UE 3 Appareil Digestif

Pr Palier-Cuau Le 25/09/12 à 8h30

Ronéotypeuse : Clémence Giesi Ronéolectrice : Marine Corroyer

Cours n°1 : Anatomie du tube digestif

Ce cours a été relu et corrigé par le Professeur Caroline Parlier-Cuau. Une version couleur de ce cours est disponible sur le Weebly L3.

RONEO n°1 Page 1 sur 22

Plan

I. ESTOMAC

Généralités

- 1) Morphologie externe de l'estomac
- 2) Rapports avec le péritoine (la cavité abdominale)
- 3) Rapports de l'estomac
- 4) Vascularisation de l'estomac
- 5) Drainage veineux
- 6) Innervation gastrique
- 7) Drainage lymphatique

II. INTESTIN GRÊLE ET CÔLON

Généralités

- 1) Les anses grêles
- 2) Le côlon

RONEO n°1 Page 2 sur 22

Ce premier cours d'anatomie porte sur le tube digestif qui se compose de :

- L'estomac
- Le duodénum (qui sera vu dans un autre cours)
- L'intestin grêle
- **Le côlon** (vu en détaillé dans le cours 2)
- Le rectum (pas détaillé ici)

I. L'ESTOMAC

L'estomac fait suite à l'œsophage thoracique et pénètre dans l'abdomen au niveau de **T10** et se poursuit par le duodénum dans l'hypochondre droit.

L'estomac est le réservoir de passage du bol alimentaire, il est chargé de dégrader le bol alimentaire et grâce à sa musculeuse puissante il fait passait le bol alimentaire dans le reste du tube digestif. (C'est ce qu'on appelle le **péristaltisme**)

L'estomac peut être exploré grâce à la technique de **fibroscopie optique**, pour se faire on passe par le nez ou la bouche, on fait avaler une sonde au patient (*un cours spécifique sera fait sur cette technique*), dans le même temps on distend les parois de l'estomac pour pouvoir l'analyser.

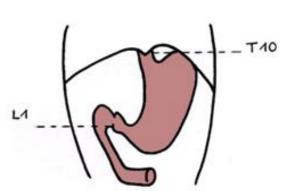
Il est également possible de faire ingérer au patient (souvent les enfants) un produit opaque pour visualiser sur les clichés le transit oeso-gastro-duodénal (TOGD). On peut ainsi voir s'il existe un reflux. Le plus souvent, ces reflux sont prédominants à la jonction entre le cardia et l'estomac.

Les sécrétions du tube gastrique qui dégradent le bol alimentaire peuvent provoquer des ulcères gastroduodénaux.

L'estomac est le siège de diverses pathologies :

- **★** Chez l'enfant le **Reflux Gastro Œsophagien** (RGO)
- Chez l'adulte l'**ulcère** (causé le plus souvent par une bactérie : l'Hélicobacter pylori), qui se recherche à la fibroscopie.
- Le cancer de l'estomac (que l'on retrouve essentiellement chez les asiatiques, probablement du aux boissons comme le saké qui brûle la muqueuse de l'estomac)

1) Morphologie externe de l'estomac



Au niveau de T10, on a le **cardia** qui forme un angle aigu avec l'estomac dans le but d'empêcher les reflux dans l'œsophage. En projection de L1 on trouve le **pylore**, (un rétrécissement de l'estomac) qui est aussi sa terminaison.

Page 3 sur 22

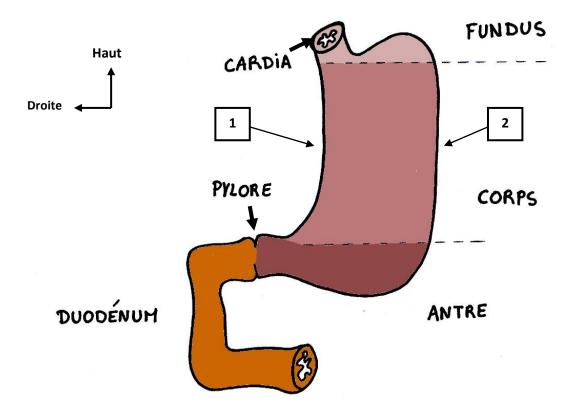
L'estomac est donc un sac avec 2 points fixes:

- Le cardia
- **Le pylore** (la terminaison de l'estomac)

L'estomac est situé dans la région épigastrique à l'étage **sus-mésocolique**, c'est un **organe intra-péritonéal**.

L'estomac est formé de différentes parties :

- Le **fundus** (ou grosse tubérosité)
- Le **corps**, délimité par la grande courbure (bord gauche de l'estomac) et la petite courbure (bord droit)
- L'antre
- Le **pylore** (zone de rétrécissement) qui fait la jonction avec le duodénum



Légendes : les différentes parties de l'estomac

- 1. Petite courbure de l'estomac
- 2. Grande courbure de l'estomac

Le **pylore** est accolé à la paroi postérieure par le péritoine avec **le duodénum** qui est fixe et se prolonge avec un premier duodénum, un deuxième, un troisième et un quatrième (*il sera revu en détail dans un autre cours avec le pancréas, c'est ce qu'on appelle le bloc duodéno-pancréatique).*

La contenance de l'estomac est de 1 à 2L. Ainsi dans les traitements de l'obésité on peut poser un anneau que l'on resserre petit à petit, pour diminuer la capacité de l'estomac : le patient a une sensation d'estomac plein plus rapidement que la normale, il va fractionner ses

