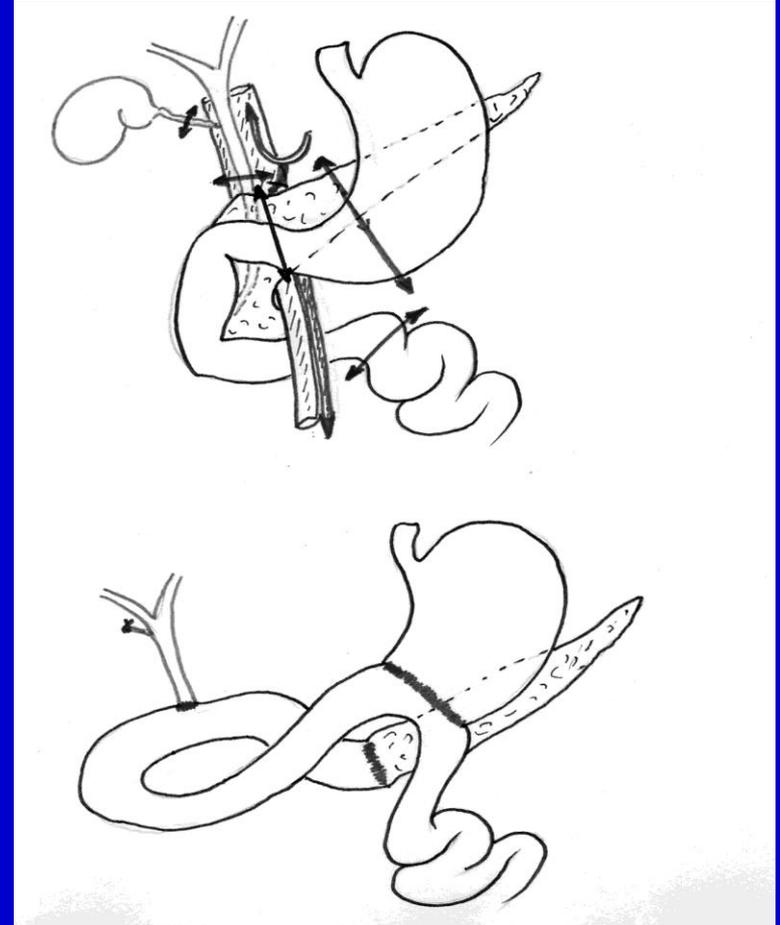
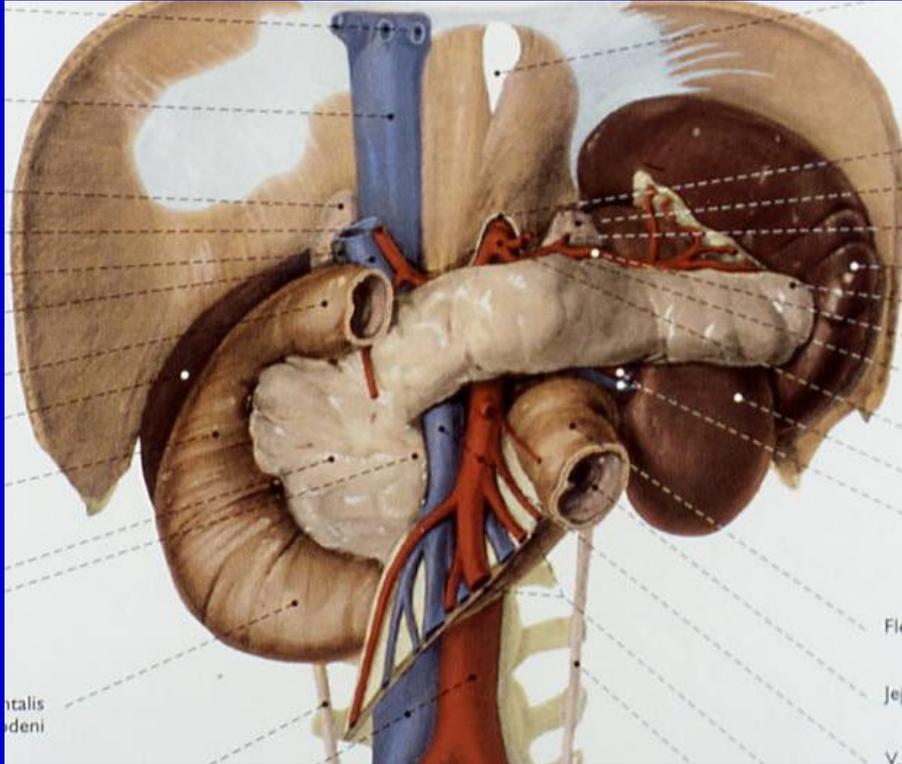
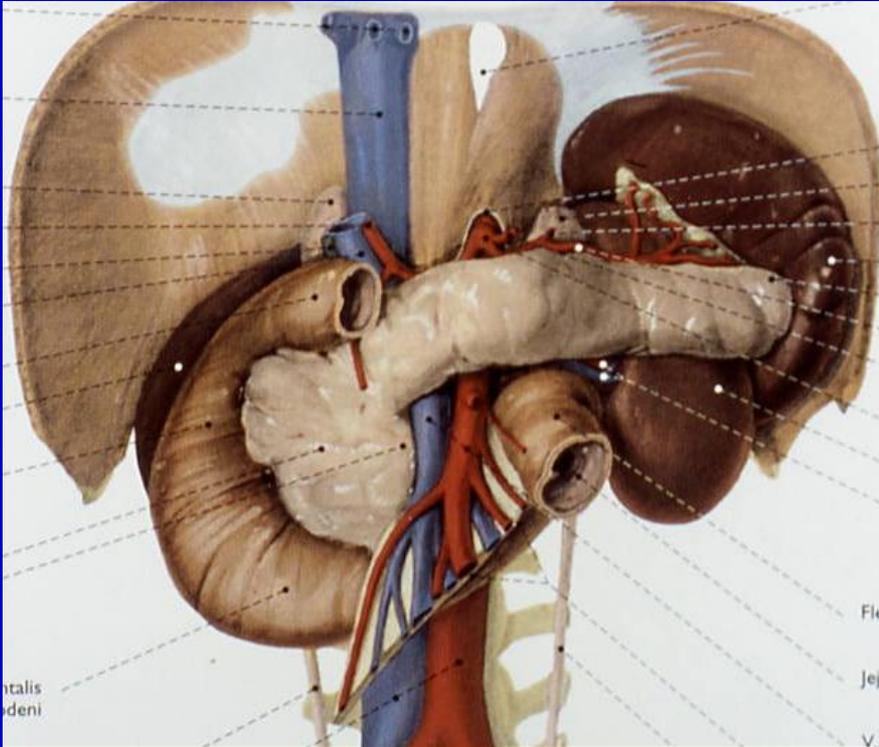


