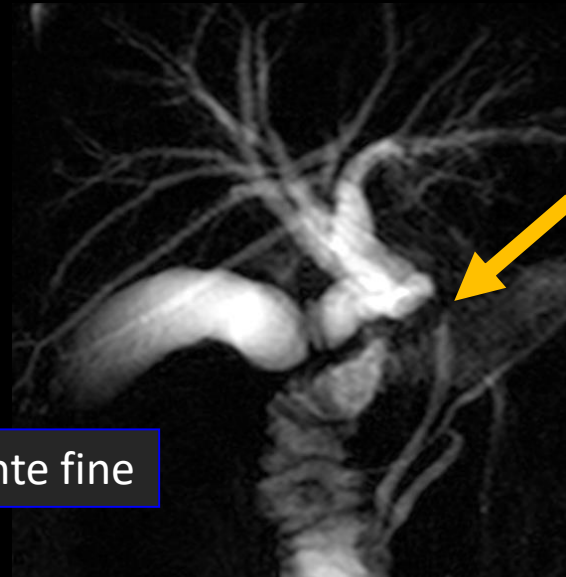
Calcul enclavé du canal cystique
à sa jonction avec la voie biliaire
principale



sédiment (microcristaux, sludge)
dans la partie déclive du siphon
cystique



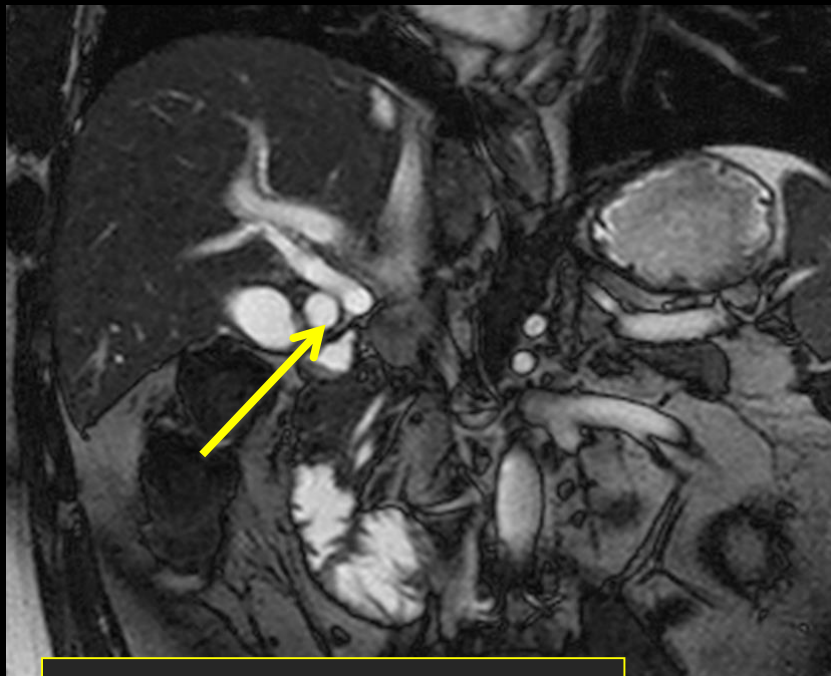
Dilatation des VBIH



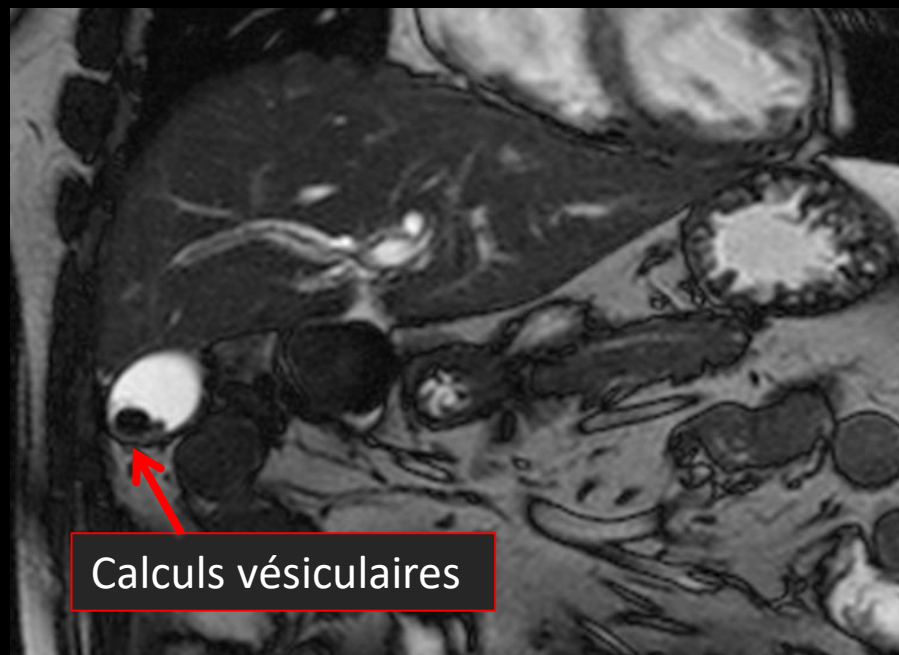
VBP sous-jacente fine



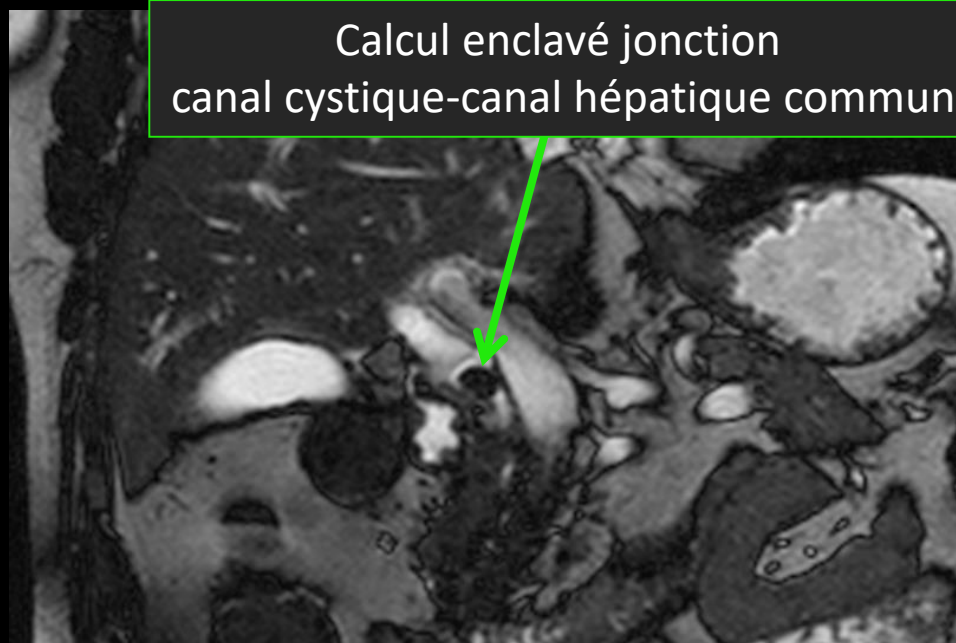
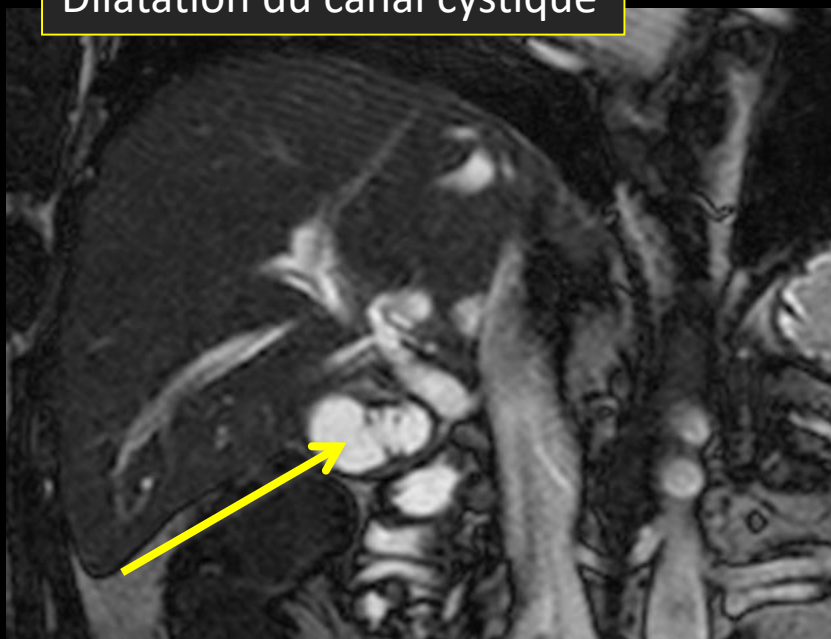
Calcul enclavé dans la canal cystique distal, à la jonction canal cystique-canal hépatique commun. Glissement du canal biliaire postéro-latéral droit en position basse sous la convergence biliaire supérieure