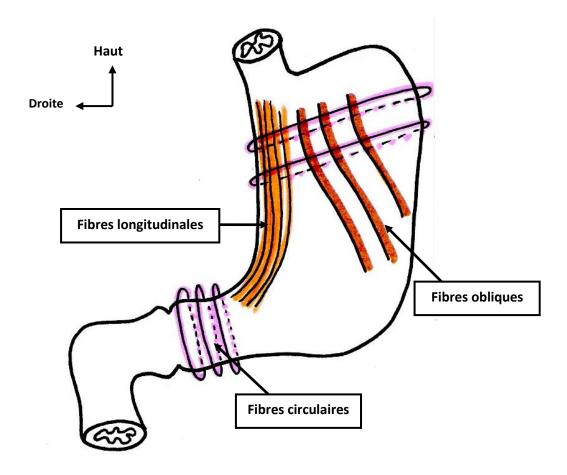
RONEO n°1 Page 4 sur 22

repas et moins manger. Dans les cas extrêmes on peut tunneliser l'estomac (on le réduit chirurgicalement) ou créer un Bypass (on monte une anse grêle sur le cardia, l'estomac est court-circuité).

L'estomac a une musculeuse très puissante (responsables du péristaltisme) composé de 3 couches :

- Une couche profonde faite de **fibres obliques**.
- Une couche moyenne avec des **fibres longitudinales**, qui sont plus importantes le long de la petite courbure. Ces fibres permettent essentiellement la progression de la contraction du péristaltisme qui a une durée d'environ 20 secondes.
- Des **fibres circulaires** (partout sur la paroi de l'estomac), surtout au niveau du cardia et du pylore (ils forment un véritable sphincter pour empêcher les reflux). Ces fibres permettent en se contractant de diminuer la taille de l'estomac et la progression du bol alimentaire. (chez l'enfant il peut exister une sténose du pylore).

La muqueuse est également très vascularisée pour favoriser la sécrétion des sucs gastrique.



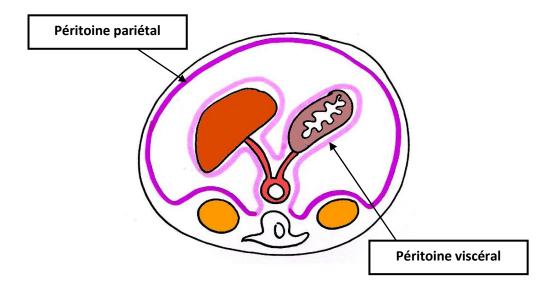
RONEO n°1 Page 5 sur 22

2) Rapports avec le péritoine (la cavité abdominale)

Le péritoine est une enveloppe qui va venir entourer tous les organes intra-péritonéaux. Il est constitué de 2 feuillets un pariétal et l'autre viscéral.

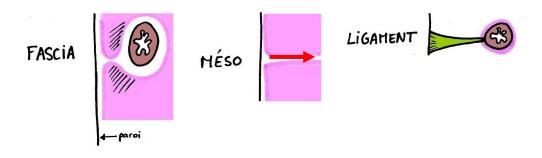
Voici un exemple d'une coupe scanner pour comprendre le Péritoine. (Les organes représentés sont le foie, l'estomac et les reins)

Le foie et l'estomac sont des organes intra-péritonéaux. Les reins sont rétro-péritonéaux.



Les **zones de raccordements** du péritoine avec la paroi sont différentes en fonction des organes. On peut avoir :

- **Des fascias** (côlon et pancréas) : l'organe est collé à la paroi (au péritoine pariétal).
- **Des méso** (raccordement +/- long avec la paroi), ce sont des feuillets de péritoine viscéral qui vont raccorder les organes (ex : anse grêle) à la paroi pariétale, en général ces méso sont des lames porte vaisseaux pour la vascularisation des organes péritonéaux (exemple : artère mésentérique supérieure qui circule dans le mésentère) (flèche rouge).
- **Des ligaments** : les différents feuillets viscéraux sont tellement accolés qu'ils ne se différentient plus et deviennent un véritable ligament (ex : ligament suspenseur).De plus il n'y a pas de vaisseaux qui circulent dans les ligaments.

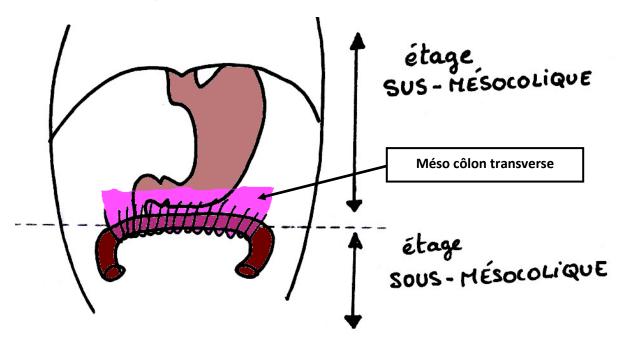


RONEO n°1 Page 6 sur 22

Tous ces raccordements doivent être stables pour maintenir les différents organes dans la cavité péritonéale, d'ailleurs certains organes ont des méso très longs et lâches (en particulier le sigmoïde) qui peuvent se tordre sur eux même, c'est ce qu'on appelle des **Volvulus**.

