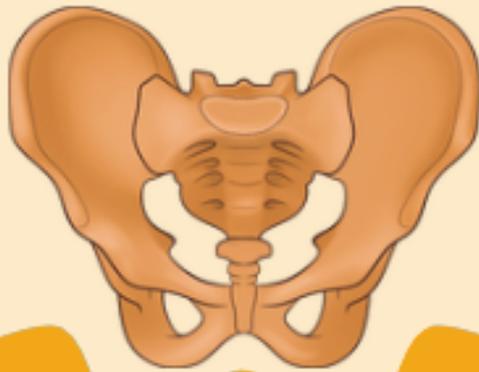


**Parois
du Bassin**



Coucou c'est Elisa alias Elisacrum sur le forum !

Bienvenue sur cette fiche sur le cours **Parois du Petit Bassin** qui a été fait par le Pr Baque en présentiel le 5 février. Je précise qu'il n'y a pas de vidéo sur ce cours car il est nouveau depuis l'année dernière en LAS.

J'ai reçu pas mal de messages sur les schémas de la ronéo et même sur le cours, il manquait bien des légendes et il y avait pas mal d'erratas donc j'ai fait en sorte que la fiche soit le plus claire possible en rajoutant éventuellement les schémas/légendes qui semblaient poser un problème et en **corrigeant les erratas** pour faciliter votre apprentissage et le rendre le plus fluide possible.

J'ai aussi réécouté l'audio du cours du Pr Baque pour rajouter les petits trucs qui manquaient dans la ronéo !

Conclusion : je vous conseille de **travailler sur cette fiche** plutôt que la ronéo
J'ai aussi rajouté mes commentaires en *italique orange* où je détaille et explique plus certains points pour votre compréhension (comme sur mon autre fiche AGF)

Dans cette fiche 2.0 j'ai rajouté les réponses du prof dans des encadrés roses + j'ai corrigé les petits errata qui restaient après avoir eu confirmation des profs + je vous ai fait un gros récap à la fin sur périnée vs diaphragme vs muscle obturateur interne/pyriforme parce que les questions reviennent souvent !
TOUTES LES MODIFS SONT SURLIGNÉES EN JAUNE AU DEBUT

Courage à vous pour cette dernière ligne droite, vous êtes bientôt arrivés au bout de cette année et on est fiers de vous ! 🍷

I. Introduction

Vous avez vu dans les cours précédents du Pr Baque la paroi supérieure de l'abdomen avec le diaphragme et ses coupes asymétriques. Vous avez aussi vu, la paroi antéro-latérale de l'abdomen et son point de faiblesse essentiel : la région de l'aine. Passons à la paroi du petit bassin. 🧑

Point sur le plancher pelvien :

On va étudier le **plancher pelvien**, cette couche **musculaire** qui ferme en bas le petit bassin, qu'on appelle également le **diaphragme pelvien**. Il s'insère sur la **ceinture osseuse** du bassin.

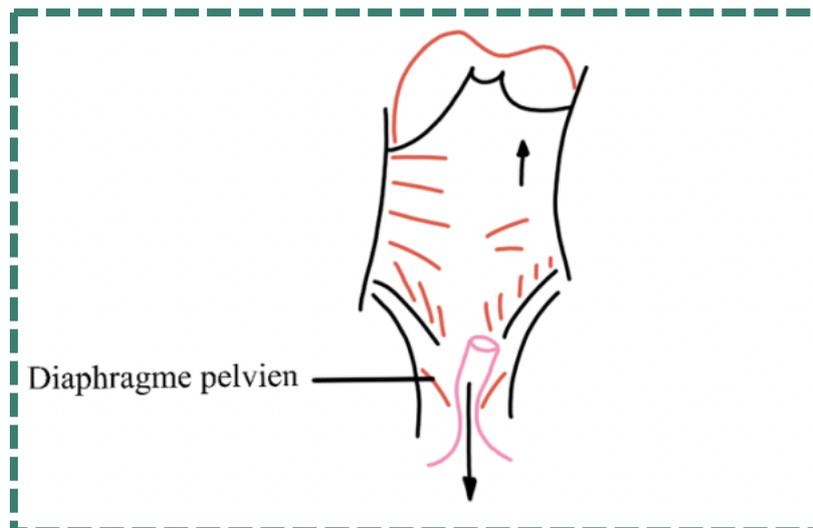
Cette paroi est caractérisée par le fait qu'elle doit laisser passer les **émonctoirs, il y a 3 émonctoirs** (= ce qui évacue les déchets digestifs, les déchets urinaires, les matières fécales, les saignements des menstruations ou encore l'accouchement par voie basse). Il faut donc des orifices qui traversent cette paroi. Mais le problème est que la pression dans l'abdomen est très forte, plus on travaille plus on se

lève, plus on est en position debout et plus cette pression est élevée et donc la tendance va être la sortie par les orifices => incontinence.

Le diaphragme pelvien c'est cette paroi inférieure qui **ferme en bas** la cavité pelvienne et va être soumis à des **pressions importantes** en position debout – puisque les hommes se sont relevés –, car il va y avoir tout le poids des viscères qui va avoir tendance à faire sortir les organes.

Les personnes concernées ont tendance à avoir **une incontinence urinaire ou digestive** rendant une vie sociale impossible.

L'Homme est un animal **pudique** donc il faut que ce diaphragme soit **solide**, et Le Tout-Puissant a pensé à des systèmes de façon que les viscères restent à l'intérieur de la cavité pelvienne malgré la pression abdominale. Il y a des **mécanismes** permettant cette solidité et pour les comprendre, il va falloir connaître la paroi **osseuse pelvienne** et la paroi **musculaire inférieure** qu'on appelle le diaphragme pelvien.



II. Ostéologie

Le **bassin** est une **ceinture osseuse** formée de **trois os** :

🍄 De chaque côté : les **os coxaux** = les **os iliaques** (droit et gauche) unis en avant par la **symphyse pubienne**

🍄 En arrière : le **sacrum**.

« Il faut penser au bassin comme une ceinture osseuse fait de trois os. » ++

Schématiquement, l'**os coxal** ressemble à une hélice, plus particulièrement une **hélice d'avion** ; il y a les pâles, ce qu'on appelle le moyeu et enfin l'axe de l'hélice.

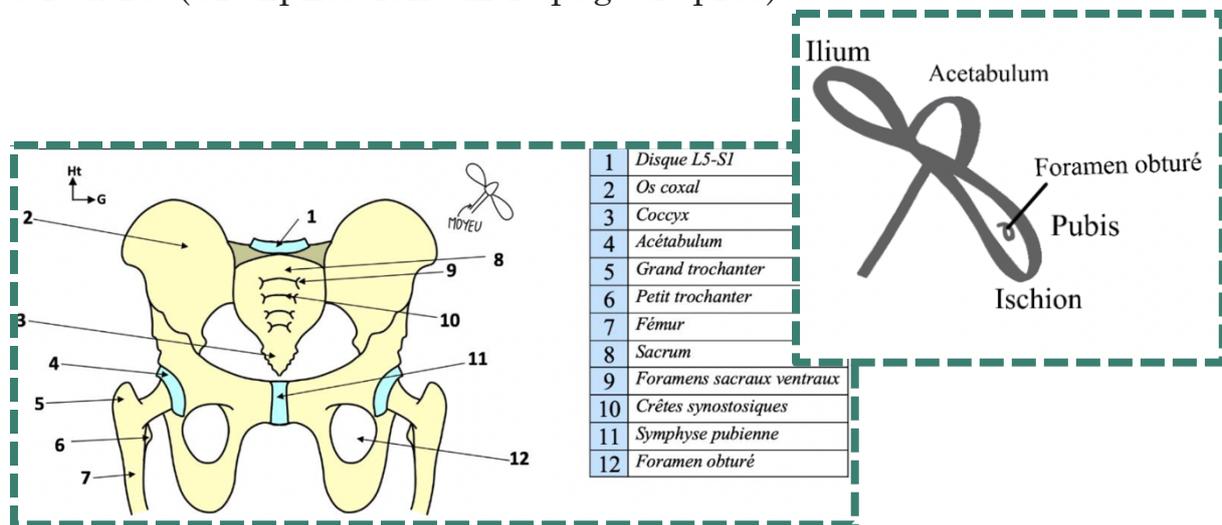
Il faut considérer que l'os coxal est fait de **deux pâles**