ANATOMIE DU PANCREAS



**BASES ANATOMIQUES
DE LA DUODENO-PANCREATECTOMIE
CEPHALIQUE (DPC)**

1. Généralités sur le PANCREAS



Glande endocrine et exocrine

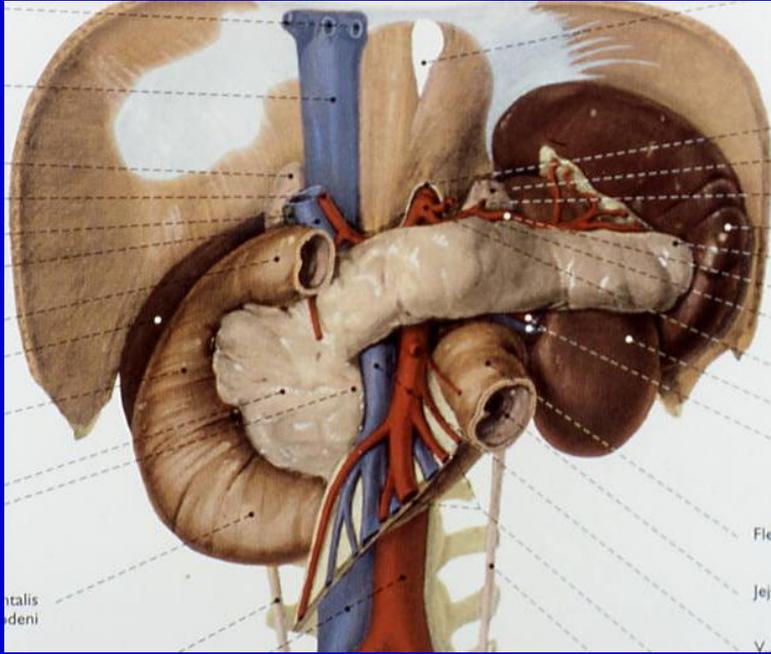
Jaune, lobulée, friable

Longueur 20cm

Hauteur de 5 à 3cm

Epaisseur 2cm

2. Morphologie et Topographie du PANCREAS

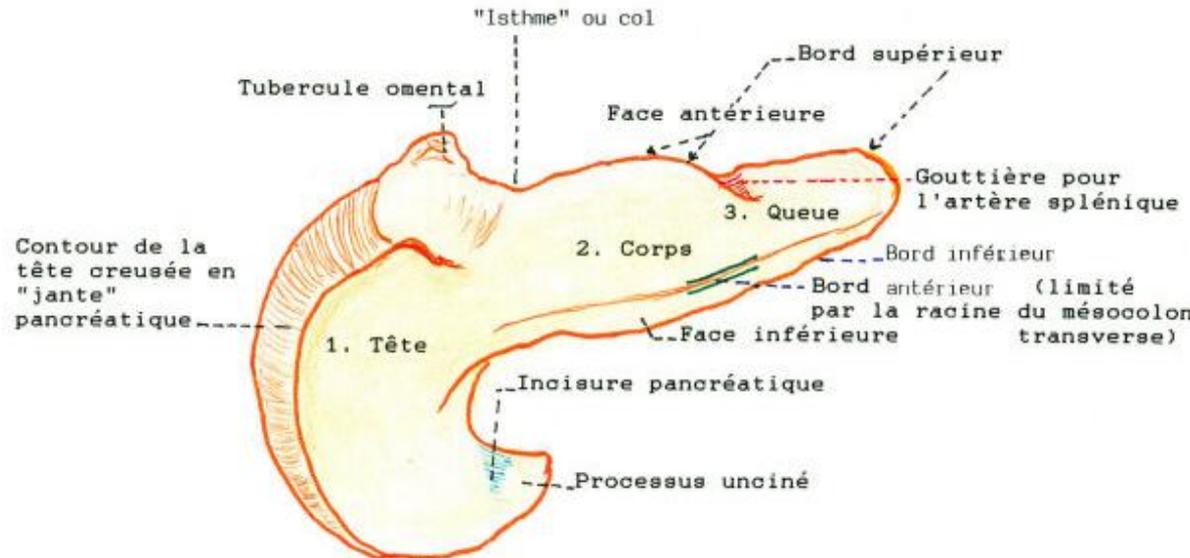


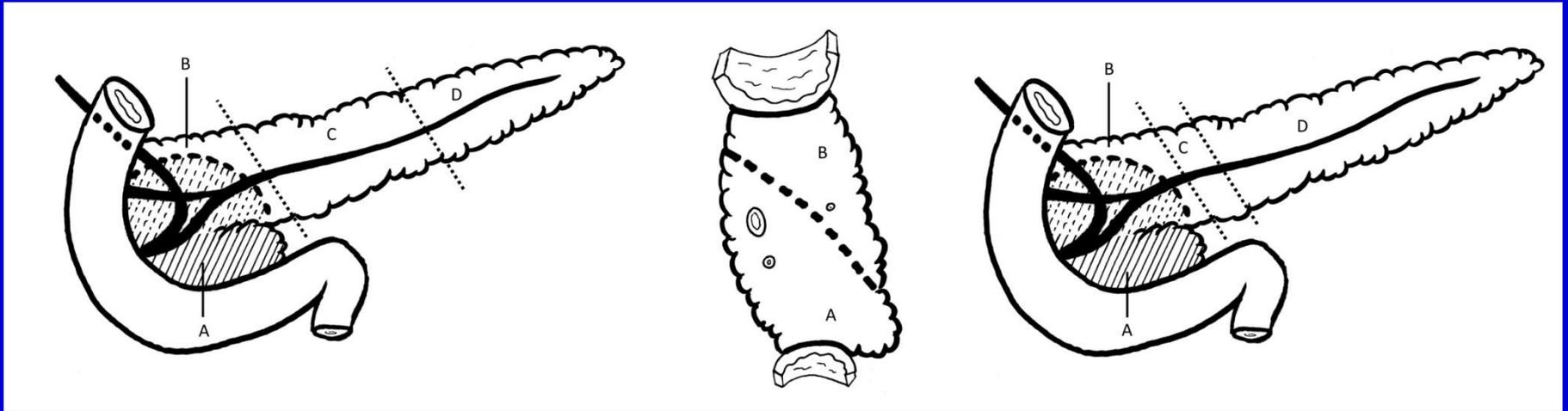
Quatre parties

Interposé entre duodénum et rate

Direction oblique

Organe profond

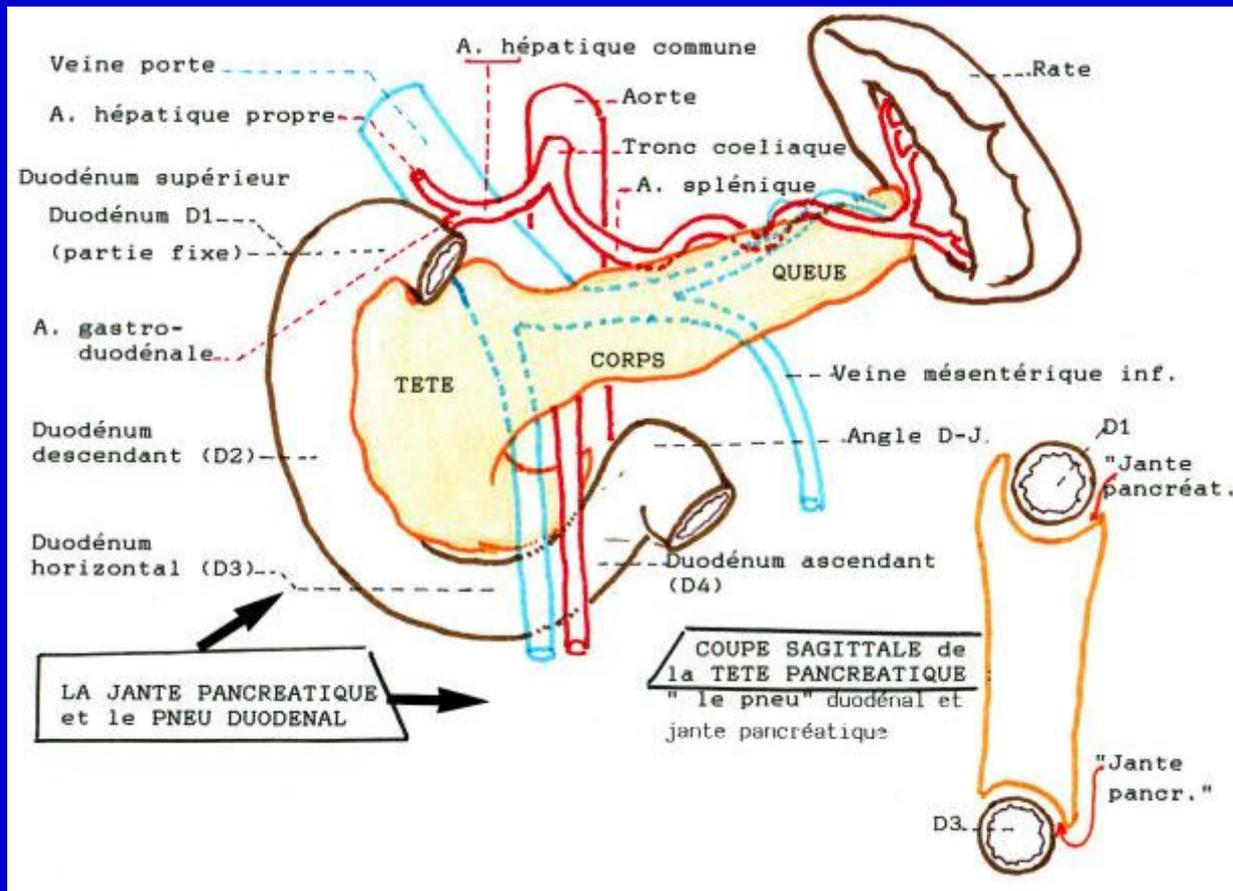




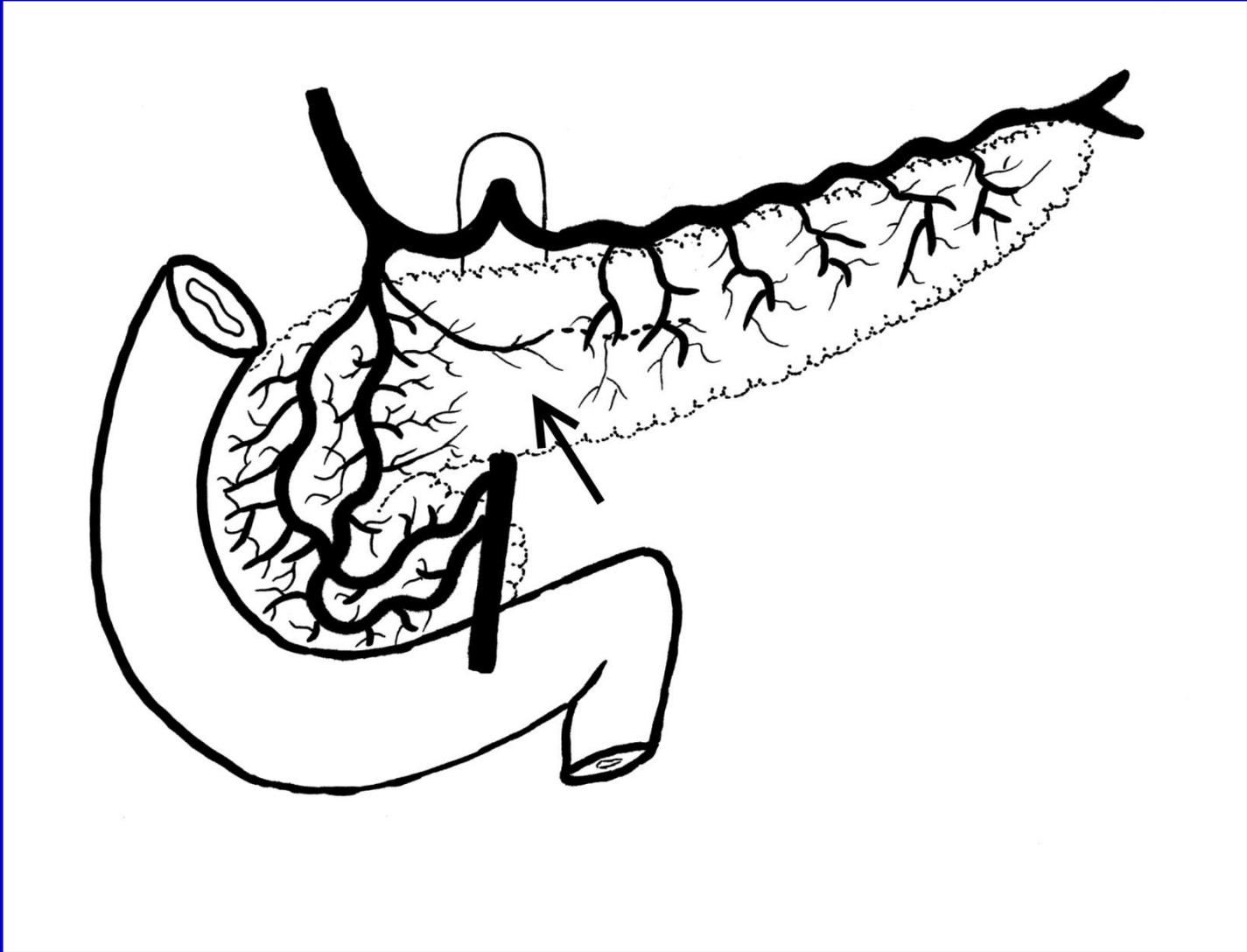
Left (according to Suda et al.): A, Posterior head segment ; B, anterior head segment ; C, body segment ; D, tail segment.

Right (according to Takada et al.): A, posterior ; B, proximal ; C, medial ; D, distal (corresponding to 3 and 4 of Suda et al.).

Middle: sagittal section of the head f the pancreas. A, posterior (Takada et al.) or posterior head (Suda et al.) segment ; B, proximal (Takada et al.) or anterior head (Suda et al.) segment.

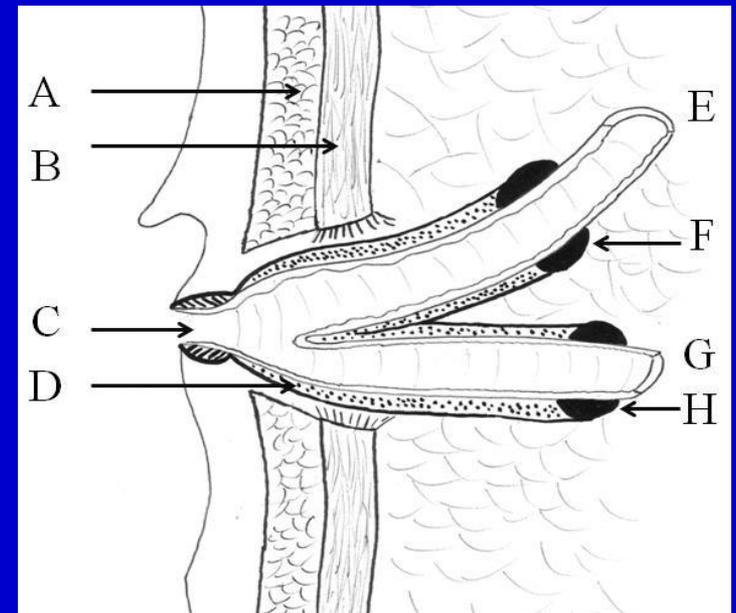
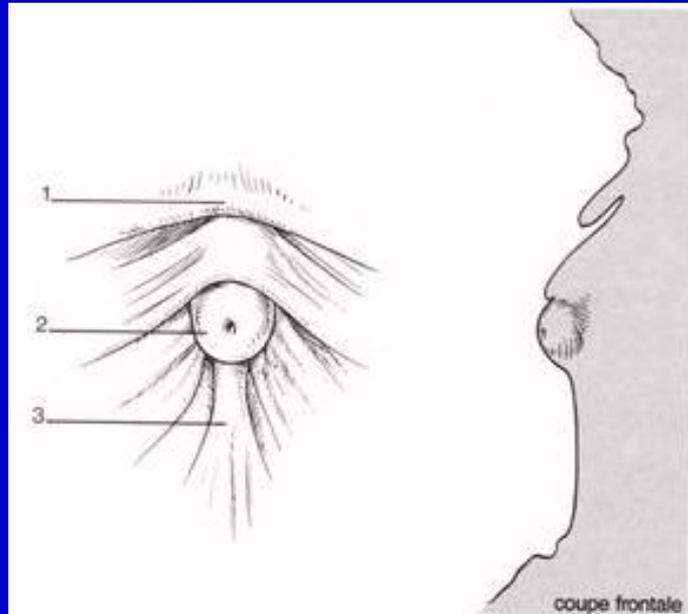
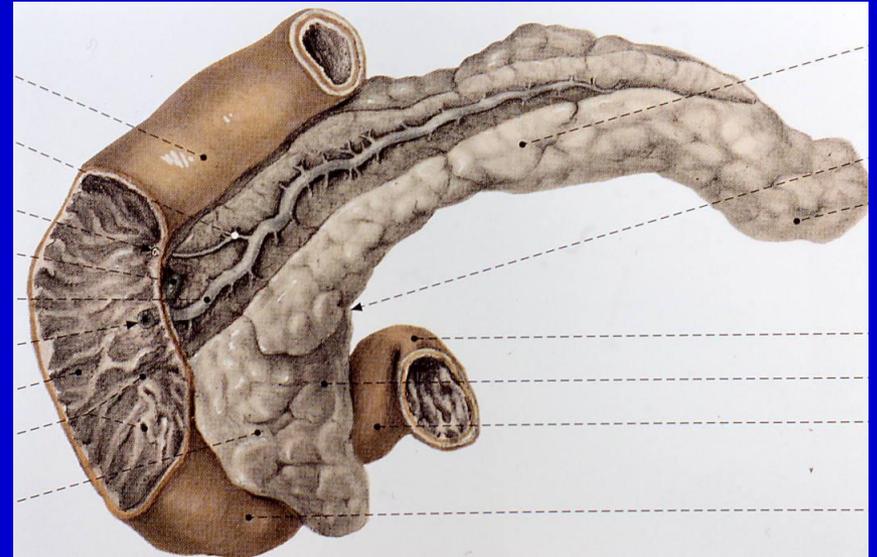
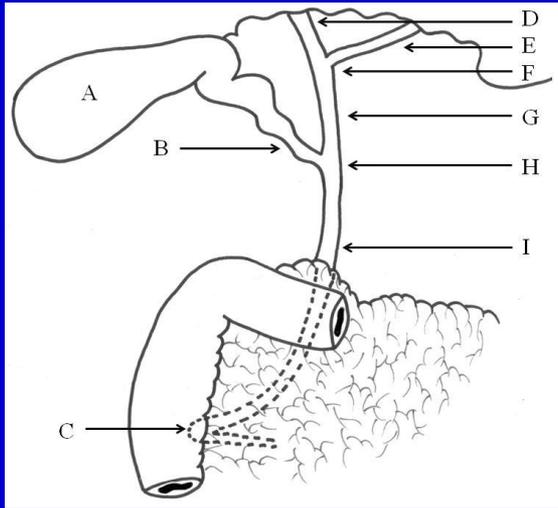


Deux régions anatomiquement et chirurgicalement différentes
Le bloc duodéno-pancréatique
La région spléno-pancréatique

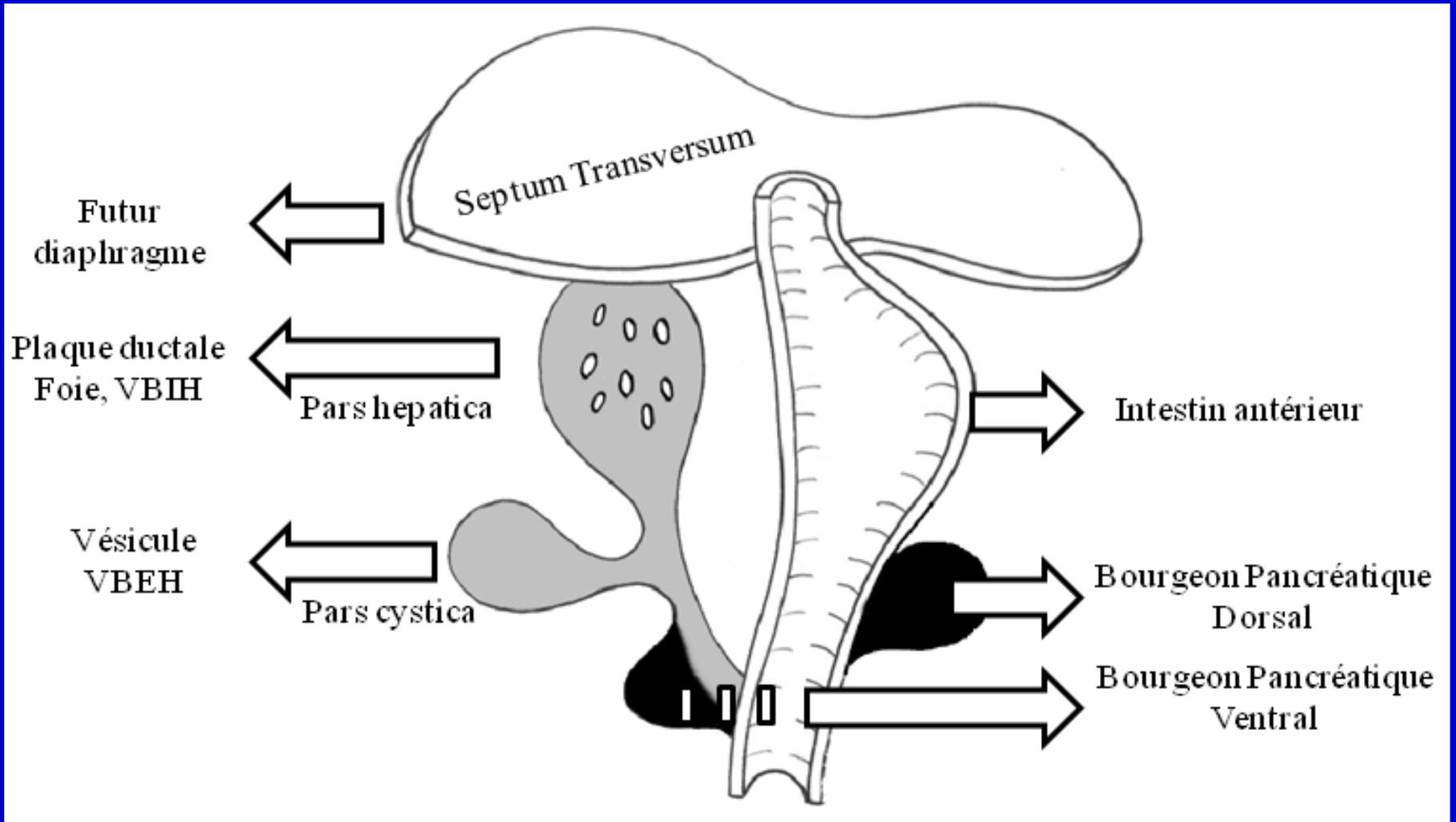


Vascular segmentation: right and left pancreas segment separated by the hypovascular area (arrow)

