

## CONTENU DE LA CAVITÉ PÉRITONÉALE

Dérive de la cavité céloïque de l'embryon:

Schéma 1

Les feuillets pariétal et viscéral constituent la séreuse qui englobe le TD et les glandes annexes.

Méso: espace entre deux feuillets du péritoine. Cet espace est pour les vaisseaux apportant la trophicité aux viscères.

Schéma 2

Le fascia d'accolement est du à la projection sur la paroi postérieure en raison du méso.

La cavité péritonéale est une cavité virtuelle; c'est un espace de glissement.

La cavité péritonéale va-être étudié de l'arrière vers l'avant.

1. Duodénum.

Définition: premier segment de l'IG (précède les anses grêles). Intimement lié au pancréas.

2. Pancréas.

Définition: glande mixte:

-exocrine → enzymes qui se déversent dans le duodénum pour la digestion.

-endocrine → hormones, pour une part participant à la régulation du glucose (dans le sang) grâce à l'insuline et le glucagon.

Le duodénum fait suite au pylore (dernière partie de l'estomac). La limite entre l'estomac et le duodénum est le sillon duodénopylorique (limite entre estomac et duodénum).

Schéma 3

Le duodénum est habituellement divisé en 4 segments allant du pylore aux anses grêles:

D1 est en forme d'ampoule= bulbe duodéal.

D2 (10cm): génuus >: portion descendante.

D3 (7 à 8cm): génuus <: à concavité postérieure, portion horizontale.

D4 (5 à 6cm): portion ascendante qui se lie avec une portion des anses grêles.

D1 + D2 + D3 + D4= 25 à 30cm= duodénum digitosum (12 travers de doigts)= le cadre duodéal.

Le pancréas est en forme de feuille de chêne:

Schéma 4

La queue est orientée vers le haut, en dehors et à gauche.

15cm de large, 7 à 8cm de haut et 4cm d'épaisseur.

La tête du pancréas s'imbrique dans le cadre duodénal avec une fusion d'une partie de la tête pour former le bloc duodéno pancréatique.

Le pancréas est rugueux, de consistance ferme, de couleur rosée et de dimensions variables.

Coupe sagittale paramédiale passant par D1 et tête:

Schéma 5

La fusion des tubercules antérieur (à gauche du schéma) et postérieur (à droite) au duodénum nous évoque un pneu à sa jante.

Configuration interne:

Muqueuse, entouré d'une musculature lisse de deux couches:

-longitudinale interne.

-circulaire externe.

Entouré de péritoine viscéral.

Schéma 6

Le canal de Wirsung, qui est un canal collecteur, centre le pancréas. Le canal cholédoque, qui transporte la bile est abouché à ce dernier.

Topographie:

Schéma 7

Rq: Les processus transverses dits costiformes au niveau du rachis lombal, dont L3 -en radiographie- semble le plus développé.

D1 se projette sur le flanc droit de L1. Il est orienté à droite d'avant en arrière.

D2 longe L2 et L3 avant de suivre un angle en regard du disque intervertébral L3-L4.

D3 est au niveau du disque intervertébral L3-L4.

D4 est suspendu à L2 par un petit muscle.

Le tubercule > est au niveau de Th12.

Le tubercule < est au niveau de L2.

D1 est dans la fossette subcostale de la 10e côte.

La queue du pancréas aboutit dans le 7e espace intercostal.

Le bloc se projette dans la région épigastrique.

Le duodénum descend dans la région ombilicale (entre L3 et L4).

Coupe de type scanographique en L1:

Schéma 8

Le pancréas est comme le sac d'un meunier sur son âne.

Le péritoine pariétal se réfléchit en péritoine viscéral.

Le duodénum et le pancréas sont isolés par un fascia d'accolement dit de Treitz.

Schéma 9

La veine cave qui ascensionne sur le flanc droit de l'aorte, le quitte au niveau de L1, à la recherche de l'orifice quadrilatère de la veine cave < dans le centre tendineux du diaphragme.

La veine rénale gauche est coincée en avant par l'artère mésentérique > et en arrière par l'aorte (= pince aortico-mésentérique).

Les reins et les voies excrétrices.

Le rein gauche est plus haut que le rein droit.

## LE CADRE DUODÉNO-PANCRÉATIQUE

Schéma 10

1. Vascularisation artérielle du duodénum et pancréas.

Schéma 11

Notons la terminologie, l'on parle de fascia transversalis pour parler du fascia recouvrant la cavité péritonéale.

Les artères postérieures (= "en dents de peigne") naissent de l'artère splénique. Cette dernière longe la queue du pancréas.

L'artère pancréatique inférieure, naît du flanc gauche.

Ces deux éléments forment des arcades.

L'artère mésentérique > est verticale et passe derrière le pancréas, mais sur le petit pancréas et D3. Elle naît en Th12, L1.

