

SDR UE9 2018 :

Pr. De Peretti



1) À propos des éléments de fixité de l'ovaire, vous avez cité en cours le ligament utéro-ovarien, le ligament lombo-ovarien, le ligament tubo-ovarien et le ligament infundibulo-ovarien. Considérez-vous que le **ligament tubo-ovarien** et le **ligament infundibulo-ovarien** sont 2 ligaments distincts ou des synonymes ?

→ Ligament tubo-ovarien = ligament infundibulo-ovarien

2) Vous avez dit, cette année, que « la **trompe est entièrement péritonisée** sauf au niveau de l'infundibulum », mais est-ce vrai pour la **partie inférieure de la trompe** puisque le péritoine est seulement déposé sur ces dernières donc ne recouvre pas la partie inférieure ?

→ La trompe est entièrement péritonisée sauf au niveau de l'infundibulum (l'ostium de la trompe) car le péritoine l'entoure et les deux feuillets de chaque côté fusionnent / s'accolent en dessous de la trompe

→ formation du mésosalpinx (même principe autour du ligament utéro-ovarien = mésovarium, du ligament lombo-ovarien, et du ligament rond)

→ Trompe = **intra-péritonéale** car entourée par le péritoine tout autour

3) À propos de l'ovaire, vous avez dit cette année « il est non péritonisé pour que l'**œuf tombe dans la cavité péritonéale** pour aller dans l'oviducte ». Voulez-vous dire par là, que l'œuf part de l'ovaire pour ensuite être capté par la frange ovarique de Richard au niveau de la communication entre l'ovaire (qui est dans la grande cavité péritonéale) et la trompe qui est, elle, dans la cavité pelvienne ?

→ Grosse embrouille de 2P sur les organes dans la grande cavité péritonéale... Restez sur la version : la vessie, le rectum et l'utérus sont sous-péritonéaux et partiellement péritonisés car recouverts au dessus par le péritoine / La trompe est intra-péritonéale

4) Les paces se demandent comment sont faits les qcms sur le cours 1 des parois cette année par vous même, car le Professeur Bronsard n'a pas abordé certaines notions jusqu'alors abordées par vous chaque année... et quelques divergences sont parfois notables...

→ Askip 2P a fait le cours des parois à Bronbron en live pour qu'il sache quoi mettre dans son cours puis 2P a fait ses qcms sur le cours qu'il venait de lui donner

5) Parmi les **éléments de stabilité de l'utérus**, vous avez cité en cours :

« À la base du ligament large se trouve le paramètre, de chaque côté du **metrium** qui contient le ligament cardinal, élément fiable de stabilité »

Serait-ce une erreur de compréhension de notre part d'avoir retenu « le metrium » car nous n'en avons jamais entendu parler auparavant... ?

→ Le « métrium » veut dire « utérus » dans le langage courant donc le paramètre se trouve bien de chaque côté de l'utérus (métrium)

Dans le paramètre passent : la LSRPG, l'artère utérine, l'uretère, le ligament cardinal...

6) Un item comme ceci serait-il à compter juste : « le muscle pubo-rectal **ferme l'angle** du cap du rectum en se contractant » malgré le fait que vous dites en cours que la contraction du levator ani **augmente l'angle** du cap anal et donc augmente la continence rectale ?

→ Réponse HS de 2P : « c'est pas le muscle pubo-rectal c'est le faisceau pubo-rectal du muscle pubo-coccygien du muscle élévateur de l'anus »

7) Considérez-vous que la **lame sacro-recto-génito-pubienne** est composée uniquement de fibres ou de fibres **et de musculature lisse** ?

→ LSRPG = fibres nerveuses + fibres fibreuses + musculature lisse

8) Considérez-vous que le **ligament lombo-ovarien** est uniquement un élément fibreux ou composé de fibres **et de musculature lisse** ?

