

LE RECTUM

GENERALITES

Rectum = partie terminale du tube digestif (=TD) → réservoir de **stockage** des matières fécales entre chaque défécation. Quand il est vide c'est un canal virtuel.

Anus = orifice cutané du TD.

Le rectum est constitué de **2 PARTIES** :

- + **Rectum pelvien** = **ampoule rectale** → **PERITONISE** (seule partie péritonisée du rectum), dilaté, fait suite au colon sigmoïde (jusqu'à 6 cm de distension)
- + **Rectum périnéal** = **canal anal** → **SOUS PERITONEAL** (jusqu'à 2 cm de distension)

Pathologie rectale : fréquente +++

- **Bégnine** : fistules, fissures, maladie hémorroïdaire
- **Gravissime** : cancer du rectum

STRUCTURE

Départ en S2, 12 à 15 cm de long. Aspect extérieur en striation musculaire (relief de la couche longitudinale externe)

Dans le plan **SAGITTAL** : 1ère courbure concave en avant, puis se plie pour former de canal anal qui démarre en S3 → le **cap anal** : **angle de 110° ouvert en arrière** entre l'ampoule rectale et la canal anal.

Dans un plan **FRONTAL** le rectum a 3 COURBURES = SILLONS : Supérieure (concavité G), moyenne (concavité D) et inférieure (concavité G)

Le rectum se termine à la peau par l'orifice du canal anal, circulaire, présentant 2 parties :

- **Partie des plis radiés** : peau **sans poils et sans glandes**, de couleur rose, bleutée foncé du à la présence des plexus veineux en profondeur. Les rides sont dues au **sphincter strié sous-cutané** (il existe le **3 sphincter striés** : profond, superficiel et sous-cutané)

Patho : lors de l'inflammation des plexus veineux (= plexus hémorroïdaires) on a des paquets hémorroïdaires qui s'extériorisent à 3h, 7h et 11h → c'est la maladie hémorroïdaire (la thrombose des hémorroïdes entraîne des marisques). Très fréquente, surtout chez les femmes en gestation.

- **La marge anale** : limite entre les plis radiés et la peau standard qui aura des poils et des glandes.

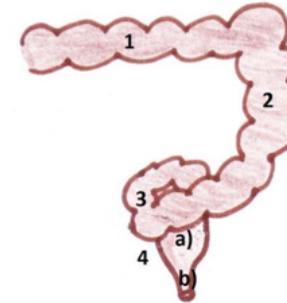


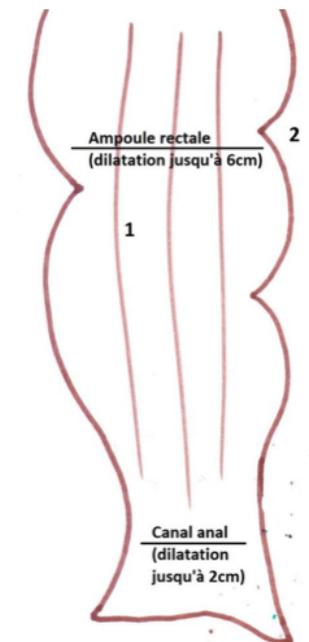
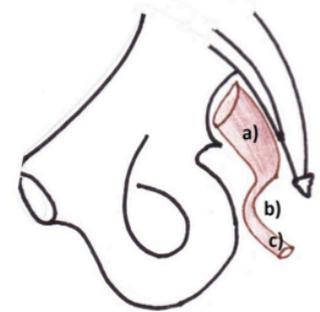
Schéma n°14 : Colon et rectum - Vue antérieure

1. Colon transverse
2. Colon gauche descendant
3. Colon sigmoïde
4. Rectum
 - a) Ampoule rectale (péritonisée)
 - b) Canal anal (non péritonisé)

Schéma n°15 : La cavité pelvienne et le rectum - Vue latérale

Rectum (début en S2)

- a) Ampoule rectale
- b) Cap anal
- c) Canal anal



Le rectum est entouré de 4 TUNIQUES DE L'EXTERIEUR VERS L'INTERIEUR :