Le côlon transverse est raccordé à la paroi postérieure par un méso appelé le mésocôlon transverse, qui s'insère en regard du bloc duodéno-pancréatique. Ce méso va aussi délimiter les 2 étages de la cavité abdominale :

- L'étage sus-mésocolique composé du foie, l'estomac et la rate
- L'étage sous-mésocolique composé des organes intra-pelvien (l'utérus et les ovaires chez la femme) et du côlon.

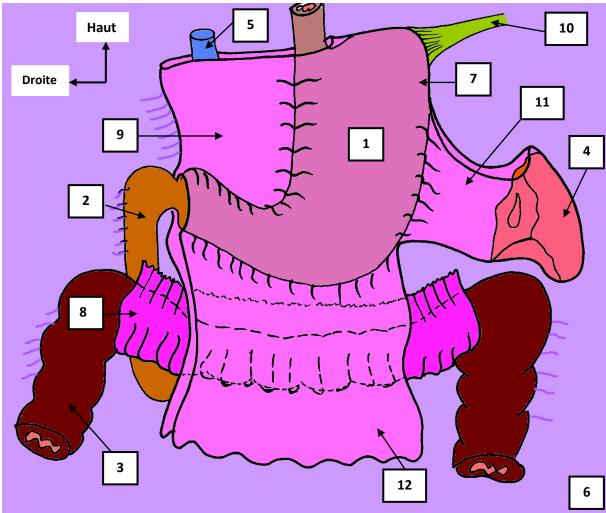


De façon pathologique ont peut trouver dans la cavité abdominale :

- **➤** Du liquide = **ascite** (**cirrhose**)
- ➤ De l'air = **pneumopéritoine** (perforation d'un organe creux comme l'ulcère, est recherché systématiquement au scanner)
- ➤ Une inflammation = **péritonite** (première cause : l'appendicite perforée qui répand des germes dans la cavité abdominale)
- ➤ Du sang = **hémopéritoine** (lors de traumatisme, notamment la fracture de la rate)

RONEO n°1 Page 7 sur 22

Schéma des rapports avec le péritoine (simplifié):



- 1. Estomac (entouré de péritoine viscéral, avec un feuillet antérieur et postérieur)
- 2. Duodénum
- **3. Côlon** (dans l'ordre : ascendant, angle colique droit, transverse, angle colique gauche, descendant, pelvien, sigmoïde), l'angle colique droit est plus bas que l'angle colique gauche, à cause du poids du foie.
- 4. Rate (intra-péritonéale, l'angle colique gauche vient se mouler sur son bord inférieur)
- 5. Tronc porte
- **6. Péritoine pariétal** (violet/mauve) en arrière de tout
- 7. Péritoine viscérale (rose)
- 8. Mésocôlon transverse
- **9. Petit omentum = petit épiploon = petite bourse omentale** (accolement des 2 feuillets viscéraux antérieur et postérieur de l'estomac qui vient recouvrir le foie et le hile hépatique)
- 10. Ligament gastro-phrénique
- **11. Méso gastro-splénique** (accolement des 2 feuillets viscéraux antérieur et postérieur de l'estomac qui vient recouvrir la rate)
- 12. Grand épiploon (vient recouvrir tous les éléments)

RONEO n°1 Page **8** sur **22**

Le fond de la cavité abdominale est tapissé de péritoine pariétal.

L'estomac est recouvert de péritoine, il est complètement enveloppé dans 2 feuillets viscéraux antérieur et postérieur qui vont se prolonger et s'accoler à droite et à gauche :

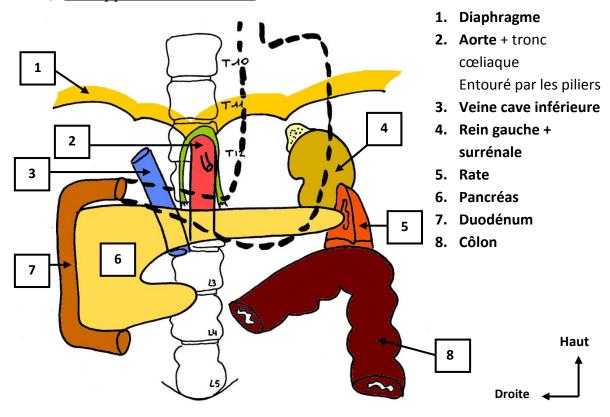
- → à droite, le prolongement des 2 feuillets forme un méso (accolement de 2 feuillets du péritoine) qui relie l'estomac au foie, appelé le petit omentum, le petit épiploon ou encore la petite bourse omentale, tout au long de la petite courbure. Dans ce méso passe le pédicule hépatique (le tronc porte accompagné de l'artère hépatique propre et des voies biliaire). Ce méso se fini sur le pylore et s'accole au péritoine pariétal postérieur.
- → à gauche, le prolongement des 2 feuillets forme aussi un méso qui <u>relie l'estomac et la rate</u> : **le méso gastro-splénique.** Puis les 2 feuillets vont s'ouvrir pour recouvrir entièrement la rate (intra péritonéale)
- → à gauche, l'estomac s'attache aussi en partie au diaphragme par un ligament : le ligament gastro-phrénique. Il relie la grande tubérosité (le fundus) au diaphragme.

Le côlon transverse se projette devant la deuxième moitié du duodénum. Il est fixé à la paroi postérieure au niveau du pancréas par le **mésocôlon transverse**.

