



CAHIER PASS

Anatomie

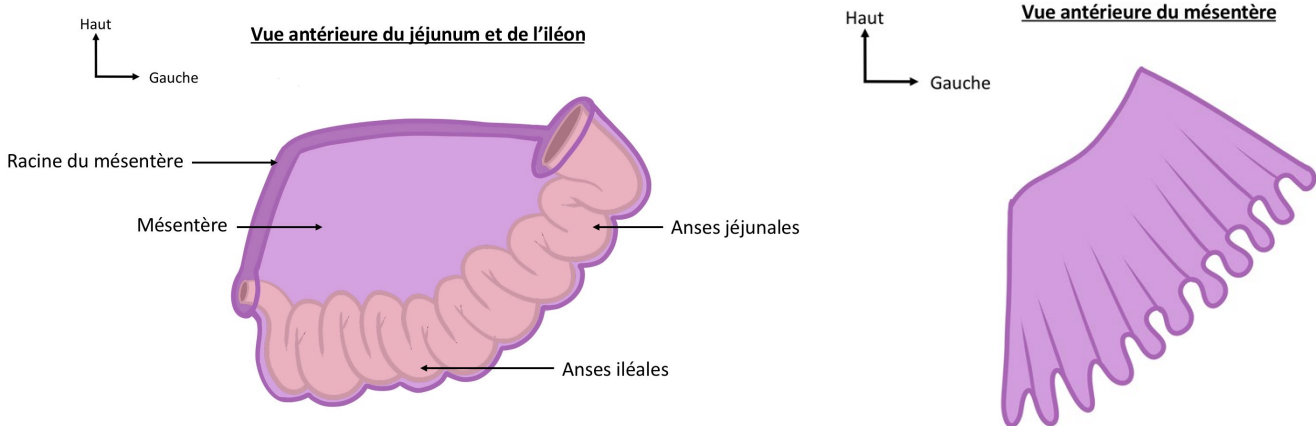
Cavité abdominale – Cours 4

Table des matières

I.	TUBE DIGESTIF ABDOMINAL (SUITE)	3
A.	L'INTESTIN GRÊLE	3
B.	LE GROS INTESTIN	4
1.	Le côlon transverse	4
2.	Le côlon sigmoïde	4
3.	Les ténias	5
C.	POINT DE VOCABULAIRE	5
1.	Ligament	5
2.	Fascia d'accolement	6
3.	Les omentums	6
II.	GLANDES ANNEXES DU TUBE DIGESTIF	7
A.	LE PANCRÉAS	7
1.	Nature	7
2.	Morphologie	7
3.	Divisions	7
4.	Les voies bilio-pancréatiques	8
5.	Rapports veineux	10
6.	Rapports artériels	10
B.	LE FOIE	11
1.	Morphologie externe	12
2.	Morphologie interne	13
III.	VASCULARISATION DE LA CAVITÉ ABDOMINALE	15
A.	VASCULARISATION ARTÉRIELLE DE L'ÉTAGE SUPRA-MÉSOCOLIQUE	15
B.	VASCULARISATION ARTÉRIELLE DE L'ÉTAGE SOUS-MÉSOCOLIQUE	16
1.	Artère mésentérique supérieure	16
2.	Artère mésentérique inférieure	17
C.	VASCULARISATION VEINEUSE DE LA CAVITÉ ABDOMINALE	18

I. TUBE DIGESTIF ABDOMINAL (SUITE)

A. L'INTESTIN GRÊLE



L'intestin grêle fait suite à l'estomac.

Il est constitué du **duodénum**, du **jejunum** et de l'**iléon**.

« *Jéjunum* » en latin veut dire **à jeun**. En effet, il s'agit de la partie du tube digestif qui comporte **le moins d'aliments**.

Le **jejunum** se poursuit sans limite visible avec l'**iléon**.

Ce qui différencie ces deux portions, c'est la disposition des anses dans l'abdomen :

- Les **anses du jejunum** s'empilent en formant des **Z majuscules**, elles sont donc **horizontales** (si on zoote : « *ZéZunum* »)
- Les **anses de l'iléon** s'empilent en formant des **i**, elles sont donc **verticales** (comme dans « *iléon* »)

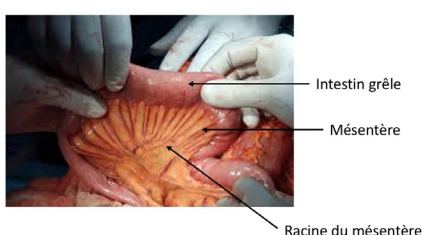
Ces deux portions du tube digestif sont incluses dans un **repli péritonéal** : le **mésentère**

(*méso* signifie « milieu » et *entère* signifie « tube digestif »). Il s'agit donc du **milieu du tube digestif**)

Pour rappel, le **péritoine** est une **séreuse**. Il a donc 2 feuillets : un **feuillet pariétal** qui se prolonge sans distinction vers un **feuillet viscéral**. Il est quasiment transparent et nous laisse voir le tube digestif.

Le **mésentère** a une forme d'éventail car sa racine (= *point d'accolement à la paroi*) est moins étendue que le déroulé des anses intestinales. Il va suspendre le jejunum et l'iléon à la paroi postérieure de l'abdomen.

Si on superpose les deux dessins, on voit que le mésentère est une espèce de « **voile** » qui se réfléchit autour du tube digestif.



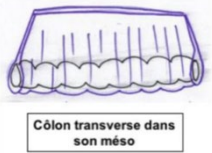
On voit l'intestin grêle qui est ici relevé. Il est enveloppé dans le mésentère (qui est transparent autour de l'intestin). On peut aussi deviner la racine du mésentère qui vient s'attacher à la paroi postérieure de l'abdomen 😊

B. LE GROS INTESTIN

Le gros intestin fait suite à l'intestin grêle.

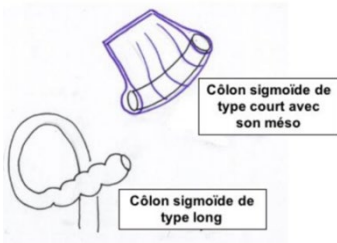
Il est composé du **cæcum**, du **colon ascendant**, du **colon transverse**, du **colon descendant**, du **colon sigmoïde** et du **rectum**.

1. Le colon transverse



Tout comme le **colon ascendant**, le **cæcum** et le **colon descendant**, le **colon transverse** est inclus dans un **repli péritonéal**. C'est le **mésocolon transverse**. *(Il suspend le colon transverse et lui permet donc d'être mobile !)*

2. Le colon sigmoïde



À la suite du **colon descendant**, on a le **colon sigmoïde**.

Il va se prolonger par une partie droite qu'on appelle le **rectum** (*rectus signifie « droit »*)

Même principe que précédemment, le colon sigmoïde est lui aussi enveloppé dans un **repli péritonéal**. C'est le **mésocolon sigmoïde**. On a une racine et puis une partie qui se développe en éventail.

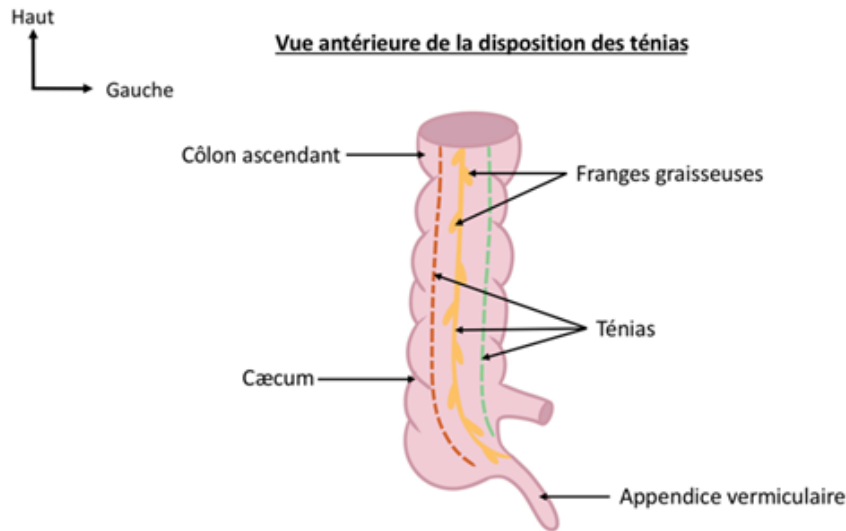
CAS CLINIQUE

Si le colon sigmoïde est trop long, il y a un risque de **volvulus**. C'est-à-dire un **mouvement d'enroulement autour de la racine du mésocolon sigmoïde**. Cet enroulement provoque une diminution, voire une interruption, de l'alimentation sanguine d'une partie de l'intestin. En effet, le mésocolon, entre ses 2 feuillets, contient des vaisseaux qui vascularisent le tube digestif. Donc, s'il y a ce mouvement de torsion, il y a un risque d'étrangler les vaisseaux et d'interrompre le sang.

