



# SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE PARIS

45 rue des Saints-Pères 75270 PARIS CEDEX 06

Séance du Vendredi 25 mai 2012  
à 17 heures

Salle LAVOISIER A

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

1-Pierre-Antoine HAMON, Roger ROBERT, Olivier HAMEL, Antoine HAMEL  
Stéphane PLOTEAU, Stéphane LAGIER, Yvan BLIN, Jean-Michel ROGEZ  
Université de Nantes, Faculté de Médecine, Laboratoire d'Anatomie

## L'innervation du centre tendineux du périnée

*Innervation of the central tendon of perineum*

Objectifs : Rechercher l'innervation du centre tendineux du périnée. La littérature médicale évoque volontiers le nerf pudendal et notamment sa branche périnéale et ses annexes cutanées. Cependant l'origine embryologique du centre tendineux du périnée (CTP) vient de l'éperon pelvi-péritonéal qui dérive de la descente du péritoine. Cela laisse supposer qu'une innervation végétative peut venir la compléter.

Matériel et méthodes : quatre sujets anatomiques, trois hommes et une femme, ont servi pour cette étude. La dissection a été la méthode choisie. Deux temps étaient distingués. L'un portant sur l'étude du nerf périnéal par abord périnéal, l'autre sur l'étude des branches terminales du plexus hypogastrique inférieur par abord endopelvien.

Résultats : Le nerf pudendal innervait la partie superficielle du centre tendineux du périnée par ses branches périnéales. Les observations des branches terminales du plexus hypogastrique inférieur ont montré : chez la femme une distribution en peigne au sein du septum recto-vaginal et rejoignant la partie profonde du CTP (centre tendineux du périnée) était nettement établie. Chez l'homme on ne voyait qu'un seul filet nerveux rétro prostatique qui le rejoignait.

Conclusion : le centre tendineux du périnée possède une double innervation, l'une somatique via les branches terminales du nerf pudendal, l'autre végétative via les branches terminales du plexus hypogastrique inférieur. Lorsqu'une douleur de type neurologique affecte précisément la région du centre tendineux, une origine végétative pourrait donc être envisagée. Certains échecs thérapeutiques, après neurolyse chirurgicale du nerf pudendal par exemple, pourraient trouver là un élément de réponse.

Mots-clés : centre tendineux du périnée, nerf pudendal, plexus hypogastrique inférieur.

2-François DUCOURNAU, Olivier HAMEL, Antoine HAMEL, Stéphane PLOTEAU  
Stéphane LAGIER, Yvan BLIN, Roger ROBERT, Jean-Michel ROGEZ  
Université de Nantes, Faculté de médecine, Laboratoire d'Anatomie

## Innervation des chefs inférieur et moyen du muscle trapèze

*Innervation of the medium and inferior insertion of the trapezius muscle*

Objectifs : Les différents chefs du muscle trapèze bénéficient-ils d'une innervation différente ? Il existe une discordance des descriptions quant à l'importance relative entre le nerf accessoire et d'autres nerfs destinés au trapèze mais issus d'apports métamériques plus caudaux au sein des chefs moyen et inférieur du muscle. Le but de cette étude est de vérifier la distribution des nerfs destinés à ce muscle et d'en tirer des conclusions sur les effets d'une dénervation partielle de son chef cranial lors des neurotisations chirurgicales dans le cadre de la réparation du plexus brachial.

Matériel et méthodes : Les dissections ont porté sur deux sujets formolés et ont été menées de façon bilatérale. Quatre abords ont été réalisés : 1- les deux premiers trapèzes ont été mis à jour après ablation de la peau pour l'identification des chefs. 2- abord au niveau du triangle sus-claviculaire pour l'identification du nerf accessoire et de son trajet jusqu'à son entrée musculaire. 3-incision para-vertébrale avec trait de refend transversale pour une exposition encore plus large du trapèze. 4-incision oblique suivant le bord latéral libre du trapèze avec réclination en bloc du muscle et de sa peau pour le suivi des autres rameaux perforants.

Résultats : Le chef moyen était particulièrement charnu. Le nerf accessoire se distribuait sur toute la hauteur des chefs moyen et inférieur du trapèze grâce à un réseau dense de ramifications qui s'insinuaient entre les fibres musculaires. Certains nerfs intercostaux, perforants le trapèze pour se destiner à la peau, abandonnaient quelques rameaux à destinée trapezienne.

Conclusion : Le rôle du nerf accessoire reste prépondérant dans l'innervation des chefs moyen et inférieur du trapèze. On peut imaginer que des rôles soient dédiés à la branche trapèzienne du plexus cervical et à des rameaux perforants intercostaux. La dénervation du trapèze supérieur dans le cadre des neurotisations accessoire-suprascapulaire pour la réanimation de l'abduction en cas de lésion traumatique du plexus brachial doit donc rester économe et partielle au risque d'entraîner un déficit dont les conséquences douloureuses, fonctionnelles et esthétique ne sont pas moindre.

