



Cet numéro de notre revue est apparu
sur le patronage de
L'Association des Morphologistes
et son président,
prof. **Vincent Delmas**
a l'occasion de l'organisation au
Constanta - Roumanie de son
87^{ème} Congrès

VARIABILITE MORPHOLOGIQUE DE L'ARCADE ARTERIEL DU COLON DESCENDANT

Adănescu Adelina-Maria, Niculescu M.C., Niculescu V., Dăescu Ecaterina, Petrescu Codruța, Zăvolan M.
Département d'Anatomie
Université de Médecine et Pharmacie "Victor Babeș",
Timișoara, Roumanie

Le côlon est vascularisé par l'artère mésentérique supérieure et aussi par l'artère mésentérique inférieure. En général, il y a deux branches coliques de l'artère mésentérique inférieure: l'artère colique gauche supérieure et l'artère colique gauche inférieure mais, rarissime, il y en a trois, la troisième étant l'artère colique gauche moyenne, une branche de l'artère gauche supérieure. Pour cette étude on a utilisé la méthode de la dissection macroscopique et l'injection des vaisseaux avec des masses plastiques, appliquées sur 100 pièces anatomique. Les variantes constitutionnelles de l'arcade artérielle paracolique du côlon descendant sont: l'arcade par les coliques gauches, supérieure et inférieure; l'arcade par les coliques gauches, supérieure et inférieure où la première est bifurquée; l'arcade par les coliques gauches, supérieure et inférieure où la dernière est bifurquée; l'arcade par les coliques gauches, supérieure et inférieure ou les deux étant bifurquées; l'arcade par les coliques gauches, supérieure, moyenne et inférieure; l'arcade par les coliques gauches, supérieure, moyenne et inférieure, où la moyenne est bifurquée; l'arcade par les coliques gauches supérieure et inférieure, la première a l'origine dans l'artère mésentérique inférieure; l'arcade par les coliques gauches supérieure, moyenne et inférieure, la première et la deuxième avec leur origine dans un tronc commun; l'arcade par les coliques gauches supérieure, moyenne et inférieure, la deuxième et la dernière avec leur origine dans un tronc commun; l'arcade par les coliques gauches supérieure, moyenne, moyenne accessoire et inférieure, les premières deux avec l'origine d'un tronc commun et aussi les dernières deux avec l'origine d'un tronc commun; l'arcade par les coliques gauches supérieure et inférieure, la supérieure avec trois bifurcations; l'arcade par les coliques gauches supérieure et inférieure, l'inférieure avec trois bifurcations. L'étude a démontré que l'arcade artérielle paracolique du côlon descendant est constamment par les artères coliques gauches supérieure et inférieure et inconstamment par la participation de l'artère colique gauche moyenne.

Mots clés: l'arcade artérielle paracolique du côlon descendant; l'artère mésentérique inférieure; l'artère colique gauche supérieure; l'artère colique gauche moyenne; l'artère colique gauche inférieure.

L'ADENOCARCINOME OVARIENNE AVEC DE CELLULES CLAIRES

Andrei S.
Département d'Anatomie
Université de Médecine et Pharmacie Tg. Mureș,
Roumanie

Introduction. Nous présentons le cas d'une patiente de cinquante ans, qui s'intègre dans la Clinique de Gynécologie nr. 1 Tg. Mures pour une formation ovarienne gauche, associée d'une douleur pelvienne.

Technique et méthode de travail. À l'examen extemporané de la formation tumorale on met le diagnostic de procès maligne. La pièce de hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale se fixe en formol, se prélève après une méthode standard et les fragments tissulaires obtenus s'introduisent dans la paraffine. Les sections sont colorées avec H-E, H-PAS, PAS-Alcian.

Résultats. Macroscopique, la formation ovarienne gauche aux un diamètre de cent mm, la surface irrégulière mais la capsule intacte, sur une section avec des zones solides blanches jeunes alterne des foyers cystiques, avec un contenu hémorragique. Le col utérin, le corps utérin, les trompes utérines et l'ovaire étaient normales. Microscopique, la formation tumorale est formée de cellules tumorales disposées architecturalement au forme de cystes avec des structures papillaires, tubes et placards entourés de stroma réduite. Les cellules tumorales sont polygonales, avec de cytoplasme abondante claire et de noyaux avec un pléomorphisme marqué. Dans les lumens de structures cystiques et tubulaires et dans le cytoplasme des cellules tumorales se trouve une abondante quantité de glycogène PAS-positif. Quelques lumens contiennent des cantités réduites de mucine Alcian-positives.

Conclusions. L'adénocarcinome ovarien avec de cellules claires est une tumeur extrêmement agressive, ainsi qu'elle ne doit pas être confondue microscopiquement avec d'autres tumeurs: le dysgerminome, la tumeur du sac vitellin, le goitre ovarien, le carcinome endométrioïde ou métastase de carcinome rénal avec cellules claires. Pour un diagnostic avec exactitude rigoureuse sont importantes les colorations spéciales et les examens immunohistochimiques.

Mots clés: ovaire, adénocarcinome ovarien avec de cellules claires.

ESSAYE DE CLASSIFICATION DES OSSA SUTURALIA

Antohe D.Șt., Varlam H., Bordei P., Lupulescu Adina
Département d'Anatomie
Université de Médecine et Pharmacie "Gr. T. Popa", Iași,
Roumanie

La présence fréquente des structures osseuses surnuméraires sur le trajet des sutures de la voûte du crâne nous a déterminé d'étudier la topographie et la morphologie intrinsèque de ces structures.

Matériel et méthode. Le matériel anatomique étudié a été formé par 200 crânes secs provenus de la collection du Laboratoire d'Anthropologie de l'Université "Al. I. Cuza" de Iasi. L'examen des pièces a été réalisé à l'aide de différents moyens de grossissement, de la loupe au microscope opératoire Zeiss et les images ont été enregistrées sur une ligne vidéo Sony.

Résultats et discussions. Notre étude nous a permis de mettre en évidence des os de suture avec une topographie différente de celles de la littérature, ainsi que de proposer une classification morpho-fonctionnelle inédite.

PARTICULARITES ANATOMIQUES DE LA JONCTION FRONTO-ETHMOÏDO-SPHENOÏDALE

Antohe D.Șt., Varlam H., Bordei P.
Département d'Anatomie
Université de Médecine et Pharmacie "Gr. T. Popa", Iași,
Roumanie

Le but de cette étude a été de mettre en évidence et de décrire des structures morphologiquement bien individualisées impliquées en l'édification des principales sutures de l'étage antérieure de la base du crâne.

Matériel et méthode. Le matériel anatomique étudié a été formé par 50 crânes secs provenus des individus adultes d'âge et sexe varié auxquels on a observé sur leur surface endocrânienne les sutures de la fosse antérieure. L'investigation a été réalisée à l'aide du microscope opératoire Zeiss. Les mêmes zones ont été examinées sur des images de CT provenues de 100 patients avec des souffrances dans d'autres territoires craniofaciales.

Résultats et discussions. Notre étude a mis en évidence la présence dans l'étage antérieur de la base du crâne des structures de *type alae-crista* qui sont caractéristiques aux schindylèses, la position interfronto-criblé de la 1/3 supérieure du labyrinthe ethmoïdal, l'articulation multiligulaire de l'épine sphénoïdale de l'ethmoïde et l'épine ethmoïdale du sphénoïde, l'interposition de *type*

pyramidal de la surface latérale de la partie orbitale de l'os frontal dans l'angle latéral de la fissure orbitaire supérieure.

HERNIES INTERNES: ANATOMIE CHIRURGICALE

Armstrong O., Hamel A., Hamel O., Rogez J.M., Robert R., Leborgne J., Tech. Coll, Lagier S., Blin Y.
Laboratoire d'Anatomie
Faculté de Médecine de Nantes, France

A la suite de la présentation "les fossettes duodenales: étude anatomique et applications cliniques" lors du dernier congrès des morphologistes, nous rapportons notre expérience à propos de 14 cas de hernies internes. Il s'agit de véritables hernies intra abdominales, à travers un orifice intra péritonéal. Restant à l'intérieur de l'abdomen, et excluant les hernies iatrogéniques (post chirurgicales). En fonction de la nature de l'orifice, plusieurs types et mécanismes peuvent être décrits. 1/ Orifice para normal, réalisant une fossette péritonéale, due à un défaut d'accolement des feuillets péritonéaux (Toldt ou Treitz): rétrocaecal (4/14), paraduodéal (4 dont 2 droites et 2 gauches); ou exagération d'un repli péritonéal: iléocaecal (1), rétroduodéal (1 cas), paravasculaire: artère iliaque droite (1). D'autres localisations ont été décrites: paracolique, inter sigmoïdienne, supra vésicale ou dans les replis du ligament large. 2/ A travers un orifice pathologique anormal, dont le mécanisme reste discuté: petit ou grand omentum, ligament falciforme du foie (1/14), trans mésentérique ou mésocolique. 3/ Enfin à travers un orifice normal: le foramen épiploïque (Hiatus de Winslow): 2 cas. Le plus souvent symptomatiques (13 fois), traduites par un syndrome occlusif (9/13), une péritonite (3/13) ou des douleurs abdominales (1 fois); elles nécessitent un traitement chirurgical urgent. Le diagnostic préopératoire n'est que rarement évoqué (3 fois). Le geste est simple: réduction du viscère hernié, résection si nécessaire, fermeture de la fossette péritonéale ou de l'orifice anormal. Le seul problème résulte de l'attitude à avoir lors d'une hernie interne à travers le foramen épiploïque. Les suites sont simples (en fonction de la péritonite et de l'état général du patient), sans récurrence. Mots clés: hernie interne, occlusion intestinale, fossette péritonéale, foramen épiploïque, orifice anormal intra abdominal.

L'IMPORTANCE DE L'EXAMEN IMMUNOHISTOCHEMIE DANS LE DIAGNOSTIC DE LES CARCINOMES PANCRÉATIQUES

Așchie I., Așchie Mariana, Deacu Mariana, Mocanu Liliana, Boșoteanu Mădălina, Boșoteanu C., Mocanu I.
Département de Chirurgie
Faculté de Médecine, Constanța, Roumanie

Objectif: L'origine de les carcinomes du pancréas est la plus fréquente dans la portion exocrine (en 95% de les cas), et rarement dans l'épithélium de les grande ductes et ductules, est exceptionnellement dans les acines pancréatiques. Notre étude va démontrer l'importance de la technique d'immunohistochimie pour différencier entre l'origine parenchymal ou ductal de les carcinomes pancréatiques.

Matériel et méthode. Nous avons étudié 10 cas de tumeurs pancréatiques primitives (7 cas de les hommes et 3 cas de les femmes, avec les âges entre 45 et 70 des années). Les cas ont été traités chirurgicaux dans L'Hôpital Clinique d'Urgence de Constantza, dans notre Cliniques de Chirurgie (I et II), dans la période de 2003 à 2004, et examinées histopathologique dans Le Département de l'Anatomie Pathologique. Les spécimens chirurgicaux ont été fixés au formol 10%, inclus en paraffine, sectionnés à 4 µm. Nous avons utilisé des méthodes histochemie avec des coloration usuelles (HE, van Gieson), spéciale (PAS, Masson) et puis des méthodes immunohistochimie (DAKO AcMo Cytokeratin 7 clone OV-TL12/30 et DAKO CA19-9 clone 116NS19-9).

Conclusion: Le diagnostic précis a été établi par l'examen histopathologique. L'origine ductale/parenchymateuse du carcinome pancréatique a été confirmée par la méthode immunohistochimie, étant importante dans le but d'établir le pronostic et la thérapie spécifique.

DES ASPECTS MORPHOLOGIQUE ET IMMUNOHISTOCHEMIE DANS LA DYSPLASIE ET LE CARCINOME MAMMAIRE

Așchie I., Deacu Mariana, Așchie Mariana, Mocanu Liliana, Boșoteanu Mădălina, Mocanu L., Boșoteanu C.
Département de Chirurgie
Faculté de Médecine, Constanța, Roumanie

But. Les carcinomes mammaire affectent une grande part des jeunes femmes et des hommes.

Matériel et méthode. Notre analyse a inclus 300 patients présentant des lésions carcinome mammaire. Les spécimens chirurgicaux étaient étudiés histopathologique avec des

méthodes histochemie (H.E., van Gieson, Masson, PAS) et des méthodes immunohistochimie avec des anticorps monoclonaux (AcMo p53, Bcl-2, EGFR, EsR, PgR, Laminine, Collagène IV, c-erb-B2, ACT) pour évaluer le type cellulaire et pour donner un pronostic précis des tumeurs malignes.

Résultats et discussions. Une conclusion très intéressante était la corrélation entre des plusieurs types histologiques de carcinome mammaire et quelques lésions bénignes (l'hyperplasie intraductale) À la comparaison, ductal in situ carcinome présente des proliférations papillaires associées à l'altération cellulaire marquée (la polarité renversée, aux noyaux ronds et centralement placés, de taux nucléocytoplasmique renversé). Une différence entre l'hyperplasie intraductale atypique et le carcinome intraductal comprennent le manque de participation des cellules mioépithéliales, qui peut être parfois remplacée par la prolifération néo-plastique.

Conclusions: Une grande variété de lésions bénignes du sein sont associées à différents types de carcinome mammaire, ainsi cette observation mène à l'idée de la transformation maligne des lésions bénignes, dans différentes conditions. Des autres références importantes de conclusion à la pertinence de la méthode immunohistochimie afin d'établir certainement le caractère malignité des tumeurs mammaires et de la connexion entre l'immunoréaction et quelques types de carcinome de sein: la réaction est diminuée dans le carcinome ductal, papillaire et tubulaire et a les niveaux élevés dans le carcinome médullaire et anaplasique.

ETUDE IMMUNOHISTOCHEMIE ET ULTRASTRUCTUREL DES COMPLEXES JONCTIONNELS DANS LES CAPILLAIRES DES VILLOSITÉS PLACENTAIRES

Baniță Monica, Pisoschi Cătălina, Șilcă Rodica, Stănoiu B., Drăgoi Gh., Castellucci M.
Département d'Anatomie
Université de Médecine et Pharmacie, Craiova, Roumanie

Le système des jonctions intercellulaires est contrôlé par suite des variations physiologiques et des nécessités spécifiques des tissus. Les capillaires des villosités placentaires ont des caractéristiques morphologiques particulières liées au rapide croissance du placenta.

L'étude présente envisage l'évolution du système des jonctions serrées (tight junctions) entre les cellules endothéliales des capillaires villositaires dans la placentogenèse.

Des villosités placentaires du premier et troisième trimestre de grossesse normale ont été prélevées et soumises aux techniques pour la microscopie électronique

de transmission (TEM) et de balayage (SEM) et contemporainement pour la microscopie photonique. Pour l'étude immunohistochimique on a utilisé l'anticorps anti-CD31 (PECAM) en ordre de marquer les cellules endothéliales et les anticorps anti-occludine et anti-ZO-1 pour le marquage des jonctions serres.

L'étude ultrastructurel a démontré la présence des jonctions intercellulaires des l'apparition des capillaires dans les jeunes villosités, même en absence des membranes basales et en même temps la présence constante des péricytes.

Au fur et a mesure qu'ils se superficiallisent et augmentent de superficie occupée dans le stroma, les capillaires des villosités au terme montrent une épaissement de la membrane basale et en même temps une augmentation du marquage pour les anticorps anti-ZO-1 et anti-occludine.

Les capillaires placentaires sont des structures très spécifiques et non soumis à la règle évidente des échanges intercellulaires. On peut supposer que ce comportement morphologique est du ou a la double origine contemporaine (vasculogenèse et angiogenèse) qui fait augmenter la vascularisation du placenta au terme ou aux exigences de nutrition et en même temps de immunoprotection du fœtus.

Mots clés: placenta, capillaire, jonctions serres, ZO-1, occludine.

ETUDE IMMUNOHISTOCHEMIE DE L'INVASIVITE DU TROPHOBLASTE DANS LE PLACENTA HUMAIN NORMALE

Baniță Monica, Drăgoi Gh., Pisoschi Cătălina, Stănescu M., Stănoiu B.

Département d'Anatomie

Université de Médecine et Pharmacie, Craiova, Roumanie

Du a sa structure embryonnaire et a la façon rapide de croissance, le placenta est souvent ressemblant aux tumeurs malignes. Par rapport à celles-ci les structures du placenta sont soumises à un contrôle biologique finement balancé entre la prolifération et la différenciation. Celui-ci envisage principalement le trophoblaste, défini soit trophoblaste villositaire bien spécialisé et non invasive soit trophoblaste extravillositaire. Ce dernier comprend le trophoblaste des îles et des colonnes et il est destiné soit au développement des nouveaux villosités soit au envahissement des structures déciduales utérines.

En ordre d'étudier l'équilibre entre le pouvoir invasive et le contrôle de la prolifération du trophoblaste on a étudié l'expression immunohistochimique des facteurs nucléaires de prolifération, des protooncogènes et celle des molécules d'adhésion intercellulaire.

Des coupes sériées d'arbres villositaires du deuxième et troisième trimestre de grossesse normale ont été traitées avec les anticorps anti-KI 67, anti-c-ErbB4 et anti-occludine. Le trophoblaste a été marqué avec l'anticorps anti-AE1/AE3.

Le trophoblaste des îles et des colonnes se caractérise par la présence des noyaux mitotiques et celle de l'occludine dans les premières deux - trois rends des cellules au voisinage de la villosité et manquent de positivité pour c-ErbB4. Les cellules distales, comme celles migrées dans la décidue, marquées par AE1/AE3, manquent de positivité pour KI-67 et c-ErbB4, mais expriment l'occludine. Seulement le trophoblaste hautement différencié des villosités démontre une positivité pour le protooncogène.

Par rapport à l'invasion tumorale celle du trophoblaste est contrôlée par la balance entre les facteurs de prolifération et ceux de la différenciation cellulaire.

Mots clés: placenta, trophoblaste, KI-67, occludine, c-ErbB4.

ROLE DU VEGF ET DU C-ERBB4 DANS LES CAPILLAIRES VILLOSITAIRES DU PLACENTA

Baniță Monica, Șovrea Alina, Pisoschi Cătălina, Șilcă Rodica, Drăgoi Gh.

Département d'Anatomie

Université de Médecine et Pharmacie, Craiova, Roumanie

Le placenta, un organe très simple morphologiquement, est caractérisé par une physiologie complexe qui assure la croissance spectaculaire contre le temps et la capacité de substitution fonctionnelle des systèmes très différenciés.

Les capillaires placentaires ajustent leur rôle soit directement par la croissance de leur superficie par rapport au stroma villositaire, soit parmi des facteurs biologiques dont ils subissent l'effet qui assurent l'augmentation de la fonctionnalité.

On a prélevé des arbres villositaires du premier et troisième trimestre de grossesse normale qui ont été soumis aux techniques appropriées pour l'immunohistochimie en utilisant les anticorps anti-VEGF et anti-c-ErbB4.

Les cellules endothéliales des capillaires du premier trimestre de grossesse ne montrent pas une réaction immune pour aucun des marqueurs. Au contraire, les deux sont présents dans les cellules du cytotrophoblaste et, en ce qui concerne le VEGF, aussi dans certaines cellules stromales.

La réponse immune cellulaire du troisième trimestre est caractérisée par la positivité de certaines cellules rémanentes du cytotrophoblaste pour le VEGF et du c-ErbB4 et en même temps par une discrète et linéaire réaction pour le c-

ErbB4 au pôle basale des cellules endothéliales. Par rapport au VEGF on peut discuter ces résultats envisageant son rôle mitogène pour les cellules endothéliales pour le premier trimestre et celui de facteur de croissance de la perméabilité vasculaire pour le troisième. En ce qui concerne c-ErbB4, accepté comme un protooncogène, on peut le considérer comme un facteur de survie des cellules endothéliales jusqu'au terme.

Mots clés: placenta, capillaire, VEGF, c-ErbB4

ETUDE ANATOMO-CHIRURGICALE DES GLANDES PARATHYROÏDES (LORS DE LA CHIRURGIE DU GOÏTRE BÉNIN)

Benguerrah A., Selamna R., Chirk Belhadj B.; Hammoudi S.

Laboratoire d'anatomie médico-chirurgicale
Faculté de Médecine d'Alger, Algérie

Problématique. La difficulté de préserver la fonction parathyroïdienne au cours de la chirurgie thyroïdienne réside dans:

- la variabilité de nombre et de la situation des glandes parathyroïdes,
- la dimension réduite de ces glandes et leur aspect proche le plus souvent des structures de voisinage (graisse et adénopathies),
- le caractère non constant de l'origine de leur vascularisation,
- les conséquences de leur atteinte sont importantes, voire vitales pour l'homme.

Objectif:

Cette étude de recherche anatomique sur le malade en salle opératoire a pour but:

1. De faire une étude morphologique des PTH
2. D'établir une cartographie de la situation des PTH
3. De mettre en évidence l'origine de l'artère nourricière des parathyroïdes supérieures
4. De rappeler certaines règles de préservation des glandes et de leur apport vasculaire
5. De proposer devant une multitude de controverses sur la vascularisation des PTH notre technique de résection thyroïdienne

Matériel. Les interventions chirurgicales ont été pratiquées par le même opérateur sur un échantillon de 100 malades porteurs de goîtres bénins: 82 femmes et 12 hommes.

Méthode. Elle est basée sur une dissection anatomo-chirurgicale prônant le principe de la lobectomie thyroïdienne extra capsulaire ascendante stricte.

Ce procédé permet:

- la libéralisation complète du lobe; bien encapsulé, il

reste appendu - comme une poire à sa tige- au pédicule supérieur.

- La dissection anatomo-chirurgicale permet la préservation de la branche artérielle postérieure de l'ATS qui vascularise dans 23 % des cas (notre série) la parathyroïde supérieure.

Résultats:

- Hypoparathyroïdie définitive: nulle
- Paralysie récurrentielle définitive: nulle

Mots clés: Parathyroïdes - thyroïde - Artère thyroïdienne supérieure - lobectomie extra-capsulaire.

EVALUATION DES CONNAISSANCES D'ANATOMIE DE SURFACE: LES LIMITES DU POU MON

Benkhadra M.

Laboratoire d'Anatomie
Faculté de Médecine, Dijon, France

Introduction. La plèvre et son atteinte traumatique iatrogène au cours de la mise en place d'un cathéter veineux central constituent une hantise pour les médecins et en particulier les anesthésistes pour qui ce geste est quasi quotidien. Le but de notre étude est d'évaluer les connaissances d'anatomie de surface d'anesthésistes et de chirurgiens concernant la projection cutanée de la plèvre pulmonaire.

Matériel et méthode. Nous avons demandé à 30 médecins (anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens, réanimateurs médicaux) de dessiner sur un schéma tiré de Testut [1] la projection de la plèvre pulmonaire. Nous avons ensuite confronté par transparence les résultats au schéma original de projection des poumons. Deux critères principaux ont été évalués: la hauteur ou limite supérieure de la plèvre et sa limite externe au niveau de la clavicule (intérêt lors de la ponction sous-clavière).

Résultats. Sur 30 médecins sondés, seulement 3 médecins (anesthésistes) ont répondu correctement en ce qui concerne la hauteur et la limite externe de la plèvre.

Pour ce qui est de la limite supérieure, 16 médecins l'imaginent plus bas qu'elle n'est; 10 la placent correctement, et 4 la placent plus haut.

Pour la limite externe: 4 la situent correctement, 24 la placent plus externe qu'elle n'est et 2 plus interne.

Discussion. Il apparaît donc que pour une grande majorité, les médecins imaginent la plèvre plus externe (80%) et plus basse (53%) qu'elle n'est en réalité.

Conclusion. Nos résultats montrent qu'il existe une dérive des connaissances anatomiques de base apprises lors du premier cycle d'études médicales. Peut être la peur du

pneumothorax iatrogène finit elle par l'emporter sur les données anatomiques et imaginer cet organe tel un ennemi invisible: partout et nulle part?

Bibliographie: Testut L.; Jacob O. - Traité d'Anatomie topographique avec applications médico-chirurgicales. Tome second abdomen-bassin-membres. Paris. Editions Gaston Dion. 1931.

Mots clés: questionnaire, anatomie de surface, plèvre.

ASPECTS PARTICULIERS DE L'ARTÈRE FÉMORALE ET DE SES RAMEAUX COLLATÉRAUX

Beșleagă Adela*, Bostan Lucia*, Antohe D.Șt.**,
Constantin F.*

*Département d'Anatomie, Faculté de Médecine, Constanța

**Département d'Anatomie, Université de Médecine et Pharmacie "Gr. T. Popa", Iași, Roumanie

But de la communication. Notre étude a envisagé la détermination des caractères morphologiques du tronc de l'artère fémorale et de ses rameaux collatéraux, de l'origine jusqu'à sa terminaison.

Méthodes et matériel de travail. Nous avons travaillé sur 28 fœtus humains et 14 cadavres adultes, en utilisant comme méthodes la dissection de pièces formolées et l'injection de matières plastiques (tehnovit), suivie de dissection.

Résultats. Nous avons choisi de présenter seulement les variantes que nous avons rarement rencontrées dans la littérature de spécialité. Nous avons trouvé un seul cas où l'artère circonflexe iliaque superficielle était double, les deux artères étant séparées dès leur origine de l'artère fémorale. Entre les artères circonflexe iliaque superficielle et profonde nous avons signalé beaucoup d'anastomoses verticales, parfois ayant des dimensions significatives, placées tout près de leur origine. Les artères pudendales externes superficielle et profonde, présentent fréquemment leur origine par un tronc commune. L'artère fémorale profonde part de la face postérieure de l'artère fémorale, ayant d'habitude un calibre grand et se termine par bifurcation: le plus souvent l'artère du quadriceps et un rameau qui va donner naissance aux artères perforantes. Le tronc des artères perforantes peut se diviser à son tour en trois ou quatre artères perforantes, son rameau terminal devenant la quatrième ou la cinquième artère perforante. Le premier rameau perforant est le plus volumineux et peut passer postérieurement à la veine, tandis que le deuxième rameau perforant passe antérieurement à celle-ci. Lorsque l'artère glutéale inférieure est courte, elle fait anastomose seulement avec le premier rameau perforant. L'artère du

muscle quadriceps peut aussi avoir l'origine dans l'artère fémorale, sous l'origine de l'artère fémorale profonde ou au-dessus de celle-ci.

Conclusions. La variabilité du niveau de l'origine des rameaux de l'artère fémorale et la variabilité de leur calibre. Ainsi, l'artère du quadriceps peut présenter un calibre réduit, situation où des rameaux musculaires supplémentaires se détachent directement de l'artère fémorale.

VARIANTE ANATOMIQUE NEURO-VASCULAIRE AUX DEUX EXTREMITES DES MEMBRES: A L'AVANT-BRAS ET A LA JAMBE

Bistran Cornelia, Chirculescu A.R.M., Cadariu Ș., Cristescu Carmen, Stănescu Carmen

Département d'Anatomie

Université de Médecine et Pharmacie "Carol Davila", București, Roumanie

Pendant l'activité quotidienne de dissection, on a trouvé une série de variantes neuro-vasculaires, présentes à l'avant-bras d'un cadavre masculin âgé et à la jambe d'un autre.

À l'extrémité proximale de l'avant-bras gauche, le nerf médian était placé au-dessous de l'artère humérale, devenue l'élément le plus médial et superficiel du sillon bicapital médial du coude (en effet, le nerf médian était tout le long de son trajet chez le bras, placé derrière l'artère humérale). 2 cm plus bas, le nerf ulnaire donnait une branche ascendante angulée à 30°, qui se dirigeait obliquement, supéro-latéralement, en se retournant vers le flechisseur superficiel des doigts.

À l'extrémité distale, c'est l'arc artériel superficiel de la paume qui naissait seulement de l'artère ulnaire, comme 2 branches en "Y", en temps que l'artère radiale allait directement vers le pouce, à travers l'éminence thenaire.

À la jambe, on a pu observer le nerf péronier superficiel et ses branches cutanées, aussi bien que les veines saphènes gauches grande (doublée) et petite, en présentant aussi des variantes, par rapport au normal.

Ces variantes anatomiques sont intéressantes du point de vue de leur localisation et par ce qu'elles sont combinées: vasculaires et nerveux, aux mêmes niveaux.

**LA PARTICIPATION DES ANATOMISTES
ROUMAINS AUX CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ
FRANÇAISE DE MORPHOLOGIE**

Bordei P.

Département d'Anatomie

Faculté de Médecine, Constanța, Roumanie

Notre collaboration a démarrée en 1991, lorsqu'à Bruxelles, sous la présidence du professeur Antoine Dhem, a eu lieu le 73-e Congrès de morphologie. Pendant 15 années écoulés, les anatomistes de Roumanie (Constanta, Iasi, Bucaresti et Timisoara) ont participé chaque année à ces importantes manifestations scientifiques de la morphologie européenne; les Roumains ont beaucoup révé de présenter leur travail, leurs réalisations aux autres pays de l'Europe, surtout à notre soeur aînée, la France, avec laquelle nos relations spirituelles sont vraiment particulières; c'est la raison pour laquelle chaque année la délégation roumaine est devenue de plus en plus nombreuse, parfois la plus nombreuse de toutes les délégations étrangères. Si à Bruxelles, en 1991, participaient seulement 2 anatomistes roumains, à Lisbonne déjà, en 1994, le nombre augmente à 12-20 personnes. A partir de 2000, à l'occasion du Congrès de Dijon, les anatomistes de Constanta ont entraîné aussi la participation de quelques étudiants (avec des travaux poster ou bien de présentations orales). La participation des histologistes roumains est mentionnée en 1996, lorsque le congrès a eu lieu à Madrid. Pendant les 15 années, la présence des Roumains a été bien reçue; leur communications ont été appréciées par les comités de spécialité, la preuve étant les prix reçus à travers le temps: Lille (1993), Reims (1997), Torino (1998), Sousse (2002) et Amiens (2004). Nous avons considéré une preuve de reconnaissance de tous nos efforts entrepris pendant cette période de temps, le fait que l'Association française nous a assigné cette noble et difficile tâche de l'organisation de 87-e Congrès de Morphologie à Constanta, en Roumanie. Toute les réunions réalisées en 15 ans ont facilité une bonne connaissance de nos préoccupations scientifiques, de nos réalisations dans le domaine de la morphologie. On croît aussi que les relations créées pendant ces 15 ans ont mené, outre une fructueuse collaboration sur le plan scientifique, à la réalisation d'une amitié sincère et durable entre les anatomistes des différents pays du monde.

**L'ENSEIGNEMENT ANATOMIQUE EN
ROUMANIE ET L'EUROPE DE L'EST**

Bordei P., Șapte Elena, Iliescu D.

Département d'Anatomie

Faculté de Médecine, Constanța, Roumanie

A présent, il existe en Roumanie 10 centres d'enseignement supérieure médical, dans l'ordre de leur constitution, nous avons des Facultés où Université de Médecine à Bucarest (1862), Cluj (1872), Iasi (1879), Timisoara (1945), Târgu-Mures (1945), Craiova (1970), Constante (1990), Oradea (1991), Brasov (1991) et Sibiu (1991).

En Roumanie l'anatomie est une discipline indépendante, étant une des plus importantes de l'enseignement médical, fait reflaîté dans le nombre des heures dédiée, aussi que dans le nombre des enseignants; les étudiants y passent la plupart du temps consacré à l'étude des années précliniques.

L'étude de l'anatomie occupe d'habitude 2 années: 4 semestres pour la médecine générale, 2 où 3 semestre pour la stomatologie et 1 o même 2 semestre pour la pharmacie.

Il existe un stage obligatoire d'anatomie dans la formation des médecins spécialistes, généralistes ou stomatologues, d'après des plans mis d'accord par le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Education. Il existe aussi des master en morphologie, période qui occupe toute une année et qui se déroule après les études universitaire de six ans; l'anatomie y occupe une place très importante.

Les doctorats en anatomie durent entre 3 et 6 ans, avec ou sans fréquence; avant de soutenir la thèse, le candidat doit soutenir trois examens et trois rapports.

Nous présentons l'organisation de l'enseignement anatomique en Roumanie et en quelques pays de l'Europe de sud-est, comme l'Hongrie, la République Tchèque, la Slovaquie.

Les étudiants en médecine générale étudient, dans la première année, l'anatomie descriptive, en commencent avec l'ostéologie, suivi par l'anatomie descriptive des membres; il continuent puis, dans le 2-ème semestre, avec l'anatomie descriptive de la tête et du cou, du thorax et de l'abdomen.

Dans le premier semestre de la deuxième année, on enseigne l'anatomie du système nerveux et des organes de sens, le deuxième semestre étant dédié à l'étude de l'anatomie topographique et clinique. Les notions qui ne sont pas présentées au cours, sont incluses dans les travaux pratiques; une telle séance commence avec une courte discussion avec les étudiants concernant les sujets discutés pendant la réunion précédente, suivie d'une présentation des sujets programmés pour la séance respective. La plus grande partie de ce qu'on appelle chez nous "travaux pratiques"

est dédiée aux démonstrations pratiques: dissection sur les cadavres, explications sur des viscères isolées (provenus des salles de médecine légale), os, articulations, planches, diverses sections (cerveau, membres, thorax, abdomen, etc), radiographies, échographies, angiographies, l'anatomie présentant aussi des notions d'imagerie normale du corps humain. On effectue des dissections sur des fœtus humains; pendant ces travaux pratiques les étudiants travaillent effectivement. Les étudiants doivent présenter aussi un nombre de dessins anatomiques effectués par eux-même d'après les cadavres ou autres matériels anatomiques et aussi d'après des traités d'anatomie, atlas de spécialité). L'examen d'anatomie a été conçu en deux étapes:- une épreuve pratique qui peut être éliminatoire ou pas (cette condition est établie par le Conseil des professeurs au commencement de l'année universitaire);- la deuxième partie, orale ou écrite, comprenant des grands sujets ou sous forme de "multiple choice". La note finale se compose de: le qualificatif de l'activité de l'étudiant pendant le semestre, la note obtenue à l'épreuve pratique et la note accordée à l'examen oral ou écrit final, chacune de ces notes ayant un pourcentage établi au niveau de chaque département. Les sujets pour les examens sont présentés aux étudiants avec 30 jours avant la session d'examens.

L'ADÉNOCARCINOME GASTRIQUE VERSUS LE CARCINOÏDE MUCINEUX - L'IMPORTANCE DE L'IMMUNOHISTOCHEMIE - PRÉSENTATION DE CAS

Boșoteanu C., Așchie Mariana, Boșoteanu Mădălina, Mocanu Liliana, Deacu Mariana, Mocanu L.
Département d'Anatomie Pathologique
Faculté de Médecine, Constanța, Roumanie

But. Le but de cette étude est de distinguer entre deux lésions malignes de l'estomac: adénocarcinome et carcinoïde.

Matériel et méthode. Nous avons examiné dans le Laboratoire de Pathologie de SCJU Constantza un spécimen de gastrectomie d'un mâle patient. Les méthodes de travail étaient habituelles, histochimiques (H.E., van Gieson, Masson, PAS) et immunohistochimiques (chromogranin, NSE, citokeratin).

Discussions: La lésion gastrique était macroscopiquement comme un secteur légèrement élevé et infiltré de 7/6cm, avec la surface irrégulière; la muqueuse au dessus de la lésion a présenté des petites ulcérations; sur la surface coupée, la tumeur a eu un aspect plein, de la couleur grise, avec des petits cystes ayant un contenu mucoïde.

L'examen histopathologique indique dans les nids de la

submuqueuse et de la musculaire des cellules "en bague à chaton", arrangées en mode microglandulaire et feuilles/travées solides des cellules rondes, uniformes avec les noyaux réguliers et de quantités modérées de cytoplasme; la chromatine était dispersée, avec une qualité granulaire; petits nucléoli; mitoses peu fréquents. Apparemment, le modèle architectural de la tumeur et la présence des cellules "en bague à chaton" tendent à mener au diagnostic de l'adénocarcinome, mais quelques dispositifs cytologiques (peu de mitoses, l'uniformité cellulaire, aucun composant *in situ*, arrangement plus ordonné), parlent en faveur de celui de carcinoïde mucineux et trabeculaire, confirmée par l'examen immunohistochimique.

Conclusions. Parfois, l'aspect tumoral peut induire un diagnostic erroné, mais l'utilisation des techniques immunohistochemiques a une valeur inestimable.

ÉTUDE ANATOMO-ULTRASONOGRAPHIQUE INTRAOPÉRA-TOIRE DU FOIE POUR LA PRÉPARATION DES L'INTERVENTIONES CHIRURGICALES HÉPATIQUES

Botea F., Sârbu V., Iusuf T., Unc O., Gulserin Nurla, Botea Isabela

Département de Chirurgie

Faculté de Médecine, Constanța, Roumanie

Objectifs. L'échographie intraopératoire est un bon méthode imagistique médicale pour étudier l'anatomie du foie pendant la chirurgie. Le but de cette étude anatomique était d'évaluer les capacités et les limites de la échografie intraopératoire d'établir l'anatomie exacte du foie afin d'exécuter un procédé chirurgical optimal.

Matériel et méthodes. Depuis 2001, l'échografie opératoire a été exécuté dans 87 cas opérés pour la pathologie de foie (26 cas avec le kyste hydatique de foie, 5 cas avec des abcès de foie, 7 cas avec hémangiome hépatique et 48 pour le métastases hépatiques). Tous les cas ont été admis et opérés dans la II-ème Clinique de la Chirurgie - Hôpital Clinique d'Urgence de Constanta.

Résultats et discussions. L'échographie avait correctement et complètement établi l'anatomie de foie dans 95.5% (84 cas), identifiant 39 variations anatomiques; dans 3 cas que la recherche ne pourrait pas être complètement effectuée en raison des adhérences viscéraux intenses. Le procédé chirurgical a été modifié par ces résultats dans 74.7% (65 cas).

Conclusions. L'échographie intraopératoire est un méthode imagistique médicale indispensable et très précis pour étudier l'anatomie du foie avec un rôle important en établissant le procédé chirurgical approprié, de ce fait assurant de bons résultats postopératoires.

Mots clés: anatomie clinique, ultrasonographie intraopératoire, chirurgie hépatique

ASPECTS PARTICULIERS DE LA CAROTIDE INTERNE FŒTALE

Bulbuc. I.*, Bordei P.*, Varlam H.**, Stici Cristina*

*Département d'Anatomie, Faculté de Médecine, Constanța

**Département d'Anatomie, Université de Médecine et Pharmacie "Gr. T. Popa", Iași, Roumanie

But de la communication. La présentation de quelques aspects morphologiques particuliers concernant l'origine de la carotide interne fœtale, son trajet, aussi que la détermination du niveau de la terminaison par rapport au sinus veineux caverneux et l'artère ophtalmique.

Méthodes et matériel de travail. Nous avons effectué notre étude sur des fœtus humains l'agés entre 4 et 9 mois, frais et formolés, en utilisant comme méthodes la dissection et l'injection de matière plastique (tehnovit).

Résultats. L'artère carotide interne peut provenir d'une carotide commune qui se divise plus haute que normalement, ou d'une carotide commune qui se termine pratiquement par trifurcation. Le trajet vertical de la carotide interne peut être rectiligne ou en S italique disposé normalement ou inversé; dans les deux cas, les courbes décrites sont larges, l'inférieure étant plus accentuée. Rarement, de la carotide interne peut provenir un rameaux cervical profondément latéral, qui a l'origine au même niveau avec l'origine de l'artère faciale de la carotide externe. A l'entrée dans le crâne, l'artère carotide interne présente un coude toujours plus grand de 45°, parfois même un angle droit, cet angle étant plus grand lorsqu'il est situé tout près du processus clinoidien postérieure. Le segment intra-pétreux de l'artère carotide interne peut être un peut ondulée, faisant une coube à convexité médiale ou peut être en S italique, orienté normalement ou inversé. La portion de l'artère carotide interne située à l'intérieure du sinus carotidien peut présenter un aspect rectiligne, un peu ondulé ou en S italique.

Conclusions. La carotide interne fœtale est différente de la carotide interne de l'adulte, surtout à cause de son trajet très ondulé et aussi par la possibilité de l'existence de rameaux collatéraux cervicaux minces.

VARIANTES ANATOMIQUES RENCONTREES A LA DISSECTION D'UN CADAVRE D'HOMME D'ENVIRON 50 ANS

Cadariu Ș.

Département d'Anatomie

Université de Médecine et Pharmacie "Carol Davila", București, Roumanie

À la dissection de l'axille droite, j'ai rencontré la variante suivante:

Le nerf thoracique long finit apparemment devant la sixième côte. De la partie comprise entre les côtes 4 - 6, partent quelques filets nerveux, qui s'unissent et forment un autre tronc, situé antérieurement du premier, à 1-2 centimètres. Celui-ci donne quelques filets pour le denté antérieur et finit dans le muscle Latissimus dorsi. Latissimus a aussi l'innervation du nerf thoracodorsal.

À la dissection de la fess droite, j'ai rencontré la variante suivante:

Le muscle piriforme était rudimentaire et se trouvait sur la marge antérieure de la grande incision ischiadique. L'artère fessière inférieure, volumineuse et deux veines fessières inférieures étaient situées postérieurement et un peu inférieurement du muscle. La botte vasculonerveuse fessière supérieure était située antérieurement et un peut au-dessus du piriforme.

Le nerf fessier inférieur est séparé de vaisseaux et aborde le muscle par l'orifice sacré postérieur 3. Il est accompagné des vaisseaux sanguins minces. À la dissection de l'espace poplitée droite, j'ai rencontré une bourse séreuse unique pour le muscle gastrocnémien médial et le muscle sémimembraneux.

Mots clés: nerf thoracique long, muscle Latissimus dorsi, muscle piriforme, orifice sacré postérieur, bourse.

DES ASPECTS CLINIQUES – IMAGISTIQUES DU SYNDROME ENDOANTRAL

Călin Dorelia*, Frâncu L.L.*, Moldovanu Adriana***,

Ghibirsina Cristina**

Départements de Cardiologie* et d'Anatomie**, Clinique Radiologique***

Université de Médecine et Pharmacie "Gr. T. Popa", Iași, Roumanie

Introduction. L'implication sinusale des affections pulpaire sont situées entre 4,6 et 47% du total des sinusites et dépend de la lésion pulpaire, les maladies infectieuses pulpaire aiguës diffusent beaucoup plus rapidement et d'une manière destructive, étant capables à engager, rapidement et d'une façon significative le sinus adjacent.

Les aspects divers que le syndrome endo-antral les peut présenter et l'inexistence de tous les cinq signes dans tous les cas, peuvent créer des difficultés de diagnostic et de traitement. Pour cette raison cette étude veut préciser exactement la nature, les aspects cliniques - imagistiques et le management des lésions.

Matériel et méthodes. L'étude clinique a inclus des patients examinés dans le cabinet dentaire pour diverses caries, auxquelles on a décelé des lésions périapicales et sinusales après des traitements endodontiques. Dans la majorité des cas, les patients présentaient des signes cliniques qui indiquaient une aggravation récente, mais celle-ci est dans la majorité des cas tardive pour un traitement endodontique. L'étude imagistique (ortopantomographies, radiographies périapicales et occlusives) a précisé exactement la nature des lésions.