Dilatation du canal cystique



Calculs vésiculaires



Calcul enclavé jonction
canal cystique-canal hépatique commun

1er temps coelioscopique :

Accolement du duodénum à la face antérieure de la vésicule

Gangue très inflammatoire du jabot vésiculaire

Repérage de l'abouchement de la voie biliaire droite

Extraction coelioscopique du calcul non réalisable

⇒ conversion en laparotomie

2ème temps : Conversion : cholécystectomie par voie antérograde

Extraction du calcul par le canal cystique

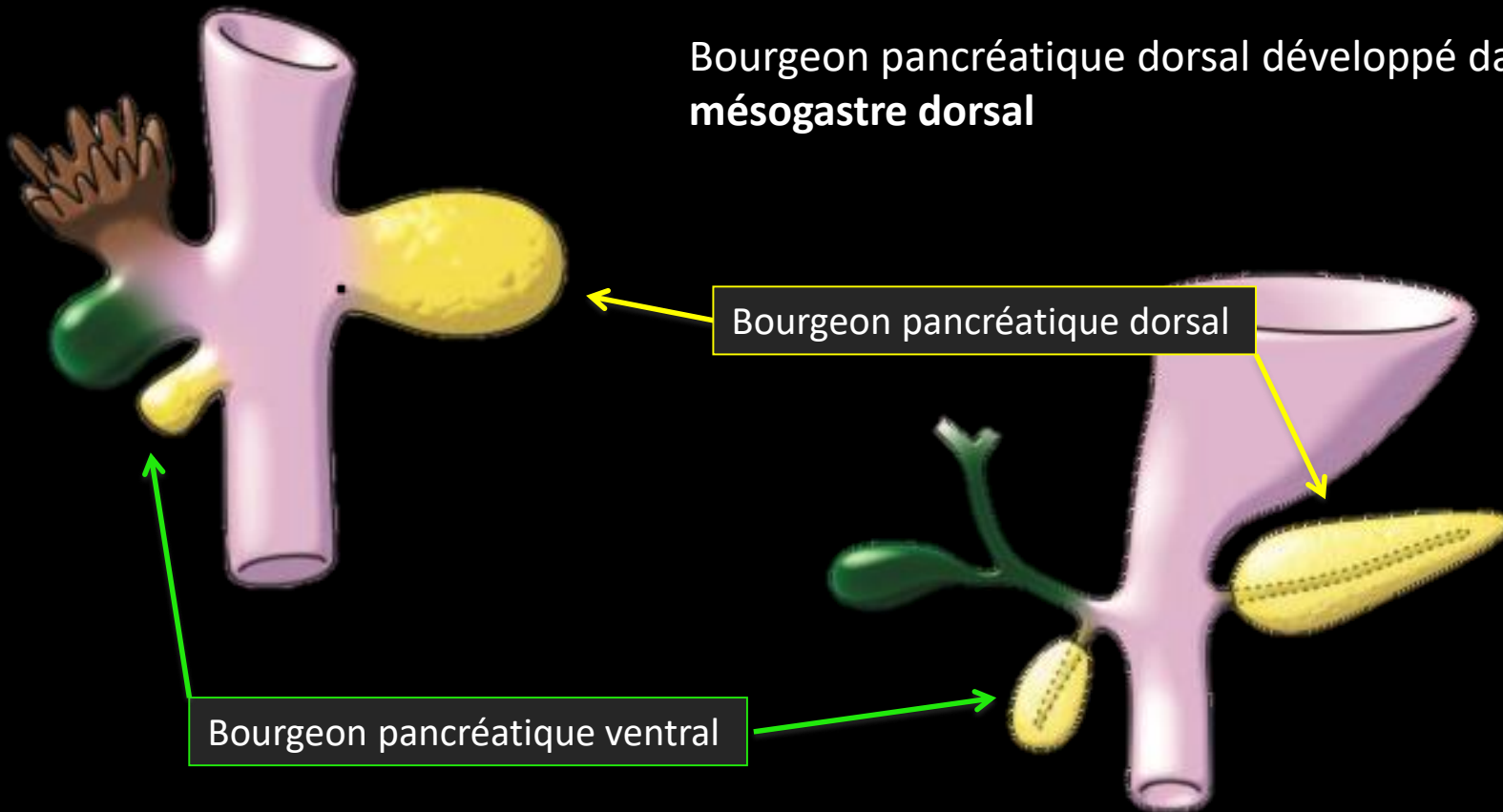
Vacuité des voies biliaires au contrôle cholangiographique

