



SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE PARIS

45 rue des Saints-Pères 75270 PARIS CEDEX 06

Séance du Vendredi 24 juin 2011
à 17 heures

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

1-Cyrille CAPEL, Johann PELTIER, Eric HAVET
Pascal FOULON, Ludovic VIART, Daniel LE GARS

Laboratoire d'Anatomie et Organogénèse, Université de Picardie Jules Verne, Amiens

Anatomie endoscopique du système veineux des ventricules latéraux et du 3ème ventricule

Endoscopic anatomy of the veins of both lateral ventricle and third ventricle

Objectifs : Décrire l'anatomie endoscopique et la radioanatomie des veines du ventricule latéral (VL) et du 3ème ventricule (V3) souvent méconnues et peu étudiées dans la littérature. Insister sur les éventuelles variations vasculaires au cours des ventriculocisternostomies afin de décrire tous pièges techniques au cours de cette procédure.

Matériel et méthodes : Nous avons revu les ventriculocisternostomies réalisées et enregistrées au CHU d'Amiens depuis 2006. Ceci nous a permis d'obtenir une population conséquente et représentative de 20 patients. Ces images ont été corrélées à une étude IRM chez ces mêmes patients notamment en séquences axiales 3D SWAN qui étudient parfaitement les veines cérébrales.

Résultats : Les veines du VL se répartissaient en 3 groupes : un groupe médial, un groupe latéral et un groupe de veines choroïdiennes. Les veines médiales telles que les veines septales antérieure et postérieure étaient les premières à apparaître au cours du geste endoscopique. Le groupe latéral regroupait les veines caudées. La veine caudée antérieure était posée sur la tête du noyau caudé. La veine caudée postérieure parcourait le sillon thalamocaudé. Le foramen interventriculaire que l'on pénétrait avec l'endoscope réunissait trois veines ventriculaires (veine septale antérieure, veine caudée postérieure, et veine choroïdienne supérieure qui appartenait au groupe des veines choroïdiennes). Nous avons également pu noter à 2 reprises la présence d'un axe vasculaire veineux tendu en corde à linge entre les 2 faces médiales des thalami, jamais mentionné dans la littérature. Les coupes IRM confirmaient ces 3 groupes de veines du VL facilement individualisables grâce à de nouvelles séquences.

Conclusion : Cette synthèse endoscopique et ce travail radioanatomique reprend les principales veines du VL et du V3. Les veines ventriculaires en pratique neurochirurgicale permettent de se repérer en endoscopie. En pathologie, elles sont impliquées dans le drainage des tumeurs du VL et certaines malformations artérioveineuses du VL.

Mots clés : endoscopie, anatomie, veines, ventricule latéral, 3ème ventricule.

2- Florent JENDRZEJEWSKI, Johann PELTIER, Eric HAVET
Pascal FOULON, Ludovic VIART, Daniel LE GARS

Laboratoire d'Anatomie et Organogénèse, Université de Picardie Jules Verne, Amiens

Le conflit ovaro-obturateur : études morphologique et radio-anatomique

The conflict between ovary and obturator nerve : morphological and radio-anatomical studies

Objectifs : Préciser les rapports anatomiques entre l'ovaire et le nerf obturateur (NO) dans le petit bassin.

Matériel et méthodes : Les dissections ont porté sur 5 sujets féminins formolés. Les 5 ovaires droits et les 5 ovaires gauches ont été étudiés et nous avons mesuré la distance les séparant de leur NO respectifs. Nous avons corrélé à ce travail l'étude de 20 IRM de femmes primipares ou multipares permettant de mesurer la distance entre le pôle latéral de l'ovaire et le nerf obturateur, chez des femmes avec et sans pathologies ovariennes (logiciel DXMM) : logiciel du CHU d'Amiens qui a permis d'ouvrir les radios, les scanners et IRM des patients et de faire des mesures de toutes les coupes.

Résultats : La dissection montrait que la distance séparant un ovaire sain du nerf obturateur est en moyenne 29 mm. Après avoir surcroisé le paramètre, le NO approchait l'ovaire sain sur son pôle dorsolatéral. Lors des dissections, il n'était jamais retrouvé de division précoce du NO, ni de NO accessoire à proximité de l'ovaire. En cas de trompe utérine longue, l'infundibulum tubaire participait au « flirt » ovaro-obturateur. L'étude des coupes IRM axiales, sagittales et frontales confirmait cette mesure et précisait que cette distance entre les deux structures était très largement diminuée en cas de pathologie ovarienne (3-7mm).