Sur le bord inférieur de l'estomac les 2 feuillets viscéraux qui le recouvrent se prolongent, vont s'accoler et recouvrir tous les organes digestifs, c'est qu'on appelle le **grand épiploon** ou **grand omentum**. (Chez l'animal c'est qu'on appelle « le tablier de sapeur » plat typique lyonnais, c'est plein de gras !), en ouvrant l'abdomen on tombe en avant sur du péritoine pariétal et avant d'attendre les organes sur le grand omentum,

RONEO n°1 Page 9 sur 22

3) <u>les rapports de l'estomac.</u>



L'aorte est un rapport postérieur de l'estomac, elle rentre à hauteur de T12 dans la cavité abdominale (entourée des piliers de l'aorte), en T12 on retrouve également le tronc cœliaque.

En arrière on a le diaphragme.

Le cardia rentre à hauteur de T10.

A gauche on trouve : le rein gauche, le côlon descendant et la rate

Le premier duodénum est en regard de L1 il est plutôt rétro-péritonéal.

Le pancréas est un organe rétro-péritonéal sauf sa queue qui est intra-péritonéale, c'est un rapport postérieur de l'estomac.

En avant de la paroi abdominale, par l'intermédiaire du diaphragme on a un bout du cul sac pleural gauche et de poumon, un bout de foie gauche qui peut éventuellement recouvrir l'estomac.

En résumé:

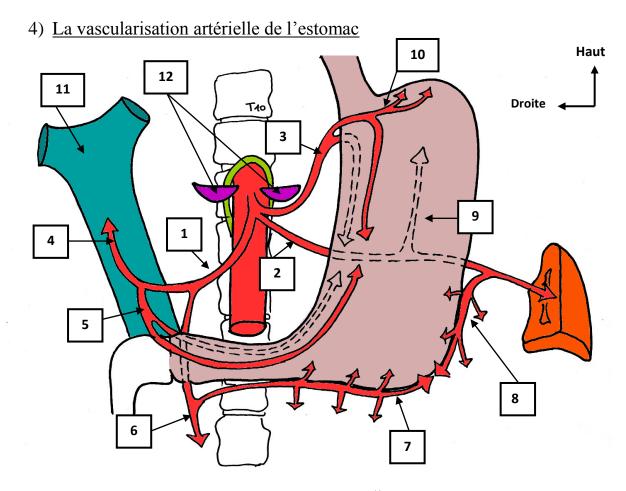
En arrière : aorte et pancréas

A gauche : le rein gauche, l'angle colique gauche, le côlon descendant et la rate

A droite : le duodénum

En avant : la plèvre, les poumons, le foie et la paroi abdominale

RONEO n°1 Page 10 sur 22



La vascularisation dépendant essentiellement du tronc cœliaque qui donne 3 artères :

- 1. Artère hépatique commune
- 2. Artère splénique
- **3. Artère gastrique gauche** (qui se divise en 2 vaisseaux pour la paroi antérieure et postérieure de l'estomac)

L'artère hépatique commune donne :

- 4. Artère hépatique propre qui donne :
- **5. Artère gastrique droite** (qui se divise en 2 vaisseaux pour la paroi antérieure et postérieure de l'estomac).
- 6. Artère gastroduodénale qui donne :
- **7. Artère gastro-épiploïque droite** (= gastro omentale droite) possède des rameaux ascendants pour l'estomac et descendants pour le grand omentum.

L'artère splénique donne :

- **8.** Artère gastro-épiploïque gauche (= gastro omentale gauche) avec des rameaux.
- 9. Artère gastrique postérieure

L'artère gastrique gauche donne :

10. Artère oeso-cardio-fundique (pour le cardia et le fundus)

En plus: 11. Tronc porte / 12. Plexus solaire avec 2 ganglions semi-lunaires

RONEO n°1 Page 11 sur 22

A retenir sur la vascularisation:

L'estomac comporte **2 circulations avec des anastomoses**, qui dépendent essentiellement du tronc cœliaque qui comporte :

- L'artère hépatique commune (donne l'a. hépatique propre et l'a. gastroduodénale)
- L'artère gastrique gauche (donne 2 rameaux antérieur et postérieur et une artère pour le cardia et le fundus)
- L'artère splénique, elle chemine à la face postérieure de l'estomac et rejoint le bord supérieur du pancréas dans le hile hépatique splénique elle donne une branche postérieure : l'artère gastrique postérieure (vascularise la face postérieure de l'estomac), juste avant le hile hépatique splénique elle va donner l'artère gastroépiploïque gauche (qui donne des vaisseaux ascendants pour la grande courbure et des vaisseaux descendants pour le grand omentum). L'artère splénique chemine dans le méso gastro splénique. Elle va aussi donner des petits vaisseaux : les vaisseaux courts de l'estomac qui sont au nombre de 6 à 8.

