



SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE PARIS

45 rue des Saints-Pères 75270 PARIS CEDEX 06

Séance du vendredi 25 novembre 2005

A 17 heures

Salle de conférence Lavoisier, 3^{ème} étage

Les communications sont de 10 minutes

suivies de 10 minutes de discussion

1-Gladys GUILLOTEAU, Antoine HAMEL, Olivier HAMEL
Roger ROBERT, Jean-Michel ROGEZ, Stéphane LAGIER
Yvan BLIN, Benoit DUPAS, Joël LEBORGNE
Laboratoire d'Anatomie de la Faculté de Médecine de Nantes

La lame rétroportale droite

Objectifs : description de la lame rétroportale droite (situation, rapports, composantes), et intérêt en chirurgie carcinologique à visée curatrice.

Matériel et méthodes : Les dissections ont porté sur 3 sujets. Après prélèvement des viscères, l'estomac est sélectionné au niveau du pylore, puis rabattu vers le haut pour dégager la région à étudier. Le pancréas est sectionné au niveau de l'isthme, la veine mésentérique supérieure est isolée sur lac laissant apparaître la lame rétroportale droite insérée sur l'artère mésentérique supérieure. La dissection porte également sur la région coeliaque et plus particulièrement sur le ganglion semi-lunaire droit. L'injection des éléments vasculaires, artériels et veineux facilite leur repérage au sein de la lame.

Résultats : la lame rétroportale droite est une formation conjonctive dense constituée de tissu adipeux, d'éléments vasculaires (artères duodéno-pancréatiques inférieures, artère hépatique droite, veine duodéno-pancréatiques inférieures), nerveux (lames unco lunaire-mésentérique) et lymphatiques. Elle est limitée latéralement par l'uncus pancréatique, médialement par l'artère mésentérique supérieure, en haut par le ganglion coeliaque droit, en bas par le troisième duodénum, en avant par l'isthme, en arrière par l'aorte abdominale et la région coeliaque. Les éléments nerveux ont une disposition particulière en double éventail unco-lunaire et unco-mésentérique

Discussion : la situation anatomique de la lame, en continuité de l'uncus, l'expose aux processus pathologiques, inflammatoires et tumoraux du pancréas. Elle est ainsi impliquée dans la douleur des pancréatiques chroniques ou dans l'envahissement loco-régional des cancers de la tête du pancréas. La lame rétroportale droite peut être identifiée sur le scanner multi-barrettes lors du bilan de résectabilité d'un carcinome pancréatique. Sa résection complète, nécessaire pour une exérèse de type RO, implique sa désinsertion de l'axe artériel mésentérique supérieur, facilitée par l'abord premier de l'artère.

Mots clés : *lame rétroportale droite, artère mésentérique supérieure, unco-lunaire*

unco-mésentérique, artère duodéno-pancréatique inférieure, veine duodéno-pancréatique postéro-supérieure

2-Christophe GAUDIN, Antoine HAMEL, Olivier HAMEL, Roger ROBERT
Jean-Michel ROGEZ, Stéphane LAGIER, Yvan BLIN, Joël LEBORGNE
Laboratoire d'anatomie de la faculté de médecine de Nantes

Les nerfs cluniaux inférieurs

But Description des nerfs cluniaux inférieurs et de leur territoire sensitif. Vérifier leur responsabilité dans des douleurs péri-anales, glutéales et périanales de type névralgiques et décrire une zone d'accessibilité à visée thérapeutique.

Matériel et méthodes. Les dissections ont porté sur un sujet formolé. Le bassin a été extrait avec les cuisses. Les deux fesses ont été disséquées. Une incision postéro-latérale de la fesse et de la cuisse a été réalisée afin de passer sous le muscle glutéus maximus pour atteindre le nerf fémoro cutané postérieur et les nerfs cluniaux inférieurs qui en naissent. Ces derniers ont été disséqués jusqu'à leur terminaisons cutanées.

Résultats : les nerfs cluniaux inférieurs naissent du nerf fémoro cutané postérieur, longent le bord inférieur du muscle glutéus maximus et le bord latéral des muscles ischio-jambiers pour remonter en sous cutané et innervent les téguments de la moitié inférieure de la fesse et de la région péri-anales. Les rameaux périméaux issus d'une branche commune aux nerfs cluniaux inférieurs innervent les téguments des grandes lèvres.