- **PERITOINE** : uniquement sur la partie antérieure et latérale de l'ampoule. Il tapisse les sillons du rectum.
- **MUSCULEUSE** : formée de 2 COUCHES :
 - * **Fibres longitudinales externes** → descendent le canal anal jusqu'au sphincter strié pour aller à la peau → *ligament suspenseur de la peau de l'anus = ligament de Sparks* (leur contraction entraîne l'ascension de la peau de l'anus = **muscle corrugator ani**).
 - * **Fibres circulaires internes** → sur toute la hauteur du rectum et qui s'épaississent au niveau du canal anal pour donner le *sphincter lisse interne involontaire de l'anus*.
- **SOUS-MUQUEUSE** : contient les vaisseaux (artères, veines, lymph) ainsi que les *plexus hémorroïdaires* (responsables de la maladie hémorroïdaire et des varices rectales).
- **MUQUEUSE** : retrouvée sur toute la hauteur du rectum
 - * **Valvules rectales = valvules de Houston = plis transversaux du rectum** (inverse des sillons)
 - * **Ligne ano-rectale** → sépare l'ampoule (*muqueuse de type cylindrique*) du canal anal (*muqueuse de type pavimenteux*) → les cancers de l'ampoule et du canal n'auront pas la même forme histologique +++
 - * **Colonnes annales = colonnes de Morgagni** → épaississements **longitudinaux** de la muqueuse. Les colonnes sont reliées en elles par des valvules anales = valvules semi-lunaires contenant des **sinus anaux** (ces sinus peuvent se remplir de matière fécales dures et entrainer des inflammations → c'est à partir de la qu'on a des fistules annales qui s'extériorisent à la peau). **Patho** : une boule de matières fécales dures et déshydraté s'appelle un fécalome.
 - * **Ligne pectinée** : en bas des colonnes annales. Au dessus on trouvera les plexus *hémorroïdaires internes (supérieur)*, et au dessous on trouvera les *plexus hémorroïdaires externes (inférieur)*.

L'APPAREIL SPHINCTERIEN → La défécation

Sphincter interne : lisse, **involontaire**, provient d'un épaississement de la circulaire interne.

Sphincter externe : strié, **volontaire**, crée un manchon musculaire autour du rectum. Le levator ani (faisceaux pubo-coccygien) s'insère dessus. Il est composé de 3 parties :

- *inférieure* = sous-cutanée
- *moyenne* = superficielle
- *supérieure* = profonde

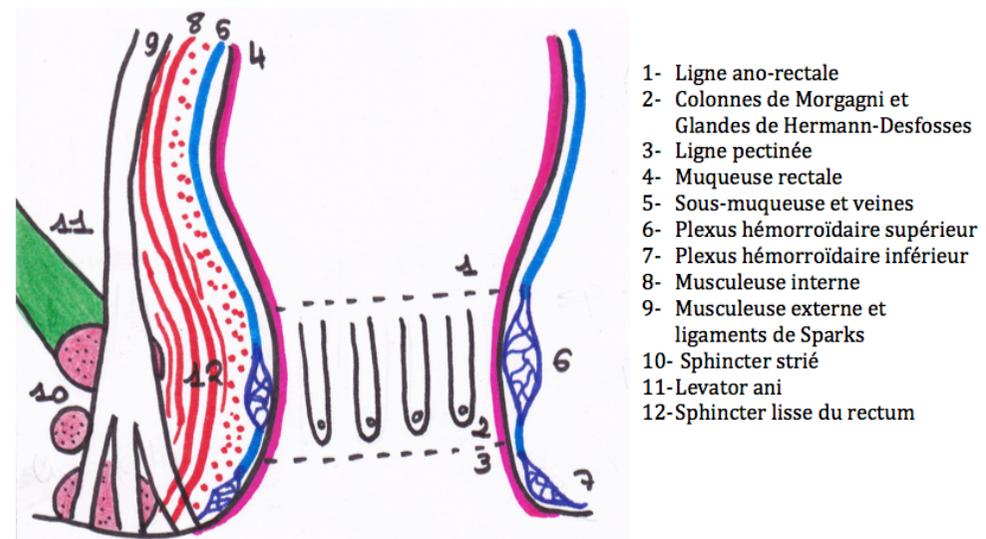
→ Il est traversé par les **fibres blanches** des ligaments de Sparks (→ voir fibres longitudinales ext) et part les **fibres rouges** du levator ani (strié volontaires).

Parasympathique : contraction en masse des fibres lisses et **dilatation du sphincter lisse interne**

Orthosympathique : tonus du sphincter interne lisse.