🍄 En **haut** : l'ilium

🍄 En **bas** : le pourtour du foramen obturé, c'est-à-dire le pubis et l'ischion

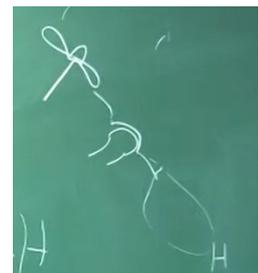
En fait l'os coxal est formé de 3 pièces osseuses (ischion, pubis, ilium) qui ont embryologiquement fusionnés pour former l'os coxal.

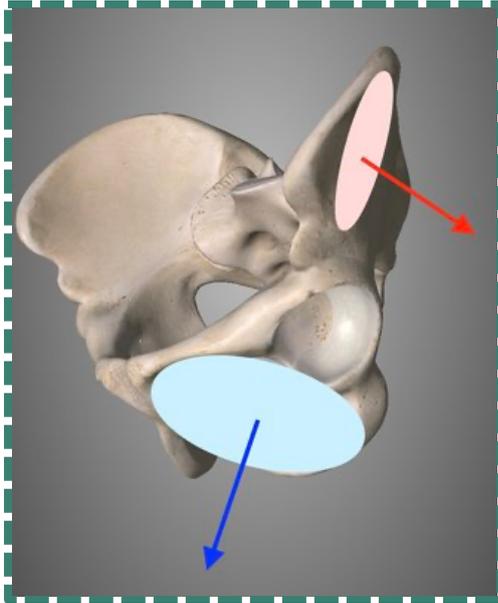
Ces deux pâles sont **quasiment perpendiculaires** l'une par rapport à l'autre. (Cf explication sur la page d'après)



Le **moyeu** de l'hélice est l'**acétabulum** (= cotyle). C'est l'articulation de la **tête fémorale** avec le bassin, et l'**axe de l'hélice** ça va être le **col du fémur**.

POINT SDR pour mieux comprendre cette histoire d'angle : L'axe de l'hélice c'est le col du fémur. Il fait ce schéma : vous avez le moyeu qui est le centre de l'hélice c'est l'acétabulum, les pâles de l'hélice qui sont à 90° l'une de l'autre, ça c'est le col du fémur. La pôle supérieure constituée de l'os iliaque, la pôle inférieure c'est le pourtour du foramen obturé et donc l'axe de l'hélice c'est le col du fémur. C'est un schéma pour essayer de comprendre. L'os iliaque est tordu sur lui-même il faut voir un os sec pour voir ça, comme une hélice d'avion.





Alors je sais que c'est pas évident de visualiser comment les 2 pâles de l'os coxal sont perpendiculaires donc voila petite explication ! C'est un peu dur de s'en apercevoir comme ça en statique et en 2D, mais en gros si on prend un logiciel d'anat en 3D et qu'on met l'os coxal **en vue antérieure 3/4** (comme si tu regardais de devant mais aussi un peu sur le côté) on voit que la **pâle supérieure (aile iliaque)** et la **pâle inférieure (ischion+pubis)** sont à 90° l'une de l'autre



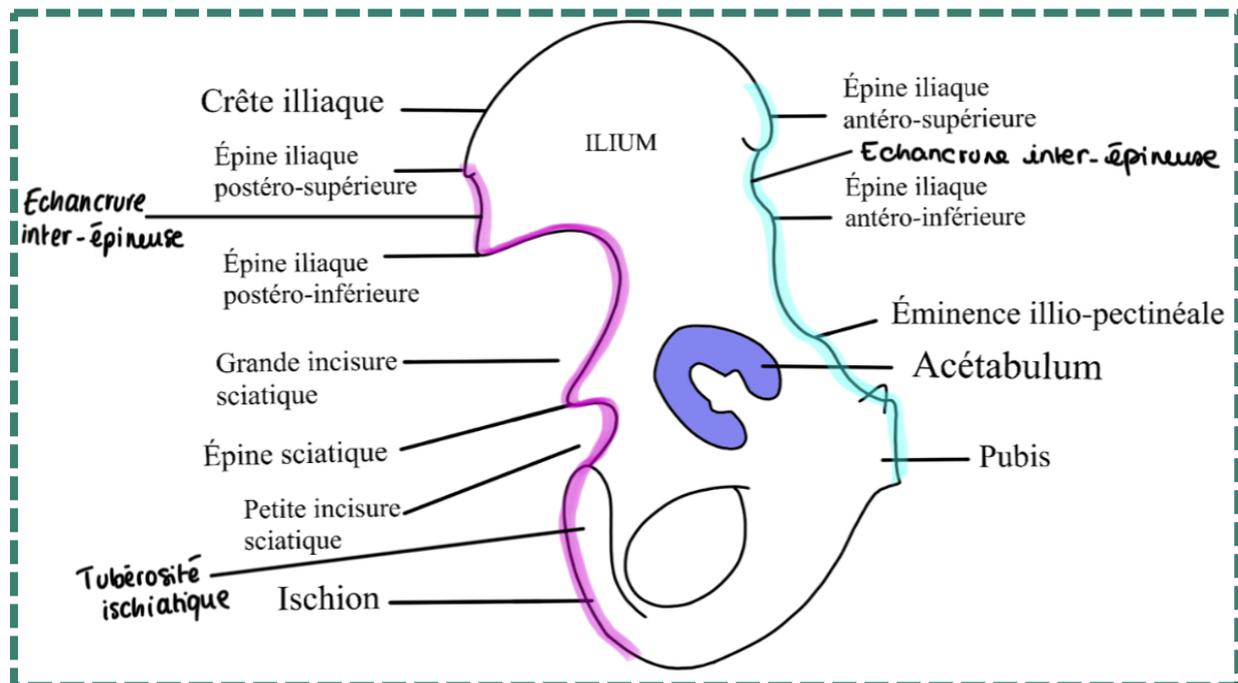
POINT PATHO



Les ruptures de l'anneau pelvien sont **traumatismes** très graves **antéro-postérieurs** : *en particulier sur les réservoirs de moto.*
 « M. De Peretti, mon maître, avait écrit un article sur la sécurité routière, et il a démontré que les réservoirs de moto – *en particulier celles qui vont dans les déserts* – sont des espèces de couteaux dans les chocs frontaux : c'est tellement gros que lorsqu'il y a un choc frontal le corps des motards part en avant et le bassin s'ouvre au niveau du pubis faisant céder l'anneau pelvien à cause couteau formé par le réservoir d'essence : c'est la « **fracture en open book** », en **livre ouvert** (on a une destruction de la symphyse).

L'anneau pelvien doit être compris comme l'union de 2 os coxaux et pour comprendre il faut imaginer une hélice avec un moyeu qui est la cavité acétabulaire (le cotyle) où va s'insérer le fémur et les 2 pâles qui sont à 90° l'une de l'autre.