Conséquences :

- **Oclusion intestinale aiguë** : provoque un arrêt des gaz et des matières donc tout ce qui est en amont va se dilater.
- **Diminution d'afflux sanguin** : si le chirurgien n'intervient pas, cela va provoquer une ischémie (= souffrance par absence d'oxygène). Cette ischémie peut ensuite évoluer en nécrose ...

3. Les ténias



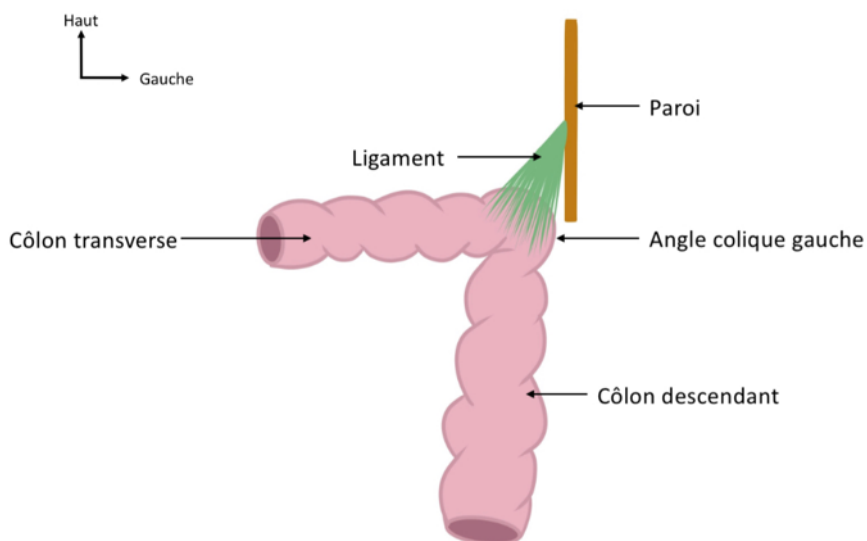
Les ténias sont des **bandelettes** qui aboutissent à l'origine de l'appendice vermiculaire
(Ces bandelettes ressemblent à des vers de terre. C'est pourquoi on les appelle des ténias 😊)

CAS CLINIQUE

Autour de ces ténias, il y a des petites franges graisseuses avec la possibilité d'avoir des **diverticuloses**. C'est-à-dire des **petites invaginations** de la cavité principale qui peuvent être le **siège de mécanismes d'inflammation** (analogue de ce qui peut se produire dans l'appendice) et donc d'**infection**. Cela peut évoluer en **péritonite** du fait de la **rupture d'un de ces diverticules**. C'est ce qu'on appelle une **diverticulose colique**.

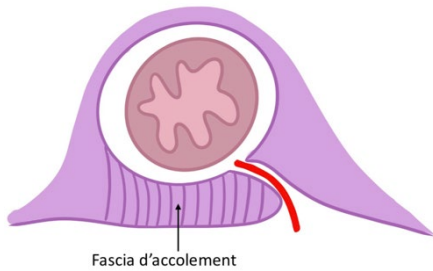
C. POINT DE VOCABULAIRE

1. Ligament



Ce sont des fibres qui vont venir relier les viscères à la paroi abdominale (On appelle improprement « ligament » car il ne s'agit pas ici d'articulation ...)

2. Fascia d'accolement



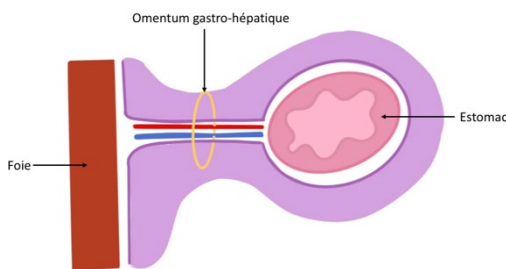
Un fascia d'accolement **résulte de l'accolement secondaire d'un méso à la paroi postérieure**. Il s'agit de l'accolement du péritoine pariétal et du péritoine viscéral.

3. Les omentums

Omentum signifie « manteau ». Un peu comme une cape que l'on porte sur les épaules et qui couvre l'ensemble du corps.

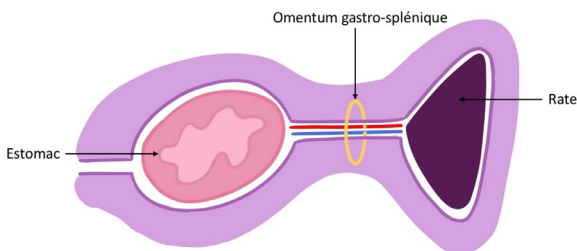
Un omentum est une **sorte de « lame porte-vaisseau » tendue entre 2 organes**.

L'omentum gastro-hépatique



L'omentum gastro-hépatique est un **repli de péritoine** qui **laisse passer des vaisseaux** et qui va du foie à l'estomac.

L'omentum gastro-splénique



L'omentum gastro-splénique se trouve entre la rate et l'estomac.
(splén- et lién- sont deux radicaux pour parler de la rate)

La rate est un organe lymphoïde.

L'**artère splénique** va donner des **vaisseaux courts gastriques** pour une grande partie de la grande courbure de l'estomac.

II. GLANDES ANNEXES DU TUBE DIGESTIF

Après avoir décrit le **tube digestif creux**, nous allons voir les **organes pleins** de la cavité abdominale.

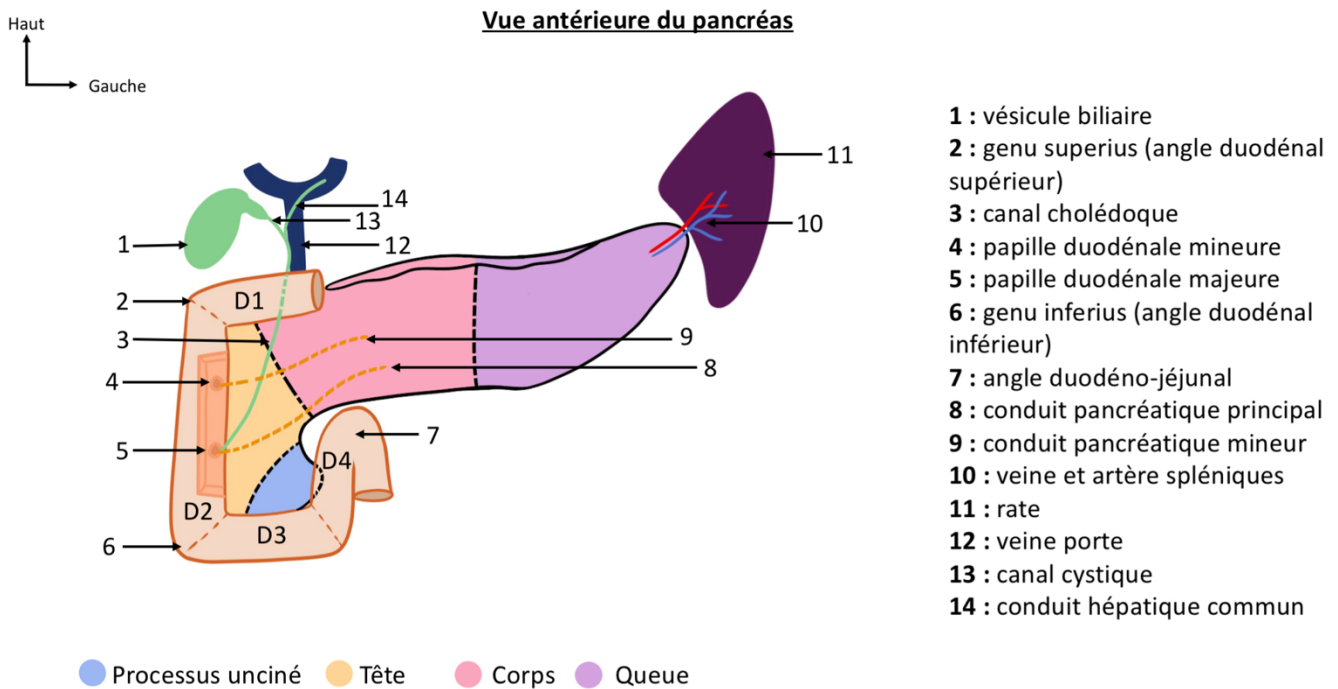
A. LE PANCRÉAS

Pan- veut dire « entièrement » et *-créas* veut dire « chair ». Donc le pancréas est entièrement constitué de chair.

