

## Questions pour le Professeur De Peretti

### Parois du Petit Bassin

➤ **Question 1 :**

Pourrions-nous avoir un récapitulatif sur les diamètres du détroit supérieur ? Car la version a changé par rapport à l'année dernière.

**REPONSE :** Le **diamètre antéro-postérieur** = sagittal médian = 11 cm (*c'est le diamètre promonto-sus-pubien*)

Le **diamètre oblique** = 12 cm

Le **diamètre transverse** = 13 cm

*Mémo du prof : c'est comme une aiguille, ça augmente dans le sens d'une aiguille d'une montre*

➤ **Question 2 :**

La symphyse pubienne possède-t-elle une cavité virtuelle ou réelle ?

**REPONSE :** La **cavité** de la symphyse pubienne est remplie par la fibro-cartilage d'interposition, on ne peut pas dire que c'est une cavité virtuelle car on ne peut pas la créer.

➤ **Question 3 :**

Dans la première vidéo de cours, vous dites que le nerf pudendal **surcroise** le ligament sacro-épineux. Or les années précédentes, vous disiez qu'il passait **en dehors et en arrière de ce ligament**. Quelle version les étudiants doivent-ils retenir ?

**REPONSE :** Le **nerf pudendal** passe **en dehors** du ligament sacro-épineux et certains disent qu'il le **surcroise**, il peut même passer en dehors de l'épine ischiatique. *En gros la version ne change pas et il faut surtout retenir qu'il passe en dehors.*

➤ **Question 4 :**

La surface auriculaire se situe-t-elle au niveau du sacrum ET de l'os coxal ?

**REPONSE :** La **surface AUriculaire** est encroutée de cartilage, a la forme d'un angle droit et porte ce nom au niveau du **sacrum ET** de l'os coxal.

➤ **Question 5 :**

Le sacrum ne fait pas partie de la ceinture pelvienne ?

**REPONSE :** Le **sacrum** ne fait **PAS** partie de la **ceinture pelvienne** ATTENTION errata ronéo !

➤ **Question 6 :**

Pour la crête iliaque, vous dites que c'est une convexité externe postérieure mais par rapport au schéma ne serait-ce pas plutôt une convexité interne ou concavité externe postérieure ?

**REPONSE :** La crête iliaque présente une **convexité antérieure** et **externe** et une **concavité postérieure** et **externe**.

➤ **Question 7 :**

Vous dites que le sacrum a une concavité frontale et sagittale, les étudiants se demandent si ce ne serait pas plutôt une concavité transversale ?

**REPONSE :** Le sacrum présente une concavité dans le plan **sagittal ET horizontal**

## Périnée Féminin

### ➤ Question 8 :

Pendant le cours, vous avez parlé des fascias du périnée : le fascia superficiel, qui sépare la graisse profonde de la graisse sous-cutanée ; et les fascias autour des muscles transverses : superficiel (épais) et profond (moins épais). Nous avons pensé que ces termes pourraient porter à confusion, entre le fascia sous-cutané ; et le fascia superficiel du périnée.

Les années précédentes, vous parliez de fascia superficiel ; ainsi que de fascia périnéal profond, séparé en feuillet inférieur (épais) et supérieur (moins épais), qui n'introduisait donc pas cette confusion entre les deux structures.

Quelle version les étudiants doivent-ils retenir ?

**REPONSE** : Les muscles transverses sous-tendent les fascias du périnée.

Le muscle transverse superficiel possède un fascia, composé de deux feuillets : un inférieur et un supérieur ; de même pour le muscle transverse profond

A partir de ces fascias, il y a une nappe antérieure de fascias qui se forme, et qui va combler le triangle antérieur du périnée, tout en enveloppant les autres muscles du diaphragme périnéal, en particulier les muscles constricteurs de l'appareil érectile féminin.

Au niveau du triangle antérieur, il y a :

1. Un fascia supérieur sous-tendu par le muscle transverse profond (au pôle supérieur du muscle)
2. Un fascia inférieur sous-tendu par le muscle transverse superficiel (cette fois-ci, au pôle inférieur du muscle)

On rappelle qu'il n'y a pas de fascia périnéal au niveau du triangle postérieur du périnée.

*Du coup maintenant plus de doutes possibles, on a :*

- *Le fascia superficiel/superficialis, qui n'est pas spécifique. C'est le fascia régional, il est le prolongement du fascia superficialis du membre inférieur, et il a pour rôle de séparer la graisse profonde de la graisse sous-cutanée*
- *Les fascias périnéaux inférieur et supérieur, sous-tendus par les muscles transverses, qui s'étendent en avant pour combler le triangle antérieur.*

### ➤ Question 9 :

Le ligament ano-coccygien appartient-il au diaphragme pelvien ou au diaphragme périnéal ?