A) Vue de profil latérale de l'os coxal



Petite précision : ischiatique = sciatique, échancrure = incisure

Si on dessine **de profil** l'os coxal, je précise c'est une vue **latérale** de l'os coxal, comme si on le regardait de **l'extérieur**, on retrouve :

🍄 La crête illiaque

Je vous ai organisé la liste qui est dans votre ronéo en bord postérieur/antérieur dans ce tableau pour éviter que vous ayez une liste de course

Bord postérieur	Bord antérieur
🍄 L'épine iliaque postéro-supérieure	🍄 L'épine iliaque antéro-supérieure
🍄 L'éminence inter épineuse <i>entre EIPS et EIPI</i>	🍄 L'éminence inter épineuse <i>entre EIAS et EIAI</i>
🍄 L'épine iliaque postéro-inférieure	🍄 L'épine iliaque antéro-inférieure
🍄 Grande incisure ischiatique	🍄 L'éminence ilio-pectinéale
🍄 L'épine ischiatique	
🍄 Petite incisure ischiatique	

🍄 Le pourtour du trou obturateur

🍄 L'ischion

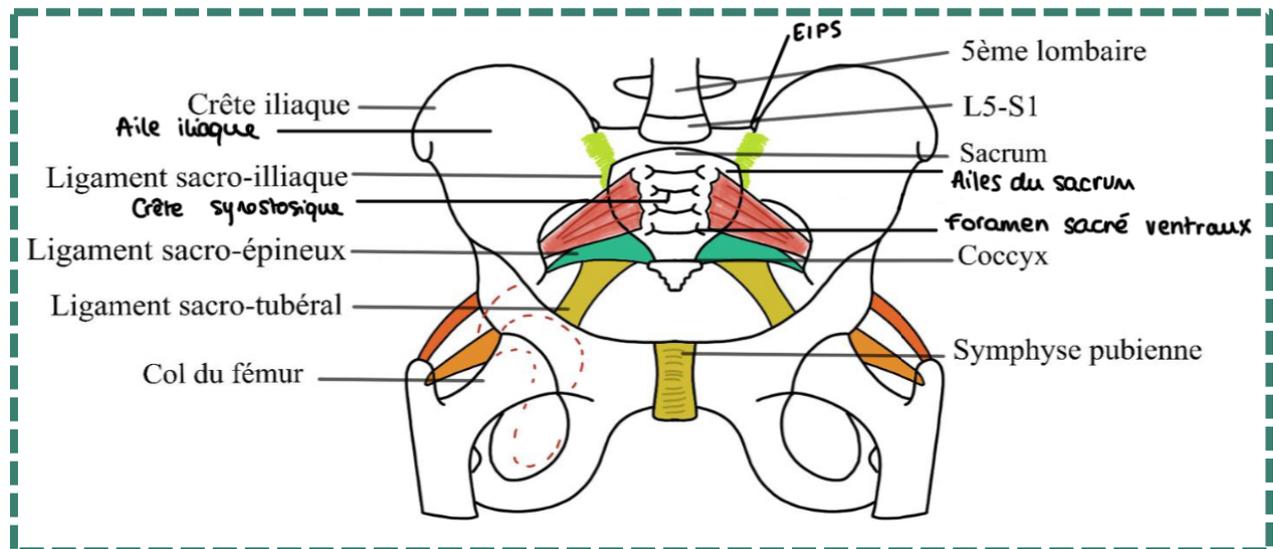
🍄 L'acétabulum avec la cavité acétabulaire qui va permettre de venir articuler le fémur.

L'ilium, l'ischion et le pubis sont embryologiquement 3 petites pièces osseuses se rejoignant au niveau de l'acétabulum, c'est-à-dire le cotyle.

L'orientation du trou obturateur dépend de la branche ischio-pubienne et la branche ilio-pubienne de l'os coxal

Il y a une orientation de 90° comme les pales d'une hélice, ce qui fait que l'ilium et le pourtour du foramen obturé ne sont pas dans le même plan. L'ilium et le pourtour du foramen obturé sont à 90° l'un de l'autre.

B) Vue de face du bassin



🍄 **Disque** L5-S1 avec la 5^{ème} vertèbre lombaire,

🍄 Les **processus transverses** de L5

🍄 Le **sacrum** : un os triangulaire à base supérieure. Il va avoir une base qui s'articule avec la 5^{ème} vertèbre *lombaire*, des ailes, une face antérieure, 4 crêtes synostotiques, des foramens sacrés ventraux d'où vont sortir les racines du plexus sacré.

POINT SDR : **Question** : Dans le cours en présentiel sur les Parois du Petit bassin, vous avez dit que les nerfs du plexus sacrés sortent par les foramens ventraux, les étudiants se demandaient s'il sortaient uniquement par ces foramens ou aussi par les foramens sacrés dorsaux. En faisant des recherches, j'ai retrouvé votre version de l'année dernière qui disait que les rameaux antérieurs des nerfs

sacrés sortaient par les foramens sacrés ventraux et les rameaux postérieurs des nerfs sacrés par les foramens sacrés dorsaux. Est-ce que c'est la bonne version à retenir ?

Réponse du Pr : Oui oui, bon je ne vous en ai pas parlé parce que les nerfs cluniaux sortent par les foramens sacrés dorsaux, ils innervent la peau des fesses et les nerfs sacrés ventraux sortent par les foramens ventraux y'a pas de pièges.

Le sacrum est en contact avec le coccyx

🍄 **L'aile iliaque**, on dessine de sorte à donner l'impression de torsion

🍄 **La crête iliaque**

🍄 **L'épine iliaque postéro-supérieure** *je vous l'ai aussi rajouté sur le schéma parce qu'au début c'est pas évident de se dire qu'on voit l'EIPS sur une vue de face*

🍄 **L'épine iliaque antéro-supérieure**

🍄 **La grande incisure ischiatique**

🍄 **Le foramen obturé**

🍄 **Le cintre cervico-obturateur** c'est-à-dire l'alignement entre le bord supérieur du trou obturateur et le bord inférieur du col du fémur, c'est un élément important ++

🍄 **La tête du fémur** avec son centre (il faut faire projeter le sommet du grand trochanter au niveau de la tête fémoral permettant d'obtenir un schéma d'un fémur) *en gros c'est formulé de manière compliqué mais c'est juste pour dire que le sommet de la tête fémorale est aligné avec le grand trochanter ++ !*

🍄 **La symphyse pubienne**

Le bord postérieur du sacrum arrive au niveau de la 2^{ème} vertèbre.

Sur le schéma, il essaye de donner une impression de torsion de l'aile iliaque sur elle-même de telle façon que l'aile de l'ilium et le pourtour du foramen obturé soit orienté à 90° l'un par rapport à l'autre. *On se rappelle les 2 pâles de l'hélice qui sont à 90° l'une de l'autre.*

Cette ceinture pelvienne est formée par l'union de deux os coxaux en avant avec **la symphyse pubienne**, en arrière avec le **sacrum** s'interposant entre les deux os coxaux. L'ensemble formant une ceinture très solide avec des ligaments très puissants entre le sacrum et l'aile iliaque :

Les ligaments sacro iliaques extrêmement puissants qui entraînent une solidité de l'ensemble et qui s'assouplissent chez la

femme enceinte. En effet, pendant la grossesse, sous l'imprégnation hormonale, ces ligaments deviennent de plus en plus souples permettent une certaine ouverture du bassin au moment de l'accouchement par voie basse. *Le corps humain est beaucoup trop bien fait !*

Au niveau de la **symphyse pubienne**, c'est pareil, on a une articulation **fibreuse** (*elle est aussi cartilagineuse, reprenez la version du Pr Bronsard en Anat G qui dit qu'elle est fibro-cartilagineuse*) qui se ramollit avec une imprégnation hormonale ce qui permet une certaine ouverture au moment de la descente de la tête fœtale pour traverser le diaphragme pelvien. Il faut tout de même retenir qu'il n'y a pas seulement la **symphyse pubienne** mais aussi d'autres ligaments.



