

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 lame **part du sacrum** pour aller jusqu'au pubis.

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 **trons 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.

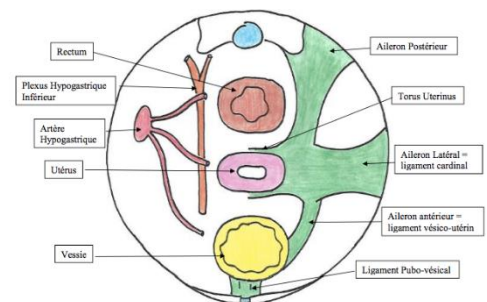
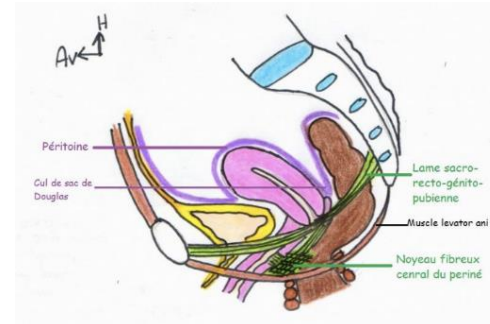
Les **facteurs de risque** sont **l'obésité** et les **traumatismes obstétricaux**.

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 😊*)

Cette lame est **sur** le **fascia supérieur** du **diaphragme pelvien** ! **NEW**



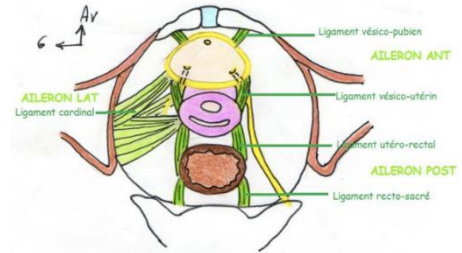
D. Anatomie de la LSRGP

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

AILERON ANTERIEUR ★★	Ligament vésico-utérin ★
	Ligament pubo-vésical ★ Fascia ombilico-pré-vésical NEW
AILERON LATERAL ★★★	Ligament cardinal de l'utérus ★★★ → En para-utérin → Au niveau de la base du ligament large
AILERON POSTERIEUR ★★ (Ligament sacro-utérin ★★★)	Ligament recto-utérin ★
	Ligament sacro-rectal

Les ligaments formant l'aileron postérieur délimitent **latéralement** le **cul-de-sac de Douglas**.

Ce **cul-de-sac de Douglas** qui est entre le rectum et le vagin est **limité latéralement** par le **pli péritonéal recto-utérin**, qui est sous-tendu par la lame SRGP.



II. Ligament Large

A. Introduction

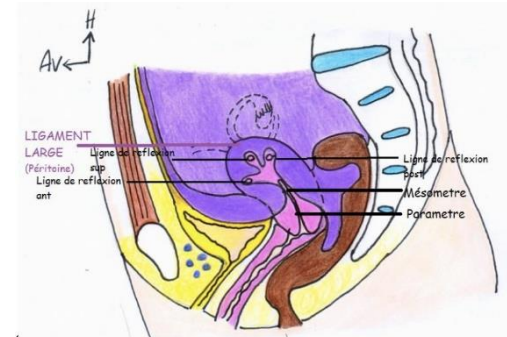
Il se situe entre le péritoine pariétal et utérin.

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 +++**

Le péritoine va envelopper l'ensemble mais sur la partie latérale du **corps de l'utérus** on a la formation du **ligament large** avec la **ligne de réflexion du péritoine** sur les parties latérales du **corps de l'utérus**.



☠ 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.