Résultats. L'investigation clinique du patient suspect d'une affection du sinus maxillaire doit inclure la palpation extraorale, des parois antérieure et latérale du sinus, au-dessus de la proéminence des os des joues et intraorale, sur la surface latérale de la maxille. Les modifications radiologiques possibles qui peuvent être observées dans le cas de la sinusite sont l'épaississement de la muqueuse sinusale, un niveau air-fluid et radiopacité complète. Les plus fréquentes lésions périapicales déterminées par un traitement endodontique inadéquat sont la périapicale chronique, l'abcès apical, les kystes, l'ostéomyélite et les cicatrices fibreuses, qui peuvent se compliquer quelquefois par sinusites odontogènes. La pénétration du plancher sinusal pendant la chirurgie périapicale ou avec des instruments endodontiques, des irrigateurs, de la médication intracanaliculaire ou des matériels d'obturation peut déterminer l'irritation ou l'inflammation de la muqueuse et peuvent se compliquer par une sinusite aiguë sévère par contamination bactérienne.

Conclusion. Cette étude ne veut pas être de nature épidémiologique ou statistiques, mais seulement attirer l'attention sur les implications périapicales et sinusales des traitements endodontiques inadéquats.

Mots clés: dépassement apicale, syndrome endo-antral, traitement endodontique.

EVOLUTION DEVAFORABLE DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE CHEZ UN ADOLESCENT INFECTÉ HIV

Cambrea Claudia*, Cambrea M.**, Ionescu V.**, Marcaș Consuela***, Ilie Margarita***, Rugină S.*

*Clinique de Maladies Infectieuses, Faculté de Médecine, Constanța

**Centre de Diagnostique d'Imagerie Euromedic, Constanța

***Hôpital Clinique de Maladies Infectieuses, Constanța, Roumanie

Introduction. la tuberculose a connu une recrudescence au niveau mondial, aussi comme conséquence de la pandémie HIV. On observe de plus en plus cas sévères et difficilement à reconnaître dans les conditions de la coexistence de la tuberculose avec l'infection HIV. Un rôle décisif dans ces situations joue le diagnostique imagier qui contribue à établir le diagnostique de précision avec l'instruction immédiate de la thérapie correspondante.

Objectif. La présentation d'un cas de tuberculose pulmonaire et extra pulmonaire chez un adolescent infecté HIV. Dans l'établissement du diagnostique l'imagerie médicale a joué un rôle décisif.

Matériel et méthodes: L'étude des feuilles d'investigation et de clinique de jour d'un adolescent infecté HIV, pendant toute l'année 2004.

Résultats. Un patient âgé de 16 ans récemment diagnostiqué avec infection HIV s'hospitalise pendant le mois d'avril 2004 pour symptomatologie suggestive d'une affection pulmonaire. On a établi le diagnostique de tuberculose pulmonaire (miliaire) en tenant compte de l'examen de pituite et des cultures (positives pour BK), et aussi en tenant compte de la radiographie thoracique. On a institué un traitement avec quatre tuberculostatiques (HIN/PZN/EMB/RIF) dans le schéma 7/7. Le patient interrompt la thérapie tuberculostatique, et à la suite d'un mois se présente de nouveau au médecin comateux, fébrile, vomissements, toux productive, dyspnée et présentant des signes d'irritation de méningite. A l'examen LCR on a découvert la méningite TBC et on a repris la thérapie avec quatre tuberculostatiques dans le schéma 7/7. Après un mois de l'administration de ce traitement on a effectué un RMN cérébral qui a enseigné: la présence de quelques déterminations secondaires hématogènes, ayant les dimensions de 3-15 mm, localisées surtout au niveau de la jonction, substance blanche/substance gris, avec œdème périlésional, sur toute la masse cérébrale (aspect de tuberculomes), système ventriculaire partiellement collé, discrètement déplacé à la droite. La scintigraphie cérébrale

effectuée simultanément avec le RMN a enseigné la présence de multiples zones d'ischémie qui entourent tous les segments cérébraux. L'évolution clinique postérieure au traitement tuberculostatique a été traînée avec de multiples récurrences (au moment de l'interruption de la thérapie tuberculostatique), mais favorable. Après deux mois de traitement tuberculostatique les modifications cérébrales visualisées par RMN indiquent la présence des lésions ayant les mêmes localisations et dimensions, mais présentant une nécrose centrale en cours d'établissement, et le système ventriculaire symétrique ayant des dimensions normales.

Conclusions: La tuberculose chez les adolescents infectés HIV peut avoir une évolution défavorable dans les conditions d'une tardive présentation au médecin ou de ne pas avoir respecté le traitement spécifique. Pour mettre en évidence les localisations pulmonaires et extra pulmonaires de la tuberculose (essentiellement de celles cérébrales) le diagnostic imagier joue un rôle décisif (CT, RMN, Scintigraphie).

ASPECTS MORPHOLOGIQUES DES GANGLIONS SENTINELLE DANS LE CANCER DE COL UTERIN

Cambrea M.*, Micu Luminița**, Hâncu Mihaela*, Mincu D.***, Raica D.****

*Centre de Diagnostic d'Imagerie Euromedic, Constanța

**Laboratoire Clinique d'Anatomie Pathologique II, Hôpital Clinique Départemental d'Urgence Constanța,

***Laboratoire Clinique d'Anatomie Pathologique, Hôpital Universitaire C.F. Port Constanța

****Département d'Obstétrique et Gynécologie, Faculté de Médecine, Constanta, Roumanie

Dessin. L'utilisation de la lymphoscintigraphie pour mettre en évidence les ganglions envahis dans le cancer de col utérin, pour une meilleure précision de l'acte chirurgical aussi que pour établir l'attitude postopératoire.

Matériel et méthodes. On a pris en étude un lot de 35 patientes diagnostiquées avec des tumeurs de col utérin, diagnostiquées histologiquement.

Avant l'acte opératoire les patientes ont été investiguées cliniquement et para cliniquement (preuves de laboratoire, Imagerie par Résonance Magnétique et lymphoscintigramme pelvienne).

Le lymphoscintigramme a été effectué par l'injection sous mucus, dans le col utérin, de 18,5 MBq 99mTC Nanocoll, dans les parties latérales.

Les images acquises ont été analysées à l'aide d'un système

Générale Electrique Entegra 2.5202.

Les ganglions sentinelles (GS) trouvés ont été identifiés et examinés du point de vue anatomopathologique.

Résultats. La lymphoscintigraphie a mis en évidence le drainage lymphatique des tumeurs malignes dans 75% des cas.

Dans 45% des cas on a trouvé deux ganglions sentinelle (l'un localisé dans la partie droite l'autre dans la partie gauche), dans 15% des cas on a localisé seulement un ganglion sentinelle dans la partie droite, et dans 5% des cas on a trouvé un ganglions sentinelle dans la partie gauche. Dans 10% des cas on a localisé seulement dans la partie gauche deux ou trois ganglions sentinelle.

Dans 25 % des cas on n'a localisé aucun ganglion sentinelle.

L'imagerie par résonance magnétique effectuée pré opératoirement a mis en évidence au niveau du col utérin, des formations tumorales ayant une surface irrégulière et une structure pas homogène.

L'intervention chirurgicale, dans tous les cas, a été lymphadeno-colpo-hystérectomie avec anexectomie bilatérale (procès Werheim).

La morphologie des lymphoganglions satellites dans les carcinomes du col utérin est en étroite corrélation avec le type histologique et le degré de différenciation de la tumeur.

Dans les formes micro invasives l'incidence des métastases lymphoganglionnaire est de 1%, et de 0,9% pour les carcinomes ayant une invasion de jusqu'à 3 mm et de 13,19% pour les formes ayant une extension de 3,1 mm jusqu'à 5 mm.

Dans les formes d'invasion la fréquence des métastases nodales varie en fonction du degré clinique de la tumeur.

La localisation primaire (endo col ou exo col) et le type histologique de la tumeur ne constituent pas de critères de différenciation en ce qui concerne la fréquence de l'apparition et du degré de la lympho adénopathie métastatique.

Conclusions. La lymphoscintigraphie pelvienne est essentielle dans l'étude thérapeutique du cancer de col utérin, pour les raisons suivantes:

1. le repérage précoce des ganglions lymphatiques envahis (dans 50% des cas ils étaient au degré I);
2. c'est la plus fidèle investigation qui met en évidence les voies de drainage lymphatique et l'extension des métastases ganglionnaires aussi dans le cas du carcinome "in situ";
3. donne la possibilité de vérifier post opératoirement l'efficacité et la précision de l'acte chirurgical

Le tissu des ganglions lymphatiques extirpés contient de petits lymphocytes, plasmocytes et histiocytes, cette

réaction étant spécifique aux ganglions qui drainent les tissus ou il y a des procès inflammatoires chroniques en développement - caractères spécifiques pour les tissus tumoraux avec nécrose.

TYPES DE CELLULES ET COMPOSANTES STROMALES DANS LE CARCINOME A CELLULES RENALES

Căruntu Irina-Drăga*, Munteanu Georgeta**, Roznovan Silvia**, Hârțan Alexandra*

*Disciplina Histologie, Facultatea de Medicină Dentară, U.M.F. "Gr. T. Popa" Iași

**Serviciul de Anatomie Patologică și Prosectură, Spitalul Clinic "C. I. Parhon" Iași, Roumanie

Introduction. A présent, le carcinome à cellules rénales n'est plus considéré comme une entité pathologique unitaire. Le terme générique de carcinome à cellules rénales comprend un groupe de tumeurs, toutes dérivant de l'épithélium tubulaire rénal, mais ayant chacune des caractéristiques distinctes cliniques, pathologiques, phénotypiques et génotypiques. Dans l'étude réalisée on s'est proposé de caractériser morphologiquement les composantes cellulaires et stromales pour différents types de carcinome à cellules rénales, en vue de formuler un diagnostic en accord avec la Classification Mainz des tumeurs à cellules rénales.

Matériau et méthode. On a évalué 171 cas internés à l'Hôpital Clinique "C. I. Parhon" de Iași dans un délai de 10 ans. Les fragments prélevés des pièces opératoires ont été travaillés de façon standard pour l'examen anatomo-pathologique, les colorations utilisées étant: H. E., trichrome Szekely, PAS.

Résultats. Dans le cadre des processus tumoraux à localisation rénale, le diagnostic anatomo-pathologique a été: carcinome à cellules rénales – 121 cas (70,77%), carcinome urothélial invasif – 44 cas (25,73%), tumeurs mésenchymales malignes – 6 cas (3,5%). Pour le carcinome à cellules rénales, les cas se soustrayant à cette pathologie ont été groupés ainsi: carcinomes rénaux à cellules claires – 67 cas (55,37%); carcinomes rénaux à cellules acidophiles – 21 cas (17,35%); carcinomes rénaux à cellularité mixte – 26 cas (21,48%); carcinomes rénaux à cellules sarcomateuses – 4 cas (5,78%). L'étude a permis d'analyser chaque type cellulaire présent et les composantes stromales associées, ainsi que d'identifier les éléments histoarchitectoniques spécifiques.

Conclusions. Les particularités citologiques sont essentielles dans la détermination du type de carcinome à cellules rénales.

LA COMPOSITION ADRENERGIQUE DES ELEMENTS NERVEUX DU STROMA ET DU PARENCHIME DU FOIE

Catereniuc Ilia, Babuci Angela, Ioniță Aneta, Globa L. Université d'Etat de Médecine et Pharmacie "N. Testemițanu", Chișinău, République de Moldavie

L'architectonique des éléments nerveux adrénérurgique du foie a été établie sur le matériel humain et sur les rats de laboratoire (*Rattus albus*) ligne Wistar, par l'intermédiaire de la méthode fluorescente avec l'incubation des sections dans l'acide glioxilique après V. N. Șvăleov, N. I. Jucicova (1979, 1987).

Les résultats obtenus dénotent que les vaisseaux du foie possèdent une innervation sympathique développée, formée d'un réseau fin des fibres nerveuses qui, par diverses interconnexions pluridirectionnelles forment dans l'adventice "housse ajouré". Les fibres lumineuses pénètrent dans la paroi vasale et le substrat conjonctif adjacent en formant à ce niveau un réseau bizarre avec une luminescence intensive verte comme l'émeraude. Les fibres adrénérurgiques solitaires, comme celles de la composition des troncs et des plexus nerveux, forment sur son trajet des granules et des varicoses lumineuses.

L'analyse des lamelles histologiques dénote que la concentration maximale des catécolamines a été établie dans les nerfs adrénérurgiques qui pénètrent dans l'organe en se dispersant prépondérément sur les vaisseaux dans la composition des plexus paravasales, mais une partie d'eux sont distribués dans le stroma et le parenchyme hépatique indépendamment, avec la formation des plexus nerveux périlobulaires.

Le plexus nerveux adrénérurgique intrahépatique – le segment distal de l'appareil nerveux adrénérurgique commun des éléments du complexe hépatoligamentaire – il est traité par nous, comme une structure neuro-vasculaire terminale, mise à la base du mécanisme effecteur périphérique de la régulation fonctionnelle, pas seulement des vaisseaux, mais aussi des structures adjacentes. D'un part il constitue un mécanisme de démarrage et d'autre part – il effectue l'activité trophique et d'adaptation, en assurant les processus métaboliques.

La densité des structures adrénérurgique sur une unité de surface dans divers secteurs du foie est différente.

Mots clés: éléments nerveux adrénérurgique, foie.

LES ASPECTS MORPHOFUNCTIONNELS CONCERNANT L' INNERVATION PYLORIQUE

Cebzan C., Şişu Alina, Petrescu Codruţa, Niculescu V.,
Niculescu M.C., Rusu M., Barbu Daniela
Département d'Anatomie
Université de Médecine et Pharmacie "Victor Babeş",
Timișoara, Roumanie

Bien que morphologiquement, le pylore appartienne à l'estomac, il a une innervation intrinsèque et extrinsèque propre. L'étude actuelle a utilisé des cadavres humaines adultes, disséqués pour mettre en évidence l'innervation extrinsèque du pylore. Les spécimens humaines foetus d'une longueur entre 9 et 28 centimètres et un nouveau-né, ont été utilisés pour les préparats microscopiques (Masson, Bielschowsky) et pour sous paramètres dans l'ontogenèse du système nerveux entérique poursuivis dans la paroi du pylore. Extrinsèque, les branches vagues directes respectent le pylore qui est innervé par les plexus cœliaque et hépatique. Intrinsèque, dans la vie foetale, le mur pylorique a une configuration neuronale primitive: l'organisation en ganglions et le remaniement numérique évolues avec l'âge foetale et la morphologie neuronale mature est réalisée après l'accouchement. Intrinsèque, la configuration ganglionnaire pariétale est évidente au foetus de 5 mois, ou elle a aussi une organisation primitive. L'apparition tôt de l'arrangement neuronal primitif en ganglions mientériques est relation avec le tunique muqueuse ou seulement après naît les ganglions sont très bien évidences. À remarquer la présence sectorielle des cellules argirophiles dans le pylore d'un foetus de 8 mois postero-supérieur, corrélée à la dissection macroscopique des pédicules de plexus hépatique. Ces éléments argirophiles (type I Dogiel) avec une coordination intrinsèque soit présente une colonisation circonférentielle du mur pylorique (aspects similaires avec le segment distale de pylore, par exemple la première portion du duodénum) ou ont une location balancée circonférentielle.

Mots clés: innervation intrinsèque, innervation extrinsèque, configuration neuronale.

LA MICROVASCULARISATION DU DETRUSEUR VÉSICAL

Cergan R., Banu Mihaela, Voiculescu B., Cergan D.M.
Département d'Anatomie
Université de Médecine et Pharmacie "Carol Davila",
București, Roumanie

Le riche flux sanguin au niveau du detrusor est une condition essentielle pour maintenir sa fonctionnalité

efficente, l'ischémie pouvant conduire aux lésions des neurax intramurales qui induisent la réduction de ses capacités contractiles.

L'étude a été réalisée sur des prélèvements récoltés des foetus de 7 mois, auxquels on a injecté intravasculaire de l'encre de Chine et formaline 2%. L'inspection des sections ensériées a permis d'identifier deux types distinctes de disposition vasculaire: pariétale et jonctionale.

LA MICROVASCULARISATION DE LA VESSIE URINAIRE

Cergan R., Banu Mihaela, Voiculescu B., Cergan D.M.
Département d'Anatomie
Université de Médecine et Pharmacie "Carol Davila",
București, Roumanie

Il est bien connu que la vessie urinaire se développe à partir du segment crânien du sinus urogénital primitive, mais il y a des polémiques concernant la formation du septum urorectal qui sépare la cloaque dans le sinus et le rectum urogénital.

Dans notre étude, réalisée sur les embryons et les foetus humains, nous présentons la différenciation des couches du mur vesical.

La partie plus grande de ce mur se développe à partir du tissu mesenchymal qui entoure la partie crânienne du sinus urogénital, la différenciation de ce mesenchyme commençant en 7ème semaine du développement.

A la fin du 4ème mois la structure du mur vesical commence à rapprocher la structure finale, mais le tissu conjonctive est très abondant (il forme tela submucosa et il est bien représenté dans la couche musculaire).

Dans la 2ème moitié de la vie intra-utérine, ce tissu réduit dans la couche musculaire et immédiatement au-dessous de l'épithélium (le fascia bordant la muqueuse disparaît, restant seulement la lamina propria de la membrane muqueuse).

Ainsi, en l' 8ème mois du développement la vessie urinaire atteint sa structure finale.

LA CYTOARCHITECTONIQUE DE L'HYPOPHYSE SEMBLE S'ORGANISER DU MEME FAÇON QUE SES SECTEURS ANGIOARCHITECTONIQUES

Chirculescu A.R.M., Chirculescu Mihaela, Merlaş O.

Département d'Anatomie

Université de Médecine et Pharmacie "Carol Davila",
Bucureşti, Roumanie

On a déjà décrit une division sectorielle de l'angioarchitecture hypophysaire chez le rat, le chien, le chat et l'homme, qui peut être mise en évidence après l'injection intravertébrale d'encre de Chine, l'impregnation ferro-ferrique en bloc, ou l'analyse densitométrique assistée par l'ordinateur.

En vérifiant des coupes histologiques de l'hypophyse, blanches, transparentisées, ou colorées par des usuelles (comme) HE, histochimiques (Masson, PAS, Herovichi, gallocyanine chrom-alun), et immunohistochimiques (TYRH-ase), chez le rat, le hamster, le lapin et l'homme (adulte, fœtus ou embryon), par la même méthode densitométrique digitale, à l'aide de notre logiciel, on a obtenu les mêmes images de la sectorialisation, en pouvant distinguer: le centre (milieu, pulpe), les ailes latérales et la bande (le ruban) périphérique.

Donc, ces données prouvent que l'analyse densitométrique des cellules hypophysaires permet (concernant la densité cellulaire et la densité de l'affinité tinctoriale pour les composants des colorations différents utilisés), la mise en évidence des zones avec la même densité et distribution que les secteurs vasculaires de la glande.

On peut conclure que la densité des cellules hypophysaires semble correspondre bien à l'organisation sectorielle de la réseau capillaire, en s'organisant sur son squelette.

LA TERMINOLOGIE ANATOMIQUE: OU VA-T-ELLE?

Chirculescu A.R.M.

Département d'Anatomie

Université de Médecine et Pharmacie "Carol Davila",
Bucureşti, Roumanie

L'utilisation d'une Terminologie anatomique unitaire a, au moins, 2 buts: *théorique – l'enseignement et *pratique: l'exploration imagistique, les techniques opératoires et le diagnostic neurologique, ou elle peut aider à augmenter la précision. C'est un instrument prévu comme arbitre, pour assurer une conception unitaire, systématiser et simplifier, pour choisir et décider entre des variantes, pour établir la vérité et finalement pour homologuer les aspects les plus utiles. Elle doit être claire, pour éviter les confusions,

tranchante, en éluant entre des synonymes et plus près de l'aspect fonctionnel et pratique. En tout cas, elle doit être raisonnable.

En feuilletant rapidement la brochure, on peut voir que la classique *Nomina Anatomica* s'a chargée, en devenant Terminologie.

Maintenant, beaucoup des termes sont doubles: postérieur/dorsal, antérieur/ventral, outer/external, inner/internal, deep/profound, canal/channel, area/lamina, ou triples: area/region/zone, layer/sheet/sheath, part/region/sub-nucleus, moins pour les noms latins et plus pour les anglais. Par exemple, l'aire olfactive, le bulbe rachidien, la racine postérieure ont, au moins 3 synonymes chacun. À son tour, la liste du cervelet est toute en synonymes. Les synonymes sont utilisés soit en Latin, soit en Anglais, soit pour tous les deux. 3 noms en latin et 3 en anglais – ça fait 6 noms pour la même chose et c'est trop. On trouve aussi, l'opposé: le même terme pour 2 éléments (voisins) – semilunaire (voir p.77). De l'autre côté, les noms composés des 2 ou 3 noms simples différents, sont écrits soit unis dans un seul mot (d'habitude), ou séparés par traits d'union (du temps en temps et seulement en Anglais, même quand ils correspondent aux mêmes termes latins, écrits unis). Cette problème: avec "–" ou sans "–": ça doit être décidé, pour l'uniformité.

Les plus choquantes sont la confusion du nœud atrio-ventriculaire, devenu sinu-atrial, du lig. suspenseur de l'ovaire, devenu infundibulo-pelvique, de foramen epiploicum et omentale devenus la même chose.

Ces sont des négligences par rapport au but principal de la Terminologie: d'éliminer les doutes et les confusions, par l'expérience, l'érudition et l'autorité des auteurs. Elle semble se détacher de son raison d'être et a devenue, peu à peu, une activité pour soi-même, mais une source de confusion, également.

Les exemples sont nombreux et ils seront discutés chapitre par chapitre, page par page et point par point. En effet, des 155 pages contenant les termes, probablement que la moitié n'a pas des choses à reprocher. Par exemple, concernant le système nerveux, des 34 pages, seulement 10 semblent pas discutables (le cervelet est tout un synonyme).

De l'autre côté, personne n'est actuellement un parleur natif du Latin et part (majoritaire) des anatomistes ni d'Anglais.

Du premier coup d'œil, la Terminologie semble devenir ambiguë et/ou redondante. Pour ça (et beaucoup d'autres), une question se pose: LA TERMINOLOGIE ANATOMIQUE: OU VA-T-ELLE ? On doit essayer de trouver de nouveau la Nomenclature perdue.

CONSIDÉRATIONS SUR LA MORPHOMÉTRIE DU TRONC CÉLIAQUE ET DE SES RAMEAUX.

Chiriloaie Cristina*, Bordei P.,* Antohe D.Șt.,** Herțea Cristina*

*Département d'Anatomie, Faculté de Médecine, Constanța

**Département d'Anatomie, Université de Médecine et Pharmacie "Gr. T. Popa", Iași, Roumanie

But de la communication. La détermination du calibre à l'origine et la longueur du tronc céliaque et de ses rameaux collatéraux (les artères hépatique commune, splénique et gastrique gauche).

Méthodes et matériel de travail. L'étude a été réalisée sur 122 troncs céliaques adultes dont 38 pièces disséquées, 19 moulages obtenus par l'injection de matières plastiques suivie par corrosion ou disséction, 47 angiographies, mais aussi sur 18 sujets, à l'aide d'un échographe Doppler en couleurs, type Logiq™ 700.

Résultats. A l'aide des mesurages effectués, nous avons décrit 4 types de troncs céliaques: *longs* (élevés), dont la ramification terminale se faisait à une distance plus grande 1,5 cm (14 cas); *moyens*, ayant une hauteur de 1 à 1,5 cm (93 cas); *courts*, la ramification terminale se réalisant à 0,5 jusqu'à 0,9 cm de l'origine (11 cas); *très courts*, dont la ramification se faisait tout près de l'origine dans l'aorte, ayant une hauteur sous 0,5 cm (4 cas). En ce qui concerne le calibre du tronc céliaque à son origine de l'aorte, nous avons classifié les troncs céliaques en: *volumineux* (gros) dans 44 cas, ayant un calibre plus grand que 0,8 cm; *moyens* dans 64 cas, ayant un calibre entre 0,6 et 0,8 cm; *petits* (minces) dans 17 cas, avec un calibre sous 0,6 cm. Le calibre de l'artère splénique a été plus grand que le calibre de l'artère hépatique dans 61 cas; dans 41 cas les deux artères avaient un calibre égal et seulement 20 cas ont présenté l'artère splénique avec un calibre réduit celui de l'artère hépatique commune.

Conclusions. La morphométrie du tronc céliaque et de ses rameaux est dépendante d'une série de caractéristiques morphologiques: l'origine du tronc céliaque par rapport à l'axe de l'aorte abdominale, l'aspect morphologique du tronc céliaque, l'origine de ses rameaux de l'aorte ou de l'artère mésentérique supérieure.

VARIABILITE DE L'ORIGINE ET DE LA DISTRIBUTION D'ARTERE ILEOCOLIQUE

Ciobanu Iulia-Camelia, Niculescu V., Niculescu M.C., Șișu Alina, Cebzan C., Pureca Ana

Département d'Anatomie

Université de Médecine et Pharmacie "Victor Babeș", Timișoara, Roumanie

La vascularisation de la portion terminale de l'iléon, du caecum et de l'appendice et aussi de la portion initiale du colon ascendant est aussi assurée par l'artère iléocolique, connu aussi comme l'artère colique droite inférieure ou l'artère iléocolobicaecumappendiculaire. On a utilisé la méthode de la dissection macroscopique et l'injection des vaisseaux avec des masses plastiques, appliquée sur 100 pièces anatomiques, pour une bonne illustration des branches. L'étude a démontré que sur les cinq branches de l'artère iléocolique, seulement la branche iléale et la branche colique sont invariables, n'ayant pas d'autres variants morphologiques. Les autres trois branches: l'artère caecale antérieure, l'artère caecale postérieure et l'artère appendiculaire peuvent avoir différents points de départ. L'artère caecale antérieure et l'artère caecale postérieure dérivent d'une arcade formée par la branche colique et la branche iléale d'artère iléocolique. L'artère appendiculaire peut avoir l'origine dans la branche iléale, directement à un tronc de l'artère iléocolique, par la branche colique ou par un tronc commun avec l'artère caecale postérieure.

Mots clés: l'artère iléocolique, l'artère caecale antérieure, l'artère caecale postérieure, l'artère appendiculaire, la branche iléale, la branche colique.

BRANCHE ANGULAIRE DE L'ARTERE THORACODORSALE ET SON INTERET CLINIQUE

Coeugniet E., Harchaoui A., Caix P., Danino A., Malka G., Francke J.P.

Lille, Bordeaux, Dijon

Service de chirurgie plastique, Hôpital R.Salengro, Lille, France

Introduction. La branche angulaire, rameau de l'artère thoracodorsale peu documenté dans la littérature, a fait l'objet de plusieurs travaux surtout cliniques des années 90. La description diffère ici selon les auteurs et est souvent incomplète. Les applications cliniques récentes prometteuses (lambeau libre ostéomusculaire de m. latissimus dorsi avec bord latéral de scapula pour la reconstruction des délabrements pluritissulaires) rendent indispensable un éclaircissement quant aux rapports

anatomiques de cette artère.

But. Etude anatomique sur cadavres préalable de l'artère angulaire en vue d'une application chirurgicale ultérieure.

Matériel et Méthodes. Dissection de 16 pédicules de l'artère thoracodorsale sur 12 cadavres, dont 6 frais. Repérage de l'artère angulaire, description de son trajet, des variations d'origine, de calibre et de son territoire vasculaire. Ont été injectés 4 prélèvements par du latex et 2 par de l'encre de chine. Une artériographie a été réalisée. Seront également décrites deux dissection in vivo dans le cadre des applications chirurgicales.

Résultats. Ont été mis en évidence: la présence constante de l'artère angulaire depuis le pédicule thoracodorsal, 4 variations de son origine, son trajet et par les injections, son territoire vasculaire (bord latéral, angle inférieur et 1/3 distal bord médial de la scapula).

L'application clinique a confirmé les résultats de l'étude anatomique.

Conclusion. La connaissance exacte de cette artère, acquise par l'étude anatomique, a été la condition essentielle avant ses récentes applications pour des reconstructions chirurgicales complexes.

Mots clés: artère angulaire, lambeau ostéomusculaire latissimus dorsi, bord latéral de scapula.

L'ÉVOLUTION DES DIAMÈTRES DU COEUR PENDANT LE DÉVELOPPEMENT

Cojocar Mirela, Tomasian S., Osman Emel
Département d'Anatomie
Faculté de Médecine, Constanța, Roumanie

Objectifs. La connaissance du morphométrie cardiaque est essentielle pour le diagnostique précoce des anomalies cardiaque et a des conséquences significatif pour la thérapie prénatale et pour choisir la finalité du grossesse. Pour obtenir un diagnostique prénatale précoce et correct, nous considérons nécessaire l'évaluation en dynamique des diameters du coeur foetal.

Matériel et méthode. Nous avons étudié un numéro de 56 coeurs fetales récolté de l'avortons avec l'âge 16-40 semaines. J'avais mesuré les diamètres extérieures longitudinaaux, transversales et sagitales du coeur, le sept interatriale et interventriculare et les cuspides de l'appareil atrio-ventriculaire.

Nous avons faire les mesurages avec un analysor d'image pour l'utilisation biomédicale. Les résultants ont été analysé statistique et nous avons faire de corrélation avec la grosseur du coeur et l'âge fetale.

Résultats et Conclusions. L'analyse statistique du resultants de notre mesurages nous a permi de calculé

l'index de corrélation. Nous avons constaté que des différent dimensionnes du coeur foetal n'avont pas une évolution analogue, avec la meme vitesse de croissance. On a trouvé des corrélationes serrées entre l'évolution des l'unes des paramètres et bien sûr des corrélationes inverses entre l'évolution d'autres

Mots clés: coeur, developpement.

ÉTUDE MORPHOLOGIQUE DU COEUR FOETAL

Cojocar Mirela, Așchie Mariana, Chircor Lidia, Ulmeanu D.

Département d'Anatomie
Faculté de Médecine, Constanța, Roumanie

Objectifs. Cet étude essaye de démontrer si l'apoptose est un procès normal impliquer dans le développement du coeur.

Matériel et méthode. Nous avons étudié des coupes histologiques récoltés du dix avortons, à l'âge de 16-40 semaine, résultat de l'avortment spontané de cause inconnu. Les coupes ont été fixé dans formol, inclus dans de la paraffine et coloré conventionel avec Hématéine-Éosine et Masson trichrome.

La présence de l'apoptose était soutenu par la méthode d'immunocytochimie. Nous avons utilisé apoptog Plus Peroxidase Kit, basé à TdT, qui nous permette de faire la différence entre l'apoptose et nécrose.

Résultats et discussions. Nous avons trouves des cellules apoptotiques dans différent étapes d'évolution. Dans l'étape précoce de l'apoptose la morphologie de la cellule est consérve; la lésion est limité à la région internucléosomale.

Ultérieur, les cellules apoptotique souffre une dégénération extracellulare et après, les cellules apoptotiques et les corps apoptotiques ont été engloutir par les macrophages, sans réaction inflammatoire.

Les cellules avec la fragmentation de l'ADN ont été coloré marron et les cellules avec necrose ont été coloré plus diffus. La densité des cellules apoptotiques est supérieure dans le myocarde du ventricule comparatif aux oreillettes. Le phénomène de l'apoptose est plus intensif chez le group foetal avec l'âge de 32-40 semaines.

Conclusions. L'analyse des images nous a orienté de conclure que l'apoptose est un procès normal impliqué dans le développement du coeur, mais le nombre des cellules ne dépasse pas certaines limites.

Mots clés: coeur foetal, apoptose.

**LA DIFFÉRENCIATION NON –
HÉMATOPOÏÈTIQUE DE LA CELLULE STEM DE
LA MOELLE ROUGE. UNE PRIORITÉ ROUMAINE
IGNORÉE PAR LA LITTÉRATURE MÉDICALE
UNIVERSELLE.**

Constantinescu N.

Université de Médecine et Pharmacie “Carol Davila”,
București, Roumanie

J’ai rédigé en 1980 l’ouvrage “La valeur biologique du transplant autogène de l’os” écrite en roumaine à l’Editura Medicală, ayant le résumé et la légende des figures en anglais.

C’était une étude macroscopique, histologique, cytologique et biochimique faite sur des fragments autogènes de moelle rouge du lapin introduits dans la chambre antérieure de l’oeil. J’ai constaté une mobilisation de la cellule stem après 24 h suivie d’une division séquentielle en ostéoblastes et puis en angioblastes. Dans les premiers 7 jours on a assisté à l’édification d’une structure d’os primitif et puis des tubules vasculaires.

J’ai élaboré le concept du génome complexe polyvalent de la cellule réticulaire primitive médullaire – assimilée comme cellule stem. Aujourd’hui c’est accréditée l’idée de l’existence de deux cellules stem médullaires – hématopoïétique et non – hématopoïétique – la dernière ayant des multiples possibilités de se différencier y compris d’une angiogenèse post-fœtale.

Ce potentiel non – hématopoïétique a été exploité dans les dernières années pour former des nouvelles vaisseaux dans les tissus souffrant des lésions d’ischémie – nécrose.

Mon livre n’a pas été traduit en anglais avant la chute du communisme en 1989 en Roumanie, mais je l’avais envoyé dans tout le monde (la version roumaine). En dépit de ça aucun auteur ne mentionne pas la contribution roumaine c’est à dire la preuve que j’avais apporté que la cellule stem médullaire peut se différencier vers multiples lignes cellulaires.

Mots clés: Cellule stem médullaire non-hématopoïétique, angiogenèse médullaire post-fœtale.

**L’ADAPTATION DU MYOCARDE À L’ISCHÉMIE
(PRÉCONDITIONNEMENT DU MYOCARDE).
UNE PRIORITÉ ROUMAINE IGNORÉE PAR LA
LITTÉRATURE MÉDICALE UNIVERSELLE.**

Constantinescu N.

Université de Médecine et Pharmacie “Carol Davila”,
București, Roumanie

Dans les années 1980 et 1983 j’ai publié une étude

expérimentale dans deux revues roumaines: CHIRURGIA et MEDICINA INTERNĂ concernant le rôle des ischémies courtes pour que le coeur du chien pût supporter une ischémie de 20 minutes sans aucun dégât morphologique. L’étude était très “up – to – date” pour les années ‘70 – ‘80 étant effectuée sur une suspension des mitochondries, évaluée morphologique et biochimique.

L’article rédigé pour “Chirurgia” a été diffusé par PUBMED (le résumé en anglais).

Charles Murry a publié en 1986 un ouvrage sur le préconditionnement du myocarde à l’ischémie, article considéré comme “le chef de fil” pour le préconditionnement à l’ischémie des plusieurs autres tissus. Il a utilisé exactement le modèle et les temps d’ischémie que j’avais proposé 6 années auparavant. Après l’ouvrage princeps de Murry quelques auteurs ont décrit le phénomène comme “adaptation du myocarde à l’ischémie” c’est à dire avec mes paroles.

J’ai essayé plusieurs fois de sensibiliser l’opinion médicale sur la vérité historique mais j’ai été refusé franchement.

Je voudrais dire que dans les années ‘20 Nicolae Paulescu a découvert le hormone pancréatique hypoglycémiant, a publié ça dans une revue française mais la priorité a été donnée aux Banting et Best qui, deux années plus tard ont décrit l’insuline dans une revue anglo-saxonne.

Mots clés: Myocarde, adaptation à l’ischémie.

**LE MUSCLE TRANSVERSE PROFOND DU
PÉRINÉE DE LA FEMME**

Contival N., Dauge Marie-Christine, Delmas V., Douard R.

Institut d’Anatomie Normale, Université René Descartes,
Paris

Département d’anatomie pathologique Hopital Bichat,
Paris, France

But. Le rôle du muscle transverse profond du périnée dans la continence urinaire n’est actuellement pas précisé. Le but de cette étude est de rechercher si le muscle transverse profond s’insère sur l’urètre de la femme.

Matériel et méthode. 3 sujets non embaumés de sexe féminin, ayant fait don de leur corps à la science age moyen 83 ans.

Dans un premier temps une dissection par voie périnéale a permis de reconnaître ce muscle est de déterminer ses relations avec le périnée moyen et l’urètre en étudiant ses insertions et ses dispositions. Dans un deuxième temps, ces structures étaient prélevées pour un examen microscopique avec coloration HE et trichrome de Masson.

Résultats: il existait une structure musculaire visible dans

les cas observés. Triangulaire elle fermait l'espace entre les branches ischio-pubiennes et les éléments viscéraux médians: urètre et vagin chez la femme; Sa terminaison postérieure se faisait sur le centre tendineux du périnée mais également sur la paroi latérale du vagin, mais aussi sur l'urètre.

Conclusion. Le muscle transverse profond du périnée se termine sur l'urètre. Avec ses insertions sur le vagin et le centre tendineux du périnée il joue un rôle de soutien des structures urétrales et donc indirectement agit sur la continence

Mots clés: périnée, urètre féminin.

LE MUSCLE TRANSVERSE PROFOND DU PÉRINÉE. MYTHE OU RÉALITÉ?

Contival N., Hamou Annick, Delmas V., Douard R.
Institut d'Anatomie Normale, Université René Descartes, Paris
Bibliothèque anatomique, Université Paris 5, Paris, France

But. Le muscle transverse profond du périnée est une structure musculaire qui est mal connue tant sur le plan morphologique que sur le plan fonctionnel. Le but de cette étude est de rechercher dans la littérature si le muscle transverse profond est vu de façon identique par tous les auteurs.

Matériel et méthode. Revue bibliographique anatomique, y compris en anatomie comparée, embryologique, histologique, clinique, ancienne que récente

Résultats: si pour la plupart des auteurs, le muscle transverse profond du périnée existe avec des variations de forme d'importance, associé ou non à la membrane périnéale certains le nient l'assimilant à la membrane périnéale. Son rôle fonctionnel est discuté tant chez les animaux quadrupèdes que chez l'homme

Conclusion. Le muscle transverse profond du périnée existe sur le plan morphologique, mais avec un rôle sur la statique pelvienne et sur la continence urinaire et anale qu'il reste encore à préciser

Mots clés: périnée, muscle, statique pelvienne.

VARIANTE DE MUSCLE PETIT PSOAS

Cristescu Carmen, Bistran Cornelia, Mihalea D., Stănescu C., Cadariu Ș., Chirculescu A.R.M.
Département d'Anatomie
Université de Médecine et Pharmacie "Carol Davila", București, Roumanie

Ouvrant la paroi abdominale d'un cadavre de sexe féminin,

environ soixante ans, nous avons trouvé, bilatérale, une variante de muscle petit psoas.

Ce muscle s'attache en haut par deux portions:

- latérale, par de longues fibres tendineuses au processus transverse et le corps de vertèbres dorsales T12 et L1 et à l'arcade fibreuse du grand psoas

- médiale, par de courtes fibres tendineuses au corps de vertèbre L4 (l'équivalent du muscle grand psoas accessoire, décrit par Saadeh et Bergman).

De ces-ci part un court corps charnu qui descend obliquement en avant du grand psoas et qui dégénère bientôt en un tendon plat et grêle. Ce tendon s'élargit progressivement, de haut en bas, croise le muscle grand psoas, en le contournant en dehors et en dedans et se transforme en une large expansion aponévrotique qui vient se fixer sur la crête pectinée, l'éminence ilio-pectinée et le ligament inguinal.

Cette expansion aponévrotique est recouverte par les branches du nerf génito-fémoral et le péritoine. Elle forme une fossette retro-aponévrotique, dans laquelle on trouve le cœcum, en droit, respectivement une anse sigmoïdienne, en gauche, où on a trouvé une tumeur de coalescence du colon descendant, avec l'absence de racine secondaire du mésentérique.

Au cours de la dissection de cet cadavre on a trouvé d'autres variantes musculaires:

- des fibres musculaires arciformes sur la paroi antérieure du ventre de l'abdomen, bilatérale
- muscle sterno-omohyoïdien, bilatérale.

VARIANTE DE VEINE SAPHÈNE

Cristescu Carmen, Bistran Cornelia, Mihalea D., Stănescu C., Cadariu Ș., Chirculescu A.R.M.
Département d'Anatomie et Embryologie, U.M.F. "Carol Davila", Bucarest

Au cours de la dissection d'un cadavre de sexe féminin, environ soixante ans, nous avons trouvé, à gauche, une variante de veine saphène double

Les deux veines, née de l'extrémité interne de l'arcade veineuse du pied, ont un croisement au niveau du genou, où il y a une anastomose et du hanches et atteignent la veine fémorale, dans laquelle s'ouvrent.

Au niveau de l'ouverture, dans la veine latérale vont s'ouvrir une veine fémorale latérale et les veines circonflexes superficielles et épigastriques superficielles. Dans la veine médiale vont s'ouvrir la veine honteuse externe et une veine fémorale médiale.

Au même cadavre nous avons trouvé, également, une veine fémorale partiellement dédoublée.

DES ASPECTES CONSTITUTIFS DE L'ARCADE ARTERIEL DU COLON TRANSVERSE

Dăescu Ecaterina, Niculescu M.C., Niculescu V., Adămescu Adelina-Maria,
Porumb Loredana-Gabriela, Zăvolan M.
Département d'Anatomie
Université de Médecine et Pharmacie "Victor Babeș",
Timișoara, Roumanie

La vascularisation du côlon transverse est assurée par l'anastomose de l'artère colique droite supérieure avec l'artère colique gauche inférieure. La moyenne part de l'arcade artérielle du côlon transverse est abordée parfois d'une branche artérielle inconstante, l'artère colique moyenne, branche de l'artère mésentérique supérieure. L'étude a été effectuée sur 100 cadavres par la méthode de la dissection macroscopique et l'injection des vaisseaux avec des masses plastiques. Les résultats de l'étude ont donné trois variantes de l'arcade artérielle du côlon transverse: simple, double et triple. La variante simple – à 64 % de cas - formée par l'artère colique droite supérieure et l'artère colique gauche supérieure. La variante double – à 34 % de cas - déterminés par l'existence de l'artère colique moyenne qui représente sa partie moyenne. La variante triple – à 2 % de cas, sa présence est liée à l'existence de l'artère colique moyenne bifurquée précocement. Parmi les trois variantes constitutives de l'arcade artérielle du côlon transverse se trouvent un nombre de 20 (vingt) variantes morphologiques à côté de la distribution des artères coliques et de leurs ramifications. En 64 % des cas, l'arcade artérielle du côlon transverse est formée par deux piliers constitutifs: le pilier droit formé par l'artère colique droite supérieure et rarissime par l'artère colique droite moyenne; et le pilier gauche représenté toujours par l'artère colique gauche supérieure. En 36 % de cas, l'arcade vasculaire du côlon transverse est formée par trois piliers: droit, gauche et moyen. Les piliers latéraux droits et gauches sont représentés par l'artère colique droite supérieure et l'artère colique gauche supérieure; le pilier moyen est formé par l'artère colique moyenne.

Mots clés: l'artère colique droite supérieure; l'artère colique moyenne; l'artère colique gauche supérieure; l'artère mésentérique supérieure.

LA MORPHOLOGIE DES PLEXUS CHOROÏDES DES VENTRICULES CÉRÉBRAUX ET LEUR APPAREIL NERVEUX

Darie A.
Université d'Etat de Médecine et Pharmacie
"N. Testemițanu", Chișinău, République de Moldavie

A travers des méthodes d'investigation macro-microscopiques et ultramicroscopiques a été étudiée la structure des plexus choroïdes des ventricules cérébraux humains. Par l'effet des investigations a été établi un ample tableau de structure de ces formations.