Les connexions bilio-pancréatiques



3. Embryologie du PANCREAS



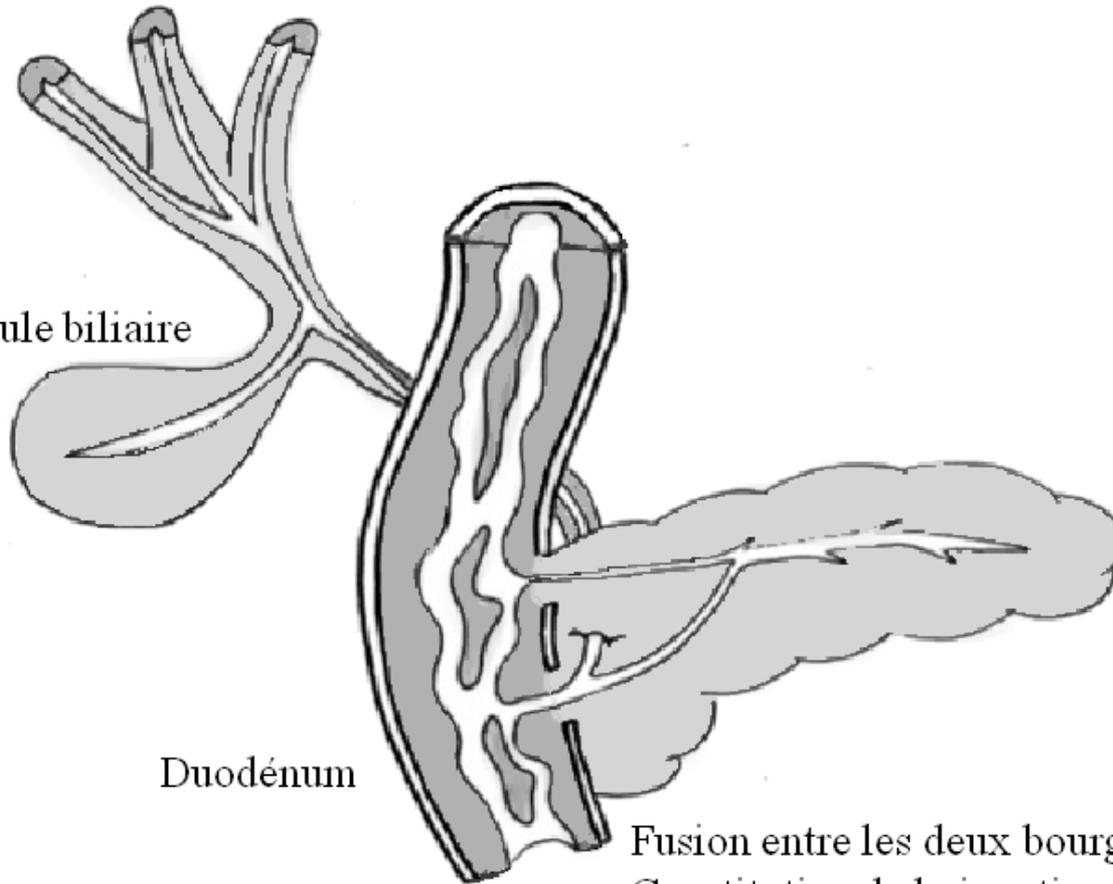
Embryologie du PANCREAS

Plaque ductale

Futures voies biliaires intrahépatiques

Vésicule biliaire

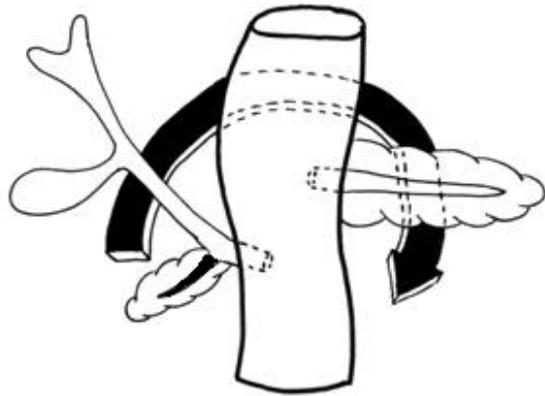
Duodénum



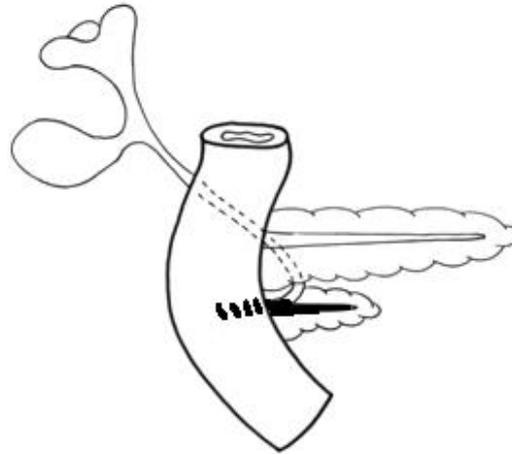
Fusion entre les deux bourgeons pancréatiques
Constitution de la jonction bilio-pancréatique

Embryologie du PANCREAS

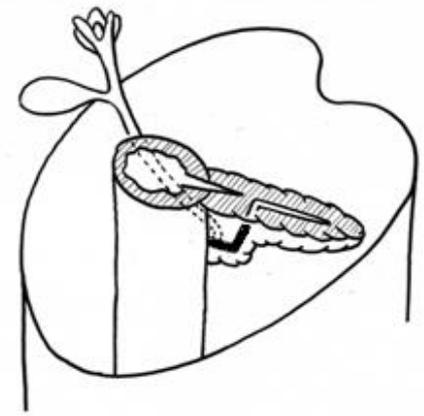
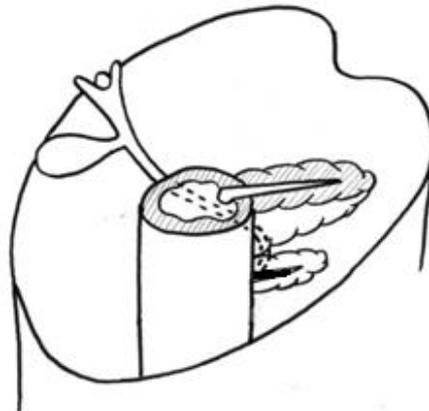
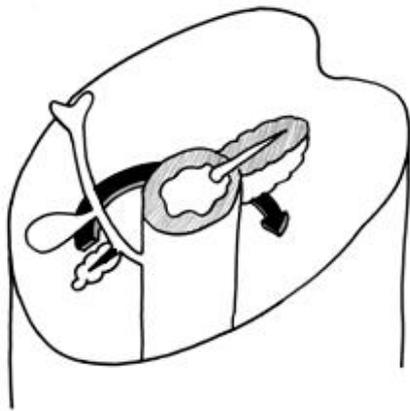
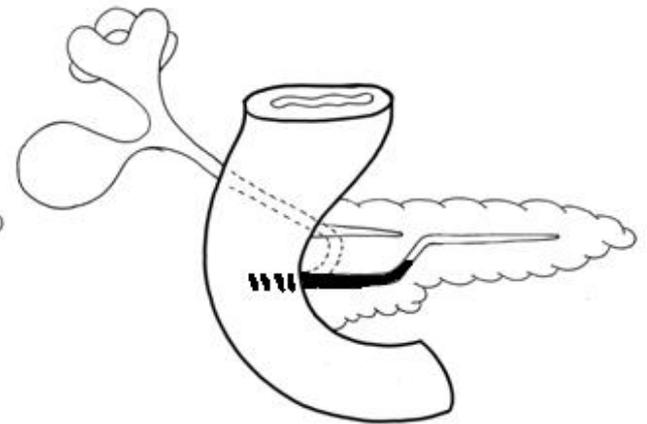
A



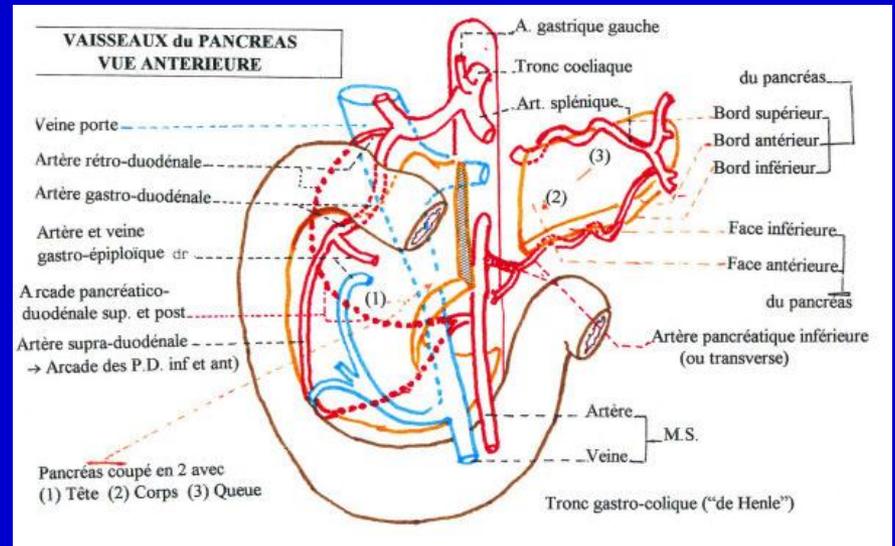
B



C



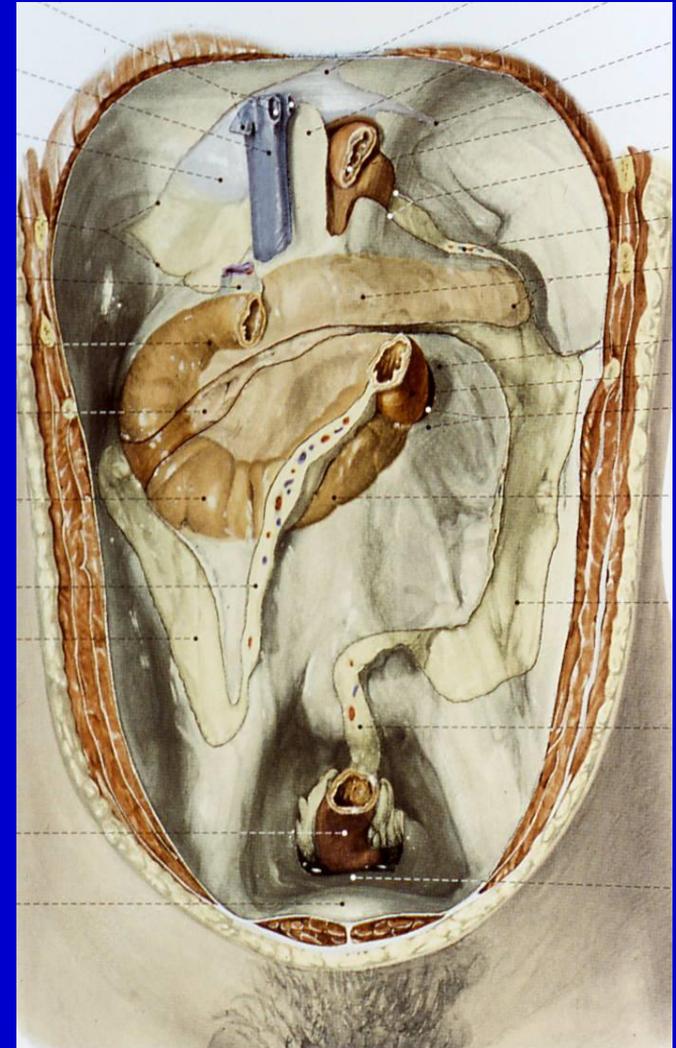
- 4. Disposition du péritoine
- 5. Rapports avec l'axe veineux mésentérico-portal
- 6. Arcades artérielles pancréatiques (valeurs-
variations)
- 7. Attaches postérieures du pancréas
- 8. Drainage lymphatique



4. PERITONE ET DUODENO-PANCREAS

Face antérieure barrée par :

- le grand épiploon
- la racine du mésocolon transverse



Accès au pancréas : relever le grand épiploon
et abaisser le méso colon transverse

LES RAPPORTS POSTERO-DROITS

Le foie (fosse hépato-rénale)

Le duodéno-pancréas (fascia de Treitz)

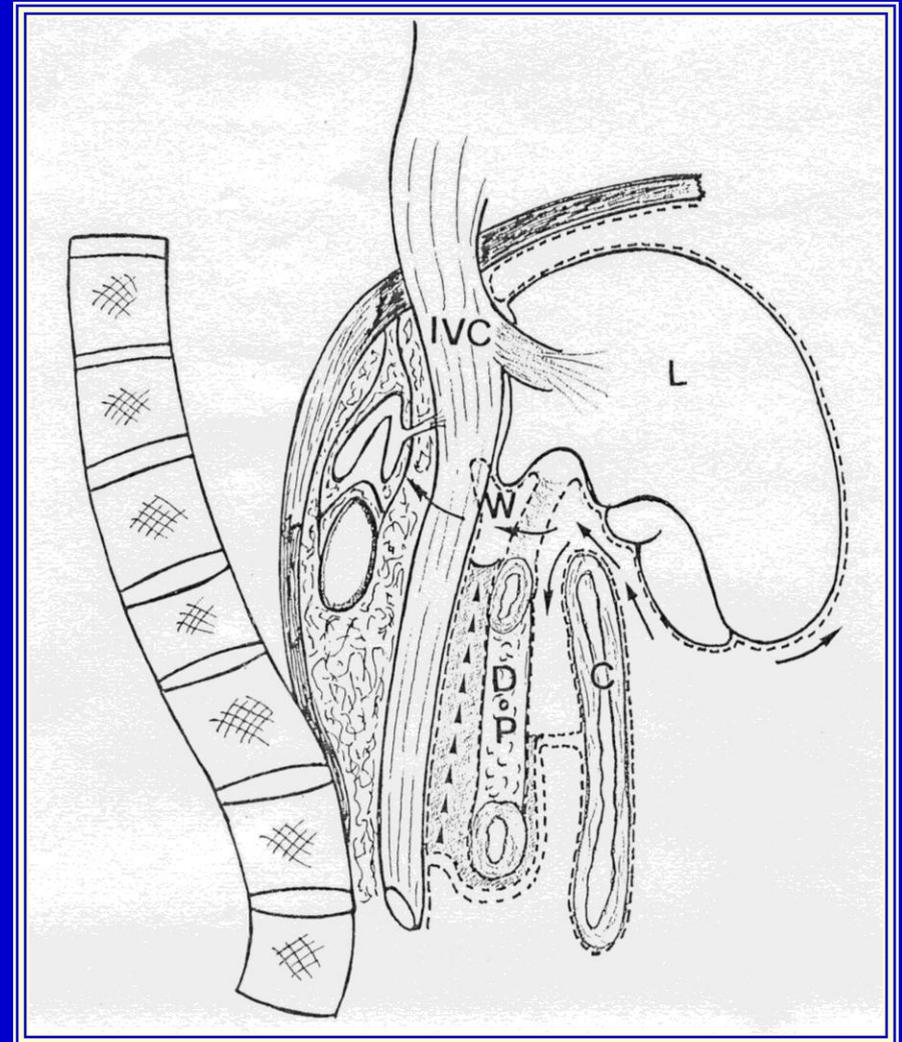
La veine cave inférieure

1 – lever le foie

2 – décoller le méso-colon transverse et
abaissier le colon transverse

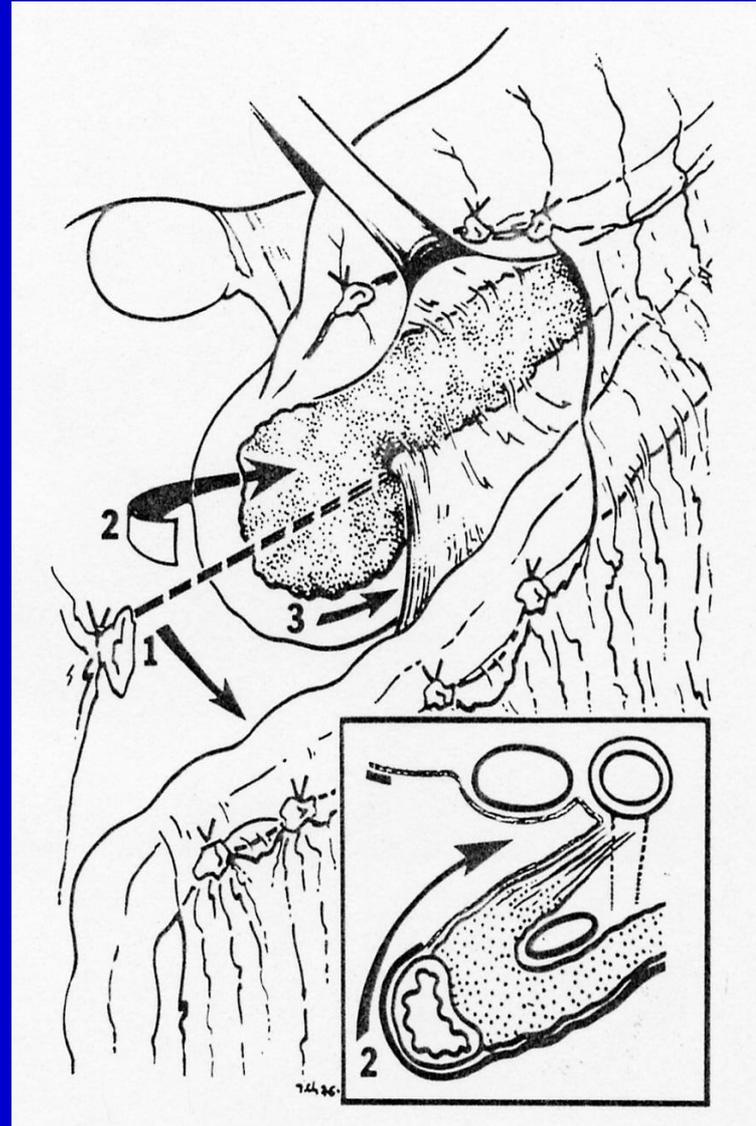
3 - passer en arrière du fascia de treitz
= explique le risque duodénal lors de la
colectomie droite

