

## Anatomie Générale LAS 1

### Cours présentiel N°2 appareil digestif du Pr Baqué



Comme d'habitude je mets les nouvelles choses ou les notions sur lesquelles le pro insiste !! Bon courage les BGs.

### I) Suite de l'intestin

Connaissez bien votre embryologie du péritoine et comment s'organise le prof a dit que c'était important !! +++

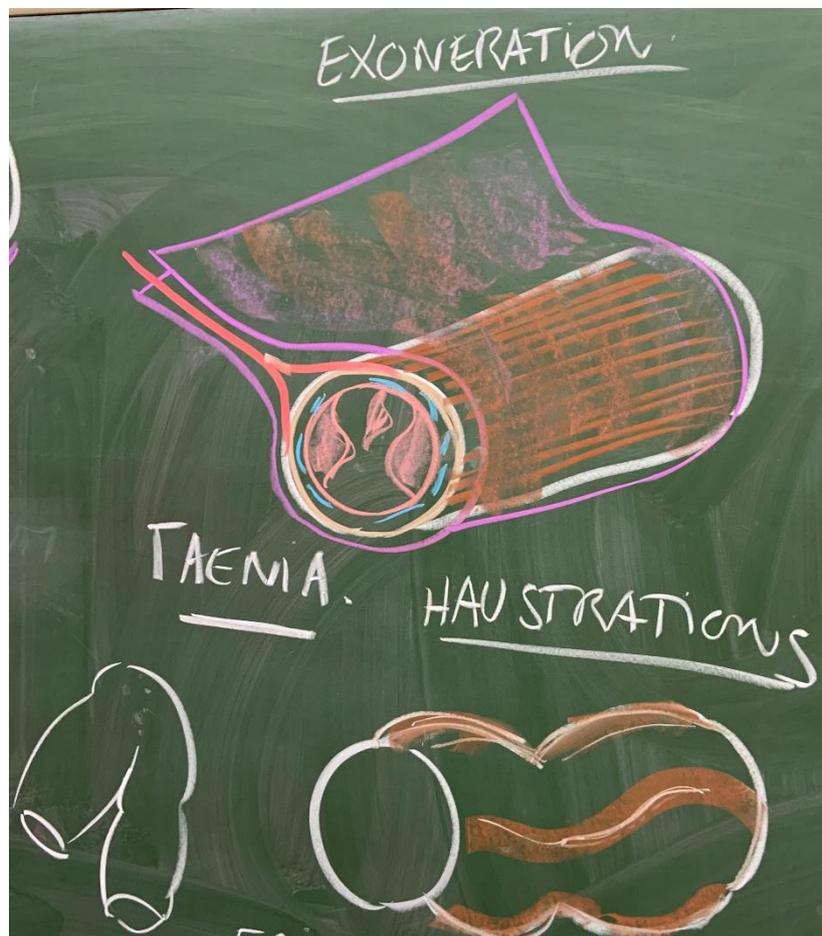
L'intestin grêle se retrouve au milieu alors que le **colon se dispose comme un cadre** « ça c'est très important ». Quand vous lirez les examens radiologiques, en particulier les scanners ou les radiographies, vous verrez toujours cette image que l'intestin grêle est au milieu avec **les anses jéjunales disposées horizontalement +++ et les anses iléales disposées verticalement** et le colon en cadre. Tout l'intestin que vous verrez en cadre ça sera le colon alors que ce que vous verrez au milieu, ça sera de l'intestin grêle.

Le rectum est la partie terminale de l'intestin.

« Hier j'ai enlevé un colon pour un cancer c'est pour ça que je n'ai pas pu venir », on t'excuse PatBaq 🙏

Les bosselures/haustrations du colon sont des dilatations régulières.

Ce sont sur les tænia qu'on fait les coutures chirurgicales, ça permet d'avoir une couture solide.