1. Nature

Le pancréas est une **glande** qui est à la fois :

- **Endocrine** : elle va sécréter ses produits directement dans le sang veineux
- **Exocrine** : ses produits de sécrétions (les sucs pancréatiques) vont se déverser dans le duodénum pour aider à la digestion.



2. Morphologie

Le pancréas est inclus dans le cadre duodéal.

On compare souvent le cadre duodéal à une chambre à air d'une bicyclette et le pancréas serait alors la jante de la roue.

3. Divisions

Le pancréas est composé :

- D'une **tête**
- D'un **corps**
- D'une **queue** : en direction de la **rate**
- D'un **processus unciné** : en forme de crochet

L'isthme du **pancréas** correspond à la portion rétrécie entre la tête et le corps.
Et nous avons un **tubercule pancréatique** au niveau du bord supérieur.
La **colonne vertébrale** se trouve en arrière du **corps du pancréas**.

CAS CLINIQUE

Les tumeurs du pancréas sont des **tumeurs redoutables**. Il est difficile de les diagnostiquer car **le pancréas est peu accessible à l'examen clinique**. La tête n'est pas du tout palpable, le crochet non plus, la queue non plus. **Une tumeur du corps du pancréas est éventuellement palpable**. Malheureusement si elle est palpable, cela veut dire qu'elle est volumineuse et que le **pronostic est rapidement mortel**. Au-delà de 1 à 2 cm de diamètre, le pronostic est aux alentours de **2 ans**.

4. Les voies bilio-pancréatiques

Les conduits pancréatiques

Nous avons 2 conduits pancréatiques :

- **Le conduit pancréatique majeur (de Wirsung)** : s'abouche dans le deuxième duodénum, au niveau de la papille duodénale **majeure** (la plus basse). *(Il sera rejoint par le canal cholédoque)*
- **Le conduit pancréatique mineur (de Santorini)** : s'abouche dans le deuxième duodénum, au niveau de la papille duodénale **mineure** (la plus haute)

Embryologiquement, le pancréas est issu de 2 ébauches qui vont secondairement se réunir. Chaque ébauche a son conduit excréteur et ensuite les 2 ébauches vont fusionner. Mais les 2 conduits persistent !

La vésicule biliaire

Elle sécrète les **sels biliaires** pour la digestion.

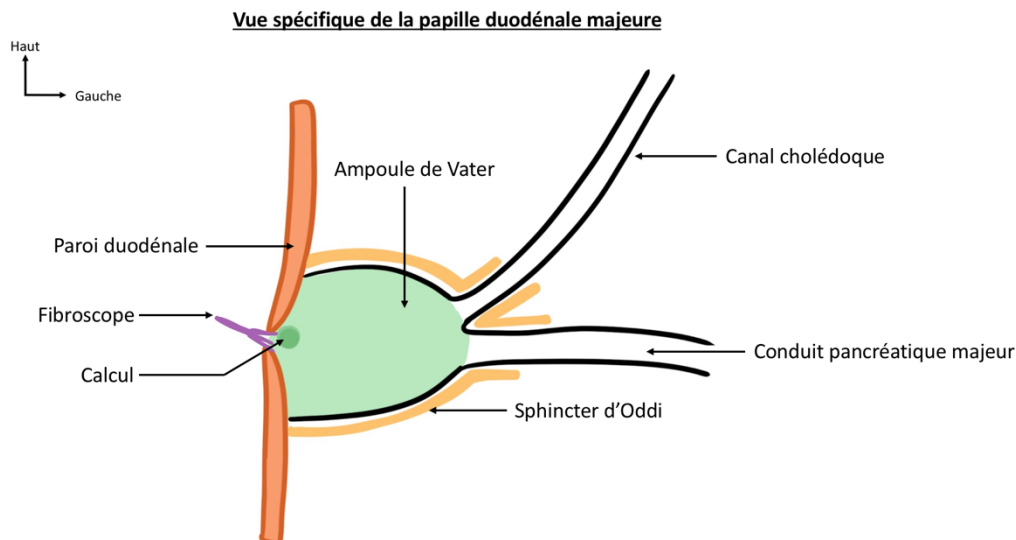
Les conduits biliaires

Le **canal cholédoque** est formé par la réunion :

- Des conduits hépatiques droit et gauche : proviennent du **foie**. Forment le **conduit hépatique commun** en avant de **la veine porte**
- Du canal cystique : fait suite à la **vésicule biliaire**

Cholédoque signifie « celui qui va excréter la bile »

Le **canal cholédoque** va passer en arrière du **duodénum** et en arrière du **pancréas** pour rejoindre le **conduit pancréatique principal** (= *majeur*)



Le **canal cholédoque** et le **conduit pancréatique majeur** vont donc se rejoindre en formant une zone renflée au niveau de la papille duodénale majeure. Il s'agit de **l'ampoule de Vater**.

Le **sphincter d'Oddi**, constitué de fibres musculaires lisses, s'organise autour de l'ampoule **et** de la partie terminale des deux conduits.

CAS CLINIQUE 1

Dans la vésicule biliaire, avec les **sels biliaires** et leur composition qui peut varier, il y a de la **bile** qui **va se vider dans le canal cystique puis dans le cholédoque afin de se mélanger avec les sucs pancréatiques pour la digestion**. Les cycles de vidange sont dictés par le bol alimentaire, par des mécanismes réflexes. Au niveau du pancréas, ce sont surtout des **enzymes** qui sont sécrétées (*sucs pancréatiques*) **pour couper les protéines**. **Or, la chair, les muscles sont aussi des protéines**. Donc l'équilibre est très complexe : **il ne faut pas que le corps humain ne se digère lui-même !!**

CAS CLINIQUE 2

Il peut y avoir des **calculs** qui migrent dans la voie biliaire et qui risquent parfois de s'enclaver. Le sphincter d'Oddi peut ainsi être irrité, il va alors se resserrer.

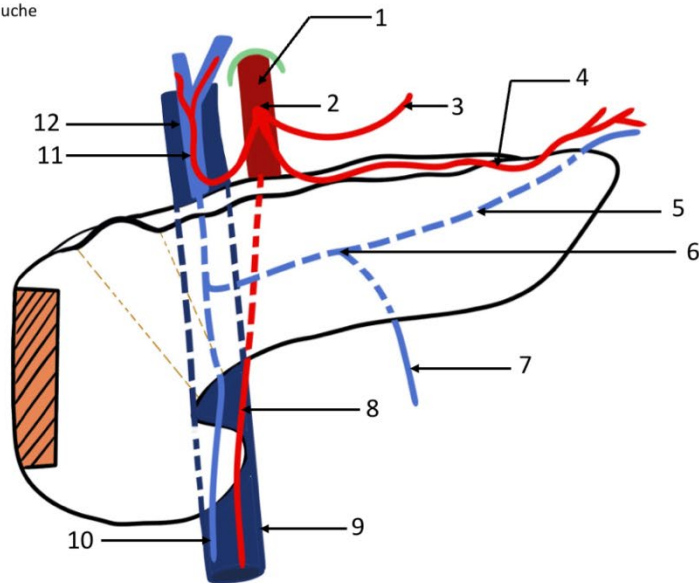
Conséquences :

- Conduit pancréatique principal bouché : sucs pancréatiques sécrétés mais restent dans le pancréas
- Voie biliaire obstruée : bile sécrétée mais reste dans le foie. Cela donne une jaunisse : les téguments deviennent jaunes car les sels biliaires passent dans le sang (ne pouvant plus passer par la voie biliaire, ils empruntent un autre chemin)

Quand le calcul se trouve ici, on passe par la bouche avec un **fibroscope** (*tube comportant des fibres optiques*) pour arriver à cet endroit. Il faut élargir l'ouverture et permettre au calcul de sortir. C'est une **sphincterotomie** (*-tomie signifie couper = couper le sphincter*). Parfois, au cours de ce geste, on blesse le pancréas lui-même. Il y a risque de **pancréatite inflammatoire** : le pancréas se digère lui-même parce qu'on a une grande sécrétion d'enzymes réactionnelles par le pancréas.