VOIES BILIAIRES ET PANCREAS RAPPELS EMBRYOLOGIQUES

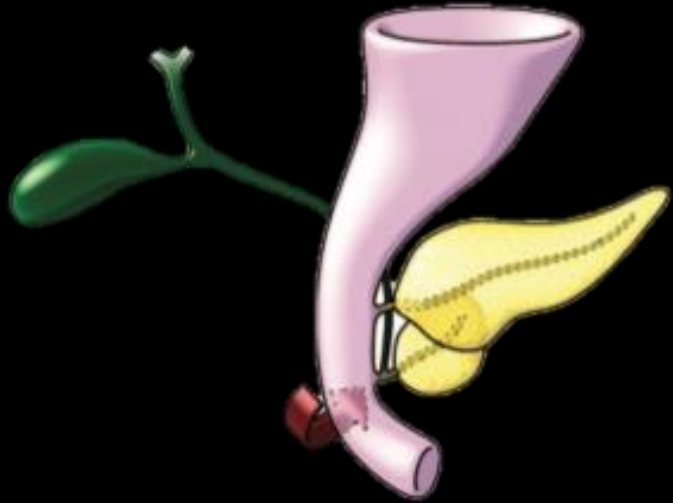
4^{ème} semaine de développement :

Bourgeon pancréatique ventral et arbre biliaire
dérivent
du **diverticule hépatique**

Bourgeon pancréatique dorsal développé dans l'le
mésogastre dorsal

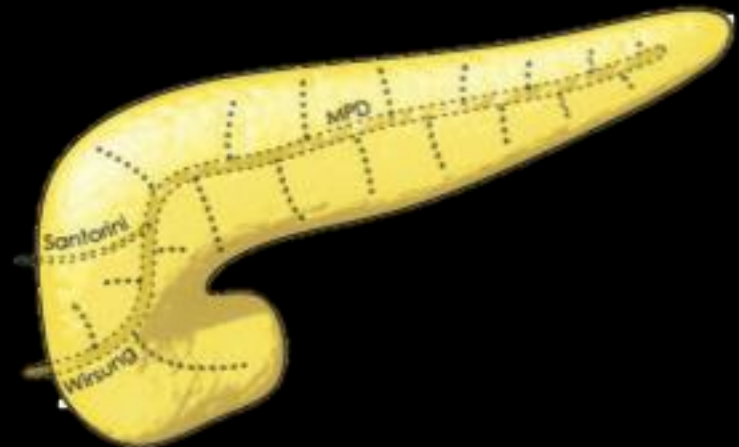
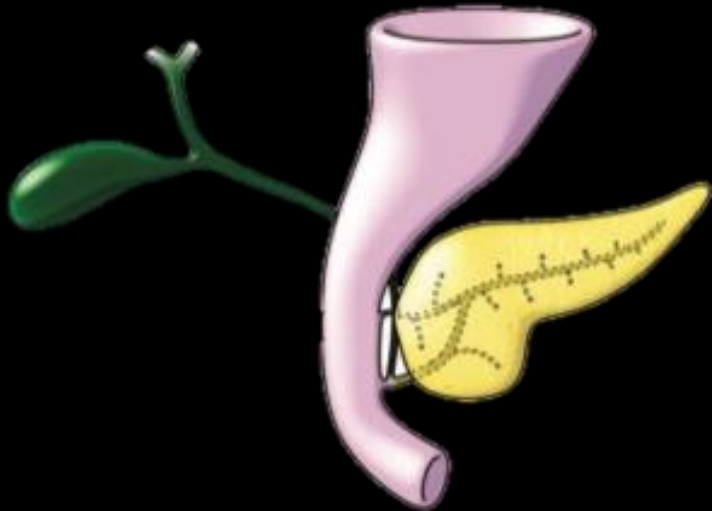


VOIES BILIAIRES ET PANCREAS RAPPELS EMBRYOLOGIQUES



Rotation horaire du bourgeon pancréatique ventral
Fusion avec le pancréas dorsal

7^{ème} semaine de développement :
Fusion des canaux pancréatiques ventraux et dorsaux



VOIES BILIAIRES ET PANCREAS RAPPELS EMBRYOLOGIQUES

Diverticule hépatique divisé en 2 :

-Pars cranialis (hepatica) : origine du foie et des

VBIH

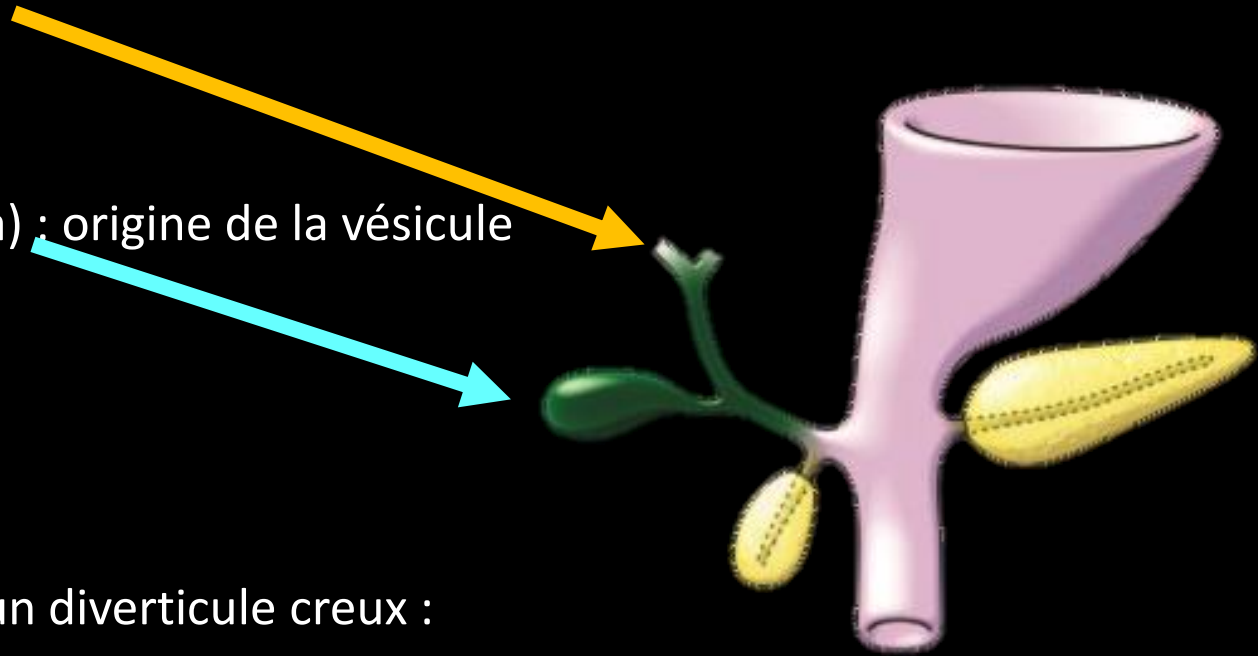
-Pars caudalis (cystica) : origine de la vésicule