→ Ligament lombo-ovarien = fibres + quelques fibres lisses

= épaississement du péritoine en regard des vaisseaux gonadiques

→ Pas de questions sur sa constitution

9) Vous parlez cette année du **ligament utéro-sacré**, s'agit-il bien d'une autre appellation du ligament utéro-rectal et recto-sacré de l'aileron postérieur de la lame SRGP ?

→ Ligament utéro-sacré = ligament utéro-rectal en avant (*entre rectum et utérus*) (→ formation du torus utérinus « je trouve joli ce nom ») et ligament recto-sacré plus en postérieur (*entre rectum et sacrum*)

10) En cours vous avez dit « l'ampoule du rectum présente des haustrations (des **fibres verticales**) » serait-ce une erreur de compréhension de notre part ? Car nous ne comprenons pas de quelles fibres verticales il s'agit.

→ Errata : L'ampoule présente des haustrations (2 à gauche / 1 à droite) ≠ fibres verticales (*barrer la parenthèse dans la ronéo*)

11) Vous avez parlé des nœuds lymphatiques du promontoire qui se drainent vers la **chaîne abdomino-périnéale**... À quoi correspond cette chaîne que nous ne connaissions pas auparavant ?

→ Errata : chaîne abdomino-**aortique**

12) Confirmez-vous que les valvules **anales** sont bien différentes des valvules **rectales** qui correspondent, elles, aux valvules de Houston au niveau des 3 plis transversaux du rectum ?

→ Oui exactement / valvules rectales = valvules de Houston

Valvules anaes = valvules sigmoïdes du canal anal, (au bas des colonnes anaes) = nids d'hirondelle à concavité supérieure « remplis de m**** »

→ abcès au niveau de ces valvules → forment les fistules ano-rectales

Les valvules anaes améliorent la continence

13) Vous avez dit que la contraction du sphincter de l'anus n'est **pas très puissante** dans le cours sur le rectum. Hors, dans le cours sur les éléments de stabilité des organes, vous dites que le sphincter strié est **très puissant** et que l'on utilise des dilateurs en chirurgie... Que doivent retenir les paces ? « *Ça vous plait le rectum hein* »

→ La contraction du sphincter **strié** de l'anus (= sphincter anal) est extrêmement puissante « Ça se voit que vous avez jamais mis le doigt dans le trou du c** de quelqu'un vous » (*merci fernand XD*)

Sphincter anal = strié = énorme sphincter / sphincter lisse pas puissant

14) Est-ce qu'il est juste de dire que les processus articulaires supérieures de S1 sont **frontaux** alors qu'ils font **45° avec le plan sagittal**

→ On dit en chirurgie/médecine qu'ils sont plutôt frontaux (pas tout à fait) par opposition de ceux qui sont plutôt dans un plan sagittal au-dessus. Mais ils font bien 45° avec le plan frontal (ou sagittal). Donc si cela tombe en item il fera très attention à la façon dont cela est tourné ++

15) Vous dites que les PAS de S1 encroutés de cartilage sont **seulement** visibles en vue **postérieure**. Or les PAS regardent en dedans en arrière et en **haut**. Donc peut-on les voir aussi encroutés de cartilage sur une vue supérieure du sacrum ? Ainsi un item "les PAS ainsi que leur encroulement cartilagineux ne sont visibles que sur une vue postérieure" est à compter vrai ou faux ?

→ Les PAS sont visibles en vue postérieure ET supérieure

→ Ainsi "les PAS ainsi que leur encroulement cartilagineux ne sont visibles que sur une vue postérieure" est FAUX

16) A propos de la **fusion** des vertèbres sacrées. La fusion des **corps vertébraux** sacrés est-elle complète ou incomplète ? De même pour les **DIV**, leur fusion est-elle complète ou incomplète ?