• <u>Une circulation (cercle) le long de la petite courbure formée à partir des artères gastriques</u>

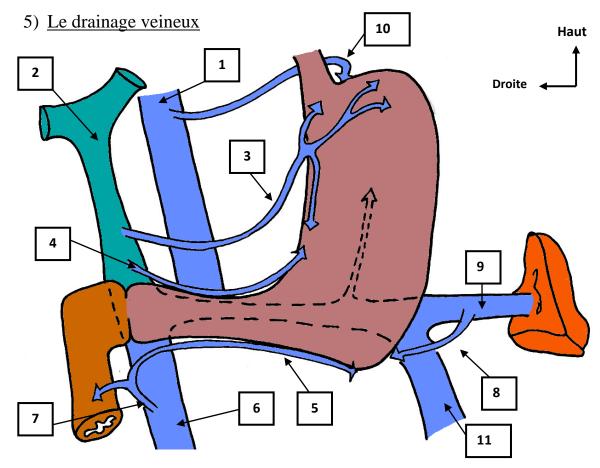
- L'artère gastrique gauche pénètre dans le petit épiploon sur le bord droit de l'estomac et chemine jusqu'au cardia où elle donne une artère pour le cardia et le fundus (artère oeso-cardo-fundique), puis ensuite une artère pour la grande courbure, une antérieure et une postérieure.
- **L'artère gastrique droite**, nait dans le petit épiploon dans le hile hépatique, elle est issue de l'artère hépatique propre. Elle donne un rameau postérieur et antérieur, puis va s'anastomoser avec les artères gastriques gauches antérieure et postérieure.

• <u>Une circulation (cercle) le long de la grande courbure formée à partir des artères gastro-épiploïques (car circule dans le grand épiploon)</u>

- L'artère gastro-épiploïque droite née de l'artère gastro duodénale, et chemine le long de la grande courbure en donnant des vaisseaux pour la grande courbure : des rameaux ascendants pour l'estomac et des rameaux descendants qui vont cheminaient dans le grand omentum.
- L'artère gastro-épiploïque gauche née de l'artère splénique elle donne aussi des rameaux ascendant et descendant.

« Si vous connaissez votre vascularisation vous connaissez le drainage veineux »

RONEO n°1 Page 12 sur 22



Il est superposable à la vascularisation. Le drainage se fait dans 2 systèmes :

- 1. La veine cave inférieure (rétro-péritonéale) avec les veines sus-hépatique
- 2. Le tronc porte confluence de la veine mésentérique supérieure (6) et la veine splénique (9) (qui reçoit la veine mésentérique inférieure (11))

On retrouve drainant la petite courbure:

- **3.** Une veine gastrique gauche (qui draine aussi le cardia et le fundus) se jette dans le bord gauche du tronc porte et chemine dans le petit épiploon.
- **4. Une veine gastrique droite** se jette dans le bord droit du tronc porte et chemine aussi dans le petit épiploon.

On retrouve drainant la grande courbure:

- **5.** Une veine gastro-épiploïque droite qui se jette dans la veine mésentérique supérieure(6) (elle va venir rejoindre les duodéno-pancréatique et une des coliques pour donner le tronc gastro-colique (7) de Henlé, on le reverra plus tard).
- 8. Une veine gastro-épiploïque gauche qui se jette dans la veine splénique (9)

On a aussi:

Une veine gastrique postérieure qui se jette dans la veine splénique (9).

Attention !!! Le drainage du cardia et une partie du fundus se fait dans le système cave :

10.Autour du cardia et du fundus on trouve une veine qui elle se draine dans la veine cave inférieure, la zone du cardia est donc drainée par la veine cave inférieure.

RONEO n°1 Page 13 sur 22

Cette particularité du drainage veineux peut entrainer, des complications :

Lors d'une Cirrhose on a une augmentation de la pression dans le tronc porte avec petit à petit une stase avec une dilatation des vaisseaux au dessus, dans les stades ultimes on a une inversion du courant du tronc porte. Le drainage veineux de l'estomac ne se fait plus bien. Des circuits collatéraux vont se former en particulier dans la zone du cardia (dont le drainage se fait par le système cave). On aura ainsi dans le cardia lors de cirrhose évoluée ou d'hypertension portale des varices œsophagiennes qui peuvent saigner et donner des hémorragies digestives très sévères.

6) Innervation gastrique

L'innervation est assurée par le **plexus solaire** composé d'un contingent sympathique et parasympathique formant deux **ganglions semi-lunaires** de part et d'autre du tronc cœliaque. (Ils figurent sur le schéma de la vascularisation de l'estomac).

- ✓ **Le contingent parasympathique** vient des nerfs X droit et X gauche.
- ✓ Le contingent sympathique est assuré par les chaines sympathiques tout du long du rachis.

A partir de ces ganglions cœliaques ou semi-lunaires on va avoir des rameaux nerveux qui vont entourer pour toutes les artères et donner l'innervation sympathique et parasympathique pour déclencher le péristaltisme (contraction des fibres musculaires lisses).

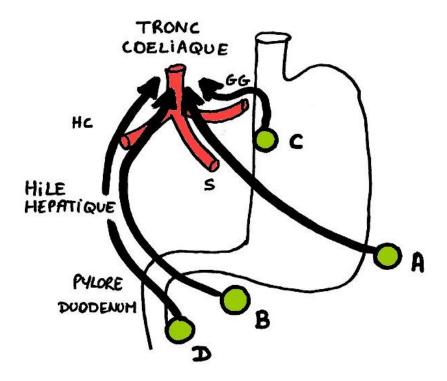
7) <u>Le drainage lymphatique +++</u>

Il existe 4 (cadrans) territoires ganglionnaires qui suivent les artères :

- ✓ 1 cadran qui suit l'artère gastro-épiploïque gauche et l'artère splénique : les ganglions sont le long de la grande courbure et se draine en arrière de l'estomac le long de l'artère splénique et se collectent au niveau du tronc cœliaque.
- ✓ 1 cadran qui suit l'artère gastro-épiploïque droite : les ganglions sont le long de l'artère gastro-épiploïque droite puis le long de l'artère gastro-duodénale et de l'hépatique commune (hile hépatique) jusqu'au tronc cœliaque.
- ✓ 1 cadran qui suit l'artère gastrique gauche : les ganglions sont le long de l'artère gastrique gauche avec des ganglions sur la petite courbure et se drainant à l'origine du tronc cœliaque.
- ✓ 1 cadran qui suit l'artère gastrique droite : les ganglions sont le long de la gastrique droite des lymphatiques, se drainent entre le pylore et le duodénum vers les collecteurs près de l'hépatique commune qui rejoignent le tronc cœliaque.