**REPONSE** : Il appartient au diaphragme pelvien.

### ➤ Question 10 :

Dans votre cours, vous parlez du diaphragme périnéal en le désignant par le nom « **diaphragme musculaire de la partie antérieure du périnée** ». De plus, vous précisez **qu'il n'y a pas de diaphragme périnéal** dans le triangle postérieur du périnée.

Or, les années précédentes, vous aviez l'habitude d'inclure le sphincter strié externe de l'anus à la description du diaphragme périnéal.

Ainsi, le sphincter strié de l'anus **appartient-t-il, ou n'appartient-t-il pas**, au périnée musculaire ?

**REPONSE** : Les muscles du diaphragme périnéal sont au niveau du triangle antérieur uro-génital du périnée. Le sphincter strié de l'anus fait partie des muscles du périnée, mais ne fait pas partie des muscles du diaphragme périnéal.

➤ **Question 11 :**

Concernant le **pudendum**, vous parlez dans votre vidéo des **glandes vestibulaires mineures** comme de nombreuses glandes microscopiques, disposées sur toute la hauteur du vestibule. Or, les années précédentes, vous disiez que ces glandes vestibulaires mineures étaient l'autre nom des glandes **para-utérales de Skene**. Quelle version les étudiants doivent-ils retenir ?

**REPONSE :**

« La nomenclature est très variable. »

On trouve au niveau du pudendum les glandes suivantes :

1. **Glandes urétrales** : sécrètent et s'ouvrent dans le canal de l'urètre.
2. **Glandes para-urétrales** : orifice externe droit et gauche, de part et d'autre de l'ostium de l'urètre. Une femme possède donc deux glandes vestibulaires.
3. **Glandes vestibulaires majeures** : il y en a deux, appelées glandes de Bartholin ; « grosso modo » au milieu de la fente vaginale.
4. **Glandes vestibulaires mineures** : ce sont des glandes diffuses qui s'ouvrent dans le vestibule, et qui sécrètent du liquide lubrifiant, ainsi que du sébum.

## Diaphragme Pelvien

➤ **Question 12 :**

Est-ce qu'un tel item serait à compter juste le jour du concours :

« Le faisceau ilio-coccygien du muscle levator ani s'insère sur le noyau fibreux central du périnée »

**REPONSE :** Parmi ses insertions, que ce soit l'ilio ou le pubo-coccygien, le muscle levator ani a toujours des insertions sur le NFPC. Cet item est donc à compter VRAI.

➤ **Question 13 :**

En ce qui concerne les plis de renforcement du fascia supérieur du diaphragme pelvien. Dans votre cours, vous appelez l'épaississement le plus postérieur « pli coccygien » ; avant de parler de « pli sacré ». Est-ce que ces deux termes sont à apprendre ? Ou les étudiants doivent-ils seulement retenir « pli sacré » ?

**REPONSE :** Le professeur ne vous demande pas de connaître le nom des quatre épaississements ; il faut uniquement savoir qu'ils existent et, qu'au nombre de quatre, ils renforcent le fascia supérieur du diaphragme pelvien.

## Organes du Petit Bassin

➤ **Question 14 :**

Pour les couches du myomètre, la couche interne = plexiforme et la couche moyenne = circulaire ?

**REPONSE :** Il s'est trompé en cours, et confirme la version des autres années, à savoir :

- Couche externe : longitudinale
- Couche moyenne : circulaire
- Couche interne : plexiforme

➤ **Question 15 :**

Vous dites que le lugol colore les cellules cancéreuses en blanc, pourtant l'année dernière ce sont les cellules saines qu'il colorait en blanc, quelle version doit-on retenir ?

**REPONSE :**

- Le lugol colore en acajou le col normal
- Le cancer est dit « iodo-négatif » (*le lugol étant une solution d'iode*) c'est-à-dire que les cellules cancéreuses ne sont pas colorées par le lugol
- L'acide acétique colore en blanc les cellules cancéreuses car le cancer est dit « acidophile »

**Ainsi, on peut dire que :**

- **Les cellules cancéreuses sont blanches à l'acide acétique**
- **Elles sont roses (de couleur physiologique) lorsque colorées au lugol**

Cette technique d'examen clinique est très importante pour préciser les lieux où doivent porter les biopsies du col.

➤ **Question 16 :**

L'item « La trompe est entièrement péritonisée » est-il à compter juste ?

**REPONSE : FAUX** +++ la trompe est entièrement péritonisée sauf au niveau de son ostium. Si l'ostium est péritonisé, l'œuf ne peut pas être transporté jusqu'à l'utérus.