→ La fusion des corps vertébraux est incomplète (présence de vestiges discaux cloisonnés entre les corps vertébraux sacrés)

→ Donc la fusion des DIV est bien incomplète aussi (le DIV S1/S2 est celui que l'on voit le mieux)

17) Le professeur Bronsard a dit en cours que le sacrum présente une double concavité antérieure : Verticale = sagittale (en vue profil), Horizontale = frontale (en vue supérieure). Est-ce que vous confirmez ? Car nous avons un problème avec une concavité **frontale**, est-ce que c'est un synonyme de concavité **transversale** ?

→ Verticale = Sagittale (en vue de profil = latérale) +++

→ Horizontale = frontale = transversale (en vue supérieure) +++

18) Pouvez-vous faire un **récapitulatif** des **fascias** du diaphragme **périnéal**: sur leur nombre (2 ou 3 ?), leur localisation et leur fonction ? En particulier sur la localisation du fascia périnéal **superficiel** car cette année il est dit qu'il contribuait en avant à la formation du diaphragme uro-génital. Ce n'est pas plutôt la fonction du fascia périnéal **inférieur**?

→ Il fait bien la différence entre diaphragme périnéal et diaphragme pelvien ++.
→ Diaphragme pelvien = Lévor Anni avec ses 2 fascias (fascia supérieur épais et bien visible + fascia inférieur qui est « ridicule »)
→ Diaphragme périnéal = 2 muscles qui nous intéressent le plus sont les muscles transverses enveloppés de leur fascia qui se prolongent vers l'avant formant une lame tendineuse.

19) Pouvez-vous préciser les différents **faisceaux** du **lévator ani** ainsi que leurs **insertions** ? Il est dit cette année que le muscle ilio-coccygien donne des fibres s'entrecroisant avec le pubo-coccygien et s'insère donc sur le NFCP. Donc les deux muscles du lévator ani s'insèrent sur le NFCP ?

→ Le Lévor ani = 2 faisceaux :
1) pubo-coccygien (s'insère sur le pubis) = pubo génital + pubo rectal
2) ilio-coccygien (s'insère sur le fascia du muscle obturateur interne et sur l'ischion en arrière)
→ Ces deux faisceaux vont tous les deux au coccyx et s'insèrent sur tous ce qui se trouvent entre les deux muscles controlatéraux . Ils s'insèrent tous les deux sur le NFCP, sur le raphné/ligament ano-coccygien et sur le sphincter strié de l'anus.

20) En cours le professeur Bronsard a parlé de **gouttières** visibles sur une vue **postérieure** du sacrum. Existent-ils des gouttières sacrées postérieures qui prolongent les forams sacrés postérieurs ? Ou s'agit-il d'autres types de gouttières ?

→ Il n'existe PAS de gouttières sacrées postérieures qui prolongent les forams sacrés postérieurs ++ (que en antérieur ++)
→ Ces gouttières dont parle le professeur Bronsard se trouvent entre les crêtes sacrées médiales et latérales mais comme le professeur De Peretti ne considère pas que l'on voit ses deux crêtes, ils ne considèrent pas non plus que l'on voit ces gouttières. Il n'insiste pas donc OSEF.

21) Le Professeur Bronsard a dit qu'il n'abordera pas les **collatérales de l'artère iliaque interne** car vous le ferait dans votre cours. Mais elles n'ont pas été citées. Elles ne sont donc pas à connaître pour le concours ?

→ Il faut les connaître et il en a parlé en cours.

→ Il faut se rappeler que l'artère hypogastrique se divise en deux troncs : un antérieur et un postérieur. En tout elles possèdent environ 12 collatérales qui naissent où elles veulent (donc c'est variable) dont :

1) tronc postérieur : a. ilio lombaire, a. sacrée latérale, a. fessière supérieure (glutéale supérieure)

2) Tronc antérieur : a. pudendale interne, a. utérine, a. vaginale, a. obturatrice, a. ombilicale, les 2 a.vésicales (supérieure et inférieure), a. glutéale inférieure, les 2 artères rectales (inférieure et moyenne)

22) Les P1 aimeraient avoir une explication à propos du bulbe vestibulaire. Il a une forme de U à concavité **inférieure**, pourquoi ce ne serait pas plutôt à concavité **postérieure** ?