L'intestin grêle, dans sa disposition modale, s'abouche au niveau du colon droit **au-dessus du caecum** en venant du pelvis, la dernière anse remonte du pelvis et revient de la cavité pelvienne. (Je vais demander au prof parce que ce n'est pas trop clair)

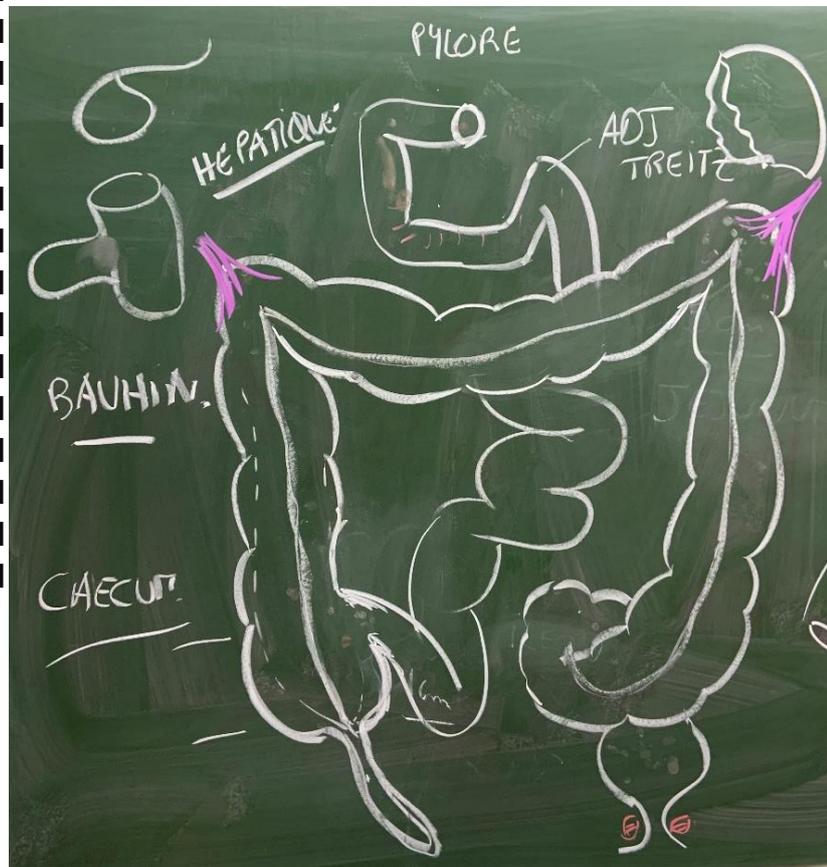
### Angle colique :

Angle droit = angle hépatique car il se situe sous le foie.

Angle gauche = angle splénique car il se situe sous la rate. Il est **plus haut que l'angle hépatique**, l'angle est plus aigu.

Les angles sont fixés par des extensions de péritoine que l'on appelle les **cornes épiploïques**, qui se fixent à la paroi abdominale. Les angles sont donc fixes.

A la jonction entre intestin grêle et colon il n'y a plus de replis muqueux.



## II) Le rectum

La selle = l'exonération des matières fécales.

### 🇫🇷 PATHOLOGIE 🇫🇷

## Introduction des pathologies

### Maladies inflammatoires :

Il y a des **maladies inflammatoires** du rectum que l'on va appeler des **rectites**. Lorsque le rectum est enflammé la capacité de stockage est compromise et donc la vie sociale devient un enfer...

Les **MICI** (maladies chroniques inflammatoires intestinales), il y en a 2 :

1. La **maladie de Crohn**
2. La **recto-colique hémorragique**

Ce sont des maladies qui enflamment spontanément le colon et lorsque ça atteint le rectum c'est très gênant.

## Cancer :

Il y a des cancers, le cancer du côlon et du rectum = le **cancer colorectal est le cancer le plus fréquent**, tout sexe confondu. Il y a 39 000 nouveaux cas par an. C'est un cancer qu'il faut savoir dépister, que l'on dépiste à partir de 50 ans. On va voir s'il y a des polypes (*le polype colorectal est une tumeur bénigne, de taille variable, se développant sur la muqueuse du côlon ou du rectum*) qui sont des lésions pré-cancéreuses du cancer.

