

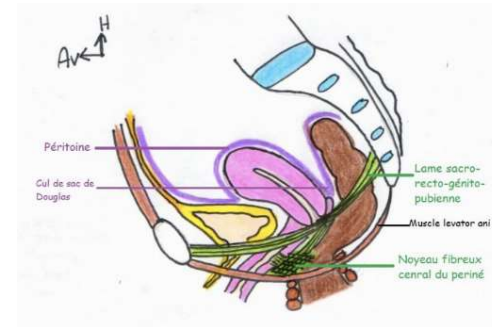
I. **Lame Sacro-Recto-Génito-Pubienne (LSRGP)**

A. Introduction

C'est une **formation fibro-conjonctive**, comprenant des éléments fibreux et nerveux appartenant au petit bassin. Il est **difficile de la visualiser**, même en dissection (d'où la difficulté à en décrire l'anatomie) ; elle est cependant **palpable**, via la résistance qu'elle offre au doigt (lors de touchers vaginaux ou rectaux).

Très **variable**, elle joue un rôle majeur dans le **maintien de la stabilité des organes**, notamment ceux de la filière génitale.

Cette LSRGP **rattache le fascia utérin à l'ensemble du pelvis**, et va former le paramètre au niveau de la base du ligament large (*cf. plus loin dans le cours*).

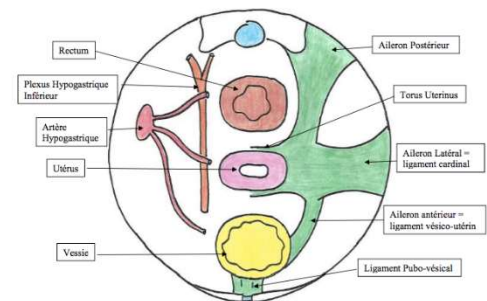


B. Situation et composition

La LSRGP **repose sur le fascia supérieur du muscle levator ani**, et comprend :

1. Des **fibres nerveuses**, issues du système nerveux **végétatif**
 - a. Fibres orthosympathiques : issues à la fois du **plexus hypogastrique supérieur** et des **troncs sympathiques sacrés** bilatéraux (nerfs splanchniques pelviens)
 - b. Fibres parasympathiques : correspondant aux **nerfs érecteurs d'Eckard** (S2, S3 et S4)

Toutes ces fibres permettant la constitution du **Plexus Hypogastrique Inférieur (PHI)**.



2. Des **artères** issues de **l'artère hypogastrique**

L'ensemble de ces vaisseaux et fibres nerveuses sous-tend des fibres collagéniques et des muscles lisses, permettant la formation de la lame que nous étudions.

💀 Descentes d'organes 💀

Comme nous l'avons vu dans le cours dédié au périnée, la LSRGP est très étudiée puisque sa dégénérescence est au centre du mécanisme de descentes d'organes.

Les **facteurs de risque** sont **l'obésité** et les **traumatismes obstétricaux**.

C. Rapports de la LSRGP

Lorsque l'on prend une coupe sagittale du petit bassin, l'organisation est telle que l'on retrouve, du plus superficiel au plus profond :

- Le diaphragme pelvien (qui limite en bas le petit bassin)
- Le *levator ani* (avec ses fascias inférieur et supérieur (qui est le plus puissant))
- La vessie, l'utérus et le rectum (qui **reposent sur le fascia supérieur du LA**)
- Les éléments nerveux (PHI) et les artères issues de l'artère hypogastrique
- La LSRGP
- Le ligament large (*on parle de lui juste après, continue donc à lire la fiche 😊*)

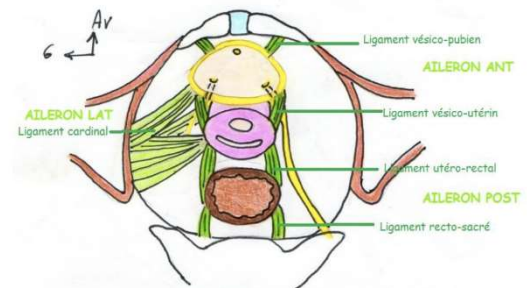
D. Anatomie de la LSRGP

Notre lame présente **3 ailerons** eux-mêmes composés de ligaments :

