



SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE PARIS

45 rue des Saints-Pères 75270 PARIS CEDEX 06

Séance du vendredi 28 octobre 2005

A 17 heures

Salle de conférence du musée Orfila, 8ième étage
Les communications sont de 10 minutes
suivies de 10 minutes de discussion

1-Jean-Baptiste OLIVIER

Institut Paoli-Calmettes, Marseille

Anatomie fonctionnelle du drainage lymphatique du sein : apport de la technique du lymphoeud sentinelle

But : faire une mise au point sur les données récentes de la littérature concernant l'anatomie fonctionnelle du drainage lymphatique mammaire, observée au cours des interventions de prélèvement du lymphoeud sentinelle. Comparer l'anatomie descriptive au regard de ces nouveaux résultats.

Matériel et méthodes : la population de notre étude anatomique descriptive est composée de cinq patientes. Toutes les patientes ont subi une mastectomie radicale au cours de laquelle, une injection de 2 ml de bleu patenté, réalisée au niveau péri-aréolaire a permis d'observer les vaisseaux lymphatiques glandulaires. Les recherches bibliographiques ont été menées sur le site internet de la National Library of Medicine ainsi que sur le site internet de la bibliothèque d'anatomie des Saints-Pères. (Paris)

Résultats : l'anatomie lymphatique du sein a été décrite depuis plus d'un siècle à partir de travaux menés sur des sujets anatomiques. Des travaux récents, réalisés au cours d'une intervention de prélèvement de lymphoeud sentinelle ont enrichi ces données descriptives de nouvelles données anatomiques fonctionnelles sur le drainage lymphatique de la glande mammaire. Ainsi, les voies de drainage lymphatique superficiel (déjà écrit par Sappey in Traité d'Anatomie, physiologie et pathologie des vaisseaux lymphatiques, considéré chez l'homme et le vertébré, Paris, 1874) drainait le parenchyme glandulaire profond jusque dans le lymphocentre mammaire interne et externe. Les résultats de notre étude sur sujets vivants ont corroboré les données descriptives et fonctionnelles connues.

Conclusion : grâce à la technique du lymphoeud sentinelle, l'anatomie descriptive décrite depuis 1885, s'enrichit de nouvelles données fonctionnelles qui permettent d'une part de mieux comprendre l'anatomie descriptive et d'autre part d'appréhender le risque métastatique lymphonodale dans le cancer du sein. Ces données récentes sont d'un intérêt réel, tant anatomique que thérapeutique, et constituent un axe de recherche intéressant.

2-Xavier DEMONDION (1)(2), Anne COTTEN (2), Jean-Paul FRANCKE (1)

1)Laboratoire d'Anatomie, Faculté de Médecine, Lille

2)Centre Hospitalier et de recherche Universitaire-Service de radiologie ostéo-articulaire, Lille

Anatomie en coupes de la traversée cervico-thoraco-brachiale

But : Les objectifs de cette étude étaient de décrire l'anatomie normale en IRM, en TDM et en échographie de la traversée cervico-thoraco-brachiale, bras le long du corps et bras en élévation à 130 degrés.

Matériel et méthodes : Trois sujets anatomiques ont été explorés en IRM selon des plans de coupes sagittales en pondération T1 au niveau de leur traversée cervico-thoraco-brachiale droite et gauche. 2 sujets ont été explorés bras le long du corps et un sujet bras en élévation à 130°. Les sujets anatomiques ont ensuite été coupés après congélation selon les mêmes plans de coupes que ceux réalisés en IRM. Les traversées cervico-thoraco-brachiales de 10 volontaires (5 hommes et 5 femmes) ont été étudiés en IRM, TDM et échographie bras le long du corps et bras en élévation. Pour corrélation anatomique 3 traversées cervico-brachiales de sujets anatomiques ont été coupées dans le plan sagittal après congélation (2 traversées, bras le long du corps et une, bras en élévation). Des corrélations indirectes entre les coupes d'imageries obtenues chez des volontaires et les coupes anatomiques

Résultats : Les différents compartiments de la traversée cervico-thoraco-brachiale (triangle interscalénique, pince costo-claviculaire et tunnel sous-pectoral) ainsi que leur contenu ont pu être identifiés à la fois sur les coupes anatomiques et sur les coupes IRM. Les comparaisons des coupes réalisées bras le long du corps et bras en élévation ont montré qu'il existait de façon qualitative une fermeture de la pince costo-claviculaire et du tunnel sub-pectoral. Il n'a pas été observé de modification du triangle interscalénique.

Conclusion : l'imagerie de coupe permet d'analyser les différents compartiments de la traversée cervico-thoraco-brachiale ainsi que leurs modifications dynamiques.

3-Xavier DEMONDION (1)(2), François ISTASSE (1), Christian FONTAINE(1)
Anne COTTEN(2), Jean-Paul FRANCKE (1)

1)Laboratoire d'Anatomie, Faculté de Médecine, Lille

2)Centre hospitalier et de recherche universitaire-Service de radiologie Ostéo-articulaire, Lille

Le rameau cutané palmaire du nerf médian : distribution à propos de 10 dissections et corrélations radio-anatomiques

But : Objectiver en IRM et en échographie le trajet du rameau cutané palmaire du nerf médian.