Lorsque le cancer atteint le rectum cela va donner un **syndrome rectal** :

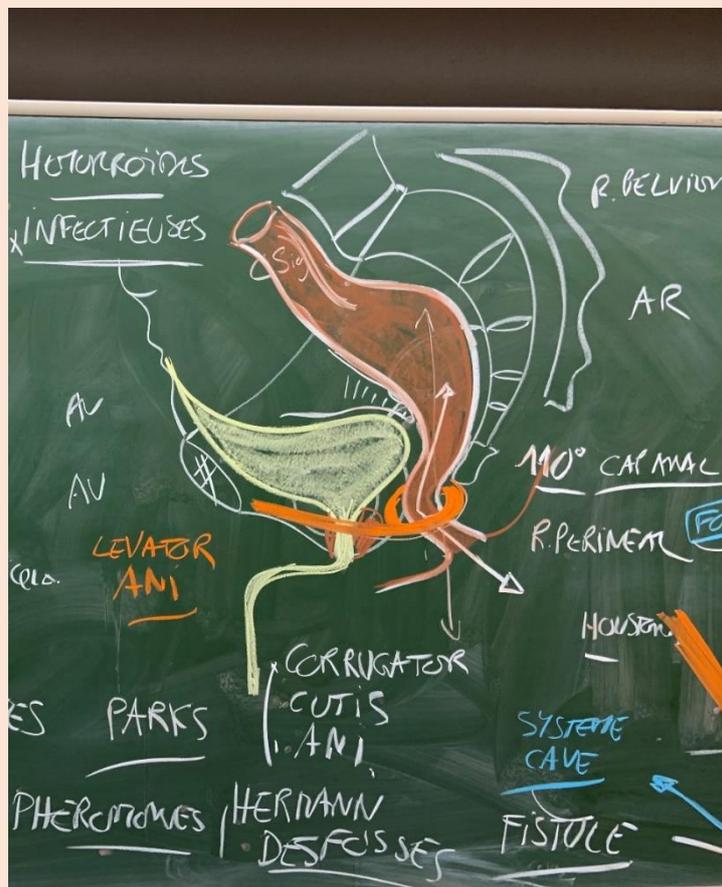
- **Association de rectorragies** : saignements au moment des selles (le plus fréquent) ou en dehors des selles
- **Ténesme** : sensation de tension douloureuse de l'ampoule rectale
- **Épreinte** : ce sont des gens qui vont à la selle mais qui n'y arrive pas, ils n'arrivent pas à évacuer

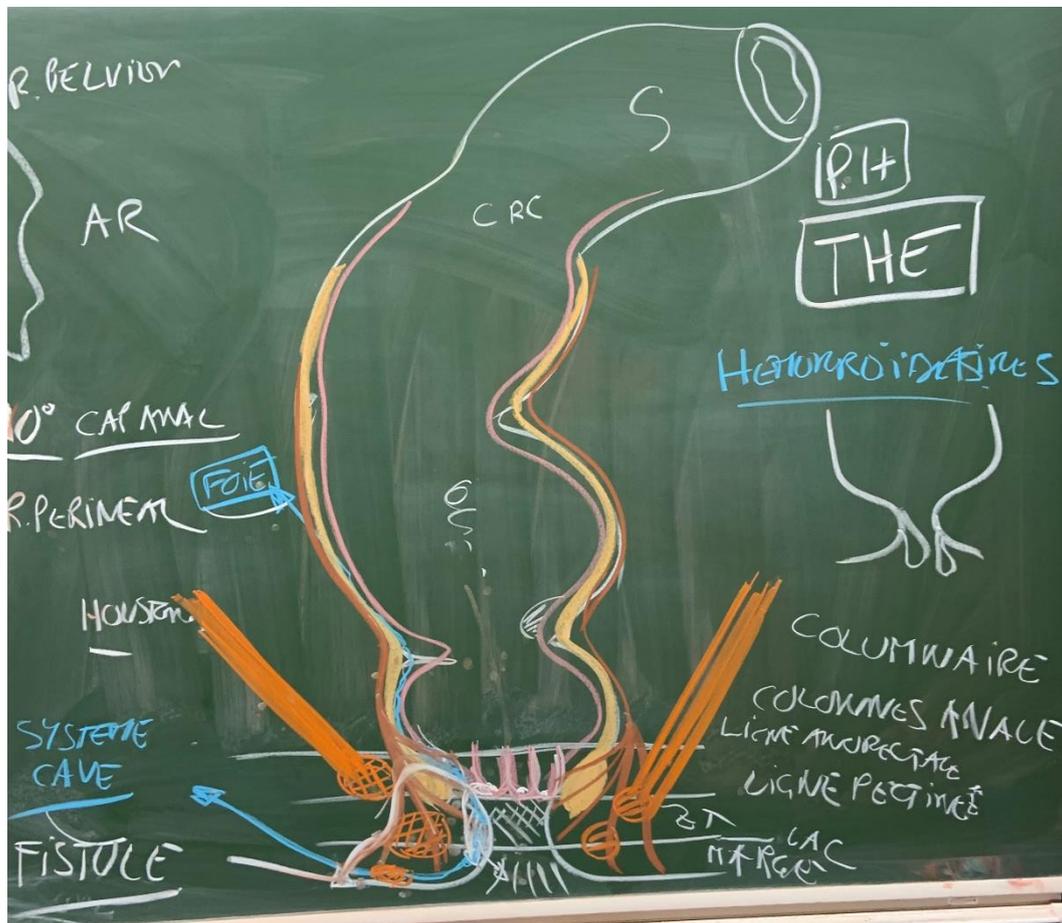
Les pathologies inflammatoires ou tumorales sont complétées par des pathologies vasculaires : **syndrome hémorroïdaire**.