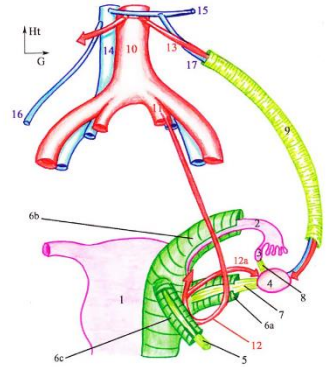
- Il possède une **ligne de réflexion utérine trifoliée** (donc possédant 3 lignes de réflexion)
- Ainsi qu'une **ligne de réflexion pariétale**, qui est, elle **bifoliée** +++

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** ★★. Il va jusqu'au **hile de l'ovaire** et s'**interrompt** à ce niveau (l'ovaire n'est pas péritonisé +++) **NEW**.



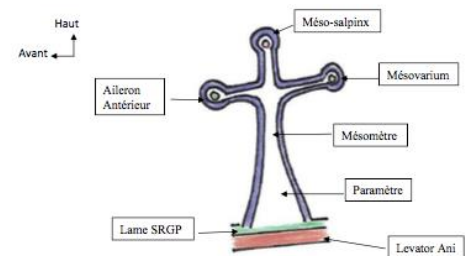
L'utérus est un **organe infra-péritonéal et péritonisé** ; le corps de l'utérus est en grande partie recouvert par le péritoine. Cependant, il n'est pas péritonisé au niveau de sa **partie latérale**. En effet, on retrouve à ce niveau les lignes de réflexion du ligament large ; celui-ci s'élargit vers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

On trouve donc sur la partie latérale du corps de l'utérus une **formation triangulaire, oblique vers l'avant NEW** (du fait de la situation anatomique de l'utérus), que l'on peut diviser en deux parties :

- Le **mésomètre** : partie **effilée en haut**
- Le **paramètre** ★★★ : c'est la base ★★★ de la formation triangulaire. C'est une partie **élargie** ★ en triangle à base inférieure ; **repose sur le LA**

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**. A ce niveau, on trouve : le LA, le fascia supérieur du diaphragme pelvien ; la **LSRGP avec ses vaisseaux** ; et parfois l'**uretère NEW**.



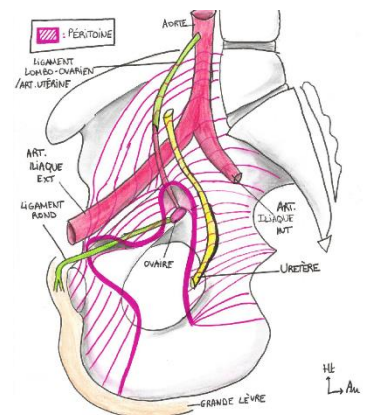
D. Ligne de réflexion pariétale (latérale)

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

Je vous ajoute ici le tableau récapitulatif de ma ronéo ; pour que vous ayez une vision d'ensemble.

RECTUM	<p style="text-align: center;">Muscle crispateur de l'anus <u>NEW</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Amarre le canal anal au sphincter strié et à la marge anale <p style="text-align: center;">Sphincter strié</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Stabilisé par le NFCP (en avant) et le ligament ano-coccygien (en arrière)
VAGIN	<p style="text-align: center;">Levator ani</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>Latéralement</u> au vagin <p style="text-align: center;">NFCP</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Le vagin <u>s'appuie dessus</u> ➤ Le dôme vaginal exerce une poussée sur ce noyau
VESSIE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fascia vésico-vaginal (permet un appui sur le vagin) ➤ Aileron antérieur de la LSRGP ➤ Levator ani, latéralement
UTERUS	<p style="text-align: center;">NFCP</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Le col de l'utérus s'appuie sur la paroi postérieure du vagin ➤ Le vagin prend lui-même appui sur le NFCP <p style="text-align: center;">Ligament rond</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Tracte l'utérus vers l'avant ➤ Pérennise son antéversion <p style="text-align: center;">Ligaments utéro-sacrés (LSRGP)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Créent une suspension recto-sacrée ➤ Figent le col de l'utérus en arrière <p style="text-align: center;">Le ligament large est extrêmement flaccide : ce n'est pas un bon élément de stabilisation.</p>