Vue antérieure du pancréas et sa vascularisation

Haut
Gauche



- 1 : aorte abdominale
- 2 : tronc cœliaque
- 3 : artère gastrique gauche
- 4 : artère splénique
- 5 : veine splénique
- 6 : tronc spléno-mésaraïque
- 7 : veine mésentérique inférieure
- 8 : artère mésentérique supérieure
- 9 : veine cave inférieure
- 10 : veine mésentérique supérieure
- 11 : artère hépatique commune
- 12 : veine porte

5. Rapports veineux

On a :

- La **veine splénique** (ou **liénale**) : chemine en arrière de la queue et du corps du pancréas
- La **veine mésentérique inférieure**

Ces 2 veines vont se réunir pour former le **tronc spléno-mésaraïque**.

ATTENTION, Driz a dit mésentérique supérieure : c'est faux !!

- La **veine mésentérique supérieure** : passe au niveau du processus unciné. Cette veine rejoint le **tronc spléno-mésaraïque** en arrière de l'isthme pancréatique

Ces trois veines réunies en arrière forment la **veine porte**

Cette **veine porte** garde le nom que l'on attribue à tout **système porte**.

Un **système porte** est un système où il y a des capillaires aux deux extrémités. Habituellement, on a des capillaires à une extrémité qui amènent le sang vers un gros tronc et le sang retourne au cœur. Ici, aux deux extrémités du système porte, on a le **tube digestif** et le **foie**. Le sang du tube digestif revient vers le foie.

La **veine porte** se divise en deux en arrivant dans le hile du foie.

6. Rapports artériels

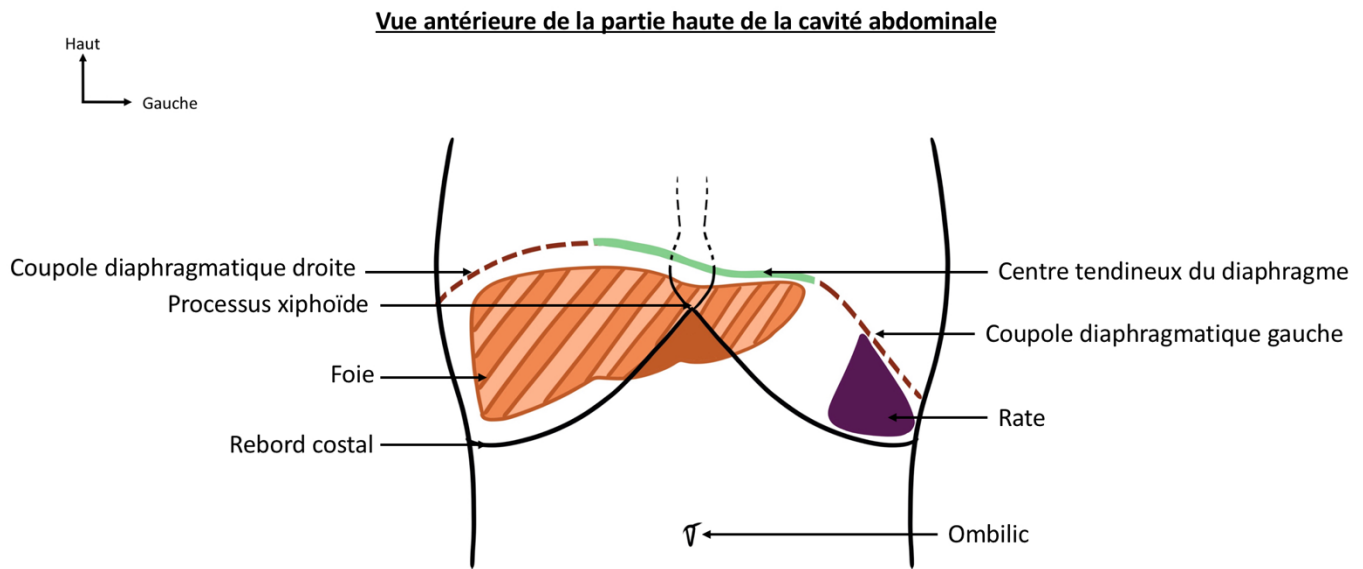
Le **tronc cœliaque** naît de la face antérieure de l'**aorte abdominale** en **Th12**.

Il donne naissance à :

- L'**artère splénique** : va en direction de la queue du pancréas. Elle « rept » le bord supérieur du pancréas.
- L'**artère hépatique commune** : se divise ensuite.
- L'**artère gastrique gauche**

L'**artère mésentérique supérieure** naît en **L1** à la face postérieure du pancréas. Elle passe en avant du processus unciné.

B. LE FOIE



Le foie est bien dans la cavité abdominale : le diaphragme se trouve au-dessus. Ce diaphragme va présenter un **centre tendineux** et des **coupes diaphragmatiques**. En raison du développement du foie, **la coupole droite est plus haute que la coupole gauche**.

On a un ensemble de structures qui sont **palpables** : le processus xiphoïde, l'ombilic, le rebord costal.

Le **foie** comporte **2 zones** :

- **Portion thoraco-abdominale** : zone qui est totalement recouverte par le grill costal (zone hachurée)
- **Portion abdominale** : zone en dehors de ce grill costal.

Normalement, le foie **ne déborde pas ou extrêmement peu** du rebord costal.

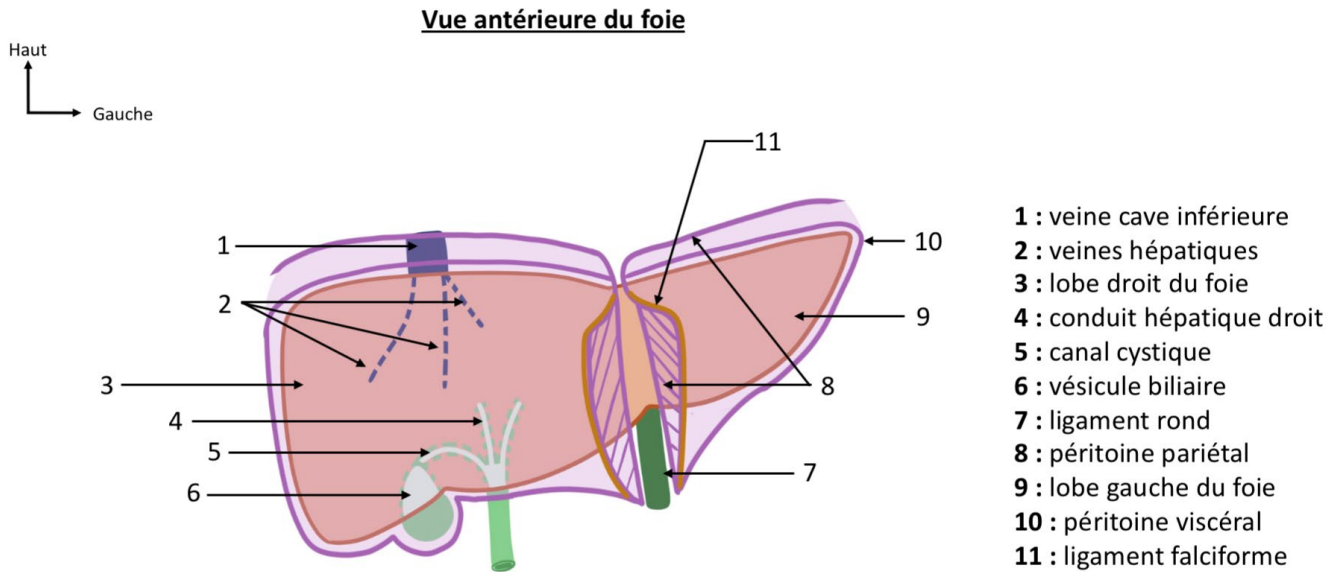
Si ça déborde, on est dans le cas d'une **hépatomégalie (= grand foie)**

