



SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE PARIS

45 rue des Saints-Pères 75270 PARIS CEDEX 06

Séance du 27 octobre 2006

A 17 heures

Salle de conférence Lavoisier A, 3^{ème} étage

Les communications sont de 10 minutes

suivies de 10 minutes de discussion

1-Jean-Marie LOUPPE, Olivier HAMEL, Antoine HAMEL
Jean-Michel ROGEZ, Stéphane LAGIER, Joël LEBORGNE, Roger ROBERT
Laboratoire d'Anatomie, Faculté de Médecine de Nantes

Le nerf carotico-tympanique et son anastomose avec le nerf tympanique

The carotico-tympanic nerve and its anastomose with the tympanic nerve

But : le nerf carotico-tympanique naît à hauteur du plexus sympathique péricarotidien interne et se termine dans le plexus tympanique. Il représente probablement la voie d'apport des fibres orthosympathiques au ganglion otique. L'objectif de cette étude est de préciser son origine, son trajet et sa terminaison et de mieux appréhender la systématisation du plexus sympathique péri-carotidien interne et des nerfs pétreux.

Matériel et méthode : 5 dissections ont été réalisées au microscope opératoire, centrées sur les régions cervicales latérales, l'oreille moyenne et le canal carotidien pétreux. Les structures nerveuses ont été disséquées des canalicules osseux et de la gaine carotidienne dans laquelle ils cheminent.

Résultats : Le nerf carotico-tympanique naissait du tronc antéro-supérieur du plexus péri carotidien interne. Son trajet présentait trois portions : carotidienne, caniculaire et tympanique.

Une dissection a visualisé deux nerfs carotico-tympaniques (7% des cas de la littérature).

L'étude du plexus tympanique retrouvait l'ensemble des branches classiquement décrites, à l'exception du nerf grand pétreux profond dont l'existence est remise en cause. L'étude du plexus sympathique péri-carotidien interne montrait la divergence de deux troncs principaux, puis leur confluence à l'entrée du sinus caverneux.

Conclusion : le nerf carotico-tympanique semble donner une racine à chaque branche efférente du plexus tympanique. La systématisation des nerfs pétreux peut être simplifiée. De même, celle du plexus sympathique péri-carotidien interne peut être clarifiée.

Mots-clés : nerf carotico-tympanique, nerf tympanique, plexus tympanique, plexus sympathique péri-carotidien interne

2-Daphné POUCH, Antoine HAMEL, Olivier HAMEL, Roger ROBERT
Jean-Michel ROGEZ, Stéphane LAGIER, Yvan BLAIN, Joël LEBORGNE
Laboratoire d'anatomie, Faculté de Médecine de Nantes

Vascularisation du palais : implications en endodontie chirurgicale

The arterial vascularisation of the palate. Application in endodontic surgery

Objectifs : Décrire la vascularisation artérielle du palais dur, de l'artère carotide externe à l'artère grande palatine et définir son intérêt en endodontie chirurgicale (traitement canalaire à retro des racines palatines des molaires maxillaires).

Matériel et méthodes : les dissections ont porté sur 5 sujets. Les deux premières dissections ont été effectuées par abord cutané latéral. La troisième dissection a été réalisée par voie muqueuse buccale dans les conditions d'une chirurgie endodontique de racine palatine de première molaire maxillaire. La quatrième dissection, sur demi-tête formolée, a été effectuée depuis le plan sagittal médian en suivant l'artère carotide externe jusqu'à l'artère grande palatine. Une corrosion du cinquième sujet a permis de mettre en évidence le système artériel depuis la carotide externe jusqu'au palais.

Résultats : l'étude anatomique réalisée ici montrait une variation notable du trajet de l'artère palatine descendante dans le maxillaire. Elle pouvait directement traverser la tubérosité maxillaire verticalement pour atteindre le foramen grand palatin ou bien longer le plancher du sinus maxillaire avant de gagner le foramen. Le

siège du foramen grand palatin était invariable chez tous les sujets étudiés. Il se situait en distal(en arrière) de la deuxième molaire maxillaire, légèrement plus apicalement (plus bas) que l'apex de la deuxième molaire. Le trajet de l'artère grande palatine était identique chez tous les sujets étudiés. La variation principale concernait le calibre de l'artère grande palatine. Lorsqu'il était important, l'artère était facilement mise en évidence ; mais lorsqu'il était réduit, elle était difficile à isoler et donc à protéger lors de l'abord chirurgical.