## Maladies infectieuses :

Il y a des pathologies infectieuses. Il y a des suppurations d'origine anale : **l'abcès de l'anus ou fistule anale**.

En général, on a une défécation par jour si on n'a pas de pathologie. L'angle du cap anal (**110° ouvert en arrière +++**) est lié à un muscle qui est le Levator Ani (élevateur de l'anus). Ce cap anal est essentiel pour la continence. Lorsqu'il est effacé la continence est altérée.





« En connaissant la structure du rectum vous pouvez comprendre toute la pathologie rectale ».

« Cette coupe schématique est importante à connaître, déjà parce qu'on peut vous poser beaucoup de questions, hein 😊 »

On a des plis muqueux, des valvules (valves) rectales (alors l'année dernière j'avais vu un post comme quoi les valvules rectales et valves rectales/anales c'est différent, mais on s'en fout, retenez valves mais j'écris ce que dit le prof) et ces valves rectales empêchent de voir loin lorsqu'on introduit un rectoscope.

Une **muqueuse glandulaire** tapisse le rectum mais elle n'est pas plissée.

*Le prof décrit les lignes et les zones du rectum périméal que vous devez connaître.*

Au niveau de la **partie terminale du TD les veines s'organisent en plexus +++**.

Quand on a un saignement hémorroïdaire le sang est rouge, ce n'est pas normal car c'est du sang veineux désoxygéné... C'est parce que certaines artères rectales se jettent directement dans les plexus veineux. (Pas de questions sur ça).

Au niveau des plexus on a une zone de transition, c'est une **anastomose porto-cave**.

Le sphincter lisse donne une pression constante pour permettre la continence.

## 🇨🇦 PATHOLOGIE 🇨🇦

### Vasculaire, hémorroïde :

Il faut distinguer :

- Le **prolapsus hémorroïdaire/maladie hémorroïdaire** : au fil du temps il y a un relâchement du système de fixation (ligament de Parks notamment) et sous l'effet des poussées et du relâchement musculaire, le **plexus hémorroïdaire interne** va sortir à l'extérieur.

de

- La **thrombose hémorroïdaire externe** (qui peut nous toucher, à notre âge) : thrombose du **plexus hémorroïdaire externe**, « phlébite du trou de balle en gros ». Caillot qui se forme dans les plexus hémorroïdaires externes car on est sédentaire. « Ça fait très mal la phlébite du cul ».

**+++ Ce sont deux maladies différentes +++.**

### Infectieuse :

Les abcès de la marge anale sont fréquents car le contenu digestif est plein de bactéries. *On pense que les sinus anaux sont responsables de la sécrétion de phéromones. Ces glandes sont susceptibles de s'infecter.* Il va y avoir un abcès et l'infection a tendance à suivre les fibres du corrugator cutis ani, elle **traverse le sphincter et s'exteriorise plus loin**. Il va y avoir la constitution d'une **fistule anale**. La fistule c'est un « tunnel » entre l'extérieur et l'intérieur.