AILERON ANTERIEUR	Ligament vésico-utérin
	Ligament pubo-vésical
AILERON LATERAL (Ligament sacro-utérin)	Ligament cardinal de l'utérus → En para-utérin → Forme la base du ligament large
AILERON POSTERIEUR	Ligament recto-utérin
	Ligament sacro-rectal

Les ligaments formant l'aileron postérieur délimitent **latéralement** le **cul-de-sac de Douglas**. Ces mêmes ligaments vont se réunir à la partie postérieure de l'utérus, pour former le **torus uterinus**.

L'ensemble de la LSRGP forme une croix : c'est la croix de Ricard.



II. Ligament Large

A. Introduction

Il se situe entre le péritoine pariétal et utérin.

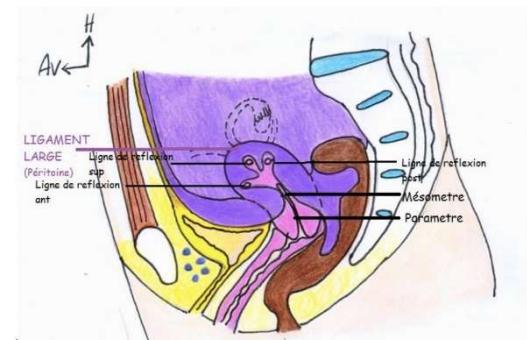
Fun fact : on le désigne par le terme de « ligament », mais cette structure correspond plutôt à un ensemble de **déformations péritonéales** autour de l'utérus.

C'est une formation ligamentaire qui ne présente **aucune résistance** ; on dit qu'elle apporte une **stabilité flaccide** aux structures du petit bassin.

Le péritoine va recouvrir les organes du petit bassin comme si l'on avait déposé un drap dessus. Il forme ainsi des culs-de-sac péritonéaux ; **il recouvre en partie le corps de l'utérus +++**

Au niveau du cul-de-sac vésico-utérin (espace entre la vessie et l'utérus) existe un accolement de péritoine ; c'est le **fascia vésico-utérin**. Le péritoine se réfléchit au niveau de ce fascia pour ensuite tapisser le corps de l'utérus.

En arrière, le péritoine se repose sur le **torus uterinus** et est sous-tendu par le ligament utéro-sacré. On trouvera, **en médial**, le **cul-de-sac de Douglas**.



🦋 Péritonite/Infection péritonéale 🦋

En cas d'infection péritonéale, le liquide infectieux aura tendance à se **collecter** dans le **cul-de-sac de Douglas**, qui est la **partie la plus déclive** de la grande cavité péritonéale. Un toucher rectal ou vaginal permettra d'atteindre le cul-de-sac de Douglas. Si celui-ci est plein de liquide, le toucher déclenchera une douleur vive, entraînant chez le patient le « **cri de Douglas** » (*le patient ne vas pas crier Douglas hein, même si ça pourrait être très drôle, je vous l'accorde*).

B. Structure

On compare le ligament large (donc les déformations péritonéales au niveau de l'utérus) à un **fantôme à trois bras**. C'est la forme globale de ce ligament.

- Il possède une **ligne de réflexion utérine trifoliée** (donc possédant 3 lignes de réflexion)
- Ainsi qu'une **ligne de réflexion pariétale**, qui est, elle **bifoliée +++**

C. Ligne de réflexion utérine (médiale)

Elle possède donc 3 lignes de réflexion, qui forment un **trèfle à trois feuilles** autour de trois formations.