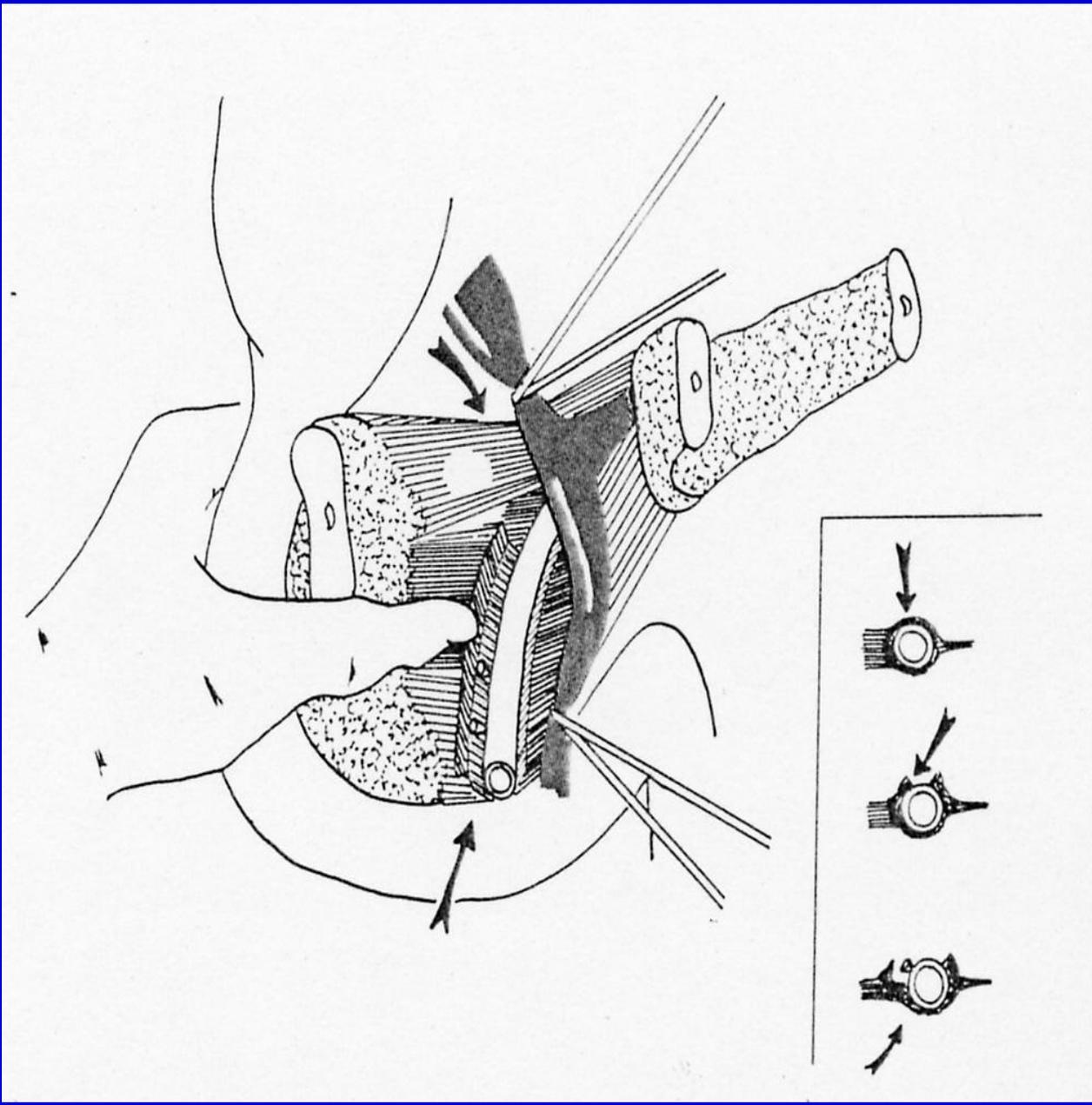
4 - hiatus de Winslow et pédicule
hépatique



PERITONE ET DUODENO-PANCREAS

Face postérieure => le fascia de TREITZ
et la manœuvre de VAUTRIN-KOCHER

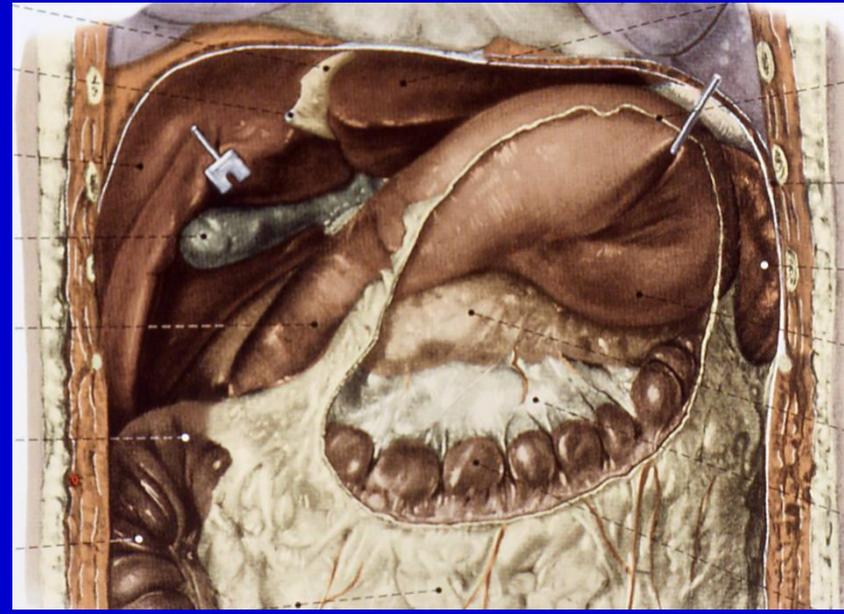
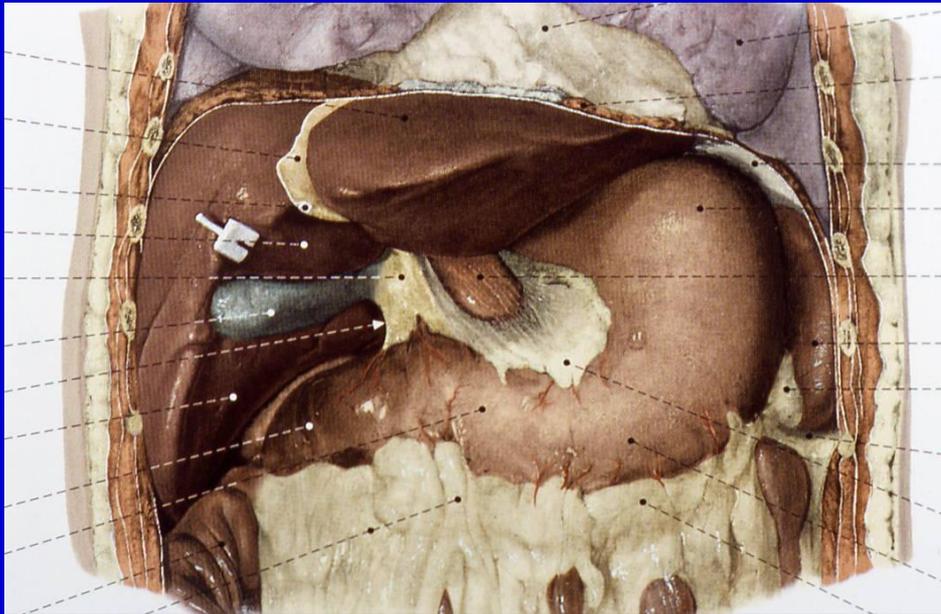




4. PERITOINE ET REGION SPLENO-PANCREATIQUE

Face antérieure barrée par :

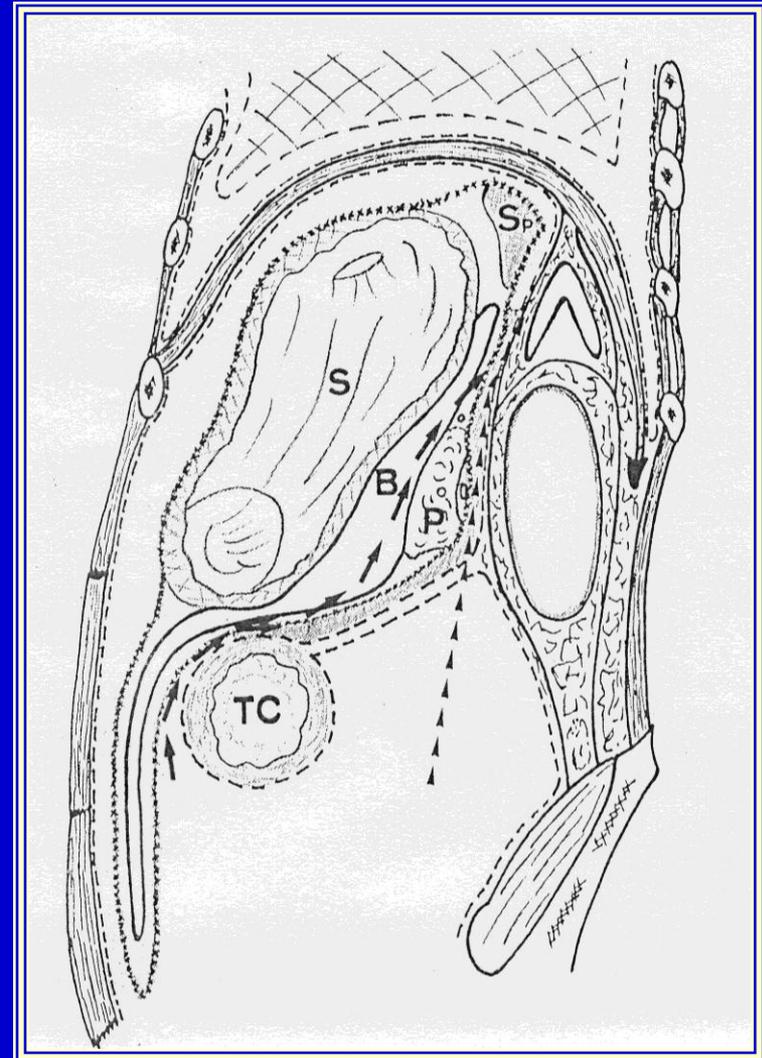
- l'estomac
- l'arrière cavité des epiploons



LES RAPPORTS POSTERO-GAUCHES

L'arrière cavité des épiploons
La racine du mésocolon transverse
Le mésogastre postérieur

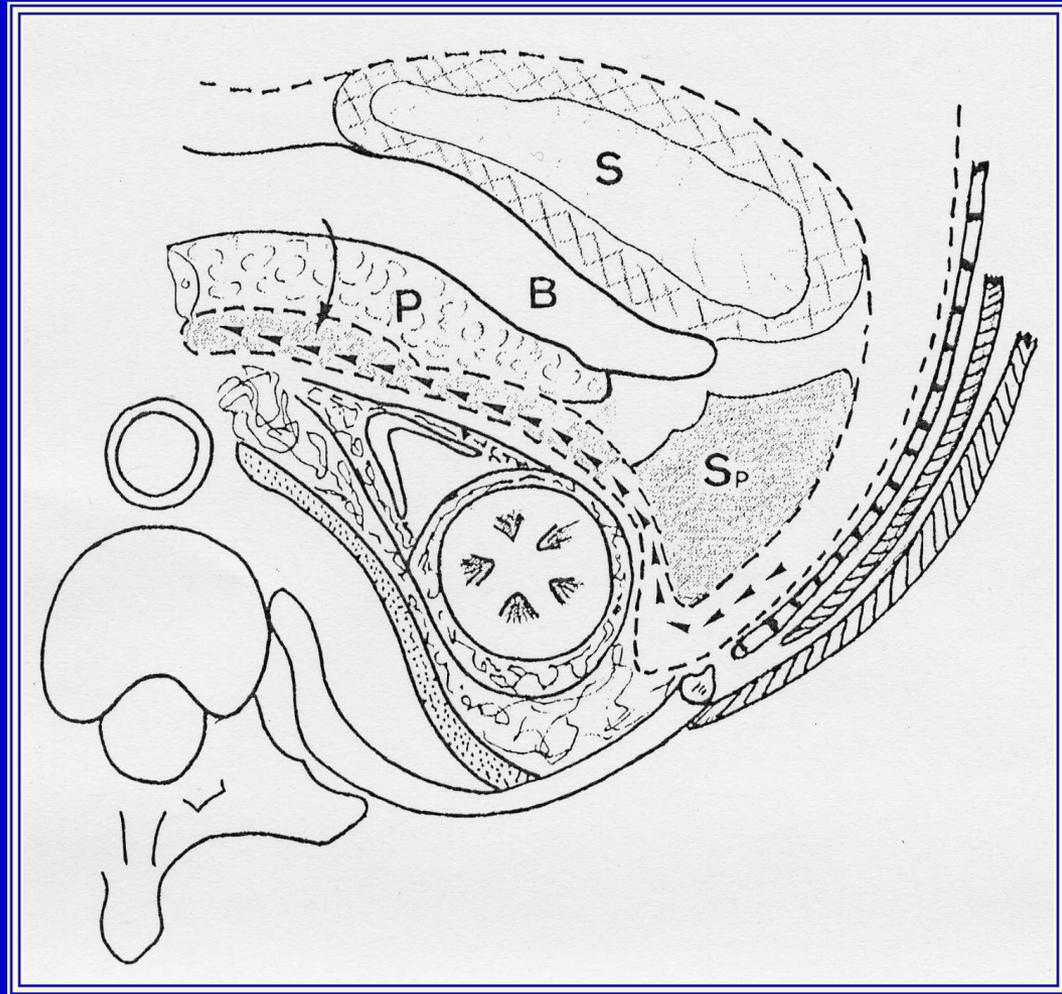
- 1 – on récline le grand épiploon
- 2 – décollement colo-épiploïque
- 3 – accès à l'ACE
- 4 – accès à l'artère splénique au dessus
(et + haut à la surrénale)



LES RAPPORTS POSTERO-GAUCHES

Le mésogastre postérieur

Accès lors de la spléno-
pancréatectomie



5. L'AXE MESENTERICO-PORTAL

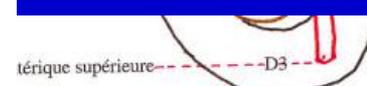
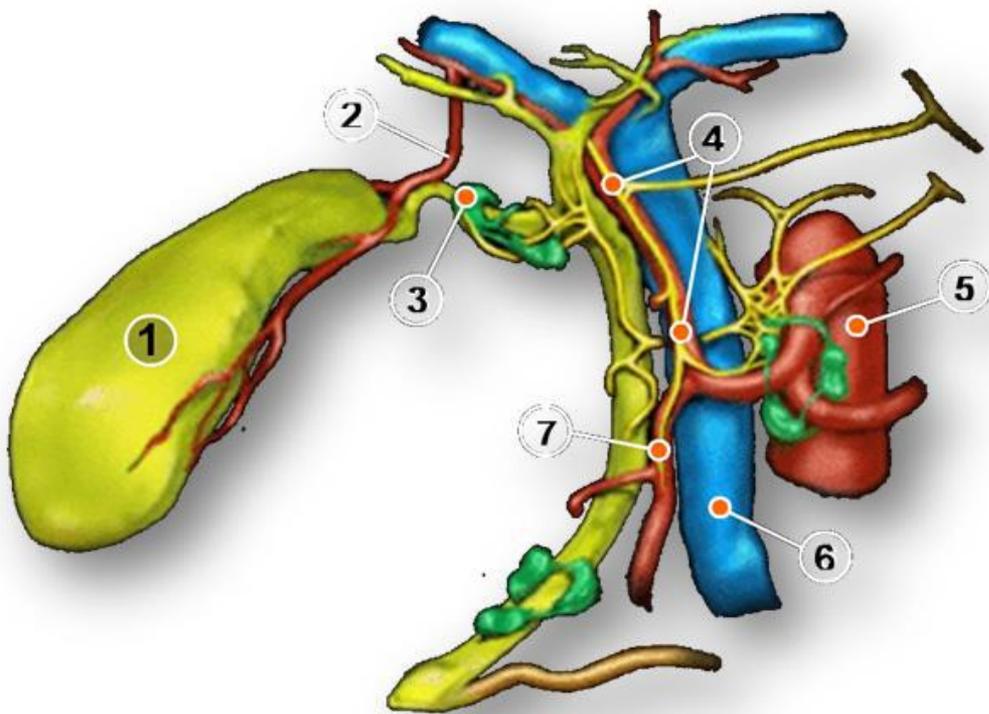


Confluence portale

Veine mésentérique supérieure, artère mésentérique supérieure

En bas : tronc de henlé (formé de la colique droite et gastro-epiploïque droite)