L'examen clinique du foie consiste à :

- **palper le rebord costal** pour voir si ça ne déborde pas. Si ça déborde, on l'évalue en travers de doigt (*exemple : le foie déborde de 2 travers de doigt*)
- **Percuter** pour savoir jusqu'où le foie remonte. Pour cela, on applique une main à plat qu'on percute avec l'autre main. En face du foie, on aura un **son mat** car c'est un **organe plein**, on parle de matité. *Au niveau du poumon, on aura un son beaucoup plus aigu car il y a de l'air (organe creux), on parle de tympanisme*

Le **triangle de Labbé** est la zone qui se trouve en dessous du grill costal. Le son est **mat** normalement : c'est la **portion abdominale** du foie. Et puis, en dessous, on a au contraire un **tympanisme relatif** puisqu'il y a des anses intestinales avec de l'air dedans.

1. Morphologie externe



Le **ligament rond** est le **reliquat de la veine ombilicale** qui a existé à la période fœtale et qui s'oblitére à la naissance. Il se dirige vers l'avant, vers l'ombilic. Il va jouer un rôle important dans les replis du **péritoine**.

Le **péritoine pariétal** vient se réfléchir autour de la zone du **ligament rond** pour former ici une sorte de repli qu'on appelle le **ligament falciforme**.

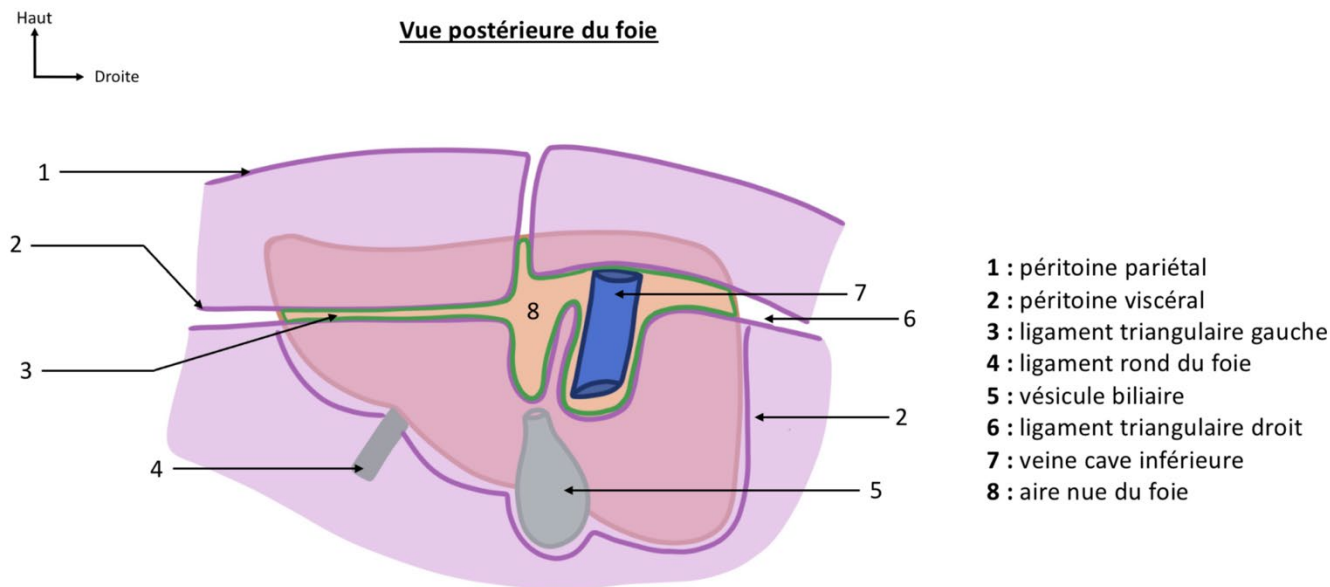
(Falcis signifie « faux » : le ligament falciforme a la forme de la lame d'une faux)

Ce ligament falciforme va séparer le lobe droit et le lobe gauche du foie. **Le lobe gauche dépasse la ligne médiane.**

Donc le foie est non seulement **encapsulé** mais aussi **tapissé de péritoine**.

La **vésicule biliaire** est glissée sous le foie. Elle sera parfois incluse dans le **péritoine hépatique** et parfois il y a du **péritoine** qui sépare la vésicule du foie.

La **veine cave inférieure** va drainer des **veines hépatiques** à l'intérieur du foie.



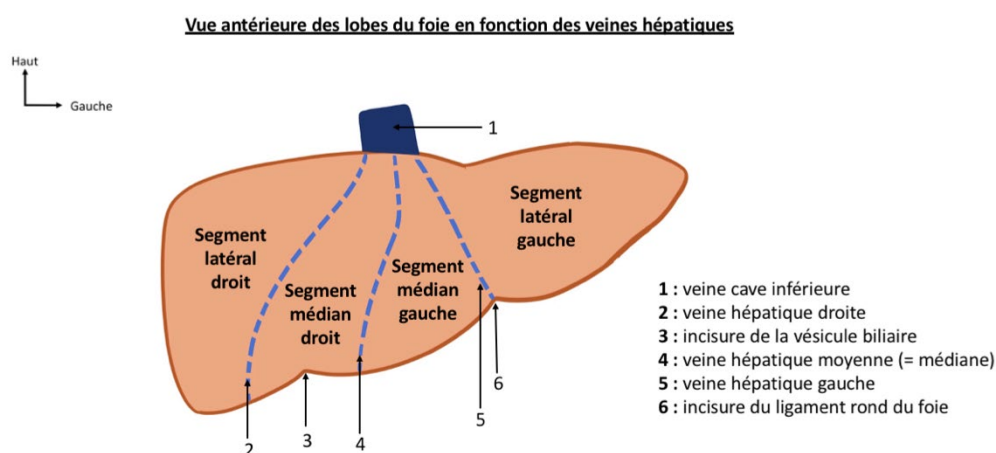
La face postérieure du foie n'est pas totalement **péritonisée** : il y a une partie qui s'appelle l'**aire nue du foie**. Cette partie va présenter 2 extrémités sous la forme de ce qu'on appelle les **ligaments triangulaires du foie**.

Le foie est entièrement attaché à la paroi :

- Il est suspendu à la paroi supérieure
- En avant, les 2 parties qui sont là se poursuivent vers le **ligament rond**, cela forme le ligament falciforme qui va s'attacher à la paroi
- En arrière, le foie est **péritonisé**. Il y a des replis qui viennent s'attacher au **péritoine pariétal postérieur**

2. Morphologie interne

Segmentation hépatique



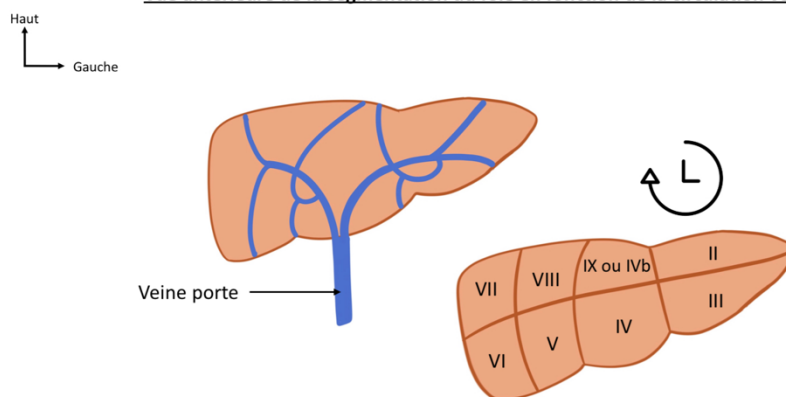
On a ici la **veine cave inférieure** qui va drainer par les **veines hépatiques** le sang veineux du foie. Le trajet de ces **veines** correspond approximativement à l'emplacement du **ligament rond** et de la **vésicule biliaire**. *(Ainsi le chirurgien peut repérer à travers la paroi)*

La **veine hépatique droite**, la **veine hépatique moyenne** et la **veine hépatique gauche** vont permettre de distinguer les segments du foie :

- Le segment latéral droit
- Le segment médian droit
- Le segment médian gauche
- Le segment latéral gauche

Segmentation portale

Vue antérieure de la segmentation du foie en fonction de la circulation veineuse portale



La **veine porte** draine le sang veineux du **tube digestif creux** et des **organes pleins** (*ex : la rate*)

Ainsi la **veine porte** draine la **quasi-totalité du sang de la cavité abdominale**

Elle se divise en deux en entrant dans le foie et puis il y a d'autres subdivisions à l'intérieur.