On a constaté, qu'elles représentent un système spécial d'organes qui a dans sa composition un tissu épithélial sécréteur. Les épithéliocytes de ce tissu contiennent un système d'organites de synthèse bien développé. La portion apicale des épithéliocytes présente un nombre important de microvillosités. Les jonctions intercellulaires sont représentées par desmosomes et par jonctions communicantes.

Un autre composant structural important des plexus choroïdes est le tissu conjonctif avec un réseau vaste composé par vaisseaux sanguins, à partir des artères de type musculaire jusqu'aux capillaires. Le réseau microcirculatoire est très bien développé, est formé particulièrement par capillaires fenestrés et est adapté à son milieu.

Les plexus choroïdes ont un appareil nerveux bien développé, représenté par plexus nerveux adventitiels, paravasales et tissulaires formés par fascicules de fibres nerveuses, principalement amyéliniques et terminaisons nerveuses, localisées non uniformément.

On a établi une caractéristique quantitative et qualitative du diamètre des éléments du réseau microcirculatoire et de l'appareil nerveux à différentes étapes de l'ontogenèse. La structure et le développement des plexus choroïdes des ventricules cérébraux humains est en corrélation avec l'étape respective de l'ontogenèse.

Les résultats obtenus nous permettent de faire la conclusion: les plexus choroïdes des ventricules cérébraux humains ont un rôle principal dans la production, le maintien de la composition quantitative et qualitative constante du liquide céphalo-rachidien.

L'IMPLICATION DE STRUCTURES GLANDULAIRES MAMMAIRES DANS LE CARCINOME DE DUCTAL DE MICROINVASIVE

Deacu Mariana, Așchie I., Așchie Mariana, Mocanu Liliana, Boșoteanu Mădălina, Boșoteanu C., Mocanu L., Ulmeanu D.

Département d'Anatomie Pathologique
Faculté de Médecine, Constanța, Roumanie

Objectiv: le carcinome ductal microinvasif est une tumeur épithéliale maligne défini par la discontinuité de la membrane basale ductal avec de l'invasion limitée au maximum 5mm dans le stroma au dessous. Dans notre étude nous avons proposé pour souligner quelques des aspects morphologiques de cette lésion et l'importance de l'histopathologie.

Matériel et méthode: nous avons étudié beaucoup de 13 patients (12 femmes et 1 homme) chirurgicalement traités pour le carcinome intraductal dans L'Hôpital Clinique D'Urgence du Comté de Constantza, dans 2004. La suspicion de la malignité de sein a été suggérée par la mammographie. Les spécimens chirurgicaux étaient fixés en formaline de 10%, paraffine incorporés, au microtome de 4 µm coupés, et souillés avec des méthodes communes (HE, van Gieson), des méthodes spéciales (PAS, imprégnation argentique) et des taches d'IHC avec des anticorps monoclonaux (colagen IV, c-erb-B2, EsR, PgR, p53 de DAKO).

Résultats. Les méthodes usuelles histopathologiques ont confirmé la suggestion de la malignité. L'examen d'IHC a indiqué l'EsR et le PgR +, p53+, et une réaction négative pour c-erb-B2. Le microinvasion a été démontré dans 5 cas avec les taches spéciales et les méthodes d'IHC; 2 des caisses étaient multifocales. Une des caisses avait présenté les métastases de noeuds de lymphes apicales.

Conclusions. Le diagnostic du microinvasion et du multifocalité du carcinome ductal mammaire est histopathologique. Son importance en établissant le pronostic et le traitement est de grande valeur. Les métastases de noeuds de lymphes dans le carcinome ductal microinvasif sont rarement rencontrées.

ANATOMIE ET MÉDECINE.

Delmas V.

Anatomie, UFR Biomedicale, Université René Descartes, Paris, France

Introduction: la médecine et l'anatomie qui se sont perpétuées jusqu'à nous sont apparues en même temps et au même endroit dans l'histoire de la civilisation occidentale. Le but de cette conférence est de retracer leur

cheminement

Matériel et méthodes: revue de la littérature.

Résultats. Il est possible d'identifier trois périodes: la première où médecine et anatomie évolue parallèlement, la deuxième où l'anatomie devient une discipline scientifique et la médecine reste empirique, la troisième ou période anatomo-clinique où la médecine ne peut se concevoir sans référence à l'anatomie. La recherche anatomique doit à la fois spéculer sur la science anatomique et répondre au besoin de la clinique; cette double exigence doit s'appuyer sur les progrès techniques à notre disposition

Conclusion: c'est l'intrication de la médecine et de l'anatomie qui ont permis les progrès actuels dans ces deux disciplines. L'avenir de l'anatomie passe par la réponse aux questions que se posent le clinicien, qu'à les anticiper...

Mots clés: histoire, anatomie, médecine

ANATOMIE DE LA PROSTATE. QUE NOUS A APPRIIS LA CHIRURGIE DE PRESERVATION NERVEUSE?

Delmas V.

Anatomie, UFR Biomedicale, Anatomie, UFR Biomedicale, Université René Descartes, Paris, France

But de l'étude. La prostatectomie radicale avec préservation des nerfs cavernaux a conduit à revoir l'anatomie de certaines structures entourant la prostate. Nous avons repris par dissection ces différents points.

Matériels et méthode. 5 sujets anatomiques ont été disséqués et les données confrontées à la littérature.

Résultats. 1 - les fascias, il existe 3 fascias pelvien viscéral prostatique, capsule prostatique, réunis au niveau de la face antérieure (ligament pubo-vésical), des faces postéro-latérales (ailerons). 2- Le nerf cavernaux est inclus dans l'aileron proche de la prostate. 3 - l'apex de la prostate présente souvent une encoche antérieure et il est entouré par le sphincter strié. 4 - Le fascia vésico-rectal se termine sur le centre tendineux du périnée. 5 - La base prostatique est indépendante de la base vésicale et les vésicules séminales sont incluses dans un dédoublement du fascia vésico-prostatique.

Commentaires: les travaux sur la préservation des nerfs cavernaux au cours de la prostatectomie radicale ont transformé les suites opératoires fonctionnelles. Mais ils ont aussi suscité des recherches anatomiques permettant de revoir les différents plans de dissection de la prostate, en particulier l'anatomie des fascias périprostatiques. Chaque chirurgien a ainsi puisé dans ces connaissances anatomiques des nouvelles voies de dissection chirurgicale améliorant les résultats fonctionnels de cette intervention.

Conclusion: l'anatomie chirurgicale a modifié, amplifié et révisé notre vision classique de l'anatomie de la prostate.

Mots clés: prostate, fascia, nerfs caverneux, chirurgie.

ANATOMIE 3D DE LA PROSTATE

Delmas V.

Anatomie, UFR Biomedicale, Anatomie, UFR Biomedicale, Université René Descartes, Paris, France

Ce CD-Rom présente une reconstruction 3D des structures du pelvis musculaire en insistant sur la prostate: ses connexions, ses pathologies.

Avec l'aide du Laboratoire IPSEN.

Mots clés: périnée, foramen obturé, urètre.

BASES ANATOMIQUES DE LA BANDELETTE TVT DANS LE TRAITEMENT DE L'INCONTINENCE URINAIRE DE LA FEMME.

Delmas V.

Anatomie, UFR Biomedicale, Anatomie, UFR Biomedicale, Université René Descartes, Paris, France

But de l'étude. La bandelette TVT est une bandelette mise par voie rétro-pubienne pour assurer la réduction de la mobilité urétrale. Quels sont les repères anatomiques et les dangers encourus? **Matériels et méthode.** 10 sujets anatomiques de sexe féminin d'âge moyen 80 ans. La bandelette ayant été posée selon la technique princeps, une dissection a été menée par voie périnéale et pelvienne. Des dissections latérales ont été conduites.

Résultats: 1 - Au périnée, la bandelette est posée au tiers moyen de l'urètre en regard du sphincter strié, puis elle longe l'urètre à travers l'arcus tendinus fascia pelvis et le ligament pubo vésical, en dehors mais proche du plexus veineux pré-urétral de Santorini. 2 - Au pelvis, elle passe dans l'espace rétro-pubien en rasant le pubis, mais elle peut dévier dans la vessie, vers les vaisseaux iliaques externes, voire le péritoine risquant d'atteindre une anse intestinale.

Conclusion: geste simple, la bandelette TVT par son trajet pelvien comporte un certain nombre de dangers anatomiques. La connaissance de l'anatomie du trajet de la bandelette est indispensable pour que le geste soit le moins aveugle possible.

Mots clés: périnée, pelvis, ligament pubo-vésical, urètre.

BASES ANATOMIQUES DES BANDELETTES TRANS-OBTURATRICES.

Delmas V.

Anatomie, UFR Biomedicale, Anatomie, UFR Biomedicale, Université René Descartes, Paris, France

But de l'étude. Les bandelettes sous urétrales ont été proposées dans le traitement chirurgical de l'incontinence d'urines de la femme par voie trans-obturatrice. Nous avons recherché la voie anatomique de passage et les dangers encourus.

Matériels et méthode. 10 sujets anatomiques de sexe féminin, d'âge moyen 80 ans, ayant fait don de leur corps à la science, non embaumés. Après mise en place de la bandelette variant selon la technique chirurgicale soit de dehors en dedans soit de dedans en dehors, une dissection a été menée à la cuisse, au périnée, au pelvis.

Résultats. 1 - A la cuisse, traversée des muscles adducteurs loin du pédicule obturateur. 2- Au périnée, la bandelette passe entre la membrane périnéale et le muscle levator ani. 3 - Au pelvis, la bandelette est sous le muscle élévateur à aucun moment elle ne passe dans le pelvis et ne menace la vessie.

Conclusion: d'un point de vue anatomique la bandelette trans-obturatrice a un trajet sûr, loin de toutes structures vasculo-nerveuses et viscérales.

Mots clés: périnée, foramen obturé, urètre.

LA BANDELETTE TRANS-OBTURATRICE: LE HAMAC PERINEAL

Delmas V.

Anatomie, UFR Biomedicale, Anatomie, UFR Biomedicale, Université René Descartes, Paris, France

Introduction. Le but de ce film est de montrer les différentes régions anatomiques traversées lors de la mise en place de la bandelette trans-obturatrice.

Matériel. 1 sujet anatomique de sexe féminin âgé de 82 ans non embaumé.

Méthodes. Après mise en place de la bandelette trans-obturatrice, les différentes régions traversées: crurale, périnéale et pelvienne sont disséquées et les éléments anatomiques mis en évidence.

Résultats. Le film présente les différents temps de la mise en place de la bandelette, de la dissection et de la mise en évidence des structures.

Conclusion. La bandelette et son positionnement trans-obturateur est un nouveau concept dans le traitement de l'incontinence urinaire d'effort de la femme. Elle paraît plus fonctionnelle. Elle présente moins de risque anatomique

que les procédés mini-invasifs décrits jusqu'à présent.

Mots clés: périnée, urètre.

MECANISME D'ACTION ANATOMIQUE DES BANDELETTES SOUS URETRALES.

Delmas V.

Anatomie, UFR Biomedicale, Anatomie, UFR Biomedicale, Université René Descartes, Paris, France

Introduction: rechercher les mécanismes d'action des bandelettes sous urétrales sur la base des structures anatomiques traversées.

Matériels et méthode: 20 sujets anatomiques de sexe féminin âgé de 74 à 89 ans. Mise en place de la bandelette TVT rétropubienne et TOT trans-obturatrice selon les techniques princeps. Dissection pour voir les structures concernées par la bandelette et donc potentiellement modifiées par elle **Résultats:** L'incontinence urinaire d'effort est reliée à deux facteurs: l'hyper-mobilité cervico-urétrale et l'insuffisance sphinctérienne La bandelette sous urétrale placée au tiers moyen de l'urètre réduit la charge de travail du sphincter strié. Mais par sa position placée au tiers moyen de l'urètre, elle limite la mobilité urétrale tout en respectant la mobilité normale cervico-urétrale. Sur le plan anatomique la bandelette se situe dans le plan moyen du périnée: elle prend la place de la membrane périnéale et du muscle transverse du périnée.

Conclusion. Ces données amènent à réfléchir sur les mécanismes de la continence urinaire chez la femme que l'on ne peut pas rattacher au seul sphincter strié ni à une urétrocèle. La bandelette sous urétrale se substitue à la membrane périnéale et aux structures tendineuses issues du bord interne du levator ani qu'elle supplée.

Mots clés: sphincter strié de l'urètre, foramen obturé, membrane périnéale.

REHAUSSEMENT DES STRUCTURES DU SYSTEME NERVEUX CENTRAL PAR TRAITEMENT DES COUPES ANATOMIQUES AVEC LE CL FE

Di Marino V.*, Etienne Y., Niddam M., Tacher V.

*Laboratoire d'anatomie. Faculté de Médecine de Marseille, France

Les auteurs décrivent un procédé simple: l'imprégnation par le Cl Fe, améliorant la visualisation macroscopique des structures encéphaliques et médullaires sur des coupes anatomiques pratiquées dans les trois plans de l'espace, sur

des sujets formolés.

Ils présentent les résultats obtenus suivant les différents niveaux de coupes et suivant les étages étudiés. Ils s'interrogent sur certaines discordances, constamment observables, et formulent plusieurs hypothèses pouvant les expliquer.

Ils font état de leurs recherches actuelles faisant intervenir les notions modernes de topochimie, d'analyse histologique et de spectrographie, pour interpréter l'affinité du Cl Fe pour certaines structures nerveuses.

Ils envisagent enfin, l'avenir de la méthode tant d'un point de vue pédagogique que d'un point de vue anatomo-clinique.

Mots clés: Anatomie du système nerveux central, coloration de l'encéphale, neuro anatomie.

ASPECTS DE LA VASCULARISATION SEGMENTAIRE HÉPATIQUE

Dina C., Bordei P., Beșleagă Adela, Bordei Lavinia

Département d'Anatomie

Faculté de Médecine, Constanța, Roumanie

But de la communication. L'étude des veines hépatiques grandes (origine, rameaux collatéraux) par rapport au segment hépatique drainé.

Méthodes et matériel de travail. Nous avons effectué notre étude sur 84 pièces anatomiques, fraîches ou formolées, en utilisant la dissection, l'injection de substances de contraste suivie de la radiographie, aussi que l'injection de matières plastiques (tehnovit) suivie de corrosion (avec NaOH).

Résultats. Nous avons toujours trouvé 3 veines hépatiques grandes; la différence est enregistrée seulement en ce qui concerne la terminaison de la veine hépatique moyenne, qui peut se jeter dans la veine cave inférieure ou dans la veine hépatique gauche. La veine hépatique droite draine les segments hépatiques V,VI,VII,VIII,et IX, recevant parfois parfois des rameaux du segment IV. La veine hépatique moyenne draine le segment hépatique IV, recevant parfois des rameaux du segment V et rarement du segment hépatique III. S'il s'agit d'une veine hépatique moyenne double, celle-ci peut drainer partiellement les segments hépatiques VI et VII, les deux veines hépatiques moyennes se terminant dans la veine cave inférieure. La veine hépatique gauche draine les segments.

Conclusions. De tous les segments hépatiques, le segment hépatique IV (le lobe carré, segment médial gauche) présente la plus grande variabilité; ainsi, on a trouvé des rameaux de différents calibres qui peuvent se terminer dans toutes les trois veines hépatiques. Cet aspect remonte des problèmes de hémostasie lorsqu'il s'agit des segmentectomies hépatiques.

MORPHOLOGIE FOETO-EMBRYONNAIRE- ALGORITHM DE DIAGNOSTIC EN ECOGRAPHY 2D

Drăgean Cristina Anca*, Crumpei Felicia**, Pintilie Dana
Gabriela*, Luca Cristina*, Huțanu R.*

*Département d'Anatomie

**Département d'Imagerie-clinique, Chirurgie I,
L'Hôpital "Sf. Spiridon" Iași

Université de Médecine et Pharmacie "Gr. T. Popa", Iași,
Roumanie

Evaluation de la morphologie foeto-embryonnaire impose fixation des trois étapes d'étude. Cette étapes correspondent des trimestres du grossesse. Les personnes qui ont examiné font part de casuistique de Clinique Chirurgie I (examiné sans hospitalization) L'hospital "Sf.Spiridon"-Iasi. Examination a fait sur un ecograph Siemens Sonoline Sienna, transabdominal avec une sonde 3,5Mhz.Cette étude est prospectif et l'algorithm de diagnostic est:

Dans la première étape sont trois pas, qui ne donent pas tres important dates dont la morphologie:-diagnostic de la grossesse-mettre en évidence poche gestational, des structures embryonnaires, grossesse unique, multiple;-détermination d'âge de la grossesse-mesure de la poche gestational, longueur crâne-pelvis;-détermination de la viabilité embryonnaire-mouvements coeur-embryonnaire, visiblés des cinquième-sixième semain, mouvements embryonnaire visiblé de la neuvième semain.

Dans l'étapes second et troisième, les pas sont approchés les même, nous suivons chaque segment du corps: la tête- les ventricules latéraux, structures cérébraux, faux du cerveau, l'orbite, distance interorbitaire, mesure du diamètre bipariétal, évaluation Doppler des artères carotidiens et du polygone de Willis; le thorax-poumons, coeur-position, quatre chambres, mouvements présent, fréquence, rythme, l'aorte thoracique, veine cave supérieur; l'abdomen - la foie, la rate. Les reins, la vessie, la paroi abdominale, les organes génitale externes, cordon embryonnaire, diamètres antero-postérieur et transversal; les membrés-segments, les osse, le nombre des doigts, longueur du femur; le rachis-vertèbres-normales et pathologic; la placenta-position, dimension, structure (en troisième trimestre est nécessaire pour évaluation de la maturité placentaire); volume utérin entier-foetus et liquid amniotique.

Mots clés: grossesse, embryon, morphologie, foetus.

ASPECTS STRUCTURELS DES DEPOTS ADIPEUX EN ONTOGENESE

Drăgoi Gh., Baniță Monica, Pisoschi Cătălina, Șovrea Alina, Stănescu M., Zingaretti Cristina Maria, Cinti S.

Département d'Anatomie

Université de Médecine et Pharmacie, Craiova, Roumanie

Par suite aux dernières acquis scientifiques, le tissu adipeux est reconsidéré du point de vue physiologique et métabolique étant défini pas seulement comme un dépôt de la graisse mais aussi un organe muni de plasticité et de dynamisme dans certaines circonstances: obésité, diabète, différentes conditions de température.

Par conséquence l'étude morphologique du gras doit se rallier à l'ampleur de son importance physiologique.

La connaissance de l'ontogenèse du tissu adipeux humaine est faible, surtout en ce qui concerne la différenciation et la transdifférenciation des deux types de cellules adipeuses (uniloculaires ou blanches et multiloculaires ou brunes).

On a étudié par des techniques de microscopie photonique et électronique trois types de dépôts adipeux, sous-cutanés abdominaux (par définition uniloculaires), cervicaux (multiloculaires) et viscéraux (rétropéritonéale et périrénale), prélevés des fœtus humaines ayant l'âge entre 20 – 40 semaines gestationnelles.

N'importe la localisation, les dépôts initient le développement par des îles de cellules condensées dans le mésenchyme, caractérisés par une riche vascularisation capillaire. Les cellules de ces îles développent ensuite soit des caractéristiques proches aux cellules épithéliales, qu'on a dénommé des îles épithélioïdes, soit des cellules fibroblastiques, îles mésenchymales. On a remarqué aussi des amas cellulaires intermédiaires.

Les détails ultrastructurels des cellules sont bien défini en ce qui concerne la localisation sous-cutanée ou cervicale, nuancés par l'aspect des mitochondria bien différentes entre les deux types de cellules. Par rapport à l'âge gestationnelle, les dépôts viscéraux restent ceux qui gardent la plus grande hétérogénéité des îles cellulaires, confirmée par l'aspect ultrastructurel des cellules.

Mots clés: tissu adipeux, ontogenèse, ultrastructure.

L'ÉTUDE DU VASCULARISATION DU LARYNX CHEZ L'HOMME ET LE PORC

Epure V., Prundeanu H., Prundeanu Al.

Département d'Anatomie

Université de Médecine et Pharmacie "Victor Babeș",
Timișoara, Roumanie

La raison de cette étude est de trouver les similitudes microstructurelle entre le larynx de l'homme et celui du

porc.

Nous avons utilisée des pieces disequés et autopsié récoltés de 10 larynx humaine et 5 du porc aux lesquels ont été étudié macro et microscopique la vascularisation arterielle et veineuse.

Les pièces ont été injecté avec encre, fixés en formaldéhyde et collorés avec HE (Simionescu, Azan, Mallory).

Sur les pièces humaine ont été étudiées les diametres du 500 moyenne vaisseaux et 2500 du petit vaisseaux.

L'étude nous montré que 65 % du microvascularisation est représenté du petit vaisseaux avec diametres sous 25 µm.

L'étude parallèle effectués sur un nombre de 1400 du vaisseaux du larynx du porc nous a demonstré la similitude celui d'homme.

Les resultates du notre étude ont peut appliqué dans la chirurgie reconstructive du larynx qui utilise la heterogreffé du porc.

Mots clés: larynx, vascularisation, chirurgie reconstructive.

L'ÉTUDE DU VASCULARISATION DU LARYNX CHEZ L'HOMME

Epure V., Prundeanu H., Vasile Liliana, Prundeanu Al., Stancu Gh.

Département d'Anatomie

Université de Médecine et Pharmacie "Victor Babeş", Timișoara, Roumanie

L'étude a été effectuée sur un nombre du 3 pièces laryngienne récolté d'homme adulte avec l'age entre 66-73 ans, décédés, sans affections respiratoires. Nous avons étudié macro et microscopique quelques aspects du microvascularisation du larynx, ainsi que les diamètres du cellules cartilagineux et du fascicules musculaires.

L'analyse du diamètres ont été effectués sur un nombre de 1000 du vaisseaux petit qui fait part du réseau du larynx chez l'adulte: 300 capillaires et 300 metaarterioles ainsi que 250 cellules conjunctives et 200 fascicules musculaires.

Comparaison les resultates obtenues avec celui du literature du specialité nous avons constaté une augmentation graduelle du diamètres vasculaires et du cellules cartilagineux et du fascicules musculaires chez les homes agés. Ces dates peut être appliqué dans la chirurgie reconstructive laryngienne.

Mots clés: larynx, diamètres, cellules cartilagineux.

L'IMPORTANCE DIAGNOSTIQUE DE LA DETECTION DES ANTICORPS AUX DIVERS ANTIGENES DU VIRUS DES L'HEPATITE C DANS HCV AIGUË ET CHRONIQUE

Eremeev Horneț V., Fulga V., Pelin E.

Centre de la biochimie appliquée

Université d'Etat de Médecine et Pharmacie "N.Testemițanu", Chișinău, République de Moldavie

Le but de travail. La détermination des titres des anticorps aux divers antigènes du hépatite C en infection virale C aiguë et chronique.

Matériaux et méthodes. Par l'analyse immunoenzymatique du sérum chez les 32 patientes avec HCV aiguë et 76 patientes avec HCV chronique a été déterminé les anticorps de la classe IgG aux antigènes core, NS4 et NS5. La catégorie des patientes avec HCV chronique a été subdivisé en deux sousgroupes: avec et sans syndrome cytholitique.

Les résultats. En premier 10 jours de la phase ictérique chez les patientes avec HCV aiguë ont été déterminé des anticorps tant face de la protéine structurale (core), comme et face de ces nestructurales NS4 et NS5. Les anticorps aux toutes 3 antigènes ont été déterminé plus fréquent chez les patientes avec HCV chronique, associé avec le syndrome cytholitique. Des différence véridique avec la groupe des patientes avec HCV chronique sans le syndrome cytholitique n'ont été pas déterminé.

La conclusion. Les dates obtenu permettent d'affirmer que la détermination des anticorps aux antigène core, NS4 et NS5, ne peut pas utilisé comme critère de diagnostique différentielle entre le HCV aiguë et HCV chronique.

Mots clés: HCV, NS4 et NS5.

LES ARTERES CEREBELLEUSES. ETUDE MORPHOLOGIQUE ET MORPHOMETRIQUE SUR PREPARAIS DE CORROSION.

Farca-Ureche Mioara, Niculescu M.C., Niculescu V., Sztika Dorina, Pop Elena

Département d'Anatomie

Université de Médecine et Pharmacie "Victor Babeş", Timișoara, Roumanie

Avec le développement des techniques neurochirurgicaux et avec l'étude de la fosse crânienne postérieure, la connaissance du dispositif vasculaire impose des solides connaissances dans le domaine.

Dans ce travail on présente l'étude anatomique de la vascularisation réalise sur 110 cervelets humains, prélevés des sujets des deux sexes, ages entre 20 et 60 ans qui ont

décédé sans avoir présenté cérébelleuses.

L'origine, la location et les branches des artères cérébelleuses ont été étudiées par la dissection et par le processus de corrosion.

Les cervelets ont été extraits de la cavité crânienne, les artères ont été lavées avec une substance saline et ont été immergés en proportion de 10% en formaline pour être fixes. Après les avoir fixés, on a examiné les artères pour établir leur trajet et leur location en utilisant la dissection et la méthode NANU, CORONDAN, BEJAN, l'insertion des masses plastiques dans le tronc vertébro-basilaire.

Les trois artères du cervelet: artère cérébelleuse postéro-inférieure, artère cérébelleuse antéro-inférieure et artère cérébelleuse supérieures ont une distribution qui ne se résume pas à une région spécifique du cervelet. Fréquemment, nous avons observé des variations de la distribution normale des artères cérébelleuses en tant qu'origine et que distribution corticale. Les artères cérébelleuses postéro-inférieure et antéro-inférieure ont manifesté le plus grand nombre de variations. Des variations de la zone de vascularisation peuvent être provoquées par les différents critères utilisés pour nommer les branches de ces artères. Les anomalies les plus fréquentes sont: origine anormale, origine double et la présence des artères hypoplasiques.

Pour caractériser les aspects macroscopiques des artères cérébelleuses nous avons calculé les indicateurs statistiques: la longueur et le diamètre extérieur.

Mots clés: cervelet, artère cérébelleuse postéro-inférieure, artère cérébelleuse antéro-inférieure, artère cérébelleuse supérieures.

CONTRIBUTIONS A L'ETUDE DE LA VASCULARISATION ARTERIELLE DU NERF ISCHIATIQUE

Filipoiu F., Lupu G., Popescu D., Tarta E., Bădoiu S., Enyedi M.

Département d'Anatomie

Université de Médecine et Pharmacie "Carol Davila",
București, Roumanie

Nous avons faites une dissection précise des vaisseaux qui entourent le nerf ischiatique par toute sa longueur. Nous avons mis en évidence et photographié l'anastomose artérielle postérieure de la cuisse, sa contribution à la vascularisation de l'ischiatique et les pédicules vasculaires voisins du nerf. Finalement nous avons faites une discussion sur l'importance anatomo-chirurgicale de cette distribution artérielle.

ETUDE MORPHOMETRIQUE DES BRANCHES DU NERF TIBIAL. APPLICATION A L'HYPONEUROTISATION DU NERF TIBIAL DANS LE TRAITEMENT DE LA SPASTICITE

Fontaine C., Baroncini M., Baiz H., Ben Henda A.

Institut d'Anatomie, Faculté de Médecine Henri
Warembourg, Lille, France

Introduction. L'un des traitements de la spasticité du membre inférieur est l'hyponeurotisation du nerf tibial, la section partielle des branches destinées aux muscles spastiques de la loge postérieure de la jambe, pour en diminuer la spasticité sans les paralyser. L'intervention est menée par un abord poplité proximal à l'arcade du soléaire. L'hyponeurotisation ne peut être directe que sur les nerfs du gastrocnémien et le nerf supérieur du soléaire; elle est indirecte sur le nerf inférieur du soléaire et les nerfs du tibial postérieur TP, du long fléchisseur de l'hallux LFH et des orteils LFO: à l'aide du neurostimulateur, le chirurgien recherche dans le nerf tibial la localisation approximative des fascicules correspondants. Cette seconde méthode est approximative et peut donner des troubles sensitifs plantaires. Le but de cette étude était de préciser le niveau d'origine des branches du nerf tibial par rapport à l'arcade du soléaire et de modifier la technique opératoire

Matériel et méthodes. 50 membres inférieurs formolés ont été disséqués sous loupes. Le mode de ramification du nerf tibial a été noté, les distances entre le niveau d'origine des branches du RPNU, l'interligne fémoro-tibial médial et l'arcade du soléaire ont été mesurées et traitées statistiquement. **Résultats.** Il existait un tronc commun pour tous ces muscles dans 30% des cas, naissant en moyenne 8mm au-dessous de l'arcade. Quand ils naissaient séparément, les distances moyennes qui séparaient les origines des rameaux nerveux de l'arcade du soléaire étaient de 17mm pour le nerf inférieur du soléaire, 45 mm pour le nerf du TP, 48 mm pour celui du LFO et 65 mm pour celui du LFH.

Mots clés: Spasticité, nerf tibial, jambe, morphométrie.

EVALUATION DE L'ANGIOGENESE DANS LES CARCINOMES PROSTATIQUES

Frâncu Doina Lucia*, Frâncu L.L.*, Roznovanu D.****, Rădulescu D.***, Ghibîrsină Cristina*, Cozma L.***
 Départements d'Anatomie*, d'Anatomie Patologique** et Immunologie***
 Laboratoire d'Anatomie Patologique****, Hôpital "C. I. Parhon", Iași
 Université de Médecine et Pharmacie "Gr. T. Popa", Iași, Roumanie

Introduction. Le cancer du prostate est l'un des plus fréquentes tumeurs malignes chez l'homme. Des grandes progrès ont été réalisés dans la compréhension des mécanismes d'apparition et d'évolution des tumeurs, ainsi que dans le diagnostic précoce. Actuellement, les discussions portent surtout sur l'angiogénèse ou la néovascularisation. Dans le cadre du recherche des nouveaux facteurs pronostiques des cancers prostatiques, nous nous sommes intéressés dans le premier temps à l'étude de la néoangiogénèse et de son rôle pronostique.

Matériel et méthodes. L'étude microanatomique quantitative a été faite sur des fragments prélevés des tumeurs prostatiques (des carcinomes acineux et ductaux, des néoplasies intraépithéliales). Les sections ont été colorées de manière immunohistochimique spécifique (CD34) et examinées à l'aide d'un programme vidéo digital interactif.

Résultats. Nous avons quantifié la densité des microvaisseaux sur mm² de stroma tumoral et la densité des microvaisseaux sur mm² de tumeur. Nos résultats préliminaires concernant l'étude de la néovascularisation dans les carcinomes prostatiques montrent une corrélation positive entre la densité et l'évolution de la tumeur: le procès angiogénétique augmente concomitant avec le risque des métastases.

Conclusion. Cette étude montre la corrélation significative entre la densité des vaisseaux et l'évolution de la tumeur prostatique, l'apparition des récurrences et des métastases. La quantification de l'angiogénèse est un indicateur avec un grade élevé de précision utilisable pour la détection de l'agressivité et de la malignité des tumeurs de la prostate.

Mots-clés: angiogénèse, carcinome prostatique, méthodes quantitatives, néovascularisation.

LA MORPHOLOGIE QUANTITATIVE DU DISPOSITIF VASCULAIRE DE L'AMYGDALÉ PALATINE

Frâncu L.L., Călin Dorelia, Frâncu Doina Lucia, Ghibîrsină Cristina
 Département d'Anatomie
 Université de Médecine et Pharmacie "Gr. T. Popa", Iași, Roumanie

Introduction. L'amygdale palatine est un organ lymphoépithélial qui appartient au système immunitaire intégré dans la muqueuse du pharynx. La fonction primaire des tonsilles est de prévenir d'une manière vigilante l'invasion des agents pathogènes dans la partie supérieure d'appareil de la respiration, ce qui est possible grâce à l'abondance des nodules lymphoïdes qui filtrent et éliminent les bactéries qui circulent par la lymphe, ainsi que d'autres matériaux étrangers, qui ont accès dans le corps par les cavités nasales et orales. Les vaisseaux intratonsillaires assurent la circulation des lymphocytes et le repeuplement lymphoïde de l'amygdale palatine. Le but de cette étude est de évaluer quantitativement la distribution anatomique des vaisseaux tonsillaires, aux différents âges, pour déterminer la modification des paramètres dans conditions pathologiques.

Matériel et méthodes. On a utilisé des tonsilles palatines aux cadavres ou recoltées d'une manière intraopératoire. L'étude anatomique macroscopique a été réalisée par l'investigation endoscopique de la loge et de la tonsille palatine aux 21 personnes avec l'âge entre 5 et 71 ans et par la dissection au cadavre (totalment 24 loges tonsillaires palatines). Les fragments ont été modifiés par la technique avec paraffine et colorés à l'aide des méthodes usuelles et spéciales. L'étude morphologique quantitative a été réalisée sur les sections représentatives employant un programme vidéo digital interactif qui a quantifié les vaisseaux sanguins dans diverses zones topographiques de l'amygdale palatine. On a évalué par la méthode stéréologique les volumes calculés en pour-cent (%) des composants structurales et on a vérifié la signification des données obtenues.

Résultats. La tonsille palatine est vascularisée par des artères principales, ayant l'origine dans l'artère pharyngienne ascendante de la carotide externe et palatine ascendante, branche de l'artère faciale qui émet l'artère tonsillaire, à côté des artères tonsillaires accessoires avec des origines multiples. Le nombre et les dimensions des microvaisseaux intrafolliculaires sont plus réduits en comparaison avec ceux-là des microvaisseaux interfolliculaires. Dans le cas d'enfant, les plus nombreux vaisseaux se trouvent d'une manière interfolliculaire (11.12 ± 0.83), mais les lumens

détiennent le plus grand volume dans les cloisons calculé en pour-cent (15.2). Au adult, les vaisseaux interfolliculaire ont la plus grande densité (19.48 ± 1.21), mais le plus grand volume est détenu par des vaisseaux de la lamina propria d'épithélium d'enveloppe (15.9). Aux vieux, on remarque une réduction, aussi de la densité vasculaire dans les toutes zones étudiées, d'une manière plus ou moins marquée, bien que des volumes % de leur intérieur, le plus évidemment dans les cloisons (9.7).

Conclusion. Les résultats quantitatifs démontrent d'une manière objective la modification de la densité et du volume calculé en pour-cent du dispositif vasculaire intratonsilaire palatin, en particulier au-dessous d'épithélium d'enveloppe et péricryptique, dans le même temps avec l'apparition de la sénilité. Attendu que le système vasculaire intratonsilaire joue un rôle important dans la protection, sa diminution peut être responsable de la réduction de la capacité immunitaire.

Mots-clés: méthodes quantitatives, microvascularisation, amigdale palatine.

CORDON OMBILICAL. NOUVELLES SUR L'ACÉTYLCHOLINE.

Gerbino A.*, Buscemi M.*, Leone A.*, Peri G.**, Lipari D.**, Farina-Lipari E.**, Lo Verde R.**, Valentino B.**

*Dipartimento di Medicina Sperimentale (Di.Me.S): Sezione di Istologia ed Embriologia "Arcangelo Pasqualino di Marineo"

**Sezione di Anatomia Umana "Emerico Luna" – Facoltà di Medicina e Chirurgia- Università degli Studi di Palermo-Italia.

Introduction. L'Acétylcholine (Ach), première substance mise en évidence impliquée dans la transmission synaptique et, comme su, synthétisée à partir de l'enzyme coline-acétyltransférase (ChAT) et détériorée par l'acétylcholinestérase (AchE). ChAT et AchE, après purification pour la production des anticorps, ont permis de révéler immunohistochimiquement la distribution de l'acétylcholine neuronale au niveau du système nerveux central (SNC) et périphérique. Il faut rappeler que les neurones somato-moteurs, les viscéral préganglionnaires du tronc cérébral, du cordon spinal, les neurones effecteurs viscéral, ganglions parasymphatiques et quelque ganglion orthosymphatique sont cholinergiques. Reliefs histochimique et immunohistochimique soulignent comme l'Ach est impliquée dans la régulation neuronale de la émoréologie cérébrale et d'autres régions (fibres acétylcholinestérasique et acétyltransférasique) jusqu'à la micro-circulation.

Il est intéressant reprendre le vieux problème de la présence de l'Ach dans le cordon ombilical, où, à différentes reprises, la médiation cholinergique a été confirmée et niée.

Matériels et Méthodes. Fragments de cordon ombilical humain à fin grossesse ont été fixés en Bouin et alcool pour la préparation histologique; des autres fragments ont été fixé dans le liquide de Karnovsky, pour la démonstration histochimique des activités de la AchE-ChE (Martinez-Rodriguez R. *et al*, Trab. Inst. Cajal Invest. Biol., 56:27: 1964; Sakamoto T. *et al*, Nip. San. Fuj. Gak. Zas., 1996).

Résultats. Le problème de la médiation du cordon ombilical est plein d'interrogations. La présence de l'AchE-ChE dans le sarcoplasme des parois vasculaires, dans la veine et dans les deux artères du cordon ombilical est démontrable histochimiquement, ceci manifeste comme la le mélange entre AchE et ChE fait de support à la contraction (d'origine miogénique), à mettre à relation avec d'autres signaux que provoque la contraction par nous étudiés immunohistochimiquement (NOS).

Mots clés: AchE, ChE, cordon ombilical.

ÉTUDE HITOMETRIQUE DU PARENCHYME DE LA RATE ACCESSOIRE

Gheorghe Emma, Marin A., Vandra Sorina

Département d'Histologie

Faculté de Médecine, Constanța, Roumanie

L'objectif du travail est l'étude histométrique de la rate accessoire. On a étudié particulièrement les modification survies au niveau de la pulpe blanche de la rate, représentée par les follicules splénique.

Material et méthode. Pour cet étude on a utilisé du material humain, 5 pièces de rates accessoires, provenues du laboratoire de Médecine Légale.

Le matériel étudié, a été fixé en formol 10% et ensuite il a été investigué d'après la technique histologique d'inclusion à la paraffine, les section ainsi obtenue ont été colorées à l'aide de Hématoxylin -éosine. Après la coloration, on a examiné et interprété les préparation histologique, les images étant travaillé en utilisant le programme soft LUCIA G 4.10.

Pour interpréter les modification histologique survies on a établi les paramètres suivants: la fréquence des follicules splénique dans le champ microscopique, le diamètre équivalent des follicules splénique, le volume équivalent des follicules splénique.

Résultats et discussions. La fréquence des follicules splénique dans le parenchyme a enregistré une valeur moyenne de 7.07%, le diamètre moyen des follicules splénique a été de 392,12 μ , le volume équivalent de ces

follicules splénique a enregistré une valeur de $3,53 \times 10^7 \mu^3$.
Conclusions. Les paramètres étudiés enregistrent des valeurs semblables à celle du parenchyme de la rate orthotopique. Ces résultats suggèrent que la parenchyme de la rate accessoire présente une activité immunitaire et une fonction normale, contrairement à l'idée que les rates accessoires n'ont pas d'importance du point de vue fonctionnel. C'est pourquoi les rates accessoires découvertes à l'occasion d'une laparotomie ne devraient pas être excisées seulement dans le cas de l'existence d'une indication spéciale pour cela.

Mots clés: rate accessoire, étude histométrique.

LES VARIATIONS DE L'ARTÈRE RÉNALE DANS LE HILE RÉNAL IMPORTANT POUR LES TECHNIQUES CHIRURGICALES

Giuvărășteanu Ileana, Stoica Claudia, Vlad M., Constantinescu N.

Département d'Anatomie

Université de Médecine et Pharmacie "Carol Davila", București, Roumanie

La connaissance des variations de l'artère rénale est importante pour le chirurgien qui pratique des techniques chirurgicales sur le rein. Dans cet étude on a démontré quelques variations de l'artère prépiélique et de l'artère rétropiélique dans le hile rénal en utilisant la méthode d'injection – corrosion. Pour chaque variante mise en évidence on a discuté ses implications dans les néphrectomies partielles, dans les pyélotomies et dans la transplantation rénale.

Mots clés: artère prépiélique; artère rétropiélique; injection – corrosion.

VARIATIONS ANATOMIQUES DE LA RATE AVEC APPLICATIONS CLINIQUES. CORRELATIONS RADIO-ANATOMO-CHIRURGICALES.

Grignon B., Reibel N., Zhu X., Grosdidier G., Roland J.

Département d'Anatomie

Faculté de Médecine de Nancy, France

Objectifs. La rate présente des variations anatomiques fréquentes, qui ont pour la plupart des conséquences cliniques potentielles. Le but de ce travail est de les illustrer par des corrélations radio-chirurgicales et de les expliquer par l'organogenèse.

Matériel et méthodes. Des dossiers clinico-radiologiques d'adultes, comportant des variantes anatomiques de la rate ont été colligés. Les aspects cliniques, scanographiques, et macroscopiques de ces variations sont présentés.

Résultats. Les différentes étapes du développement de la rate sont rappelées. Les principaux désordres qui peuvent en émailler l'évolution sont expliqués et rendent compte des présentations cliniques, radiologiques et anatomiques rencontrées.

Conclusion. Des erreurs diagnostiques et/ou des prises en charge thérapeutiques inadaptées peuvent être liées à une série de variations anatomiques de la rate, ne se révélant parfois que chez l'adulte. Une bonne connaissance de l'organogenèse est fondamentale pour bien les comprendre. Elle conditionne la pertinence de leur diagnostic et de leur traitement.

Mots-clés: rate, variations anatomiques, corrélations radio-anatomiques, scanner.

ETUDE PRELIMINAIRE DES FAISCEAUX MUSCULAIRES DU MUSCLE MASSETER INSERES A LA FACE PROFONDE DE L'APONEVROSE SUPERFICIELLE DU MUSCLE TEMPORAL DANS LA MYOPLASTIE DU MUSCLE TEMPORAL SELON LABBE

Guerreschi P., Coeugnet E., Labbé D., Drizenko A., Francke J.P.

Service de chirurgie plastique, Hôpital R.Salnegro, Lille, France

Introduction. Les muscles masticateurs ont une origine embryologique commune. Leurs rapports anatomiques étroits ne sont pas toujours décrits avec exactitude.

But. Une expansion du corps charnu massétérin s'insérant sur la face profonde de l'aponévrose temporale superficielle est décrite.

Malgré la description classique de 2 faisceaux de transition (Yoshikawa et coll., 1962), la littérature reste difficilement interprétable au sujet de ces fibres.

En raison de l'application clinique dans la myoplastie d'allongement du muscle temporal, leur connaissance anatomique parfaite est importante.

Matériel et méthode. 10 têtes de sujets anatomiques embaumés (5) et frais (5) avec un sex ratio de 1 ont été disséquées permettant l'analyse des fibres sus-citées et leur variations.

Résultats. Les fibres ont été identifiées comme une expansion du corps charnu du masséter et distinguées des 2 faisceaux de transition classiquement décrits. Ils étaient présents chez tous les sujets indépendamment du sexe. Leurs origine, trajet et terminaison ont pu être systématisés.

Conclusion. La connaissance de la nature et du trajet de ces fibres musculaires permet d'éviter toute "fausse route" dans l'abord du tendon du muscle temporal sur le processus

coronoïde par la fosse temporale.

Mots clés: expansion musculaire masséter, myoplastie de muscle temporal.

BASES ANATOMIQUES DES GONALGIES LORS DES PATHOLOGIES COXO-FEMORALES.

Hamel A., Guillouche P., Hamel O., Garçon M., Lagier S., Blin Y., Armstrong O., Robert R., Rogez J.M., Le Borgne J.