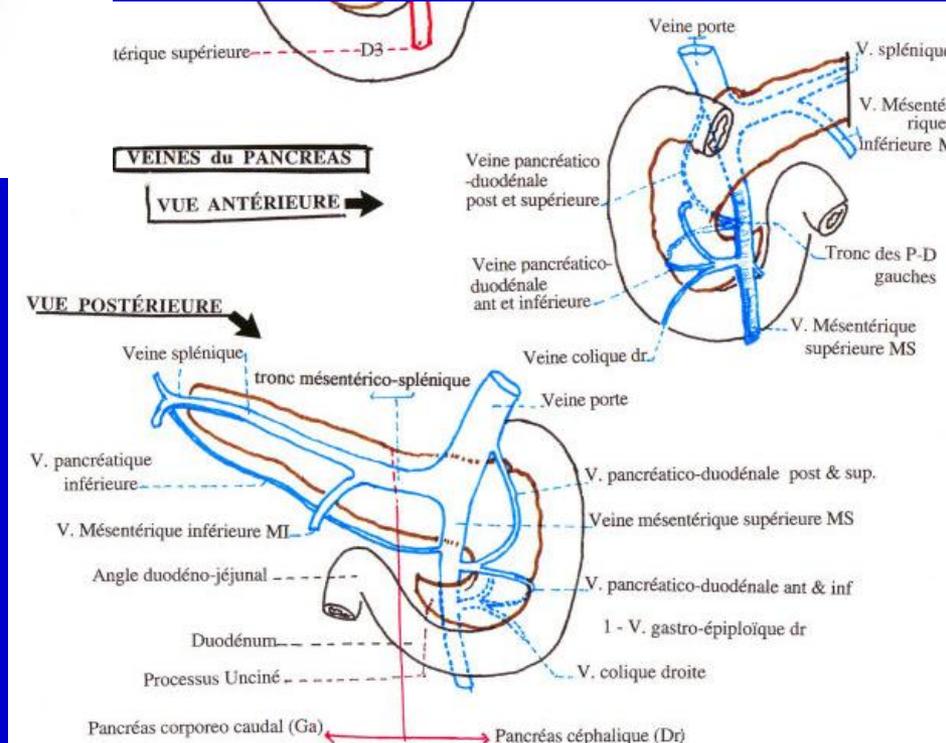
Au dessus : arcades veineuses duodeno-pancréatiques