POINT PATHO



Une articulation sacro iliaque qui bouge peut donner des douleurs qu'on a longtemps confondus avec des douleurs lombaires. La lombalgie est une cause extrêmement fréquente de souffrance. C'est d'ailleurs un des travaux actuels du Pr. Bronsard qui essaie de distinguer sur le plan de la sémiologie une douleur qui vient des mouvements anormaux de la sacro iliaque d'une douleur de la charnière lombo-sacrée.

Le traitement testé consiste à visser cette articulation sacro-iliaque pour enlever cette mobilité. On a dans certaines lombalgies d'excellents résultats lorsque l'on visse avec 2 vis !

Les ligaments sacro iliaques sont très puissants mais lorsque l'on a des petits mouvements au niveau de la mobilité, cela peut être extrêmement douloureux.

Etant donné que le Pr est allé assez vite sur l'explication de cette patho, je vous mets l'explication de l'année dernière en + pour mieux comprendre : Les ligaments sacro-iliaques sont un sujet de recherche important en ce moment.

En effet, certaines lombalgies (=douleurs du rachis lombaire) sont liées à des mobilités anormales de la sacro-iliaque – c'est un sujet que le pr. Bronsard travaille - Lorsqu'un patient a mal au dos, on pense toujours lombalgie des DIV entre la lombaire et le sacrum, ou entre les lombaires entre elles, mais en réalité pas mal de douleurs dorsales basses sacro-iliaques seraient dues à une mobilité anormale entre l'ilium et le sacrum.

Il existe des techniques pour fixer avec des vis cette articulation sacro-iliaque afin d'éviter la mobilité, ce qui peut permettre de soulager certaines douleurs.

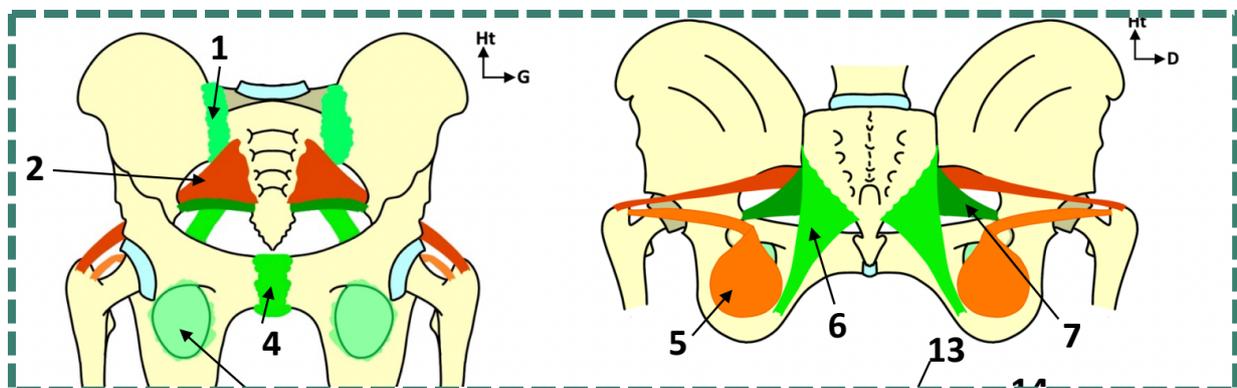
La difficulté réside dans le fait de faire le diagnostic clinique et de distinguer une douleur d'origine lombaire d'une douleur d'origine sacro-iliaque, ce qui n'est pas facile puisque les malades ont mal au même endroit.

Donc on va avoir un système qui va maintenir cet anneau osseux, cet anneau pelvien.

Et on va avoir deux autres ligaments qui sont :

🍄 Le **sacro-épineux (7)** qui va du bord latéral du sacrum à l'épine sciatique

🍄 Et un deuxième que l'on appelle **sacro-tubérale (6)** qui va aussi du sacrum jusqu'à la tubérosité ischiatique, *on le voit pas trop sur une vue de face, on le verra beaucoup mieux sur une vue de profil.*



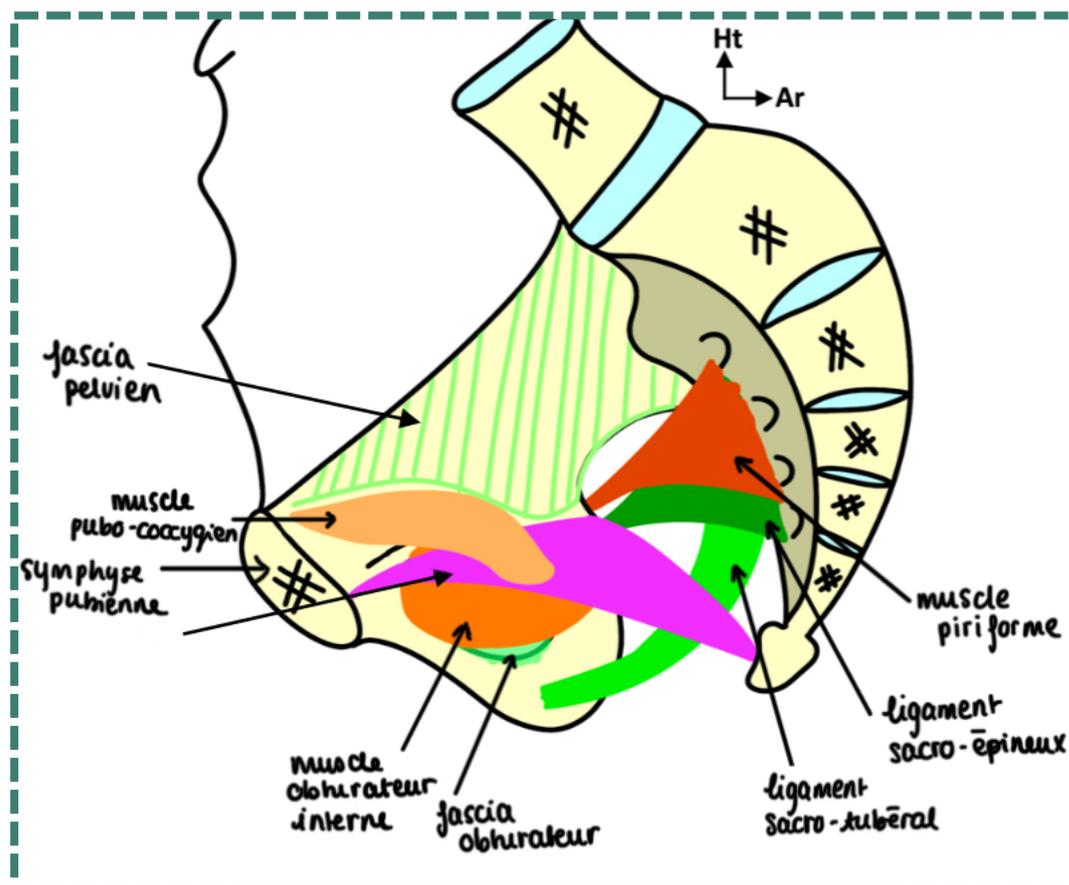
III. Myologie

On a vu un système osseux avec l'articulation sacro-iliaque, une symphyse pubienne fibreuse qui maintient en avant du pubis, un ligament sacro-épineux et un ligament sacro-tubéral.

On va maintenant poser là-dessus les éléments musculaires qui vont constituer la paroi de la cavité pelvienne. Paroi sur laquelle va s'insérer le diaphragme pelvien qui sera traversé par l'urètre prostatique puis l'urètre membraneux, puis l'urètre pénien.