Laboratoire d'Anatomie

Faculté de Médecine de Nantes, France

Les gonalgies sont fréquentes lors des pathologies de l'articulation coxo-fémorale. Elles peuvent même être le seul signe subjectif amenant le patient à consulter, en particulier chez l'adolescent. Les auteurs rappellent en s'appuyant sur 5 dissections anatomiques la constitution du nerf obturateur. Il s'agit d'un nerf mixte constitué par les branches antérieures des 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} racines lombaires. Il abandonne dans son trajet pelvien une branche sus-pubienne destinée à la portion supérieure et antérieure de l'articulation coxo-fémorale. Puis, après avoir traversé la membrane obturatrice, le nerf se divise en une branche superficielle dont le territoire cutané sensitif est situé à la face interne du genou, et une branche profonde latérale, qui s'épanouit à la face médiale et inférieure de la capsule coxo-fémorale. Ces deux territoires sensitifs distincts et éloignés l'un de l'autre ont une projection corticale probablement commune, comme le montre la clinique. Cette notion clinique est classique, ces bases anatomiques sont facilement compréhensibles doivent permettre aux cliniciens de ne pas négliger l'examen clinique des articulations coxo-fémorales lors des gonalgies. Ainsi, le délai diagnostique de pathologies graves (l'épiphysiolyse fémorale supérieure, par exemple) de l'articulation coxo-fémorale pourra être considérablement diminué.

LES RACINES VEGETATIVES DES GANGLIONS PTERYGO-PALATIN ET OTIQUE

Hamel O., Hamel A., Robert R., Lagier S., Blin Y., Armstrong O., Rogez J.M., Le Borgne J.

Laboratoire d'Anatomie,

Faculté de Médecine de Nantes, France

Les racines végétatives des deux principaux ganglions de la base du crâne comportent des fibres parasympathiques pré-ganglionnaires constituant les nerfs pétreux, et des fibres orthosympathiques post-ganglionnaires issues classiquement du plexus péri-carotidien interne pour le

ganglion ptérygo-palatin, du plexus péri-carotidien externe pour le ganglion otique. Leur description fait l'objet de nombreuses différences et confusions entre les auteurs francophones et les auteurs anglo-saxons.

Cette étude a donc pour but de proposer une systématisation de ces racines végétatives dans leurs deux composantes. Elle jets frais injectés au latex.

Il apparaît qu'il n'existe qu'une seule racine végétative mélangant ortho- et parasympathique pour chacun de ces ganglions. Le ganglion ptérygo-palatin reçoit ses fibres végétatives du nerf du canal ptérygoïdien formé d'un contingent parasympathique du grand nerf pétreux superficiel, issu du nerf facial, et d'un contingent orthosympathique, issu du plexus péri-carotidien interne par le nerf carotico-ptérygoïdien. Le ganglion otique reçoit quant à lui le petit nerf pétreux profond issu du nerf glosso-pharyngien via le nerf tympanique, mêlé aux fibres orthosympathiques provenant également du plexus péri-carotidien interne, par le nerf carotico-tympanique.

Nous proposons ici une terminologie qui réalise un compromis entre les deux descriptions classiques. Plusieurs travaux anatomiques et expérimentaux viennent appuyer ces hypothèses.

Mots clés: Ganglion ptérygo-palatin, Ganglion otique, Nerfs pétreux, Plexus péri-carotidien interne, Nerf du canal ptérygoïdien, Système nerveux végétatif.

LA VEINE EN L3

Hamid M., Uhl J.F., Le Floch-Prigent P., Gillot C., Plaisant Odile

Laboratoire d'Anatomie

Université de Paris 5, France

Objectif. Cette étude a pour objectif de décrire les veines lombaires au niveau de la troisième vertèbre lombaire (L3) et de comparer les résultats avec la littérature.

Matériel et méthodes. 130 phlébographies de patients présentant différentes pathologies, furent examinées afin de décrire les veines lombaires en L3.

Un cathéter, à deux ballons séparés de 8 cm, fut introduit par la veine saphène (grande). L'un de deux ballons était placé au-dessus de l'origine des veines rénales et l'autre en dessous. Les deux ballons étaient remplis d'eau.

100 ml d'un produit radio-opaque fut injecté en 10 secondes. Une phlébographie rétrograde occlusive fut pratiquée pour tous les patients. Des clichés sériés, avec deux par seconde, furent réalisés en 20 secondes.

Résultats. Cette étude montrait l'origine de la veine rénale, ses collatérales, et le réseau veineux dans le parenchyme rénale. Le système azygos était bien injecté. On connaît les

variations dans ce système. Les veines lombaires droites en L2 étaient présentes. Bien que les veines en L3 ne soient que rarement décrites dans la littérature, le poster focalise sur la description de ces veines à gauche. La veine en L3 gauche était visible une fois sur deux. Son calibre était de 3 à 5 mm. La veine en L3 modale était transversale à mi-hauteur du corps vertébral de L3. Elle passait sous l'arcade du psoas formant un oeillet caractéristique sur les radiographies.

LE LABORATOIRE D'ANATOMIE D'ALGER: DE BAUDENS A DE RIBET

Hammoudi S., Mehdadi S., Selamna R., Benguerah A.
Laboratoire d'anatomie médico-chirurgicale
Faculté de médecine d'Alger, Algerie

A l'occasion du 150^{ème} anniversaire de la création du laboratoire d'anatomie de la Faculté de médecine d'Alger, nous avons voulu rendre hommage aux personnalités scientifiques qui ont marqué le laboratoire d'anatomie par leurs travaux scientifiques.

Nos recherches sur l'histoire de la médecine en Algérie nous a permis de distinguer trois périodes dans l'évolution de l'anatomie dans notre pays:

- La première période est marquée par le Docteur BAUDENS qui a dispensé le premier cours d'anatomie en 1833 à de jeunes médecins militaires. Ce médecin de grande qualité a été de ceux qui ont œuvré à la création de l'école de médecine.

- La deuxième période est celle de la naissance de l'école de médecine en 1854, ainsi que la création du laboratoire d'anatomie. Cette période est marquée par le Professeur TROLARD et le début de la recherche anatomique.

- La troisième période est marquée par les professeurs LEBLANC et de RIBET.

Le premier a géré le laboratoire d'anatomie de 1910 à 1940; ces travaux scientifiques dans le domaine de l'anatomie comparée sont d'une valeur inestimable.

Le deuxième a dirigé le laboratoire jusqu'en 1962 et nous a légué plusieurs ouvrages d'anatomie sur le système nerveux central.

Mots clés: histoire, faculte medecine, alger – anatomie.

ETUDE ANATOMIQUES DES ELEMENTS OSSEUSES DANS LA REGION CERVICALE

Iliescu D., Iliescu Mădălina, Bordei P., Şapte Elena
Département d'Anatomie
Faculté de Médecine, Constanța, Roumanie

Notre étude a proposé une évaluation dimensionnelle du canal et de l'orifice intervertébral du rachis au niveau cervical. Comme matériel d'étude on a évalué des vertébrés cervicales isolée des niveaux C₃-C₇, aussi que 5 régions entières du rachis cervical. L'évaluation morphométrique a envisagé les dimensions de la longueur, largeur et hauteur du canal intervertébral au niveau cervical et les largeur et hauteur de l'orifice intervertébral.

Les résultats, présente en tableaux, offre la possibilité des corrélations très intéressantes entre les éléments anatomiques et la spécificité de la région en ce qui concerne les applications pratiques et cliniques.

VARIANTES MORPHOLOGIQUES DES VEINES SUPERFICIELLES DU MEMBRE INFÉRIEURE.

Ionescu C., Banu B., Şapte Elena, Corici P.
Département d'Anatomie
Faculté de Médecine, Constanța, Roumanie

But de la communication. L'étude du moyen de formation des veines saphènes, grande et petite, de leur trajet dès l'origine et jusqu'à leur terminaison et la mise en évidence des anastomoses qui existent entre elles.

Méthodes et matériel de travail. Nous avons réalisé l'étude seulement à l'aide de la dissection sur cadavres humains adultes et fœtaux formolés, aussi que sur des cadavres injectés avec matière plastique.

Résultats. Parmi les variantes des deux veines saphènes, on mentionne premièrement leur dédoublement, qui peut être partiel ou total. Pour la veine saphène grande, le dédoublement peut couvrir le tracé dès le niveau de son origine et jusqu'à la crosse; parfois le deux rameaux saphènes se croisent, d'habitude au niveau de la portion supérieure de la jambe. D'autres fois, le dédoublement est présent seulement au niveau de la cuisse et se prolonge jusqu'à 4-5 cm sous la crosse de la saphène. L'un de deux rameaux veineux au niveau de la jambe a un trajet sousfascial, ou même les deux rameaux peuvent être suprafasciaux. Tout au long de leur parcours, les deux rameaux veineux présentent beaucoup d'anastomoses, plus fréquentes et plus volumineuses au niveau de la jambe et au niveau du genou. Dans la crosse de la saphène grande, la veine circumflète iliaque superficielle se termine suprafascial, tandis que les veines épigastrique superficielle et le tronc des veines pudendales externes peuvent se terminer dans la portion sousfasciale de la crosse, après avoir dépassé le hiatus saphène. La veine saphène grande peut présenter des dédoublements sectoriels au niveau de la hanche. Nous avons constaté de même que la saphène petite est dédoublee dès le niveau de son origine et jusqu'à sa terminaison dans la veine poplitée;

on n'a trouvé aucun cas où les deux rameaux veineux se terminent séparément dans la veine poplitée.

Conclusions. On a constaté une grande variabilité morphologique des veines saphènes, surtout en ce qui concerne le trajet et les anastomoses existantes entre le deux veines, mais aussi entre leurs affluents.

ANATOMIE RADIOLOGIQUE DU SINUS FRONTAL – ASPECTS PARTICULIERS

Jordan Adriana*, Iordan G.**, Ulmeanu D.**

*Service de Radiologie, Hôpital Départemental Constanța

**Département d'Anatomie

Faculté de Médecine, Constanța, Roumanie

Objectif. Notre travail a eu comme but d'étudier les aspects atypiques de la morphologie du sinus frontal, leur connaissance étant essentielle pour un abord thérapeutique correct.

Matériel et méthodologie. On a étudié un lot de 101 patients (dont 43 hommes, 58 femmes), avec des âges entre 6 – 78 ans, auxquels on a effectué des radiographies des cavités sinusiennes en incidence suroccipito– alvéolaire et bitemporale. Sur les clichés obtenus on a cherché des aspects particuliers des sinus frontaux: aplasie uni ou bilatérale; des sinus surnuméraires – tripartis (avec 2 septums complètes), des boules frontales (cellules ethmoïdales proéminentes dans la cavité du sinus frontal); extension de la pneumatisation au niveau du toit orbitaire.

Résultats. On a trouvé des diverses anomalies de la morphologie sinusale a 23 patients, dont: 5 cas d'aplasie sinusale bilatérale, 4 cas d'aplasie sinusale droite, 7 cas de sinus tripartis, 5 cas avec des boules frontales, 2 cas de pneumatisation étendue. Les aspects particuliers se retrouvent dans les photos.

Conclusions. Les anomalies morphologiques des sinus frontaux sont assez fréquentes (22,7% dans le lot étudié). Ces aspects particuliers peuvent modifier l'abord thérapeutique, surtout dans les interventions chirurgicales.

Mots clés: sinus frontal, aspects atypiques, anatomie radiologique.

EVALUATION TOMODENSITOMETRIQUE DU VOLUME DU SINUS FRONTAL

Jordan Adriana*, Dumitrașcu Anda**, Vasile Monica***, Ulmeanu D.***

*Service de Radiologie, Hôpital Départemental Constanța

**Institut d'Endocrinologie "C.I. Parhon" București

***Département d'Anatomie, Faculté de Médecine, Constanța, Roumanie

Objectif. L'étude a eu comme but d'évaluer le volume des sinus frontaux en utilisant la tomodensitométrie.

Matériel et méthodologie. On a étudié un lot de 42 patients (dont 12 hommes, 30 femmes), avec des âges entre 8 – 71 ans, auxquels on a effectué des coupes axiales des sinus frontaux, suivies par des reconstructions en plan sagittal et frontal. On a mesuré les diamètres transversaux totaux, vertical et antero-postérieur des sinus frontaux et on a calculé le volume total des cavités sinusiennes.

Résultats. Les volumes des sinus frontaux se situent entre 0,68– 30,96 cm³, avec une valeur moyenne de 10,88 +/- 7,97 cm³. Dans des graphiques et tableaux on a présenté la distribution des valeurs selon l'âge et le sexe.

Conclusions. Le volume des cavités sinusiennes frontaux présente une grande variabilité individuelle, étant compris entre 5 – 20 cm³ a 62% du lot étudié, avec des moyennes plus élevées aux hommes et une tendance d'augmenter avec l'âge.

Mots clés: sinus frontal, volume, tomodensitométrie, variabilité individuelle.

LE TAUX DE CROISSANCE DES OS CARPIENS

Jordan G.*, Iordan Adriana**, Ulmeanu D.*

*Département d'Anatomie, Faculté de Médecine, Constanța, Roumanie

**Service de Radiologie, Hôpital Départemental Constanța

Objectif: évaluation du taux de croissance des noyau d'ossification.

Matériel et méthode. Le groupe étudié a été composé 67 enfants (40 garçons et 27 filles) âgés entre 1 et 16 ans, chez qui ont été exécutées des radiographies de la région carpienne. Nous avons mesuré les dimensions maximales des points d'ossification, que nous avons rapporté au diamètre de la jonction diaphyso-métaphysaire distale de l'os radius. Les valeurs individuelles ainsi obtenues (les *indices de développement*) ont été analysées statistiquement.

Résultats. Les taux de croissance des os carpiens sont ressemblants entre l'os semilunaire, l'os pyramidal, l'os trapèze et l'os trapezoïde. Les os crochu et grand

os se développent sans interruption, accéléré, jusqu'à l'âge de 13–14 années. L'os scaphoïde a initialement un développement plus lent jusqu'à l'âge de 5–6 années, après lequel suit une période de croissance accélérée. Le point d'ossification du pisiforme apparaît d'habitude à l'âge de 9–10 années et l'accroissement continue aussi après l'âge de 16 années.

Conclusions. Les taux de croissance des os carpiens sont différents. Avec l'exception du pisiforme tous les os carpiens présentent un déclin d'indice du développement en même temps avec le finissage de la forme, à l'âge de 13–14 années.

Mots clés: os carpiens, taux de croissance, noyau d'ossification.

ÉTUDE DES BIODYNAMIQUES D'OS CARPIENS PAR TOMODENSITOMETRIE

Jordan G., Baz R., Ulmeanu D.

Département d'Anatomie

Faculté de Médecine, Constanța, Roumanie

Objectif. Le but de l'étude est le comportement des os carpiens pendant les mouvements dans l'articulation du poignet.

Matériel et méthodologie. On a étudié un sujet masculin qui n'avait pas aucune pathologie locale, chez qui ont été exécutées cinq séries des coupes axiales tomodensitométriques: pour la position neutre et pour chacune des positions extrêmes de l'abduction, de l'adduction, de la flexion et de l'extension. Sur les images obtenues par reconstruction tridimensionnelle nous avons tracé des axes pour l'os radius et pour chacun des os de carpiens. Nous avons mesuré les angles entre l'axe de chacun os carpien et celui de l'os radius – le dernier étant pris comme référence – et nous avons noté les changements de ces angles dans les quatre positions extrêmes.

Résultats et conclusions. On a constaté que les mouvements des os carpiens sont faits en blocs de deux ou trois os, engrenés préférentiellement dans des colonnes au long de l'axe du membre.

Mots clés: os carpiens, taux de croissance, noyau d'ossification.

L'INNERVATION DU PÉRIOSTE AUX OS TUBULAIRES DU MEMBRE SUPÉRIEUR

Jița V., Poburnâi Emilia, Lopotencu Eugenia, Ioniță Aneta

Université d'Etat de Médecine et Pharmacie "N. Testemițanu", Chișinău, République de Moldavie

À l'aide des méthodes de la préparation macroscopique, macro – microscopique, selon la coloration après Schiff et

des méthodes neurohistochimique a été étudié l'appareil nerveux du périoste aux os tubulaires du membre supérieur de l'homme.

A été évidencié un appareil neurorécepteur avec une structure complexe, qui contient dans sa composition des troncs nerveux avec des différentes grosseurs, des faisceaux nerveux et des fibres nerveux solitaires myélinisés et amyéliniques. Ces éléments nerveux se réunissent de plusieurs fois entre eux en formant dans la grosseur du périoste un plexus nerveux complexe, volumineux. Ont été étudié les sources d'inervation du périoste. A été découverte une ample diversité de terminaisons nerveuses encapsulées (les corpuscules Vater-Pacini, Meissner, Krause, Golgi etc.) et libres en forme des corpuscules compacts et arborés avec un niveau différent d'extension. Ont été montrées les plus fréquentes régions de la localisation des terminaisons nerveuses.

Mots clés: appareil neurorécepteur, périoste.

EMBRYOLOGIE ET MALFORMATIONS CONGÉNITALES DE LA VEINE CAVE INFÉRIEURE

Le Floch-Prigent P., Uhl J.F., Gillot C., Plaisant Odile, Delmas V.

Unité d'anatomie virtuelle - UFR Biomédicale des Saints Pères

Université René Descartes, Paris, France

Une étude embryologique du système veineux a eu pour but de mieux comprendre l'organogénèse des veines et ainsi de mieux identifier les malformations de la veine cave inférieure observées quand on explore le système veineux. Les différents stades de l'organogénèse du système veineux primitif sont décrits de la 6 à la 8ème semaine. Nous décrivons les différentes malformations de la veine cave observées dans la littérature quand on explore le système veineux ou pendant la chirurgie aortique. Leur fréquence est variable selon les séries radiologiques ou chirurgicales: anneau péri-aortique de la veine rénale gauche: 1 à 8 % - veine rénale gauche rétro-aortique: 1 à 3 % - veine cave inférieure: 0,2 à 0,5 %

Mots clés: veine cave, embryologie – malformations.

VOIES DE DERIVATION DE LA VEINE CAVE INFERIEURE

Le Floch-Prigent P., Uhl J.F., Gillot C., Plaisant Odile, Delmas V.

Unité d'anatomie virtuelle - UFR Biomédicale des Saints Pères

Université René Descartes, Paris, France

Dans le but de mieux comprendre les aspects cliniques et anatomiques des voies de dérivation apparaissant dans les obstructions de la veine cave inférieure, a été entreprise une étude anatomique du système azygos, des veines Lombaires et des plexus vertébraux par dissection après injection de latex, phlébo-scanner et modélisation 3-D.

L'étude du système veineux cave inférieur montre à quel point est complexe l'anatomie veineuse. Elle explique la localisation des voies de dérivation en cas d'obstruction cave inférieure et leur aspect clinique. Le rôle du système azygos et des plexus veineux vertébraux est ici crucial. Les principales voies de dérivation sont décrites - tes plexus sacrés - Les veines ilio-lombaires qui se connectent à la veine lombaire ascendante - la veine lombaire en L2 et les racines de la veine grande azygos du côté droit - l'arc réno-azygo-lombaire, la veine rénale gauche et les racines de l'hémi-azygos (côté gauche) - tes anastomoses foraminales de chaque niveau métamérique avec les plexus veineux vertébraux.

Mots clés: veine cave, phlébo-scanner, reconstruction 3D.

SCANNOGRAPHIE SERIEE DANS LES TROIS PLANS DE LA TETE D'UN CERVUS ELAPHUS

Le Floch-Prigent P., Krause D., Trouilloud P., Lassau J.P.

Unité d'anatomie virtuelle - UFR Biomédicale des Saints Pères

Université René Descartes, Paris, France

Le cerf (*cervus elaphus*) est un des animaux sauvages de nos contrées, les plus répandus dans nos forêts. Herbivore fissipède à la tête caractéristique, il a paru intéressant d'observer les aspects scannographiques de la tête entière d'un individu mâle de trois ans et demi, abattu en surnombre dans la forêt de Conches en Normandie. La tête de l'animal a été séparée du tronc avec la peau du cou et les bois sciés transversalement pour permettre le passage dans la fenêtre du scannographe. La pièce a ensuite été conservée au congélateur avant passage au scannographe dans le service de radiologie de l'hôpital des enfants du CHU de Dijon, sans aucune préparation, ni injection. L'acquisition des coupes frontales a été pratiquée en mode hélicoïdal tous les 1,25 mm avec chevauchement de 0,6

mm par coupe. La reconstruction dans le plan horizontal a été pratiquée en coupes de 5 mm, tous les 5 mm, de même que la reconstruction horizontale dans le plan sagittal. Pour cette dernière, seule la moitié droite avec un léger débord à gauche du plan médian a été retenue du fait de la symétrie supposée de principe. Les résultats morphologiques sont analysés: les aspect osseux et musculaires ainsi que leurs rappports topographiques sont les plus intéressants.

THOMAS JONNESCO (1860 1926) ANATOMISTE ET CHIRURGIEN: ROUMAIN ET FRANÇAIS.

Le Floch-Prigent P., Delmas V.

Unité d'anatomie virtuelle - UFR Biomédicale des Saints Pères

Université René Descartes, Paris, France

Thomas JONNESCO a eu une double carrière médicale en France puis en Roumanie, son pays de naissance (Ploiești, 14 septembre 1860). Il reste encore dans les mémoires de l'anatomie comme l'auteur de l'appareil digestif dans le traité français d'Anatomie de Poirier (1894 ; premier fascicule du 4ème volume) et des éditions ultérieures. Ce fût un des très rares étrangers qui accédèrent au prosectorat (1891) et il fût nommé agrégé d'Anatomie à Paris. Il revint à Bucarest en 1895 pour occuper une chaire d'Anatomie et la direction de la clinique chirurgicale de l'Hôpital Colțea. Il y introduisit l'asepsie rigoureuse. Ses publications furent abondantes. Son nom reste attaché à une fossette rétro-duodénale et à l'anesthésie spinale. Son oeuvre chirurgicale est importante. Associé étranger de l'Académie de Médecine le 1er mars 1921 à l'occasion du centenaire de celle-ci après avoir été élu membre correspondant étranger de chirurgie en mars 1909, il mourut à Bucarest le 28 mars 1926 après avoir été élu cinq fois Doyen de la faculté de Médecine de Bucarest. Ardent patriote, il fût député et sénateur de son pays et premier délégué roumain à la Société des Nations en 1920. Grand Anatomiste, Grand chirurgien, il symbolise magnifiquement la coopération entre la France et la Roumanie de son époque.

Mots clés: Jonnesco, Anatomie, France, Roumanie.

SCANNOGRAPHIE SERIEE DE LA TETE ENTIERE D'UN DROMADAIRE

Le Floch-Prigent P., Krause D., Trouilloud P.

Unité d'anatomie virtuelle - UFR Biomédicale des Saints Pères

Université René Descartes, Paris, France

La tête entière d'un dromadaire (sud tunisien), mâle, de deux ans et demi, conservée congelée, a été scannographiée (hôpitaux de Dijon) de manière sériée et des images

directes ou reconstruites obtenues dans les trois plans de l'espace. Outre le caractère spectaculaire des images, celle-ci permettent une analyse fine des structures et de comprendre au mieux les rapports topographiques et structuraux essentiellement osseux et musculaires. L'observation d'un modèle animal de camélidé permet à l'anatomiste humain outre d'élargir ses horizons de retourner à de grands principes d'anatomie animale que l'observation quotidienne chez l'homme tend à occulter. La facilité d'obtention des coupes scannographiques en milieu médical ne doit pas faire oublier les difficultés d'obtention de telles pièces non humaines, rares, leur transport et leur conservation.

Mots clés: dromadaire, scanner, tête entière.

**L'HOMME DE VITRUVÉ: PROPORTIONS
DU CORPS HUMAIN, TEXTE ORIGINAL ET
SES ILLUSTRATEURS: LEONARD DE VINCI,
CLAUDE PERRAULT (1764)**

Le Floch-Prigent P.

Unité d'anatomie virtuelle - UFR Biomédicale des Saints Pères

Université René Descartes, Paris, France

L'homme inscrit dans un cercle et dans un carré est la citation d'un texte de Marcus Vitruvius Pollio (Rome, 1er siècle avant Jésus-Christ, actif sous Jules César et Auguste) dans son *de Architectura*, livre III chapitre I, paragraphes 2 et 3. Son illustrateur le plus célèbre reste Léonard de Vinci (dessin No 226 conservé à Venise dans la Galleria dell'Accademia) à cause de l'excellence du dessin et de l'intelligence de la représentation associant les deux inscriptions dans le cercle et le carré des 4 membres (huit au total) à partir d'un ensemble central unique pour le tronc, la tête et le cou. Ce dessin est ancré dans la mémoire culturelle collective et est très souvent reproduit voire interprété sans même que Léonard de Vinci et a fortiori Vitruve soient même mentionnés. Un roman récent et célèbre ancre le dessin comme "l'Homme de Vitruve" avec la force irrésistible de la citation exacte de l'auteur latin et celle d'une expression aussi heureuse que populaire pour le plus grand bonheur des sciences morphologiques. Le "de Architectura de Vitruve" a été adulé et réédité de nombreuses fois à partir de la renaissance. La traduction française de Claude Perrault (Paris, 1764) est largement annotée et illustrée. Les dessins de l'Homme de Vitruve y sont moins heureux que celui de Léonard de Vinci; ce sont deux gravures en deux schémas séparés et avec un appareil d'échelle (trois types d'unités de mesure) plus complet que sur le dessin de Léonard de Vinci (une seule échelle) dont

le génie pictural apparaît encore mieux en le comparant avec Perrault.

Mots clés: proportions, vitruve, Leonard da Vinci.

**SCANOGRAPHIE DE LA TÊTE EN CIRE
REALISEES PAR GAETANO ZUMBO (circa 1700),
PIECE DES MUSEES DELMAS, ORFILA ET
ROUVIERE**

Le Floch-Prigent P., Guerini H., Chevrot

Unité d'anatomie virtuelle - UFR Biomédicale des Saints Pères

Université René Descartes, Paris, France

Une pièce en cire exceptionnelle, réalisée vers l'an 1700 par Gaétano ZUMBO, représentant la dissection des muscles et des vaisseaux de la tête et du cou d'un sujet adulte, appartient aux collections du Musée d'Anatomie, 45 rue des Saints Pères (CUSP, Université Paris 5-René Descartes). La scannographie sériée a été réalisée à l'hôpital Cochin de Paris, sur un appareil Siemens Somatom sensation à 16 barrettes avec acquisition horizontale (350 ms, 120 kV). Cet examen a apporté de très nombreux renseignements sur la constitution de la pièce, il permet un nombre considérable de mesures linéaires et a apporté celle de la capacité intracrânienne = 1350 cc3. L'apport le plus important est la preuve que la pièce a été réalisée sur un vrai squelette: face, crâne et vertèbres cervicales d'un sujet jeune possédant toutes ses dents avec leurs racines et très probablement une femme. En effet, statistiquement les capacités intra-craniennes moyennes de l'homme moderne sont de 1800 cc3 dans le sexe féminin et de 1500 cc3 dans le sexe masculin, d'autant que sur la scannographie l'os est gracile, sans saillie importante, avec une voûte de faible épaisseur. Les vaisseaux artériels ne sont pas injectés par du plâtre et les yeux pourraient être en verre. Des résidus laminés existent dans la cavité intracrânienne: soient restes dure-mériens, soient coulées de cire.

Mots clés: cire anatomique, scanner, zumbo.

**UN AN (4 TRIMESTRES) D'ENSEIGNEMENT
À LA GEORGETOWN UNIVERSITY MEDICAL
CENTER, WASHINGTON D.C.**

Le Floch-Prigent P.

Unité d'anatomie virtuelle - UFR Biomédicale des Saints Pères

Université René Descartes, Paris, France

Au cours d'une durée d'un an au total, répartie sur quatre trimestres (1995, 1998, 2003, et 2004) espacés sur 10 ans, nous avons enseigné l'Anatomie (Gross Anatomy) à la

Georgetown University Medical Center. L'enseignement privilégie la dissection, environ 150 heures avec quatre étudiants de première année (cinquième année d'université) par table de dissection; celle-ci intéresse toutes les régions dans un ordre qui peut varier selon les années. Elles sont précédées de rappels maintenant filmés de la procédure de dissection qui suit le programme et les pages pré-établies d'un manuel courant à une fréquence moyenne de 2 à 3 séances de dissection par semaine. Les cours magistraux sont en nombre moindre (50 heures) et utilisent comme support visuel des diapositives et maintenant un programme standard de présentation visuel sur ordinateur. Tous les membres du corps enseignant participent à la dissection, sans exception de manière le plus souvent active physiquement. Ils tournent régulièrement dans les 4 salles de dissection afin que chacun des étudiants qui restent assignés à leur table de dissection, profite de chaque enseignant sur la période de trois mois. Les examens de validation de la médecine sont nationaux et permettent de classer les Facultés de médecine. Le Georgetown University Medical Center se situe dans le premier quart. L'observation de cet enseignement et de son évolution sur dix ans est largement positif.

Mots clés: enseignement, USA, dissection, année de mobilité.

CORELATIONS MORPHO-IMAGISTIQUES CONCERNANT LE PANCREAS HUMAIN NORMAL

Marinescu T., Lupu G., Cristea B., Stroica Laura, State D., Terteliu F.

Département d'Anatomie

Université de Médecine et Pharmacie "Carol Davila",
București, Roumanie

Dans le cadre de la pathologie digestive et des maladies de nutrition, les affections du pancréas occupent une place importante par leur diversité, aussi bien que par gravité. Du fait que le pancréas, par sa position anatomique, est un organe difficilement accessible à l'examen clinique direct (la palpation étant très difficile) il est assez évident que l'investigation du pancréas à l'aide des images joue un rôle principal dans le diagnostic des modifications diverses.

On se propose dans cette étude de mettre en évidence les corrélations entre la structure du pancréas et les méthodes d'investigation à l'aide des images du celui-ci, pour déceler de possibles affection de cet organe et, en même temps, pour instituer une stratégie thérapeutique complexe.

On a soumis à l'étude un groupe de 96 malades hospitalisés dans la Clinique Universitaire de Bucharest et qui ont

bénéficié des services rendus par le Département d'Imagerie depuis 01.11.2001 jusqu'à 01.11.2004. Il s'agit d'une étude de type rétrospectif indirect.

À la suite de l'analyse des données obtenues on a été en mesure d'observer que la densité moyenne du pancréas diminue en même temps que l'accroissement de l'âge des patients des deux sexes. La densité du pancréas des femmes est moindre que celle des hommes appartenant au même groupe d'âge.

UN CAS DE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL ENTRE LE CANCER OVARIEN ÉPITHÉLIAL, LE MÉSOTHÉLIOME MALIN ET LE CARCINOME PÉRITONÉAL PRIMITIF

Mocanu Liliana, Așchie Mariana, Deacu Mariana, Mocanu L., Boșoteanu Mădălina, Boșoteanu C.

Département d'Anatomie Pathologique

Faculté de Médecine, Constanța, Roumanie

Objectiv. L'origine du carcinome péritonéal-localisé est un problème commun en pathologie, particulièrement si le patient est une femme.

Material et méthodes. La femme, de 51, avait reçu le médicament chimiothérapeutique pour tumeur ovarienne avec des métastases à la distance, sur la base de clinique (pleurésie, ascite et douleur et masses abdominales) et d'imagerie, avant l'excision chirurgicale de l'utérus, de les annexes, de l'épiploon avec beaucoup de nodules tumoral et d'un petit fragment des intestine gros avec une nodule tumoral dans le serosa; les ovaires étaient non-tumoraux.

Résultats. L'aspect macroscopique des tumeurs étaient de 1-6 centimètre, blanchâtre, solide, ferm. Au microscope l'aspect était d'un carcinome avec les cellules néoplastiques distribuées dans des plaques solide, d'aspect épithélioïde et transitionnelle, avec quelques secteurs papillaires cystiques et serous, suggérant un carcinome ovarien épithélioïde de type combiné: Brenner-comme associé à l'adénocarcinome papillaire, où un mésothéliome malin. Les dates cliniques et histopathologiques, en employant les méthodes histochimiques (H&E, Van Gieson, Masson, PAS et Mucicarmine) et immunohistochimiques (keratine, CA 125, calretinine) ont conduit le notre recherche au diagnostic du carcinome péritonéal primitif.

Conclusions. Le carcinome péritonéal primitif est une tumeur rare à cet âge. Le diagnostic a été fait sur l'examen histopathologique, fortement suggéré par des techniques histochimiques et confirmé par la méthode d'IHC.

LA VARIABILITÉ INDIVIDUELLE DES VAISSEAUX RÉNAUX

Mocealov O., Frunțașu N.

Université d'Etat de Médecine et Pharmacie "N.Testemițanu", Chișinău, République de Moldavie

Les multiples variantes structurales et de corrélations spatiales des vaisseaux rénaux résultent des particularités de l'embryogénèse des reins. Dans le plan morphofonctionnel leur variabilité est directement liée aux stades de développement des reins qui se succèdent au cours de l'ontogénèse.

La variabilité individuelle des vaisseaux rénaux peut être établie à la base des indices linéaires, du volume, du nombre, morphométriques, tensométriques etc. que des corrélations spatiales entre les vaisseaux rénaux dans leurs portions extra- et intraorganiques.

Pour réaliser les objectifs tracés à l'étude on a pris des reins prélevés des 150 cadavres humains (86 masculins et 64 féminins) d'âge de 17-83 ans. Dans cette étude on n'a pas inclut des cas à affections de l'appareil uro-excréteur.

On a employé les méthodes: dissection anatomique, corrosive polychrome (à inoculation séparée et associée du réseau artériel, veineux et du système pyélo-calicéal), morphométrique etc., à captivité vidéo des images. Sur un lot constitué de 180 de patients (98 hommes et 82 femmes), aussi, sans affections du système uro-génital, on a effectuée l'étude rétrospectif des panarortogrammes abdominaux, spécialement des artères rénales et de leurs corrélations avec le segment abdominal de l'aorte. Et dans cette partie de l'étude on a collecté une information métrique concernant les artères rénales, *pars abdominalis aortae* et des autres vaisseaux.

Selon les résultats obtenus les particularités individuelles sans égard aux paramètres à la base desquels elles se déterminent, en étant différentes chez divers patients. De même le nombre, la forme et les dimensions des composants structuraux de l'arbre excréteur rénal changent beaucoup. Le nombre des vaisseaux rénaux, le type de leur ramification (ou de la confluence) envisagent des caractéristiques individuelles de la structure des vaisseaux sanguins intrarénaux, en déterminant en même temps l'état structuro-fonctionnel de l'organe ainsi que et la forme, les dimensions et ses contours externes.

Mots clés: vaisseaux rénaux; variabilité individuelle.

ETUDE HISTOLOGIQUE ET IMMUNOHISTOCHEMIE DES DYSPLASIES LARYNGIENNES

Mogoanță L.*, Popescu Carmen Florina**, Ioniță Elena***, Ionita I.***, Anghelina Fl.***

*Discipline Histologie – Université de Médecine et Pharmacie, Craiova

**Service d'Anatomie Pathologique – Hôpital Clinique d'Urgence, Craiova

***La Clinique ORL - Hôpital Clinique d'Urgence, Craiova, Roumanie.

La dysplasie est une anomalie de différenciation et de multiplication cellulaire, caractérisée par la modification de l'architecture de l'épithélium, la perte de la polarité des cellules, la croissance des dimensions du noyau, la modification du rapport noyau – cytoplasme en faveur du noyau et la présence des noyaux atypiques. La majorité de recherches soutiennent l'idée que la dysplasie peut être une lésion précurseur du néoplasme laryngien.

Matériel et méthodes. On a investigué 27 patients hospitalisés dans la Clinique ORL de l'Hôpital Clinique de Urgence de Craiova pour la dysphonie, qui à l'examen laryngoscopique, ont présentés des lésions laryngiennes ayant un aspect hypertrophique. Par microlaryngoscopie suspendue on a récolté des échantillons biopsiques, qui ont été fixés en formole neutre 10 %. Après l'inclusion en paraffine, on a fait des sections sériées au microtome, qui ont été colorés avec hématoxyline – éozine et tricomicrulé avec vert de lumière. Pour les études d'immunohistochimie on a utilisé les marqueurs nucléaires suivants: Ki 67, PCNA et p53. Nous avons considéré comme positif interne la positivité nucléaire au niveau des cellules basales et parabasales.

Résultats. A la suite de l'examen histopathologique, 4 cas (14,81 %) ont été diagnostiqués avec carcinome invasif, 2 cas (7,40%) ont été diagnostiqués avec carcinome « in situ » et 21 cas ont été diagnostiqués avec dysplasie. Parmi les derniers, la dysplasie simple a été rencontrée à 14 cas (50,85%), la dysplasie moyenne à 5 cas (18,51%) et la dysplasie aggravée à 2 cas (7,40%).

Au cas diagnostiqués avec dysplasie simple, on a remarqué l'acanthose de l'épithélium de couverture, avec la présence des cellules atypiques dans 1/3 inférieure de l'épithélium et le corion a présenté un infiltrat inflammatoire modéré, inconstant, à une légère congestion vasculaire et dépôt d'amiloïde en quantités variées, des cellules rares ont présentées de l'immunopositivité faible pour Ki 67 et PCNA

Dans la dysplasie moyenne les atypies cellulaires ont été présentées en 2/3 inférieures de l'épithélium, l'infiltrat

inflammatoire a été plus abondant et l'immunomarquage pour Ki67 et PCNA a présenté une intensité variable, plus intense vers les couches supérieures.

Chez les patients ayant une dysplasie sévère on a mis en évidence des atypies cellulaires, en intéressant toute la grosseur de l'épithélium pavimenteux, représentés par des cellules aux noyaux de grandes dimensions, pyelomorphes, ayant des nucléols évidents et de nombreuses "monstruosités" nucléaires. Dans le corion, l'infiltrat inflammatoire a été très abondant, étant formé de cellules mononucléaires de type lymphoplasmocitaire et macrophagiques. Les réactions immunohistochimiques pour Ki67 et PCNA ont été intensément positives, dans la majorité de cellules dysplasiques. A un cas on a remarqué des lésions associées de dysplasie sévère et carcinome "in situ", avec la croissance de l'intensité de l'immunomarquage nucléaire au niveau des zones de carcinome "in situ".

La positivité nucléaire pour p53 a été de faible intensité et inconstante, sans pouvoir faire une telle corrélation à la sévérité de la dysplasie.

Conclusion. Le degré de la dysplasie s'est corrélié à l'intensité des modifications épithéliales et stromales ainsi qu'à l'intensité des réactions immunohistochimiques.

IMMUNOCYTOCHIMIE ET MICROSCOPIE ÉLECTRONIQUE DANS LE DIAGNOSTIC DES TUMEURS ADÉNO-HYPOPHYSAIRES

Motaş O.I., Motaş Maria, Gheorghişan-Gălăţeanu Ancuţa, Păduraru D., Pintilie Dana Gabriela, Antoniu A.

Département d'Anatomie

Université de Médecine et Pharmacie "Gr. T. Popa", Iaşi, Roumanie

L'appréciation de l'activité mitotique représente l'une des plus anciennes méthodes histopathologiques utilisées pour l'évaluation de l'agressivité biologique des tumeurs humaines et animales.

Pour ce qui est des tumeurs qui apparaissent dans d'autres organes, l'évaluation histopathologique permet souvent des conclusions pertinentes du point de vue clinique au cadre de l'agressivité tumorale.

Dans le cas des tumeurs pituitaires cette pertinence a un caractère limité, non-élucidé encore; le comportement biologique des tumeurs hypophysaires reste l'une des préoccupations principales, auquel se heurtent les anatomopathologistes et les cliniciens à présent.

Du point de vue structural et ultra-structural, la tumeur adéno-hypophysaire peut être formée de plusieurs types de cellules sécrétrices, le niveau circulant des hormones hypophysaires et le tableau clinique n'ayant pas toujours

une évolution parallèle aux données obtenues à la suite de l'examen du tissu tumoral.

En outre, la présence du tissu tumoral, à côté des cellules tumorales qui ont une expression clinique et hormonale, d'autres types de cellules adéno-hypophysaires, sans expression clinique et hormonale, plaide pour le début pluri-focal du processus tumoral.

L'étude de microscopie électronique corrélée avec les résultats d'immunocytochimie démontre qu'un nombre significatif d'adénomes hypophysaires peuvent produire plus d'une hormone, différents du point de vue chimique et de l'activité biologique, en plaidant pour l'existence des adénomes pluri-hormonaux. Ceux-là peuvent être monomorphes ou plurimorphes.

À part leur valeur diagnostique, l'immunocytochimie et la microscopie électronique permettent l'obtention de données concernant la composition cellulaire de la tumeur, l'intensité de l'activité endocrine de celle-là et son potentiel évolutif.

LES ASPECTS MICROSCOPIQUES ET MORPHOMETRIQUES VASCULAIRES AU NIVEAU DU MYOMETRE

Motoc A.*, Bolintineanu S.*, Niculescu M.C.*, Motoc Marilena**, Munteanu M.***

*Département d'Anatomie, **Département de Biochimie, ***Étudiant, VI-ème année

Université de Médecine et Pharmacie "Victor Babeş", Timișoara, Roumanie

La recherche expérimentale du myomètre pour préparer les étapes de la transplantation d'utérus n'est pas très fréquente dans la littérature. Notre objectif concerne l'étude de l'angio- et de la microarchitecture de l'utérus, aussi bien que l'étude de la morphométrie vasculaire réalisées sur le matériel animal et humain. Des préparas histologiques de l'utérus et de la trompe utérine ont été installés pour: le rat, classe Sprague Dowley, de la bio-base du Centre Pius Brânzeu (16 échantillons d'utérus enceints, 32 échantillons de trompes utérines) et 15 échantillons humains ont été sectionnés pendant des procédures chirurgicales chez l'hôpital clinique d'Obstétrique et Gynécologie Dumitru Popescu (2000-2002). Les techniques de traitement histologiques ont impliqué l'insertion dans la paraffine et le sectionnement des échantillons, HE souille, des trichrome de Masson et la technique immuno-histochimique de LSAB (clone antiactinique de 1A4 DK). L'étude microscopique réalisée nous a permis de surveiller les vaisseaux sanguins pour faire croiser le myomètre dans leur trajet vers le lamina propria de l'endomètre, et également à la présence dans

le myomètre des artères à parois épaisses. Au niveau du myomètre il y a une vascularisation plus riche de l'isthme (50% du nombre total des vaisseaux), par rapport au corps (30%) et au fond utérin (20%), de ce fait indiquant un modèle microcirculatoire superposable avec le macrovasculaire: au niveau de l'inflexion isthmique de l'artère utérine il y a des branches plus volumineuses que celles au niveau du bas utérin, qui confirme que l'artère utérine est la source principale de la vascularisation du myomètre.