Par contre, l'item « **la trompe est entièrement péritonisée, sauf au niveau de son ostium** » est lui, à compter VRAI !

➤ **Question 17 :**

Pour l'innervation de l'utérus, vous dites que l'innervation passe par la colonne inter-medio-médiale mais est-ce que ce ne serait pas plutôt la colonne inter-médio-latérale ?

**REPONSE :**

- Quel que soit l'organe, l'innervation motrice orthosympathique provient de la colonne IML de C8 à L2. Elle est organisée en différents centres.
- L'innervation sensitive orthosympathique va à la colonne IMM sur toute la hauteur de la moelle.
- L'innervation parasympathique motrice provient du plancher du quatrième ventricule, pour tout l'organisme sauf pour les organes pelviens ; celle-ci est assurée par la colonne IMV, qui se trouve de S2 à S4.

En gros s'il vous parle d'innervation motrice orthosympathique c'est colonne IML, s'il parle de sensibilité c'est la colonne IMM. *Vous prenez pas la tête c'est vraiment pas le genre de choses qui tombe en UE9.*

➤ **Question 18 :**

Cette année vous dites qu'on trouve une colonne à la face postérieure du vagin, pourtant l'année dernière vous étiez catégorique sur le fait que la colonne était présente uniquement sur la face antérieure du vagin, quelle version doit-on retenir ?

**REPONSE :**

« Il ne faut pas être catégorique sur les colonnes du vagin, parce que c'est quelque chose d'extrêmement variable au cours de la vie de la femme. »

- Il y a une colonne antérieure épaisse et constante sur la face antérieure du vagin
- Il y a une colonne postérieure plus grêle, parfois inconstante, sur la face postérieure

De même pour les rides du vagin, qui sont plus développées en avant qu'en arrière. Les rides du vagin traversent les colonnes.

➤ **Question 19 :**

Dans votre cours sur le rectum, vous évoquez l'exérèse de cet organe, en disant que l'opération consiste à retirer la totalité de l'organe, ainsi que le **corps adipeux de la fosse ischio-rectale**. Vous dites ensuite que cette opération peut occasionner des troubles urinaires, et de l'érection ; dans la mesure où la fosse ischio-rectale est **traversée par la lame sacro-recto-génito-pubienne**, contenant les fibres nerveuses parasympathiques du plexus hypogastrique inférieur.

Or, il me semblait que, puisque la lame SRGP se trouve au-dessus du levator ani, elle ne pouvait pas se trouver dans la fosse ischio-rectale, qui est, elle, au-dessous du levator ani... Par quoi sont alors occasionnés les troubles de la miction et de l'érection conséquents à cette chirurgie ?

**REPONSE :** La fosse ischio-rectale n'existe pas, mais elle est toujours enseignée. Pratiquement à aucun moment de son trajet le rectum ne se projette en regard de l'ischion. Par dérivation, on appelle fosse ischio-rectale une fosse cellulaire sous le LA, de part et d'autre du rectum.

**L'ablation du rectum**, pour raison carcinologique, **emporte toute l'atmosphère cellulaire autour du rectum, donc une grande partie de la LRSGP**, expliquant les troubles de la miction, de l'érection et de la défécation. *Evidemment que si plus de rectum, trouble de la défécation, merci Fernand.* Les troubles de l'érection sont plus flagrants chez l'homme.

**RETOUR SUR LA COUPE FRONTALE DU RECTUM**

On parle ici de l'aspect endoscopique du rectum.

Au niveau du canal anal (entre ligne ano-rectale et ano-cutanée) se trouvent les colonnes anales. Avant on parlait de colonnes de Morgagni, mais bannissez ce terme.

Au bas des colonnes anales se trouvent les valvules anales, qui sont des valvules en nid d'hirondelle. Ces valvules anales forment des replis, que l'on dit « semi-lunaires ». Dans la profondeur des valvules anales se trouve les sinus anaux. Ces sinus peuvent présenter des infections, et sont à l'origine des fistules anales.

**DEFICIENCES DE CONTENTION DU DIAPHRAGME PELVIEN + URO-G**

Ce sont des éléments de contention des organes du petit bassin. S'ils sont déficients, il va y avoir des chutes d'organes.

- Colpocèle : le col de l'utérus passe à travers le vagin
- Cystocèle : la paroi postérieure de la vessie passe à travers le vagin
- Rectocèle : la paroi antérieure du rectum passe à travers le vagin.
- Prolapsus anal : le rectum sort par l'orifice anal

*Il ne faut donc pas confondre le rectocèle et le prolapsus anal ! Dans les deux cas, ça concerne le rectum ; sauf qu'il ne sort pas par le même orifice.*