Mots-clés : Trapèze, muscle, innervation, dissection

3-Charlotte MOULY (1, 2), Brice ROBERT (1), David FUCKS (1), Johann PELTIER (2)  
Thierry YZET (3), François BROWET (1), Arnaud POTIER (3), Jean –Marc REGIMBEAU (3)

1) Hôpital Nord Amiens, Service de Chirurgie Digestive

2) Université de Picardie- Jules Verne, Laboratoire d'Anatomie et d'Organogénèse

3) Hôpital Nord Amiens, Service de Radiologie

## **Faisabilité du contrôle glissonien en cas de variations anatomiques de la branche portale droite**

*Feasibility of glissonian clamping in case of anatomic variations of the right branch of portal vein*

Objectifs : l'approche glissonienne lors d'hépatectomie permet un clampage sélectif hépatique. Aucune étude n'a analysé les possibles complications ainsi que les facteurs de risques d'échec notamment en cas de variations anatomiques portales. L'objectif de cette étude est d'évaluer la faisabilité et la sécurité du clampage glissonien droit en tenant compte de l'anatomie portale droite.

Matériel et méthodes : de 2007 à 2011, 29 patients ont été inclus. Chaque patient avait un scanner abdomino-pelvien avec injection et reconstruction 3D, une portographie après embolisation portale droite et un clampage glissonien droit lors d'une hépatectomie droite. L'anatomie de la veine porte était analysée à l'imagerie et comparée aux données échographiques per-opératoires. La faisabilité de clampage était étudiée en fonction des variations anatomiques portales. Nous avons, par la suite, identifié les causes d'échecs et les complications relatives à cette technique chirurgicale.

Résultats : Il y avait 17 hommes et 12 femmes avec un âge moyen de 71 ans. Le clampage glissonien était effectué avec succès pour 24 patients (82 %). Dans 5 cas, le clampage était un échec avec 2 clampages incomplets et 3 clampages étendus à gauche. Pour 4 de ces patients, il existait une variation anatomique portale avec 1 trifurcation portale, 1 trifurcation portale droite et deux troncs communs branche antérieure droite- gauche. Un cas de saignement per-opératoire et une fistule biliaire étaient retrouvés dans le cadre d'anomalies portales. La sensibilité et la valeur prédictive négative du scanner avec reconstruction 3D et de la portographie pour détecter une variation anatomique portale étaient respectivement de 40%, 84 %, 20% et 84 %.

Conclusion : Dans près de 85 % des cas, le clampage glissonien droit est possible et efficace. Les complications per-opératoires doivent être connues. Les échecs du clampage surviennent le plus souvent dans le cas de variations anatomiques portales, qui peuvent être identifiées après analyse scannographique, portographique et écho-doppler per-opératoire.

Mots clés : clampage glissonien, hépatectomie, clampage vasculaire, veine porte, fistule biliaire

4- Guillaume MIROUSE, Thibault LAFOSSE, Philippe COTTIN, Thierry BEGUE

1) AP-HP, Ecole de Chirurgie du Fer à Moulin, Paris

2) Université Paris Sud, service de Chirurgie orthopédique et traumatologique

3) AP-HP, Hôpital Antoine Bécclère, Clamart

## **Rapport de la confluence ilio-cave et de la distance entre la veine ilio-lombaire et le disque L5- S1.**

*Study of ilio-cava confluence and distance between iliolumbar vein and the L5-S1 disc.*

Objectifs : La pathologie dégénérative lombaire est fréquente, touchant principalement le disque L5-S1. Une prise en charge chirurgicale est parfois indispensable pour leur traitement. La voie d'abord antérieure qui permet un accès direct au disque L5-S1 tout en préservant les muscles du dos, est à risque de plusieurs complications notamment la survenue d'une plaie vasculaire. Nous établissons une étude préliminaire radiologique et anatomique pour évaluer la position, les variations et les rapports de la bifurcation ilio-cave et de la veine ilio-lombaire par rapport au disque L5-S1.

Matériel et méthodes : Dans un premier temps une relecture de trois angio-scanners. fait des patients présentant une discopathie dégénérative de type Modic 2, afin de déterminer la position clinique de la bifurcation ilio-cave ainsi que la veine ilio-lombaire par rapport au disque L5-S1. Dans un second temps, une dissection anatomique sur trois sujets pour évaluer ces mêmes critères.