Somatique : contraction volontaire de l'abdomen et **décontraction du sphincter strié externe** et du levator ani (se qui diminue l'angulation du cap anal et permet la défécation)

Schéma 1 : Coupe antérieure du rectum



LA VASCULARISATION

➤ Vascularisation artérielle

- **a. rectale supérieure** (constante +++) issus de l'AMI → vascularise le haut de l'ampoule et qui se divise en 2 a. rectales gauche et droite
- **a. rectale moyenne** (inconstante) issu de l'a. hypogastrique
- **a. rectale inférieure** (relativement constante) issus de l'a. pudendale (= honteuse)

➤ Vascularisation veineuse

- **v. rectales supérieures** → rejoignent la VMI qui rejoint le tronc spléno-mésaraïque qui lui même rejoint la VMS pour former la **veine porte** et rejoindre le foie
- **v. rectales inférieures et moyennes** → rejoignent les v. iliaques internes (= hypogastriques) puis les v. iliaques communes et enfin la **veine cave**

Patho 1 : Les cancers → le drainage veineux est très important dans la propagation métastatique des primitifs cancers du rectum : les cellules cancéreuses pourront remonter dans la veine cave ou porte.

Patho 2 : Les varices rectales → une cirrhose hépatique peut causer une hypertension portale qui va se répercuter sur les veines oesophagiennes et du plexus rectal supérieur car ce sont des zones d'anastomose porto-cave → varices.

➤ Vascularisation lymphatique

- **Pédicule rectal inférieur** → vers les nœuds inguinaux autour de la grande saphène
- **Pédicule rectal moyen** → vers les nœuds iliaques internes
- **Pédicule rectal supérieur** → vers les nœuds mésentériques inférieurs
- **Pédicules rectal sacré** → vers le ganglion promonctoire

Rmq : Nœud du hile du rectum de Mondor (nœud lymphatique se trouvant à la bifurcation de l'a. rectale sup)

Patho :

- o Les cancers de l'ampoule se drainent vers les nœuds rectaux supérieur et sacré
- o Les cancers du canal anal se drainent vers les 4 voies lymphatiques → ils se propagent beaucoup plus vite que ceux de l'ampoule !

Schéma 2 : Vascularisation artérielle du rectum

- 1- Aorte abdominale
- 2- Ar. Iliaque externe droite
- 3- Ar. Iliaque externe gauche
- 4- Ar. Mésentérique inférieure
- ACMG - Ar.
- ACIG - Ar.
- 5- Ar rectale supérieure
- 6- Ar. Iliaque interne droite
- 7- Ar. rectale moyenne
- 8- Ar. Rectale inférieure

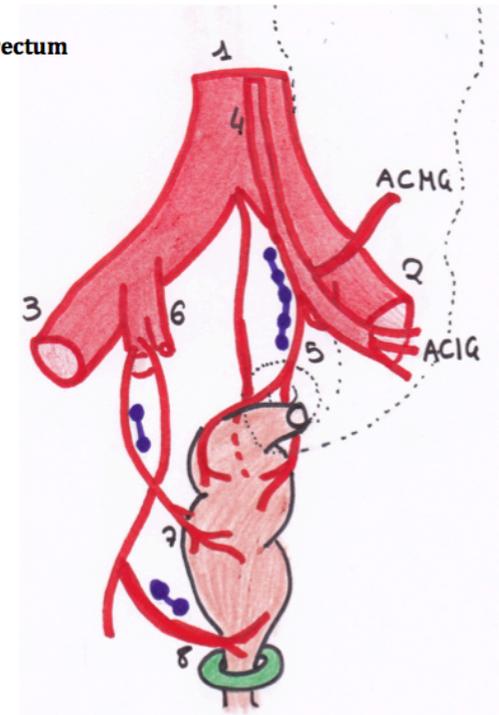
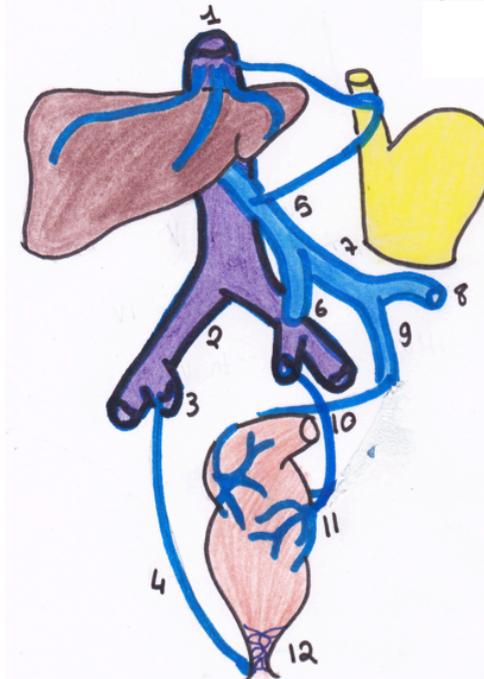