→ Le bulbe vestibulaire a une concavité postérieure ++ (forme de fer à cheval)

23) Pouvez-vous nous expliquer la distinction entre les **glandes urétrales** et **para-urétrale de Skene** ? (Localisation, fonction ..)

→ Les glandes urétrales s'abouchent DANS la LUMIERE de l'urètre ++

→ Les glandes para-urétrales s'abouchent en DEHORS de la LUMIERE de l'urètre au niveau du vestibule ++. Elles sont plus volumineuses. Mais lors d'un examen gynécologie l'orifice de ces glandes ne sont pas visible physiologiquement à l'œil nu (il faut une loupe grossissante).

→ Le méat urétral est aussi difficile à voir à l'œil nu, c'est tout rosé mais il est facile à catétheriser contrairement à l'urètre de l'homme

→ L'orifice des glandes vestibulaires majeures de Bartholin sont aussi invisible à l'œil nu, on ne les voit pas non plus sauf en cas d'infection ou il devient visible car il y a du pus qui coule.

24) En cours vous avez cité l'existence d'un seul **bulbe spongieux**. Y'en a-t-il **qu'un** seul ou alors **deux** comme cités les années précédentes ?

→ On a 1 bulbe vestibulaire ++++ qui a la forme d'un fer à cheval à concavité postérieure mais 2 muscles bulbo-spongieux de chaque côté qui se rejoignent.
++

25) Les **fontanelles** du bébé permettent-elles de s'adapter au détroit **supérieur** ou à l'**inférieur** ? Quel est le détroit le plus **difficile** à passer pour le bébé ?

→ Les fontanelles du bébé permettent de s'adapter au 2 détroits, mais le détroit supérieur est le plus difficile à passer car c'est un cercle en « dur ». Une fois qu'il a réussi à passer le détroit supérieur il descend tout seul car le détroit inférieur est « mou » (en dehors des deux ischions et du coccyx tout autour c'est de la « viande »)

26) La **sangle du cap anal** est formée par le **faisceau pubo-rectal** du muscle pubo-coccygien du levator ani **ou** par le **faisceau ilio-coccygien** du levator ani ?

→ La sangle du cap anal est sanglée par l'élévateur de l'anus « ne me compliquez pas la vie »

Les fibres de l'élévateur de l'anus s'insèrent sur le sphincter strié de l'anus (pas plus l'ilio-coccygien que le pubo-coccygien)

27) Dans le cours sur les parois, le Professeur Bronsard a donné une version différente de l'anatomie générale pour les **étages des différentes artères partant de l'aorte abdominale** (AMS, AML, artères rénales...) ... Pourriez-vous donner la version à retenir des étages vertébraux correspondants ?

→ OSEF pour l'UE9 pas à connaître, retenir : « seules la bifurcation de l'aorte en **L4** en artères iliaques primitives et la bifurcation de l'artère iliaque primitive (au niveau de l'**articulation sacro-iliaque**) en artère iliaque interne et externe nous intéressent »

28) Un item du type « le vagin se draine vers les nœuds iliaques **externes**, les nœuds du **promontoire**, les nœuds **inguinaux** tout comme l'utérus » serait-il à compter juste ?

→ Item vrai, le vagin se draine vers tous les nœuds de drainage lymphatique de l'utérus (la lymphe remonte)

Tout ce qui arrive aux nœuds inguinaux passe ensuite au niveau des nœuds iliaques externes

Nœud de Mondor au niveau de la division de l'artère mésentérique supérieur

L'ampoule se draine vers le nœud de Mondor / le hile du rectum

Le canal anal se draine vers les nœuds qui lui sont propres + les nœuds de l'ampoule

→ L'envahissement lymphatique du canal anal est plus complexe que l'envahissement lymphatique du haut rectum

« Est-ce que l'utérus peut se drainer dans les nœuds inguinaux ? Tiens toi jeune homme, le mignon » « Il a dit oui, il a raison, par le ligament rond » (et ouai c'est mon chéri « le mignon » qui plaît à 2P XD)

L'ovaire peut se drainer vers les nœuds lymphatiques du rein à gauche

« bon bah vous savez tout alors »

29) Vous avez dit que « le vagin est examinable par **colposcopie OU** en introduisant un **speculum** », mais l'examen par colposcopie nécessite bien l'utilisation d'un speculum aussi, c'est exact ?

