



## Fistule cholécysto-biliaire dans le cadre de syndrome de Mirizzi

*Cholecysto-biliary fistula in the context of Mirizzi syndrome*

Taoufik Elabbassi<sup>1,2</sup>, Mohamed Ouchane<sup>1</sup>,  
Majd Abdessamad<sup>1</sup>, Mohamed Rachid  
Lefriyekh<sup>1,2</sup>

**Correspondance**

Taoufik Elabbassi

Courriel : [elabbassi.taoufik@gmail.com](mailto:elabbassi.taoufik@gmail.com)

Service de Chirurgie Générale I, Centre hospitalier universitaire Ibn Rochd, Casablanca, Maroc.

Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Hassan II, Casablanca, Maroc

**Summary**

Mirizzi syndrome is a rare etiology of retentional jaundice caused by a compression of the bile duct by an enclaved stone in the gallbladder neck or in the cystic duct. This compression may progress to erosion of the wall of the common hepatic duct and lead to the formation of a cholecystic-biliary fistula. Its preoperative diagnosis is based on imaging and especially cholangio-MRI, but the peroperative discovery of this biliary damage requires appropriate surgical management.

We report the case of a 42-year-old patient, operated for Mirizzi syndrome and whose surgical exploration discovered a large cholecysto-biliary fistula treated by external drainage through a kehr drain and an anterograde cholecystectomy with favourable postoperative follow-up.

**Keywords:** Gallstones, Mirizzi syndrome, Cholestase

Received: July 28<sup>th</sup>, 2020

Accepted: April 24<sup>th</sup>, 2021

1 Service de Chirurgie Générale I, Centre hospitalier universitaire Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

2 Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Hassan II, Casablanca, Maroc

**Résumé**

Le syndrome de Mirizzi est une étiologie rare de l'ictère rétentionnel suite à une compression de la voie biliaire principale par un calcul enclavé dans le collet vésiculaire ou dans le canal cystique, cette compression peut évoluer vers l'érosion de la paroi du canal hépatique commun et provoquer la formation d'une fistule cholécysto-biliaire. Son diagnostic préopératoire repose sur l'imagerie et surtout la cholangio-IRM, mais la découverte per opératoire de ces dégâts biliaires nécessite une prise en charge chirurgicale appropriée.

Nous rapportons le cas d'une patiente de 42 ans, opérée pour un syndrome de Mirizzi et dont l'exploration chirurgicale découvrait une large fistule cholécysto-biliaire traitée par un drainage externe par un drain de kehr et une cholécystectomie antérograde avec suites post opératoires favorables.

**Mots-clés :** lithiase vésiculaire, syndrome de Mirizzi, Cholestase

Reçu le 28 juillet 2020

Accepté le 24 avril 2021

**Introduction**

Le syndrome de Mirizzi est une complication rare de la lithiase vésiculaire chronique qui se manifeste par un ictère choléstatique suite à une compression de la voie biliaire principale par un calcul enclavé dans le collet vésiculaire ou dans le canal cystique (1), pouvant entraîner une angiocholite récidivante. Son incidence est de 0.7% à 1.4% chez les malades opérés pour vésicule lithiasique (2), il peut être associé à une fistule cholécysto-biliaire secondaire à une érosion de la voie biliaire principale par le calcul enclavé (3),

Nous rapportons le cas d'une patiente présentant un syndrome de Mirizzi avec une large érosion du canal hépatique commun découverte en per opératoire, traitée par un drainage externe.

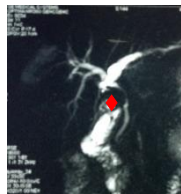
**Observation clinique**

Il s'agit d'une patiente âgée de 42 ans sans antécédent pathologique particulier qui présentait depuis 6 mois un syndrome de choléstatose clinique fait d'ictère cutanéomuqueux généralisé, urine foncée et selles décolorées associé à un prurit généralisé sans hémorragie digestive extériorisée évoluant dans un contexte d'apyrexie et de conservation de l'état générale.

L'examen clinique trouvait une patiente consciente, ictérique avec présence des lésions de grattage au niveau de son abdomen et ses membres, une sensibilité au niveau de l'hypochondre droit, sans hépatomégalie ou splénomégalie, sans masse abdominale palpable. Les touchers pelviens étaient sans particularité. Le bilan hépatique était perturbé avec une hyperbilirubinémie totale à 79 mg/l, bilirubine conjuguée à 52 mg/l, GGT à 254 UI/l, phosphatase alcaline à 446 UI/l. Son hémoglobine à 12 mg/ dl, les globules blancs à 9000/mm<sup>3</sup>.