RONEO n°1 Page 14 sur 22

Pour mieux comprendre voici un schéma (la prof ne l'a pas fait en cours, c'est une invention de ma part):



A : grande courbure → artère splénique → tronc cœliaque

B : artère gastro épiploïque → artère gastro duodénale → artère hépatique commune → tronc cœliaque

C : artère gastrique gauche → tronc cœliaque

D : artère gastrique droite \Rightarrow pylore/duodénum \Rightarrow hépatique commune \Rightarrow tronc cœliaque

Le drainage lymphatique de l'estomac est important à connaître car le cancer de l'estomac est très lymphophile, très riche en lymphatique, c'est la dissémination ganglionnaire qui fait le diagnostic.

II. L'INTESTIN GRÊLE ET LE CÔLON

L'estomac se prolonge par le duodénum (non traité aujourd'hui) et ensuite après le 4^{ème} duodénum, puis on va avoir le reste du tube digestif avec d'abord **l'intestin grêle** puis le **côlon**. Dans l'intestin grêle a lieu les sécrétions et les absorptions. Dans le côlon droit a lieu les sécrétions d'eau, quant au côlon gauche c'est un réservoir des selles.

Les anses grêles composent l'intestin grêle, elles vont être disposées de façon horizontale (jéjunum) puis verticale (iléum) et se jette dans le caecum. Le caecum se prolonge par le cadre colique (côlon ascendant, transversal et descendant), l'anse sigmoïdienne et se termine par le rectum.

RONEO n°1 Page 15 sur 22

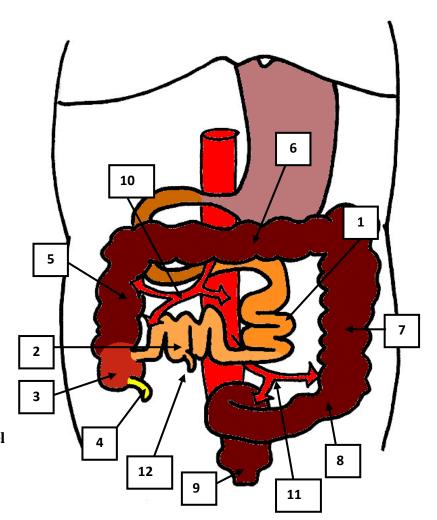
Le côlon et l'intestin grêle sont 2 unités fonctionnelles différentes qui sont sous la dépendance d'une vascularisation différente :

L'artère mésentérique supérieure vascularise :

- Intestin grêle
- Côlon droit
- 2/3 droit du côlon transverse

L'artère mésentérique inférieure vascularise :

- Côlon gauche
- Sigmoïde
- Rectum
- 1/3 gauche du côlon transverse
- **1. Jéjunum** (anse horizontale)
- 2. Iléum (anse verticale)
- 3. Caecum
- 4. Appendice
- 5. Côlon ascendant
- 6. Côlon transverse
- 7. Côlon descendant
- 8. Sigmoïde
- 9. Rectum
- 10. A. mésentérique supérieure
- 11. A. mésentérique inférieure
- 12. diverticule de Meckel



Haut

Droite

Pour **explorer le rectum,** on utilise une fibre optique que l'on introduit par l'anus, c'est ce qu'on appelle une **coloscopie.** Aujourd'hui on peut aussi faire des **coloscopies** virtuelles au scanner : on insuffle de l'air pour dilater le côlon et on fait une acquisition de l'ensemble de la cavité pelvienne.

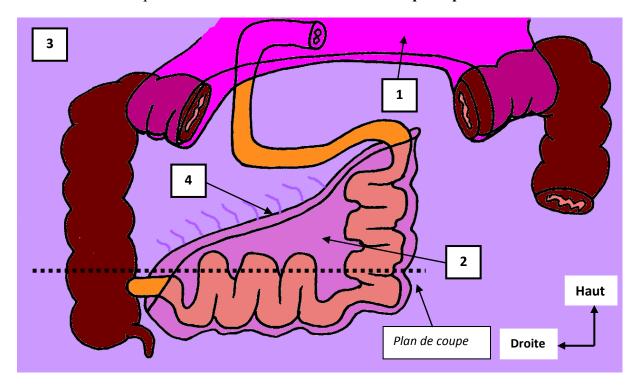
L'intestin grêle est plus difficile à explorer. On ne peut pas utiliser de fibre oblique, avant on utilisait du produit de contraste qui venait moulait l'intestin mais cela prenait beaucoup trop de temps. Aujourd'hui on peut réaliser des entéro-scanner ou entéro-IRM (+++).