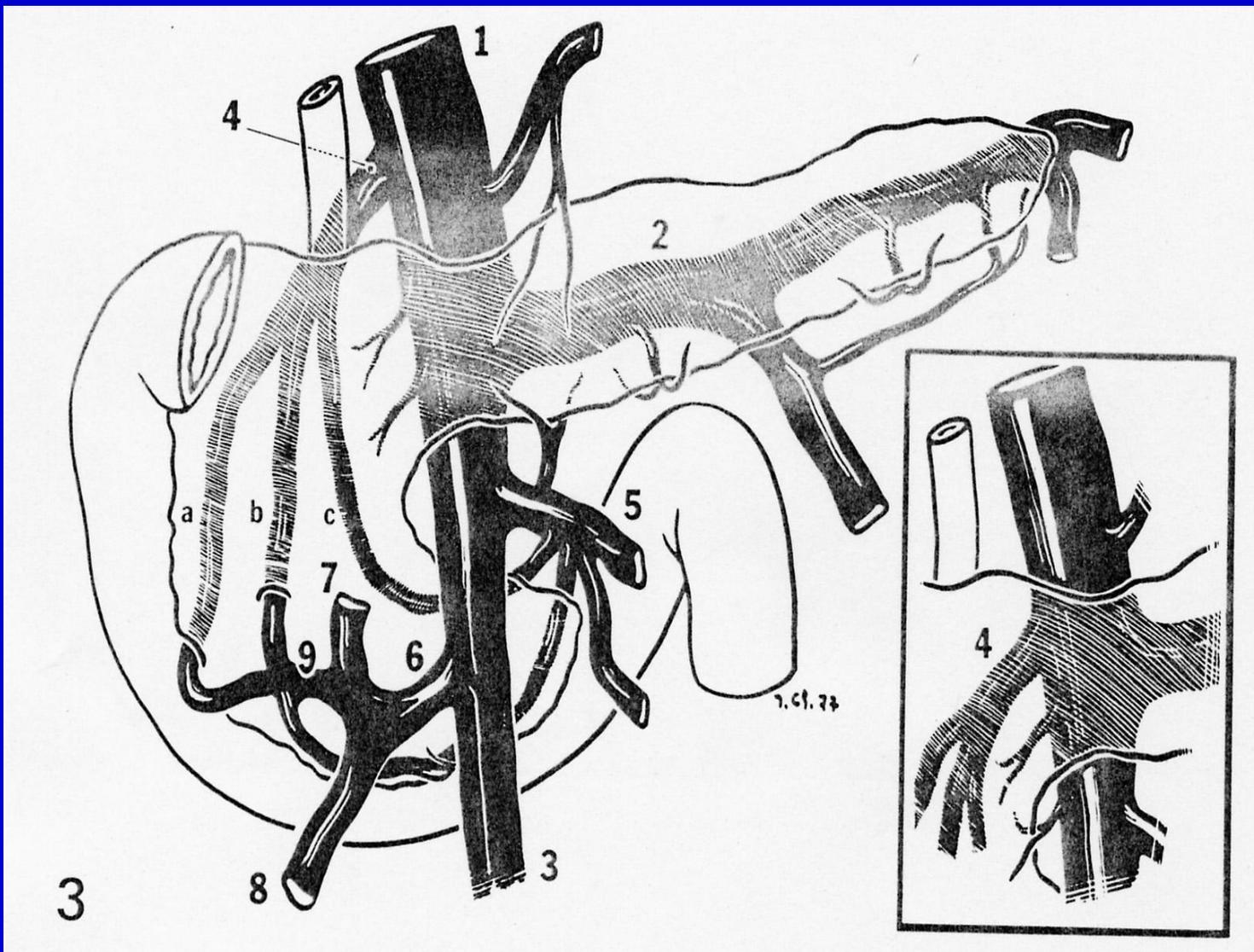


VEINES du PANCREAS

VUE ANTÉRIEURE →

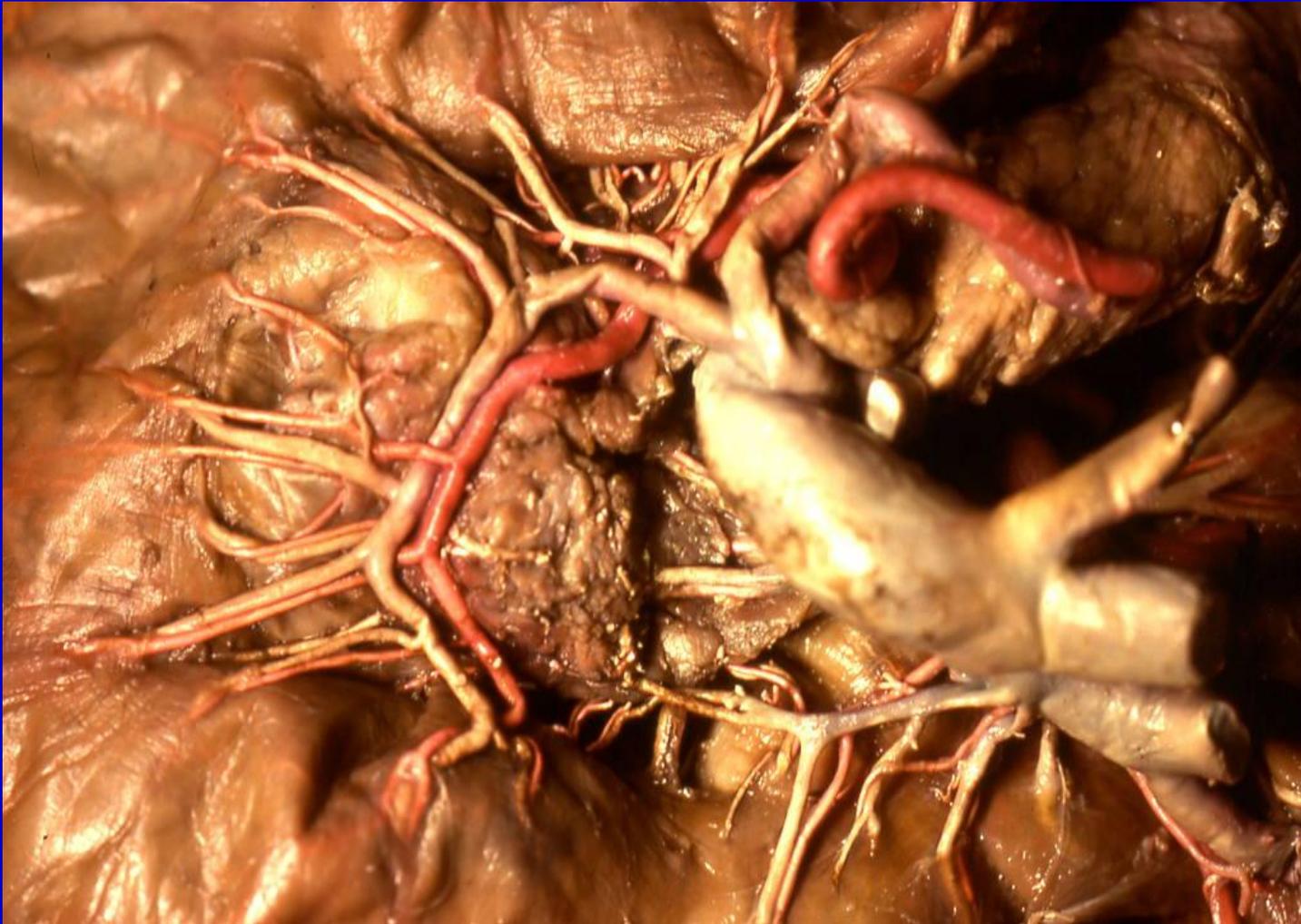
VUE POSTÉRIEURE →

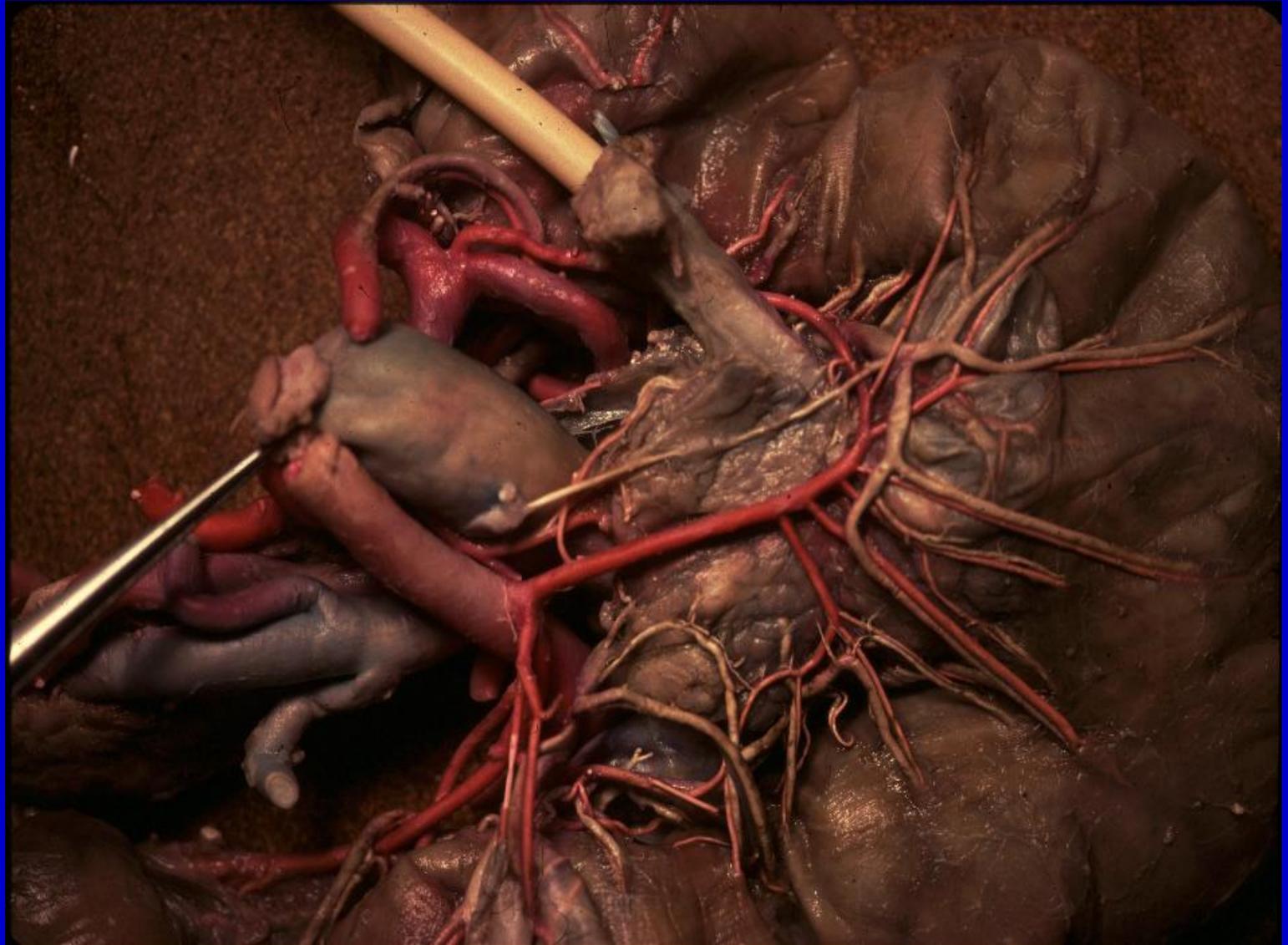


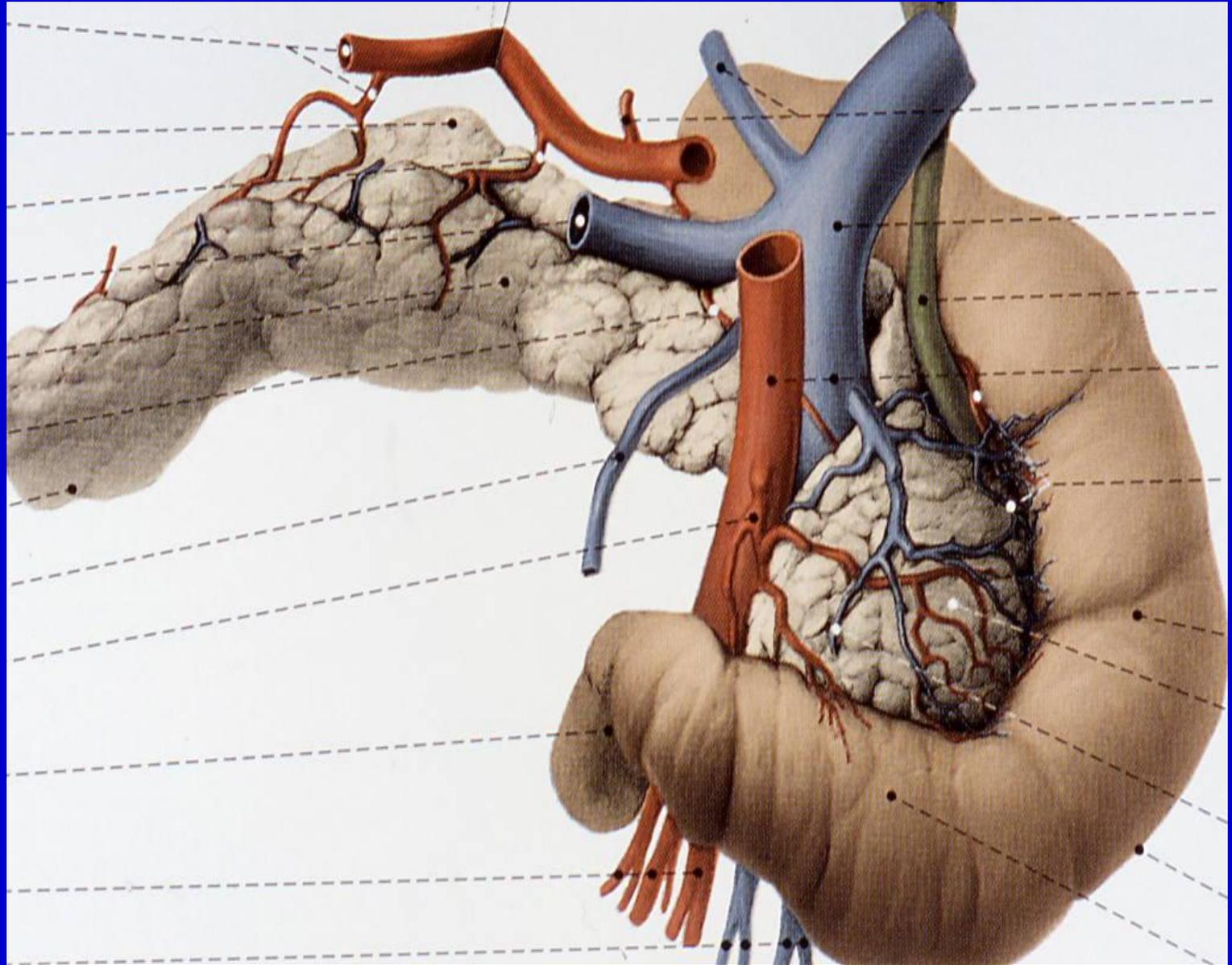


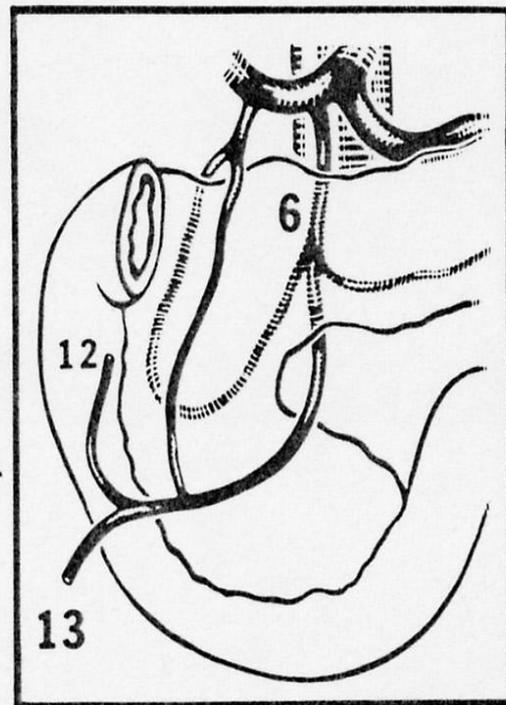
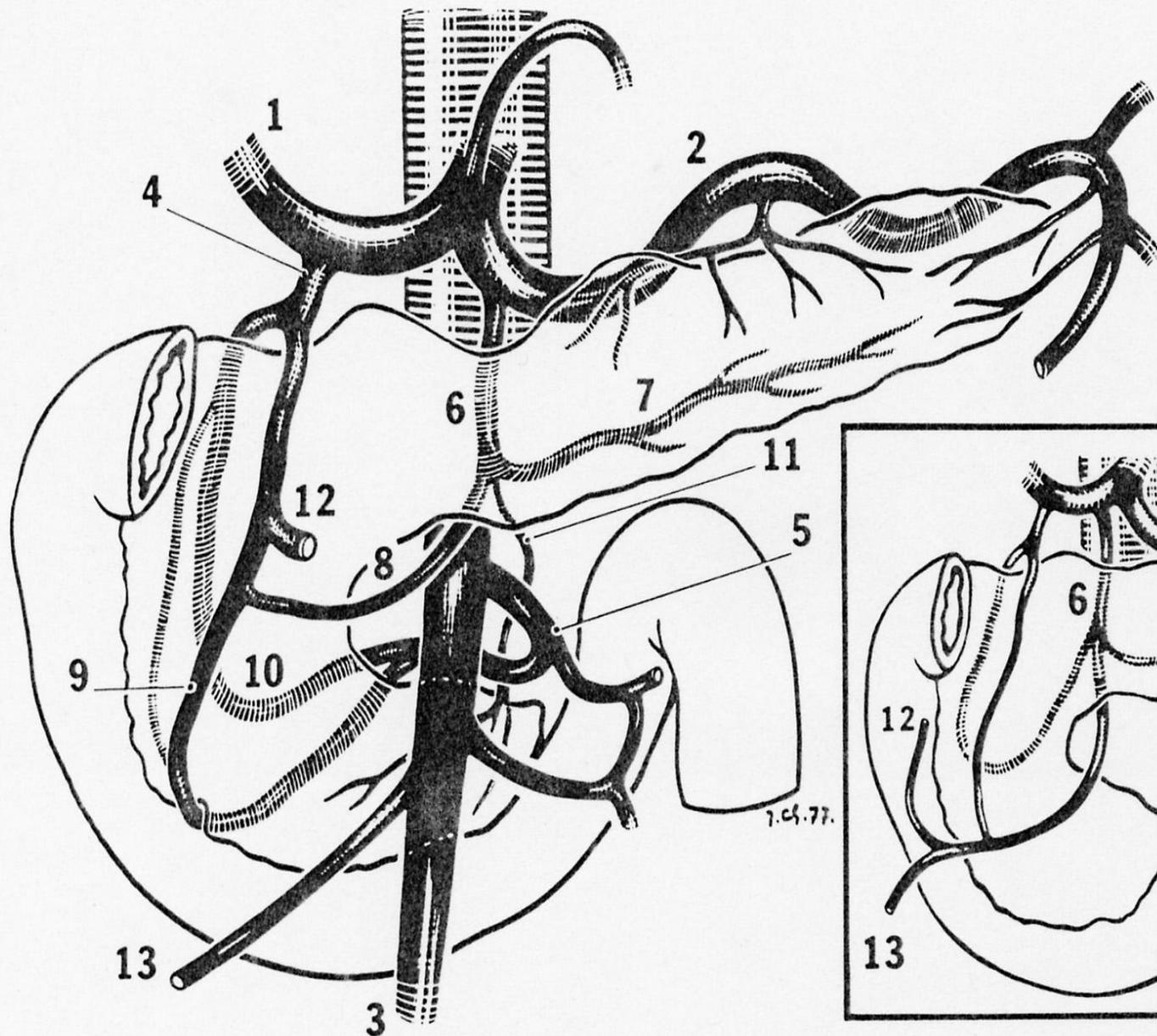
Libération du tronc veineux de Henlé en bas
 En haut, section du choledoque (on peut ponctionner avant), permet l'abord du tronc porte
 Cela mène en arrière sur l'axe mésentérique supérieur → permet le passage en arrière de la limite de la DPC
UNE DES SOLUTIONS TECHNIQUES

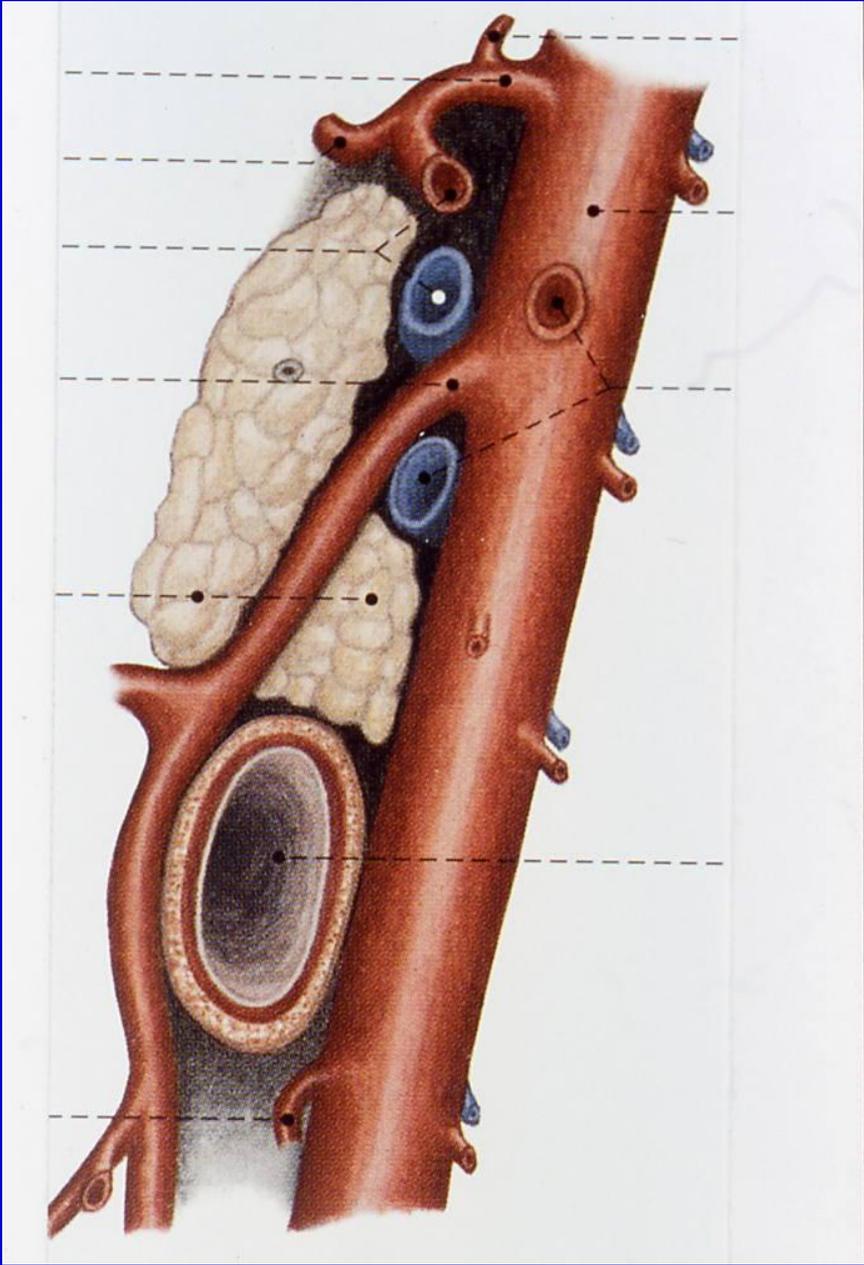
6. LES ARCADES ARTERIELLES PANCREATIQUES



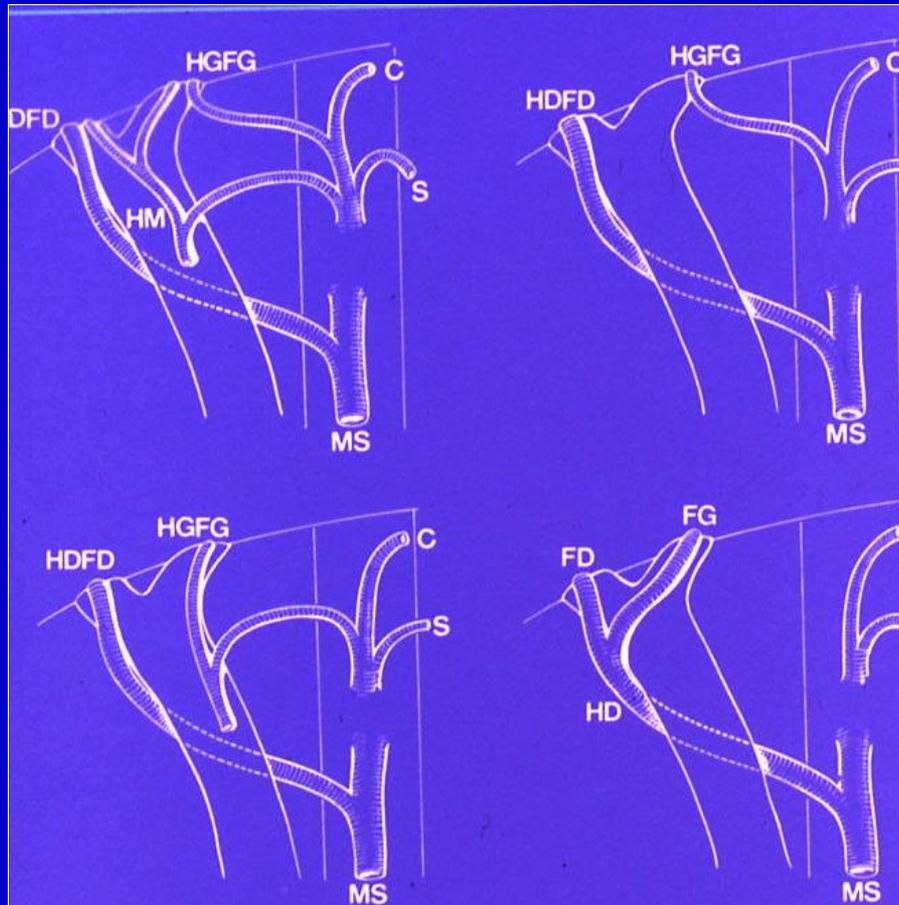








RISQUES ARTERIELS



9

Artère hépatique anormale, modes de distribution.

c : coronaire stomachique,

s : splénique,

ms : mésentérique supérieure,

hdfd : artère hépatique droite, foie droit,

hgfg : artère hépatique gauche, foie gauche,

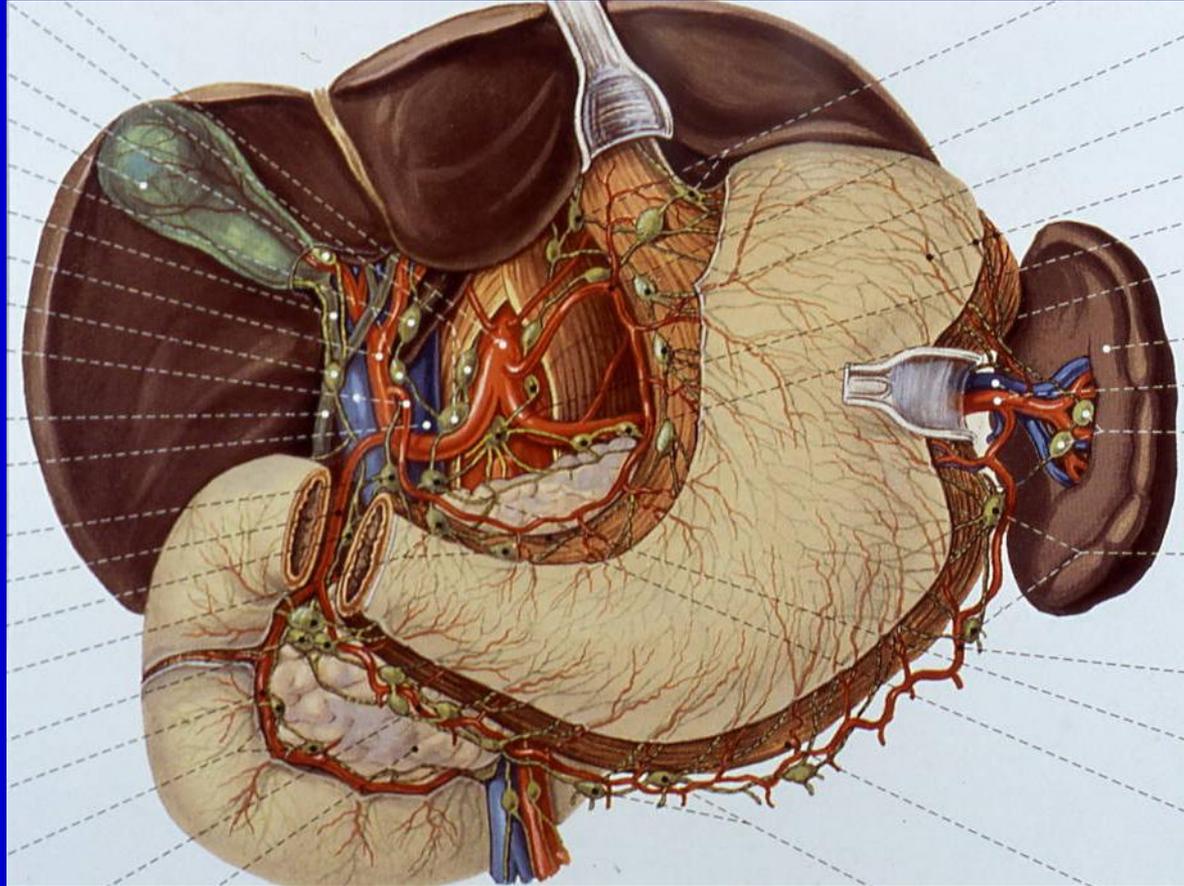
hm : hépatique moyenne.