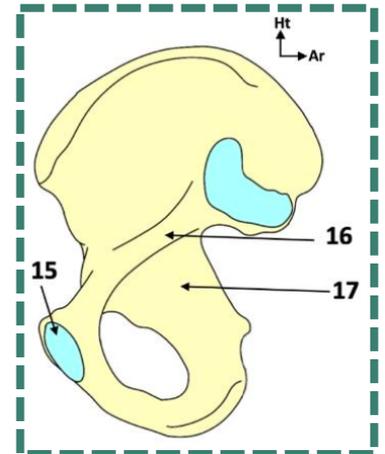
Bon c'est formulé bizarrement mais faut juste comprendre que le diaphragme pelvien est traversé par l'urètre (un émonctoire) qui est dans l'ordre prostatique -> membraneux -> pénien, mais il n'y a que l'urètre membraneux qui traverse le diaphragme pelvien pas le prostatique ou pénien !

A) Vue médiale du périnée



Sur une vue médiale du périnée on voit :

- 🍄 La **symphyse pubienne** qui est orientée de 45° par rapport à la ligne horizontale
- 🍄 Le **sacrum**
- 🍄 La **ligne arquée (16)** qui est la jonction entre le petit et grand bassin c'est-à-dire entre l'**ilium** et le **pourtour du foramen obturé**. *Je vous ai rajouté un schéma pour que vous visualisez bien ce que c'est puisque ce n'est pas dans les schémas de la ronéo*
- 🍄 Le **disque L5-S1**,
- 🍄 La **5^{ème} vertèbre lombaire**,
- 🍄 La **grande concavité sacrée** qui ressemble à une *chistera*, cette espèce de pelote basque
- 🍄 Le **coccyx**
- 🍄 La **face antérieure du sacrum** avec une double concavité. Une dans le sens **cranio-caudal** et une autre dans le sens **frontal** **On a demandé au Pr Bronsard et le sacrum est concave dans un plan axial et sagittal => retenir la version en Anat G !**
- 🍄 Les **foramens sacrés ventraux**



Petit point sur le sacrum :

La moitié **supérieure** du sacrum correspond aux **deux premières** vertèbres sacrées.

On aura les 3 autres dans la partie **inférieure**. On a donc 5 vertèbres pour 4 crêtes synostotiques. En regard de chaque crête, on a le foramen sacré ventral qui est dédié au passage des nerfs sacrés.

Désolée c'est beaucoup de listing là mais c'est le cours...

Là il cite pleins d'éléments osseux qu'on a déjà vu dans la partie Ostéologie et dans le schéma p6 !

- 🍄 En regard du 2^{ème} foramen sacré, on a la **grande incisure ischiatique**
- 🍄 L'**épine ischiatique**
- 🍄 La **petite incisure ischiatique**
- 🍄 Le **pourtour du foramen obturé**
- 🍄 L'**anneau de clé du foramen obturé**

- 🍄 La **tubérosité ischiatique**
- 🍄 L'**épine iliaque antéro supérieure**
- 🍄 L'**éminence inter-épineuse**
- 🍄 L'**éminence iléo-pectinéale**
- 🍄 La **crête iliaque**
- 🍄 La **branche ilio-pubienne de l'os coxal**
- 🍄 Le **ligament sacro-iliaque** entre le sacrum et le l'os coxal.
- 🍄 Le **ligament sacro-épineux**, qui va de la face antéro-latérale du sacrum jusqu'à l'épine ischiatique
- 🍄 Dans un plan plus latéral, on voit le **ligament sacro-tubéral**
- 🍄 La face **médiale** de la **branche ischio-pubienne** de l'os coxal qui limite en bas le foramen obturé du trou obturateur. *Le foramen obturé est limité en haut par la branche ilio pubienne et en bas par la branche ischio pubienne.*

Petit point sur les ligaments *bon ça repète mais je laisse ça fait recap !*

🍄 On voit le **sacro-épineux** qui va de la face antéro-latérale du sacrum à l'épine ischiatique.

🍄 Et dans un plan plus latéral, on pourra mieux voir le ligament **sacro-tubérale**, qui va depuis la face latérale du sacrum jusqu'à la tubérosité ischiatique.

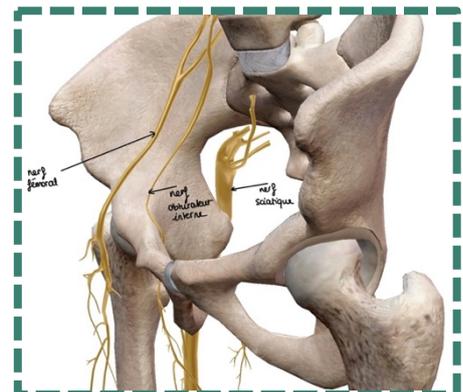
Le ligament sacro-tubéral est EN DEHORS du ligament sacro épineux ++

🍄 On voit aussi la membrane obturatrice qui recouvre le trou obturateur et laisse juste un petit passage qu'on appelle le **canal sous-pubien** car il est situé sous le pubis. Dans ce canal va passer le pédicule obturateur : l'artère obturateur, nerf obturateur qui est un nerf important pour le membre inférieur. => On a donc une membrane obturatrice qui a obturé le foramen obturé.

Il y a 3 nerfs importants pour le membre inférieur :

Le plus antérieur est le **nerf fémoral**, le plus postérieur est le **nerf sciatique** et le **nerf obturateur** lui est en dedans

Petite visualisation grâce à Visible Body



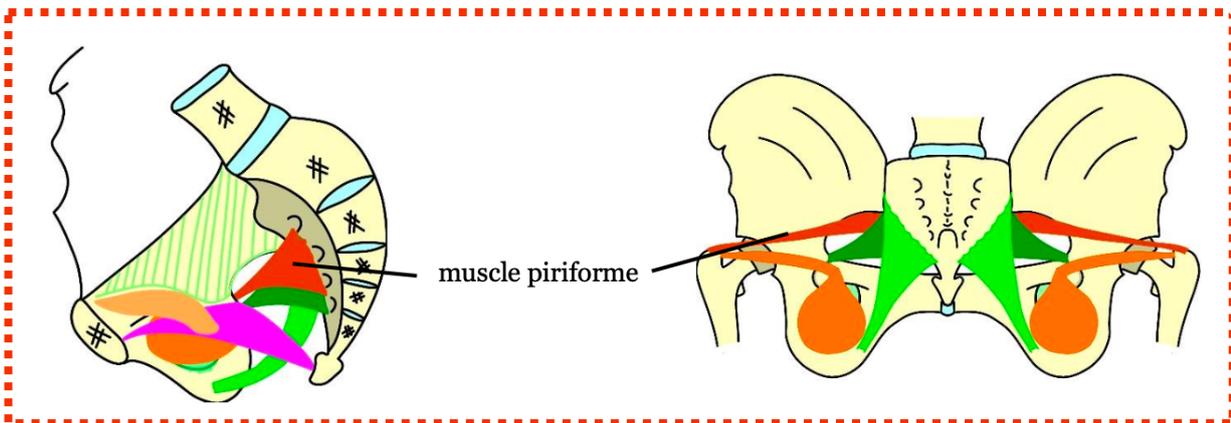
B) Les muscles du petit bassin

Il dessine les muscles qui tapissent la paroi pelvienne sur lesquels vont s'insérer les muscles du diaphragme pelvien.