Une échographie abdominale montrait une lithiase vésiculaire de 2,5 cm de grand axe enclavée au niveau de l'infundibulum avec dilatation des voies biliaires intra et extra hépatiques.

La bili-IRM objectivait une vésicule biliaire multi lithiasique avec une grosse lithiase comprimant la convergence biliaire responsable d'une dilatation des voies biliaires en amont (figure 1).



**Figure 1.** Une séquence biliaire de l'IRM montrant une grosse lithiase vésiculaire comprimant la voie biliaire principale

♦ Calcul de l'infundibulum vésiculaire enclavé

La patiente fut opérée par voie sous costale droite, l'exploration chirurgicale trouvait une vésicule biliaire lithiasique avec un gros calcul érodant le canal hépatique commun. Une cholécystectomie antérograde avec drainage de la voie biliaire principale par un drain de Kehr était réalisée. Une cholangiographie de contrôle montrait à dix jours postopératoires la vacuité de la voie biliaire (figure 2) et le drain était retiré après un mois.



**Figure 2.** Opacification des voies biliaires à travers le drain de Kehr

## Discussion

Le syndrome de Mirizzi est dû à un rétrécissement de la voie biliaire principale d'origine extrinsèque et représente une étiologie rare d'ictère rétionnel et/ou d'angiocholite (3), décrit la première fois par pablo luis Mirizzi en 1948 (4). Les facteurs physiopathologiques qui favorisent sa survenue sont l'inflammation aiguë ou chronique secondaire causées par l'enclavement d'un seul gros calcul biliaire ou de plusieurs petits calculs dans l'infundibulum de la vésicule biliaire et le canal cystique, un long canal cystique parallèle au canal biliaire ou bien une faible insertion de ce canal dans la voie biliaire (5-6). La proximité étroite de la paroi vésiculaire avec le canal cholédoque pourrait éventuellement conduire à la fusion de leurs parois favorisée par l'inflammation, si ce processus inflammatoire se poursuit les calculs biliaires provoqueront une nécrose, et éroderont le canal cholédoque à l'origine d'une fistule cholécysto-biliaire (7).

La moyenne d'âge varie entre 50 à 70 ans avec une prédominance féminine (7), la présentation clinique la plus courante est l'ictère rétionnel d'origine obstructif, accompagnée de douleurs abdominales au niveau de l'hypochondre droit, dans le cadre d'une cholécystite aiguë, d'une cholangite aiguë ou d'une pancréatite aiguë (8-12).

Mc Sherry en 1982 a proposé deux variantes du syndrome, Type I qui correspond à une simple compression externe du canal hépatique commun et type II associé à une fistule cholécysto- cholédocienne (8). En 1989 Csendes l'a reclassé dans quatre types ; type I est une compression sans fistule, Type II au Type IV avec présence de fistule et selon le degré de l'érosion du canal ainsi Type II, III et IV, l'érosion de 1/3, de 2/3 et de plus de 2/3 du diamètre du canal hépatique commun respectivement (9).

L'échographie hépatobiliaire montre le plus souvent une vésicule biliaire lithiasique avec une lithiase enclavée dans le cystique ou au niveau de l'infundibulum (3). Le canal hépatique serait dilaté dans ses parties extra et intra-hépatiques

au-dessus du niveau du site d'obstruction, et le canal cholédoque commun serait de taille normale en dessous du niveau d'obstruction, sa sensibilité varie entre 8.3 à 27% (7). La TDM permet de mesurer l'épaisseur de la paroi de la vésicule biliaire et chercher la dilatation des voies biliaires, cependant, la présence d'une inflammation de la vésicule biliaire peut être interprétée à tort comme un cancer de la vésicule biliaire (6). La cholangio-IRM est utile pour démontrer la compression extrinsèque du canal biliaire et détecter une éventuelle fistule, et d'écarter d'autres causes d'obstruction des voies biliaires (12).

La cholangio-pancréato-graphie rétrograde endoscopique (CPRE) confirme la présence du syndrome de Mirizzi avec ou sans fistule cholécysto-biliaire, et permet de récupérer des calculs cholédociens, et de poser des stents si besoin (13).

Le traitement est chirurgical, une cholangiographie per-opératoire réalisée au début de l'acte opératoire confirme le diagnostic et contribue à la délimitation de l'anatomie biliaire. Un abord antérograde de la VB est la recommandation uniforme. Dans le cas de Mirizzi type I, la réalisation d'une cholécystectomie partielle seule est suffisante (14). Cependant, pour les formes compliquées de fistules biliaires, on a recours à différentes techniques chirurgicales selon le degré de la nécrose biliaire, soit par une simple fermeture de la fistule par suture, ou une cholédochoplastie, ou bien un drainage de la voie biliaire par un drain transcystique ou un drain de kehr (3), cependant si la fistule est très large on peut opter pour une anastomose entéro-biliaire (15).