On décrit trois ailerons qui sont mobiles, et qui émanent des cornes utérines :

1. L'aileron antérieur : sous-tendu par le **ligament rond** (formation ligamentaire reliant les cornes utérines aux grandes lèvres)
2. L'aileron supérieur : sous-tendu par **l'oviducte** (trompe utérine) ; on l'appelle aussi **mésosalpinx**
3. L'aileron postérieur : sous-tendu par le **ligament utéro-ovarien** (ou utéro-gonadique, ligament propre de l'ovaire) ; il est aussi désigné par le terme de **mésovarium**

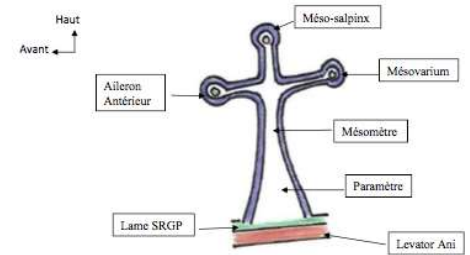
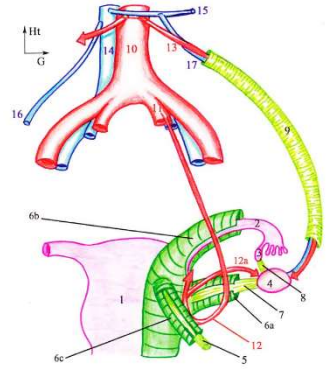
L'utérus est un **organe infra-péritonéal et péritonisé** ; le corps de l'utérus est en grande partie recouvert par le péritoine. Cependant, il n'est pas péritonisé au niveau de sa partie latérale. En effet, on retrouve à ce niveau les lignes de réflexion du ligament large ; celui-ci s'élargit vers le bas.

On trouve donc sur la partie latérale du corps de l'utérus une **formation triangulaire**, que l'on peut diviser en deux parties :

- ➔ Le **mésomètre** : partie **effilée en haut**
- ➔ Le **paramètre** : qui est la base de notre formation triangulaire. C'est une partie **élargie** en triangle et à base inférieure, qui **repose sur le levator ani**

On retrouve donc le ligament large dans 3 zones :

1. Zone supérieure : la **zone des ailerons**, autour des bras partant des cornes utérines
2. Zone moyenne : le **mésomètre**
3. Zone inférieure : le **paramètre** ; on y retrouve la LSRGP (qui repose sur le *levator ani*), avec tous ses éléments nerveux et vasculaires



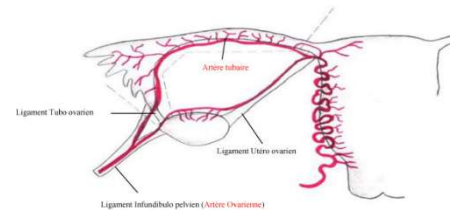
D. Ligne de réflexion pariétale (latérale)

Comme je l'ai déjà évoqué précédemment, cette ligne de réflexion est **bifoliée** +++ En effet, la trompe utérine ne se projette pas au niveau de la paroi (*en gros elle n'est tout simplement pas en rapport avec la paroi, elle n'est pas collée à celle-ci*). On perd donc le mésosalpinx, qui était sous tendu par la trompe dans la ligne de réflexion utérine.

Les deux folioles de la ligne de réflexion pariétale sont :

1. La foliole antérieure, toujours sous-tendue par le **ligament rond**
2. La foliole postérieure, qui est cette fois-ci sous-tendue par le **ligament lombo-ovarien** (*ou infundibulo-pelvien*)

Ce ligament, reliant l'aorte dans sa portion lombaire à la gonade féminine, est en réalité une **condensation fibreuse autour des vaisseaux gonadiques**.



III. Récap des moyens de stabilité

Le **ligament large** : n'a qu'une stabilité dite « **flaccide** » (ce qui revient à dire qu'il n'apporte aucune stabilité).

Le **ligament cardinal** (qui est l'aileron latéral de la LSRGP, de part et d'autre du corps de l'utérus) : il permet la **stabilité des organes** du petit bassin.

Le **ligament rond** (qui correspond à l'aileron antérieur du ligament large) : permet la **stabilité de l'utérus** (revu dans le cours sur l'utérus plus en détail).

Bon courage à tous, croyez en vous. La réussite est atteignable, et ce qui arrive après est plutôt incroyable.