biliaire et de la VBP

Pars caudalis donne un diverticule creux :

ébauche de vésicule biliaire qui s'éloigne de la

pars cranialis



ANATOMIE MODALE CONFLUENTS BILIAIRES SUPERIEUR ET INFERIEUR

Anatomie modale dans 58 % des cas

Confluent biliaire supérieur :

Situé à la partie droite du hile hépatique
À hauteur de la bifurcation portale

1. Canal hépatique droit : draine segments V à VIII

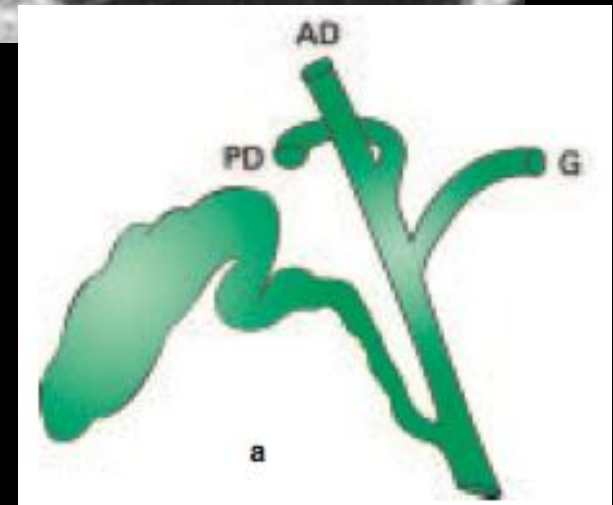
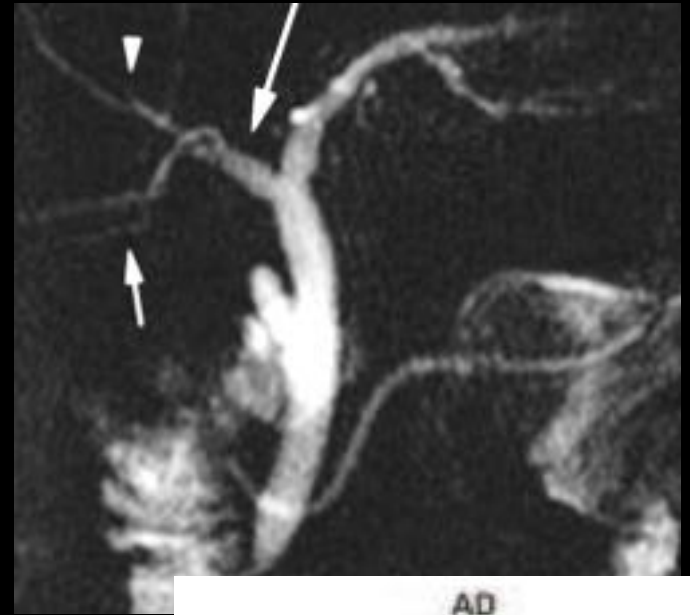
Canal sectoriel postérieur droit (segments VI et VII)

Canal sectoriel antérieur droit (segments V et VIII)

2. Canal hépatique gauche (segments II à IV)

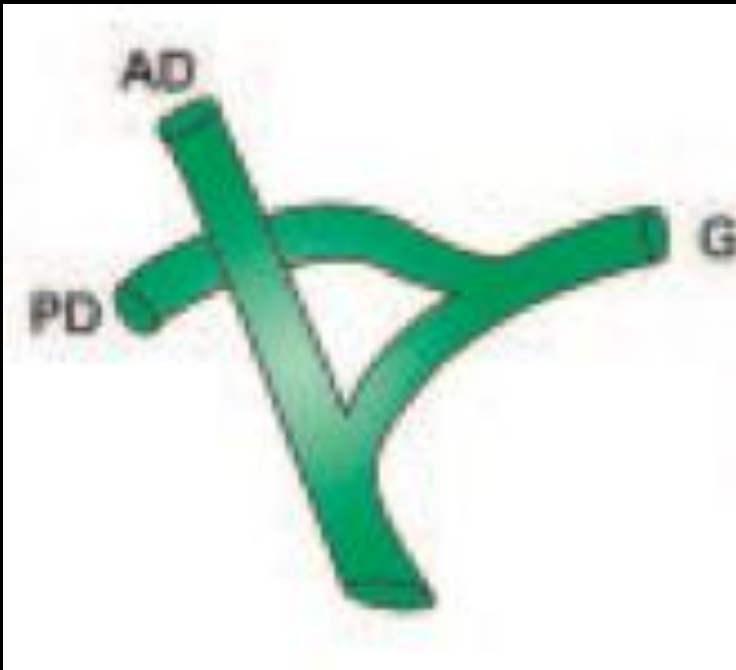
Canal sectoriel drainant le segment I s'abouchant à l'origine d'un ou des deux canaux Hépatiques (bilatéral 80%, canal hépatique G 15%, canal hépatique D 5%)