Discussion : les nerfs cluniaux inférieurs sont responsables de névralgies diagnostiquées à tort comme des pudendalgies. Ils sont accessibles lors de leur passage au niveau du bord inférieur du muscle glutéus maximus et du bord latéral des muscles ischio-jambiers. Des infiltrations électives sont déjà utilisées avec succès. Un traitement chirurgical peut être envisagé au vu de ces résultats préliminaires.

Mots clés : *nerfs cluniaux inférieurs, pudendalgie, nerf fémoro cutané postérieur, rameaux périméaux*

3-Claude MESCHI, Claude GILLOT
Laboratoire d'Anatomie, Université René Descartes -Paris V

Etude du retour veineux du membre inférieur (MI) par les pompes musculaires **Dynamic of the venous return by the muscular pumps in the leg**

But : Il existe de nombreux travaux de recherche, anatomiques ou fonctionnels, qui ont pour objet d'étudier le retour veineux par pompe musculaire sur un segment du membre inférieur. Ces travaux portent essentiellement sur le pied et la jambe. Dans ce travail l'objectif est de déterminer quels sont les éléments anatomiques constituant les pompes musculaires pour chacun des segments du membre inférieur, y compris la cuisse. Puis une interprétation fonctionnelle globale pour le retour du sang veineux du membre inférieur par les fonctions de pompes musculaires est proposée.

Méthode : Une recherche bibliographique menée à la bibliothèque du laboratoire d'anatomie de l'université de Paris V et sur internet. Les seules références bibliographiques trouvées concernaient les segments du pied et de la jambe. Pour le segment fémoral, il a fallu se baser sur les livres d'anatomie. A partir de ces différentes sources anatomiques et de résultats de travaux d'ordre plus physiologique, une interprétation fonctionnelle a été déduite.

Résultats : les caractéristiques générales d'une pompe musculaire ont été définies. Le réseau veineux est étudié pour chaque segment du membre inférieur de façon à y identifier les différents types de pompes musculaires. Pour le pied et la jambe, le fonctionnement de ces pompes est décrit selon la littérature anatomique et physiologique. Pour la cuisse, aucune référence anatomique n'ayant été trouvée, la fonctionnalité a été déduite de l'anatomie. La synthèse permet de proposer de proposer une modélisation fonctionnelle pour le retour veineux du membre inférieur pendant la marche.

Commentaires : une origine possible de la pathologie variqueuse est abordée sous l'angle de l'inadéquation entre l'anatomie, issue d'une évolution et d'une adaptation ancestrale, et le mode de vie de l'homme moderne.

Mots clés : *membre inférieur, veine, pompes musculaires, retour veineux*

4-Marie ROUSSET(1), Olivier AMI(2), Vincent DELMAS(2)
1)MSBM

2) Unité d'Anatomie virtuelle, Université René Descartes- Paris V

Biométrie et morphologie fœtale par reconstruction 3D vectorielle **3D vectorial reconstruction for fetal biometry and morphology**

But : obtenir au cours d'un seul et même examen non invasif et non irradiant, la morphologie et le volume réel du fœtus in vivo pour améliorer la précision de l'estimation de poids fœtal

Matériel et méthodes : 4 parturientes entre 33 et 38 semaines d'aménorrhée ont bénéficié d'une pelvi-IRM au cours de laquelle une imagerie rapide du fœtus en T2 HASTE a pu être réalisée. Le traitement des coupes obtenues a été réalisé par contourage manuel avec le logiciel Surfdriver pour permettre la modélisation 3D vectorielle. Un maillage en fil de fer moulant la surface du fœtus a donc pu être obtenu, et a permis de réaliser un calcul volumique direct grâce au logiciel 3D Studio Max. Une masse volumique de 1 g/cm³ a été utilisée pour l'estimation de poids moyenne. Les données estimées par IRM ont été comparées avec celles estimées par échographie.