Discussion : cette étude anatomique permet de montrer la proximité existante entre l'artère grande palatine et le site opératoire des résections apicales. Le risque de léser l'artère grande palatine et par conséquent d'entraîner une hémorragie importante, n'est pas négligeable. La chirurgie endodontique des racines palatines des molaires maxillaires par voie d'abord palatine est difficile et doit être réservée à des praticiens expérimentés présentant une bonne connaissance de l'anatomie palatine.

Mots-clés : artère grande palatine, artère palatine descendante, chirurgie apicale palatine des molaires, palais

3-Françoise SCHMITT (1), Antoine HAMEL (2), Olivier HAMEL(2)
Stéphane LAGIER (2), Ivan BLIN (2) , Jean-Marc CHEVALLIER (1)
Benoit DUPAS(2), Joël LEBORGNE (2), Vincent DELMAS (1)

1) Anatomie, Université René Descartes –Paris5

2)Laboratoire d'Anatomie, Faculté de Médecine de Nantes

Les canaux pancréatiques et leurs variations

Pancreatic ducts and their variations

Objectif : le but de ce travail a été de préciser les caractéristiques anatomiques des canaux pancréatiques et de les corrélés aux données de l'imagerie médicale, ainsi que d'étudier les conséquences cliniques de leurs variations.

Matériel et méthodes : dissection d'un pancréas in situ et de trois pièces de duodéno-pancréatectomie totale avec splénectomie, après injection caudale des canaux à la gélatine. Etude de l'imagerie médicale normale et pathologique (CPRE et CP-RMN).

Résultats : le canal pancréatique principal parcourait la portion corporeo-caudale et la partie postéro-inférieure de la tête du pancréas, reflétant en cela sa double origine embryonnaire ; il se jetait ensuite dans le duodénum au niveau de la papille duodénale majeure après une portion commune plus ou moins longue avec le cholédoque. La partie antéro-supérieure du pancréas était drainée par le canal pancréatique accessoire qui s'étendait du Wirsung à la papille mineure. La variation anatomique la plus fréquente était la persistance d'une disposition embryonnaire des canaux pancréatiques.

Discussion : les progrès récents de l'imagerie médicale permettent à l'heure actuelle de faire un diagnostic morphologique précis des canaux pancréatiques, et en particulier de mettre en évidence des dispositions anatomiques potentiellement pathogènes, telles le pancréas divisum ou le pancréas annulaire.

Mots-clés : canaux pancréatiques, Wirsung , Santorini, jonction bilio-pancréatique, pancréas divisum, pancréas annulaire

4-Sabine MARES, Jean-Marc CHEVALLIER

Anatomie, Université René Descartes, Paris5

La ligne pectinée : rappels anatomiques, embryologiques et applications cliniques

Linea pectinea : anatomic, embryologic bases and clinical applications

Objectifs : la ligne pectinée est le vestige embryonnaire de la membrane anale. Sa connaissance anatomique et embryologique permet la compréhension de la chirurgie anorectale.

Matériels et méthodes : dissection d'un sujet anatomique frais de sexe féminin âgée de 80 ans avec exposition et mise en évidence de la ligne pectinée pour la comparer avec les données bibliographiques en embryologie, anatomie et pathologie.

Résultats : cette zone de transition sinueuse est retrouvée sur 1 à 1,5 cm de large au sein du canal anal au bord inférieur des valvules anales et colonnes de Morgani correspondant aux descriptions dans les traités d'anatomie. Sur le plan embryologique, la membrane anale fœtale disparaît vers la 10^e semaine d'aménorrhée(taille fœtale de 20mm). La ligne pectinée, vestige de cette membrane sépare le canal en deux. Le tissu muqueux des deux tiers supérieurs est d'origine endodermique et celui du tiers est ectodermique. Chacune des deux portions a un système vasculaire , lymphatique et nerveux propre.

Conclusion : la ligne pectinée a un intérêt en pathologies carcinologiques (carcinome anorectal), inflammatoires (rectocolite ulcéronécrosante et polypose adénomateuse familiale) infectieuses (abcès de la marge anale) et hémorroïdaires.

