



SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE PARIS

45 rue des Saints-Pères 75270 PARIS CEDEX 06

Séance du vendredi 24 novembre 2006

A 17 heures

Salle de conférence : amphi. Claude Bernard, 3^{ème} étage

Les communications sont de 10 minutes
suivies de 10 minutes de discussion

1-Cécile MONGIN(1), Fanny DUFOUR (2)

Charles –André CUENOD(3), Richard DOUARD(1), Jean-Marc CHEVALLIER(1)

1)département d'Anatomie, Université René Descartes, Paris5

2)Service de chirurgie digestive, hôpital Jean Verdier, Bondy, AP-HP

3)Service de Radiologie, Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris , AP-HP

Tronc veineux gastro-colique de Henle : intérêt clinique en chirurgie abdominale

Venous gastrocolic trunk : clinical interest in abdominal surgery

Objectifs : la connaissance du tronc veineux de Henle est fondamentale pour tout chirurgien digestif. Le but de cette étude est de regrouper les données de la littérature sur le tronc de Henle, comprendre ses mécanismes lésionnels possibles en chirurgie abdominale, les difficultés de son hémostasie chirurgicale et l'intérêt d'un repérage radiologique préopératoire.

Matériel et méthodes : analyse de la littérature existante sur le sujet par recherche bibliographique. Illustration de ce mémoire par des photographies lors d'une séance de dissection individuelle et des images de TDM abdomino-pelvienne et reconstructions3D.

Résultats : le tronc de Henle est retrouvé chez 83 % des sujets. Son origine est variable. Le plus fréquemment, elle est tripodal, composée de la veine colique supérieure droite, la veine gastro-omental droite et la veine pancréatico-duodénale antéro-supérieure. La seule origine constante est la veine gastro-omental droite. C'est un tronc court et de diamètre important qui risque d'être blessé pendant certaines chirurgies abdominales. Les principaux mécanismes de lésion sont la traction sur le mésocôlon transverse et la dissection de la veine mésentérique supérieure au bord inférieur du pancréas. Son hémostasie doit tenir compte de sa position. L'imagerie pré-opératoire permet une excellente visualisation du tronc veineux et permet de prévoir le risque de lésion per-opératoire.

Conclusion : le tronc de Henle est un tronc veineux formé de l'afférence de veines provenant de l'estomac et/ou du colon, se terminant sur la veine mésentérique supérieure. Il peut être blessé pendant la chirurgie abdominale. L'imagerie pré-opératoire (Scanner et IRM) permet une visualisation de ce tronc. Il reste à démontrer le bénéfice réel de son repérage pré-opératoire et à définir les indications précises de la radiologie en pratique courante.

Mots-clés : veine, tronc gastro-colique de Henle, veine mésentérique supérieure

2-Marie CARBONNEL(1),Geneviève HIDDEN(1)

Richard VILLET(2), Vincent DELMAS (1)

1)Département d'Anatomie , Université René Descartes, Paris5

2)Service de Gynécologie, Hôpital des Diaconesses , Paris

Apport de l'Anatomie fonctionnelle et de la technique du ganglion sentinelle dans le drainage lymphatique du sein

Functional anatomy and sentinel node's contribution in the lymph drainage from the breast

But : revoir les notions classiques d'anatomie des lymphatiques mammaires au vu des techniques d'opacifications réalisées lors de la recherche du ganglion sentinelle

Matériel et méthodes : cette étude a été réalisée à partir de la dissection de pièces anatomiques de 4 sujets frais féminins. Une injection de 2cc de colorant (masse bleu de Gérota) a été pratiquée en périaréolaire sur 4 glandes mammaires et en rétromammaire sur 4 autres. La dissection des voies lymphatiques a été réalisée 24 heures après.

Résultats : Nous avons identifié l'existence du plexus sous aréolaire décrit par Sappey. Nous avons mis en évidence un plexus rétromammaire s'étalant sur la totalité de la face postérieure de la glande ainsi qu'un solide réseau anastomotique entre ces deux structures. Nous avons observé les 3 voies de drainage décrites dans la littérature : la voie de drainage axillaire principale dans la majorité des cas, en particulier vers les lymphonœuds de la chaîne mammaire externe, la voie de drainage lymphatique interne, et la voie de drainage postérieure.

Discussion : l'étude fonctionnelle du drainage lymphatique de la glande mammaire a permis d'abolir la notion de drainage par quadrant. Des études récentes portant sur la technique du ganglion sentinelle évoquent un drainage selon un axe antéro postérieur, pointant les limites d'une technique qui a révolutionné la prise en charge du cancer du sein.