Il faut décrire 2 muscles :

- 🍄 Le **muscle piriforme**
- 🍄 Le **muscle obturateur interne**

1) Le muscle piriforme



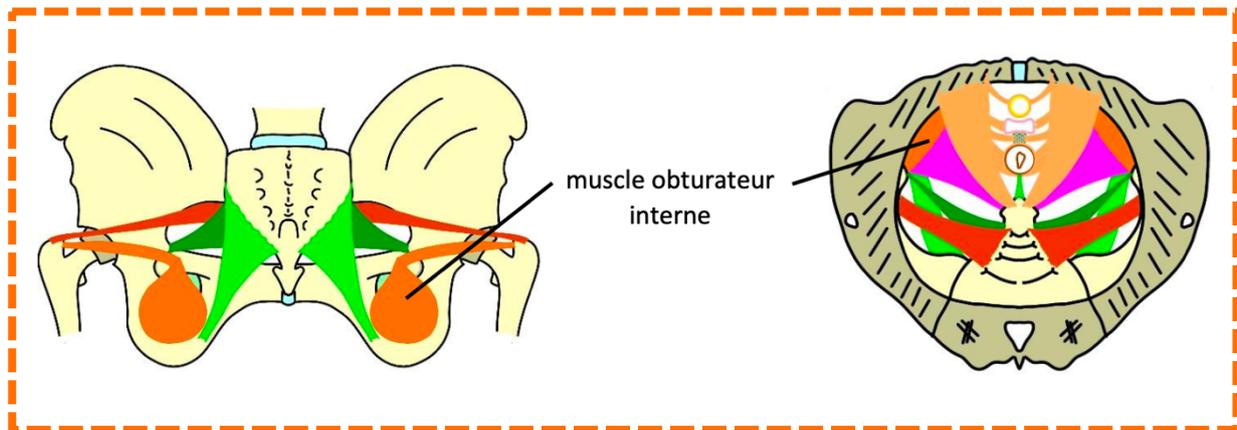
Ce muscle piriforme (*pyris en grec c'est la flamme*) a donc la forme d'une flamme et il va s'insérer sur le **sacrum** en dedans des formations ligamentaires citées plus tôt et il va sortir par la **grande incisure ischiatique**.

C'est un muscle rattaché fonctionnellement au membre inférieur car il va aller s'insérer sur le **sommet du grand trochanter du fémur**. Il a d'ailleurs une fonction centrale dans l'abduction du fémur, c'est-à-dire qu'il va tirer sur le grand trochanter. *Et en tirant dessus il permet l'abduction du MI c'est-à-dire qu'il écarte le fémur de la ligne médiane (Attention : aDDUction rapproche (mémo DeDans) aBDuction dehors)*

Saviez-vous que chier à la turc est beaucoup plus efficace que chier à l'occidental ? Parce que la position accroupie exerce une influence très importante sur le diaphragme pelvien. Et le premier conseil que l'on donne à quelqu'un de constiper (plus particulièrement avec une constipation terminale) c'est d'essayer de faire caca accroupi.

Comme certains muscles du fémur vont constituer la base sur laquelle repose les muscles du diaphragme pelvien. Ces derniers vont donc conditionner les mouvements des muscles pelviens

2) Le muscle obturateur interne



Le muscle **obturateur interne** est logiquement disposé dans la face interne du **trou obturateur**, lui-même fermé par une **membrane obturatrice**.

C'est aussi un muscle fonctionnellement rattaché au MI et qui va faire un **coude** et va sortir de la cavité pelvienne.

Il s'insère en dedans du **foramen obturé** mais aussi sur la membrane obturatrice.

Il a un premier trajet en faisant un coude dans la **petite incisure ischiatique** entre **l'épine sciatique** et la **tubérosité ischiatique**.

Puis, il va sortir pour aller s'insérer en passant en arrière du **col du fémur** dans la **fossette digitale** qui est en dedans du **grand trochanter**.

Si on récapitule : Il était à la face interne du trou obturateur, il a fait son virage dans la petite incisure ischiatique puis va sortir en dedans du grand trochanter, dans la fossette digitale (*alors que le pyriforme s'insère au **sommet** du grand trochanter et passe par la **grande incisure ischiatique**)*)

C) Vue supérieure du pelvis

Pour suivre le trajet de l'**obturateur interne** qui fait un coude à 90° il faut voir une vue supérieure du pelvis (=bassin) afin de pouvoir **voir l'anneau pelvien**.



Bon là pareil une belle liste de course mais en vrai c'est rien de compliqué ! Puis si vous avez bien visualisé le tout depuis le début, vous êtes déjà en mesure de savoir ce qu'on voit sur une vue sup !

On retrouve :

- 🍄 Le **pubis** : en avant et la **symphyse pubienne**
- 🍄 La **branche ilio-pubienne** de l'os coxal
- 🍄 La **ligne arquée** qui marque le **détroit supérieur**
- 🍄 Le **sacrum** de face avec ses concavités
- 🍄 Le **coccyx**
- 🍄 Les **foramens sacrés**
- 🍄 Les **crêtes synostotiques**
- 🍄 L'**ailé iliaque** des côtés gauche et droite
- 🍄 Les **articulations sacro-iliaques**
- 🍄 Le **canal sacré** ou s'engage la **queue de cheval**
- 🍄 Le **fémur** avec les cotyles
- 🍄 L'**épine sciatique** (en vue supérieure, elle fait une petite pointe palpable par voie génitale, quelqu'un qui a l'habitude peut identifier l'épine ischiatique en faisant un examen de la paroi périnéale)
- 🍄 Le **ligament sacro-épineux** qui va du sacrum jusqu'à l'épine ischiatique

🍄 Le **ligament sacro-tubéral** qui va du sacrum à la tubérosité ischiatique (la tubérosité est dans un plan un peu plus latéral, elle est donc masquée en vue supérieure par l'aile iliaque),

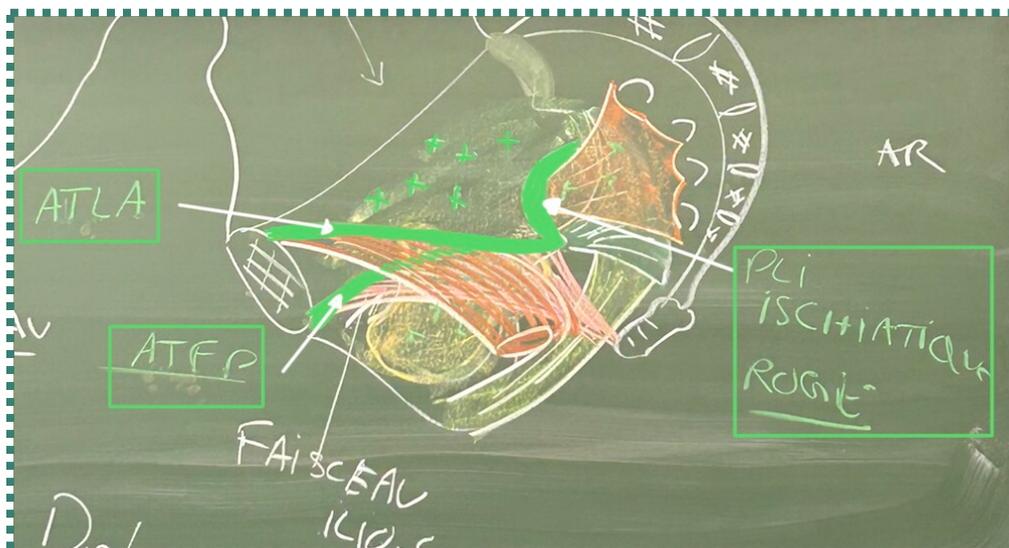
🍄 Le **muscle pyriforme** qui s'insère sur le sacrum et qui va sortir par la grande incisure ischiatique pour aller sur le sommet du grand trochanter

🍄 Le **muscle obturateur interne** qui s'insère sur le trou obturateur, fait son coude à 90° passe dans la petite incisure ischiatique et va s'insérer un peu en-dessous du grand trochanter dans la fossette digitale. *Il repète pas mal le trajet des muscles donc retenez bien ++*

Sur cette paroi osseuse et musculaire, on va retrouver le **fascia pelvien pariétal**. C'est sur le fascia pelvien pariétal que va s'insérer le diaphragme pelvien. Ce fascia va recouvrir les 2 muscles appartenant fonctionnellement au MI (*muscle obturateur interne et muscle pyriforme*) et qui vont constituer une couche **aponévrotique**, une couche **fibreuse**.