LA CONSTRUCTION DU CORPS HUMAIN - DU MODELE A LA REALITE

Motoc A.*, Muşuroi Corina**, Bolintineanu S.*, Vaida Monica*, Şargan Isabela*

*Département d'Anatomie

Université de Médecine et Pharmacie "Victor Babeş", Timișoara

**Université „Tibiscus”, Timișoara, Roumanie

La construction du corps humain a représenté une matière complexe de recherches pour des scientifiques dans les domaines les plus divers. Bien que leurs intérêts et raisons se présentent différents, le but est toujours identique: établissement d'une relation pour vérifier le rapport entre les dimensions des segments constitutifs. Le corps humain représente une création artistique de la nature, établie par les lois non-écrites et inconnues qui ont dominé depuis toujours la croissance et le développement. Le souci en découvrant ces lois a mené à l'aspect des Canons qui ont décrit les dimensions du corps en les rapportant aux modules (par exemple, la taille céphalique). Il semble que cette hypothèse est loin d'être la vraie et aucune de ces lois n'a été considérée dominante en ce qui concerne l'expression des proportions du corps humain. Il s'avère que le mystère a été résolu au XIX siècle par Adolf Zeising, un Allemand, qui, en utilisant le calcul statistique, a défini la division d'un segment par la section d'or. Cette légitimité purement mathématique confirme l'intégration du corps humain proportionnellement aux segments les plus fins, de ce fait fournissant l'instrument technique d'établir un corps humain entièrement harmonieux. La présente étude vise à comparer l'idéal, la perfection calculée à la réalité, à savoir, les valeurs théoriquement obtenues aux valeurs moyennes d'un jeune de 18 ans. Il s'avère que les différences se réfèrent particulièrement aux membres, les supérieurs les et inférieurs qui sont plus longs par rapport au modèle idéal, alors que le torse est plus court et plus large.

QUEL EST LE BUT DE L'ANATOMIE DANS LE CURSUS MEDICAL? PERCEPTION DES ETUDIANTS DE L'IMPORTANCE CLINIQUE DE L'ANATOMIE

Moxham B.J.*, Plaisant Odile**

*Cardiff School of Biosciences, U.K.

**Laboratoire d'Anatomie, Université Paris 5, France

Dans le monde entier, l'évolution récente du cursus médical a souvent abouti à une diminution importante de l'enseignement de l'anatomie. Les spécialistes de l'éducation, en particulier, considèrent l'anatomie comme "bourrée de faits" et ayant une trop grande importance dans l'enseignement des jeunes médecins. Ces spécialistes ont été les initiateurs de la diminution de l'importance de l'anatomie dans le cursus médical. Actuellement, cependant, il n'y a pas eu d'études objectives quantifiant la perception des étudiants sur l'importance de l'anatomie en médecine. Une enquête à partir d'un questionnaire d'attitude établi selon les critères de Thurstone et Chave (1920), a été effectuée sur plus de 600 étudiants en médecine étudiant à Cardiff et à Paris. Les résultats montrent que les étudiants partagent l'opinion des professionnels de l'anatomie sur l'importance de cette discipline dans les disciplines cliniques. Cette attitude persiste au-delà de la période d'enseignement et du contrôle des connaissances. L'étude indique que, contrairement aux croyances non vérifiées de ceux qui diminuent radicalement l'enseignement de l'anatomie, les étudiants en médecine eux-mêmes ne partagent pas cette opinion.

COMPARAISON ANATOMO-RADIOLOGIQUE DE 3 MODELES D'OESOPHAGOPLASTIE GASTRIQUE

Ndoye J.M.^{1,2}, Fall B.², Dia A.^{1,3}, Diop M.^{1,4}, Ndiaye A.^{1,5}, Ndiaye A.^{1,6}, Sow M.L.¹

1.Laboratoire d'Anatomie et d'Organogenèse, Faculté de Médecine, U.C.A.D, Dakar

2. Service de Chirurgie Générale, Hôpital de Grand-Yoff, Dakar

3.Clinique Chirurgicale, Hôpital Aristide Le Dantec, Dakar

4.Institut du Cancer, Hôpital Aristide Le Dantec, Dakar

5.Centre de Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire, Hôpital de Fann, Dakar

6.Service d'Orthopédie et de Traumatologie, Hôpital Aristide Le Dantec, Dakar, Sénégal

La fistule anastomotique œsogastrique après remplacement de l'œsophage par l'estomac est une complication post-opératoire toujours crainte et guettée. A côté d'autres

causes il existe des dispositions anatomiques notamment vasculaires et des facteurs techniques qui accentuent ce risque potentiel. Le but de notre étude était d'étudier la distribution artérielle des transplants gastriques afin d'identifier les meilleures modalités de leur confection.

Sur 45 estomacs cadavériques frais, 39 ont fait l'objet d'une opacification sous radioscopie de l'artère gastro-omental droite au sulfate de baryum suivie d'une radiographie en incidence de face. Il s'agissait de 15 estomacs entiers (E.E.) avec dénudation de la petite courbure, de 12 tubes gastriques larges (T.L.) confectionnés selon la technique d'Akiyama modifiée et de 12 tubes étroits (T.E.) tubulés selon la méthode de Marmuse. Nous avons étudié le type anastomotique du cercle artériel gastro-omental selon la classification de Koskas, la situation de cette anastomose par rapport à la grande courbure, les branches collatérales des cercles artériels des courbures gastriques, les anastomoses antrales et corporeales de ces cercles, le score vasculaire prédictif de l'ischémie d'Agossou-Voyémé et la distribution artériolaire au niveau du sommet de la gastroplastie.

Seules 28 pièces (15 E.E., 8 T.L. et 5 T.E.) ont pu faire l'objet d'une exploitation angiographique complète. L'anastomose du cercle artériel était de type I dans 64,1% des cas, de type II dans 15,4% des cas, de type III dans 15,4% des cas et de type IV dans 5,1% des cas; elle se situait au niveau du tiers moyen de la grande courbure dans la majorité des cas. Seuls les E.E. et les T.L. présentaient des branches collatérales naissant du cercle de la petite courbure. Une fois sur deux les tubes gastriques étroits ne possédaient pas d'anastomose antrale ou corporeale entre les deux cercles artériels; il en était de même pour un quart des T.L.. Le meilleur score vasculaire concernait les E.E. et en cas de tubulisation gastrique il existait un défaut d'irrigation du sommet de la plastie pour un tiers des T.E. et un quart des T.L. malgré une anastomose intramurale en pont constante entre les deux artères gastro-omental.

L'utilisation de l'estomac entier doit être préconisée lors de la confection d'une œsophagoplastie gastrique. Lorsque l'indication opératoire nécessite une résection de la petite courbure il est préférable d'utiliser un tube gastrique large dont le diamètre respecte les deux tiers gauches de la largeur initiale de l'organe.

Mots-clés: œsophagoplastie gastrique, estomac, radiographie, anastomose.

PASSE ET PRESENT DANS L'ARCHITECTURE DU CRANE VISCERAL

Niculescu M.C., Niculescu V., Petrescu Codruța, Farca-Ureche Mioara, Hordovan Enikő

Département d'Anatomie

Université de Médecine et Pharmacie "Victor Babeș", Timișoara, Roumanie

On commence avec le passé et les données classiques sur les structures fonctionnelles de résistance dans l'architecture du crâne viscéral, qui au niveau de l'étage supérieur de celui-ci tracent un arc maxillaire, représenté par une condensation osseuse qui correspond aux racines des dents implantées dans les processus alvéolaires de maxille. De cet arc, montent vers les structures de résistance du neurocrâne trois paires de piliers verticaux: fronto-nasal, zygomatique et pterygopalatin. Ces piliers sont solidarisés par trois structures horizontales: supérieure, correspondante au bord supra orbitale, moyenne représentée par le bord infra orbitale et inférieure, correspondantes à l'arc maxillaire. On croit que l'étage supérieur de crâne viscéral a une structure de résistance lamellaire (cinq lames verticales et trois lames horizontales). La lamelle verticale médiane est formée par la portion osseuse du sept nasal. La lamelle verticale médiale correspond aux parois latérales des cavités nasales, la paroi médiale des cavités orbitales et la limite médiale du sinus maxillaires. La lamelle verticale latérale correspond aux parois latérales des cavités orbitales et la limite latérale du sinus maxillaires, avec la mention que dans cette lamelle existent les piliers classiques. La lamelle horizontale supérieure la forme la paroi supérieure des cavités orbitales et nasales. La lamelle horizontale moyenne, interrompue à la ligne médiane par les cavités nasales, correspond à la paroi inférieure des cavités orbitales et la limite supérieure du sinus maxillaires. La lame horizontale inférieure est la voûte palatine. Les structures lamellaires forment deux cylindres de résistance aplatis transversaux, flanqués par quatre cônes de résistance.

Mots clés: structures lamellaires, cylindres de résistance, cônes de résistance.

PASSE ET PRESENT DANS L'ARCHITECTURE DU NEUROCRANE

Niculescu V., Niculescu M.C., Motoc A., Cebzan C., Șișu Alina

Département d'Anatomie

Université de Médecine et Pharmacie "Victor Babeș", Timișoara, Roumanie

On vit au présent, mais ce présent est bien marqué d'un

passé et d'un avenir. Les description classiques pressentent comme les structures fonctionnelles de résistance du neurocrâne, les arcs au niveau de la voûte, poutres au niveau de basse et les piliers à l'abouchement de arcs et de poutres, avec la mention que ces piliers participent aussi à l'architecture du crâne viscéral. Les arcs de résistance sont: médiosagittal, latérosagittale, transversals et suturals. Les poutres de résistance sont: l'ethmoïdofrontal, le sphénofrontales, l'occipitales et le temporal. Les piliers de résistance sont: le frontal, l'occipital, les zygomatiques, les mastoïdiens, les ptérygoïdiens et condyliens, auxquelles nous ajoutons un pilier bregmatique et un lambdatique. En présent, d'après nous, que le nom de pilier n'est pas correct, et en conséquence on propose le nom de noeud de résistance. On croit que les structures fonctionnels de résistance du neurocrâne sont représentés des ceintures de résistance et des noeuds de résistance au lieu de rencontre des ceintures. Les ceintures sont formées par les arcs de voûte et les poutres de basse, qui continuent entre eux. On décrit les suivantes ceintures de résistance: mediosagittales, laterosagittale (droite et gauche), transversales, deux en plan frontal (antérieure et postérieure) et deux obliques, ces derniers ayant des parties communes avec les autres. Dans la composition de la ceinture médiosagittale est aussi le complexe de résistance de basse de crâne et aussi le corps de sphénoïde, le procès basilaire de l'occipital et l'anneau de résistance qui conscrit l'orifice occipital.

Mots clés: arcs, chevrons, noeuds, ceintures.

CORRELATIONS ANATOMIQUES, CLINIQUES ET ENDOSCOPIQUE DANS LE CANCER GASTRIQUE

Nurla Gulserin, Sârbu V., Așchie Mariana, Botea F., Botea Isabela

Département d'Anatomie

Faculté de Médecine, Constanța, Roumanie

Le papier a comme objectif l'étude des corrélations anatomiques, cliniques et endoscopique dans le cancer gastrique pour une meilleure connaissance des aspects endoscopique qui conçoivent le début du cancer gastrique et de l'appui anatomique de ces lésions. L'étude a été réalisée sur un groupe de 112 patients avec le cancer gastrique admis et diagnostiqué dans la II-eme Clinique de Chirurgie - Hôpital Clinique d'Emergence de Constanta, entre le 1er janvier 2001 et 1er de janvier 2005. Parmi nos résultats, nous mentionnons que le cancer gastrique localisé au niveau de l'antrum et le corps gastrique a eu le niveau le plus élevé de l'invasion (21% de cas a eu le T3 et 5% de cas a eu T4). Les aspects topographiques et morphologiques des

lions neoplasic ont un impact direct sur la thérapie et le pronostic du cancer gastrique. Afin d'élaborer un diagnostic precoc de cancer gastrique et afin d'augmenter l'efficacité thérapeutique, le spécialiste qui effectue les investigations endoscopique doit prendre dans la considération les aspects anatomiques et morphologiques du cancer gastrique, qui avec la biopsie et l'examen anatomopathologique doit devenir des parametres habituels en contrôlant le patient avec le cancer gastrique.

Mots clés: anatomie de l'estomac, topographie de cancer gastrique, endoscopie.

LES TUMEURS RARES DU LARYNX - HISTOPATOLOGIE ET INTERFERENCES CLINIQUES

Oancea Alina

Département d'Anatomie

Faculté de Médecine, Constanța, Roumanie

Les tumeurs rares du larynx represent environ 2-3 % de toutes les tumeurs du larynx . Ele sont veritables surprises histologique .

L'étude des point de vue morphologique, histochimique, imunohistochimique peut mettre a notre disposition des conclusions visant a une therapie complexe .

L'ensemble de ces tumeurs sera marque par une evolution lente et une symptomatologie tres variable suivant l'âge du patient, le siege et le point de depart de la tumeur .

Nous etudierons trois cas de tumeurs rares du larynx diagnostique entre les annes 2002-2005 dans le Clinique ORL Coltea - chondrome, fibrom et une tumeur d'Abrikossof . Dans toutes les cas ont ete utiliser des techniques chirurgicales conservateurs ouverts.

LE MESENCHYME PARIETAL DANS L'ONTOGÉNÈSE

Onisâi L.

Département d'Anatomie

Faculté de Médecine, Université de „Transilvania”, Brașov, Roumanie

À la base de la genèse et du développement de la musculature de la paroi abdominale antérolatérale de l'abdomen sont aussi le mésenchyme primaire que le mésenchyme paraxial.

À la suite du basculage du disque embryonnaire la morphogenèse embryonnaire s'achève, les tissus, les appareils et les organes essentiels sont esquissés comme localisation approximative et forme, par les processus

d'induction, l'histogénèse de leurs composants va commencer aussi.

À l'âge de 6,5 semaines la zone antero-latérale de la paroi abdominale est dominée par la présence du mésenchyme non différencié. Dans la zone supra ombilicale pariétale on remarque des myoblastes parmi lesquels il y a des cellules mésenchymateuses qui vont devenir des tissus conjonctifs du muscle: endomissium, perimissium et epimissium.

Ce qui est caractéristique au fœtus de 8 semaines est que, au niveau sous-ombilical se retrouve en abondance du mésenchyme pariétal entre le tégument et le péritoine pariétal, avec de nombreuses fibres collagéniques dans la partie profonde de la paroi et des myoblastes extrêmement rares. Le tissu mésenchymateux périfibrilaire se différencie ultérieurement en endomissium et perimissium.

Le développement embryonnaire est caractérisé par la différence du rythme de croissance de ses différentes parties, à cause de certains gradients crânio-caudaux de neuralisation et crânio-caudaux de mésodermalisation décroissants, ainsi qu'aux gradients dorsiventraux de neuralisation et de mésodermalisation décroissants aussi.

Conclusions. La paroi abdominale antérolatérale contient des éléments provenant du mésenchyme primaire, du mésenchyme secondaire, d'endoderme et d'ectoderme.

Les nerfs et les vaisseaux sont ceux qui apparaissent les premiers à ce niveau.

Les chondroblastes apparus initialement agissent comme des facteurs inducteurs dans le développement des muscles de cette région topographique.

ASPECTS ANGIO-ARCHITECTONIQUES CÉRÉBELLEUX

Onisâi L.

Département d'Anatomie

Faculté de Médecine, Université de „Transilvania”, Braşov, Roumanie

Pour réaliser l'ouvrage, 30 pièces ont été examinées, obtenues des fœtus humains à l'âge de 7 – 9 mois. À 7 d'entre eux on a injecté de l'encre de Chine mêlé du formol 2% dans l'aorte thoracique après avoir ligaturé, en préalable, l'aorte ascendante, le ducte artériel et la partie terminale des deux artères sous claviculaires. Le cervelet a été ensuite récolté et fixé dans une solution de formol 10 %.

L'angiogénèse se passe en deux étapes principales: l'étape d'angiogénèse primitive dans la période embryonnaire et l'étape de la nouvelle formation vasculaire secondaire qui commence dans la période embryonnaire et continue d'après la naissance (postnatal). Au début de la 4^{ème}

semaine, d'après la délimitation du corps embryonnaire dans les premiers stades de développement embryonnaire, le système vasculaire est représenté d'un plexus de canaux endothéliaux. C'est le stade de réticule de la vasculogénèse primitive. Dans le stade tronculaire sous l'influence d'un mécanisme complexe, incomplètement élucidé dans lequel interviennent des facteurs génétiques, des facteurs locaux (la vitesse et la pression du sang) et des facteurs biochimiques locaux (des variations locales de température, des métabolites locaux du type des quinines, l'accumulation d'histamine, l'hypoxie locale) s'établissent des voies préférentielles d'écoulement du sang par la dilatation des capillaires, et éventuellement leur fusion, et d'une manière pareille on arrive à la formation de certains troncs vasculaires. Au début de l'étape de vasculogénèse secondaire, pendant le deuxième mois de vie, se forment les embranchements collatéraux des troncs vasculaires primaires et c'est le moment quant leur signification d'artères ou des veines s'établie. L'angiogénèse secondaire dans le névrax se réalise dans deux grandes périodes évolutives, la période branchiale et celle post-branchiale. Au commencement du développement artériel les artères ne peuvent pas être différenciées des veines, ni par leur aspect morphologique et ni par le sens de l'écoulement du sang par rapport au corps, qui est souvent inversé. Au commencement, dans l'étape de vasculogénèse secondaire il n'y a pas de différence de densité capillaire entre la substance blanche et celle grise, le réseau étant instable, parce que les afférences (les artères) et les efférences (les veines) sont dans un continuel renouvellement proportionnellement à l'intensité des processus de différenciation.

Quelques conclusions:

1. Selon l'endroit de pénétration, les artères nutritives du cervelet se divisent dans un groupe superficiel (des artères perforantes) et dans un groupe profond (des artères centrales).
2. Les artères superficielles perforantes proviennent du réseau artériel sous-arachnoïdien se trouvant sur la surface du cervelet.
3. Ces artères se divisent en deux groupes principaux: des artères perforantes courtes et des artères perforantes longues.
4. Les artères profondes centrales prennent naissance des artères cérébelleuses postéroinférieures et supérieures et pénètrent dans le cervelet par l'axe des pédoncules cérébelleux supérieurs et inférieurs.
5. La vascularisation artérielle est de type anastomotique « effectif », et la vascularisation inter-cérébelleuse est de type terminal, entre les vaisseaux ayant un diamètre de plus de 20 microns les anastomoses n'existant pas.

DYSSYNERGIE DÉTRUSOR-SPHINCTER (DDS) DE VÈSSIE NEUROLOGIQUE

Osman Emel, Osman S., Cojocaru Mirela, Beciu M.

Département d'Anatomie

Faculté de Médecine, Constanța, Roumanie

Si la moelle est sectionnée au-dessus du cinquième segment lombaire, une "vessie médullaire" apparaît. Un signe principal de cette lésion est la perte du comportement coordonné détrusor-sphincter, perte qui entraîne la contractions simultanée du détrusor et du sphincter urétral (Dyssynergie Détrusor-Sphincter).

L'étude a été réalisée sur 131 patients avec des lésions rachidiennes.

On a pratiqué une étude urodynamique. Les patients ont été groupés en fonction de présence ou l'absence (continue ou intermittente) a DDS.

Les vessies à hautes pression avec dyssynergie détrusor-sphincter sont exposées au développement d'un reflux vésico-urétral, qui peut lui-même conduire finalement à une atteinte rénale. La préservation de la fonction rénale est de la plus haute importance dans la prise en charge des patients atteints d'affection neurologique chronique. En règle, les patients ayant une activité de vidange vésicale efficace et une pression en fin de remplissage de 40 cm H₂O ou plus sont particulièrement exposés au développement, par hyperpression retrograde, de problèmes concernant les voies urinaires hautes.

Mots clés: Dyssynergie Détrusor-Sphincter (DDS), Vessie Neurologique.

CONSIDÉRATIONS ANATOMO-CLINIQUES EN CE QUI CONCERNE L'ABORD DE LA PORTION INITIALE DE L'ARTÈRE MÉSENTERIQUE SUPERIEURE

Păduraru D., Zamfir M., Stan C., Pintilie Dana Gabriela,

Motaș O.I.

Département d'Anatomie

Université de Médecine et Pharmacie "Gr. T. Popa", Iași, Roumanie

L'artère mésentérique supérieure (AMS) représente la source de vascularisation d'un vaste territoire viscéral, dérivé de l'anse ombilicale. L'origine de l'AMS a la forme d'un entonnoir qui s'appelle infundibulum, avec un diamètre plus grand que celui du tronc de l'artère et qui s'étend sur une surface de 3-4 mm. La sollicitation élevée et permanente de l'infundibulum explique la fréquence

aussi élevée de la localisation de la plaque d'aterome à ce niveau.

Groupées sur un segment qui ne dépasse pas en moyenne 2 cm, les orifices des premières deux collatérales viscérales de l'aorte abdominale (le tronc cœliaque – TC et l'AMS) constitue le bouton cœlio-mésentérique, passage obligatoire pour les chirurgiens qui prélèvent et font des transplantations des viscères digestifs. En outre, cette région est importante pour la chirurgie du TC, dans la chirurgie de la vascularisation mésentérique ou dans celle des anévrysmes aortiques supérieures. Intraopératoire et angiographique, le plus objectif critère de référence en ce qui concerne l'origine de l'AMS représente la colonne vertébrale toraco-lombaire. Un autre repère est constitué par le ligament arqué médian du diaphragme.

Les voies classiques d'abord des premiers 5 cm de l'AMS sont:

a) la voie interduodéno-pancréatique qui permet (après avoir sectionné le muscle de Treitz) l'abord des faces antérieure et latérale gauche de l'AMS. Cet abord est quand même difficile à cause de la présence des collatérales pancréatico-duodénales et jejunaux, d'une éventuelle artère hépatique droite avec l'origine dans l'AMS et la présence du pancréas et de la profondeur du champ opératoire;

b) toraco-abdominale gauche, avec une morbidité assez grande, aborde l'AMS sur le flanc gauche, après avoir décollé le bloc spléno-pancréatique.

Autres voies utilisées:

c) le décolage duodéno-pancréatique - permet l'abord des premiers deux segments de l'AMS (l'aorte peut être dissequée proximal et distal de l'origine de l'AMS sur une distance plus grande que 5 cm). La dissection du segment retropancréatique est facilitée par la pauvreté du tissu gras periartériel. Cette voie permet aussi l'abord latéral droit de l'AMS et fait possible la découverte d'une éventuelle artère hépatique avec l'origine dans l'AMS.

d) la voie rétro-péritoneale gauche – utile dans la revascularisation, permet l'abord seulement dans la portion initiale, ayant comme repère le pilier gauche du diaphragme.

e) la voie transpléxique souspancréatique gauche qui a la base sur l'existence constante d'un plan de clivage interaortico-pléxale entre la face antérieure de l'aorte et la face dorsale de la partie gauche du plexus cœliaque.

ETUDE ANATOMO-CLINIQUE SUR LES SOURCES DE VASCULARISATION DU NERF RADIAL

Păduraru D., Zamfir M., Stan C., Popescu D., Popia I.
Département d'Anatomie
Université de Médecine et Pharmacie "Gr. T. Popa", Iași,
Roumanie

L'étude a la base sur la dissection de 36 membres thoraciques des cadavres fraîches ou conservés en formol. Nous avons évidencié le système vasculaire extrinsèque du nerf radial (NR), l'origine des principaux vaisseaux qui abordent le NR, la longueur du tronc nerveux accompagné par les vaisseaux nutritifs et aussi le moyen d'abord du nerf et de distribution des rameaux vasculaires. L'examen histologique sur les fragments de nerf a poursuivi l'aspect des groupes fasciculaires. Nous avons cherché les sources de vascularisation sur trois niveaux: dans l'axile et le bras (I); dans la gouttière du nerf radial (GR) (II); dans le défilé intermusculaire entre le muscle brachialis et les muscles épicondiliens latérales (III).

I. Nous avons évidencié comme principales sources artérielles au bras: l'artère axilaire (directement – 12 cas, indirectement – 8 cas), l'artère souscapulaire – 7 cas, l'artère brachiale – 3 cas et la collatérale externe – 6 cas. Les rameaux provenant de l'artère axilaire abordent le NR dès l'origine (dans le tronc postérieur) mais aussi ultérieurement, et s'associent avec celles provenant des sources qu'on a déjà évoquées.

II. L'artère profunda brachii accompagne le NR dans ce fossé et elle est la principale source pour vasa nervorum. L'artère se sépare dans deux rameaux, proximal et distal, qui accompagnent le nerf jusqu'au septa intermusculaire latéral. Le rameau proximal pénètre ce septa avec le nerf. Le numéro de collatérales de l'artère est variable (2-6). Le NR se trouve dans le GR comme une "collection" de groupes fasciculaires entourés par un tissu conjonctif fin.

De ces deux artères nutritives émergent des rameaux pour chaque tronc nerveux qui se forme dans cette région. Alors, la dissection dans le GR est plus difficile, à cause des multiples possibilités de léser les vaisseaux. Le grand numéro d'arcades vasculaires et le rapport intime entre le canal osseux et le NR explique le grand numéro de syndromes de compression à ce niveau.

III. Dans le défilé intermusculaire, le NR a deux sources artérielles importantes: l'artère profunda brachii (le rameau proximal) et la récurrente radiale antérieure. L'aspect sinueux de l'arcade confirme l'existence de la réserve de longueur qui assure le flux sanguin suffisant dans la flexion et l'extension du coude. Ainsi, le NR présente deux segments du point de vue de la vascularisation: proximal,

avec la vascularisation pauvre, provenant d'habitude seulement de l'artère axilaire (fréquent, les premiers 8-10 cm du NR ne présentent aucune artère nutritive, ce segment étant vascularisé par le système de vaisseaux intrinsèques) et distal, ou les arcades sont larges (spécialement dans le fossé de torsion), formées par des vaisseaux nombreux.

ASPECTS MICROSCOPIQUES DU PARODONTE DANS LES PARODONTOPATHIES MARGINALES CHRONIQUES

Panca Oana-Adina, Mogoanță L., Mehedinți T., Deva V.

*Faculté de Médecine Dentaire, Constanța;

**Faculté de Médecine, Université de Médecine et Pharmacie, Craiova

***Faculté de Médecine, Constanța;

****Faculté de Médecine Dentaire, Université de Médecine et Pharmacie, Craiova, Roumanie

Les parodontopathies marginales chroniques sont des affections très fréquentes (leurs incidence arrivant à des statistiques de 85 – 90%) qui comprennent des formes inflammatoires et dégénératives ou prolifératives. La maladie parodontale, considérée jusque récemment comme une maladie incertaine et à un pronostic réservé, peut être aujourd'hui contrôlée par des procédures thérapeutiques complexes.

Matériel et méthodes. Le matériel biologique a été récolté d'un nombre de 43 de patients, qui ont nécessité un traitement stomatologique. Il a été représenté par de petits fragments de parodonte, qui ont été fixés en solution de formole neutre 10% et préluçrés par la technique histologique classique. On a effectué des colorations avec hématoxiline-éozine, avec tricomicrulé vert de lumière et avec PAS hématoxiline.

Résultats. L'étude microscopique nous a permis de remarquer de multiples modifications du parodonte marginal. Le tissu conjonctif parodontal a été, dans tous les cas le siège d'un processus inflammatoire d'intensité variée, allant d'un faible infiltrat avec des cellules rondes, mononucléaires de type lymphoplasmocitaire et macrofagiques jusqu'aux infiltrats très abondants de type granulomateux, associé, dans la majorité de cas, au cas d'œdème interstitiel. Au cas ayant un abondant infiltrat inflammatoire chronique on a remarqué la présence des artéioles aux parois intensément gros par la fibrose vasculaire. Dans 5 cas on a mis en évidence l'ulcération de l'épithélium pavimentueux, avec la présence d'un abondant infiltrat inflammatoire avec polymorphonucléaires. Chez certains patients, la migration des cellules du système lymphoplasmocitaire a été accompagnée par une réaction

vasculaire, en s'observant des congestions vasculaires, des proliférations des cellules endothéliales, avec l'apparition des capillaires d'angiogenèse et même des proliférations des fibroblastes, avec un synthèse augmentée de fibres de collagène et glycozaminoglycans dans le tissu conjonctif parodontal. Par ci par là au niveau du strome, on a remarqué la présence des microcalcifications (des calcosphérites) et de rares cellules géantes, multinucléaires.

Conclusion. On considère que l'intensité du processus inflammatoire peut se corréler à l'ancienneté de l'affection au manque d'un traitement adéquat mais aussi à la réponse immune de chaque patient.

PARTICULARITÉS DES ARCADES ARTÉRIELLE JEJUNOILEALES ET PARACOLIQUES

Paris S., Constantin F., Iliescu D., Bordei P.
Département d'Anatomie
Faculté de Médecine, Constanța, Roumanie

But de la communication. L'étude des rameaux collatéraux et terminaux de l'artère mésentérique supérieure, le mode de formation et les aspects morphologiques que présentent les arcades artérielle jejunoiléales et paracoliques.

Méthodes et matériel de travail. Nous avons effectué notre étude en usant de la dissection sur des cadavres humains adultes et fœtaux, formolés et injectés avec matière plastique (tehnovit), aussi que sur des blocs organiques éviscérés. De même, nous avons consulté 30 angiographies aortiques abdominales.

Résultats. Aux extrémités de l'intestin, il existe une seule arcade artérielle ou bien les rameaux artériels ne forment pas d'arcades, ces rameaux uniques se trouvant ou superposés ou croisés. Parfois, les arcades présentent l'aspect d'anneaux artériels, mais d'habitude les arcades artérielles se réalisent sous forme de réseau, avec des mailles très variées: triangulaires, rhombique, pentagonales, hexagonales ou irrégulières. Les vaisseaux droits se ramifient en éventail, c'est-à-dire 3 à 6 rameaux vasculaires, qui peuvent se disposer régulièrement, radier ou bien irrégulièrement, étant supraposés ou croisés. Sur un préparé de corrosion réalisé sur un bloc organique abdominal sousdiaphragmatique, nous avons trouvé une artère colique moyenne qui s'était divisée dans une branche droite et une gauche, les deux ayant un calibre égal et formant l'arcade paracolique transverse; les artères colique supérieure et moyenne droite et gauche manquaient. La terminaison des deux branches de l'artère colique moyenne participait à la formation des arcades paracolique droite et gauche, faisant anastomose à droite avec le rameau colique de l'artère iléo-colique et à gauche avec le rameau supérieure

de bifurcation de l'artère sigmoïdienne supérieure.

Conclusions. La variabilité de beaucoup plus grande des aspects morphologiques des arcades jejunoiléales, par rapport aux arcades paracoliques. Le riche réseau anastomotique que forment ces arcades artérielles, des anastomoses se trouvant aussi entre les rameaux qui forment l'arcade artérielle.

ETUDE MORPHOMETRIQUE DU RAMEAU PROFOND DU NERF ULNAIRE. APPLICATION A L'HYPONEUROTISATION DU NERF ULNAIRE DANS LE TRAITEMENT DE LA SPASTICITE

Pasquesoone L., Coussemacq A.S., Kim H.J., Wavreille G., Fontaine C.

Institut d'Anatomie, Faculté de Médecine Henri Warembourg, Lille, France

Introduction. L'un des traitements de la spasticité du membre supérieur est l'hyponeurotisation du rameau profond du nerf ulnaire (RPNU), c'est-à-dire la section partielle des branches destinées aux muscles intrinsèques spastiques, pour en diminuer la spasticité sans les paralyser. L'intervention est menée par un abord du canal de Guyon. L'hyponeurotisation ne peut être directe que sur les muscles hypothénariens; elle est indirecte sur les interosseux et les thénariens profonds, c'est-à-dire que le chirurgien recherche la localisation approximative des fascicules dont la stimulation per-opératoire entraîne la contraction des muscles cibles et les coupe partiellement. Cette seconde méthode est approximative et peut donner des effets non proportionnels sur les deux groupes musculaires. Le but de cette étude était de préciser le niveau d'origine de toutes les branches du RPNU, d'étudier leur disposition intra-neurale et de proposer une technique opératoire

Matériel et méthodes. 15 membres supérieurs formolés ont été disséqués sous loupes. Les distances entre le niveau d'origine de toutes les branches du RPNU et la ligne bistyloïdienne ont été mesurées et chaque branche a subi une dissection intra-neurale aussi poussée que possible.

Résultats. Les branches destinées aux hypothénariens naissent peu après la bifurcation du nerf ulnaire; celles destinées aux interosseux naissent de la convexité (versant disto-médial) du RPNU, celles pour les thénariens profonds de sa partie terminale. Au sein-même du nerf, les branches pour les interosseux couraient dans le fascicule médial, celles pour les thénariens profonds dans le fascicule latéral; ces deux fascicules peuvent être trouvés au sein du RPNU après microdissection.

LA PERSISTANCE D'UNE VEINE CAVE SUPERIEURE GAUCHE: ETUDE ANATOMIQUE ET APPLICATIONS CLINIQUES.

Peltier J., Destrieux C., Velut S., Desme J., Laude M., Le Gars D.

Laboratoire d'Anatomie et d'Organogénèse, Faculté de Médecine

Université de Picardie Jules Verne, Amiens, France

La persistance d'une veine cave supérieure gauche est une anomalie morphologique cardiaque intrinsèque pouvant entraîner de sérieuses complications durant une cathétérisation de la veine subclavière ou de la veine jugulaire interne.

Nous présentons cette anomalie associée à une naissance ectopique de l'artère vertébrale au niveau de la crosse aortique découverte fortuitement durant la dissection.

La veine cave supérieure gauche rejoignait et s'abouchait dans l'atrium droit dans un sinus coronaire très dilaté. Aucune anomalie du système azygos n'était mise en évidence. Une étude anatomique minutieuse était réalisée à la fois sur le versant morphologie externe que sur le versant morphologie interne.

L'embryogénèse et les principales variations de veine cave supérieure étaient revues. Les implications cliniques et les explorations radiologiques étaient discutées.

Mots clés: persistance de la veine cave supérieure gauche, retour veineux systémique, anomalie cardiaque.

LES RADIATIONS OPTIQUES: ETUDE ANATOMIQUE MICROCHIRURGICALE

Peltier J., Velut S., Destrieux C., Laude M., Le Gars D.

Laboratoire d'Anatomie et d'Organogénèse, Faculté de Médecine

Université de Picardie Jules Verne, Amiens, France

But. Grâce à une méthode de dissection des fibres blanches, nous avons étudié les radiations optiques, leur trajet, leur morphologie externe et leurs rapports avec les structures anatomiques adjacentes et notamment le ventricule latéral.

Methodes. 20 hémisphères cérébraux étaient disséqués en utilisant la méthode de Klingler basée sur le principe de congélation-décongélation de l'eau entre les fascicules de substance blanche. Les fibres étaient "pelées" sous magnification optique. Les outils de dissections étaient de fines spatules droites en bois de tilleul et métalliques incurvées. Des approches temporales latérales, supérieures et inférieures étaient réalisées.

Resultats. Les radiations optiques s'étendent du corps géniculé latéral au cortex occipital. Leur longueur moyenne

de l'extrémité de la boucle de Meyer à la scissure calcarine est de 105 mm. Leur épaisseur est de 17 mm et tend à augmenter en direction du pôle occipital. Leur trajet est divisé en 3 portions successives: une ventrale, une centrale et une dorsale. Les radiations optiques sont tapissées latéralement par le faisceau longitudinal inférieur. Elles surcroisent de façon perpendiculaire les radiations auditives. Les rapports anatomiques médiaux sont successivement le tapetum du corps calleux puis l'épendyme de la corne temporale et de l'atrium du ventricule latéral.

Conclusion. Cette étude est intéressante pour éviter de léser les radiations optiques lors des corticotomies. Ce travail anatomique de dissection des fibres blanches pourra être couplée prochainement à l'imagerie de diffusion ("tracking" des fibres blanches).

Mots clés: anatomie microchirurgicale, substance blanche, radiations optiques.

BASES ANATOMIQUES DU CLAMPAGE DE LA VEINE HEPATIQUE DROITE HORS DU FOIE DANS LES HEPATECTOMIES DROITES

Peschaud F., Benoist S., Cheynel N., Penna C., Nordlinger B.

Service de chirurgie digestive, Boulogne, France

La possibilité et l'intérêt du clamage de la veine hépatique droite hors du foie au cours d'une hépatectomie droite restent très controversée. Une étude anatomique a été réalisée sur 5 sujets frais sans cicatrice abdominale et indemnes de lésion hépatique, afin de préciser la biométrie du segment extra parenchymateux de la veine hépatique droite. L'ensemble des mesures a été réalisé in situ, puis ces mesures ont été réalisées sur 5 sujets vivants opérés d'une tumeur hépatique droite.

Lors de la libération du bord droit de la veine cave inférieure, il a été retrouvé une ou plusieurs veines hépatiques droites accessoires dans 90 % des cas. Cette veine hépatique droite accessoire a été d'un diamètre supérieur à celui de la veine hépatique droite supérieure dans 10 % des cas. Dans 70 % des cas, le segment extra - parenchymateux de la veine était libre de toute branche collatérale et dans 30 % des cas, recevait une branche à proximité de son émergence du parenchyme hépatique. La longueur utilisable pour un clamage (longueur entre l'émergence du parenchyme hépatique et l'épaule inférieur sur la veine cave inférieure de la veine hépatique droite) a été de 8,6 +/- 1,8 mm (6 - 12). Sa terminaison cave s'est faite dans 100 % des cas par un angle aigu. Dans tous les cas, le clamage de la veine hépatique droite a été possible, ceci aussi bien sur le sujet frais que sur le vivant.

La connaissance de ces points anatomiques permet de réaliser un abord du segment extra parenchymateux de la veine hépatique droite avec plus de sécurité. La veine hépatique droite peut être isolée et clampée hors du foie dans plus de 80 % des cas, permettant la réalisation d'une hépatectomie droite sur foie exangue.

Mots clés: veine sus hépatique droite/ Trajet extra-parenchymateux/ clampage sélectif.

LES ASPECTS SUR LA BIOMECHANIQUE DE L'ARTICULATION SCAPULO-HUMERALE

Petrescu Codruța, Cebzan C., Niculescu M.C., Niculescu V., Șișu Alina, Pureca Ana, Boșcu Anca
Département d'Anatomie
Université de Médecine et Pharmacie "Victor Babeș", Timișoara, Roumanie

Les variétés des mouvements sont représentées par des: flexions, extensions, abductions, adductions, circumductions, supinations, pronations. L'étude a été effectuée sur 50 cadavres et 100 sportifs. L'épaule, l'articulation proximale du membre supérieur, la plus mobile articulation du corps humain, possède trois degrés de liberté qui permettent l'orientation du membre supérieur dans trois planes de l'espace: l'axe transversal, contenu dans un plan frontal, commande les mouvements de flexion (ante pulsion) – extension (retroussis), exécutés dans un plan sagittal; l'axe ante - postérieur, contenu dans un plan sagittal commande les mouvements d'abduction – adduction effectuées dans un plan frontal; l'axe vertical déterminé de l'intersection de plan sagittal avec le frontal: il correspond à la troisième dimension d'espace et commande les mouvements de retroussis exécutés dans un plan horizontale, le bras en abduction de 90°. L'axe longitudinal de l'humeur: commande les mouvements de rotation externe – interne du bras. Cette rotation axiale est le résultat des mouvements effectués en rapport avec les autres trois axes. Les mouvements d'ante pulsion – retroussis dans un plan sagittal le sujet étant dans un plan transversal: retroussis (extension) avec l'amplitude de 45°-50°; de l'ante pulsion (flexion) avec l'amplitude de 180°. Les mouvements du membre supérieur dans un plan horizontale: si le sujet est dans un axe vertical, le mouvement n'est pas effectué seulement dans l'articulation scapulo-humérale mais dans l'articulation scapulo - thoracique. La position de refrènement: abduction à 90° dans le plan frontal; ante pulsion et adduction antérieure avec l'amplitude de 140°; retroussis et adduction postérieure avec l'amplitude de 30°.

Mots clés: l'ante pulsion, la retroussis, l'humérus.

REPERES ANATOMIQUES UTILISABLES POUR L'ANESTHESIE LOCO-REGIONALE DU SCIATIQUE

Pianezza A., Gilbert M.L., Schlatter Th., Carfagna L., Rongières M., Chaynes P., Vaysse Ph.
Laboratoire d'Anatomie, Faculté de Médecine Toulouse-Rangueil, France

Introduction. En 1999, Naux et Pham Dang ont décrit la technique d'infiltration latérale médio-fémorale du nerf Sciatique mais les repères anatomiques proposés sont peu reproductibles. Matériel et **Méthode.** Quatorze nerfs sciatiques ont été disséqués au niveau de la cuisse pour préciser les rapports latéraux, le niveau de division et engainer le nerf dans une sonde d'intubation. Chez deux sujets, l'injection de produit coloré à l'intérieur du névrilème a mis en évidence la diffusion proximale du produit. Les repères superficiels ont été: 1) l'axe de la cuisse, 2) le sillon cutané entre les muscles biceps fémoral et vaste latéral. Le point de ponction correspond à l'intersection entre le sillon cutané et la médiatrice de l'axe de la cuisse. La ponction recherche le contact entre la pointe de l'aiguille et la sonde engainante. Résultats: 1) Le contact aiguille-sonde a été obtenu sans réorientation de l'aiguille dans dix cas sur 14. Dans les 4 autres cas, le contact a été perçu après réorientation dorsale de la pointe. 2) Le contact aiguille-sonde était toujours proximal par rapport à la division macroscopique du nerf. 3) La diffusion du produit coloré était proximale et homogène autour des deux branches de division.

Discussion. Ce travail a confirmé le siège assez distal de la division macroscopique du nerf sciatique comme l'avaient montré les travaux de Vloka et Naux et l'absence de rapports vasculaires latéraux dangereux (Naux et Floch).

Conclusion. Les repères anatomiques définis dans ce travail appliqués chez 80 patients se sont avérés pertinents.

Mots clés: Sciatique, repères anatomiques, anesthésie loco-régionale.

L'ARTÈRE GASTROEPILOIQUE GAUCHE – VARIANTS D'ORIGINE ET LEUR IMPORTANCE DANS LA CHIRURGIE SPLÉNIQUE, GASTRIQUE ET DE RECONSTRUCTION OESOPHAGIENNE

Pintilie Dana Gabriela, Zamfir M., Păduraru D., Drăgean Cristina Anca, Stan C., Motaș O.I.
Département d'Anatomie
Université de Médecine et Pharmacie "Gr. T. Popa", Iași, Roumanie

L'artère gastroepiploïque gauche est le plus grand rameau de l'artère splénique qui émerge aux distances variées

du hilum splénique. Il est le segment terminal de l'artère splénique embryonnaire qui, primitivement, a une destination gastrique.

À cause de ce motif, les auteurs ont considéré nécessaire l'étude extensive de cette artère pour choisir la technique chirurgicale adéquate dans la splénectomie et permettre une vascularisation suffisante et efficiente de l'estomac. Les techniques d'oesophagoplastie avec tube de la grande courbure gastrique sont aussi influencées par les variants éventuelles d'artère gastroépiploïque gauche en ce qui concerne l'origine et la distance d'émergence par rapport au hilum splénique.

On a réalisé des dissections sur 120 cadavres formolisés, 10 cadavres frais, et on a étudié une série d'angiographies spléniques qui offraient des informations sur l'artère gastroépiploïque gauche. Les dissections effectuées ont respecté la législation européenne qui regarde l'utilisation et l'étude des pièces anatomiques.

On a identifié tous les variants existants et on a évalué leur apport à la vascularisation artérielle de l'estomac.

On a comparé les résultats de notre étude avec celles de la littérature de spécialité.

On a identifié l'origine décrite classique du tronc de l'artère splénique, du rameau inférieur de l'artère splénique, du rameau supérieur de celui-ci et d'une artère polaire inférieure.