→ Oui, examen au speculum = juste speculum (+ vue à l'œil nu)

Examen par colposcopie = speculum (pour écarter) + colposcope (instrument de visionnage, moyen optique) que l'on rentre pour voir le col de l'utérus

30) Le professeur Bronsard a précisé que le **filum terminale** allait de **S2 à S4** mais en **UE 5** vous avez dit qu'il allait du **cône médullaire** jusqu'au **cul de sac dural** donc jusqu'à S2. Quelle version retenir ?

→ Filum terminale : de L2 à S2 (mais il en existe un autre qui est dû à un étirement du sac dural en dessous de S2 mais OSEF)

31) Vous avez dit en cours que l'**urètre** était séparé en deux parties grâce au **diaphragme pelvien**. Peut-on dire la même chose avec le **diaphragme périnéal** ? Et pour les uretères ?

→ L'urètre est séparé en 2 au niveau du diaphragme PERINEAL (une partie au-dessous + une partie en dessous)

→ Les uretères sont SUR le muscle Levator Ani.

→ L'uretère pelvien pénètre dans le petit bassin en sautant par-dessus les vaisseaux iliaques (avec une petite différence à droite et à gauche) où il présente un premier petit rétrécissement puis se pose sur le LA. Il va ensuite pénétrer dans la vessie en présentant un deuxième rétrécissement. Entre temps son rapport essentiel est l'artère utérine +++ (qui lui donne un vaisseau urétéral d'où la proximité).

→ L'artère passe au-dessus de l'uretère donc quand on fait une hystérectomie l'artère utérine se décolle de l'uretère.

32) Est-ce qu'un piège serait possible entre « sphincter lisse **de l'urètre** » et « sphincter lisse **de la vessie** » ?

→ Non, pas de piège possible entre sphincter strié « de la vessie » et « de l'urètre », mais piège possible entre sphincter « lisse » et « strié »

33) Peut-on dire que la partie **moyenne ET postérieure** du **périnée** est innervée par le **nerf pudendal** sachant que le nerf rectal est un rameau du nerf pudendal ?

→ Partie antérieure du périnée est innervée par L1 et L2

→ La profondeur et la partie postérieure sont innervées par le nerf pudendal

34) Vous avez dit en cours que la **veine cave** se divise en **L4** et le professeur Bronsard a dit qu'elle se forme en **L5**.

- Quelle version retenir ?
- Faites vous la distinction entre se divise et se forme à propos des veines ?

→ La veine cave se divise en L4

→ Et il ne piégera pas sur se divise ou se forme mais il essaiera de faire attention

On espère que la SDR vous a plus pour ceux qui sont venus! Désolé pour les ambiguïtés nouvelles que 2P case chaque fois qu'il fait une SDR mais on a quand même eu pas mal de réponses à de nombreux mystères de l'UE9 donc c'est cool 😊 On n'a pas eu le temps de poser vos questions sur papier (d'ailleurs on vous a jamais dit de nous donner vos papiers XD on se doutait bien qu'on aurait pas le temps...)

→ Donc si vous avez d'autres questions / questions que vous aviez mis sur papier, vous pouvez créer des posts sur le fofu on y répondra. Une vague de question sera envoyé à DP ce week end 😊

Petit slogan du jour :

L'UROGÉNITAL C'EST TROP GÉNIAL !!!

<3

Glagla & Mayounnaise 😊