Premier système: bloc duodéno-pancréatique.

Arcade formée par une branche de l'artère hépatique. Elle va naître en arrière de D1.

Schéma 12

L'artère hépatique, très volumineuse, se sépare en artère hépatique propre (prolongement de la crosse vers le foie) et en branche gastro-duodénale.

L'artère pancréatico-abdominale droite s'insère entre D2 puis passe en arrière de la tête du pancréas. En s'anastomosant, elle forme une arcade qui va donner branches allant vasculariser le cadre duodéno-pancréatique.

2. Vaisseaux lymphatiques.

Nœuds dispersés satellitement des artères.

3. Vascularisation veineuse.

Système porte abdominal: veine porte.

Un système porte est un système veineux qui possède à chacune de ses extrémités un réseau capillaire.

TD + glandes annexes lié au foie afin de filtrer au niveau hépatique.

Schéma 12

Union des veines iliaques externes D et G au niveau de L5 déportée vers la droite.

Veine cave < en regard de L1, change d'orientation pour bifurquer subitement à droite et en haut à la recherche de l'orifice quadrilatère dans le centre tendineux du diaphragme.

L'artère mésentérique <: flanc gauche à L3.

Veine porte: veine mésentérique > qui est satellite à droite de l'artère mésentérique > lorsqu'elle sort du mésentère (mésos = intestin).

Elle monte dans un trajet parallèle mais après être passé en avant du petit pancréas, bifurque sous la tête du pancréas pour rejoindre un tronc veineux: le tronc splénomésentérique = veine splénique (qui glisse en arrière de la queue du pancréas) + veine mésentérique < (issue du TD dans sa partie initiale, satellite de l'artère puis bifurque en arrière du pancréas).

Le tronc spléno-mésentérique → origine de la veine porte (L1, L2).

La veine porte va monter en arrière de la tête du pancréas puis en arrière de D1 pour rejoindre le hile du foie et se diviser en deux veines terminales: veines terminales D (poursuit le trajet de la veine porte) et G (bifurque à 90°).

Les branches collatérales de la veine porte:

Affluent veineux directs: veines gastriques G (D1) et D (qui vient du pylore).

Affluent veineux indirects, par les branches terminales: veine ombilicale (branche gauche) qui va s'obstruer à l'âge adulte mais conserve un reliquat.

Veines cystiques qui vont drainer (branche droite).

Veine porte:

-1e segment rétro pancréatique.

-2e segment duodénal.

-3e segment au dessus du duodénum qui va se placer dans un méso (= petit omentum).

-4e segment dans le hile hépatique.

La veine porte est vitale, c'est pourquoi elle peut créer des anastomoses.

Rq: pathologie: cirrhose = transformation fibreuse des cellules donc obstacle au retour veineux qui va s'agglutiner en amont du foie → augmentation de la pression dans la veine porte (= hypertension portale) → va chercher des circuits annexes = anastomoses porto-caves.

-Anastomoses viscérales porto-caves >:

Partie haute de l'oesophage drainer par les veines œsophagiennes → circuit cave <. Il existe dans l'oesophage des plexus qui vont connecter la partie haute et basse, ce qui crée des anastomoses. (→ varices œsophagiennes).

-Anastomoses porto-caves <:

Artères mésentériques > et < vascularise la partie > du rectum via les artères et veines rectales >. La partie base par veines rectales moyennes et <, qui vont venir se déverser dans la veine iliaque interne.

Si obstacles sur circuit, ces anastomoses permettent au sang d'utiliser d'autres trajets.

-Anastomoses pariétales.

Schéma 13

La veine épigastrique naît de la veine iliaque externe, et se jette dans la veine cave <.

Dans le cas précédent, stases veineuses dans les veines rectales moyennes et inférieures= hémorroïdes.

Ici, varices hépatiques.

4. Entre bloc et fascia de Treitz:

Schéma 14

La veine porte a son origine en arrière du pancréas.

Voie pancréatique:

Canal de Wirsung → ampoule hépato-pancréatique (= ampoule de Vater) → papille= caroncule.

Voie biliaires: voies principales et accessoires.

Voies principales:

Faite d'un canal hépatique, union d'un canal D et G, qui draine le foie d'un suc biliaire → canal hépatique qui devient cholédoque quand il reçoit les voies accessoires représentées par les voies cystiques.

Rejoint le canal pancréatique de Wirsung → ampoule de Vater.

Se déversant dans grande papille (= papille majeure= grande caroncule).

Sphincter complexe qui entoure l'ensemble des deux canaux ainsi que chacun séparément= canal d'Ody.

Vésicule biliaire va se déverser dans le canal cystique.

Canal cystique + canal hépatique= cholédoque.

Rq: Le conduit pancréatique principal est le canal de Wirsung. Il s'abouche au conduit cholédoque après avoir récupéré les conduits pancréatiques accessoires tel que la canal de Santorini.