Cette couche fibreuse va avoir **3 épaisissements** sur lesquels vont s'insérer les muscles du diaphragme pelvien

- 🍄 Le **pli ischiatique** qui va suivre la grande incisure ischiatique
- 🍄 L'**arc tendineux du levator ani** (arc tendineux élévateur de l'anus) qui va de la partie haute du pubis jusqu'à l'épine ischiatique.
- 🍄 L'**arc tendineux du fascia pelvien** qui va de la partie basse du pubis jusqu'à l'épine sciatique *puisque'ils partent tous de l'épine ischiatique.*



Vu que ces 3 épaissements ne sont pas bien représentés et légendés dans la ronéo, je vous ai mis le schéma du Prof en soulignant bien en vert les 3 épaissement pour que vous visualisez bien !

Ces 3 épaissements vont être centrés par **l'épine ischiatique**.
L'étoile tendineuse de Rogie est l'épaississement de l'aponévrose du fascia pelvien pariétal.

En gros ces 3 épaissements du fascia pelvien pariétal = étoile tendineuse de Rogie

Ce dernier est une couche fibreuse qui recouvre les os et les muscles qui sont fonctionnellement rattachés au MI : le **pyriforme** et **l'obturateur interne**.

En gros si on recapitule de bas en haut on a l'os coxal, les muscles obturateurs interne et muscle pyriforme, le fascia pelvien pariétal, et enfin le diaphragme pelvien qu'on va voir maintenant !

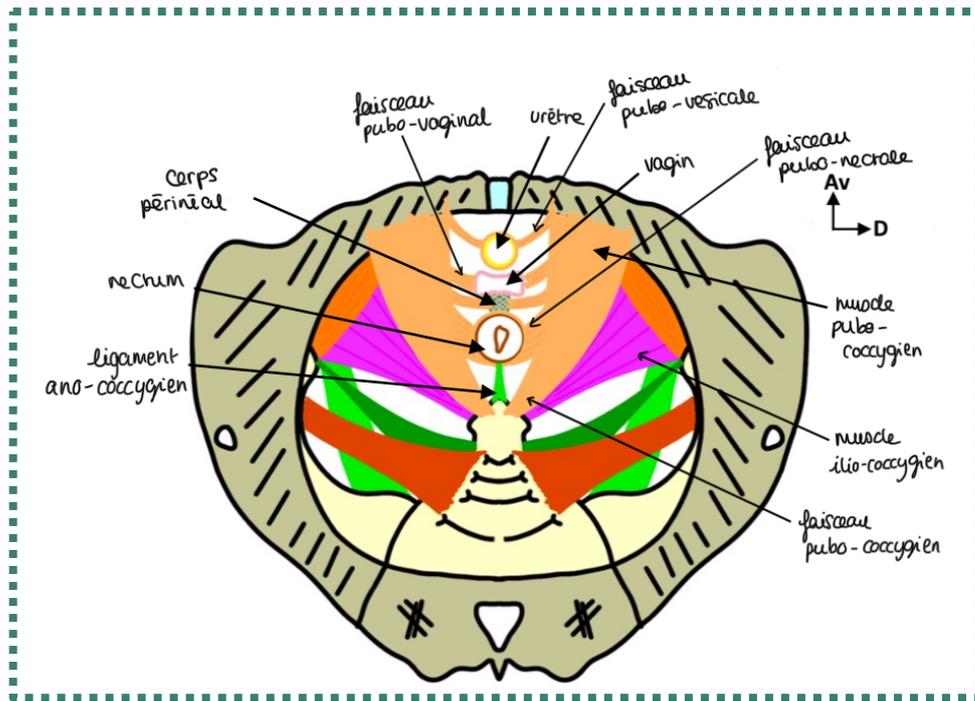
D) Muscle du diaphragme pelvien

Avant que vous commenciez cette partie sur les muscles du diaphragme pelvien je vous mets ces précisions qui ne sont pas dites clairement par le Pr Baque mais qui me semble importante pour votre compréhension

→ **Diaphragme pelvien = plancher pelvien = Muscle Levator Ani + muscle coccygien** (muscle coccygien pas à savoir mais retenez que le Levator Ani fait partie du diaphragme pelvien)

→ **Muscle Levator Ani = muscle ilio-coccygien + muscle pubo-coccygien** (qui lui-même a 2 faisceaux mais osef)

Ce muscle va être décrit de dessus. *Je vous remets donc une vue sup mais pas celle de la ronéo de cette année puisqu'elle n'est pas top pour visualiser les muscles du diaphragme pelvien.*



On peut placer :

- 🍄 L'anus
- 🍄 La vessie
- 🍄 Le **ligament ano-coccygien** entre le coccyx et l'anus
- 🍄 Le **corps périnéale** qui est une formation fibreuse qui va se trouver au milieu du diaphragme pelvien
- 🍄 La **prostate** qui va entourer le col vésical *ça c'est visible dans la vue sup de cette année que j'ai mis à la page 14 puisque que le Pr Baque a représenté cette année un homme mais là sur le schéma de l'année dernière c'est une femme donc on ne le voit pas bien sur*

Le diaphragme pelvien a **deux parties** :

🍄 Une partie avec le rôle de **hamac** qui va soutenir l'ensemble = le **muscle ilio-coccygien** de l'ilion au coccyx qui va s'insérer sur **l'arc tendineux du fascia pelvien**.

C'est un muscle très fin qui n'a pas de grand rôle dynamique.

🍄 Plus avant, il y a le muscle **pubo-coccygien** du pubis au coccyx qui va s'insérer sur **l'arc tendineux du levator ani** et qui va se diriger vers l'arrière. Il va jouer un rôle supérieur à celui de l'ilio-coccygien. Il a le rôle très important **dynamique** de « **lever l'anus** » et il s'insère dans un plan plus haut avec un faisceau **pubo-vésicale, pubo-rectale, pubo-prostatique, pubo-coccygien**. Il joue le rôle de la fronde, il va tirer vers l'avant ces organes

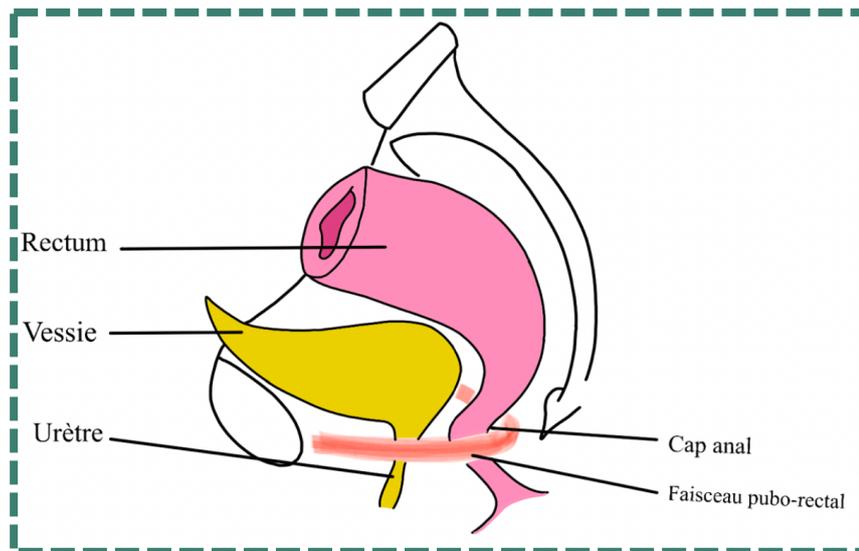
Chez la femme pubo vaginal aussi !