CAS CLINIQUE

Le foie est un organe qui peut souffrir de **traumatismes** mais qui peut aussi souffrir de **tumeurs**. Or, c'est un **organe vital**.

Le foie est un **organe qui peut se régénérer** : on peut en retirer une partie et elle va repousser. C'est un organe qui peut se greffer. Souvent, **un seul greffon prélevé** auprès d'un patient en mort cérébrale **peut être réparti sur plusieurs donneurs** puisque ça régénère. Les chirurgiens se basent sur cette segmentation pour prélever.

Les segments correspondent aux **extrémités des rameaux principaux de cette veine porte**. La numérotation va se faire dans le **sens des aiguilles d'une montre**.

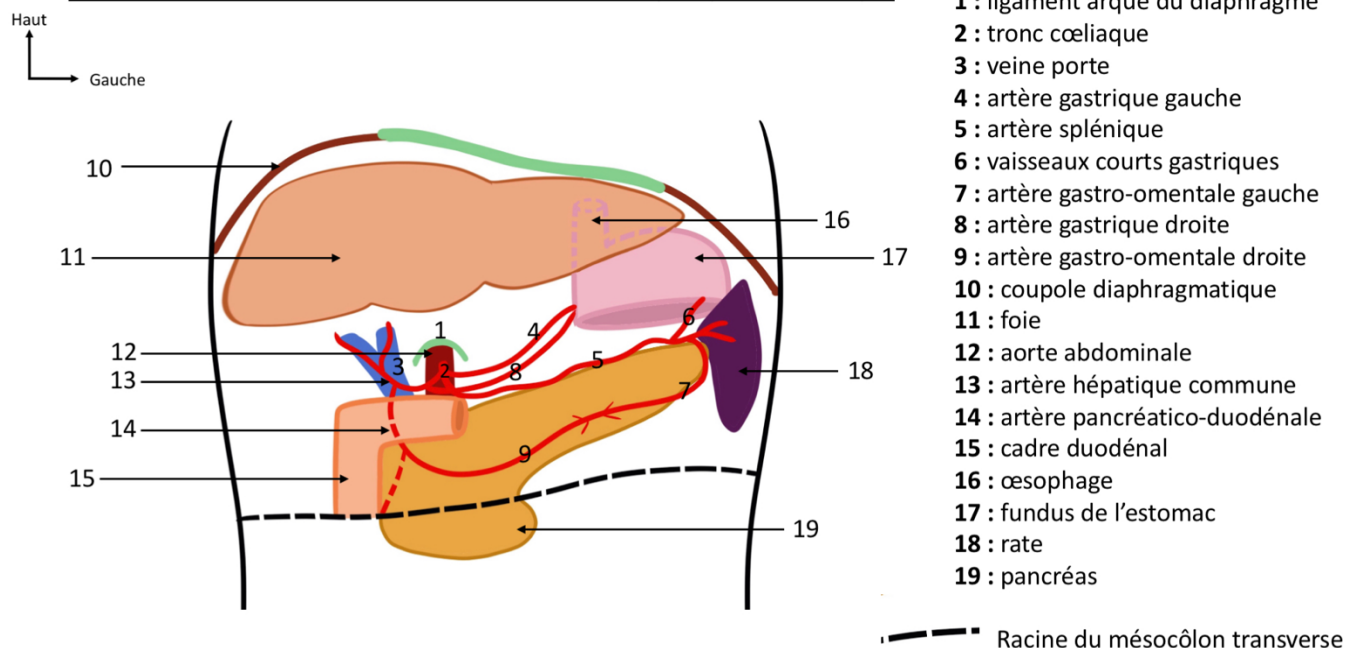
Le segment 1 n'est pas visible sur la vue antérieure.

On commence par le segment II, puis le III, le IV, le V, le VI, le VII, le VIII et le IX. **Le segment IX est aussi appelé IVb en fonction des classifications.**

III. VASCULARISATION DE LA CAVITÉ ABDOMINALE

A. VASCULARISATION ARTÉRIELLE DE L'ÉTAGE SUPRA-MÉSOCOLIQUE

Vue antérieure de la vascularisation artérielle de l'étage supra-mésocolique



Ici, le foie est surélevé par des écarteurs

L'étage supra-mésocolique est limité en bas par la **racine du mésocôlon transverse**

Cet étage sera principalement vascularisé par le **tronc coeliaque**. Ce dernier naît en **Th12** au niveau de l'**aorte** qui devient **abdominale** au même niveau, en passant par le **ligament arqué du diaphragme**

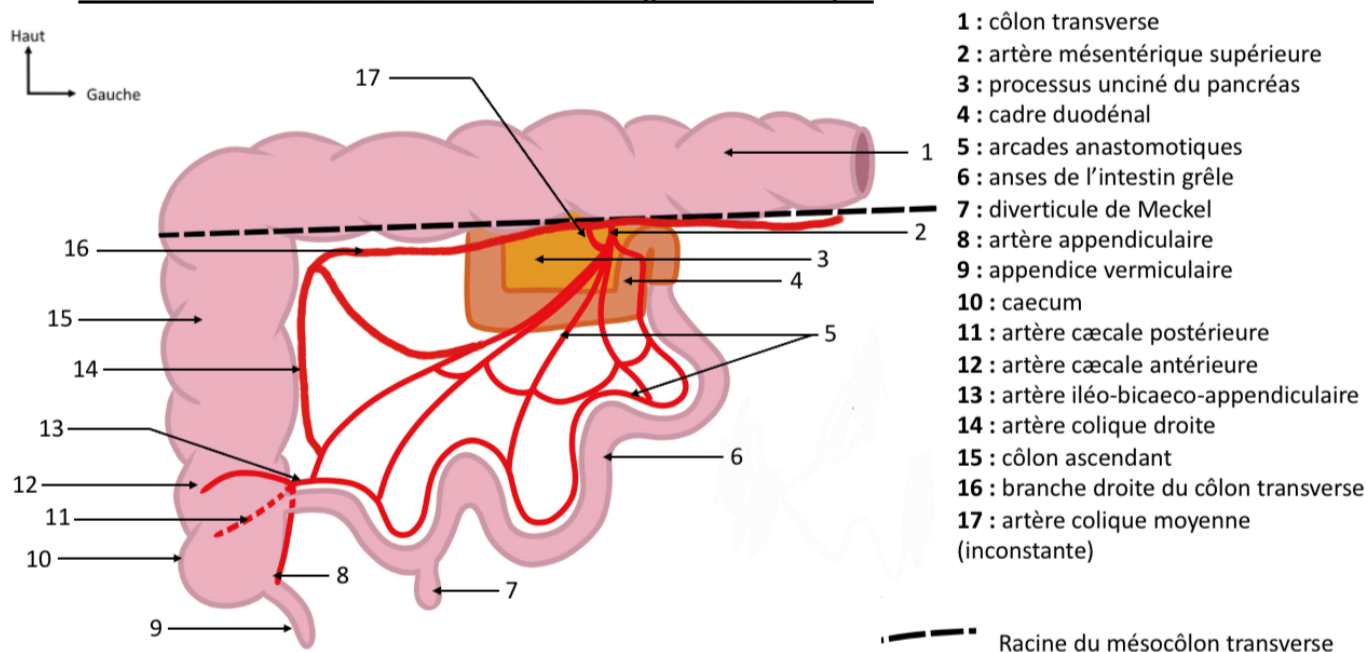
Le **tronc coeliaque** va donner :

- L'**artère gastrique gauche** : remonte jusqu'à la jonction entre l'œsophage et l'estomac puis redescend le long de la petite courbure
- L'**artère liénale** (ou **splénique**) : repte le long du bord supérieur du pancréas. Elle donne les **vaisseaux courts gastriques** pour la grande courbure. Elle donne aussi l'**artère gastro-omental gauche**.
- L'**artère hépatique commune** : donne une **artère gastrique droite** qui **s'anastomose avec l'artère gastrique gauche** au niveau de la petite courbure de l'estomac.
Enfin, elle donne aussi un rameau qui passe en arrière du duodénum mais en avant du pancréas, il s'agit de l'**artère pancréatico-duodénale**. Cette **artère** donne elle-même l'**artère gastro-omental droite** qui s'anastomose avec l'**artère gastro-omental gauche**.