Résultats : Les trois angio-scanners retrouvaient une bifurcation ilio-cave au dessus du disque intervertébral L5-S1, majoritairement en regard du corps vertébral de L5. La bifurcation de l'aorte se situait au dessus et à gauche de la bifurcation ilio-cave sur l'ensemble des angio-scanners. La veine ilio-lombaire n'a été visualisée qu'une seule fois sur l'angio-scanner à une distance de 3,1 cm. Les études anatomiques retrouvaient une bifurcation ilio-cave au dessus du disque L5-S1 chez les 3 sujets avec une bifurcation de l'aorte au dessus et à gauche de la bifurcation ilio-cave. La distance entre la veine ilio-lombaire et le disque L5-S1 était de 3,6 cm (3-4 cm).

Discussion : Nous avons réalisé une recherche dans la littérature afin d'étudier les rapports anatomiques entre le système artériel, veineux de la colonne vertébrale et le disque intervertébral L5-S1. La littérature retrouve une grande variabilité de la confluence ilio-cave ce que ne retrouve pas notre étude. La limite de l'étude était le faible nombre de sujets. Il s'agit d'une des seules études préliminaires permettant d'étudier la distance de la veine ilio-lombaire avec le disque L5-S1. Les données de la littérature ainsi que l'étude nous confirment qu'il faut toujours réaliser un angio-scanner de la bifurcation ilio-cave et de la veine ilio-lombaire avant une chirurgie sur la colonne vertébrale par voie antérieure. L'identification par le chirurgien de la bifurcation ilio-cave et de ses branches et la présence ou non d'une veine ilio-lombaire à 3,6 cm du disque L5-S1 est indispensable dans la projection préopératoire.

Mots-clés : Disque L5-S1, Veine ilio-lombaire, confluence ilio-cave

**Une autre conception anatomique du syndrome de Frey : bases anatomiques du rôle du grand nerf auriculaire. Etude préliminaire***Another anatomical concept of Frey's syndrome : anatomic basis of the role of the great auricular nerve, preliminary study*

**Objectifs :** Le syndrome de Frey ou syndrome du nerf auriculotemporal est considéré comme la conséquence d'une lésion du nerf auriculotemporal suivie d'une ré-innervation aberrante des glandes sudoripares. Ce syndrome est une complication fréquente et classique de la parotidectomie. Il se manifeste par une sudation de la région parotidienne provoquée par une stimulation gustative lors des repas. L'hypothèse communément admise est une transformation des fibres cholinergiques du nerf auriculotemporal en fibres adrénérgiques. Cette explication nous semble peu satisfaisante. En effet, le territoire cutané de la sudation gustative est supérieure à celui du nerf auriculotemporal, la survenue de sudation dans la région submandibulaire exclut le nerf auriculotemporal. L'objectif de cette étude est de décrire la distribution du grand nerf auriculaire (NGA) à la région parotidienne et de comprendre sa contribution à la sudation gustative.

**Matériel et méthodes :** 35 hémisphères ont été étudiés. Une incision de parotidectomie élargie était effectuée : incision prétragienne, rétroauriculaire, mastoïdienne et cervicale suivant une courbe qui se termine au niveau de la fourchette sternale. Le point d'émergence du NGA était mis en évidence. Le NGA était disséqué de son émergence au bord postérieur du muscle sternocléidomastoïdien à sa distribution à la région parotidienne, à l'angle de la mandibule, à l'oreille et à la mastoïde.

**Résultats :** Dans 33 cas, le NGA donnait des rameaux qui pénétraient dans la glande parotide. Nous avons isolé des anastomoses dans la loge parotidienne que nous avons distingué en 3 types : 1) anastomoses du NGA avec une ou plusieurs branches du nerf facial ; 2) anastomose avec le tronc du nerf facial, 3) anastomose avec le nerf auriculo-temporal.

**Conclusion :** Le NGA se distribue à la parotide, y pénètre et s'anastomose avec le nerf facial et parfois avec le nerf auriculotemporal. Il y a peu d'études sur la distribution intra parotidienne du NGA. Notre étude permet de décrire et d'illustrer les différentes modalités de distribution du NGA dans la parotide ; le NGA se présentant comme un nerf auriculo-parotidien. Dans la chirurgie de la région parotidienne. (parotidectomie, lifting, lifting cervicofacial), l'attention est portée au NGA par les conséquences sensitives de la lésion des fibres destinées à l'auricule et à la mastoïde. Les fibres destinées à la parotide, méconnues ne sont pas prises en compte dans les complications chirurgicales. Nous pensons que ce nerf joue un rôle majeur dans la survenue de la sudation gustative. Cette hypothèse trouve sa cohérence dans la physiologie, les anastomoses et le territoire d'innervation du NGA.