Matériel et méthodes : Dissection de 10 avant-bras et poignets (5 droites, 5 gauches) pour étudier le trajet du rameau cutané palmaire et d'éventuelles variations. Afin de réaliser des corrélations entre des coupes IRM échographiques et anatomiques, 5 poignets ont été étudiés en IRM. Deux pièces anatomiques ont été étudiées en échographie haute fréquence. Trois pièces anatomiques ont été coupées dans le plan transversal après congélation et deux ont été disséqués. Les coupes anatomiques obtenues ainsi que le résultat des dissections ont été corrélées aux coupes d'imagerie.

Résultat : Une branche du rameau cutané croisant l'axe d'incision de chirurgie conventionnelle a été retrouvée sur 2 dissections. Le rameau cutané palmaire du nerf médian est identifiable en IRM jusqu'en regard du rétinaculum des fléchisseurs. Sur son trajet des repères anatomiques notables ont pu être individualisés

Conclusion : l'analyse de la position du rameau cutané du nerf médian est possible en IRM et en échographie. Cette analyse pourrait permettre une amélioration dans la planification du traitement chirurgical des syndromes du canal carpien.

4-André SULTAN (1), François –André FURIA(2)

1)oto-neuro chirurgien, Paris

2)oto-neuro chirurgien, Paris

Voies transpétreuses d'abord du conduit auditif interne

But : démontrer que les voies d'abord transpétreuses ont révolutionné la chirurgie de l'angle ponto-cérébelleux. Pratiquée jusqu'en 1970 par les neuro-chirurgiens par voie occipitale, cette chirurgie était grevée d'une mortalité de 20 à 25 % et d'une morbidité atteignant 90% (paralysie du nerf facial). Il s'agit d'une chirurgie bien codifiée où toute erreur, si minime soit-elle risque d'entraîner les pires catastrophes.

Matériel et méthodes : sur plus de 1100 dissections chirurgicales de rochers et cours donnés à travers 12 pays du monde. Nous avons observé les variations anatomiques observées sur les différentes voies d'abord que nous pouvons résumer comme suit : « enlever le dur et préserver le mou »

Résultats : Voie translabyrinthique (film). C'est la voie qui réussit à donner l'accès le plus large possible à l'angle ponto-cérébelleux pour voir en plus du paquet acoustico-facial, les nerfs mixtes et le trijumeau. Il faut, après avoir « rasé » la troisième portion du nerf facial, passer derrière le sinus latéral pour avoir la possibilité d'abaisser celui-ci après confection d'un filot permettant l'abaissement maximal du sinus latéral.

-Voie suspétreuse : nous la réservons aux très petits neurinomes, intra-cochléaires et aux patients de moins de 55 ans (la compression du lobe temporal n'étant pas toujours bien acceptée)

-Voie transcochléaire : la voie trans-labyrinthique est agrandie et en avant, pour ouvrir l'angle ponto-cérébelleux au maximum, supprimant le nerf cochléaire et « rasant » la carotide interne en avant, et le golfe de la jugulaire en bas, très large elle permet d'enlever les énormes tumeurs cholestéatomateuses ou méningiomateuses. C'est une voie d'abord lourde à réserver aux grosses tumeurs.

Commentaires : la connaissance de ces voies et la collaboration si nécessaire des neuro-chirurgiens permet une chirurgie sécurisée.

Discussion : de très nombreuses dissections sous aspirations /irrigations sous microscope focal 300 sont nécessaires et indispensable pour opérer sans danger le patient, et sans procès pour le chirurgien.

Conclusion : Ces voies ont permis de faire chuter de manière très sensible la mortalité et la morbidité en rapport avec les tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux, d'où l'intérêt des cours de dissection.

5-Marc RIQUET (2), Genevieve HIDDEN (1) , Jahal ASSOUD(2)
Christophe FOUCAULT(2), Vincent DELMAS (1)

1) Anatomie, Université de Paris

2)Hôpital Européen Georges Pompidou-Service de chirurgie thoracique, Paris

Drainages lymphatiques intrathoraciques des reins

But : Les études du drainage lymphatique des reins ont surtout précisé les lymphoneuds (LN) et les lymphocentres concernés. Des travaux anciens ont signalé des vaisseaux lymphatiques (VL) se rendant au conduit thoracique (CT). Notre propos a été de préciser ces drainages intrathoraciques.

Matériel et méthode : l'étude a concerné 16 sujets frais (âge moyen de 85,9 ans et délai moyen après le décès de 9,5 jours). Après incision sterno pubienne et ablation du cœur, du foie, de l'estomac, de la rate et de l'intestin (de la première anse jéjunale au sigmoïde) le sujet a été réchauffé. Les 2 reins ont été injectés au niveau de leur face antérieure par une masse de Gérotax modifiée. Les VL et les LN ainsi révélés ont été disséqués de la superficie vers la profondeur jusqu'à ont été disséqués de la superficie vers la profondeur jusqu'à leur terminaison ; 26 reins ont été injectés avec succès (3 gauches –3 droits et 10 à la fois du côté droit et gauche).