Schéma 3 : Vascularisation veineuse du rectum



- 1- Veine cave inférieure
- 2- Veine iliaque
- 3- Veine iliaque interne
- 4- Veine rectale inférieure
- 5- Veine porte
- 6- Veine mésentérique supérieure
- 7- Tronc spléno-mésentérique
- 8- Veine splénique
- 9- Veine mésentérique inférieure
- 10- Veine rectale supérieure
- 11- Veine rectale moyenne
- 12- Anastomoses porto-caves

LES RAPPORTS DU RECTUM

➤ Péritonisation du rectum

Le péritoine tapisse la face supérieure de la vessie, forme le cul de sac vésico-utérin, puis tapisse la face supérieure de l'utérus, forme le cul de sac de Douglas et enfin remonte pour recouvrir la **partie antérieure de l'ampoule rectale**.

Cul de sac de Douglas +++ : point le plus déclive de la cavité péritonéale = **cul de sac recto-vagino-pubien**. Lors d'une inflammation de la cavité péritonéale tout va s'accumuler à cet endroit → cul de sac bombé → le toucher pelvien déclenchera une douleur « *Cri de Douglas* ». Ce cul de sac est limité latéralement par le pli recto-utérin.

Deux façons d'examiner le cul de sac de Douglas : 2 doigts dans le vagin jusqu'au fornix ou toucher rectal.

➔ Le **rectum périnéal** (= canal anal) est **NON PÉRITONISÉ** alors que le **rectum péritonéal** (= ampoule) est **PÉRITONISÉ** sur sa partie antérieure et latérale +++

➤ Les rapports du rectum

- Rapports du **rectum péritonéal** : cul de sac de Douglas, corps de l'utérus, éléments de la grande cavité péritonéale
- Rapports du **rectum périnéal** :
 - **En avant** : vagin
 - **En bas** : NFCP
 - **En arrière** : fascia cellulo-rectal (lame graisseuse séparant le sacrum du rectum)
 - **Latéralement** : fosse ischio-rectale

➤ La lame sacro-recto-génito-pubienne (LSRGP pour les intimes)

C'est un espace fibreux qui est sous-tendu par le SNV du petit bassin. Lame **sous-péritonéale, au-dessus du fascia pelvien supérieur**.

Cette lame possède 3 parties : +++

- **Aileron latéral** = ligament cardinal de l'utérus : il est situé à la base du ligament large de l'utérus
- **Aileron antérieur** : formé par le ligament vésico-utérin et vésico-pubien
- **Aileron postérieur** : formé par le ligament utéro-rectal et utéro-sacré

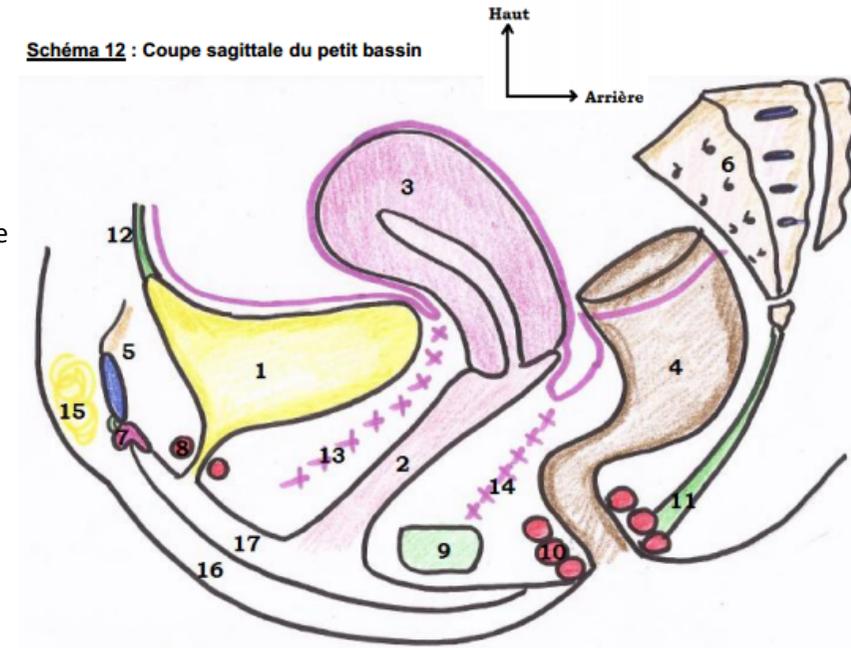


Schéma 7: Lame sacro-recto-génito-pubienne