Conclusion : Ce travail confirme les rapports étroits entre ovaires et nerf obturateur dans l'excavation pelvienne. Ainsi, les pathologies ovariennes avec hypertrophie gonadique décalent l'ovaire contre le NO. L'endométriase peut provoquer une névralgie obturatrice par migration cellulaire directe au contact du NO. Enfin les tumeurs ovariennes peuvent comprimer le NO de façon directe ou par le biais d'une carcinose péritonéale.

Mots-clés : anatomie, nerf obturateur, ovaire, dissection, IRM, pelvis.

3- Stéphane BONNET (1), Richard DOUARD(1,2), Vincent DELMAS (1)

1) URDIA, EA4465, Université Paris Descartes

2) Service de Chirurgie Générale et Digestive, HEGP, Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris

Bases anatomiques du décollement colo-pariétal gauche par voie laparoscopique

Anatomical basis of laparoscopic left colon mobilization

Objectifs : Le décollement colo-pariétal gauche laparoscopique peut être effectué de dehors en dedans ou de dedans en dehors. Dans ce second cas, l'abord privilégié se situe dans la fenêtre située au dessus de l'artère mésentérique inférieure (AMI) et en arrière de la veine mésentérique inférieure (VMI) au bord inférieur du pancréas. L'angle duodéno-jéjunal est généralement récliné en dedans pour faciliter l'accès à cette fenêtre. Cette étude cherche la faisabilité de cet abord par une étude anatomique de la taille de cette fenêtre et de la distance des vaisseaux par rapport au 3^{ème} duodénum (D3) un point fixe facilement repérable au cours de ce temps opératoire.

Matériel et méthodes : 30 sujets anatomiques frais non embaumés d'âge médian 82 ans [67-99] ont servi à cette étude. Nous avons réalisé (i) la mesure de la distance entre l'origine de l'AMI et la VMI au bord inférieur du pancréas (AMI-VMI) et (ii) la mesure de la distance entre l'origine de l'AMI et le bord inférieur de D3 (AMI-D3). Les résultats pour les distances AMI-D3 ont été séparés en 3 groupes selon le niveau de naissance de l'AMI (≥ 2 cm au-dessus du bord inférieur de D3, entre 1,9 cm au dessus et 1,9 cm en dessous et ≤ 2 cm au dessous du bord inférieur). La répartition des groupes de mesures AMI-VMI-D3 a été comparée par un test du CHI-deux et la corrélation entre les deux séries de mesures a été étudiée par un test de Pearson avec un seuil de significativité à 0,05.

Résultats : la distance AMI-VMI était en moyenne de $5,5 \pm 1,8$ cm et supérieure ou égale à 4 cm dans 87% des cas (n=26). La naissance de l'AMI était située à $0,4 \pm 2,2$ cm au dessus du bord inférieur de D3. Dans 43 % des cas (n=13) la naissance de l'AMI était au niveau ou en dessous du bord inférieur de D3. Dans 17% des cas la naissance de l'AMI était à 3 cm ou plus au dessus du bord inférieur de D3. Les deux mesures étaient significativement corrélées : tant sur la répartition des groupes de mesures ($p < 0,01$) que sur l'analyse des variables (coefficient de corrélation : $r = 0,6461[0,3726-0,8164]$, $p = 0,0001$). Une distance AMI-VMI courte était significativement corrélée à une naissance haute de l'AMI et inversement.

Conclusion : La fenêtre d'accès pour le décollement colo-pariétal gauche laparoscopique de dedans en dehors est utilisable dans près de 90 % des cas car supérieure à 4 cm. Cette étude montre que l'AMI naît de l'aorte au niveau ou en dessous de D3 dans 8 cas sur 10. Une naissance basse de l'AMI par rapport au D3 est prédictive d'une grande fenêtre de dissection pour l'abord laparoscopique du décollement colo-pariétal de dedans en dehors.