Canal cystique rejoignant le canal hépatique commun à droite, sous la confluence



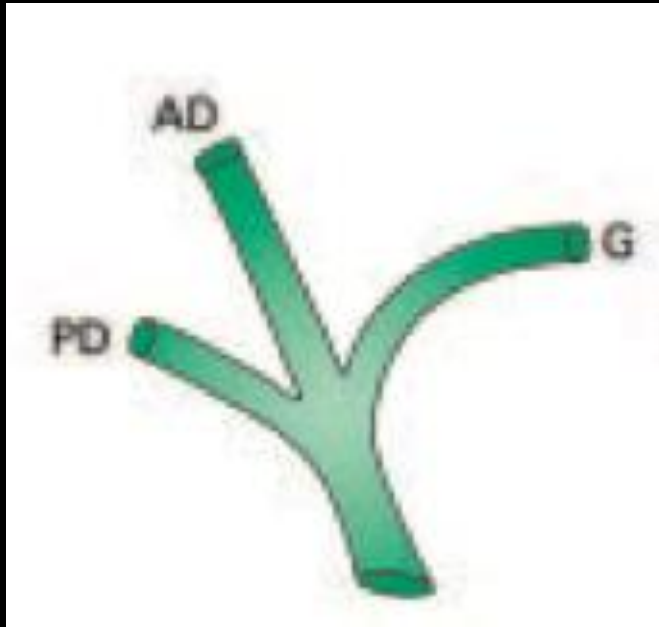
PRINCIPALES VARIANTES ANATOMIQUES BILIAIRES CONFLUENT BILIAIRE SUPERIEUR

- Absence de canal hépatique droit (35%)
 1. Abouchement du canal sectoriel postérieur D dans le canal G (13-19%)
 2. Confluence directe des canaux ant et post D avec le canal G (11%)
 3. Abouchement d'un canal sectoriel D dans le canal hép. commun



PRINCIPALES VARIANTES ANATOMIQUES BILIAIRES CONFLUENT BILIAIRE SUPERIEUR

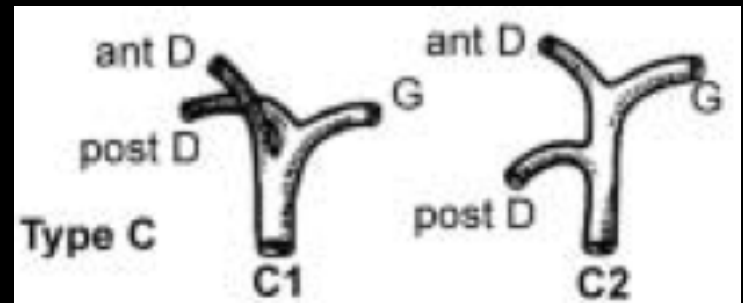
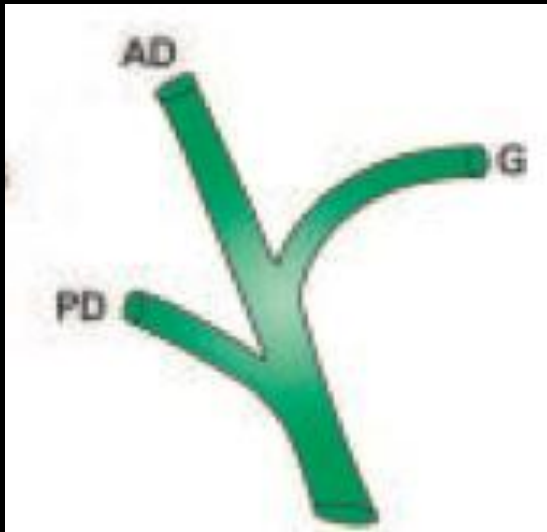
- **Absence de canal hépatique droit (35%)**
 1. Abouchement du canal sectoriel postérieur D dans le canal G (13-19%)
 - 2. Confluence directe des canaux ant et post D avec le canal G (11%)**
 3. Abouchement d'un canal sectoriel D dans le canal hép. commun



« Triple confluence »

PRINCIPALES VARIANTES ANATOMIQUES BILIAIRES CONFLUENT BILIAIRE SUPERIEUR

- **Absence de canal hépatique droit (35%)**
 1. Abouchement du canal sectoriel postérieur D dans le canal G (13-19%)
 2. Confluence directe des canaux ant et post D avec le canal G (11%)
 - 3. Abouchement d'un canal sectoriel D dans le canal hép. commun**



Canal sectoriel antérieur : 16%
Canal sectoriel postérieur : 4%

PRINCIPALES VARIANTES ANATOMIQUES BILIAIRES

CONFLUENT BILIAIRE SUPERIEUR

- **Absence de canal hépatique droit (35%)**
 1. Abouchement du canal sectoriel postérieur D dans le canal G
 2. Confluence directe des canaux ant et post D avec le canal G
 3. Abouchement du canal sectoriel postérieur D dans le canal hép. Commun
- **Absence de canal hépatique gauche < 1%**