Néanmoins, de façon générale l'infection s'exteriorise sous la peau au niveau de l'anus, ça **donne un abcès de la marge anale**.

La fistule anale c'est l'évolution naturelle d'une suppuration d'origine anale qui a emprunté les fibres de l'appareil sphinctérien lisse pour s'exterioriser.

### Tumorale :

Les cancers du rectum sont fréquents et il va falloir les détecter par le toucher rectal en cas de syndrome rectal.

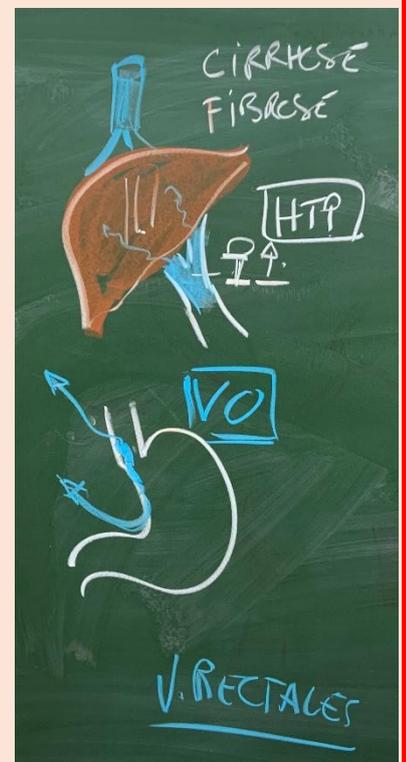
### Cirrhose du foie :

Tout le sang veineux digestif va être mené au foie par le système porte **sauf aux extrémités du TD c'est-à-dire le cardia et la partie terminale du canal anal**. En cas de cirrhose, la tension dans la **veine porte va augmenter**. Le sang va donc essayer de s'échapper, soit par les veines sous muqueuses au niveau de la jonction oeso-gastrique soit au niveau des veines situées à la partie terminale du TD. Quand on a une cirrhose du foie, on a des **hémorragies digestives qui sont liées aux varices œsophagiennes**. On a également des **hémorroïdes dilatées** mais ça ne sera **pas la même chose que la maladie hémorroïdaire +++**.

Les varices œsophagiennes et rectales sont les symptômes de l'hypertension portale.

