

Réponses du Professeur Hekayem

1. Concernant les définitions des formations péritonéales, les étudiants ont du mal à saisir la différence entre méso « formation péritonéale qui rattache un viscère à la paroi postérieure » et ligament « formation péritonéale qui rattache un viscère à la paroi ». De plus, dans le cours de l'année dernière donné par le Pr. Massalou, la définition de ligament était « accolement de 2 feuillets de péritoine viscéral, entre 2 viscères, sans raccordement au péritoine pariétal ». Pouvez-vous éclaircir ce point ?

Les mésos sont effectivement deux feuillets qui rattachent un organe à la paroi postérieure et dans le méso on a des VAISSEAUX, ce sont des lames porte-vaisseaux

Les ligaments : les feuillets forment une réflexion « **de court** » du péritoine viscéral contre le péritoine pariétal, ils sont **plus petits/plus courts** ; et surtout **SANS VAISSEAUX**. *Ça peut être aussi entre deux organes, c'est ça qui est un peu perturbant, on peut aussi utiliser le terme de ligament entre deux viscères. Dans les deux cas on parle de ligament. Par exemple, le feuillet ascendant du grand épiploon, qui englobe l'estomac et qui s'accroche au colon transverse, porte le nom de ligament gastro-colique (et il y a des vaisseaux dedans) → c'est un peu particulier → « enfin bon je vais pas vous embêter avec des détails comme ça, simplement dans les deux cas on peut parler de ligament »*

2. Vous avez dit en cours que les mamelons se projetaient au niveau du 5^{ème} EIC ; n'est-ce pas plutôt au niveau du 4^{ème} EIC ? Ainsi on aurait bien la coupole diaphragmatique droite qui passerait en regard du mamelon et la gauche qui passerait 2 travers de doigt en dessous.

C'est bien le 4^{ème} EIC.

3. Pouvez-vous revenir sur les rotations de l'anse ombilicale, en précisant à quelles étapes on a une horizontalisation/verticalisation de l'anse ?

3 fois 90° à partir d'une étape verticale → 270°

Etape neutre : l'anse est verticale

1^{ère} étape de 90° : elle devient horizontale

2^{ème} étape (180°) : elle redevient verticale

Dernière étape de 270° : elle redevient horizontale

4. Dans le cours vous semblez inclure dans la rotation de l'anse ombilicale celle du duodénum, qui n'appartient pas à l'anse ombilicale ni même totalement à l'étage infra-mésocolique. Est-ce correct de parler de la rotation du duodénum dans la rotation de la partie infra-mésocolique ?

La question est litigieuse et bien posée. L'anse duodénale ne fait pas partie de l'anse ombilicale. En même temps qu'il y a la rotation de l'anse ombilicale, l'anse duodénale s'allonge.

« est-ce correct etc... » Non ça n'a rien à voir : concomitant à la rotation de l'anse ombilicale, il y a un mouvement d'accroissement + traversement de la ligne médiane de l'anse duodénale. Mais ça n'a rien à voir avec la rotation.

L'anse duodénale s'allonge. Elle devient frontale. Comme elle s'est allongée elle traverse la ligne médiane. Elle se retrouve du fait de l'accolement du mésocolon transverse à la paroi postérieure qui divise le duodéno-pancréas en 2 parties, une partie supra-mésocolique et une partie infra-mésocolique

L'anse duodénale qui était verticale chez l'embryon initialement, du fait de la rotation de l'estomac elle va subir une rotation elle aussi, elle va être entraînée par la rotation de l'estomac ce qui fait qu'elle devient dans un plan frontal, et la rotation de l'anse ombilicale lui fait aussi traverser la ligne médiane (ndlr : elle l'entraîne juste un peu dans son mouvement en lui faisant traverser la ligne médiane)

En résumé : l'anse duodénale n'entre pas en jeu dans la rotation de l'anse ombilicale