*Là pareil c'est facile de se dire que le muscle pubo-coccygien est dans un plan supérieur au muscle ilio-coccygien puisqu'il s'insère sur l'arc tendineux du levator ani qui est au niveau de la partie **haute** du pubis !*

Recap : y a une fermeture musculaire en bas en 2 faisceaux :

- Le faisceau ilio coccygien qui va de l'ATFP qui a un rôle de hamac/soutien
- Le faisceau pubo coccygien qui va de l'ATLA qui est + épais + dynamique, qui va avoir des faisceaux pubo vesical, pubo rectal... C'est ce muscle, plus épais, qui est quasiment circulaire à la coupe chez les personnes jeunes, qui va permettre aux viscères de garder leur **angulation**.

E) Petit bassin de l'homme



Pour montrer l'angulation, il nous dessine :

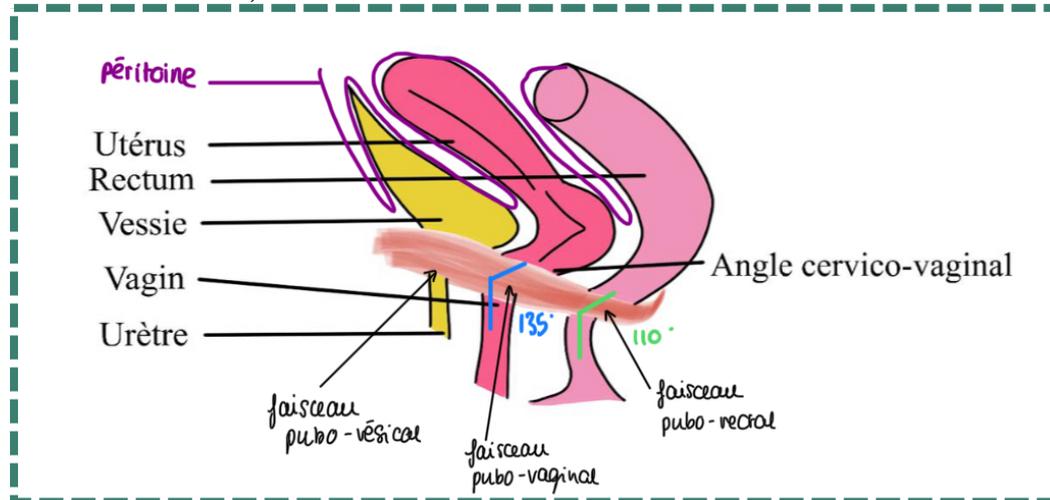
- 🍄 Le **pubis**
- 🍄 La **ligne arquée**
- 🍄 Le **disque L5-S1**
- 🍄 Le **sacrum**
- 🍄 Le **coccyx**
- 🍄 La **vessie**, en avant
- 🍄 Le **trigone vésical**, en arrière
- 🍄 Le **rectum**, en arrière avec son cap anal :

Entre le rectum **pelvien** et le rectum **périnéal** il y le cap anal ouvert de **110° vers l'arrière**. Il est fondamental pour la continence.

Cette angulation est liée à la présence du **faisceau pubo-rectale** qui va permettre de tirer vers l'avant, l'angle ano rectal devient plus aigu ce qui empêche la défécation (quand on sert les fesses par exemple).

F) Petit bassin de la femme

Chez la femme, nous avons :



- 🍄 La **vessie**
- 🍄 Le faisceau **pubo-vésical**
- 🍄 Le faisceau **pubo-vaginal**
- 🍄 Le faisceau **pubo-rectale**
- 🍄 Le **vagin**
- 🍄 **L'utérus** antéversé (position normale) : posé sur le globe vésical
- 🍄 Le **rectum** avec la même angulation que pour l'homme
- 🍄 Le péritoine **viscéral**
- 🍄 Le péritoine **pariétal**

Les faisceaux vont donner un angle au vagin (**angle vaginal**) très important ++ de **135° ouvert vers l'arrière**. Ils jouent le rôle d'un *soufflet de l'accordéon*. Quand la poussée est très forte, le soufflet de l'accordéon va se dicaturer sur lui-même. On va donc avoir un angle entre le col et le vagin. De plus, on a l'angle cervico-vaginal qui va être antéversé.

Parfois, l'utérus peut être rétroversé et ainsi être dans l'axe du vagin. Il aura alors tendance à sortir. C'est ce que l'on appelle un **prolapsus utérin**. Cette plicature vaginale liée à la tension des faisceaux va permettre de conserver cette angulation.

L'organe principal de la statique pelvienne chez la femme, c'est le vagin. La position vaginal et l'angulation entre l'utérus et le vagin maintiennent la statique pelvienne.

RECAP RAJOUTÉ PAR MOI (parce que je reçois beaucoup de question sur ça)

 **DIAPHRAGME PELVIEN** = plancher pelvien = Muscle Levator Ani + muscle coccygien (muscle coccygien pas à savoir mais retenez que le Levator Ani fait partie du diaphragme pelvien)

Muscle Levator Ani = muscle ilio-coccygien + muscle pubo-coccygien (qui lui-même a 2 faisceaux mais osef)

Ce diaphragme pelvien constitué donc du muscle Levator Ani (=muscle ilio coccygien + pubo coccygien) *et du muscle coccygien* s'insère sur le fascia pelvien pariétal (Etoile de Rogie). Ce fascia pelvien pariétal recouvre les muscle obturateurs interne et muscle pyramidal. Ces muscles pyramidaux et obturateur interne s'insèrent eux sur les os du bassin.

Il faut donc imaginer le tout comme un mille-feuille avec de bas en haut : os du bassin → muscle pyramidal et obturateur interne → fascia pelvien pariétal → diaphragme pelvien

Mais est-ce que périnée = diaphragme pelvien ?? Non :

 **POINT SDR** du prof pour le périnée : Alors la définition du **PÉRINÉE** = c'est l'ensemble des parties molles (cutanée, graisseuse, vasculaire) situées en **dessous du plan musculaire du diaphragme pelvien**. Le périnée c'est tout ce qu'il y a en dessous du diaphragme pelvien qui retient tous les viscères, qui ferme en bas la cavité abdomino-pelvienne. Le périnée c'est tout ce qu'il y a en dessous du diaphragme pelvien (*on se répète mais j'ai retranscrit que le prof a dit*) et qui s'accroche le + souvent sur ce muscle, il y a les organes génitaux externes et il y a beaucoup de graisse.

Ce périnée se divise lui-même en :

 Périnée cutané : c'est ce que voit le gynécologue lorsqu'il examine une patiente, les organes génitaux externes (cf. le cours AGF où le périnée cutané est bien détaillé)

 Périnée musculaire + en profondeur du périnée cutané et est constitué de muscle pas détaillés dans les cours *comme le muscle transverse du périnée...*

 Attention, bien que les **muscles obturateurs interne et pyramidal** soient en dessous du diaphragme pelvien ils n'appartiennent ni au périnée ni au diaphragme pelvien. Pourquoi ? Parce qu'ils appartiennent fonctionnellement au membre inférieur ! On se rappelle notamment que le muscle pyramidal permet l'abduction du fémur !

DEDICACE A VOUS MES CHAMPIONSSS 🏆

Vous avez bientôt fini cette année et je suis fière de vous ! Ne doutez pas de vous, vous avez passé tellement d'heures à apprendre vos cours et faire des QCMs, les connaissances sont bien dans votre tête même si vous avez l'impression que non ! Si vous avez un petit coup de mou, besoin de parler, conseils etc vous pouvez m'envoyer un message sur messenger/FB ! Courage 💖