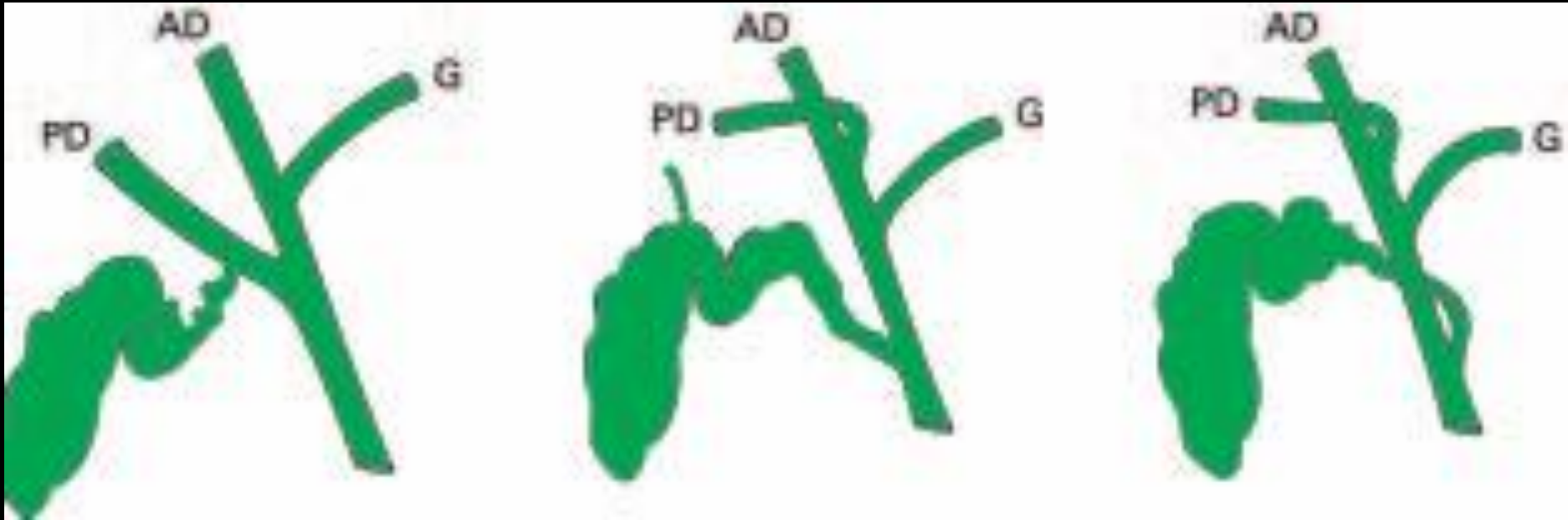
PRINCIPALES VARIANTES ANATOMIQUES BILIAIRES CONFLUENT BILIAIRE INFÉRIEUR

Variantes dans 18-23% des cas

Localisation basse de la convergence biliaire inférieure sur la VBP rétropancréatique dans

20% des cas





Abouchement du canal cystique dans le canal sectoriel postérieur droit (qui s'abouche dans le canal hépatique commun)

Canal cystohépatique

Abouchement du canal cystique au bord gauche du cholédoque

PRINCIPALES VARIANTES ANATOMIQUES BILIAIRES IMPLICATION AVANT CHOLECYSTECTOMIE

Variantes anatomiques = risque de plaie biliaire per-opératoire

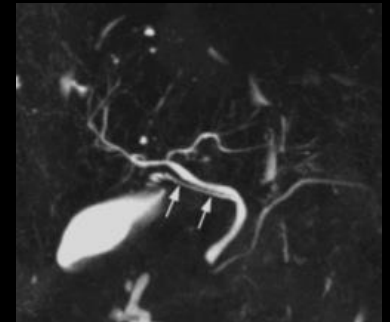
Complication devenue plus fréquente avec la généralisation de la coelioscopie

Variantes anatomiques trompeuses :

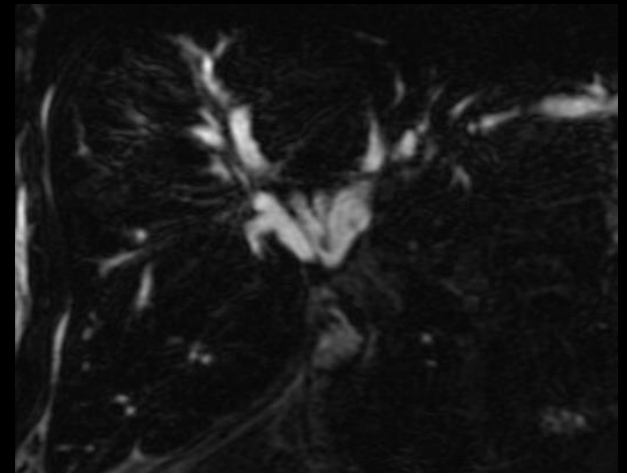
Canal hépatique droit aberrant

Cystique long parallèle à la VBP

Insertion basse et médiale du cystique



Plaie de la VBP sur un clip



Syndrome de Mirizzi

Complication lithiasique rare

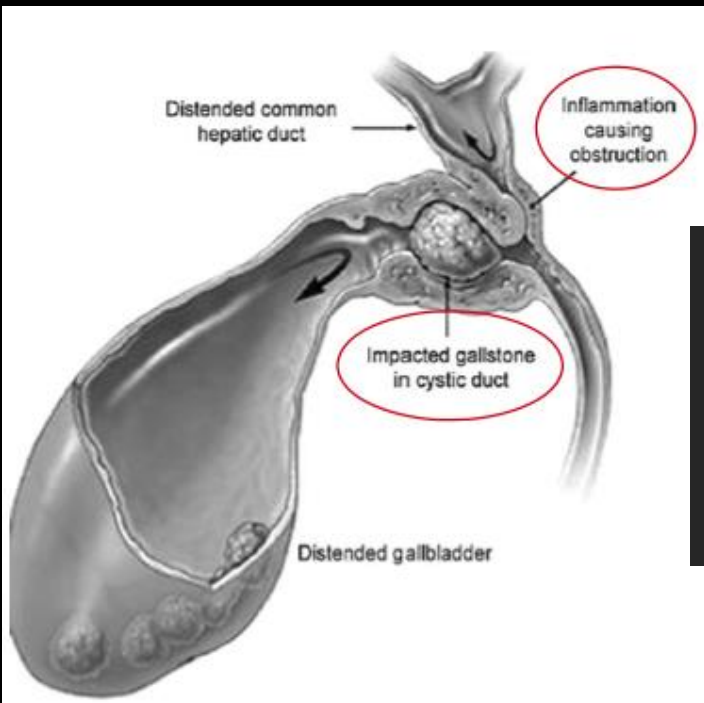
Prévalence 0,05 à 2,7% des patients porteurs de calcul vésiculaire

Compression du canal hépatique commun ou de la VBP par un calcul enclavé dans le canal cystique ou dans l'infundibulum vésiculaire

Phénomène favorisé par inflammation chronique +++

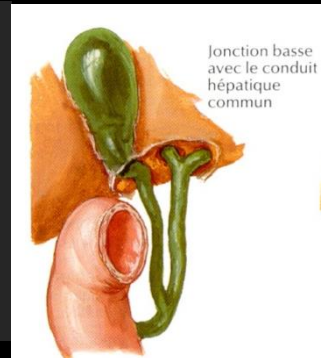


Pablo Mirizzi
Chirurgien argentin
1^{ère} description en 1948



Facteurs prédisposants :