B. VASCULARISATION ARTÉRIELLE DE L'ÉTAGE SOUS-MÉSOCOLIQUE

1. Artère mésentérique supérieure

Vue antérieure de la vascularisation artérielle de l'étage sous-mésocolique



Ici, le côlon transverse est surélevé par des écarteurs

L'étage sous-mésocolique est limité en haut par la **racine du mésocôlon transverse**

Cet étage sera principalement vascularisé par l'**artère mésentérique supérieure**.

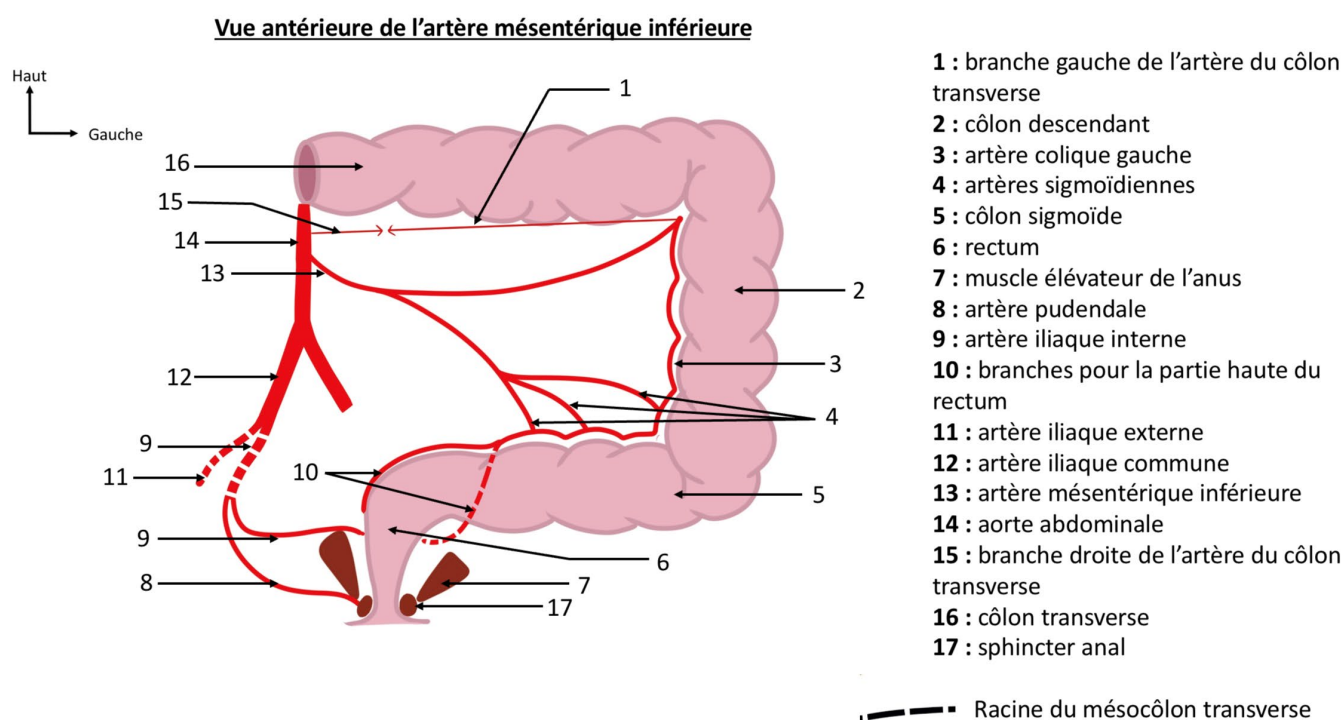
L'**artère mésentérique supérieure** va donner :

- Une **artère jéjunale** : ou plutôt une **série d'artères** qui vont présenter des arcades à l'intérieur du **mésentère**. C'est un réseau richement anastomosé.
- L'**artère colique droite** : vascularise le côlon droit. Se poursuit au niveau de l'angle colique droit par l'**artère du côlon transverse** (qui forme l'**arcade de Riolan** avec l'**artère mésentérique inférieure**).
- L'**artère colique moyenne** : **inconstante**. S'abouche dans l'**artère du côlon transverse**. Quand elle existe, ça nous donne la limite entre ce qui est alimenté ici par l'**artère mésentérique supérieure** et ce qui est alimenté de l'autre côté par l'**artère mésentérique inférieure**.
- L'**artère iléo-bicaeco-appendiculaire** : qui donne à son tour 2 **artères cœcales**, 1 **artère appendiculaire** et 1 **rameau** pour la dernière anse iléale.

CAS CLINIQUE

Il y a une structure qui peut **persister** chez l'adulte qui est le **diverticule de Meckel**. Ce diverticule de Meckel est le sommet de l'anse primitive qui va vers l'ombilic avant sa rotation chez le fœtus. Parfois il s'oblitére entièrement et il n'y a pas de souci et parfois il persiste et il peut y avoir le **même type d'inflammation que l'appendice**. Le chirurgien, quand il opérera pour l'appendicite, va systématiquement dérouler les 30 derniers centimètres pour vérifier la **présence ou l'absence du diverticule de Meckel**. Et même s'il est intact, **il faut l'enlever**.

2. Artère mésentérique inférieure



L'artère mésentérique inférieure vascularise plutôt le côté gauche 😊

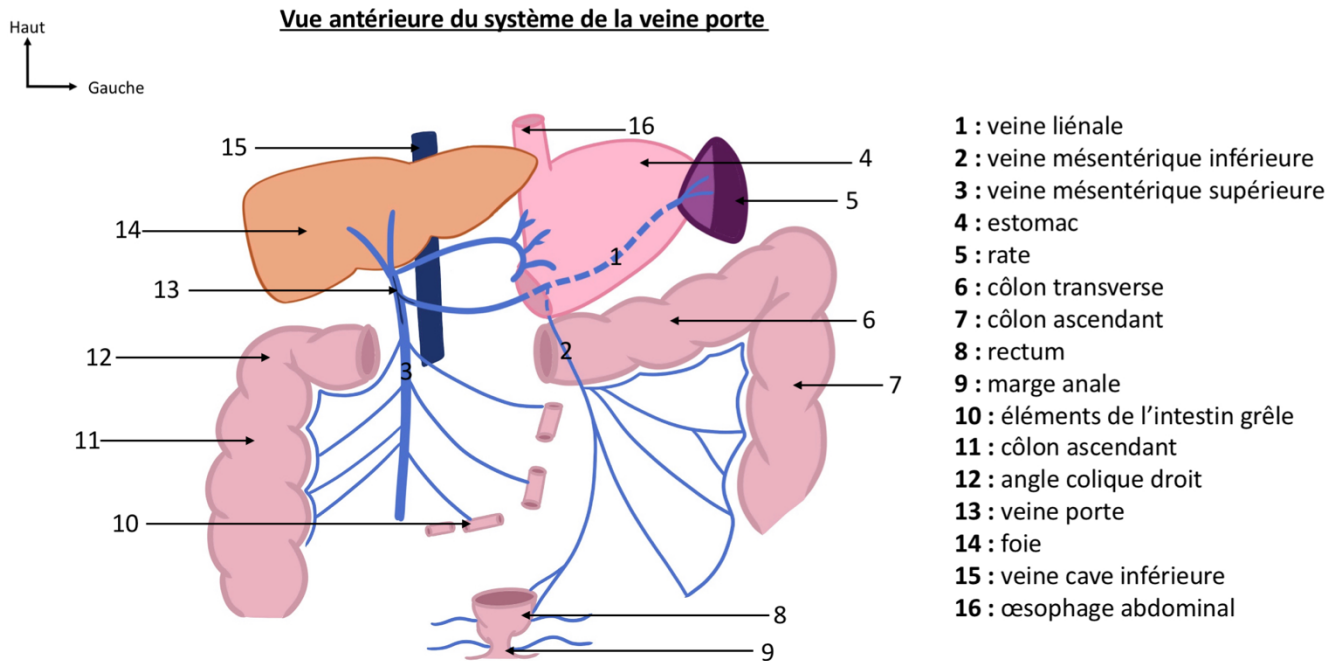
L'**artère mésentérique inférieure** va donner :