En conclusion, les auteurs considèrent que c'est nécessaire une angiographie préopératoire qui va évaluer les variantes de l'artère gastroépiploïque gauche. Cela permettra l'évaluation des situations dans lesquelles l'intervention chirurgicale tentée met en danger la vascularisation gastrique ou du tube de grande courbure gastrique.

Mots clés: artère gastroépiploïque gauche, artère splénique.

ETUDE MORPHOLOGIQUE ET FONCTIONNELLE DE 3 FAISCEAUX DE SUBSTANCE BLANCHE PAR IRM DE DIFFUSION.

Pirró N.*, Boissier R.*, Girard Nadine**, Di Marino V.*

*Laboratoire d'Anatomie. Faculté de Médecine de Marseille

**Département de Neuroradiologie, Hôpital de la Timone, France.

Le but de cette étude était d'évaluer les caractéristiques morphologiques et fonctionnelles de 3 faisceaux de substance blanche par Imagerie par Résonance Magnétique de Diffusion (IRMd).

Matériel et méthodes: 15 sujets ont été inclus. Pour chaque

sujet, 3 faisceaux de substance blanche (le corps calleux, les radiations optiques et les voies pyramidales) ont été étudiés par IRMD. Les résultats ont été comparés aux données de l'anatomie classique.

Résultats: la morphologie des 3 faisceaux de substance blanche était comparable à celle de l'anatomie classique. L'IRM de diffusion a permis de déterminer l'orientation des fibres des 3 faisceaux étudiés et a mis en évidence certaines caractéristiques fonctionnelles.

Conclusion: l'IRMd a permis une étude morphologique et fonctionnelle des 3 faisceaux étudiés. Cette technique pourrait permettre l'étude des voies de conduction nerveuses et guider un éventuel geste chirurgical.

Mots clés: IRM de diffusion, substance blanche, faisceaux, anatomie fonctionnelle.

ETUDE MORPHOLOGIQUE DE LA PORTION EXTRA-PELVIENNE DU NERF PUDENDAL.

Pirró N.^{1,2}, Ouaisi M.², Sielezoeff I.², Sastre B.², Di Marino V.¹

1. Laboratoire d'Anatomie. Faculté de Médecine de Marseille,

2. Service de chirurgie digestive, Hôpital Sainte-Marguerite, Marseille, France

But: évaluer la morphologie du nerf pudendal dans sa portion extra-pelvienne.

Matériel et méthodes: le nerf pudendal a été étudié à partir de 36 dissections. L'abord du nerf pudendal était réalisé par voie transglutéale. La largeur du nerf pudendal était mesurée en regard de l'épine ischiatique. La longueur était mesurée entre le bord inférieur du muscle piriforme et le canal pudendal. La portion extra-pelvienne du nerf pudendal était classée en 3 types. Dans le type I il existait un tronc unique. Dans le type II le tronc du nerf pudendal était dédoublé. Dans le type III les 3 racines du nerf pudendal étaient séparées.

Résultats: Dans 3 cas, la présence d'un réseau veineux périnerveux a gêné l'abord du nerf pudendal. La longueur et le diamètre moyens étaient de 37,4 +/- 7,9 mm (18 à 54) et 3,6 +/- 1,2 mm (2 à 6). Le type I était le plus fréquent (n=25, 69 %). Le type III a été observé une seule fois.

Conclusion: l'existence d'un tronc pudendal double ou triple doit être systématiquement recherchée au cours de la chirurgie des névralgies périméales par transposition du nerf pudendal.

Mots clés: nerf pudendal, anatomie, névralgie périméale, transposition.

VARIATIONS MORPHOLOGIQUES DU SACRUM HUMAIN.

Pirró N.¹, Brunet C.¹, Dutour O.², Di Marino V.¹

1. Laboratoire d'Anatomie, Faculté de Médecine de Marseille

2. Laboratoire d'Anthropologie, Faculté de Médecine de Marseille, France.

But: évaluer la variabilité du sacrum humain

Matériel et méthodes: cette étude a été réalisée sur des os secs et a inclus 120 sacrum humains. La morphologie du sacrum était appréciée par la mesure de 36 paramètres. Ces paramètres évaluaient les caractères généraux ou les caractères spécifiques de la première vertèbre sacrée, de la surface auriculaire, du trou vertébral, des processus transverses et des surfaces auriculaires.

Résultats: le sacrum était formé par la fusion de 5 vertèbres dans $\frac{3}{4}$ des cas. La courbure sacrée, le niveau d'inflexion sacrée, l'angle sacré et la basalité variaient en fonction du nombre de vertèbres sacrées. Les paramètres généraux et la superficie des surfaces auriculaires dépendaient de la stature de l'individu. La morphologie du sacrum des femmes et des hommes était similaire.

Discussion: la morphologie du sacrum humain traduit une adaptation à la station érigée et une adaptation à des contraintes obstétricales dont témoignent les modifications morphologiques observées au cours de l'évolution.

Conclusion: la morphologie du sacrum semble plus liée à des contraintes locomotrices qu'à des contraintes obstétricales.

Mots clés: sacrum, anatomie, évolution.

VOLVULUS DU CAECUM. BASES ANATOMIQUES ET PHYSIOPATHOLOGIE. A PROPOS DE 8 CAS CONSÉCUTIFS.

Pirró N.^{1,2}, Merad A.², Sielezneff I.², Sastre B.², Di Marino V.¹

1. Laboratoire d'Anatomie. Faculté de Médecine de Marseille

2. Service de chirurgie digestive, Hôpital Sainte-Marguerite, Marseille, France.

Le but de ce travail était de rapporter 8 cas de volvulus du caecum et d'évaluer les anomalies anatomiques qui favorisent cette pathologie.

Matériel et méthodes: 8 malades consécutifs opérés pour un volvulus du caecum ont été inclus. Les signes cliniques, les antécédents, les examens paracliniques, les modalités de traitement de chaque malade ont été analysés. Les anomalies favorisant le volvulus du caecum ont été recherchées par une étude anatomique et par une analyse

de la bibliographie.

Résultats: le volvulus du caecum est possible si le colon proximal n'est pas accolé. Ce défaut d'accolement existe pour 11 à 25 % de la population. Les résultats de l'étude anatomique sont détaillés.

Discussion: Le volvulus du caecum représente 10 à 15 % des volvulus du colon et est la 2^{ème} cause d'occlusion mécanique au cours de la grossesse. Le taux de mortalité est de 33 % en cas de nécrose colique. Les facteurs de risque, les moyens diagnostiques et les résultats des différents traitements sont discutés.

Conclusion: le volvulus du caecum doit être évoqué chez les malades qui ont une douleur abdominale aiguë avec des signes radiologiques évocateurs. Une prise en charge rapide et adaptée est nécessaire pour éviter un taux de morbidité et de mortalité élevées.

Mots clés: volvulus, caecum, anatomie.

APOPTOSE ET INTERACTION CELLULE - MATRICE DANS LA NEPHROPATIE DIABETIQUE

Pisoschi Cătălina, Trașcă E., Baniță Monica, Mateescu Garofița, Drăgoi Gh.

Département d'Anatomie

Université de Médecine et Pharmacie, Craiova, Roumanie

La néphropathie diabétique est une des maladies caractérisées par le changement du phénotype cellulaire. L'altération de la prolifération des certaines cellules rénales et celle de la composition de la matrice extracellulaire comme la membrane basale glomérulaire, la matrice mésangiale et interstitielle sont des traits caractéristiques des néphropathies fibrosantes. Les interactions cellule – matrice impliquent l'action synergique des facteurs de croissance et des événements apoptotiques.

On a étudié l'expression du cytochrome c, un médiateur de l'apoptose, celle de CTGF (Connective Tissue Growth Factor), protéine impliquée dans le remodelage de la matrice et de VEGF (Vascular Endothelial Growth Factor), un agent mitogène pour la cellule endothéliale, dans un modèle expérimental de la néphropathie diabétique.

Dans les glomérules des rats diabétiques on a noté une faible réaction immune pour CTGF au début de la maladie et avec le temps une augmentation de sa positivité. Au début, les structures glomérulaires ont démontrées une réaction immune négative pour VEGF qui s'est positivée dans un délai de trois mois. Le taux élevé de la glycémie a fait augmenter l'expression de VEGF comme celle du cytochrome c plutôt dans les néphrocytes mais aussi dans d'autres cellules des tubules. CTGF a démontré une faible positivité limitée aux néphrocytes. En ce qui concerne les structures vasculaires, les cellules des parois des artérioles

corticales ont démontrées une forte positivité pour VEGF et cytochrome c.

Par suite de l'activation du VEGF, facteurs de croissance comme CTGF peuvent être à leur tour activées et déterminent la prolifération de la matrice extracellulaire.

Mots clés: Apoptoza, matrix extracelular, diabet, vegf.

ROLE DU CTGF DANS L'ÉVOLUTION DE LA NEPHROPATHIE DIABÉTIQUE

Pisoschi Cătălina, Baniță Monica, Stănciulescu Camelia, Trașcă E., Drăgoi Gh.

Département d'Anatomie

Université de Médecine et Pharmacie, Craiova, Roumanie

L'hyperglycémie est le principal facteur qui détermine le développement de la néphropathie diabétique caractérisée par l'accumulation de la matrice extracellulaire et la présence de la fibrose interstitielle. Les mécanismes moléculaires qui contrôlent ces changements sont peu connus. CTGF (Connective Tissue Growth Factor) est une protéine activée par des facteurs de transcription, facteurs de croissance, glucocorticoïdes etc. On a noté l'augmentation du taux de CTGF dans la pathologie inflammatoire gastro-intestinale, de la peau et la fibrose hépatique et pulmonaire. En ce qui concerne la pathogénie de la fibrose, CTGF peut interagir comme un des médiateurs moléculaires pour TGF- β (Transforming Growth Factor – beta).

Des fragments des reins prélevés des rats diabétiques ont été soumis aux techniques d'enrobage en paraffine et ensuite les coupes ont été traitées avec un anticorps polyclonal anti-CTGF, la réaction immunitaire étant amplifiée par le complexe avidine – biotine.

Les reins contrôlés manquant la positivité n'importe la localisation.

Dans les glomérules des rats diabétiques on a noté une faible réaction immunitaire pour CTGF au début de la maladie et au fur et à mesure que l'hyperglycémie persiste la réaction augmente de positivité. En ce qui concerne les segments des tubes urinaires, la positivité a été présente dans le cytoplasme des néphrocytes du tube contournés I de la région corticale. Les autres segments du tube urinaire manquent de positivité.

Le taux de CTGF dépend du taux de l'hyperglycémie et est corrélé avec le degré de la fibrose interstitielle.

Mots clés: néphropathie diabétique, fibrose, matrice extracellulaire, CTGF.

DON DU CORPS EN FRANCE: ASPECTS RÉGLEMENTAIRES ET ASPECTS PRATIQUES

Plaisant Odile, Caillaud M., Grand Emmanuelle

Université René Descartes Paris 5, France

Le consentement explicite qui conditionne le don du corps s'impose comme une pratique respectueuse de la valeur accordée au corps.

Les confusions sont fréquentes entre don d'organes et don du corps. Si les principes d'anonymat et de gratuité sont communs, les régimes de consentement, eux, diffèrent. Le don d'organe est assujéti au consentement présumé, tandis que le don du corps nécessite un consentement explicite écrit.

Le don du corps se fait du vivant des donateurs. Une carte de donateur atteste du don. Elle doit être portée en permanence par les donateurs. Elle sera exigée au moment du décès. A tout moment, le donateur peut détruire sa carte. Par ce geste, il revient sur sa décision de donner son corps à la science.

Depuis le 1^{er} juin 1998, l'incinération des restes anatomiques est obligatoire: la réglementation met les frais à la charge du donataire. Les donateurs sont prévenus de cette obligation.

Aucune législation spécifique n'existe concernant le don du corps.

Les premiers fondements juridiques datent de la loi du 15 novembre 1887 sur la liberté des funérailles.

Autour des années 1980, le Parlement conclut à la nécessité de poser en principe l'indivisibilité et l'inviolabilité du corps humain, son respect, sa non-commercialité, la nécessité du consentement éclairé de tout donateur et la protection du patrimoine génétique.

Le statut législatif du corps va être inscrit dans le Code civil, titre Ier, chapitre II, et garanti par le Code pénal.

La réglementation applicable au don du corps se trouve dans le Code général des collectivités territoriales (CGCT) à l'article R 2213-13 qui est inclus dans le chapitre concernant les pouvoirs de police du maire, en l'espèce, la police funéraire. Il contient l'essentiel de la réglementation sur la protection établie autour du don du corps.

DES TYPES CONSTITUTIFS DE L'ARCADE ARTERIEL DU COLON ILEOPELVIN

Porumb Loredana-Gabriela*, Niculescu V.*, Niculescu M.C.*, Barbu Daniela*, Petrescu Codruța*, Cebzan C.*, Rusu M.**

Département d'Anatomie

*Université de Médecine et de Pharmacie, "Victor Babeș", Timișoara

**Université de Médecine et Pharmacie "Carol Davila", București, Roumanie

L'artère colique gauche inférieure ou le tronc des artères sigmoïdiennes est destinée au côlon ileopectinal, est courte et se divise par les artères sigmoïdiennes supérieure, moyenne et inférieure. Parfois, les artères se détachent par un tronc commun avec l'origine dans l'artère mésentérique inférieure, mais d'autres fois ce tronc bifurque et les branches obtenues se divisent. Souvent, l'artère sigmoïdienne supérieure provient de l'artère colique gauche et les autres par l'artère mésentérique inférieure. L'étude a été effectuée sur 100 cadavres par la méthode de la dissection macroscopique et l'injection des vaisseaux avec des masses plastiques. Les résultats de l'étude sont: on peut observer le plus fréquemment la présence des trois artères sigmoïdiennes par un tronc commun unique qui se divise dans la première artère sigmoïdienne et les deux autres par un tronc commun secondaire ou les trois sigmoïdiennes se divisent en bouquet. Quand il y a deux artères sigmoïdiennes, leurs origines se trouvent dans l'artère mésentérique inférieure ou dans un tronc commun avec l'artère colique gauche moyenne et alors se divisent en bouquet. Quand existe quatre artères sigmoïdiennes, se détache la première, les premières deux, la première et la quatrième artère sigmoïdienne directement d'artère mésentérique inférieure et les autres, par deux ou trois troncs communs et solitaires. Exceptionnellement on trouve cinq ou six artères sigmoïdiennes, les premières deux avec l'origine dans un tronc commun, les suivantes par un tronc commun et ramifiées en bouquet et la sixième artère sigmoïdienne avec l'origine directement sur l'artère mésentérique inférieure.

Mots clés: l'artère mésentérique inférieure; l'artère colique gauche moyenne; l'artère colique gauche inférieure; le tronc des artères sigmoïdiennes.

L'ÉTUDE DU VOLUME DES VENTRICULES LATÉRAUX ET DES HÉMISPHÈRES CÉRÉBRALES

Prundeanu H., Lazăr E., Brad S., Prundeanu Al., Epure V.
Département d'Anatomie
Université de Médecine et Pharmacie "Victor Babeș", Timișoara, Roumanie

Les objectifs. L'étude place en évidence l'importance de la détermination volumétrique au niveau des ventricules latéraux et des hémisphères cérébrales.

Matériel et méthodes L'étude a été effectuée concomitamment sur un nombre de 15 embryons dans la septième et huitième semaine de la vie embryonnaire, 50 cadavres frais sans antécédents neurologiques, 25 cadavres des adultes formolisés ainsi que sur un nombre de 75 explorations scanographiques sans lésions cérébrales effectuées aux malades adultes chez qui nous avons mesuré les volumes des ventricules latéraux et des hémisphères cérébrales.

Resultates. Les résultats obtenus sur les 3 lots étudiés indiquent l'existence d'une proportion évidente entre le volume de la substance nerveuse proprement dite et du volume des ventricules latéraux.

Conclusions. Le rapport entre le volume des hémisphères cérébrales et le volume des ventricules latéraux chez l'adulte comparé avec le rapport similaire des embryons indique une modification évidente volumétrique dans l'avantage de la substance nerveuse proprement dite. La déviation du rapport vers une de ces deux directions peut indiquer une souffrance cérébrale.

Mots clés: déterminations volumétriques, ventricules latéraux, hémisphères cérébrales.

L'ÉTUDE DU MICROVASCULARISATION DU LARYNX DU FOETUS

Prundeanu H., Epure V., Stancu Gh., Vasile Liliana, Prundeanu Al.

Département d'Anatomie

Université de Médecine et Pharmacie "Victor Babeș", Timișoara, Roumanie

L'analyse de la morphologie du larynx dans la période foetale dans la littérature de spécialité est déficiente.

Cette raison a déterminé les auteurs de faire des études sur la vascularisation, le squelette cartilagineux ainsi que sur les muscles du larynx dans la période foetale.

Cette étude se résume seulement à la vascularisation du larynx.

Les résultats obtenus sont comparés avec ceux de la littérature de spécialité.

L'étude a été effectuée sur des préparates histologiques du pièces laryngienne injectée avec encre chez 18 fœtus dans la 5ième-9ième mois du vie intra-utérine.

La micrométrie vasculaires a été effectuée sur un nombre de 2000 des vaisseaux capillaires terminales, très petites vaisseaux et moyennes vaisseaux.

Comparaison des données obtenues de notre étude avec celle de la littérature de spécialité on peut résumer que le diamètre et la densité de ces vaisseaux augmentent avec l'âge du fœtus.

Mots clés: larynx, fœtus, vascularisation.

L'ACTION MECANIQUE DE L'ANGLE DE DECLINAISON FÉMURALE SUR LE HANCHE.

Roşioru Veronica Violeta, Osman Emel, Zugravu Ana, Lupescu V.

Département d'Anatomie

Faculté de Médecine, Constanţa, Roumanie

Normalement, à la naissance, l'angle de déclinaison fémurale est de 35-41°, bilatéral et symétrique, et il diminue (pendant l'accroissement) jusqu'à 10-15° chez l'adulte.

L'antéversion pathologique provoque des perturbations au niveau de l'hanche, de la colonne lombaire, sur la rotule et le tibia.

Les causes sont idiopathiques et secondaires: la luxation congénitale de l'hanche, la paralysie à cause de poliomyélite, méningocelle, IMC.

Objectif. La démonstration de l'influence de l'antéversion fémurale sur l'hanche et la manière d'intervenir dans la réalisation de coxarthrose.

Matériel. Méthode. Se mettre en discussion l'influence de l'antéversion anormale sur les hanches avec luxation congénitale, hanches qui sont traitées d'après l'âge d'aller. Pour ça, se servir de l'analyse de Pouwels formule.

Après l'âge de 18-24 mois tous les enfants avec luxation congénitale présentent l'antéversion fémurale exagérée et dans 65-70% des cas l'antéversion s'associe à coxa valga et la dysplasie cotyloïdienne est invariable.

Discussions. Quand l'antéversion est normale, la force P et M sont dans la même surface et assurent l'équilibre du bassin après la formule:

$[P] \times d = [M] \times h$, où P= poids,

M= la contraction de moyenne fessier,

d = bras de balance P,

h= bras de balance M.

$R = P + M$, où R=résultante.

Quand l'antéversion est anormale le sens de force M quitte progressivement la surface de force P, est pour assurer l'équilibre du bassin s'ajoute d'une force supplémentaire X

(la force de muscles: psoas, sartorius et le droit antérieur.

$R = P \times M \times X$, donc R est élevé.

Conclusions.

1. L'antéversion place le point d'aide d'extrémité fémurale dans une surface différente de celle de gravitation et de celui de grand trochanter. Par conséquent se contractent le moyen fessier et aussi les muscles: psoas, sartorius et le droit antérieur.

2. Dans l'antéversion importante, sur l'angle cervico-diaphysaire normale, l'équilibre sur un seul pied exige un plus de force. R est élevé et aussi la pression; le résultat est une future coxarthrose.

Mots clés: l'antéversion fémurale, luxation congénitale, dysplasie, coxarthrose.

TYPES MORPHOLOGIQUES DE LA VASCULARISATION CARDIAQUE

Rusali A., Şapte Elena, Bordei Lavinia, Bordei P.

Département d'Anatomie

Faculté de Médecine, Constanţa, Roumanie

But de la communication. La détermination du territoire de la vascularisation de chaque artère coronaire, pour pouvoir ainsi apprécier le type morphologique: équilibré, dominance droite ou gauche.

Méthodes et matériel de travail. Nous avons effectué l'étude sur 100 cœurs humains, frais et formolés, en utilisant comme méthodes la dissection, l'injection de substances de contraste suivie de radiographie et l'injection de matières plastiques (tehnovit), suivie de corrosion (avec NaOH).

Résultats. Nous avons constaté que la dominance d'une ou de l'autre des artères coronaires est en proportions approximativement égales, un peu à la faveur de la dominance gauche; nous avons trouvé le type de dominance équilibré seulement dans 10% des cas. Quant il s'agit de la dominance droite, l'artère coronaire droite présente une série de particularités: elle se termine toujours comme artère interventriculaire postérieure située tout près du sommet du cœur; à ce niveau se détachent d'autres rameaux qui vascularisent aussi la face postérieure du ventricule gauche. Dans ces situations, le territoire de vascularisation de l'artère circonflexe se réduit à l'extrémité gauche du cœur et à ses voisinages de la face postérieure du ventricule gauche. Dans la dominance gauche, l'artère interventriculaire antérieure vascularise une grande partie de la face antérieure du ventricule gauche, et l'artère circonflexe peut se terminer comme artère interventriculaire postérieure. On a rencontré un autre type de dominance lorsqu'on a constaté l'existence d'une troisième artère coronaire. Quand la troisième artère coronaire est un

ventriculaire droite antérieure, le territoire cardiaque desservi par l'artère coronaire gauche est plus grand que celui desservi par l'artère coronaire droite. Et bien, lorsque la troisième artère coronaire est une artère circonflexe, le territoire de l'artère coronaire gauche est plus réduit que celui de la coronaire droite.

Conclusions. Le type morphologique de vascularisation du cœur a une importance particulière dans la détermination des segments vasculaire myocardiques, segmentation vasculaire introduit par Liberato Di Dio. L'importance de l'existence de la troisième artère coronaire, qui peut vasculariser parfois presque toute la face antérieure du ventricule droit, existant la possibilité d'extension du côté droite du cœur.

LES MUSCLES ELEVATEURS DE L'ANUS EN IRM AVEC RECONSTRUCTION TRIDIMENSIONNELLE

Schlatter Th., Pianezza A., Carfagna L., Galinier Ph., Chaynes P., Rimailho J., Otal Ph., Joffre F., Vaysse Ph.
Laboratoire d'Anatomie
Faculté de Médecine Toulouse-Rangueil, Toulouse, France

Introduction. Les techniques d'imagerie permettent une « dissection » du Muscle Elevateur de l'Anus (MEA) sur le vivant. L'innocuité de l'Imagerie par Résonance Magnétique (I.R.M.) avec reconstruction tridimensionnelle (3D) autorise cette "dissection" à tous les âges.

Matériel et méthode. Cinq sujets (un de sexe masculin et quatre de sexe féminin) âgés de 5 à 71 ans ont bénéficié d'une IRM (1,5 TESLA) du pelvis avec étude statique et séquences pondérées T1 et T2 dans les 3 plans de l'espace. L'analyse anatomique des MEA est effectuée sur les séquences natives ainsi que sur les reconstructions 3D (logiciel IN SPACE - Siemens).

Résultats. L'analyse anatomique des M.E.A. est possible chez tous les sujets. Les reconstructions 3D restent d'interprétation délicate chez les enfants. 1) La portion latérale présente au repos un aspect en dôme surtout marqué dans la partie postérieure; 2) La portion médiale poursuit en dedans et vers le bas la portion latérale. Les deux portions médiales s'unissent sur la ligne médiane en avant et en arrière du canal anal. Les reconstructions 3D montrent la continuité des portions latérale et médiale et le caractère ténu de la portion latérale. Discussion: L'importance du M.E.A. en clinique et les données encore limitées dont on dispose aujourd'hui justifient la poursuite d'un travail de "dissection" sur le vivant. Les connaissances de ce muscle dans le domaine pédiatrique ne reposent souvent que sur

des extrapolations à partir des données obtenues chez l'adulte.

Conclusion. L'IRM et notamment grâce aux reconstructions 3D permet une approche plus globale et "n vivo" du MEA.

Mots clés: Muscle Elevateur de l'Anus, Imagerie par Résonance Magnétique.

PATOLOGIE DES ALLOGREFFES CARDIAQUES

Sin Anca*, Kantelip Bernadette**, Silvas R.***, Cotoi O.*

*Université de Médecine et Pharmacie, Târgu Mureș, Roumanie

**L'hôpital Jean Minjoz Besançon, França

***Université de Médecine, Montreal, Canada

Depuis 1969, la transplantation d'allogreffe cardiaque s'est développée à partir d'une méthode expérimentale pour devenir une méthode thérapeutique pour les patients en insuffisance cardiaque terminale. Dans le monde, la survie à un an après transplantation cardiaque est de 85% dans la majorité des centres. Les indications les plus fréquentes de la greffe cardiaques sont les cardiomyopathies dilatées et la pathologie coronarienne et les causes les plus fréquentes des décès sont le rejet aigu, l'infection à la phase initiale et la maladie vasculaire du greffon à la phase tardive.

Le but de ce travail est d'exposer les modifications observées dans le greffon cardiaque et en spécial chez les patients transplantés dans le Centre de Transplantation Cardiaque de Târgu Mureș. Les modifications sont envisagées par ordre chronologique en fonction de leur moment d'apparition par rapport à la greffe.

En période post-opératoire précoce les modifications les plus communes sont représentées par le non fonctionnement immédiat du greffon, le rejet hyper aigu et les lésions d'ischémie ou de reperfusion du myocarde

Durant la première année suivant la transplantation cardiaque et plus particulièrement les trois mois, les modifications les plus importantes sont: le rejet aigu et l'infection du greffon. La plupart des patients, auront un épisode du rejet aigu dans les trois premiers mois post-transplantation.

Dans la période tardive post-opératoire, un certain nombre de complications potentielles peut limiter la survie à la longue terme. Il s'agit de la maladie coronaire du greffon, la fibrose et l'hypertrophie du myocarde.

Mots clés: allogreffes cardiaques-complications post transplantation-rejet.

TYPOLOGIE DE L'ARCADE ARTERIELLE DU CÔLON ASCENDANT

Șișu Alina, Niculescu M.C., Niculescu V., Ciobanu Iulia, Rusu M., Boșcu Anca
 Département d'Anatomie
 Université de Médecine et Pharmacie "Victor Babeș",
 Timișoara, Roumanie

Les branches coliques de l'artère mésentérique supérieure sont représentées par les artères coliques droites: supérieure, moyenne, inférieure et l'artère du côlon transverse. On a utilisé la méthode de la dissection macroscopique (100 cadavres) et l'injection des vaisseaux avec des masses plastiques. Les variantes sont: l'arcade par les coliques droites, supérieure et inférieure; l'arcade par les coliques droites supérieure et inférieure, bifurquées proximale; l'arcade par les trois coliques droites; l'arcade par les trois coliques droites, la moyenne avec son origine dans un tronc commun ensemble avec celle inférieure; l'arcade par les trois coliques droites, moyenne et supérieure ensemble par un tronc commun; l'arcade par les coliques droites supérieure et moyenne, la supérieure avec la même origine que la moyenne; l'arcade par les trois coliques droites, les premières venues par un tronc commun avec la moyenne; l'arcade par les coliques droites inférieure et moyenne, le territoire jusqu'au le côlon transverse et l'anastomose avec l'artère colique gauche supérieure; l'arcade par les coliques droites inférieure et moyenne, le territoire jusqu'au le côlon transverse et l'anastomose avec la colique moyenne; l'arcade par les trois coliques droites, la moyenne bifurquée; l'arcade par les trois coliques droites, la supérieure bifurquée; l'arcade par les trois coliques droites, l'inférieure bifurquée; l'arcade par les coliques droites supérieure et inférieure, la supérieure par l'artère mésentérique inférieure; l'arcade par la colique droite inférieure bifurquée et la colique moyenne, le territoire jusqu'au le côlon transverse, sans la colique droite supérieure; l'arcade par les coliques droites supérieure et inférieure.

Mots clés: côlon ascendant, l'artère mésentérique supérieure, l'artère mésentérique inférieure.

CONSIDÉRATIONS ANATOMO-RADIOLOGIQUES SUR L'ORIGINE DE BRANCHES COLLATÉRAUX DE L'ARTÈRE CAROTIDE EXTERNE

Stan C., Păduraru D., Zamfir M., Luca Cristina, Pintilie Dana Gabriela, Huțanu R.
 Département d'Anatomie
 Université de Médecine et Pharmacie "Gr. T. Popa", Iași,
 Roumanie

Pour aborder artère carotide externe (ACE) à point de vue de la théorie systémique, il faut connaître obligatoirement la structure de système ACE. ACE a des branches collatérales dans la surface antérieure: a. thyroïdienne supérieure (ATS), a. linguale (AL), a. faciale (AF), dans la surface intérieure: a. pharyngienne ascendante (APA) et dans la surface postérieure: a. occipitale (AO) et a. auriculaire postérieure (AAP). La origine ATS, elle peut être la origine je identifier cette origine dans le 13,2% des cas aux niveaux a. carotide primitive, dans le 15% des cas aux niveaux de bifurcation carotidienne et dans le 61,3% des cas aux niveaux de carotide externe. AL dans le 81% des cas elle se détache seule dans l'ACE, et dans le reste des cas par un tronc commun avec l'artère faciale. AF dans la majorité des cas, elle a une origine unique dans l'ACE (81%) et dans le 19% des cas elle se détache avec la AL. APA dans toutes les cas elle se détache seule dans la surface intérieure de l'ACE. AO et AAP, dans le 86% des cas elle a une origine unique, et dans le reste des cas elle a une origine par tronc commun. Comparativement aux niveaux d'origine de AF, AO de détache dans la partie inférieure de l'ACE dans le 39,8% des cas et dans le reste des cas se détache au même niveau. Ainsi le système ACE est composé en systèmes troncal, collatéral et distributive. En conclusion nous pouvons dire que le système collatéral est composé par le système ATS, le système AL, le système AF, le système APA, le système AO et le système AAP.

Mots clés: artère carotide externe, théorie systémique.

ETUDE ANATOMIQUE DES INSERTIONS MUSCULAIRES SUR LE FASCIA PROFOND DU MEMBRE SUPERIEUR

Stecco Carla, Tagliavoro G., Delmas V.*, Gagey O.*, Aldegheri R.

Anatomie, UFR Biomedicale, Université René Descartes, Paris

*Institut d'Anatomie Normale, Université René Descartes, Paris, France

Clinique Orthopédique, Université de Padoue, Italie

But de la recherche. Etudier la structure anatomique du fascia musculaire et les insertions musculaires sur le fascia antérieur et postérieur du membre supérieur.

Matériels et méthodes. 25 membres supérieurs de 14 sujets non embaumés ni congelés. Etude macroscopique. Nous avons utilisé un dynamomètre pour évaluer la résistance du fascia à la traction directe.

Résultats. Les muscles suivants du membre supérieur présentaient des expansions sur le fascia:

- dans la partie antérieure:

- le fascia du grand pectoral présentait 2 expansions sur le fascia brachial, en particulier une de la partie claviculaire du grand pectoral et une de la partie costale. La résistance moyenne à la traction de telles expansions, évaluée par dynamomètre, était de 4 Kg.

- le biceps avait toujours une expansion tendineuse sur le fascia antébrachial, le lacertus fibrosus. Résistance: 7 kg.

- le long palmaire avait des insertions sur le fascia palmaire, et une expansion tendineuse sur le fascia des muscles de l'éminence thénar. Résistance: 1,8 kg.

- dans la partie postérieure:

- le fascia du grand dorsal présentait une expansion sur le fascia du triceps. Résistance: 5,5 kg.

- Le triceps avait une expansion tendineuse sur le fascia antébrachial. Résistance: 6,5 kg.

- L'extenseur ulnaire du carpe avait en 84% des cas une expansion tendineuse sur le fascia qui recouvre les muscles de l'éminence hypothénar. Résistance: 2,4 kg.

Conclusions. Les muscles par leurs expansions pourraient agir sur le fascia qui les recouvre pendant leur contraction. Les insertions des muscles sur le fascia atteindraient 3 buts:

- Maintenir le fascia dans une tension basale.

- Activer les terminaisons nerveuses libres et les autres récepteurs installés dans le fascia.

- Créer une continuité anatomique myo-fasciale entre les différents muscles qu'ils font la flexion ou l'extension du membre supérieur.

Mots clés: fascia, membre supérieur, muscle.

ÉTUDE ANATOMIQUE DES INNERVATION DU FASCIA PROFOND DU MEMBRE SUPÉRIEUR

Stecco Carla, Belloni Chiara, Pozzuoli Assunta, Delmas V.*, Gagey O.*, Aldegheri R.

*Institut d'Anatomie Normale, Université René Descartes, Paris, France

Département d'anatomie pathologique et Clinique Orthopédique, Université de Padoue, Italie

But de la recherche. Nous avons analysé d'un point de vue histologique le fascia profond du membre supérieur pour voir si il est innervé et quel type d'innervation il présente.

Matériels et méthodes. 12 membres supérieurs de 7 sujets non embaumés ni congelés. Pour chacun, nous avons prélevé de fragments de fascia pour l'analyse histologique. Comme zones de prélèvement: région antérieure du coude, tiers moyen de l'avant-bras, région antérieure du poignet. Les prélèvements ont coloré avec hématoxyline-éosine et S100. Les préparations ont été analysées par un anatomopathologiste et le nombre d'éléments nerveux dans chaque champ a été quantifié.

Résultats. Tous les prélèvements ont montré la présence de tissu nerveux, en particulier des terminaisons nerveuses libres. Telles terminaisons nerveuses libres sont associées souvent à une trame dense de fibres collagène où le septum intermusculaire se fond avec le fascia. Nous avons aussi vu quelque corpuscules de Ruffini et de Pacini.

Conclusions. Nous faisons l'hypothèse que le fascia a un rôle dans la proprioception. En particulier il est possible que, grâce aux insertions musculaires sur le fascia et sur le septum intermusculaire, le fascia soit maintenu dans une tension basale. De cette façon, quand les muscles se contractent, par leurs insertions sur le fascia ils tirent certaine région du fascia, en activant les terminaisons libres et les mécanorécepteurs présents.

Mots clés: fascia, membre supérieur, muscle.

LES PARTICULARITÉS DE L'INNERVATION DU SPHINCTER ODI

Suman S., Topor B., Ghereg A., Suman A.

Université d'Etat de Médecine et Pharmacie "N. Testemițanu", Chișinău, République de Moldavie

La chaire de la Chirurgie Opératoire et de la Anatomie Topographique L'Université d'état de Médecine et Pharmacie "Nicolae Testimiteanu" Chisinau, La République de Moldova.

La pathologie du sphincter est très répandue et maintient une position dans l'affectation des organes de l'appareil

digestif. Quand on étudie la pathogenèse des inflammations stridentes et chroniques de la vésicule biliaire distalé on ne paie pas attention à l'intervention et à son influence sur l'appareil sphincter. Les données qui tiennent de ce domain sont limitées et très contredites. On étudie mieux les particularités d'irritation de la vésicule biliaire en norme d'aspect de âge.

Ce recherche représent un étude histotologique de la grande papille duodénale. Pour toucher le but on étudie la grande papille duodénale des personnes qui sont décédées à cause de différents pathologies oùtraumas, sans marques macroscopiques de pathologie de la vésicule biliaire distalé, dans les premières 24 heures, de différents âges et sexes, fixés pour un terme de 15 jours.

En considérant l'actualité de ce problème, pour solutionner les questions de pathogenèse, de diagnostic et de pronostic, cet étude a le but d'élucider l'appareil du système nerveux, de portion distalé de la vésicule biliaire, qui s'imprègne après la méthode de Bilisovschii-Gross, Rasscazov. Une partie de préparait étaient colorés après les méthodes Van-Ghizon et hématoxiline. Dans les tissus étudiés, colletés de la grande papille duodénale, à l'imprégnation argentique dans les septiques de tissu conjonctive situés entre les fascicules des fibres nerveuses plus ou peu nombreux, avec le tracte rectiligne, de laquel on se détache où il y a des petits fascicules qui sont situés auprès des vaisseaux sanguins ou ils les traversent perpendiculairement en se séparant dans des fibres séparés.

La plus part des terminaisons nerveux se trouve sur les murs des vaisseaux sanguins des différents mesures ou se perdent entre fascicules des muscles. Sur le tracte des cordes nerveux il y a des neurones végétatives solitaires ou dans des petits groupes d'une forme oblogne ou étoilé. Comme règle les neurones prolongés sont inclus dans les deux directions. Aussi entre les couches des muscles lissés il y a des ganglions végétatives intramurales formés des plusieurs cellules de différentes formes et dimensions. Quelques cellules ont un corp ovale ou en forme demilune desquelles des prolongements gros sans ramifications partent. La plus part des neurones ont une forme étoile qui ont des prolongements ramifiés.

En analysant tout cette information on peut constater qu'il a un compex nerveux sophistiqué et a une importance majeure pour la réglementation physiologique du fonctionnement vésicule biliaire et aussi pour la pathogenèse du fonctionnement de ces organes.

LES ASPECTS HISTOTOPOGRAPHIQUES DE LA GRANDE PAPILLE DUODENALE

Suman S., Topor B., Ghereg A., Suman A.
Université d'Etat de Médecine et Pharmacie
"N.Testemițanu", Chișinău, République de Moldavie

La chaire de la Chirurgie Opératoire et de la Anatomie Topographique L'Université d'état de Médecine et Pharmacie "Nicolae Testimiteanu" Chisinau, La République de Moldova

Cette travail reflet un étude histotopographique sur les questions de structure du sphincter Oddi déterminé de la variabilité et de la complexité de la zone dans des pathologie, et le rapport avec les structures voisines. Le recherche a le but l'intégration et l'interprétation de la hitotopographie du sphincter pour les chirurgiens endoscopistes. Pour toucher le but on étudie la grande papille duodénale des personnes qui sont décédés à cause de différents patrologies ou traumas, sans marques macroscopiques de pathologie de la vésicule biliaire distalé, dans les premières 24 heures, de différent âges et sexes, fixés pour un terme de 15 jours. L'étude utilise les méthodes suivants: la micro préparation, des sections histologiques longitudinales et transversales en utilisant les colorations standards, la photo documentation. Normalement la mucosité de la grande papille duodénale est couverte d'un epiteil uni - stratifié, prismatique, haut, qui est composé des quelques types de cellules: prismatiques, cylindriques et glandulaire etc. Dans les documents collectés le mur duodenal dans la zone de la papille représente un mucosité d'epiteil complètement autolyse et le reste des structures relativement préservés. Le lumen de papille représente un cannelle dont la muqueuse forme des plies multiples et des fissures sinueux les terminaisons constellés se orientent vers le lumen duodénale. Dans la zone d'orifice la muqueuse forme des fibres le milieu est forme de la lame de la muqueuse et sous muqueuse. Les plisses valves du cannelle de la papille, sont plus nombreux vers l'orifice, ont un aspect demi ovale situées par longitude en 3 ou 4 queues oriente vers le lumen intestinale et radicalement en transversale. Le mur de cholédoque est mieux développé et contienne des multiples glandes qui se répandent dans la tunique musculaire. La dernière est formée des fascicules de myosites avec orientation longitudinale strates internes et obliques ou circulaires dans ceux externes. La tunique musculaire du duodénale dans la région de papille devient plus grosse - circulairement. L'élucidation des particularités morphologiques, morphometriques et topographiques a la zone distalée de la vésicule biliaire, en spécial l'appareille sphinctérien ont une valeur pratique et théorétique utile pour des papille-sphincterotomies endoscopiques.

LE TRIANGLE OPHTALMO-CAROTIDIEN DANS LA CHIRURGIE DU CANAL OPTIQUE

Szabo Bianca, Szabo I.

Département d'Anatomie

Université de Médecine et Pharmacie "Iuliu Hațieganu", Cluj Napoca, Roumanie

Le triangle ophtalmo-carotidien est une importante région anatomo-clinique localisée au niveau de la partie postérieure du canal optique. Elle représente une zone de transition entre l'orbite, la fosse crânienne moyenne, le sinus caverneux et la région chiasmatisque. La densité d'importants éléments anatomiques comme les processus clinoides antérieurs, le ligament falciforme, le nerf optique, l'artère carotide interne, l'artère ophtalmique, l'artère hypophysaire supérieure, le sinus sphénoïdal, donnent à cette région une grande importance pour la microchirurgie. La zone discutée est le siège d'importants procès pathogéniques comme les neuropathies optiques compressives, les méningiomes optiques intracaniculaires ou les anévrismes de l'artère ophtalmique. Les ophtalmologues, les neuroradiologues ou les neurochirurgiens sont souvent confrontés avec des problèmes de diagnostic ou de traitement, les techniques de la chirurgie minimale invasive, comme la clinoidectomie extradurale antérieure, demandant des connaissances anatomiques très précises. Nous avons insisté sur la réflexion de la dure mère crânienne dans le canal optique et sur les rapports de celle-ci avec l'artère ophtalmique. Le matériel présenté consiste en des films et photos de dissection, ainsi que des desseins et représentations graphiques qui ont comme but de familiariser l'ophtalmologue et le neurochirurgien avec cette zone anatomique très compliquée.

L'IMPORTANCE CLINIQUE DES SECTIONS ANATOMIQUES CÉRÉBRALES

Szabo Bianca, Sfrângeu S., Szabo I., Dragoș C.

Département d'Anatomie

Université de Médecine et Pharmacie "Iuliu Hațieganu", Cluj Napoca, Roumanie

L'étude anatomique de la morphologie interne de l'encéphale se fait, même actuellement, par les sections classiques Flechsig – Brissaud ou Pitres. Le développement des techniques du neuro-imagerie (CT, RMN) imposent la réalisation des sections radiologiques standard, maintenant devenues elles-mêmes classiques, comme: axiales (horizontales), parallèles à la ligne orbito-méatale, coronales (frontales), parallèles à une section en plan frontal et sagittales. Le but de ce travail est de proposer l'étude de la morphologie interne de l'encéphale par des

sections anatomiques identiques à celles standard de neuro-imagerie. Nous avons illustré et expliqué les sections effectuées sur des cerveaux d'adultes, en réalisant en même temps un parallélisme entre les images digitales de ces sections et les images de CT et RMN. Nous avons insisté sur les détails anatomiques des structures cérébraux, qui se retrouvent sur les deux catégories de matériel d'étude, anatomique et radiologique. Les images représentent des sections anatomiques et radiologiques (CT, RMN) sériées, en de divers plans, en indiquant les éléments anatomiques qui peuvent être reconnus sur les images radiologiques.

ASPECTS MORPHOLOGIQUES DES ARTÈRES RÉNALES – ÉTUDE COMPARATIVE SUR LES DEUX CÔTÉS DES CORPS HUMAIN

Șapte Elena, Bordei P., Ionescu C., Iliescu D., Vandra Sorina

Département d'Anatomie

Faculté de Médecine, Constanța, Roumanie

Objectif. Nous avons étudié les aspects morphologiques de l'artère rénale droite en comparaison avec l'artère rénale gauche au point de vue: l'origine, l'angle qui se forme à leur détachement de l'aorte abdominale, le trajet et le moyen de terminaison. De même, nous avons déterminé, à l'aide des mesurages, la longueur et le calibre de l'artère rénale droite et gauche.