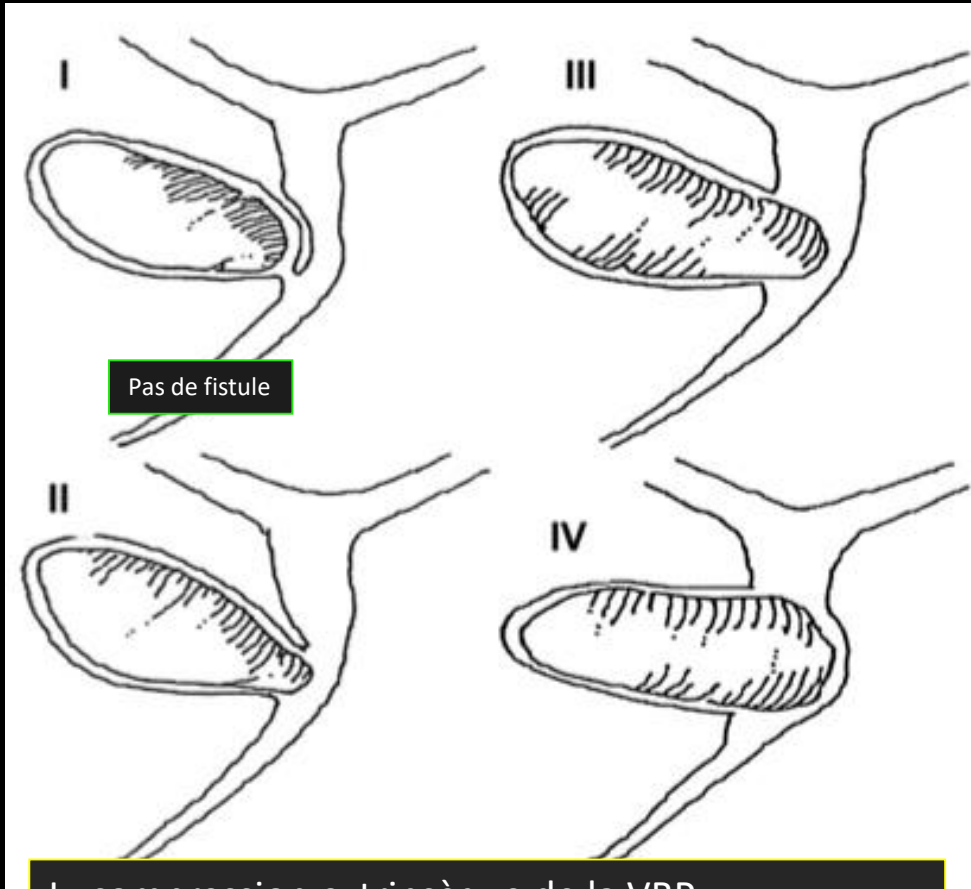
- Trajet parallèle du canal cystique avec le canal hépatique commun
- Insertion basse du canal cystique



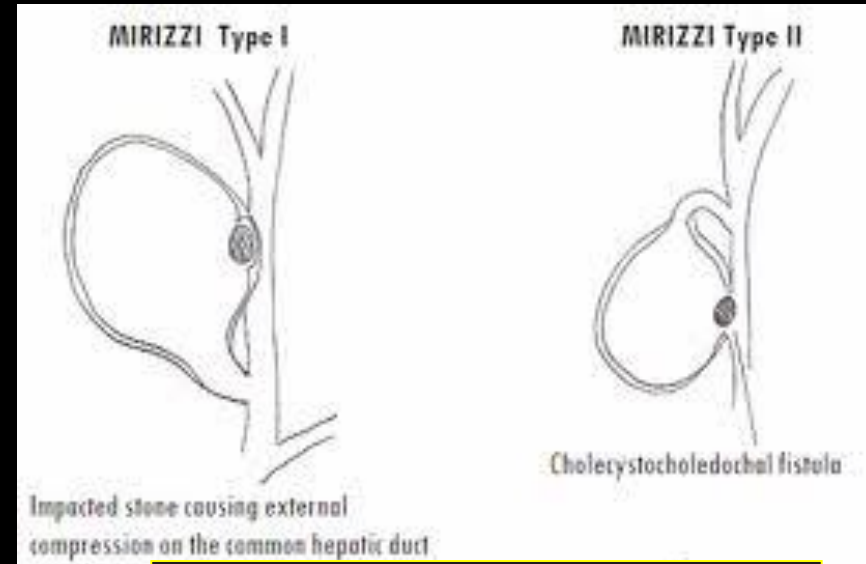
The gallbladder: uncommon gallbladder conditions and unusual presentations of the common gallbladder pathological processes. Abdom Imaging.

Syndrome de Mirizzi

Classifications



I : compression extrinsèque de la VBP
II : destruction $> 1/3$ de la circonférence de la VBP
III : destruction $> 2/3$ de la circonférence de la VBP
IV : destruction complète de la VBP



Selon Mc Sherry : 2 types
Type I : compression sans fistule
Type II : fistule bilio-biliaire

Syndrome de Mirizzi

Implications cliniques

Prise en charge chirurgicale particulière et complexe

Inflammation chronique => adhérences +++

Peut simuler en per-opératoire un adénocarcinome vésiculaire ou un cholangiocarcinome hilaire mais l'inverse est également fréquent car le syndrome de Mirizzi devient facilement un "fascinome"

'L'examen histologique extemporané per-opératoire systématique de toute vésicule suspecte macroscopiquement est le seul moyen d'éviter de méconnaître un adénocarcinome et de pratiquer chaque fois que cela le nécessite un curage ganglionnaire.



Risque de plaie biliaire ++++ si méconnu

Importance du diagnostic pré-opératoire afin d'adapter le geste chirurgical

Type I : absence de fistule

⇒ Cholécystectomie coelioscopique

⇒ Ablation du calcul enclavé

Autres types :