Mots-clés :glande mammaire, lymphatique, lymphonœud sentinelle, anatomie

3-Natacha ROGER(1), Eric SAVIER(2)

Richard DOUARD(1),Jean-Marc CHEVALLIER(1)

1)Département d'Anatomie, Université René Descartes, Paris5

2)Service de chirurgie digestive et hépato-biliaire, Hôpital Pitié-Salpêtrière, AP-HP

Le sillon de Rouvière du foie

Rouvière's Hepatic Sulcus

Objectif : le sillon du processus caudé du foie décrit par Rouvière,*Bull.Mem.Soc. Anat. Paris, 1924, 94, 355-8*], est une incisure de la face inférieure du foie juxta-hilaire droite contenant en particulier le pédicule sectoriel postérieur droit (disposition modale). L'objectif de ce travail est de décrire l'anatomie de ce sillon, de rechercher une corrélation anatomo-radiologique et de souligner l'intérêt de son abord en pratique chirurgicale hépatique

Matériel et méthodes : notre étude s'est inspirée de travaux anatomiques réalisés par Reynaud et al.[SGO,1991,172,490-2] et de dissections personnelles per-opératoires avec analyse du scanner pré-opératoire.

Résultats : présent dans 75% des cas, le sillon de Rouvière, d'une longueur moyenne de 2 à 2,5 cm, prolonge le sillon hilare transverse en direction antéro-latérale droite. Dans la disposition pédiculaire modale, il contient trois éléments principaux : le pédicule sectoriel droit, le pédicule du segment 6, les veines paracystiques. Lorsque nous observons un sillon de Rouvière, celui-ci était visible au scanner.

Conclusion : quand il est présent, le sillon de Rouvière peut permettre un abord direct extra-fascial, facile et rapide du pédicule sectoriel postérieur droit ; ce qui peut être intéressant pour l'exérèse des segments 6 et 7 du foie.

Mots- clés :Foie, sillon de Rouvière, pédicule sectoriel postérieur droit, segmentectomies hépatiques 6 et 7

4-Djellal AKKOUICHE(1), Richard DOUARD(1)(2), Jean-Marc CHEVALLIER(1)(2)

1)Département d'Anatomie, Université René Descartes, Paris5

2)Service de chirurgie digestive, Hôpital Européen Georges Pompidou , AP-HP

Œsophage terminal et bases anatomiques de la cure de reflux chez l'enfant

Intra abdominal oesophagus and anatomical bases of the antireflux cure in the child

But : étude de l'anatomie du hiatus œsophagien et de l'œsophage intra abdominal et intérêt dans la cure chirurgicale du reflux gastro-œsophagien de l'enfant

Matériel et méthodes : 4 régions hiatales de sujets anatomiques adultes ont été disséquées.10 Enfants opérés pour cure de reflux gastro-œsophagien. Une étude comparative a été effectuée.

Résultats : chez les enfants qui ont été opérés on retrouvait un œsophage intra abdominal court avec un hiatus œsophagien relativement continent alors que chez les sujets disséqués on retrouvait un hiatus plus ou moins béant (sans savoir si une notion de reflux existait ou pas en prémortem) et un œsophage intra abdominal de taille habituelle.

Conclusion : l'œsophage intra abdominal court chez l'enfant est l'anomalie la plus souvent rencontrée chez les porteurs de reflux et la cure repose sur l'abaissement de l'œsophage et sa fixation sur les piliers du diaphragme en plus de la création d'une valve anti-reflux avec l'estomac

Mots-clés : œsophage, hiatus œsophagien, pilier du diaphragme, estomac

5-Jean-François UHL(1), Patrice LE FLOCH-PRIGENT(1), Christian PREVOTEAU (2)
Emmanuel A. CABANIS(2), Vincent DELMAS(1)

1)Département d'Anatomie, Université René Descartes, Paris5

2)Association des Musées Anatomiques Delmas, Orfila, Rouvière (AMADOR)

Le musée d'anatomie virtuel : une application des techniques d'imagerie 3D au musée Orfila

Virtual museum of Anatomy : application of 3D imaging technics to the Orfila Museum

Objectifs: Depuis juin 2006, la fermeture du musée Orfila (Anatomie-Université Paris5) rend sa visite impossible en attendant une nouvelle mise en valeur. Le but est de permettre un examen virtuel en 3D des objets du musée Orfila et de rendre accessible cette visite sur internet.

Méthodes : Utilisation du logiciel QTVR (Quicktime Virtual Reality d'Apple version 1990). Pour permettre une visite virtuelle et un examen en 3D des principales pièces d'anatomie. La technique consiste à photographier une pièce du musée posée sur un socle rotatif gradué. On effectue 36 photos pour faire tourner l'objet de 360° soit tous les 10°. On peut également manipuler l'objet pour permettre de l'examiner à l'intérieur.

Résultat : Des objets ont été numérisés. La manipulation 3D des objets était possible à distance en accédant au serveur internet ce qui permet une exploration 3D virtuelle.

4 exemples sont donnés pour illustrer cette modélisation 3D interactive.

Conclusion : c'est le début d'un travail long mais qui complètera la muséologie d'un musée anatomique unique en France.