Mots-clés : chirurgie laparoscopique, colon gauche, artère mésentérique inférieure, troisième duodénum

4-Gaoussou TOURE

Anatomie, UFR biomédicale des Saints-Pères, Université Paris Descartes

Service de chirurgie maxillo-faciale, Centre hospitalier, intercommunal, 94195 Villeneuve Saint-Georges

Etude anatomique de la vascularisation du maxillaire : modes de distribution de l'artère maxillaire et application cliniques

Maxillary vascularisation : anatomy and clinical relevance

Objectifs : La vascularisation du maxillaire malgré les nombreuses études qui lui ont été consacrées trouve un regain d'intérêt dans le cadre des allotransplants de tissus composites (ATC) de la face. La reconstruction de la partie moyenne de la face dans les grandes pertes pose des problèmes fonctionnels et esthétiques. Les ATC trouvent ici une indication. Si les différentes étapes d'un prélèvement des maxillaires sont habituelles pour un chirurgien maxillo-facial, leur combinaison dans le but d'obtenir un greffon approprié nécessite une bonne connaissance de la vascularisation artérielle. L'artère maxillaire profonde d'accès difficile, est considérée comme la principale artère du maxillaire. L'artère faciale, d'accès aisé, peut-elle assurer la vascularisation maxillaire ? Notre étude comprend 2 parties. L'objectif de la première partie est de déterminer les différents modes de distribution de l'artère maxillaire au maxillaire et le territoire vasculaire correspondant.

Matériel et méthodes : 22 maxillaires ont été étudiés. 18 ont été injectés au latex et 4 à l'encre de chine. L'injection à l'encre de chine a été progressive à pression constante, à l'aide d'une seringue électrique. Une ostéotomie type Le Fort III, une section de l'arcade zygomatique et une résection du ramus mandibulaire ont été effectuées.

Résultats : L'artère maxillaire dans la fosse ptérygo-palatine donnait dans tous les cas l'artère sphéno-palatine, l'artère infra-orbitaire, l'artère palatine descendante, l'artère alvéolaire postéro-supérieure. L'artère alvéolaire postérieure et supérieure donnait une branche périostée et une branche intra-osseuse (dans la paroi) dans 16 cas. Elle parcourait la paroi sur un segment plus ou moins important dans 6 cas et en totalité dans 10 cas et s'anastomosait au niveau de l'épine nasale antérieure ou du foramen infra-orbitaire. L'artère palatine descendante se présentait sous la forme d'un tronc unique dans 4 cas, donnait une artère grande palatine et petite palatine dans 17 cas, donnait 4 branches dont une traversait la lame latérale du processus ptérygoïde dans 1 cas. Les artères sphéno-palatine et infra-orbitaire avaient des dispositions classiques. Nous avons noté des anastomoses intra-osseuses, périostées et à travers le foramen incisif. Celui-ci était borgne dans 3 cas. Les territoires vasculaires correspondaient à la muqueuse palatine, à l'hémi-voile et à l'ensemble de la cavité nasale homolatérale.

Discussion : L'artère maxillaire crée un réseau anastomique intra-osseux et périosté. Ce réseau explique les voies de suppléance dans les ostéotomies maxillaires. Sa connaissance permet une meilleure gestion du risque hémorragique lors des différents actes chirurgicaux (abords du sinus maxillaire, implantologie dentaire, disjonction ptérygomaxillaire...). Les différentes modalités de distribution de l'artère palatine descendante font que le risque hémorragique dans les disjonctions ptérygo-palatines est variable.

Mots-clés : anatomie, vascularisation, maxillaire, artère, jonction ptérygo-palatine

Remerciements au Centre du Don du Corps et au département d'Anatomie de l'Université Paris- Descartes

Vascularisation du maxillaire par l'artère faciale, intérêt dans les allotransplants de maxillaire. Etude préliminaire

Facial artery and maxillar vascularisation anatomy and relevance in facial transplantation

Objectifs : La vascularisation du maxillaire malgré les nombreuses études qui lui ont été consacrées trouve un regain d'intérêt dans le cadre des allotransplants de tissus composites (ATC) de la face. La reconstruction de la partie moyenne de la face dans les grandes pertes de substance pose des problèmes fonctionnels et esthétiques. Les ATC trouvent ici une indication. Si les différentes étapes d'un prélèvement des maxillaires sont habituelles pour un chirurgien maxillo-facial, leur combinaison dans le but d'obtenir un greffon approprié nécessite une bonne connaissance de la vascularisation artérielle. L'artère maxillaire profonde d'accès difficile est considérée comme la principale artère du maxillaire. L'artère faciale, d'accès aisé peut-elle assurer la vascularisation maxillaire ? Après avoir décrit les modes de distribution de l'artère maxillaire notre but est de décrire la contribution de l'artère faciale à la vascularisation maxillaire et son intérêt dans le prélèvement d'un allotransplant.