RONEO n°1 Page 16 sur 22

1) Les anses grêles

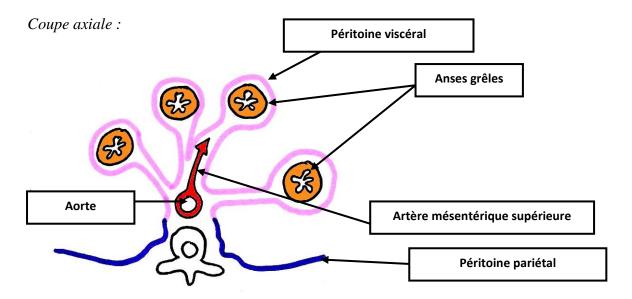
L'intestin grêle fait 6 à 8 m de long, il est mobile dans la cavité abdominale, se termine dans le caecum et est fixé au duodénum. Ses anses grêles sont d'abord horizontales, c'est le **jéjunum**, elles sont situées plutôt à gauche et en haut. Elles sont ensuite verticales, c'est le **l'iléum**, et la dernière anse rentre dans le bas fond du caecum par la **valvule iléo-caecale**. Sur ce caecum on a l'appendice qui s'implante sur le bas fond caecal juste en dessous de la dernière anse grêle.

L'intestin grêle est contenu dans un méso (2 feuillets viscéraux) appelé le **mésentère** qui va se réfléchir avec le péritoine pariétal (en avant du pancréas qui est rétro-péritonéal) en formant la **racine du mésentère**. Ce mésentère est comme une dentelle (*voir schéma coupe plus loin*). Dans ce mésentère que va venir cheminer **l'artère mésentérique supérieure**.



- 1. Le mésocôlon tranverse
- 2. Le mésentère avec la racine du mésentère (4)
- **3.** Le péritoine pariétal (qui tapisse le fond)

RONEO n°1 Page 17 sur 22



En arrière du péritoine on trouve l'aorte. L'artère mésentérique supérieure sorte de l'aorte et pénètre dans la racine du mésentère pour vasculariser les anses grêles. La racine du mésentère comporte alors des artères, des veines et également des lympho-nœuds.

Il ya un petite reliquat embryonnaire (**intra-péritonéal**) sur une anse iléale : **le diverticule de Meckel** (*voir premier schéma de l'intestin grêle*). Il est situé en général à 40-90 cm de la terminaison de l'intestin grêle, sur le bord anti-mésentérique. Lors d'une appendicite, il est nécessaire de vérifier ce diverticule, en effet l'inflammation de ce diverticule est un diagnostic différentiel de l'appendicite. (Souvent on le retire en même temps que l'appendice lors de l'appendicite).

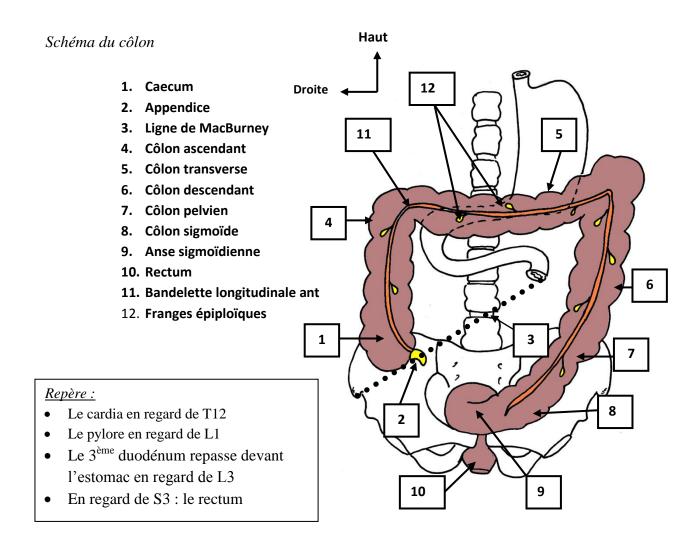
2) Le Côlon

Le côlon est la partie terminale du tube digestif entre l'orifice iléo-caecal jusqu'à la charnière sigmoïdo-rectale.

Le côlon se reconnaît grâce à ses haustrations (il est bosselé), il nait dans la fosse pelvienne droite avec le caecum, on dit que l'appendice (qui nait du caecum) se trouve sur la ligne entre l'épine iliaque antéro-supérieure et l'ombilique (L4) : la ligne de MacBruney (repère chirurgicale). Si on a une douleur sur cette ligne on a une suspicion d'appendicite.

Le caecum va venir se prolonger par le **côlon ascendant**, **l'angle colique supérieur droit**, **le côlon transverse**, **l'angle colique supérieur gauche**, le **côlon descendant** qui devient pelvien puis sigmoïdien, **l'anse sigmoïde** qui fait une boucle et se termine par le **rectum**.

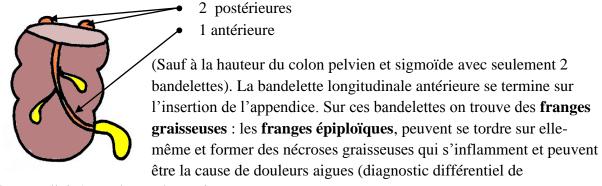
RONEO n°1 Page 18 sur 22



A retenir pour la vascularisation :

- → 1 unité fonctionnelle droite sous la dépendance de l'artère mésentérique supérieure.
- → 1 unité fonctionnelle gauche sous la dépendance de l'artère mésentérique inférieure.