### Technique toucher rectal :

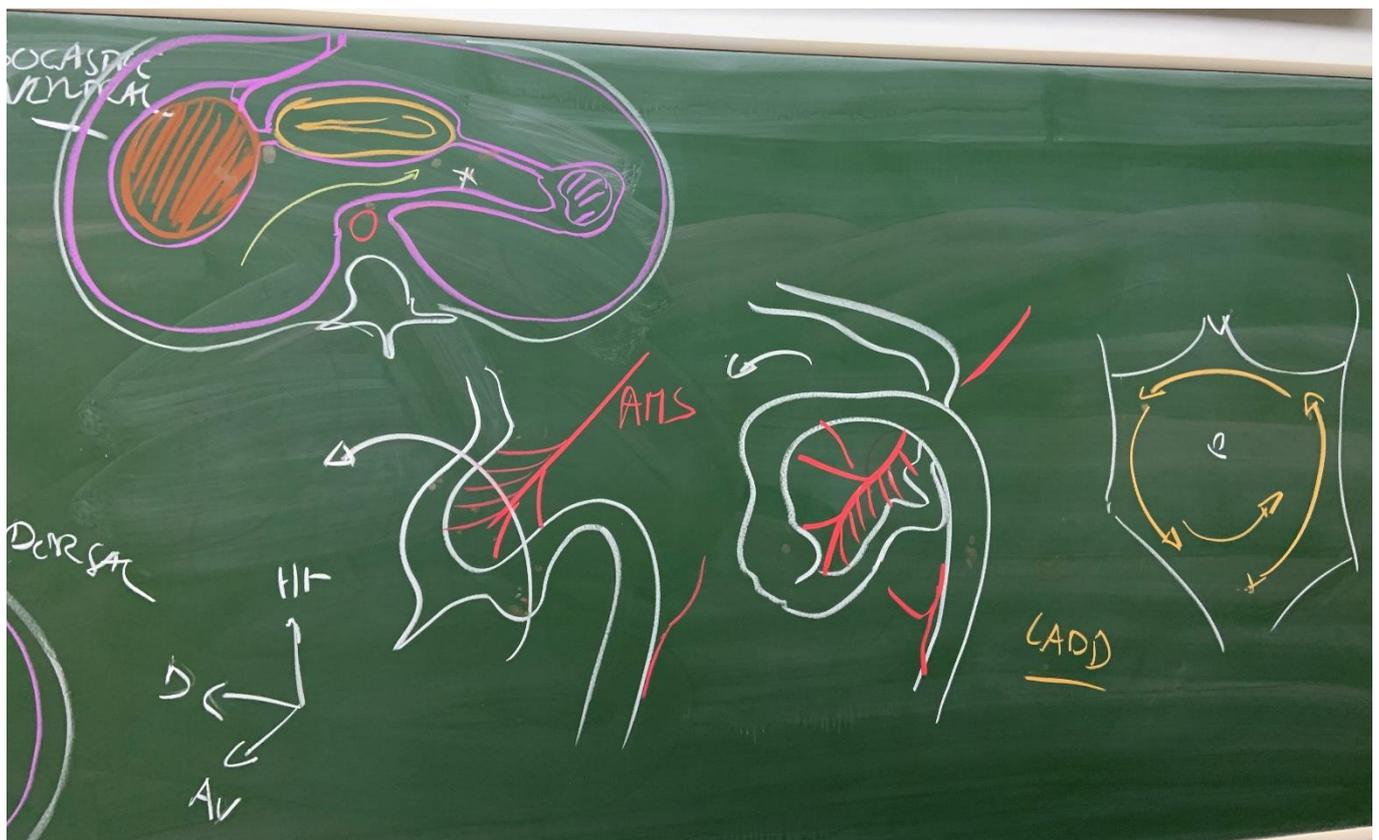
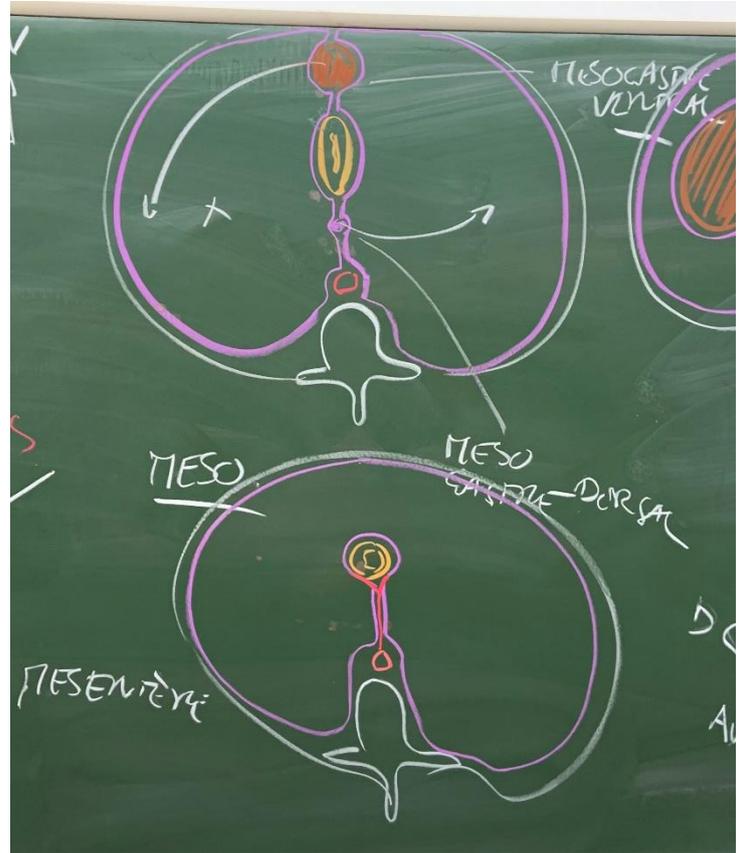
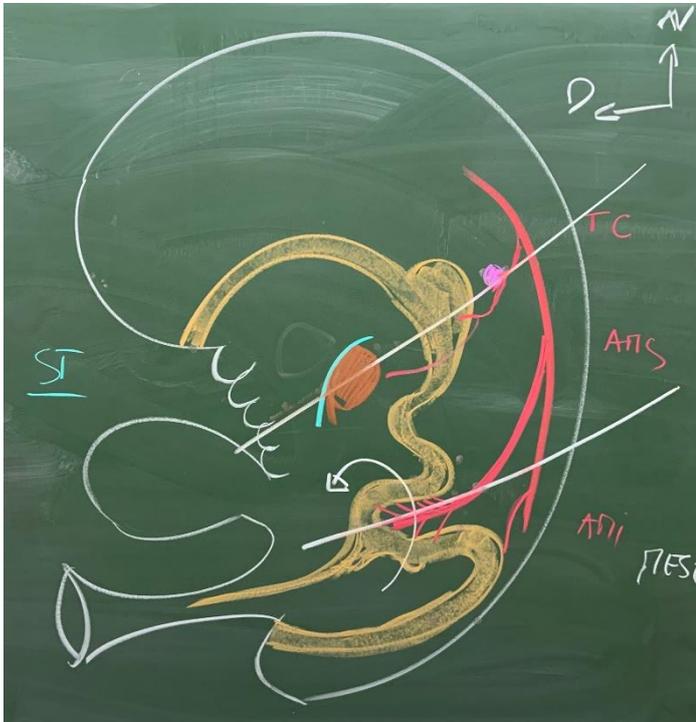
En général, les gens sont très gênés. Ce qu'il faut faire c'est ne pas être seul et prendre un personnel soignant. On prend une femme quand c'est une femme qui va avoir un examen périnéal. Il faut bien expliquer au patient ce que vous allez faire et ce que vous allez chercher. Ensuite, vous lui demandez de serrer les poings, de mettre les poings sous les fesses pour soulever le bassin, de plier les genoux. On lui laisse un drap et on peut faire l'examen en présence d'une autre personne. Le toucher rectal permet de palper le récessus recto-vésical ou cul de sac de Douglas.