Résultats : la méthode indirecte d'estimation de poids fœtal par échographie a montré une erreur de mesure moyenne du poids à 12,42 %. En méthode IRM avec estimation volumique directe, l'erreur d'estimation n'était plus que de 0,24% ; soit un accroissement de la précision de plus de 95%

Conclusion : l'estimation du poids fœtal par IRM est possible avec la reconstruction 3D vectorielle. Sa précision est de loin très supérieure à celle de l'échographie

Mots clés : *morphologie IRM, fœtal, modélisation*

5-Philippe LUCAS, Claude GILLOT
Laboratoire d'Anatomie, Université René Descartes-Paris V

L'artère d'Adamkiewicz **The Adamkiewicz artery**

Objectifs : Jusqu'à une époque récente, les séquelles neurologiques de la chirurgie des anévrysmes de l'aorte thoracique et thoraco-abdominale étaient classiquement expliqués par une interruption du flux hématique dans une artère radiculo-médullaire : l'artère d'Adamkiewicz. Il s'agit ici de repréciser l'anatomie de cette artère en comparant les données aux descriptions classiques.

Matériel et méthodes : ce travail est issu d'une recherche bibliographique menée à la Bibliothèque inter-universitaire de Médecine, à la bibliothèque d'Anatomie des Saints Pères ainsi qu'à l'aide de bases de données, telles que Pubmed et Medline. Les ouvrages et publications consultés s'échelonnent de 1834 à 2005. En outre, ce travail comprend une méta analyse portant sur 1132 cas.

Résultats : Le niveau d'origine de l'artère d'Adamkiewicz se situe très majoritairement entre T9 et L2. Elle naît 3 fois sur 4 du côté gauche et son calibre moyen à l'entrée dans la dure-mère est de 0,7 mm environ. Toutefois, selon les différentes études, les écarts par rapport à ces valeurs moyennes se révèlent importants.

Conclusion : l'anatomie de l'artère d'Adamkiewicz décrite classiquement est confirmée . En revanche, son rôle physiopathologique est aujourd'hui minimisé par certains auteurs. Plus de 120 ans après sa mise en évidence, l'artéria radicularis anterior magna d'Adamkiewicz est encore au centre des débats.

Mots clés : *Adamkiewicz, artère du renflement lombaire, artère radiculo-médullaire, vascularisation médullaire*

Les artères du pied

The arteries of the foot

Les auteurs proposent une conception de la vascularisation artérielle du pied, conforme aux réalités cliniques (siège des escarres) et aux investigations (artériographie-echodoppler).

Ils distinguent : une voie principale, l'arcade dorsoplantaire. Elle unit par la perforante du premier espace intermétatarsien l'artère dorsale du tarse (tibiale antérieure) et l'artère plantaire latérale (tibiale postérieure). Elle seule vascularise les orteils ; et une voie complémentaire , l'artère fibulaire, bifurquée en branche pré-malléolaire et branches rétro-malléolaire anastomosée avec l'arcade. Elle assure essentiellement la trophicité du versant latéral du talon (escarres de décubitus)

Par ailleurs, on peut individualiser une zone d'instabilité ou d'incertitude située à la limite inférieure de la jambe.

Elle concentre les variations principales des artères du pied ; en particulier l'agénésie terminale de l'artère tibiale antérieure ou de l'artère tibiale postérieure, supplées par l'artère fibulaire.

Dans la mesure où l'arcade dorso-plantaire est suffisamment perméable, un seul pilier jambier, tibial ou fibulaire assure une fonction normale ; en cas d'oblitération simultanée des artères tibiales antérieure et postérieure, l'artère fibulaire peut préserver la trophicité du pied ; mais, semble-t-il, elle ne suffit pas à éviter la claudication plantaire à la marche.

Mots clés : *arcade dorsoplantaire, variation artérielle, artériographie du pied*

**PROCHAINE SEANCE
VENDREDI 27 JANVIER 2006**

AGENDA ANATOMIQUE

La Société Anatomique réunit ses séances le 4 ième vendredi des mois universitaires

Vendredi 27 Janvier 2006

Société Anatomique

Vendredi 3 et Samedi 4 Février 2006

***Collège des Professeurs
d'Anatomie Saint Quentin en
Yvelines***

Vendredi 24 Février 2006

Société Anatomique

Vendredi 24 Mars 2006

Société Anatomique

Jeudi 11 et Vendredi 12 Mai 2006

**88 ème Congrès de l'Association
des Morphologistes , Nantes**

Vendredi 23 Juin 2006

Société Anatomique

**Pour la Société Anatomique, écrire ou envoyer vos résumés par courriel
à Madame Annick HAMOU
Institut d'Anatomie, 45 rue des Saints-Pères 75006 PARIS
Tel : 01-42-86-40-28 fax : 01-42-86-33-33
Email : Annick.Hamou@univ-paris5.fr**