- Artère mésentérique supérieure
- => Artère hépatique droite ou unique

3 artères embryonnaires qui vascularisent le foie

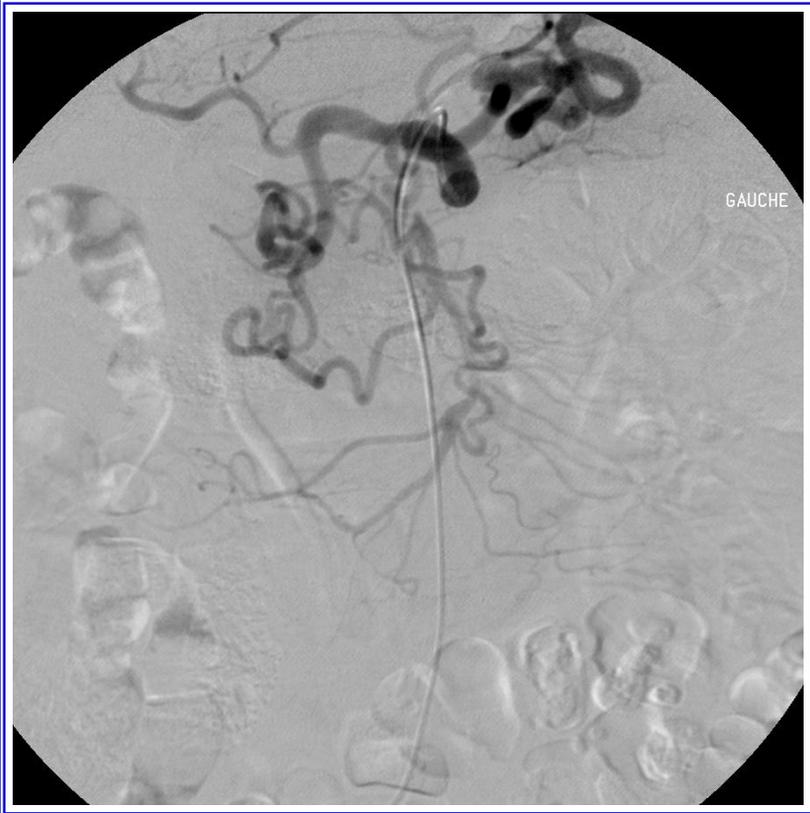
A priori, l'artère hépatique droite n'est jamais risquée lors d'une DPC car passe plus en arrière / en dessous

RISQUES ARTERIELS



**Sténose du tronc coeliaque
par le ligament arqué**





7. LES ATTACHES POSTERIEURES DU PANCREAS

Les attaches postérieures du pancréas.

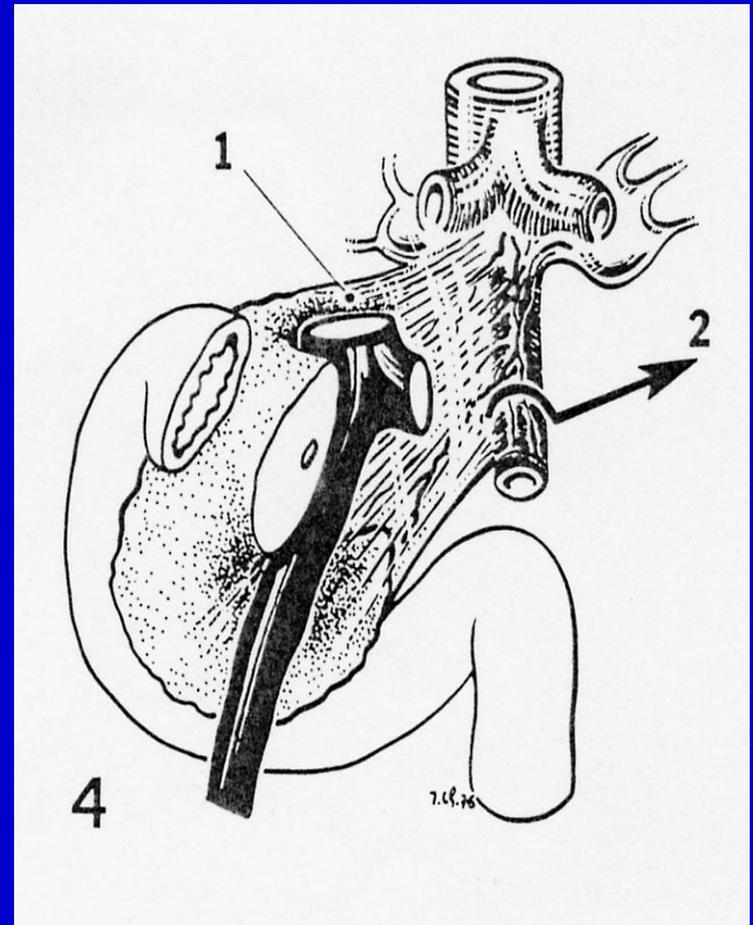
Incidence chirurgicale de la lame rétro-pancréatique droite.

H. RICHELME, Y. BIRTWISLE, C. MICHETTI et
A. BOURGEON.

Chirurgie, 1984, 110, pp150-157.

LAME RETRO-PANCREATIQUE
LAME RETROPORTALE
LAME LATEROPORTALE

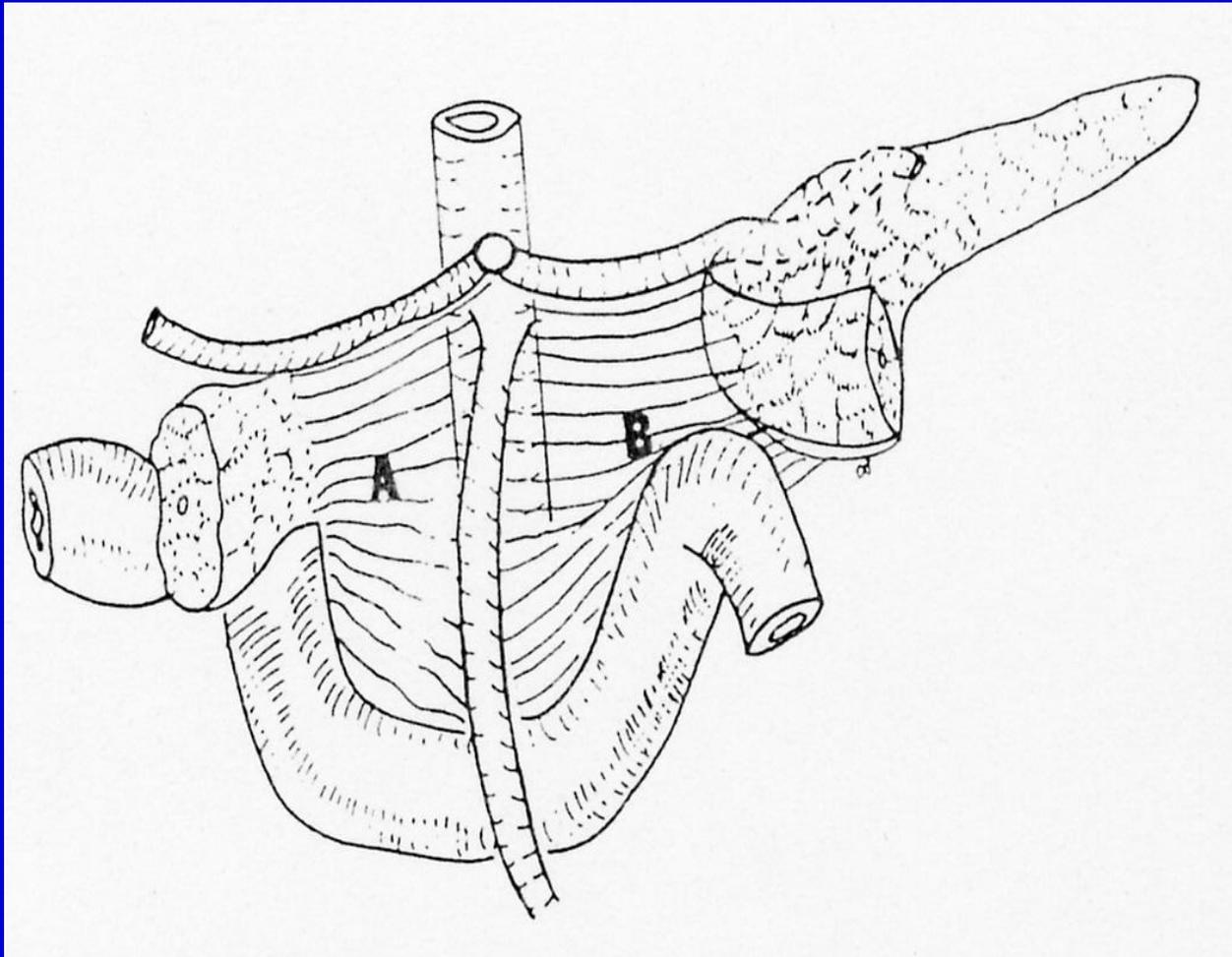
Provient de l'embryologie avec la rotation
du mésentère

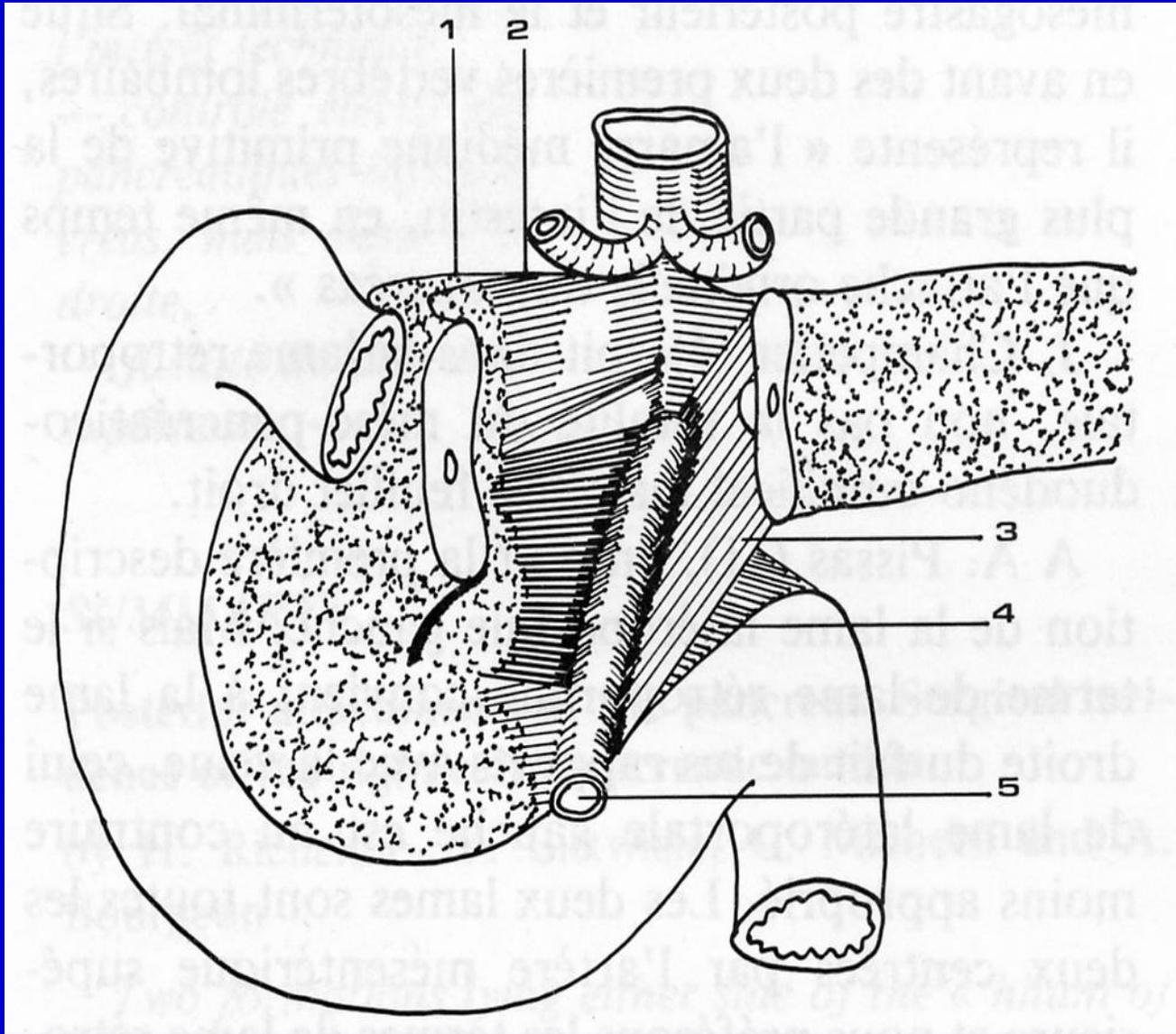


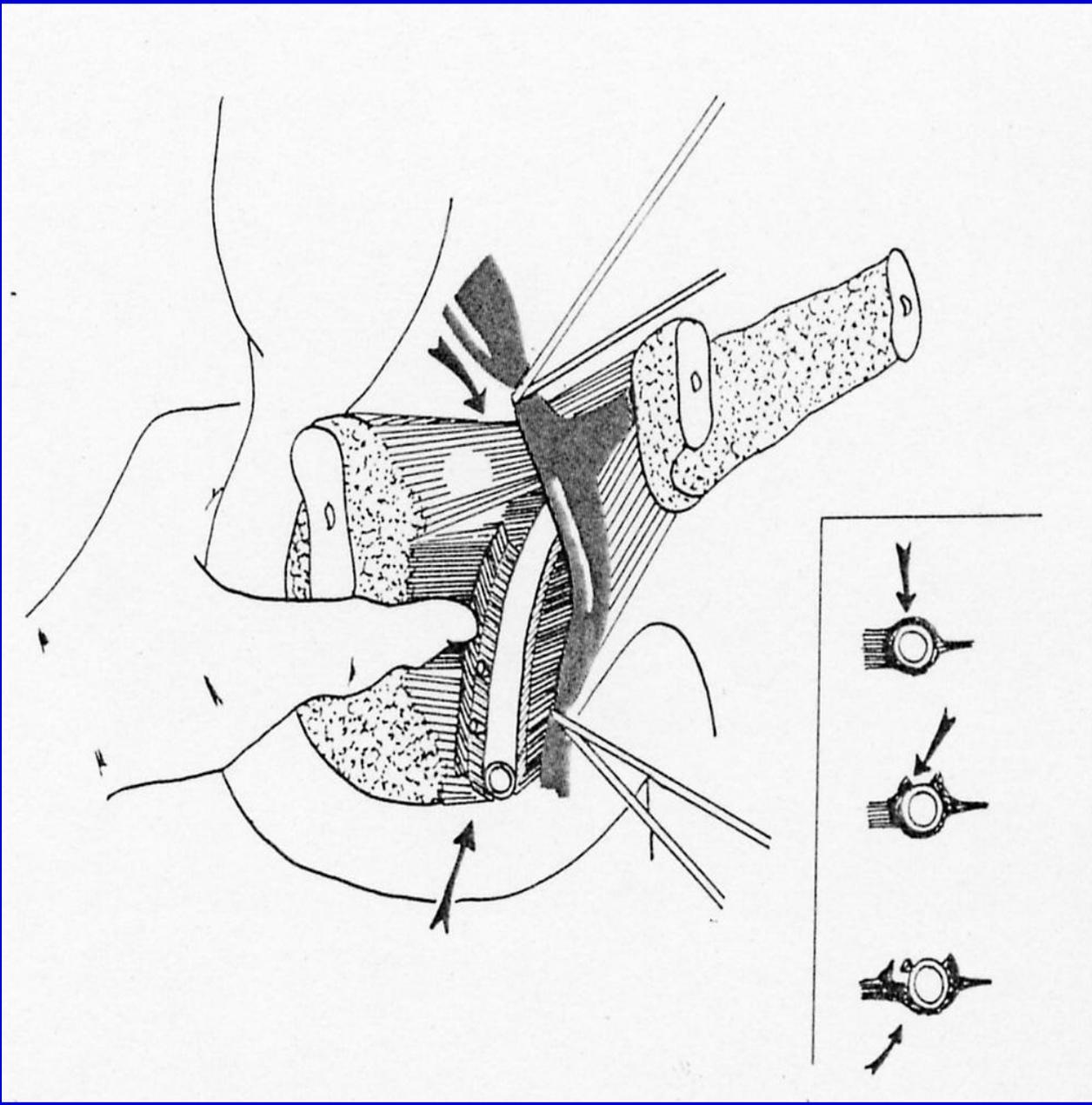
7. LES ATTACHES POSTERIEURES DU PANCREAS