**Mots-clés :** syndrome de Frey, nerf grand auriculaire, anastomoses, nerf facial nerf auriculotemporal, glande parotide

6- Krystel NGANGO TIMOH(1,2), Claire BONNEAU(3), Vincent DELMAS(1,2)  
Emile DARAI (4), Cyril TOUBOUL (5)

- 1) AP-HP, Hôpital Bichat, service d'urologie
- 2) Université Paris Descartes, URDIA EA4465, Anatomie
- 3) AP-HP, Hôpital Tenon, service de radiologie
- 4) AP-HP, Hôpital Tenon, Service de gynécologie obstétrique
- 5) Centre Cardiologique du Nord, Radiologie

**Etude radio anatomique de l'artère obturatrice au sein du foramen obturé***Radioanatomic study of the obturator artery within the obturator foramen*

**Objectifs :** Les techniques mini invasives de cure de cystocèle et d'incontinence urinaire d'effort féminine ont été marquées par l'essor de la voie transobturatrice. Des études anatomiques ont rapporté une proximité des trocarts antéro-supérieurs et antéro-inférieurs avec les branches foraminales des vaisseaux obturateurs lors du traitement chirurgical des cures de cystocèle par voie transobturatrice. L'étude réalise une description anatomique du pédicule vasculonerveux obturateur pour établir une cartographie de l'artère obturatrice et de ses branches au sein du foramen obturé.

**Matériel et méthodes :** L'étude a été réalisée entre janvier 2011 et mai 2011 à Paris. Une dissection de 20 foramen obturé de 10 sujets anatomiques frais à l'Ecole de Chirurgie (APHP) et au laboratoire d'anatomie de l'Université Paris Descartes. 3 approches ont été réalisées : périnéale, endopelvienne, face interne de cuisse. Nous avons décrit l'anatomie de la région obturatrice avec son pédicule vasculonerveux. Une reconstruction angioscannographique de 16 artères obturatrices sur 8 patientes a été réalisée au Centre Cardiologique du Nord. Des points de références osseux ont été choisis : le milieu de la branche ischiopubienne et le pourtour externe du foramen obturé. Les principales distances mesurées étaient les plus petites distances entre la branche obturatrice antérieure et le milieu de la branche ischiopubienne ; entre la branche obturatrice postérieure et le milieu de la branche ischiopubienne ; entre la bifurcation de l'artère obturatrice et le milieu de la branche ischiopubienne, et entre la branche obturatrice postérieure et le pourtour externe du foramen obturé. Une cartographie des branches foraminales de l'artère obturatrice a été établie

**Résultats :** la branche obturatrice antérieure se trouvait à 2,4 mm en moyenne du milieu de la branche ischiopubienne. Dans 50% des cas, elle était grêle. La branche obturatrice postérieure et la bifurcation de l'artère obturatrice étaient à 29,6 mm en moyenne du milieu de la branche ischiopubienne. La branche obturatrice postérieure était à 3,4mm du pourtour du foramen obturé.

**Conclusion :** La branche obturatrice antérieure est située près de la branche ischiopubienne et dans 50% des cas est grêle. Un abord chirurgical de la région obturatrice requiert une connaissance précise de l'anatomie de la région obturatrice, pour éviter de léser l'artère

**Mots-clés :** anatomie, artère obturatrice, foramen obturé, cartographie.

# AGENDA ANATOMIQUE

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

*Judi 24 mai et vendredi 25 mai 2012*

**Vendredi 25 mai 2012**

*Planches Collège Saint-Pères*

**Société anatomique de Paris**

*Judi 28 juin et vendredi 29 juin 2012*

**Vendredi 29 juin 2012**

*Planches Collège Saint-Pères*

**Société anatomique de Paris**

**Judi 19 juillet 2012**

**Summer meeting of British Association of  
Clinical Anatomist (BACA), avec une  
participation d'une délégation de l'EACA  
(European Association of Clinical Anatomist)  
Swansea (Pays de Galles)  
[http : //www.eaca-aeac.org/](http://www.eaca-aeac.org/)**

**Vendredi 6 au samedi 7 octobre 2012**

**Collège des Professeurs d'Anatomie  
Corse (Ile Rousse)**

*Judi 25 et vendredi 26 octobre 2012*

**Vendredi 26 octobre 2012**

*Planches Collège Saints-Pères*

**Société anatomique de Paris**

*Judi 22 et vendredi 23 novembre 2012*

**Vendredi 23 novembre 2012**

*Planches Collège Saint Pères*

**Société anatomique de Paris**

**Vendredi 1 février 2013**

**Collège des Professeurs d'Anatomie (Paris)**

**Judi 14 au samedi 16 mars 2013**

**Congrès de l'Association des Morphologistes  
Marseille**

**Vendredi 4 et samedi 5 octobre 2013**

**Collège des Professeurs d'Anatomie (Nantes)**

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

**[annick.hamou@parisdescartes.fr](mailto:annick.hamou@parisdescartes.fr)**