Résultats : 1) rein droit (n=13). Des VL superficiels précaves étaient présents chez 6 sujets, avec injection de LN latéro aortiques droits (n=4) et de LN préaortiques de la bifurcation aortique, contrelatéraux sous l'artère rénale gauche(n=2). Des VL se rendant au CT et participant à son origine étaient constamment retrouvés associés à des LN dans 8 cas mais sans LN dans 5 cas. Quatre fois des VL passaient sous les insertions du pilier droit du diaphragme.

2) rein gauche (n=13). Des VL situés dans le plan de la veine rénale gauche et se rendant à des LN latéro-aortiques gauches étaient présents chez 8 sujets. Une fois était injectés un LN à l'origine de l'artère iliaque primitive gauche. Des VL situés dans le plan de l'artère rénale gauche étaient présents chez 9 sujets. Ils se rendaient au CT, dans tous les cas. Sur 12 vaisseaux observés, 4 ne comportaient pas de LN et 3 passaient sous les insertions du pilier gauche.

3) autres caractéristiques. Des VL se rendant à des LN situés au niveau de l'artère mésentérique supérieure étaient présents 5 fois (1 droit et 4 gauches), un CT gauche existait

2 fois et un VL d'origine pulmonaire droit rejoignant le CT au niveau de la bifurcation trachéale était mis en évidence 1 fois

Conclusion : le drainage lymphatique des reins rejoint des LN périaortiques parfois distants des reins eux-mêmes (bifurcation aortique lymphocentre mésentérique), voir controlatéraux. Les drainages vers le CT sont constants et souvent directs. Ces constatations expliquent certains aspects de l'extension intrathoracique du cancer du rein

6-Philippe SEBE(1)(2), François HAAB(2), Olivier CUSSENOT(2)
Philippe THIBAUT(2), Bernard GATTEGNO(2)
Jean-Paul DAMSIN(1), Helga FRITSCH (3)

1)Laboratoire d'Anatomie, Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie, Paris

2)Hôpital Tenon-Service d'urologie, Paris

3)Institut d'anatomie d'embryologie et d'histologie, Université d'Innsbruck, Autriche

Embryologie du sphincter de l'urètre

But : la morphologie de sphincter urétral a longtemps été un sujet controversé. L'embryologie du sphincter urétral peu décrite jusqu'à présent, connaît actuellement un regain d'intérêt, car sa description apporte une meilleure compréhension de l'anatomie du sphincter urétral de l'adulte. Les objectifs de cette étude anatomique et histologique ont été de décrire l'embryologie du sphincter urétral à savoir le développement de ses constituants lisse et strié, la croissance et l'organisation des fibres musculaires autour de l'urètre et les modifications entraînées de l'adulte. Les objectifs de cette étude anatomique et histologique ont été de décrire l'embryologie du sphincter urétral, à savoir le développement de ses constituants lisse et strié, la croissance et l'organisation des fibres musculaires autour de l'urètre et les modifications entraînées par la croissance du vagin ou de la prostate.

Matériel et méthode : 51 fœtus humains ont été utilisés, de 9 semaines de gestation à terme. Les sections histologiques ont été obtenues selon une technique de plastination. Les coupes ont été décrites à l'aide d'un microscope puis ont été numérisées.

Résultats : à 9 semaines de gestation, un sphincter urinaire primitif est situé à la face ventrale de l'urètre. A partir de la 15^{ème} semaine de gestation, les composantes lisse et striées ont été clairement distinguées. La forme de chaque composante est un oméga majuscule, en raison de la présence constante d'un raphé médian dorsal, qui insère le sphincter urétral à la paroi ventrale du vagin chez la femme et au noyau fibreux central du périnée chez l'homme. Le développement latéral et dorsal de la prostate ne modifie pas la croissance ventrale du sphincter mais inhibe son développement latéralement et dorsalement.

Discussion : le rhabdosphincter et le lissosphincter ont pour origine un sphincter urinaire primitif, constitué de myoblastes indifférenciés situés dans la partie ventrale du sinus urogénital. Chaque constituant acquière ensuite une morphologie caractéristique en oméga majuscule due à la présence d'un raphé conjonctif médian dorsal dans lequel s'insèrent les fibres striées et lisses. Dans les deux sexes, le rhabdosphincter est un muscle dominant du pelvis présentant des caractéristiques histologiques et morphologiques différentes des autres muscles striés squelettiques

**PROCHAINE SEANCE
VENDREDI 25 NOVEMBRE 2005**

AGENDA ANATOMIQUE

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

Mercredi 16 Vendredi 18 Novembre 2005

*XIIe colloque de la Société de
Biométrie humaine*

Vendredi 25 Novembre 2005

Société Anatomique

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**

**XIIe colloque de la Société de Biométrie Humaine : «Biométrie et variabilité humaines »
16 au 18 novembre 2005
Paris, Grande Galerie de l'évolution, Muséum d'Histoire Naturelle
Inscriptions et correspondance : Madame Michèle PINEAU, m- pineau11@hotmail.com
Tel : 01.47.07.45.91**