Matériel et méthodes. L'étude a été réalisée sur des cadavres humains, sur de foetus humains aussi que sur des blocs organiques éviscérées. Nous avons utilisé, comme méthodes de travail: la dissection et l'injection de matières plastiques suivies de corrosion. Les paramètres morphologiques ont été suivies sur des angiographies et échographies rénales.

Résultats. Nous avons trouvé dans la plupart des cas l'origine des deux artères rénales sur la face latérale de l'aorte abdominale.

L'angle qui se forme entre la face inférieure de l'artère rénale et l'aorte a

été très variable: on a trouvé des valeurs comprises entre 25-100 degrés sur la partie droite et 15-105 degrés sur celle gauche.

Le plus souvent, nous avons trouvé un trajet oblique descendant dans le cas de l'artère rénale droite et horizontal dans le cas de l'artère rénale gauche.

L'artère rénale droite a une longueur plus grande que l'artère rénale gauche mais un calibre réduit

Quant au moyen de ramification, sur la droite que sur la gauche, l'artère rénale se termine par bifurcation, dans la plupart des cas.

Conclusion. Ces caractéristiques morphologiques

déterminent finalement un débit sanguin sensiblement égal pour les deux reins. Les modifications du trajet et du calibre des artères rénales représentent des adaptations morphofonctionnelles en vue de la réalisation d'une vascularisation adéquate.

L'IMPORTANCE MÉDICALE ET CHIRURGICALE DE DIVERS TYPE DE VASCULARISATION ARTERIELLE DU REIN

Șapte Elena*, Bordei P.*, Pundiche Mihaela**, Iorga I.*, Trantu Elena*

*Département d'Anatomie

**Département de Chirurgie

Faculté de Médecine, Constanța, Roumanie

Objectif. En corrélation avec le moyen de distribution intrarénale des rameaux artériels nous avons mis en évidence l'existence des territoires de vascularisation artérielle et leur importance dans la pratique médicale.

Matériel et méthodes. Notre étude a été réalisée sur 65 moulages artériels et 58 angiographies rénales. Les moulages artériels ont été obtenus par l'injection de matière plastique suivie de corrosion, sur reins humains frais aussi que sur des blocs organiques eviscérés.

Sur les angiographies nous avons utilisé un programme informatisé d'analyse des images (LUCIA G 4.11) avec lequel nous avons déterminé la fraction de superficie vasculaire (par l'opacité des rameaux artériels).

Résultats. Sur les moulages artériels nous avons analysé le moyen de distribution intrarénale des rameaux artériels en mettant en évidence quatre secteurs vasculaires: polaire supérieur, mésoréal antérieur (prépyélique), mésoréal postérieur (rétropyélique) et polaire inférieur.

Sur les angiographies, en fonction du degré de la dichotomie des rameaux artériels dans le parenchyme rénal et la fraction de superficie vasculaire, on a constaté l'existence de trois types d'irrigation rénale: hypervascularisation, normovascularisation, hypovascularisation.

Conclusion. Les processus pathologiques, spécialement ceux obstructifs, déterminent des modifications profondes dans la distribution artérielle intrarénale. L'existence des territoires de vascularisation bien définis a une grande importance clinique dans la réalisation de néfrectomies partielles.

PARTICULARITES DU STROMA DU COL UTERIN CHEZ LES PATIENTES AVEC SIL

Șaptefrați L., Pelin E., Cernîi A.

Institut Oncologique, Chișinău

Université d'Etat de Médecine et Pharmacie "N. Testemițanu", Chișinău, République de Moldavie

En contraste avec les parois du corps utérin, où prédomine le stroma musculaire, le stroma de l'exocervix, dans sa plupart, est constitué du tissu conjonctif fibreux lâche, où prédominent les fibres élastiques, parmi lesquelles sont situées des fascicules disséminés des cellules musculaires lisses. Beaucoup de vaisseaux sanguins traversent le stroma, surtout à la limite entre l'épithélium et le stroma. Jusqu'à l'heure actuelle on n'a pas attesté des données concernant les modifications du stroma du col utérin chez les patientes avec les lésions intraépithéliales squameuses (SIL) de cet organe.

A été étudié le stroma du col utérin en utilisant les méthodes histologiques, histochimiques et immunohistochimiques conformément aux matériaux récoltés par la biopsie en 34 cas de SIL (13 cas de LSIL et respectivement 21 cas de HSIL).

Le stroma du col utérin chez les patientes avec LSIL était très bien vascularisé, surtout à la limite avec l'épithélium. Dans cette zone prédominaient les fibres élastiques (dans les condylomes - les fibres de réticuline). La quantité des fibres de collagène dans la zone nominalisée était réduite et augmentait à la mesure du déplacement dans la profondeur du stroma. Dans HSIL la quantité des fibres élastiques se réduisait (dans le carcinome invasif disparaissaient complètement), augmentait la collagenisation du tissu (se produisait l'inversion du gradient de collagenisation), la quantité des fibres de réticuline variait suivant les circonstances. Dans les carcinomes invasifs les capillaires sanguins obtenaient l'aspect de sinusoides.

Les interrelations des modifications du stroma et le degré des SIL doivent être élucidés.

Mots clés: stroma, col utérin, lésions intraépithéliales squameuses.

LES CHANGEMENTS MORPHOLOGIQUES DE L'ESPACE PERITONEALE SEPTIQUE CHEZ LES MALADES PERITONEODIALYSEES

Țăranu T., Georgescu O.Șt., Nedelcu A.H., Hânganu M.V.

Département d'Anatomie

Université de Médecine et Pharmacie "Gr. T. Popa", Iași, Roumanie

But: établir les corrélations entre le péritoine septique et les altérations morphologiques chez les malades soumis à

la dialyse péritonéale chronique.

Matériel et méthode. D'un groupe de 328 malades avec dialyse péritonéale chronique (193 hommes et 168 femmes âgés de 19 au 81 années) on a choisi un échantillon de 62 patients (29 hommes et 33 femmes) qui présentaient des changements péritoneaux et splanhniques frappants sur les biopsies prélevées à l'occasion de la suppression des cathéters pur les complications des péritonites septiques (entre 1995 et 2004 dans le Centre de Dialyse et Transplant Rénal de l'Hospital "Dr. C. I. Parhon" de Iassy).

Résultats. 16 femmes et 19 hommes péritonodialysées ont développés 85 épisodes de péritonites aiguës bactériennes, 2 femmes/0.60% une péritonite fécale et aussi 7 malades/2.13% (3 hommes/0.91%, 4 femmes/1.21%) une péritonite fongique. La pathologie d'urgence chirurgicale associée aux péritonites aiguës qui ont obligés la coeliotomie et la suppression des cathéters a été l'occlusion fonctionnelle 13 cas/3.96% (8 cas/2.43% paraseptiques – 4 cas/1.21% par cellulites rétro-péritonéales, 4 cas/1.21% par sepsis pariéto-abdominale et 5 cas/1.52% par pancréatites et appendicites aiguës); aussi 3 malades/0.91% ont eu une occlusion par hernies et 2/0.60% par éventrations cicatricielles étranglées. Les principales altérations morphologiques au niveau de la séreuse péritonéale étaient: la disparition des microvilli, l'épaississement du reticulum endoplasmique et de la membrane basale des vaisseaux du sang interstitiel du grand épiploon, la fibrose péritonéale avec des dépôts de collagène et infiltration des macrophages activés. La croissance de l'épaisseur de la séreuse est liée à l'incidence et à la sévérité des épisodes de péritonite associées aux changements dus aux splanhniques sepsis. Le résultat de ces changements morphologiques est l'altération fonctionnelle irréversible de la séreuse péritonéale pour la dialyse péritonéale.

Conclusions. Les modifications structurelles du péritoine septique (chez les malades avec DP et une péritonite aiguë bactérienne, fongique ou fécale) résident dans la perte en sa fonction de barrière contre la diffusion de la glucose dans l'interstitium et l'altération de la dialyse péritonéale. Elles s'installent surtout chez les patients avec une occlusion fonctionnelle ou par obstruction intrinsèque, brides inflammatoires ou volvulus.

Mots clés: péritoine septique, altérations morphologiques.

L'ARTICULATION TRAPÉZO-SECOND MÉTACARPIEN: ANATOMIE ET BASES PHYSIOPATHOLOGIQUES D'UNE ASSOCIATION ORIGINALE D'UNE ÉNUCLÉATION DU TRAPÈZE ASSOCIÉE À UNE FRACTURE DE LA BASE DU SECOND MÉTACARPIEN.

Trost O., Danino A., Cheynel N., Benkhadra M., Malka G., Trouilloud P.

Laboratoire D'anatomie

Faculté de médecine, Dijon, France

Introduction. Les auteurs rapportent un cas de luxation palmaire du trapèze avec luxation trapézo-trapézoïdienne et trapézo-métacarpienne associées à une fracture oblique longue frontale de la base du second métacarpien lors d'une contrainte disto-proximale de la première commissure à haute énergie cinétique à l'occasion d'un accident de la voie publique. Cette association lésionnelle inhabituelle a motivé une étude anatomique des rapports entre trapèze et second métacarpien.

Méthode. 30 dissections sur pièces formolées (15 mains droites et 15 mains gauches) et sur 15 pièces fraîches (8 mains droites et 7 mains gauches), soit au total 45 dissections, sont analysées afin d'observer l'articulation trapèze-M2, les ligaments palmaires et dorsaux et d'autres rapports trapézo-M2 dont le tendon du flexor radialis carpi.

Résultats. Les liens trapézo-second métacarpien sont triples: osseux avec l'articulation présente dans 100 % des cas, ligamentaires avec trois ligaments dorsaux peu résistants mais surtout un puissant ligament palmaire trapézo-M2 constant, et enfin tendineux avec la terminaison du flexor radialis carpi sur la base de M2 et M3 et ses expansions courtes et résistantes vers la crête du trapèze et le ligament palmaire trapèze-M2.

Discussion. Les liens étroits entre trapèze et base de M2 accèdent l'hypothèse physiopathologique d'un mécanisme en compression-abduction du pouce avec rupture des ligaments trapézo-trapézoïdiens et trapézo-métacarpiens, luxation palmaire du trapèze, transmission des forces au second métacarpien dont la base est restée solidaire du trapèze par l'intermédiaire du ligament palmaire trapézo-M2.

Mots clés: Articulations trapézo-métacarpiennes / Fracture de la base du second métacarpien / Ligaments trapézo-second métacarpien / Luxation du trapèze.

RÉPARTITION DES MÉLANOCYTES UNGUÉAUX DES DOIGTS: ÉTUDE ANATOMIQUE ET IMMUNO-HISTOCHIMIQUE.

Trost O., Danino A., Cheynel N., Benkhadra M., Malka G., Trouilloud P.
Laboratoire d'Anatomie
Faculté de médecine, Dijon, France

Introduction. Les mélanomes malins lentigineux acraux sont plus fréquents au pouce et à l'index qu'aux autres doigts. Les raisons évoquées sont traumatiques (pince pouce-index) ou physiques par surexposition aux UV. Mais n'existe-il pas une différence de répartition ou de concentration des mélanocytes entre les doigts pouvant expliquer en partie ces constatations épidémiologiques?

Matériel et méthodes. L'étude a porté sur 30 ongles prélevés sur 10 mains de 3 sujets frais. Après prélèvement atraumatique des matrices et lits unguéaux, les pièces ont été portées à l'état frais au laboratoire d'anatomie pathologique où elles ont été fixées immédiatement et traitées par coloration standard type hématoxyline éosine. Des préparations immunohistochimiques ont été réalisées par marquage spécifique PS100 et Mélan-1, spécifiques des mélanocytes et permettant de les différencier des cellules de Langhans. Un comptage optique a permis de comparer les différents doigts.

Résultats. Tant au niveau du pouce que des doigts longs, la concentration des mélanocytes basaux et suprabasaux est plus importante dans la matrice (200 / mm²) que dans le lit de l'ongle (45 / mm²). Par contre les comparaisons du pouce (6 pièces) et des doigts longs (24 pièces) ne révèlent pas de différences significatives: 195 mélanocytes par mm² de matrice de pouce contre 220 pour les doigts longs; 43 mélanocytes par mm² de lit unguéal de pouce contre 48 pour les doigts longs.

Conclusion. Il n'existe pas de différence de répartition ou de concentration des mélanocytes du pouce et des doigts longs. L'hypothèse selon laquelle la fréquence accrue des mélanomes malins lentigineux acraux au pouce est liée à des différences histologiques n'est donc pas validée.

Mots clés: mélanocyte, matrice unguéale, lit unguéal.

MODÉLISATION DE L'ARTICULATION DE L'ÉPAULE ET NAVIGATION

Trouilloud P., Cheynel N., Benkhadra M., Trost O., Atmani H., Fofi D., Mérienne F., Baulot E.
Laboratoire d'Anatomie, Dijon, France

Les auteurs présentent leur expérience sur la modélisation de l'articulation gléno-humérale. L'intérêt d'une telle démarche est de disposer d'un outil qui permette de d'aider

au choix d'une prothèse articulaire, le choix des meilleures conditions d'implantation, un guide pour l'intervention chirurgicale (navigation) et une aide au suivi de la prothèse. Actuellement deux types de prothèse existent sur le marché: les prothèse dites anatomiques qui consistent en un resurfaçage de l'articulation de l'épaule et les prothèses dites inversées qui fonctionnent sans coiffe des rotateurs grâce à leur centre de rotation médialisé.

Dans cette étude nous avons réalisé des modèles mécaniques réelles d'épaules prothésées et non prothésées de manière à étudier le fonctionnement des implants prothétiques: modèle d'épaule inversée et modèle d'épaule anatomique. Ces modèles montrent les avantages et les inconvénients de différents morphotypes d'épaule et les critères géométriques qui semblent les plus pertinents pour prévoir le fonctionnement d'une épaule prothésée. A partir de ces modèles réels nous avons numérisé les pièces osseuses de manière à ce qu'elles puissent être paramétrées en fonction des morphotypes; il s'agit de formes simples ramenées à des ensembles polygonaux.

Nous présentons ici les premiers résultats en particulier concernant les paramètres d'encombrement de la prothèse et les paramètres de déplacement des pièces prothétiques. Les critères les plus sensibles concernent le centre de rotation de l'épaule et le déplacement des pièces prothétiques par rapport à la présence ou non des muscles de la coiffe et par rapport à l'espace sous-acromial. Deux solutions se présente en cas de difficulté: soit fabriquer des modèles spéciaux pour certains morphotypes, soit réaliser un ostéotomie de la scapula qui adapte ainsi le morphotype de l'épaule à l'implant. Si dans le genou c'est le valgus ou le varus l'élément principal de l'équilibre mécanique d'une prothèse qu'il faut parfois corriger lorsqu'il s'agit de mettre en place une prothèse; dans l'épaule c'est l'espace sous-acromial et la position de la glène scapulaire qui vont conditionner le fonctionnement mécanique de la prothèse que ce soit un modèle anatomique ou un modèle inversé.

Mots clés: épaule, prothèse, modélisation, navigation, muscles de l'épaule.

IMAGERIE 3D DU SYSTÈME VEINEUX DES MEMBRES INFÉRIEURS: OUTIL D'INVESTIGATION ET DE RECHERCHE ANATOMIQUE

Uhl J.F., Gillot C., Plaisant Odile, Ami O.
Unité d'anatomie virtuelle, UFR Biomédicale des Saints Pères, Université René Descartes, Paris, France

Objectifs. Réaliser une visualisation 3D ainsi qu'une dissection anatomique virtuelle du système veineux grâce à une reconstruction 3D à partir des données du phlébo-

scanner.

Matériel et méthodes. l'exploration par scanner hélicoïdal multi-barette avec injection permet de réaliser une modélisation interactive après reconstructions 3D.

Des logiciels dédiés de volume rendering (VRT) et de surface rendering (SSR) sont utilisés.

Résultats. L'anatomie complexe du système veineux est ainsi définie avec précision grâce aux modifications de transparence de la peau et des muscles. Ceci permet d'identifier les veines profondes, les veines musculaires et leurs connections avec le système des perforantes.

Cette analyse est particulièrement utile dans le cas des malformations vasculaires congénitales et les récidives variqueuses post-opératoires, en particulier du creux poplité.

Conclusion. Cette nouvelle application de la réalité virtuelle est utile aussi bien pour le bilan pré-opératoire des patients variqueux complexes que comme outil pédagogique et de recherche en anatomie veineuse.

Mots clés: imageris 3D - veines du membres inférieurs, phlébo-scanner.

RECONSTRUCTION 3D DE L'APPAREIL URO-GÉNITAL À PARTIR DES COUPES ANATOMIQUES DE "VISIBLE HUMAN"

Uhl J.F., Delmas V., Lemaitre C., Lucas R.

Unité d'anatomie virtuelle, UFR Biomédicale des Saints Pères, Université René Descartes, Paris, France

Objectifs. Réaliser une modélisation 3D de l'appareil urogénital de l'homme à partir des coupes de Visible Human.

Matériel et méthodes. 400 coupes du dataset de « Visible Human » de 1600 à 1900.

Le logiciel SURFDRIIVER est utilisé pour réaliser le contourage et la modélisation 3D.

Résultats. Les rapports anatomiques des organes du petit bassin sont étudiés grâce à l'utilisation des techniques de réalité virtuelle: rotation du modèle 3D et modification de la transparence des organes. L'étude anatomique comprend la vessie, l'urètre, la prostate les vésicules séminales et les canaux déférents ainsi que le haut appareil.

Conclusion. Ce nouvel outil pédagogique et de recherche est précieux pour l'étude de l'anatomie topographique et de la morphométrie.

Mots clés. petit-bassin homme - Visible human - reconstruction 3D.

INTERET DE LA RECONSTRUCTION 3D ET DE LA MODELISATION EN ANATOMIE

Uhl J.F., Delmas V., Plaisant Odile, Gillot C., Ami O.

Unité d'anatomie virtuelle, UFR Biomédicale des Saints Pères, Université René Descartes, Paris, France

Objectifs. Montrer l'interet et les nombreuses applications de la reconstruction 3D en anatomie utilisant les fonctions de la réalité virtuelle.

Résultats. Ces progrès intéressent principalement trois grands domaines en anatomie:

1. L'anatomie "clinique" c'est à dire les investigations radiologiques des patients

2. L'enseignement de l'anatomie: l'interactivité associée au réalisme des reconstructions 3D et à la possibilité de vision en relief en font un outil pédagogique hors pair, attractif et évolutif, autorisant de plus le télé-enseignement sur internet.

3. La recherche en anatomie: la reconstruction 3D permet en effet une analyse quantitative dans l'espace tridimensionnel des données anatomiques, c'est à dire des études morphométriques précises des organes et des structures anatomiques, grâce une modélisation mathématique par éléments finis

Conclusion. La modélisation 3D est un outil pédagogique inégalable en anatomie.

De plus, elle ouvre de nouvelles voies de recherche permettant des études dynamiques quantifiées de l'embryogénèse et de l'organogénèse. Enfin, dans un futur proche elle va s'enrichir de l'imagerie fonctionnelle et de l'imagerie à l'échelle cellulaire.

Mots clés: reconstruction 3D en anatomie.

ETUDE ANATOMO-CLINIQUE DE L'EPAULE DOULOUREUX SIMPLE

Ureche Ioana*, Iliescu Mădălina**, Ureche S.***

*L'Hopital Clinique Déparamental et d'Urgence, Constanța.

**Faculté de Médecine, Constanța

***L'Hopital Clinique Urgences Bagdasar, București, Roumanie

L'épaule douloureuse est l'une des symptômes les plus fréquents pour lesquels les malades se présentent dans les cabinets de récupération en médecine physique et balnéologie, rhumatologie.

Par ces raisons l'épaule douloureuse sera abordée du point de vue des souffrances des structures périarticulaires, de l'articulation glénohumérale et finalement des affections de voisinage.

La présente étude a eu comme objectif l'établissement de la

concordance entre le diagnostique topographique algésique des affectios de l'épaule, les tests cliniques et les examens paracliniques qui ont confirmé ou infirmé les syndromes tendineux suggérés en vue d'optimiser le diagnostique et les attitudes thérapeutiques.

Nous avons centré notre étude sur un lot de 322 patients, dont 278 hommes et 44 femmes avec épaule douloureuse simple se trouvent en ambulatoire de récupération et médecine physique de l'hôpital Clinique et d'Urgence du département de Constanta, dans la période 2002-2004.

Le diagnostique clinique épaule douloureuse simple a été soutenu par la présence de la douleur dans les points anatomiques spécifiques aux tendons affectés, par la présence de la sensation d'obstacle en mouvement d'abduction et par un test positif de douleur qui vise la sollicitation du tendon impliqué.

Le diagnostique paraclinique a été soutenu par l'examen radiologique standard, l'examen échographique et l'examen RMN.

La concordance entre le diagnostique topographique algésique et les tests paracliniques représente une étape importante pour les cliniciens, dans les dernières années on constate une préoccupation certaine pour établir un parallélisme entre les constatations cliniques et celles imagistiques des affections des parties molles de l'épaule (périartrites scapulo-humérales).

Mots clés: épaule douloureuse simple, périartrites scapulo-humérales.

BASES ANATOMIQUES DE L'EXPANSION DE LA PNEUMATISATION ETHMOÏDALE

Varlam H., Antohe D.Șt., Bordei P., Chistol Raluca Ozana
Département d'Anatomie
Université de Médecine et Pharmacie "Gr. T. Popa", Iași,
Roumanie

Le but de cette étude est de réaliser un modèle de systématisation anatomique et fonctionnelle du labyrinthe ethmoïdal pour une réévaluation des voies de l'expansion de la pneumatisation de la zone de jonction craniofaciale.

Matériel et méthode. Le matériel anatomique étudié a été formé par 50 extrémités céphaliques (100 labyrinthes) que nous avons disséqués pendant 1990-2001 et 50 crânes secs auxquels on a pratiqué la trépanation cellulaire sélective. Les manœuvres anatomiques ont été réalisées à l'aide du microscope opératoire Zeiss. Les images ont été enregistrées sur une ligne vidéo Sony et analysées sur l'ordinateur. L'exploration CT du labyrinthe a été réalisée dans le service d'imagerie médicale de l'hôpital "Sf. Treime" de Iași chez 50 patients sans antécédentes oto-

rhino-laryngologiques.

Résultats et discussions. Notre étude nous a permis de démontrer que le labyrinthe ethmoïdal a une structure unitaire représentée par un système périphérique de contention formé par la capsule ethmoïdale, un système intrinsèque de résistance et béance assuré par les lamellae de Lang et les lamellae secondaires intercellulaires, un système de ventilation formé par les structures ostio-canaliculaires méatales moyenne et supérieure et d'un système canaliculo-cellulaire périphérique formé par les canalicules afférentes centraux et périphériques qui aèrent les unités cellulaires ethmoïdales.

Conclusions. Le labyrinthe ethmoïdal est une structure unitaire et indépendante bordée à la périphérie par une capsule limitante. La croissance et l'expansion de celle-ci se réalisent anatomiquement par l'augmentation des lamellae primaires et secondaires. Du point de vue fonctionnel, on peut décrire un système respiratoire ethmoïdal collatéral à la fosse nasale du même côté, organisé selon les mêmes principes des voies respiratoires supérieures.

LA STRUCTURE DES AXONES DANS LE MÉGAURETÈRE CONGÉNITAL

Vlad M., Ionescu N., Ispas T.A.I.

Département d'Anatomie, Département de Médecine Cellulaire et Moléculaire
Université de Médecine et Pharmacie "Carol Davila",
București, Roumanie

Mégauretère est un terme descriptif pour décrire un uretère partiellement ou complètement dilaté comparé au reste de la voie urinaire et qui implique une cause congénitale.

Matériel et méthode. Des fragments de mégauretère récoltés par intervention opératoire inclus dans des résines époxy, colorés avec thionine et sectionnés sous 1 micron, ont été examinés en immersion avec des objectifs x 100, autres fragments ont été préparés et examinés au microscope électronique.

Résultats. On a observé des altérations accentuées des axons et de myéline.

La gaine de myéline a des modifications accentuées, en observant des grossissements qui mènent jusqu'à l'entière opacité de la structure axonale. Les structures axonales sont éliminées par la prolifération de la gaine de myéline. Il y a des multiples cavités axonales, les structures axonales étant désagrégées.

Les faisceaux des fibres nerveuses sont dissociées de tissu conjonctif. On a observé des fibres myélinisées qui ont des grossissements partiaux de la gaine de myéline avec la dilacération des éléments myéliniques. La myéline se trouve soit sous une forme nodulaire, soit désorganisée,

soit sous une forme tourbillonnaire, soit fragmentée en quelques parts, ayant des grossissements et des cavités multiples au niveau de la gaine de myéline.

Conclusions. Dans le mégaurète congénital il y a de nombreux défauts dans la structures des axones et dans la gaine de myéline.

Mots clés: megaurète, axone, gaine de myéline, microscope optique et électronique.

L'ISCHÉMIE MYOCARDIQUE ET LE FACTEUR NATRIURETIQUE ÉTUDE EXPERIMENTAL

Vlad M., Ionescu N., Ispas T. Al.

Département de Médecine Cellulaire et Moléculaire,
Département d'Anatomie
Université de Médecine et Pharmacie "Carol Davila",
București, Roumanie

L'étude a suivi la synthèse et la libération du facteur natriuretique en utilisant les techniques de microscopie électronique, en ayant les coeurs des rats de race Wistar, isolés par la méthode Langendorf.

L'ischémie globale a duré entre 15 et 30 minutes, suivie par la fixation par perfusion avec la solution de fixation Karnovsky, pour 5 minutes.

Des fragments de 1 mm³ ont été prélevés d'oreillettes, incluses dans des résines époxy, sectionnées et examinées aux microscopes électroniques de transmission Philips et CM12.

Les résultats ont montré le rôle des zones Golgi dans la synthèse de ce „hormone”, inclu dans les vésicules sécrétrices encombrées par des endomembranes.

Dès le commencement du processus ischémique, le nombre des vésicules ayant ce contenu a accru, ensuite il y a eu une diminution numérique et une diffusion des miocardocytes dans la sarcoplasme, jusqu'à le sarcolemme où elles fusionnaient avec les cavéoles présentes à ce niveau pour être excitées.

Les données correspondent aux recherches biochimiques cliniques qui ont démontré l'augmentation du niveau plasmatique de la concentration de peptide dans quelques maladies cardiaques (l'ischémie myocardique, l'insuffisance cardiaque congestive et hypertension artérielle)

Selon quelques cardiologistes, la détermination plasmatique du facteur natriurétique pourrait être utilisée comme un marqueur noninvasif dans l'évaluation de l'état hémodynamique de l'insuffisance cardiaque congestive.

Mots clés: facteur natriuretique, ischémie myocardique, microscope électronique à transmission.

LES TUMEURS BENIGNES DU REIN

Voinea F., Tode V., Caeredin E.

Département de Chirurgie
Faculté de Médecine, Constanța, Roumanie

Les kystes séreux du rein sont, de découverte souvent fortuite lors d'une échographie ou d'un examen tomodynamométrique. Ils peuvent siéger au niveau du cortex, à développement exorénal, ou au niveau du sinus, refoulant de façon harmonieuse et régulière les cavités pyélocalicielles. En échographie, ils apparaissent anéchogènes, avec un renforcement postérieur, bien limité avec une paroi fine. En tomodynamométrie, le kyste est une image liquidienne à parois fines ne prenant pas le produit de contraste (densité autour de 10 unités Hounsfield avant et après injection de produit de contraste).

Les kystes parapyéliques peuvent être difficiles à distinguer en échographie d'une dilatation des cavités pyélocalicielles: l'aspect d'images liquidiennes confluentes permet le diagnostic de cavités excrétrices. En tomodynamométrie, on les diagnostique facilement à la phase excrétoire, car ils ne se remplissent pas de produit de contraste.

Les angiomyolipomes sont des hamartomes soit uniques soit multiples du rein, et peuvent s'intégrer dans le cadre d'une sclérose tubéreuse de Bourneville. A l'échographie, ils apparaissent sous la forme d'une lésion hyperéchogène aussi échogène que le sinus du rein. L'examen tomodynamométrique retrouve des plages de densité graisseuse au sein de la lésion. Il n'y a pas de calcification. La rupture est la principale complication, d'autant plus fréquente que la lésion est volumineuse et périphérique. Au delà de 6 cm de diamètre, le risque de rupture devient très significatif. On retrouve alors des plages de densité graisseuses et hémorragiques. Le traitement peut nécessiter en urgence une embolisation sélective de la lésion, qui permet dans un second temps une exérèse plus facile.

Les autres lésions bénignes sont plus rares et ne présentent pas de caractère sémiologique à même de les individualiser. Tout au plus pourra-t-on retenir l'aspect radié de certains oncocytomes. Cet aspect peut également s'observer dans les certains cancers.

Mots clés: échographie, Les kystes parapyéliques.

LES TRAUMATISMES DU REIN CONDUITE A TENIR

Voinea F., Tode V., Caeredin E.

Département de Chirurgie
Faculté de Médecine, Constanța, Roumanie

On distingue des lésions du parenchyme (contusion, fracture, éclatement), des lésions du pédicule intéressant

l'artère rénale ou ses branches, des lésions de la voie excrétrice qui sont rarement isolées.

Dans le cadre du traumatisme du rein: Echographie abdominale et rénale en urgence. En cas de doute, ou d'hématurie, tomodynamométrie abdominal sans et avec injection suivi d'un cliché d'UIV. Selon le résultat, artériographie.

1. Echographie. Elle recherche:

- une anomalie de la loge rénale: Il est important de bien analyser l'interface entre le bord du rein et la collection. S'agit-il d'un hématome sous-capsulaire du rein, donnant un aspect de lentille biconvexe, qui déforme le parenchyme rénal, ou d'une collection d'un hématome périrénal, le rein étant refoulé par la collection.

- des contusions parenchymateuses: zones hétérogènes uniques ou multiples, mal limitées, hypoéchogènes, du cortex.

- un hématome intra-rénal: zone parenchymateuse initialement hyperéchogène devenant progressivement hypoéchogène, de taille variable.

- des fractures associant des contours rénaux déformés avec des zones hétérogènes parenchymateuses correspondant aux solutions de continuité.

- une anomalie des cavités pyélocalicielles et du sinus rénal: l'échographie ne montre pas à proprement parler les lésions de la voie excrétrice, mais peut montrer des cavités dilatées, témoin d'un syndrome obstructif (caillotage de la voie excrétrice, lésion de l'uretère).

- des anomalies du pédicule: il est souvent difficile de démontrer une plaie des vaisseaux du pédicule rénal. En général, il s'y associe un volumineux hématome qui s'étend dans le rétro-péritoine. Intérêt du Doppler.

2. Le tomodynamométrie sans et avec injection. C'est l'examen le plus sensible pour mettre en évidence des lésions

rénales. On réalise des coupes sans injection puis après injection intraveineuse de produit de contraste. Enfin, des clichés d'urographie sont réalisés en fin de tomodynamométrie.

3. L'artériographie. Elle est réalisée en urgence en cas de traumatisme important avec des fractures parenchymateuses multiples et un état hémodynamique instable, ou en cas de suspicion de lésion artérielle sur l'examen tomodynamométrique. Au niveau de l'artère rénale, on peut observer soit:

- une rupture complète: il s'agit d'une interruption nette de la lumière artérielle.

- les ruptures incomplètes sous adventitielles ou intimes, qui réalisent une zone sténosée, localisée avec une image en sablier ou une image pseudo-dysplasique.

- un refoulement des artères intra-rénales lié à la

compression par un hématome,

- un défaut de vascularisation localisée du rein en rapport avec une thrombose artérielle segmentaire

- une importante contusion

- ou une extravasation de produit de contraste, témoin d'une plaie artérielle.

Un traitement par embolisation peut permettre de passer un cap aigu devant un saignement important.

Mots clés: contusion, fracture, éclatement, échographie, tomodynamométrie.

BASES ANATOMIQUES DU TRANSFERT HEMI-ARTICULAIRE VASCULARISE DE L'ARTICULATION INTERPHALANGIENNE PROXIMALE DU DEUXIEME ORTEIL SUR L'ARTICULATION INTERPHALANGIENNE PROXIMALE DES DOIGTS LONGS

Wavreille G., Chantelot C., Guinand R., Fontaine C.

Institut d'Anatomie, Faculté de Médecine Henri Warembourg, Lille

Service d'Orthopédie B, Hôpital Roger Salengro, Lille, France

Introduction. La destruction d'un des versants des articulations interphalangiennes IPP des doigts longs entraîne un lourd handicap fonctionnel, que ne peut restaurer l'arthroplastie ou l'arthrodèse.

Le but de cette étude était de préciser l'apport artériel du versant dorsal de l'articulation IPP du deuxième orteil et de décrire la technique de prélèvement vascularisé, soit des condyles de la phalange proximale, soit de la base de la phalange moyenne.

Matériel et Méthodes. Douze pièces ont été étudiées: 2 pieds frais injectés à la gélatine et encre de Chine ont été diaphanisés, 8 pieds formolés dont 4 injectés au latex ont été disséqués, le prélèvement fictif a été réalisé sur 2 pieds frais injectés au latex.

Résultats. L'artère intermétatarsienne dorsale du premier espace a été retrouvée sur 11 des 12 pièces. L'IPP reçoit une branche collatérale issue de l'artère digitale dorsale médiale du deuxième orteil. Cette artère chemine à la surface de la dossière des interosseux, puis contourne le bord inférieur de l'expansion aponévrotique du tendon des interosseux. Elle donne de multiples rameaux au péritendon de l'appareil extenseur, aux condyles de la phalange proximale, à la capsule articulaire, aux structures ligamentaires collatérales médiales, à la base de la phalange moyenne.

La technique opératoire de prélèvement est décrite avec précision.

Conclusion. Le prélèvement partiel vascularisé d'IPP

du deuxième orteil est possible. Le transfert du greffon composite au sein d'une IPP d'un doigt long permettrait de reconstruire la surface articulaire et l'appareil extenseur sans préjudice majeur pour le site donneur.

CETRARIA ISLANDICA - L'IMPACT DE SON ADMINISTRATION SUR LE REIN DE RAT, MAINTENU EN STRES OXIDATIF

Zamfir Carmen*, Lupuşoru Cătălina**, Ghiciuc Cristina**, Lupuşoru R.**

*Discipline d'Histologie

**Discipline de Pharmacologie

Université de Médecine et Pharmacie "Gr. T. Popa", Iaşi, Roumanie

Cetraria Islandica présente de réelles propriétés antioxydantes, qui sont bien connues au niveau de parenchyme hépatique. Cet expériment veut démontrer l'existence ou l'absence de cet effet dans le rein.

Matériau et méthode. Nous avons utilisé 4 groupes distinctes (10 rats, chacun avec un poids d'approximativement 160-180 g). Le premier groupe a été considéré comme groupe de contrôle; le second groupe a été traité pour 12 jours avec un extrait de Cetraria Islandica (86,25 mg/kgc/jour, intrapéritoneal); le troisième groupe a été maintenu dans obscurité pour 12 jours (stres oxydatif); le quatrième groupe a été maintenu dans obscurité et traité avec la même dose d'extrait de Cetraria Islandica, pour 12 jours. Après 12 jours, nous avons euthanasié les animaux, prélevé les reins et préparé pour l'examen microscopique.

Résultats et discussions. Le groupe de contrôle relève un rein normal; le second groupe n'a pas présenté d'altérations rénales produites par Cetraria; le troisième groupe présente seulement un faible contour tubulaire rénal et un profil glomérulaire plus fort; le dernier groupe présente les mêmes altérations comme le troisième groupe, superposées au dose de Cetraria.

Conclusions. Partir de l'effet antioxydant de Cetraria Islandica, très visible dans le parenchyme hépatique, on peut affirmer aujourd'hui que le rôle de Cetraria n'a pas le hépatique impact dans le rein. Cet étude nous permet d'observer qu'il y a un certain degré d'altération parenchymale rénal, impossible de contrôler avec l'extrait de Cetraria Islandica.

L'UTILISATION DE LA PHOSPHATASE ALCALINE POUR LA SURVEILLANCE DE LA CONCENTRATION DU ZINC DANS LA GLANDE SURRÉNALE DE RAT

Zamfir Carmen*, Spătaru C.**, Spătaru Mihaela Claudia**, Răileanu Cezara*

*Discipline d'Histologie, Université de Médecine et Pharmacie "Gr. T. Popa", Iaşi

**Faculté de Médecine Vétérinaire, Iaşi, Roumanie

La phosphatase alcaline est considérée une zync-enzyme, avec une activité qui relève très fidèlement la concentration du zinc dans l'organisme. Dans le même temps, il est déjà connu le fait que le surplus du zinc peut déterminer la réduction accentuée ou même l'inhibition de la sécrétion glandulaire surrénale.

Matériau et méthode. Pour dérouler cet expériment, nous avons utilisé trois groupes de rats (11 rats chacun). Le premier groupe est considéré groupe de contrôle; le second groupe a reçu $ZnSO_4$ - 0,1 mg/kg/jour pour une semaine; le troisième a reçu la même dose par jour de $ZnSO_4$, mais pour 2 semaines. A la fin de l'expériment, après avoir euthanasié les animaux, nous avons prélevé, prélué spécifiquement et coloré (HE, PAS et la réaction pour la phosphatase alcaline) les glandes surrénales.

Résultats et discussion. Le groupe de contrôle a présenté un aspect glandulaire normal; au second groupe de rats on a observé que la phosphatase alcaline présente une réaction discrète, modérément positive; le troisième groupe présente une réaction pour la phosphatase alcaline très forte, bien remarquée sur la surface glandulaire.

Conclusions: Les sections surrénales traitées pour relever la phosphatase alcaline indiquent l'existence et l'action positive de la phosphatase, parallèlement avec l'élévation du $ZnSO_4$ et ce fait permet une possible utilisation de la phosphatase alcaline pour la surveillance de la concentration du zinc dans l'organisme.

DES ASPECTS PARTICULIERS DU SYSTÈME DISTRIBUTIF DE L'ARTÈRE MÉSENTÉRIQUE INFÉRIEURE

Zamfir M.*, Zamfir Carmen**, Răileanu Cezara**, Păduraru D.*, Stan C.*

*Département d'Anatomie, **Discipline d'Histologie Université de Médecine et Pharmacie "Gr. T. Popa", Iaşi, Roumanie

L'étude du système distributif de l'artère mésentérique inférieure (AMI) a en vue le moyen de distribution pariétale au niveau du colon gauche et de la portion supérieure du recte. L'arcade paracolique et celle parasygmoïdienne

sont fermées par l'anastomose par inosculature de deux collatérales de l'AMI, fait qui réduit la vitesse de circulation du sang, mais elle forme une pression latérale élevée, nécessaire à la pénétration dans les vaisseaux droites.

Dans les cas étudiés, nous avons évincé trois moyens principaux d'émergence des vaisseaux coliques:

a) par tronc commun (situation rare) – de l'arcade se sépare un rameau plus grand qui, immédiatement après l'origine, se sépare dichotomiquement, en plan mésentérique. L'angle de division est obtuse, chacun des rameaux de bifurcation se comporte comme un vaisseau pariétal colique indépendant, avec une seconde bifurcation près de la limite mésentérique du colon;

b) par tronc unique avec la bifurcation précoce – la situation plus fréquente, dans laquelle le rameau pariétal colique (RPC) se sépare immédiatement après l'origine, l'angle de bifurcation étant aigu et à distance du colon.

c) par tronc commun, avec bifurcation juxtacolique – le RPC parcourt la distance entre l'arcade et le colon et, juxtacolique, se sépare dans les deux rameaux, avec un angle de presque 90 degrés.

A cause de la disposition, de la topographie et du comportement, les RPC sont séparés dans deux grandes catégories:

I. Les RPC symétriques, qui obéissent un des trois moyens déjà discutés, et qui après leur longueur sont classifiés dans longues (RPCSL) – avec un segment mésocolique et un segment sous-sereux et courtes (RPCSC) – leur trajet sous-sereux s'étend de la limite mésocolique jusqu'à une ligne qui fait l'union de la 1/3 mésentérique et les 2/3 antimésentériques de la face colique respective; II. Les RPC asymétriques (en nombre de 5-15) – sur toute la surface du colon gauche, avec un trajet exclusivement intramésentérique. L'existence de ces rameaux assure une bonne vascularisation de la limite mésentérique du colon et leur présence dans la région de suture chirurgicale constitue la prémise favorable de la viabilité de l'angle critique.

RECONSTRUCTION 3D DYNAMIQUE DU MUSCLE LEVATOR ANI À PARTIR DE L'IRM: ÉVALUATION VOLUMIQUE.

Ami O.*, Lopater J.*, Uhl J.F*, Cabanis A.E.**, Iba-Zizen Marie-Therese**, Delmas V.*

*Institut d'Anatomie – Unité d'anatomie virtuelle – Université René Descartes, Paris – France

**CHNO des Quinze-Vingts Service de Neuro-radiologie – 26, rue de Charenton, Paris - France

Objectif. Le but de ce travail est d'évaluer la dynamique des 2 faisceaux du muscle levator ani : iliococcygien et

puborectal et de préciser leur anatomie fonctionnelle par une modélisation 3D.

Matériel et Méthode. Une acquisition IRM en coronal pondérée en T2 avec turbo spin echo a été réalisée chez 3 jeunes femmes nullipares en bonne santé (moyenne d'âge, 20.6 ans).

Des coupes ont été réalisées en décubitus en position de repos, retenue et poussée avec Valsalva.

Des modèles 3D ont été reconstruits par segmentation vectorielle en utilisant le logiciel Surfdriver version 3.5. en utilisant des repères osseux fixes.

Les volumes et la morphologie des muscles Iliococcygien, puborectal et sphincter externe de l'anus ont été mesurés dans les 3 positions.

La volumétrie et des animations avec morphing ont été calculés avec le logiciel 3Dstudiomax.

Résultats. Le volume moyen du muscle Iliococcygien a été évalué à 14.4 cm³. Celui du pubo-rectal à 17.5 cm³. Les changements de volume de ces muscles dans les 3 postures n'ont pas montré de différence significative..

Conclusion. Les animations 3D avec morphing permettent une appréhension fine de l'anatomie fonctionnelle . Les calculs volumétriques sont simples et reproductibles.

DIAGNOSTIQUE RADIOLOGIQUE ET IMMAGIQUE EN CAS D'ABSENCE PARTIELLE DU PERICARDE GAUCHE

Baz R., Onciu M., Toringhibel M, Bardaş Mariana
Faculté de Médecine, Constanța, Roumanie

Le défaut congénital du péricarde est une situation rare, souvent associée à d'autres maladies du cœur.

La radiologie classique aux rayons X du thorax ote toute suspicion montrant le déplacement du cœur à gauche; la proéminence du second arc gauche et l'interposition de tissu pulmonaire entre l'aorte et le tronc artériel.

Le CT et la RMN confirme le diagnostic grâce à la possibilité de montrer l'interposition du tissu pulmonaire entre l'aorte et l'artère pulmonaire et en démontrant directement l'absence du péricarde.

Mots clés: péricarde, computer tomographe, resonance magnetique nucleaire

ORGANISATION CONJONCTIVO-ADIPEUSE DE L'ORBITE.

Brémond-Gignac D.^{1,2}, Copin H.³, Hénin D.⁴

¹Ophthalmologie, Hôpital Robert Debré, AP-HP, Université Paris 7, Paris

²Unité INSERM U598, Paris

³Histologie-Embryologie-Cytogénétique, CHU Amiens

⁴Anatomie Pathologique, Hôpital Bichat, AP-HP, Université Paris 7, Paris, France.