La morphologie externe du côlon est bosselée avec des haustrations et 3 **bandelettes longitudinales** sur la face externe :



l'appendicite), on donne des anti-inflammatoires et ça passe.

RONEO n°1 Page 19 sur 22

La grande pathologie du côlon est le **cancer du côlon** notamment au niveau du sigmoïde et du caecum mais il est moins fréquent et le diagnostic est plus tardif.

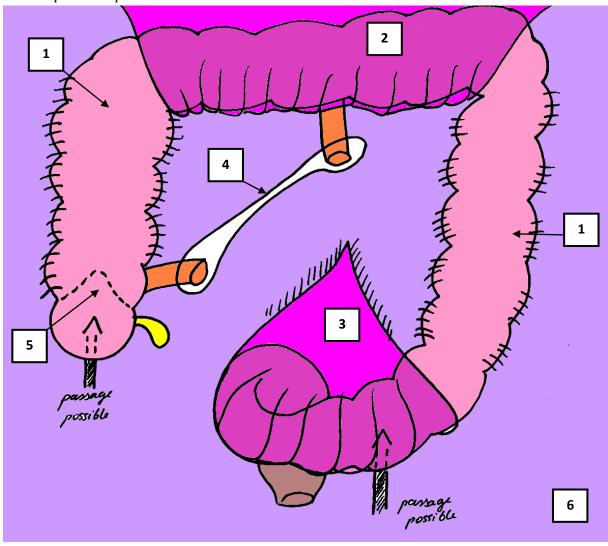
Le péritoine et le côlon :

En arrière on trouve le péritoine pariétal qui se réfléchit et donne des lames plus ou moins longues qui portent les vaisseaux qu'on appelle des **méso** (ces mésos permettent la mobilité des organes qu'ils entourent \rightarrow risque de volvulus). Ou alors le tube digestif est accolé au péritoine pariétal postérieur (complètement adhérent \rightarrow aucune mobilité) c'est ce qu'on appelle un **fascia.**

Les feuillets viscéraux du côlon ascendant et descendant sont totalement adhérents au feuillet pariétal de la paroi postérieure (ils sont totalement fixes) il s'agit donc d'un fascia appelé **fascia de Toldt.**

Le sigmoïde et le côlon transverse ont des méso lâches, ils sont donc mobiles, peuvent se tordre sur eux mêmes et provoquer des volvulus. Respectivement : mésosigmoïde et le méso côlon transverse

Schéma pour comprendre les adhérences :



RONEO n°1 Page **20** sur **22**

- 1. Fascia de Toldt (à droite et à gauche) formé par l'accolement des feuillets viscéraux des côlons ascendant et descendant avec le feuillet du péritoine pariétal. Rend ces 2 éléments fixes
- **2. Méso côlon transverse** formé de l'accolement des 2 feuillets viscéraux du côlon transverse entre eux. Le côlon transverse est ainsi mobile
- **3. Méso sigmoïde** formé de l'accolement des 2 feuillets viscéraux du sigmoïde entre eux. Le sigmoïde est ainsi mobile (risque de volvulus)
- 4. Racine du mésentère : accolement du mésentère avec le péritoine pariétal.
- 5. Cul sac du fascia de Toldt
- 6. Péritoine pariétal

Sur ce Schéma le grand omentum est récliné

Le caecum est libre, il n'est pas compris dans le fascia de Toldt. On trouve un cul de sac de l'accolement du péritoine viscéral et pariétal du côlon ascendant. De même l'anse sigmoïdienne est libre dans son méso.

L'appendice est libre dans la cavité abdominale.

Le cours s'arrête ici, je vous invite à compléter avec la ronéo du cours 2 qui suit ce cours et qui porte plus en détail sur le côlon (différentes parties, vascularisation, drainage veineux et lymphatique) et sur l'appendice.

RONEO n°1 Page **21** sur **22**

~ Dédicace ~

Ça c'est fait!!!

Tout d'abord une non dédicace à Word qui a planté ... donc après 5 plantages, 18h de tapping, dessin, 2 cafés (c'est beaucoup pour moi ^^) voilà je suis débarrassée dodo... Mais avant une dernière dédicace :

A ma super Ronéolectrice Marine aussi efficace en relecture qu'en pâtisserie. MMm!

A tous les D1 et P2 qui reviennent du WEI, hey oui les ronéos sont de retour pour vous jouer un mauvais tour!

A tous les membres du Tuto <3 !!!

A tous mes supers tuteurs UE2, on arrête de glander et on va me faire des QCM!

A ma Cruella préférée, mais bon le Monsieur il a dit que c'étais pas bien de fumer!

Aux irréductibles D1 qui viennent toujours en amphi contre vent et marée!

A tous mes co-stagiaires, Bertrand me manque:'(

A tous ceux que j'aime et qui sont partis loin.

A ma Grenouille que j'ai abandonné pour un autre Roméo euh Ronéo.

A ma fillote et aux autres restés en P1 pour mieux préparer leur P2.

Aux anciens qui nous montrent la voie;)

(Une page c'est trop court pour mettre les prénoms de tout le monde, je sais j'aurai pu mettre des caractères plus petit mais je ne veux pas envoyer tout le monde chez l'ophtalmo ce n'est pas comme si il fallait attendre 6mois!!!, bref j'espère que vous vous reconnaîtrez tous ^^)

RONEO n°1 Page 22 sur 22