

Deuxième vague de questions Dr Massalou

- **Vous avez dit en cours que la convergence ilio-cave était plus haute que la bifurcation aorto-iliaque.**

Nous leur avons dit que c'était plutôt l'inverse et qu'ils pouvaient retenir que :

- La bifurcation de l'aorte abdominale en artères iliaques communes se projetait au niveau du disque L4/L5
- La convergence des veines iliaques communes se projetait au niveau de la vertèbre L5

Confirmez-vous cette version ?

Réponse : Oui la convergence ilio-cave est plus basse que la bifurcation aortique, les rapports étant respectivement L5 puis L4-L5.

- **Peut-on dire que la voie biliaire principale = canal cholédoque + conduit hépatique commun ?**

Dans les schémas que nous apprenons en P1 il est souvent inscrit que la voie biliaire principale est la réunion des conduits hépatiques droit et gauche et qu'après la convergence avec le canal cystique on parle de canal cholédoque.

Mais à plusieurs reprises en stage nous avons pu entendre que la voie biliaire principale s'abouchait dans le deuxième duodénum etc...

Que doit on répondre à des items du genre :

"Une pancréatite aiguë peut être due à une lithiase bloquée dans la voie biliaire principale au niveau de l'ampoule de Vater"

"Une tumeur de la tête du pancréas peut créer un ictère par compression de la voie biliaire principale"

Nous pensons que ce genre d'item devraient être considérés comme vrais, confirmez-vous ?

Réponse :

La voie biliaire principale est constituée des canaux (conduits) hépatiques droit et gauche qui se réunissent pour former le canal hépatique commun (convergence biliaire supérieure) qui se joint au canal cystique pour former le canal cholédoque (convergence biliaire inférieure), qui va aboucher au duodénum au niveau de l'ampoule de Vater par le biais du sphincter d'Oddi.

La voie biliaire accessoire est constituée de la vésicule biliaire et du canal cystique.

Donc oui à vos questions à considérer comme vraies.