Le tissu adipeux orbitaire comble l'espace entre les structures oculaire, musculaires, nerveuses et glandulaire de l'orbite. Il joue en particulier un rôle de soutien, de glissement et de protection mécanique des six muscles oculo-moteurs et du muscle releveur de la paupière. Ce tissu adipeux est uniloculaire, avec des travées conjonctives, riches en fibres collagène. Son organisation a été précisée, essentiellement par les travaux de Léo Koornneef. Une cloison conjonctive relie les muscles oculo-moteurs pour former un cône conjonctivo-musculaire qui divise le tissu adipeux orbitaire en deux parties. Le tissu adipeux compris entre la paroi orbitaire et le cône est dit extra-conique, le tissu adipeux situé en dedans du cône, autour du nerf optique et en arrière de la sclère, est dit intra-conique. Par ailleurs, des travées conjonctives radiaires seraient disposées entre la péri-orbite et le cône d'une part et entre le cône et la dure mère qui entoure le nerf optique d'autre part.

Le travail, que nous avons réalisé, vise à partir des données anatomiques et histologiques, à étudier le développement du tissu adipeux orbitaire et à établir son organisation mésoscopique afin de mieux appréhender son rôle dans l'oculomotricité.

Nos travaux chez l'adulte, portant sur le prélèvement de 6 contenus orbitaires chez des sujets frais, ont mis en évidence dès la dissection des zones de forte adhérence entre l'orbite osseuse et son contenu, en particulier au niveau de la glande lacrymale, la trochlée orbitaire et la fissure orbitaire inférieure. Dans la région antérieure, les travées conjonctives fibreuses entourant les muscles et les vaisseaux ont semblé plus développées que dans la région postérieure. Le diamètre moyen des adipocytes dans cette région antérieure était de l'ordre de 55 microns. Dans la région postérieure et en particulier dans la région intra-conique, les travées conjonctives étaient plus grêles et le diamètre moyen des adipocytes apparaissait plus important que dans les autres régions intra-orbitaires, de l'ordre de 75 microns. Ces différences morphologiques entre les régions antérieure et postérieure ont été mises en parallèle avec les différences de contraintes mécaniques qui s'exercent dans ces deux régions. En particulier, la plus grande richesse en fibres collagène de la région antérieure peut

correspondre aux poulies fonctionnelles des muscles droits décrites récemment par Demer. En revanche, la finesse des travées conjonctives autour du nerf optique dont le trajet intra-orbitaire est sinueux, lui garantissent probablement la "liberté de mouvement" nécessaire lors des déplacements du bulbe oculaire qu'il accompagne.

Nos travaux, concernant le développement, ont porté sur des coupes après congélation du contenu orbitaire de 30 embryons et fœtus âgés de 9 à 39 semaines d'aménorrhée. Les colorations que nous avons utilisées, étaient l'hématéine-éosine, l'Oil Red O et un immunomarquage de la leptine. Nous avons mis en évidence dès les stades les plus précoces de notre série (de 9 à 16 semaines d'aménorrhée) un cône musculaire déjà en place au sein d'un tissu mésenchymateux sans aucune différenciation adipocytaire visible. Les premiers lipoblastes contenant de fines vacuoles lipidique ont été clairement identifiés dans notre série chez des fœtus âgés de 17 à 20 semaines d'aménorrhée après coloration par l'Oil Red O. Enfin, à partir de notre stade 23 semaines d'aménorrhée, des pré-adipocytes et adipocytes étaient associés aux lipoblastes. Les adipocytes exprimaient également la leptine. Ce processus de différenciation est observé autour des structures vasculaires dessinant les futurs lobules adipeux et a intéressé de façon concomitante les régions intra et extra coniques. La différenciation du tissu adipeux coïncide avec la survenue des premiers mouvements oculaires fœtaux vers 3 mois ½ (ou 17 SA). Le rôle clé du tissu adipeux orbitaire dans l'oculomotricité doit être pris en considération lors des gestes chirurgicaux entraînant une réduction de son volume ou un remaniement comme dans les blépharoplasties réalisées pour des raisons esthétiques, dans les interventions d'Olivari pour les ophtalmopathies de Basedow ainsi que lors des énucléations ou éviscérations oculaires. Ses particularités, par rapport aux autres localisations du tissu adipeux de l'organisme méritent aussi une attention lors de la chirurgie de reconstruction de la cavité par greffon après exentération pour tumeur par exemple.

LE ROLE DES MODELES ANATOMIQUES - EMBRYOLOGIQUES ET DU DESSIN DANS L'ENSEIGNEMENT DE L'ANATOMIE

Gogolak H. Edit, Lazăr I.

Département d'Anatomie

Université de Médecine et Pharmacie Tg. Mureș, Roumanie

Le modelage tridimensionnelle (3d) des étapes évolutives dans l'étude de l'embryologie humaine et des dessins constituent le résultat d'un travail créatif éducatif. Ce sont

des méthodes adéquates dans la formation de la capacité intellectuelle et dans la formation de la perception. Elles complètent d'une manière organique les méthodes d'étude visuelles, auditives, proprioceptives. Les modèles exposés dans le musée d'anatomie et d'embryologie de l'université de médecine et de pharmacie de Tg. Mureș représentent les plus essentielles étapes successives du développement du visage, de la palatogenèse, du l'intestin branchial, de l'appareil cardiovasculaire, du système génito-urinaire. La suite des modèles embryologiques contribue à la formation de l'imagination des étudiants, à la création d'une vision 3d. Les modèles rendent possible la matérialisation des notions abstraites et s'associent aux dessins explicatifs schématiques. On a effectué la démonstration 3d des étapes embryolo-fœtogenétiques à l'aide des modèles réalisés en plâtre et du fil d'acier, après les sections histologiques en sortie, agrandies et dessinées, transmises sur des plaques de paraffine, puis modélisées du plâtre, colorées avec des couleurs conventionnelles. On a effectué certains modèles après les célèbres atlas anatomiques et on les a multipliés par le modelage des images planes dans des structures 3d. Dans les étapes précoces de l'embryogenèse on l'ectoderme est en rouge, la mésoderme en bleu ou en vert, l'endoderme en jaune. Par l'agrandissement chiffrés des modèles, on augmente l'accessibilité des étudiants. La projection des noyaux des nerfs crâniens est plus accessible par la sculpture en bois et l'agrandissement du schéma de bras. À l'aide des modèles anatomiques-embryologiques, l'étudiant peut rendre concrètes les notions abstraites et ils vont constituer une modalité optimale d'étude introductive dans l'imagistique.

LA DÉTERMINATION RADIOGRAPHIQUE DE L'OSSIFICATION DE LA BASE CRÂNE DU FŒTUS

Gogolak H. Edit*, Buruian M.**, Hajdu Z.*, Pap CS.**

*Département d'Anatomie, l'Institut de Radiologie et Imagistique

**Université de Médecine et Pharmacie Tg. Mureș, Roumanie

On étudie le développement de la base de crâne chez 18 fœtus non malformés provenant des avortements spontanés collectés de la Clinique de Gynécologie-Obstétriques de Tg Mureș. Les radiographies seront effectuées perpendiculairement sur les préparations anatomiques éviscérées des extrémités céphaliques (les paramètres utilisés sont 44 Kv, 4,49-5,83 mAs, le temps de exposition étant de 19,7mS) dans l'Institut de Radiologie Imagistique de Tg. Mureș avec l'appareil Philips Telediagnost. Nos observations ont été complétées par l'analyse des préparations microdissectées,

photographiées avec l'appareil photographique digital. Les préparations anatomiques proviennent des avortons humains d'une distance vertex-calx entre 22-44cm. Après avoir décollé le desmocrâne et après avoir extirpé le cerveau, on obtient des images radiologiques, on décrit les centres de l'ossification de la base crânienne dans les zones parasagittales et latérales de l'endobase. La fosse crânienne postérieure (f.cr.P) est radiotransparente et l'éminence cruciforme est ossifiée. Dans la fosse crânienne antérieure (f.cr.A) et moyenne (f.cr.M) les zones radioopaques sont l'alisphénoïde, le plateau orbitofrontal, la base du sphénoïde, le rocher de l'os temporal, les grandes ailes du sphénoïde sont radiotransparentes. Le processus d'ossification avance ventro-dorsal de la f.cr.A vers la f.cr.M; l'ossification de la f.cr.P du primordium vertébral, est lente par rapport à d'autres zones endocrâniennes. Les synchondroses sphénoethmoïdales, ou celles sphénooccipitales sont cartilagineuses et radiotransparentes pendant la vie intra-utérine. Les zones latérales dans la f.cr.A et dans la f.cr.M s'ossifieront d'un rythme plus vertigineux que les zones médianes et paramédianes de ces fosses. Nos observations sont utiles dans l'interprétation clinique des ostéodysplasies.

LES TRANSFORMATIONS ULTRASTRUCTURALES DANS LA NEPHROTOXICITÉ EXPÉRIMENTALE AVEC CARBONE DISULPHYDE CHEZ LES RATS

Mihalache G., Mihalache G.D., Mihalache Cornelia, Indrei Anca

Département d'Anatomie

Université de Médecine et Pharmacie "Gr.T.Popa", Iași, Roumanie

Le but de notre étude est d'identifier les effets de carbone disulphyde aux niveaux ultrastructuraux du rein des rats. Nous avons utilisé des rats blancs, mâles, avec le poids initial entre 150 et 200 grammes. Nous avons injecté par voie du péritoine, carbone disulphyde (en solution 0.5 % CS₂ dans huile de tournesol) 5 mg, 10 mg et 15 mg/kg poids corporel et par semaine, pendant 3, 6 et 9 mois. Chaque groupe a été composé par 10 rats, chaque groupe pour une dose et pour une période (9 groupes, 90 rats). Le groupe de contrôle a été composé par 15 rats pour chaque dose. Ils ont reçu le même volume d'huile, injecté par la voie du péritoine, chaque semaine. Nous avons soigné les animaux dans les conditions standard de laboratoire. Les animaux ont été tués après une semaine depuis la dernière administration (analgésie avec isoflurane). Nous avons examiné les reins de tous les animaux par microscopie électronique. Les transformations des tissus sont trouvées dans toutes les

composantes du glomérul en commençant avec la dose de 5 mg/kg poids corporel. Les lésions étaient plus graves et larges en relation directe avec la dose et avec la période de temps, mais dans tous les groupes restent quelques gloméruls pas modifiés. Les podocytes présentent des modifications du volume et ultrastructurales, transformation du noyau, inclusions lipidiques, pédicèles irrégulières, et une cytoplasme dense. Les cellules du mésange étaient plus grandes en volume et présentaient plusieurs inclusions denses dans la cytoplasme. Les artères et les artérioles ne présentaient pas des lésions d'artériosclérose. Conclusions: CS₂ produit des lésions qui semblent avec la glomérulite. Les aspects ultrastructuraux observés soutiennent l'action toxique directe de CS₂ sur les gloméruls du rein, mais c'est possible aussi l'apparition d'une réaction auto-immune.

Mots clés: reins, carbone disulphure.

PARTICULARITES DE DISTRIBUTION DES BRANCHES

DES ARTERES CORONNAIRES

Onciu M., Şapte Elena, Baz R., Onciu Carmen
Faculté de Médecine, Constanța, Roumanie

L'étude actuelle continue une démarche commencée il y a 12 ans, et qui vise la vascularisation du cœur. L'évaluation a porté sur l'étude de 250 cœurs humains sains, prélevés sur des sujets de deux sexes à l'âge de 8 à 45 ans. Les méthodes utilisées sont été: la coronarographie et l'injection de matière plastique suivie de corrosion ou dissection suivant le cas.

L'origine des artères coronnaires est le plus souvent au niveau du bord libre de la valve semi-lunaire.

L'orifice coronaire gauche est plus grand que le droit (4,5x3,1 mm par rapport à 3,5x2,4 mm).

La longueur du tronc coronaire gauche est de 5 à 10 mm. Dans un tiers des cas le diamètre des artères coronnaires était identique.

Dans 13% des cas le tronc coronaire gauche avait un aspect terminal à trois branches-la première artère diagonale ayant l'origine dans l'angle de l'artère interventriculaire antérieure et l'aorte circonflexe. L'artère interventriculaire antérieure avait dans 5% des cas l'origine séparée de celle de l'artère circonflexe dans le sinus aortique gauche.

Les artères coronnaires multiples doivent leur existence le plus souvent, aux variations d'origine de l'artère du cône artériel.

L'emplacement le plus fréquent des ponts miocardiques est au niveau des branches de l'artère coronaire gauche, plus précisément au niveau de l'artère interventriculaire antérieure et de ses branches.

Mots clés: artères coronnaires, ponts miocardiques.

ASPECTS MORPHOFONCTIONNELS DE LA VARIABILITE

DES PILLIERS VENTRICULAIRES

Onciu M., Şapte Elena, Baz R., Onciu Carmen
Faculté de Médecine, Constanța, Roumanie

L'étude actuelle a porté sur 200 cœurs sains prélevés sur des sujets adultes des deux sexes.

Cette étude apporte des preuves nouvelles à l'appui de la théorie de la variabilité morphologique de certains composants de l'appareil valvulaire: les cordages tendineux et les muscles papillaires. En ce qui concerne la seconde entité, on respecte la prédominance des formes classiques (cylindre et cône) présentes en 80% des cas.

Les formes particulières, même si moins nombreuses (moins de 20%) présentent une distribution légèrement modifiée des cordages tendineux. Ce n'est pas clair si sur le plan fonctionnel cette spécificité se traduit par des troubles de dynamique valvulaire. Les bandes musculaires et les cordages tendineux courts qui lient les corps musculaires des piliers, particulièrement à gauche, constituent, à notre opinion, un des principaux facteurs qui assurent l'action synergique et coordonnée des muscles papillaires dans la révolution cardiaque.

L'aspect morphologique différent des piliers ventriculaires ou des cordages tendineux ne doivent pas être interprétés comme des facteurs favorisant des pathologies des valvulopathies, mais plutôt des caractéristiques structurelles individuelles ou géographiques.

Mots clés: des piliers ventriculaires, des cordages tendineux.

BREF HISTOIRE DE L'ENSEIGNEMENT ANATOMIQUE EN ROUMANIE

Ulmeanu D.

Département d'Anatomie

Faculté de Médecine, Constanța, Roumanie

Les premières facultés de médecine en Europe sont fondées en 1181 à Montpellier et en 1222 à Padoue et le premier livre d'anatomie a été publié en 1316 par Mondino de' Luzzi. En Roumanie le début d'un enseignement médical et anatomique organisé date depuis 1857 quand est fondée à Bucarest, la première faculté de médecine par Carol Davila, médecin français et Nicolas Kretzulesco. Jusqu'en 1919 les professeurs d'anatomie sont en ordre G. Polizu, L. Fiella, P. Petrini; dans le même temps fonctionnent comme professeurs d'anatomie topographique et chirurgie opératoire N. Tournesco, C. Dimitresco-Severeano, A. Demostene, Thoma Ionesco, collaborateur de Poirier et

Charpy, D. Gerota, eleve de Poirier et Farabeuf a Paris et de Waldeyer et Munck a Berlin. Entre 1920-1942 le chef de la chaire d'anatomie a Bucarest a ete Fr. Rainer, le fondateur de l'enseignement anatomique moderne et de l'anthropologie en Roumanie, maitre de George Emil Palade. Il a ete suivi par Gr. T. Popa, entre 1942-1948 qui a etudie a Londre le systeme port hypothalamohypophiser. La deuxieme faculte de medecine a ete creee a Iassi en 1879. son premiere professeurs d'anatomie ont ete L. Scully, A. Peride et Jean Tanasesco, specialise a Paris chez Poirier; l'anatomie topographique a ee enseigne par Ernest Juvara, eleve de Poirier et Farabeuf. Entre 1913-1920 fonctionne comme professeurs d'anatomie Fr. Rainer et entre 1920-1928 N. Hortolomei, un chirurgien d'exception. Entre 1928- 1942 le chef de la chaire a ete Gr. T. Popa. En 1919 est fonde la troisieme faculte de medecine en Roumanie, a Cluj, ou le professeur d'anatomie a ete jusqu'en 1948 V. Papilian un vraie encyclopediste. Apres 1948 l'ecole anatomique roumaine a ete conduite par des personnalites scientifique remarquables, mais moins connues a l'etrangeres a cause des conditions socio-politiques echange. Apes 1989 les anatomistes roumaine sont bienne connu par leur collegues europeene et sont fiere d'etre organisateurs de le 87eme Congres de l'Association des Morphologistes a Constantza.

Mots clés: enseignement anatomique, histoire.

EVOLUTION DE LA MANDIBULE ÉDENTÉE CHEZ LE SUJET ÂGÉ.

Vacher C.*, Merrot O.***, Godlewski G.***, Goudot P.****

*Anatomie, Faculté Bichat et Institut d'Anatomie de Paris; Service de Chirurgie Maxillo-faciale et Stomatologie, Hôpital Beaujon

**Service d'Otorhinolaryngologie, Centre Hospitalier La Croix-Rousse, Lyon.

***Anatomie, Faculté de Médecine de Nîmes, Service de Chirurgie viscérale, CHU Hopital Caremeau, Nîmes

****Service de Chirurgie Maxillo-faciale et Stomatologie, CHU Hôpital Lapeyronie, Montpellier, France.

La résorption de l'os alvéolaire est l'élément le mieux connu du vieillissement mandibulaire chez l'édenté. Les autres conséquences de la perte des dents chez le sujet âgé sont moins connues. Une étude anthropométrique de la mandibule à partir de téléradiographies de face et de profil de sujets âgés de plus de 70 ans dentés et édentés indemnes de toute dysmorphose maxillo-mandibulaire a été effectuée afin de mettre en évidence les différences qui existaient entre mandibule dentée et édentée. Les

mandibules édentées présentaient une diminution de la hauteur de la symphyse, une augmentation de la hauteur de l'incisure mandibulaire, une diminution de la hauteur du corps et une augmentation de l'angle goniale de manière significative. Aucune différence significative n'a été observée pour la hauteur du ramus, la longueur de la mandibule, la largeur minimum du ramus et la largeur bigoniale. La diminution de la hauteur de la symphyse mandibulaire et du corps s'expliquent par la résorption de la partie alvéolaire de la mandibule. L'augmentation de l'angle mandibulaire et la diminution de la hauteur de l'incisure mandibulaire pourraient être expliquée par un déséquilibre entre les muscles élévateurs et abaisseurs de la mandibule au dépend des muscles élévateurs, ou par l'absence de calage molaire.

BASES ANATOMIQUES DU LAMBEAU OSTÉO-MUSCULO-CUTANÉ DE TRAPÈZE DANS LA RECONSTRUCTION MANDIBULAIRE.

Vacher C.*, Accioli de Vasconcellos J.J.**

*Faculté Xavier Bichat, Université Paris VII, et Institut d'Anatomie de Paris, Université Paris V.

**Service de Chirurgie Maxillo-faciale et Stomatologie, Hôpital Beaujon, France

Le lambeau ostéo-musculo-cutané de trapèze a vu ses indications dans la reconstruction mandibulaire se réduire depuis l'avènement des lambeaux micro-anastomosés. Cependant il peut encore être utile lorsque le patient présente un terrain athéromateux très important qui contre-indique un lambeau libre. Si la vascularisation artérielle de ce lambeau est bien connue, il n'en n'est pas de même de son drainage veineux. La préservation du nerf accessoire et les limites de la reconstruction mandibulaires ont été très peu étudiées. Nous avons effectué une étude sur 30 sujets (60 dissections cadavériques de lambeaux de trapèze) afin de répondre à ses questions. Cette étude a été complétée par une série chirurgicale de cinq patients. L'étude cadavérique a permis de mettre en évidence la variabilité du drainage veineux de ce lambeau qui dépend de la veine jugulaire externe dans 80 % des cas, de la veine sub-clavière dans 12 % des cas et de ces deux veines dans 8 % des cas environ. Le nerf accessoire passait dans un tiers des cas au milieu du pédicule artério-veineux rendant ainsi impossible sa préservation. Le segment d'épine de la scapula permettait de reconstruire 9 cm de mandibule environ y compris la protubérance mentonnière dans 95 % des cas. L'étude chirurgicale a confirmé les données de l'étude cadavérique et montré l'intérêt de ce lambeau en cas de contre-indication aux lambeaux libres.

RECONSTRUCTION 3D DYNAMIQUE DU MUSCLE LEVATOR ANI À PARTIR DE L'IRM: ÉVALUATION VOLUMIQUE.

Ami O. *, Lopater J. *, Uhl J.F. *, Cabanis A.E. **, Iba-Zizen Marie-Therese **, Delmas V. *

*Institut d'Anatomie – Unité d'anatomie virtuelle – Université René Descartes, Paris – France

**CHNO des Quinze-Vingts Service de Neuro-radiologie – 26, rue de Charenton, Paris - France

Objectif. Le but de ce travail est d'évaluer la dynamique des 2 faisceaux du muscle levator ani : iliococcygien et puborectal et de préciser leur anatomie fonctionnelle par une modélisation 3D.

Matériel et Méthode. Une acquisition IRM en coronal pondérée en T2 avec turbo spin echo a été réalisée chez 3 jeunes femmes nullipares en bonne santé (moyenne d'âge, 20.6 ans).

Des coupes ont été réalisées en décubitus en position de repos, retenue et poussée avec Valsalva.

Des modèles 3D ont été reconstruits par segmentation vectorielle en utilisant le logiciel Surfdriver version 3.5. en utilisant des repères osseux fixes.

Les volumes et la morphologie des muscles Iliococcygien, puborectal et sphincter externe de l'anus ont été mesurés dans les 3 positions.

La volumétrie et des animations avec morphing ont été calculés avec le logiciel 3Dstudiomax.

Résultats. Le volume moyen du muscle Iliococcygien a été évalué à 14.4 cm³. Celui du pubo-rectal à 17.5 cm³. Les changements de volume de ces muscles dans les 3 postures n'ont pas montré de différence significative..

Conclusion. Les animations 3D avec morphing permettent une appréhension fine de l'anatomie fonctionnelle . Les calculs volumétriques sont simples et reproductibles.

DIAGNOSTIQUE RADIOLOGIQUE ET IMMAGIQUE EN CAS D'ABSENCE PARTIELLE DU PERICARDE GAUCHE

Baz R., Onciu M., Toringhibel M, Bardeş Mariana
Faculté de Médecine, Constanța, Roumanie

Le défaut congénital du pericarde est une situation rare, souvent associée à d'autres maladies du cœur.

La radiologie classique aux rayons X du thorax ôte toute suspicion montrant le déplacement du cœur à gauche; la proéminence du second arc gauche et l'interposition de tissu pulmonaire entre l'aorte et le tronc artériel.

Le CT et la RMN confirme le diagnostic grâce à la possibilité de montrer l'interposition du tissu pulmonaire

entre l'aorte et l'artère pulmonaire et en démontrant directement l'absence du pericarde.

Mots clés: pericarde, computer tomographe, resonance magnetique nucleaire

Organisation conjonctivo-adipeuse de l'orbite.

Brémond-Gignac D.^{1,2}, Copin H.³, Hénin D.⁴

¹Ophthalmologie, Hôpital Robert Debré, AP-HP, Université Paris 7, Paris

²Unité INSERM U598, Paris

³Histologie-Embryologie-Cytogénétique, CHU Amiens

⁴Anatomie Pathologique, Hôpital Bichat, AP-HP, Université Paris 7, Paris, France.

Le tissu adipeux orbitaire comble l'espace entre les structures oculaire, musculaires, nerveuses et glandulaire de l'orbite. Il joue en particulier un rôle de soutien, de glissement et de protection mécanique des six muscles oculo-moteurs et du muscle releveur de la paupière. Ce tissu adipeux est uniloculaire, avec des travées conjonctives, riches en fibres collagène. Son organisation a été précisée, essentiellement par les travaux de Léo Koornneef. Une cloison conjonctive relie les muscles oculo-moteurs pour former un cône conjonctivo-musculaire qui divise le tissu adipeux orbitaire en deux parties. Le tissu adipeux compris entre la paroi orbitaire et le cône est dit extra-conique, le tissu adipeux situé en dedans du cône, autour du nerf optique et en arrière de la sclère, est dit intra-conique. Par ailleurs, des travées conjonctives radiaires seraient disposées entre la péri-orbite et le cône d'une part et entre le cône et la dure mère qui entoure le nerf optique d'autre part.

Le travail, que nous avons réalisé, vise à partir des données anatomiques et histologiques, à étudier le développement du tissu adipeux orbitaire et à établir son organisation mésoscopique afin de mieux appréhender son rôle dans l'oculomotricité.

Nos travaux chez l'adulte, portant sur le prélèvement de 6 contenus orbitaires chez des sujets frais, ont mis en évidence dès la dissection des zones de forte adhérence entre l'orbite osseuse et son contenu, en particulier au niveau de la glande lacrymale, la trochlée orbitaire et la fissure orbitaire inférieure. Dans la région antérieure, les travées conjonctives fibreuses entourant les muscles et les vaisseaux ont semblé plus développées que dans la région postérieure. Le diamètre moyen des adipocytes dans cette région antérieure était de l'ordre de 55 microns. Dans la région postérieure et en particulier dans la région intra-conique, les travées conjonctives étaient plus grêles et le diamètre moyen des adipocytes apparaissait plus important que dans les autres régions intra-orbitaires, de l'ordre de 75

microns. Ces différences morphologiques entre les régions antérieure et postérieure ont été mises en parallèle avec les différences de contraintes mécaniques qui s'exercent dans ces deux régions. En particulier, la plus grande richesse en fibres collagène de la région antérieure peut correspondre aux poulies fonctionnelles des muscles droits décrites récemment par Demer. En revanche, la finesse des travées conjonctives autour du nerf optique dont le trajet intra-orbitaire est sinueux, lui garantissent probablement la "liberté de mouvement" nécessaire lors des déplacements du bulbe oculaire qu'il accompagne.

Nos travaux, concernant le développement, ont porté sur des coupes après congélation du contenu orbitaire de 30 embryons et fœtus âgés de 9 à 39 semaines d'aménorrhée. Les colorations que nous avons utilisées, étaient l'hématéine-éosine, l'Oil Red O et un immunomarquage de la leptine. Nous avons mis en évidence dès les stades les plus précoces de notre série (de 9 à 16 semaines d'aménorrhée) un cône musculaire déjà en place au sein d'un tissu mésenchymateux sans aucune différenciation adipocytaire visible. Les premiers lipoblastes contenant de fines vacuoles lipidique ont été clairement identifiés dans notre série chez des fœtus âgés de 17 à 20 semaines d'aménorrhée après coloration par l'Oil Red O. Enfin, à partir de notre stade 23 semaines d'aménorrhée, des pré-adipocytes et adipocytes étaient associés aux lipoblastes. Les adipocytes exprimaient également la leptine. Ce processus de différenciation est observé autour des structures vasculaires dessinant les futurs lobules adipeux et a intéressé de façon concomitante les régions intra et extra coniques. La différenciation du tissu adipeux coïncide avec la survenue des premiers mouvements oculaires fœtaux vers 3 mois ½ (ou 17 SA). Le rôle clé du tissu adipeux orbitaire dans l'oculomotricité doit être pris en considération lors des gestes chirurgicaux entraînant une réduction de son volume ou un remaniement comme dans les blépharoplasties réalisées pour des raisons esthétiques, dans les interventions d'Olivari pour les ophtalmopathies de Basedow ainsi que lors des énucléations ou éviscérations oculaires. Ses particularités, par rapport aux autres localisations du tissu adipeux de l'organisme méritent aussi une attention lors de la chirurgie de reconstruction de la cavité par greffon après exentération pour tumeur par exemple.

LE ROLE DES MODELES ANATOMIQUES - EMBRYOLOGIQUES ET DU DESSIN DANS L'ENSEIGNEMENT DE L'ANATOMIE

Gogolak H. Edit, Lazăr I.

Département d'Anatomie

Université de Médecine et Pharmacie Tg. Mureș, Roumanie

Le modelage tridimensionnelle (3D) des étapes évolutives dans l'étude de l'embryologie humaine et des dessins constituent la résultat d'un travail créatif éducatif. ce sont des méthodes adéquates dans la formation de la capacité intellectuelle et dans la formation de la perception. elles complète d'une manière organique les méthodes d'étude visuelles, auditives, proprioceptives. les modèles exposés dans la musée d'anatomie et d'embryologie de l'université de médecine et de pharmacie de tg. mures représentent les plus essentielles étapes successives du développement du visage, de la palatogenèse, de l'intestin branchial, de l'appareil cardiovasculaire, du système génito-urinaire. la suite des modèles embryologiques contribuent à la formation de l'imagination des étudiants, à la création d'une vision 3D. Les modèles rendent possible la matérialisation des notions abstraites et s'associent aux dessins explicatifs schématiques. on a effectué la démonstration 3D des étapes embryo-foetogénétiques à l'aide des modèles réalisées en plâtre et du fil d'acier, après les sections histologiques en sortie, agrandies et dessinées, transmises sur des plaques de paraffine, puis modelées du plâtre, colorées avec des couleurs conventionnelles. on a effectué certains modèles après les célèbres atlas anatomiques et on les a multipliés par le modelage des images planes dans des structures 3D. Dans les étapes précoces de l'embryogenèse on l'ectoderme est en rouge, la mésoderme en bleu ou en vert, l'endoderme en jaune. par l'agrandissement chiffrés des modèles, on augmente l'accessibilité des étudiants. La projection des noyaux des nerfs crâniens est plus accessible par la sculpture en bois et l'agrandissement du schéma de bras. à l'aide des modèles anatomiques-embryologiques, l'étudiant peut rendre concrètes les notions abstraites et ils vont constituer une modalité optimale d'étude introductive dans l'imagistique.

LA DETERMINATION RADIOGRAPHIQUE DE L'OSSIFICATION DE LA BASE CRANE DU FOETUS

Gogolak H. Edit*, Buruian M.**, Hajdu Z. *, Pap CS.**

*Département d'Anatomie, l'Institut de Radiologie et Imagistique

**Université de Médecine et Pharmacie Tg. Mureș, Roumanie

On étudie le développement de la base de crâne chez 18 foetus non malformés provenant des avortements spontanés collectés de la Clinique de Gynécologie-Obstétriques de Tg Mures. Les radiographies seront effectuées perpendiculairement sur les préparations anatomiques éviscérées des extrémités céphaliques (les paramètres utilisés sont 44 Kv, 4,49-5,83 mAs, le temps de exposition étant de 19,7mS) dans l'Institut de Radiologie Imagistique de Tg. Mures avec l'appareil Philips Telediagnost. Nos observations ont été complétées par l'analyse des préparations microdissectées, photographiées avec l'appareil photographique digital. Les préparations anatomiques proviennent des avortons humains d'une distance vertex-calx entre 22-44cm. Après avoir décollé le desmocrâne et après avoir extirpé le cerveau, on obtient des images radiologiques, on décrit les centres de l'ossification de la base crânienne dans les zones parasagittales et latérales de l'endobase. La fosse crânienne postérieure (f.cr.P) est radiotransparente et l'éminence cruciforme est ossifiée. Dans la fosse crânienne antérieure (f.cr.A) et moyenne (f.cr.M) les zones radioopaques sont l'alisphénoïde, le plateau orbitofrontal, la base du sphénoïde, le rocher de l'os temporal, les grandes ailes du sphénoïde sont radiotransparentes. Le processus d'ossification avance ventro-dorsal de la f.cr.A vers la f.cr.M; l'ossification de la f.cr.P du primordium vertébral, est lente par rapport à d'autres zones endocrâniennes. Les synchondroses sphénoethmoïdales, ou celles sphénooccipitales sont cartilagineuses et radiotransparentes pendant la vie intra-utérine. Les zones latérales dans la f.cr.A et dans la f.cr.M s'ossifient d'un rythme plus vertigineux que les zones médianes et paramédianes de ces fosses. Nos observations sont utiles dans l'interprétation clinique des osteodysplasies.

LES TRANSFORMATIONS ULTRASTRUCTURALES DANS LA NEPHROTOXICITÉ EXPÉRIMENTALE AVEC CARBONE DISULPHYDE CHEZ LES RATS

Mihalache G., Mihalache G.D., Mihalache Cornelia, Indrei Anca

Département d'Anatomie

Université de Médecine et Pharmacie "Gr.T.Popa", Iași, Roumanie

Le but de notre étude est d'identifier les effets de carbone disulphide aux niveaux ultrastructuraux du rein des rats. Nous avons utilisé des rats blancs, mâles, avec le poids initial entre 150 et 200 grammes. Nous avons injecté par voie du péritoine, carbone disulphide (en solution 0.5 % CS₂ dans huile de tournesol) 5 mg, 10 mg et 15 mg/kg poids corporel et par semaine, pendant 3, 6 et 9 mois. Chaque groupe a été composé par 10 rats, chaque groupe pour une dose et pour une période (9 groupes, 90 rats). Le groupe de contrôle a été composé par 15 rats pour chaque dose. Ils ont reçu le même volume d'huile, injecté par la voie du péritoine, chaque semaine. Nous avons soigné les animaux dans les conditions standard de laboratoire. Les animaux ont été tués après une semaine depuis la dernière administration (analgésie avec isoflurane). Nous avons examiné les reins de tous les animaux par microscopie électronique. Les transformations des tissus sont trouvées dans toutes les composantes du glomérule en commençant avec la dose de 5 mg/kg poids corporel. Les lésions étaient plus graves et larges en relation directe avec la dose et avec la période de temps, mais dans tous les groupes restent quelques glomérules pas modifiés. Les podocytes présentent des modifications du volume et ultrastructurales, transformation du noyau, inclusions lipidiques, pédicules irrégulières, et un cytoplasme dense. Les cellules du mésange étaient plus grandes en volume et présentaient plusieurs inclusions denses dans le cytoplasme. Les artères et les artérioles ne présentaient pas des lésions d'artériosclérose. Conclusions: CS₂ produit des lésions qui semblent avec la glomérulite. Les aspects ultrastructuraux observés soutiennent l'action toxique directe de CS₂ sur les glomérules du rein, mais c'est possible aussi l'apparition d'une réaction auto-immune.

Mots clés: reins, carbone disulphide.

PARTICULARITES DE DISTRIBUTION DES BRANCHES DES ARTERES CORONNAIRES

Onciu M., Șapte Elena, Baz R., Onciu Carmen
Faculté de Médecine, Constanța, Roumanie

L'étude actuelle continue une démarche commencée il y a 12 ans, et qui vise la vascularisation du cœur. L'évaluation a porté sur l'étude de 250 cœurs humains sains, prélevés sur des sujets de deux sexes à l'âge de 8 à 45 ans. Les méthodes utilisées sont été: la coronarographie et l'injection de matière plastique suivie de corrosion ou dissection suivant le cas.

L'origine des artères coronnaires est le plus souvent au niveau du bord libre de la valve semi-lunaire.

L'orifice coronaire gauche est plus grand que le droit (4,5x3,1 mm par rapport à 3,5x2,4 mm).

La longueur du tronc coronaire gauche est de 5 à 10 mm. Dans un tiers des cas le diamètre des artères coronnaires était identique.

Dans 13% des cas le tronc coronaire gauche avait un aspect terminal à trois branches-la première artère diagonale ayant l'origine dans l'angle de l'artère interventriculaire antérieure et l'aorte circonflexe. L'artère interventriculaire antérieure avait dans 5% des cas l'origine séparée de celle de l'artère circonflexe dans le sinus aortique gauche.

Les artères coronnaires multiples doivent leur existence le plus souvent, aux variations d'origine de l'artère du cône artériel.

L'emplacement le plus fréquent des ponts miocardiques est au niveau des branches de l'artère coronaire gauche, plus précisément au niveau de l'artère interventriculaire antérieure et de ses branches.

Mots clés: artères coronnaires, ponts miocardiques.

ASPECTS MORPHOFONCTIONNELS DE LA VARIABILITE

DES PILLIERS VENTRICULAIRES

Onciu M., Șapte Elena, Baz R., Onciu Carmen
Faculté de Médecine, Constanța, Roumanie

L'étude actuelle a porté sur 200 cœurs sains prélevés sur des sujets adultes des deux sexes.

Cette étude apporte des preuves nouvelles à l'appui de la théorie de la variabilité morphologique de certains composants de l'appareil valvulaire: les cordages tendineux et les muscles papillaires. En ce qui concerne la seconde entité, on respecte la prédominance des formes classiques (cylindre et cône) présentes en 80% des cas.

Les formes particulières, même si moins nombreuses (moins de 20%) présentent une distribution légèrement modifiée

des cordages tendineux. Ce n'est pas clair si sur le plan fonctionnel cette spécificité se traduit par des troubles de dynamique valvulaire. Les bandes musculaires et les cordages tendineux courts qui lient les corps musculaires des piliers, particulièrement à gauche, constituent, à notre opinion, un des principaux facteurs qui assurent l'action synergique et coordonnée des muscles papillaires dans la révolution cardiaque.

L'aspect morphologique différent des piliers ventriculaires ou des cordages tendineux ne doivent pas être interprétés comme des facteurs favorisants des pathologies des valvulopathies, mais plutôt des caractéristiques structurelles individuelles ou géographiques.

Mots clés: des piliers ventriculaires, des cordages tendineux.

BREF HISTOIRE DE L'ENSEIGNEMENT ANATOMIQUE EN ROUMANIE

Ulmeanu D.

Département d'Anatomie

Faculté de Médecine, Constanța, Roumanie

Les premières facultés de médecine en Europe sont fondées en 1181 à Montpellier et en 1222 à Padoue et la première livre d'anatomie a été publiée en 1316 par Mondino de Luzzi. En Roumanie le début d'un enseignement médical et anatomique organisé date depuis 1857 quand est fondée à Bucarest, la première faculté de médecine par Carol Davila, médecin français et Nicolas Kretzulesco. Jusqu'en 1919 les professeurs d'anatomie sont en ordre G. Polizu, L. Fiella, P. Petrini; dans la même temps fonctionnent comme professeurs d'anatomie topographique et chirurgie opératoire N. Tournesco, C. Dimitresco-Severeano, A. Demostene, Thoma Ionesco, collaborateur de Poirier et Charpy, D. Gerota, élève de Poirier et Farabeuf à Paris et de Waldeyer et Munck à Berlin. Entre 1920-1942 le chef de la chaire d'anatomie à Bucarest a été Fr. Rainer, le fondateur de l'enseignement anatomique moderne et de l'anthropologie en Roumanie, maître de George Emil Palade. Il a été suivi par Gr. T. Popa, entre 1942-1948 qui a étudié à Londres le système port hypothalamohypophysier. La deuxième faculté de médecine a été créée à Iasi en 1879. Son premier professeur d'anatomie ont été L. Scully, A. Peride et Jean Tanasesco, spécialisé à Paris chez Poirier; l'anatomie topographique a été enseignée par Ernest Juvara, élève de Poirier et Farabeuf. Entre 1913-1920 fonctionnent comme professeurs d'anatomie Fr. Rainer et entre 1920-1928 N. Hortolomei, un chirurgien d'exception. Entre 1928-1942 le chef de la chaire a été Gr. T. Popa. En 1919 est fondée la troisième faculté de médecine en Roumanie,

a Cluj, ou le professeur d'anatomie a été jusqu'en 1948 V. Papilian un vraie encyclopediste. Apres 1948 l'école anatomique roumaine a été conduite par des personnalités scientifiques remarquables, mais moins connues à l'étranger à cause des conditions socio-politiques échangées. Apres 1989 les anatomistes roumaines sont bien connus par leurs collègues européens et sont fiers d'être organisateurs de la 87ème Congrès de l'Association des Morphologistes à Constantza.

Mots clés: enseignement anatomique, histoire.

EVOLUTION DE LA MANDIBULE ÉDENTÉE CHEZ LE SUJET ÂGÉ.

Vacher C.*, Merrot O.***, Godlewski G.***, Goudot P.****

*Anatomie, Faculté Bichat et Institut d'Anatomie de Paris; Service de Chirurgie Maxillo-faciale et Stomatologie, Hôpital Beaujon

**Service d'Otorhinolaryngologie, Centre Hospitalier La Croix-Rousse, Lyon.

***Anatomie, Faculté de Médecine de Nîmes, Service de Chirurgie viscérale, CHU Hopital Caremeau, Nîmes

****Service de Chirurgie Maxillo-faciale et Stomatologie, CHU Hôpital Lapeyronie, Montpellier, France.

La résorption de l'os alvéolaire est l'élément le mieux connu du vieillissement mandibulaire chez l'édenté. Les autres conséquences de la perte des dents chez le sujet âgé sont moins connues. Une étude anthropométrique de la mandibule à partir de téléradiographies de face et de profil de sujets âgés de plus de 70 ans dentés et édentés indemnes de toute dysmorphose maxillo-mandibulaire a été effectuée afin de mettre en évidence les différences qui existaient entre mandibule dentée et édentée. Les mandibules édentées présentaient une diminution de la hauteur de la symphyse, une augmentation de la hauteur de l'incisure mandibulaire, une diminution de la hauteur du corps et une augmentation de l'angle goniale de manière significative. Aucune différence significative n'a été observée pour la hauteur du ramus, la longueur de la mandibule, la largeur minimum du ramus et la largeur bigoniale. La diminution de la hauteur de la symphyse mandibulaire et du corps s'expliquent par la résorption de la partie alvéolaire de la mandibule. L'augmentation de l'angle mandibulaire et la diminution de la hauteur de l'incisure mandibulaire pourraient être expliquées par un déséquilibre entre les muscles élévateurs et abaisseurs de la mandibule au dépend des muscles élévateurs, ou par l'absence de calage molaire.

BASES ANATOMIQUES DU LAMBEAU OSTÉO-MUSCULO-CUTANÉ DE TRAPÈZE DANS LA RECONSTRUCTION MANDIBULAIRE.

Vacher C.*, Accioli de Vasconcellos J.J.**

*Faculté Xavier Bichat, Université Paris VII, et Institut d'Anatomie de Paris, Université Paris V.

**Service de Chirurgie Maxillo-faciale et Stomatologie, Hôpital Beaujon, France

Le lambeau ostéo-musculo-cutané de trapèze a vu ses indications dans la reconstruction mandibulaire se réduire depuis l'avènement des lambeaux micro-anastomosés. Cependant il peut encore être utile lorsque le patient présente un terrain athéromateux très important qui contre-indique un lambeau libre. Si la vascularisation artérielle de ce lambeau est bien connue, il n'en est pas de même de son drainage veineux. La préservation du nerf accessoire et les limites de la reconstruction mandibulaires ont été très peu étudiées. Nous avons effectué une étude sur 30 sujets (60 dissections cadavériques de lambeaux de trapèze) afin de répondre à ses questions. Cette étude a été complétée par une série chirurgicale de cinq patients. L'étude cadavérique a permis de mettre en évidence la variabilité du drainage veineux de ce lambeau qui dépend de la veine jugulaire externe dans 80 % des cas, de la veine sub-clavière dans 12 % des cas et de ces deux veines dans 8 % des cas environ. Le nerf accessoire passait dans un tiers des cas au milieu du pédicule artério-veineux rendant ainsi impossible sa préservation. Le segment d'épine de la scapula permettait de reconstruire 9 cm de mandibule environ y compris la protubérance mentonnière dans 95 % des cas. L'étude chirurgicale a confirmé les données de l'étude cadavérique et montré l'intérêt de ce lambeau en cas de contre-indication aux lambeaux libres.