## Conclusion

La difficulté du syndrome de Mirizzi est due au défi qu'il représente et à l'imprévisibilité de sa présentation compliquant une chirurgie supposée simple. Une connaissance idéale préopératoire des dégâts biliaires qui peuvent être rencontrés en per opératoire, permet d'effectuer un acte chirurgical précis et prudent et d'appliquer un

procédé thérapeutique le plus adéquat pour chaque forme.

#### **Déclaration d'intérêts**

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article. Selon la norme internationale ou la norme universitaire, le consentement du patient a été recueilli et conservé par les auteurs.

#### **Contribution des auteurs**

Tous les auteurs ont contribué équitablement à la conduite de ce travail. Ils déclarent également avoir lu et approuvé la version finale du manuscrit.

#### **Références**

1. Bellamlih H, Bouimetarhan L, En-Nouali H, Amil T, Chouaib N, Jidane S *et al.* Le syndrome de Mirizzi : une cause rare de l'obstruction des voies biliaires : à propos d'un cas et revue de littérature. *Pan Afr Med J* 2017; **27**: 45.
2. Solis-Caxaj CA, Ramanah R, Miguet M, Traverse G, Koch S. Syndrome de Mirizzi type II associé à une érosion de l'antra gastrique : une présentation atypique. *Gastroentérologie clinique et biologique* 2007; **31** (11): 1020-1023.
3. Daali M, Bennani-Lahmam R, Hajji A. Le syndrome de Mirizzi cause rare d'ictère retentionnel ou d'angiocholite-à propos de trois cas. *Med Maghreb* 1996; **59**: 29-30.
4. Mirizzi PL. Síndrome del conducto hepático. *J Int Chir* 1948; **8**: 731-777.
5. Beltran Marcelo A, Csendes Attila. Mirizzi syndrome and gallstone ileus: an unusual presentation of gallstone disease. *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 2005; **9** (5): 686-689.
6. Pemberton M, Wells AD. The Mirizzi syndrome. *Postgraduate medical journal* 1997; **73** (862): 487-490.
7. Beltrán, Marcelo A. Mirizzi syndrome: history, current knowledge and proposal of a simplified classification. *World journal of gastroenterology WJG* 2012; **18** (34): 4639.
8. Mcsherry, ChK. The Mirizzi syndrome: suggested classification and surgical therapy. *Surg Gastroenterol* 1982; **1**: 219-225.
9. Csendes A., Diaz JC, Burdiles P, Maluenda F, Nava O. Mirizzi syndrome and cholecystobiliary fistula: a unifying classification. *British Journal of Surgery* 1989; **76** (11): 1139-1143.
10. Abou-Saif, Alaa, Al-Kawas, Firas H. Complications of gallstone disease: Mirizzi syndrome, cholecystocholedochal fistula, and gallstone ileus. *The American journal of gastroenterology*, 2002; **97** (2): 249-254.
11. Dorrance, Helen R., Lingam, M. Krishna, HAIR, Alan, *et al.* Acquired abnormalities of the biliary tract from chronic gallstone disease. *Journal of the American College of Surgeons*, 1999; **189** (3): 269-273.

12. Lai, Eric CH, Lau, Wan Yee. Mirizzi syndrome: history, present and future development. *ANZ journal of surgery* 2006; **76** (4): 251-257.
13. Gomez D, Rahman SH, Toogood GJ, Prasad KR, Lodge JPA, Guillou PJ *et al.* Mirizzi's syndrome—results from a large western experience. *HPB* 2006; **8** (6): 474-479.
14. Waisberg J, Corona A, Walker de Abreu, Francisco de Matos JF, Lupinacci RA, Goffi FS, *et al.* Benign obstruction of the common hepatic duct (Mirizzi syndrome): diagnosis and operative management. *Arquivos de gastroenterologia*, 2005; **42** (1): 13-18.
15. Ibrarullah MD, Mishra, Tapas, et Das, AP. Mirizzi syndrome. *Indian Journal of Surgery* 2008; **70** (6): 281-287.

Voici comment citer cet article : Elabbassi T, Ouchane M, Abdessamad M, Lefriyekh MR. Fistule cholécystobilaire dans le cadre de syndrome de Mirizzi. *Ann Afr Med* 2021 ; **14** (3) : e4283-e4286.