Mots clés : ligne pectinée, embryologie, anatomie, chirurgie, application clinique

5-Claude GILLOT

Avec l'aide technique de Christian PREVOTEAU
Anatomie, Université René Descartes, Paris5

Abord médial des troncs artériels à la partie moyenne de la jambe. La voie saphénienne

The medial way to the arteries at the middle part of the leg. The saphenous route

Tout abord chirurgical d'un membre doit respecter certains impératifs d'ordre anatomique et d'ordre technique : une bonne installation, une incision bien centrée et de longueur suffisante, mais non excessive ; le respect des structures nobles et un accès aussi direct que possible aux éléments à contrôler. L'exposition des trois artères est décrite, ce qui amène à reconsidérer l'anatomie régionale : notion de crista medialis de la fibula, de canal vasculaire fibulaire, de non adhérence à ce niveau des corps charnus musculaires non adhérents au tibia ou à la membrane interosseuse etc. Cette technique est souvent une ultime exploration des artères tibiales et des artères tibiales et de la fibulaire avant d'envisager une amputation de jambe chez l'artéritique au stade de la nécrose et du talon.

Mots-clés : artères jambières, voie saphénienne , anatomie serielle

6-Gaoussou TOURE(1), Christian VACHER(2)

Données anatomiques du syndrome « cou-langue »

«the neck-tongue »syndrome

1)Service de chirurgie maxillo-faciale, Hôpital de Villeneuve Saint-Georges, 94190

2)Service de chirurgie maxillo faciale, Hôpital Beaujon, Université, Paris 7
et Anatomie, Université René Descartes, Paris5

Introduction : Le « neck-tongue syndrome » se caractérise par des douleurs occipitales unilatérales paroxystiques, des dysesthésies de l'hémilangue ipsilatérales, des douleurs oro-pharyngées survenant lors des mouvements brusques du cou. Ce syndrome pose un problème diagnostique dû à sa méconnaissance et un problème physiopathologique, les bases anatomiques retrouvées dans la littérature sont expliquer l'ensemble des signes.

But : l'objectif de ce travail était d'apporter des éléments anatomiques complémentaires.

Matériel et méthodes : Nous avons prélevé 6 langues humaines chez des sujets âgés de 60 à 90 ans. Avant le prélèvement, les nerfs ont été repérés et disséqués jusqu'à leur pénétration dans la langue. Les langues ont été traitées par la méthode de Sihler dont les différentes étapes ont permis après fixation des pièces , macération, décalcification, et noircissement, d'objectiver les nerfs par transillumination.

Résultats : un réseau nerveux anastomotique existait au niveau de la racine de la langue et de l'épiglotte entre les nerfs hypoglosse, glossopharyngien et vague par l'intermédiaire d'un rameau du nerf laryngé supérieur. La langue se trouvait dans un cercle anastomotique comprenant d'avant en arrière les nerfs lingual, hypoglosse, glossopharyngien et vague.

Discussion et conclusion : les structures anatomiques impliquées dans la physiopathologie de ce syndrome, depuis son introduction dans la littérature par Lance et Anthony en 1980, étaient les connexions entre le nerf hypoglosse et l'anse cervicale d'une part et d'autre part entre le nerf hypoglosse et le nerf lingual. Ces données anatomiques étaient insuffisantes pour expliquer les douleurs oropharyngées. Nos travaux sur la langue et l'épiglotte à l'aide de la méthode de Sihler nous ont permis de décrire des connexions nerveuses au niveau de la racine de la langue et au niveau de l'épiglotte et complètent les données de la littérature.

Mots clés : langue, épiglotte, innervation, cercle anastomotique, neck-tongue syndrome

AGENDA ANATOMIQUE

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

Vendredi 24 novembre 2006	Société anatomique de Paris
Vendredi 26 Janvier 2007	Société anatomique de Paris
<i>Vendredi 2 et Samedi 3 Février 2007</i>	<i>Collège des Professeurs d' Anatomie (Université Paris7)</i>
Vendredi 23 février 2007	Société anatomique de Paris
Vendredi 23 mars 2007	Société anatomique de Paris
Vendredi 27 avril 2007	Société anatomique de Paris
<i>Jeudi 7 au Samedi 9 Juin 2007</i>	<i>89^{ème} Congrès de l'Association des Morphologistes (Limoges)</i>
<i>Mercredi 5 au Samedi 8 septembre 2007</i>	<i>9^{ème} Congrès de l'EACA Prague, République Tchèque</i>

**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.**