Matériel et méthodes : 22 maxillaires ont été étudiés. 18 ont été injectés au latex et 4 à l'encre de chine. L'injection à l'encre de chine a été progressive à pression constante, à l'aide d'une seringue électrique. Une ostéotomie type Le Fort III, une section de l'arcade zygomatique et une résection du ramus mandibulaire ont été effectuées.

Résultats : L'artère palatine ascendante collatérale de l'artère faciale vascularisait le maxillaire. Elle naissait de l'artère faciale dans 14 cas de l'artère carotide externe dans 4 cas, de l'artère pharyngo-méningée dans 3 cas, de l'artère submandibulaire dans 1 cas. L'artère faciale formée des anastomoses par l'intermédiaire de l'artère palatine ascendante et l'artère labiale supérieure et ses branches philtrales et columellaires. Elle vascularisait le maxillaire à travers les muqueuses nasale et palatine en formant un cercle artériel. L'artère faciale présentait des anastomoses avec l'artère maxillaire directement à travers le corps adipeux de la joue par l'intermédiaire de l'artère infra-orbitaire de l'artère palatine descendante et de l'artère alvéolaire postéro-supérieure. L'encre de chine injectée dans l'artère faciale déterminait un territoire spécifique mais diffusait abondamment dans l'artère maxillaire en amont du maxillaire.

Discussion : Cette étude permet de déterminer les cas favorables à une vascularisation du maxillaire par l'artère faciale, de décrire des formes inhabituelles de naissance de l'artère palatine ascendante. La vascularisation du palais mou par l'artère faciale est parfois incertaine. Malgré la prudence qu'impose un prélèvement effectué sur l'artère faciale seule, nous montrons les différentes modalités de vascularisation du maxillaire par l'artère faciale. La technique de prélèvement doit préserver les anastomoses entre artère faciale et maxillaire. L'expérience clinique et l'étude anatomique montrent que l'artère faciale peut assurer la vascularisation du maxillaire.

Mots-clés : facial allotransplant, maxillaire, artère faciale, anastomoses, artère maxillaire

Remerciements au Centre du Don du Corps et au département d'Anatomie de l'Université Paris Descartes

AGENDA ANATOMIQUE

**La Société Anatomique tient ses séances
le 4ème vendredi des mois (hors vacances universitaires)**

Jeudi 23 et vendredi 24 juin 2011

Vendredi 24 juin 2011

Planches Collège Saint-Pères

Société anatomique de Paris

Jeudi 6 octobre 2011

Vendredi 7 et samedi 8 octobre 2011

Dimanche 9 octobre 2011

Planches Collège Brest

**Réunion du Collège des Professeurs d'Anatomie
(Brest)**

Jeudi 27 et vendredi 28 octobre 2011

Vendredi 28 octobre 2011

Planches Collège Saint-Pères

Société anatomique de Paris

Jeudi 24 et vendredi 25 novembre 2011

Vendredi 25 novembre 2011

Planches Collège Saint-Pères

Société anatomique de Paris

Jeudi 26 janvier et vendredi 27 janvier 2012

Vendredi 27 janvier 2012

Planches Collège Saint-Pères

Société anatomique de Paris

Jeudi 23 février et vendredi 24 février 2012

Vendredi 24 février 2012

Planches Collège Saint-Pères

Société anatomique de Paris

Jeudi 29 mars et vendredi 30 mars 2012

Vendredi 30 mars 2012

Planches Collège Saint-Pères

Société anatomique de Paris

Jeudi 24 mai et vendredi 25 mai 2012

Vendredi 25 mai 2012

Planches Collège Saint-Pères

Société anatomique de Paris

Jeudi 28 juin et vendredi 29 juin 2012

Vendredi 29 juin 2012

Planches Collège Saint-Pères

Société anatomique de Paris

**Pour la Société anatomique, écrire ou envoyer vos résumés par courriel
Madame Annick Hamou**

annick.hamou@parisdescartes.fr

Département d'Anatomie, 45 rue des Saints-Pères 75006 Paris