- La **branche gauche de l'artère du côlon transverse** : s'anastomose avec la branche droite qui vient de l'**artère mésentérique supérieure**. Cela forme l'**arcade de Riolan**.
- L'**artère colique gauche**
- S'arborise en **artères sigmoïdiennes** : ces **artères** passeront à l'intérieur du **mésosigmoïde**
- Des **branches** pour la partie supérieure du rectum

La partie du rectum située au-dessus du muscle élévateur de l'anus sera vascularisée par l'**artère iliaque interne**.

Le sphincter anal et la partie du rectum en-dessous du muscle élévateur seront vascularisés par l'**artère pudendale** (branche de l'**artère iliaque interne**)

C. VASCULARISATION VEINEUSE DE LA CAVITÉ ABDOMINALE



Les **éléments dilatés** du tube digestif s'appellent les **hausturations**.

La **veine porte** qui va donner :

- La **veine liénale**
- La **veine mésentérique inférieure** : draine la partie haute du rectum
- La **veine mésentérique supérieure** : draine le colon droit, le caeco-appendice sur le même modèle que le **mésentère**. Et à l'intérieur du **mésentère**, il va drainer les différents éléments de l'intestin grêle.

CAS CLINIQUE

En cas d'**hypertension portale**, le **système de la veine porte** peut être l'objet d'une **diminution du flux**. Cela arrive quand le foie ne joue plus son rôle de filtre. On a donc une **stagnation du sang** et au lieu d'être drainé par la veine porte, **le sang va trouver d'autres voies de passage et augmenter par exemple son flux vers la veine cave inférieure, autour de l'ombilic ou encore autour de l'œsophage** (vaisseaux du système cave qui vont à la rencontre de veines du système porte). On aura alors des **varices œsophagiennes**, des **hémorroïdes**, des **veines autour de l'ombilic** qui vont pouvoir se développer.

Bon courage 🤔

Ne lâche rien et surtout crois en toi !!

N'hésite pas si tu as des questions

IV. Annales

2021-2022:

Parmi les propositions suivantes relatives à l'anatomie générale, laquelle (lesquelles) est (sont) vraie(s)?

- A. Dans l'abdomen, un "mésos" est un accolement de deux feuillets de péritoine reliant un viscère à la paroi.
- B. Dans l'abdomen, un "omentum" est constitué de deux feuillets de péritoine accolés et qui relient deux viscères entre eux.
- C. Le foie est entièrement couvert de péritoine.
- D. (La rate est entièrement couverte de péritoine.)
- E. (Le rectum est entièrement couvert de péritoine.)

Parmi les propositions suivantes relatives à l'anatomie générale, laquelle (lesquelles) est (sont) vraie(s)?

- A. La queue du pancréas est dirigée vers la porte (hile) du foie.
- B. Le corps du pancréas est situé en avant de l'aorte abdominale.
- C. La tête du pancréas est sertie dans le cadre duodénal.
- D. Le processus unciné du pancréas est situé en arrière de l'artère mésentérique supérieure.
- E. Le processus unciné du pancréas est situé en arrière de la veine mésentérique inférieure.

2020-2021 :

Parmi les propositions relatives à l'anatomie générale, laquelle (lesquelles) est (sont) vraie(s) ?

- A. Le jéjunum fait directement suite au duodénum
- B. Les anses intestinales iléales sont disposées horizontalement
- C. Le canal cholédoque s'abouche dans le pancréas
- D. La rate est située au dessus de l'angle colique droit
- E. (Le pancréas est situé dans un plan postérieur au colon transverse)

2019-2020 :

Parmi les propositions suivantes relatives à l'appareil digestif, laquelle (lesquelles) est (sont) vraie(s) ?

- A. Le sang provenant du foie est drainé par la veine porte
- B. (Le pédicule hépatique comprend trois éléments principaux : l'artère hépatique propre, les voies biliaires, la veine porte)
- C. L'ampoule hépato-pancréatique (de Vater) est la réunion du conduit pancréatique mineur et du conduit cholédoque
- D. Le jéjunum présente des anses digestives plutôt horizontalement
- E. Le côlon transverse est entièrement vascularisé par l'artère mésentérique supérieure

V. Correction

Parmi les propositions suivantes relatives à l'anatomie générale, laquelle (lesquelles) est (sont) vraie(s)?

- A. Dans l'abdomen, un "méso" est un accolement de deux feuillets de péritoine reliant un viscère à la paroi.
- B. Dans l'abdomen, un "omentum" est constitué de deux feuillets de péritoine accolés et qui relient deux viscères entre eux.
- C. Le foie est entièrement couvert de péritoine.
- D. La rate est entièrement couverte de péritoine.
- E. Le rectum est entièrement couvert de péritoine.

Réponses : ABD

- A. **VRAI**
- B. **VRAI**
- C. **FAUX** : le foie est **partiellement** couvert de péritoine
- D. **VRAI**
- E. **FAUX** : le rectum est **partiellement** couvert de péritoine

Parmi les propositions suivantes relatives à l'anatomie générale, laquelle (lesquelles) est (sont) vraie(s)?

- A. La queue du pancréas est dirigée vers la porte (hile) du foie.
- B. Le corps du pancréas est situé en avant de l'aorte abdominale.
- C. La tête du pancréas est sertie dans le cadre duodénal.
- D. Le processus unciné du pancréas est situé en arrière de l'artère mésentérique supérieure.
- E. Le processus unciné du pancréas est situé en arrière de la veine mésentérique inférieure.

Réponses : BCD

- A. **FAUX** : la queue du pancréas est dirigée vers la porte **de la rate**
- B. **VRAI**
- C. **VRAI**
- D. **VRAI**
- E. **FAUX** : le processus unciné du pancréas est situé en arrière de la veine mésentérique **supérieure**

Parmi les propositions relatives à l'anatomie générale, laquelle (lesquelles) est (sont) vraie(s) ?

- A. Le jéjunum fait directement suite au duodénum
- B. Les anses intestinales iléales sont disposées horizontalement
- C. Le canal cholédoque s'abouche dans le pancréas
- D. La rate est située au dessus de l'angle colique droit
- E. Le pancréas est situé dans un plan postérieur au colon transverse

Réponses : ACE

- A. **VRAI**
- B. **FAUX** : les anses intestinales iléales sont disposées **verticalement**
- C. **VRAI**
- D. **FAUX** : la rate est située au-dessus de l'angle colique **gauche**
- E. **VRAI**

Parmi les propositions suivantes relatives à l'appareil digestif, laquelle (lesquelles) est (sont) vraie(s) ?

- A. Le sang provenant du foie est drainé par la veine porte
- B. Le pédicule hépatique comprend trois éléments principaux : l'artère hépatique propre, les voies biliaires, la veine porte
- C. L'ampoule hépato-pancréatique (de Vater) est la réunion du conduit pancréatique mineur et du conduit cholédoque
- D. Le jéjunum présente des anses digestives plutôt horizontalement
- E. Le côlon transverse est entièrement vascularisé par l'artère mésentérique supérieure

Réponses : BD

- A. **FAUX** : le sang provenant du foie est drainé par les **veines hépatiques**
- B. **VRAI**
- C. **FAUX** : L'ampoule hépato-pancréatique (de Vater) est la réunion du conduit pancréatique **majeur** et du conduit cholédoque
- D. **VRAI**
- E. **FAUX** : la **partie gauche du côlon transverse** est vascularisée par l'**artère mésentérique inférieure**