On fait essentiellement l'examen périnéal et le toucher rectal pour la recherche de pathologie vasculaire, infectieuse et tumorale.

### III) Rappel d'embryologie

Le prof répète et refait exactement les mêmes schémas que dans les cours vidéos... Je vous remets les schémas.



#### IV) Réalité anatomique (grand omentum)

*Je n'ai pas pu prendre les schémas en photo mais c'est exactement les mêmes que dans ma fiche ou dans les vidéos du professeur.*

Quand on ouvre l'abdomen on tombe sur une **grande nappe graisseuse qui est le grand omentum**.

Ce grand omentum possède :

- Une **corne droite**
- Une **corne gauche** que l'on appelle aussi **sustentaculum lienis** : « ce qui soutient la rate »

Ce grand omentum on l'appelle « le gendarme de l'abdomen », il est capable de guérir les péritonites et les cancers. Lorsqu'il y a une infection le grand omentum vient entourer l'infection et la guérit. « *Il y a beaucoup de maladies qui guérissent spontanément* ». Bon évidemment ça ne concerne pas tout le monde mais en tout cas c'est ce qui se passe parfois d'après le Pr.

FLN

Pour la suite du cours le Pr Baqué parle de la paroi abdominale, qui est le cours sur le tronc. C'est Arina qui s'en occupe donc tout ce qui a été dit de nouveau sera mis dans le cours d'Arina (*le prof a vraiment répété la même chose que dans les cours vidéo*). En ce qui concerne la description de la cavité rétropéritonéale ça concerne le cours de l'appareil urinaire d'Elsa (LujipKa) donc c'est elle qui gère et vous retrouverez ça dans son cours.

**Voilà des bisous et bon courage ne lâchez absolument rien peu importe vos résultats du S1 il faut toujours se battre jusqu'au bout avec la tête haute, on n'abandonne pas !!!**