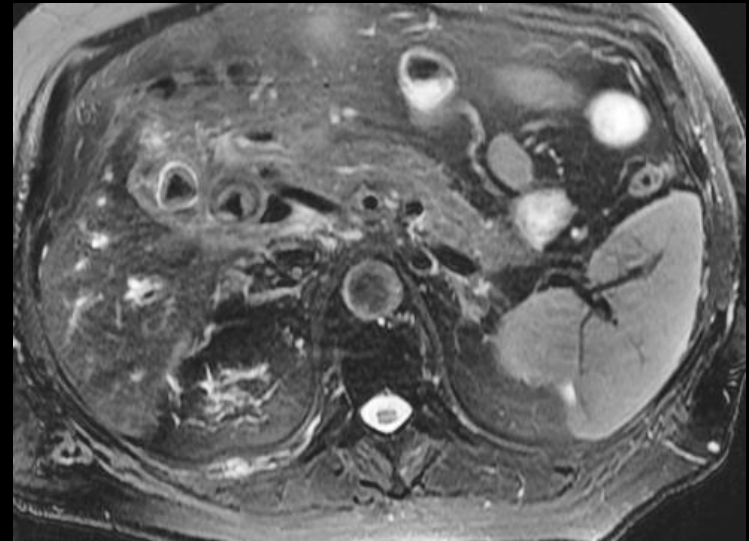
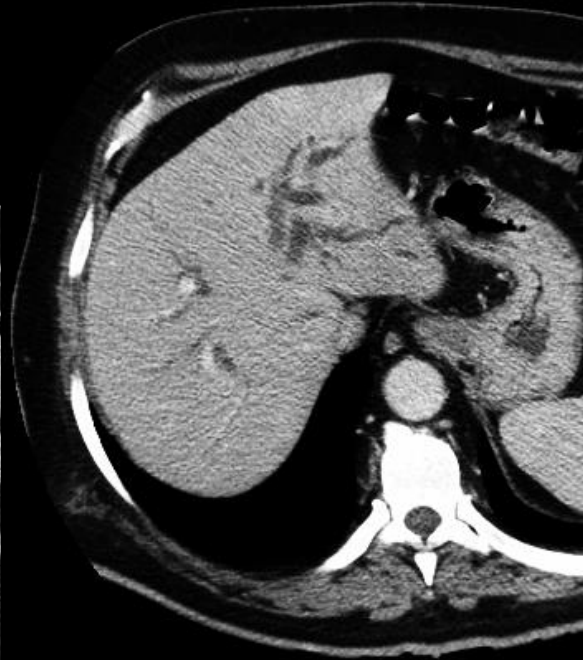
Cholécystectomie partielle +++

Paroi vésiculaire restante permet de réparer la perte de substance biliaire

+/- anastomose bilio-digestive

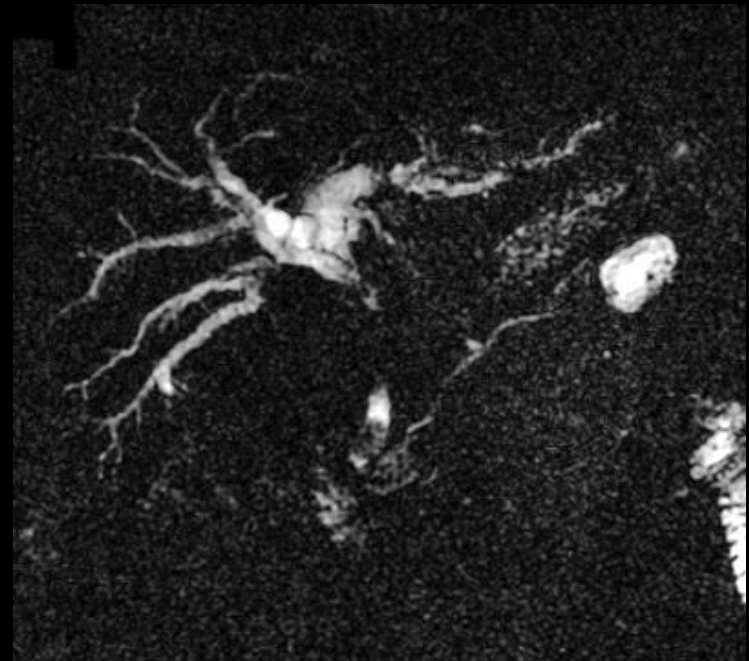
Syndrome de Mirizzi

Homme de 70 ans
AEG et ictère

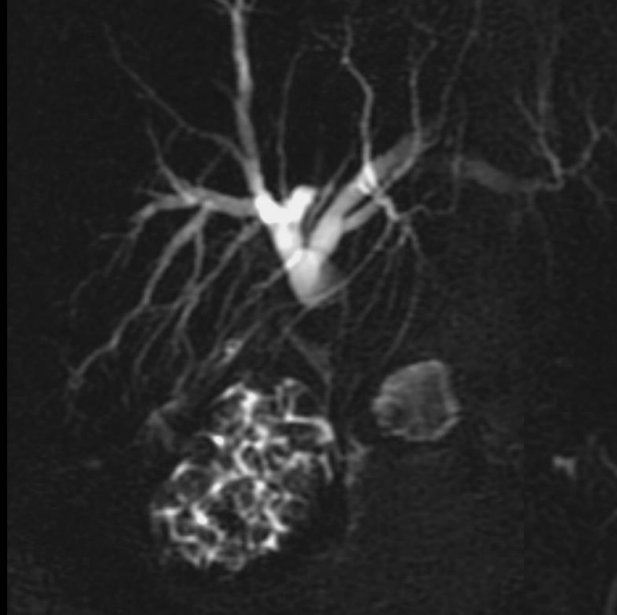
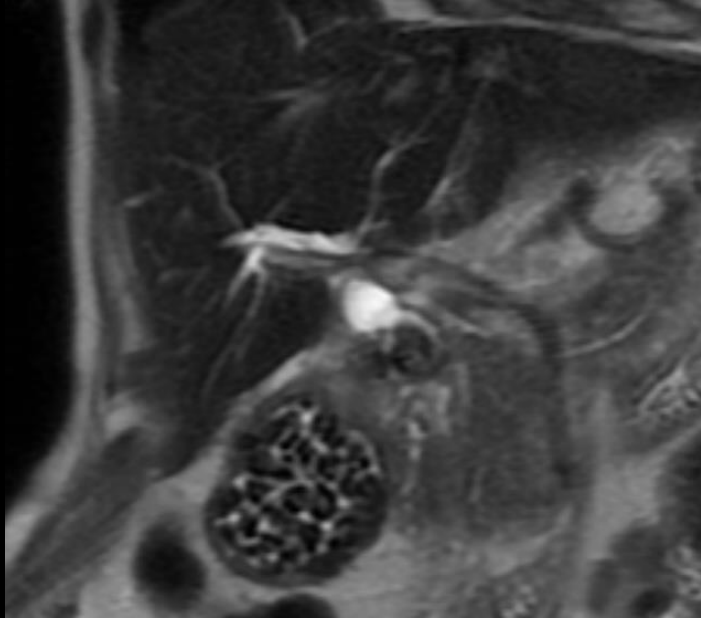


CPRE en urgence :

Calcul du bas cholédoque et rétrécissement
d'origine extrinsèque sur 2 cm correspondant à
l'empreinte vésiculaire



Syndrome de Mirizzi



**EMPIERREMENT DU CYSTIQUE
RESPONSABLE
SYNDROME DE MIRIZZI**