Mots-clés : Musée, Anatomie, 3D, Internet

6-Julien WOLFF (1)(3), Fabienne PERRIN-SCHMITT(1), Jean-Marie LE MINOR(2)

Marie-Cécile MANIERE (3), Matthieu SCHMITTBUHL(3), William BACON(3)

1)laboratoire de Génétique UMR 7104 CNRS-ULP et INSERM U596

2)Institut d'Anatomie normale, EA 3428 espèce humaine : variabilité et évolution, faculté de Médecine, Strasbourg

3)Faculté de chirurgie dentaire, ULP, Strasbourg

Morphogenèse normale et pathologique du palais : implication du gène MTHFR

Palate normal and pathologic morphogenesis : role of MTHFR gene

La morphogenèse normale du palais met en jeu des phénomènes de fusion tissulaire des lames palatines et des bourgeons faciaux droits et gauches sur le plan sagittal médian, survenant entre le deuxième et le troisième mois de grossesse. Fentes labiales (bec de lièvre) et division palatines sont des malformations fréquentes dans l'espèce humaine qui affectent l'esthétique du visage et les fonctions de phonation, déglutition et respiration. Ces malformations indépendantes l'une de l'autre mais souvent associées atteignent la lèvre supérieure, l'aile du nez, la crête alvéolaire et/ou le palais. L'origine multifactorielle de ces anomalies qui ne fait plus aucun doute à l'heure actuelle a longtemps été orientée dans une seule et même direction, celle d'une influence de facteurs environnementaux sur la mère essentiellement.

Le gène codant pour la méthyltétrahydrofolate réductase (MTHFR), connu comme étant impliqué de manière directe dans les anomalies de fermeture du tube neural, apparaît comme jouant également un rôle dans la survenue de fentes-oro-faciales, aussi bien dans des formes familiales que dans des cas sporadiques. Deux mutations du gène MTHFR ont été identifiées comme étant impliquées dans la survenue de ces anomalies congénitales labio-palatines.

Lorsque le gène MTHFR est muté soit en position c.677C>T soit en position c. 1298A>C, une substitution p. Ala 222 Val ou p. GLU429Ala apparaît respectivement dans la protéine. Il s'en suit une perturbation du métabolisme de l'acide folique qui se traduit par une hyperhomocystéinémie sérique. L'homocystéine a été reconnue comme étant toxique au cours de l'embryogénèse, en empêchant les processus de fusion tissulaire de se dérouler correctement au niveau des organes en formation et en particulier conduisant à des anomalies de fermeture du tube neural et des fentes labio-palatines.

Seule une supplémentation en vitamine B9 au cours de la grossesse permet de prévenir de manière efficace ces malformations, en rétablissant des taux sériques normaux d'homocystéine et de folates. Même si elle a encore une diffusion restreinte en France, la supplémentation péri-conceptionnelle par l'acide folique a fait ses preuves non seulement dans la récurrence des défauts de fermeture du tube neural et de fentes labio-palatines, mais encore dans la prévention primaire de la plupart des malformations fœtales. Convierait-il de réaliser également des dépistages systématiques pour les mutations du gène MTHFR ? Cela permettrait sans doute de cibler efficacement la politique de prévention par supplémentation péri-conceptionnelle, que semble vouloir privilégier la France. Se posent bien évidemment des problèmes d'éthique et de dérives futures.

Mots clés : Morphogenèse, palais osseux, génétique, gène MTHFR

AGENDA ANATOMIQUE

**La Société anatomique tient ses séances
le 4^{ème} vendredi des mois universitaires hors vacances**

Vendredi 26 Janvier 2007	Société anatomique de Paris
Vendredi 2 et Samedi 3 Février 2007	Collège des Professeurs d' Anatomie (Université Paris7)
Vendredi 23 février 2007	Société anatomique de Paris
Vendredi 23 mars 2007	Société anatomique de Paris
Vendredi 27 avril 2007	Société anatomique de Paris
Jeudi 7 au Samedi 9 Juin 2007	89^{ème} Congrès de l'Association des Morphologistes (Limoges)
Mercredi 5 au Samedi 8 septembre 2007	9^{ème} Congrès de l'EACA Prague, République Tchèque

**Pour la Société anatomique, écrire ou envoyer vos résumés par courriel à
Madame Annick Hamou
Département d'Anatomie, 45 rue des Saints-Pères 75006 Paris
Tel : 01-42-86-40-28
Fax : 01-42-86-33-33**

**Pour le Congrès de l'Association des Morphologistes, renseignements
Professeur Denis Valleix
Laboratoire d'Anatomie, Faculté de Médecine de Limoges
2 rue du Docteur Marcland, 87025 cedex Limoges
Tel :05-55-43-58-24 Fax : 05-55-43-59-44
e.mail : lab.anat@unilim.fr**

**Pour le Congrès de l'EACA
Information : www.eaca2007prague.cz.**