5. Faites-vous la différence entre les termes cavité/étage/cadran/région ? Des pièges sont-ils envisageables ?

Pas de grande différence, ce sont des termes anatomiques

Etage : grande division, on parle d'étage supra mésocolique/infra mésocolique

On a des formations péritonéales qui subdivisent les étages en cavités, en régions. Le cadran correspond à la projection cutanée par rapport à la paroi abdominale d'une de ces régions

Jamais de piège. La seule chose à retenir est que ces divisions par le péritoine ne sont pas parfaites, sauf peut-être pour l'étage supra/infra mésocolique et notamment du côté gauche où on a le ligament sustentaculum lienis qui sépare complètement les deux étages alors qu'à droite, par l'angle colique droit il y a une communication qui peut se faire BREF pas de piège

6. En cours vous avez dit : « la première anse iléale se dirige vers la droite, traverse la région médiane pour se retrouver dans la région de l'hypochondre droit » vous confirmez qu'elle remonte jusque dans l'hypochondre ?

La première anse se dirige vers l'hypochondre mais ne va pas jusque dans l'hypochondre (c'est la direction qu'elle prend quoi). Elle reste dans l'étage infra mésocolique mais elle a tendance à se diriger vers la région de l'HD

7. Les étudiants souhaiteraient comprendre pourquoi on parle de fascia pour le fascia de Fredet, puisqu'il ne semble pas correspondre à un accolement de méso au péritoine pariétal.

Oui c'est vrai ; en général les fascias ce sont des accolements de mésos (ex : fascias de Toldt). En fait quand on parle de fascia c'est un accolement de péritoine, de deux lames péritonéales, d'une lame viscérale à une pariétale dans le cas des mésos, mais par extension on utilise aussi le terme de fascia pour dire que c'est un accolement de deux lames péritonéales. C'est litigieux oui elle est bien

posée cette question, mais oui on continue à parler de fascia de Fredet, pour dire que c'est un accollement (en gros c'est un abus de langage pour dire accollement). Dans ce cas-là on est dans l'accolement d'un méso, le mésocolon mais pas à la paroi postérieure : au mésoduodénum

« il faut pas qu'ils s'inquiètent aussi avec ça on va pas les piéger sur des choses comme ça »

8. La fin de D2 et l'ombilic se projettent-ils au même niveau (L3) ?

Il y a des variations mais la fin de d2=le genus inferius, on peut considérer que c'est au niveau de L3, tout comme l'ombilic

Pas un repère cutané très fixe, « ne vous embêtez pas la vie avec tout ça »

9. Sur le schéma de la coupe en L3, pourquoi ne trouvons-nous pas D2, D4, le pancréas ?

C'est pas une coupe anatomique complète, il a fait une coupe simplifiée pour expliquer les accolements

10. A quel niveau se projette le colon transverse ?

Question un peu délicate. On a une racine du méso du colon transverse qui suit le bord inférieur du pancréas mais le colon transverse a de multiples formes. Si le colon transverse était transverse, il se projetterait à peu près au niveau de L2/L1. Mais comme il est pas vraiment transverse il a une concavité supérieure il descend assez pas, souvent sa courbure peut atteindre L3/L4. Pas de projections à retenir

11. Des pièges concernant l'évolution de la nomenclature des structures anatomique quand on considère le passage du stade embryonnaire au stade adulte sont-ils envisageables ? Pas du tout

Par exemple, les étudiants devraient-ils compter faux un item parlant du mésosigmoïde chez un embryon de 5 semaines ? Pas encore de méso sigmoïde à 5 semaines donc plutôt faux

« Pour quelqu'un qui a suivi le cours de façon correcte, qui a relu la ronéo il n'y a aucun souci à se faire. Ce sera des questions simples, je ne cherche pas à piéger les étudiants »

En conclusion, même si ce cours vraiment complet et détaillé a été difficile à digérer pour vous (et aussi un peu pour nous haha) il a voulu vous faire comprendre la cavité abdominale un peu plus qu'avec un cours d'anatomie plus classique comme celui de l'année dernière, vous donner une base solide. Et comme vous avez pu le constater avec toutes les citations entre guillemets, il ne veut pas chercher à vous piéger vicieusement dans ses qcm. Bon courage donnez tout