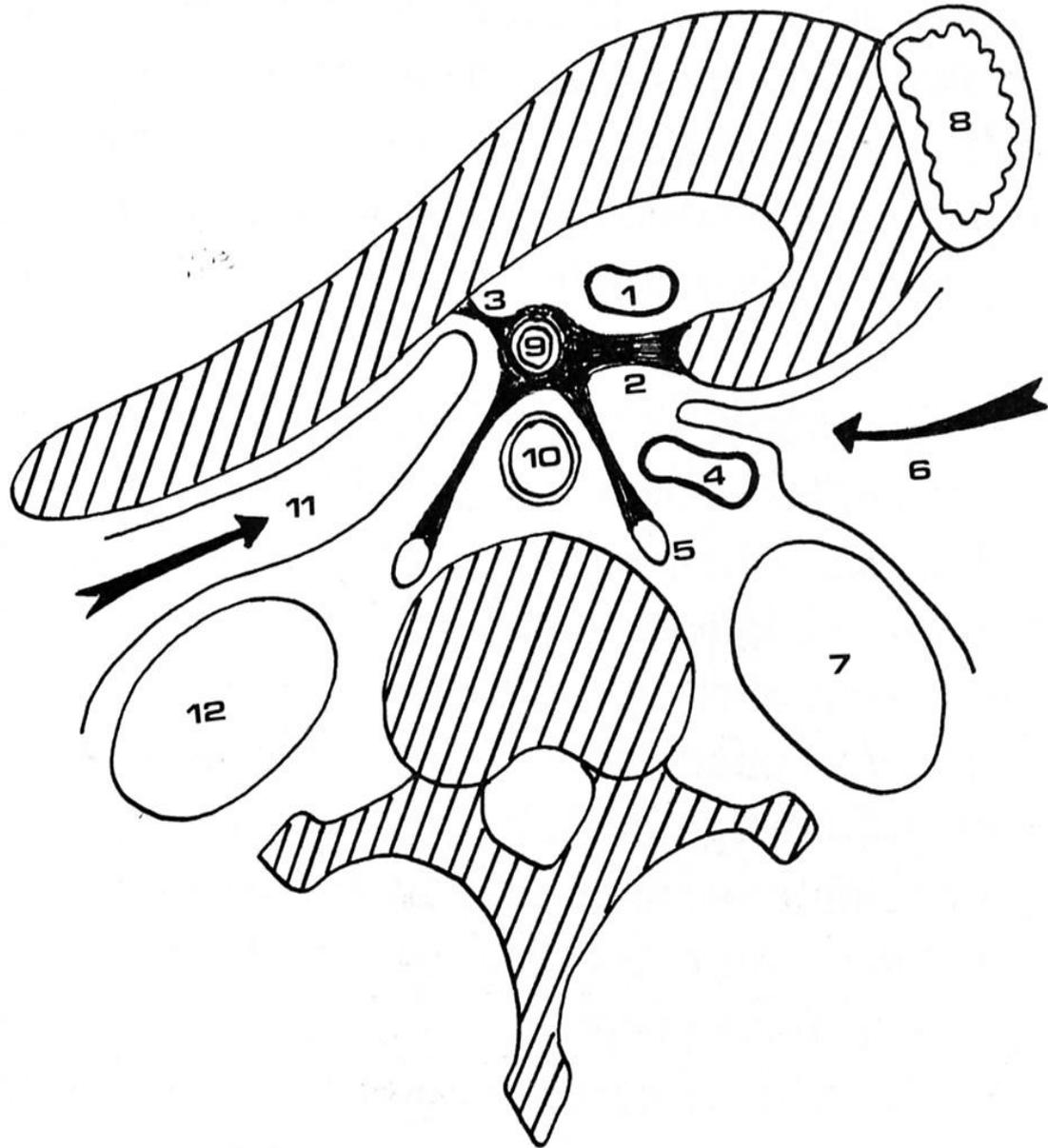
La lame latéro-portale gauche du pancréas ou lame rétro-pancréatique gauche.
A. PISSAS.

J. Chir., 1985, 122, p9-15.

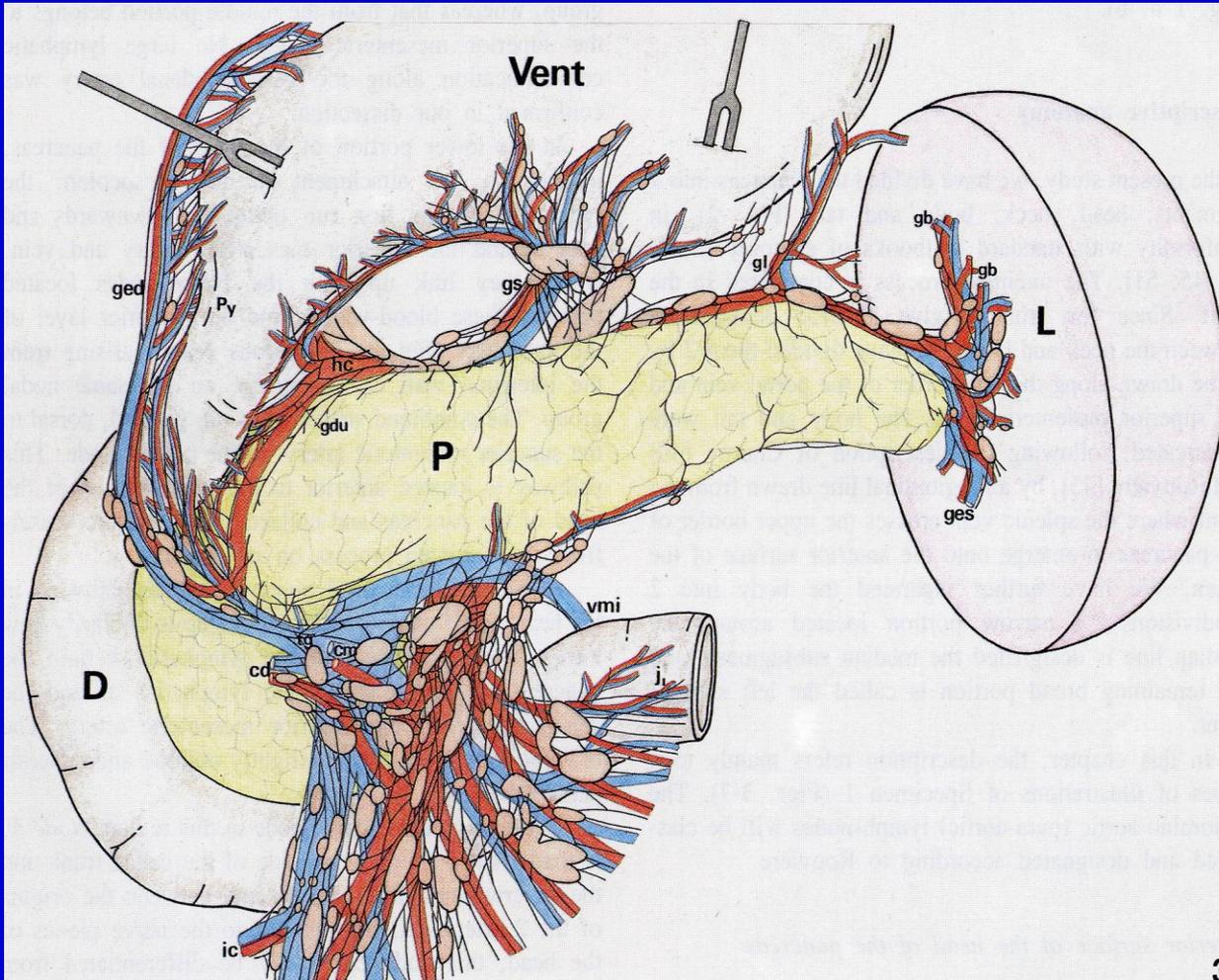








8. LE DRAINAGE LYMPHATIQUE

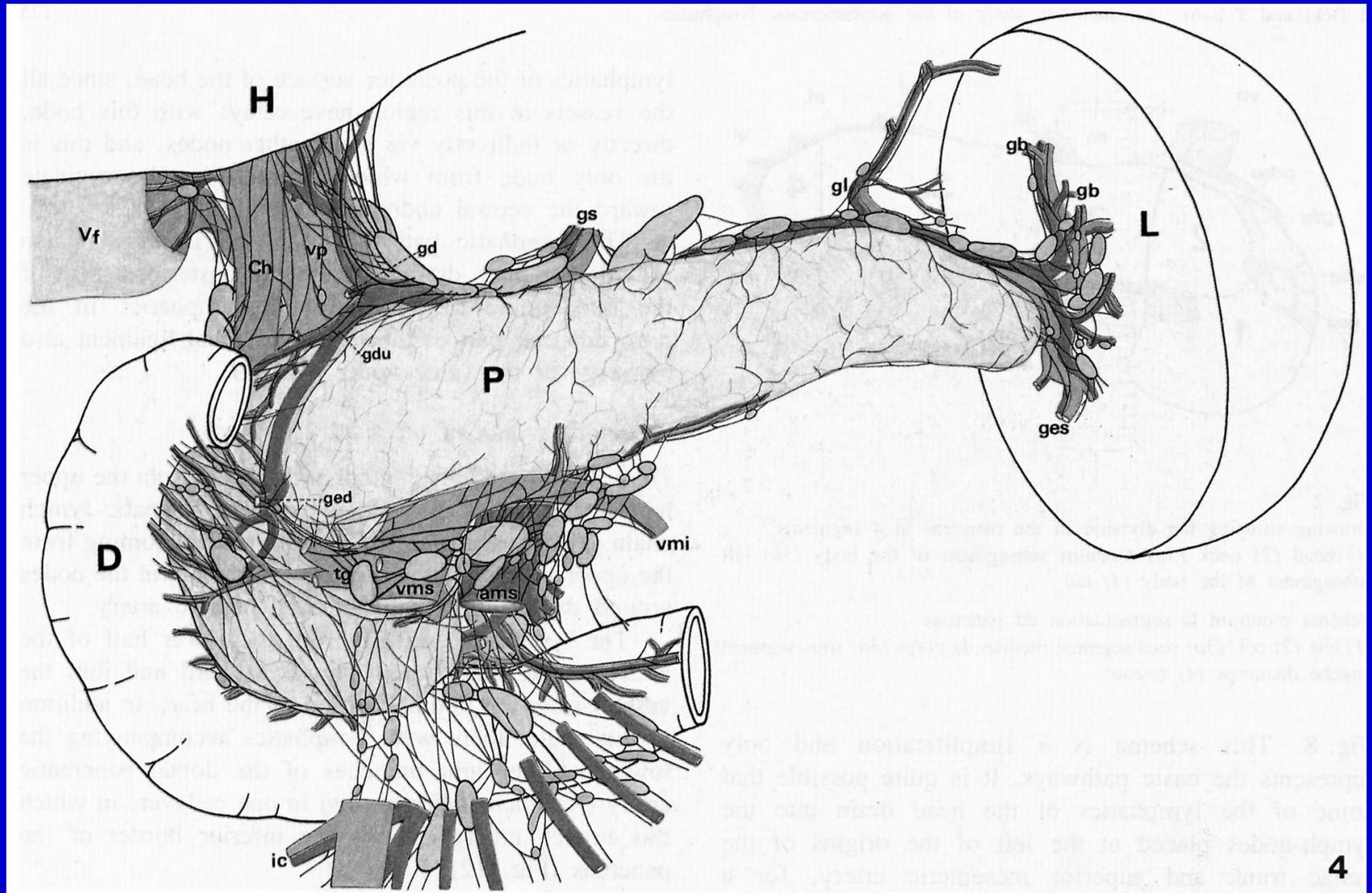


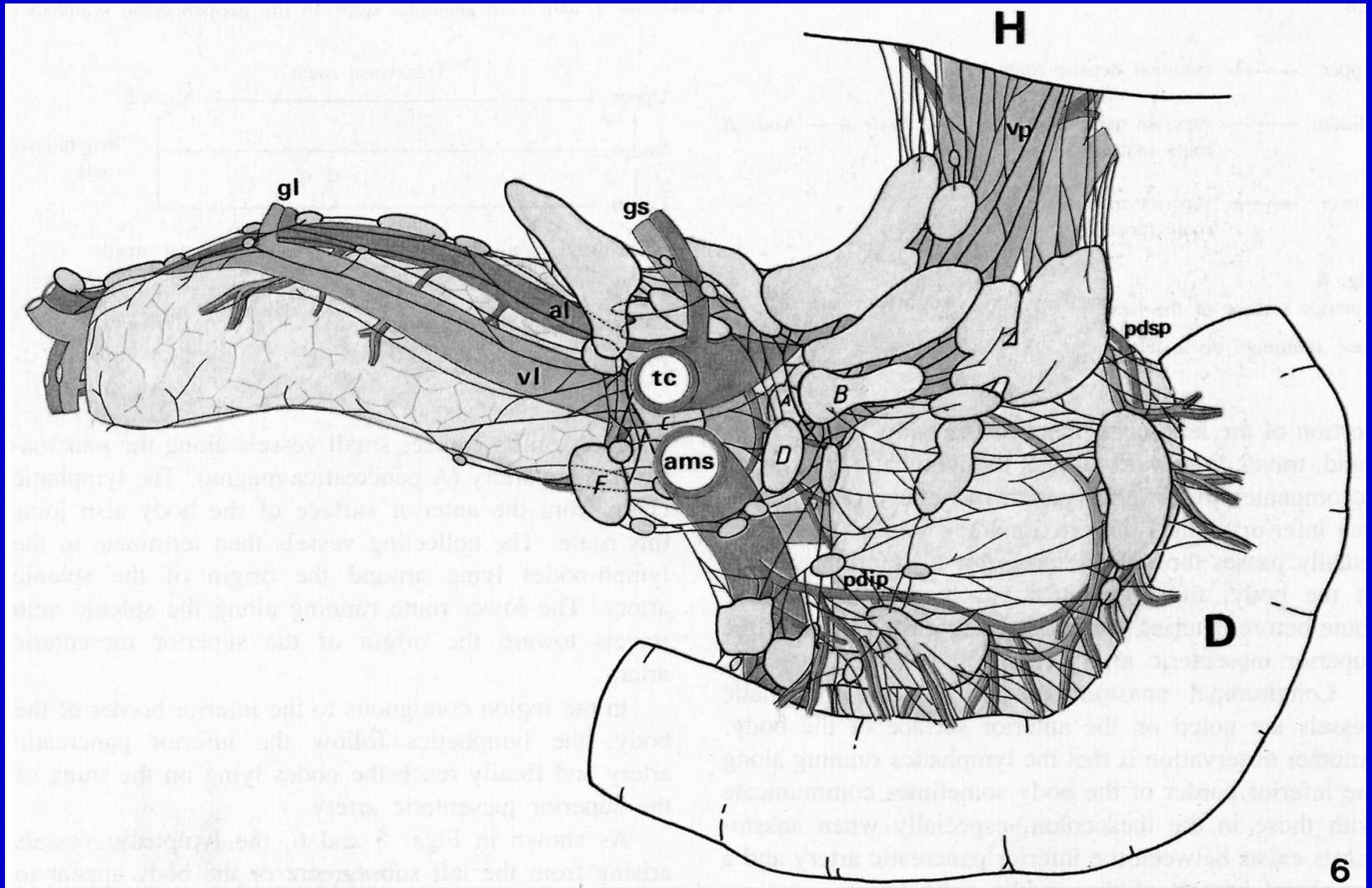
Les lymphatiques expliquent les principes du curage. Travaux japonais +++

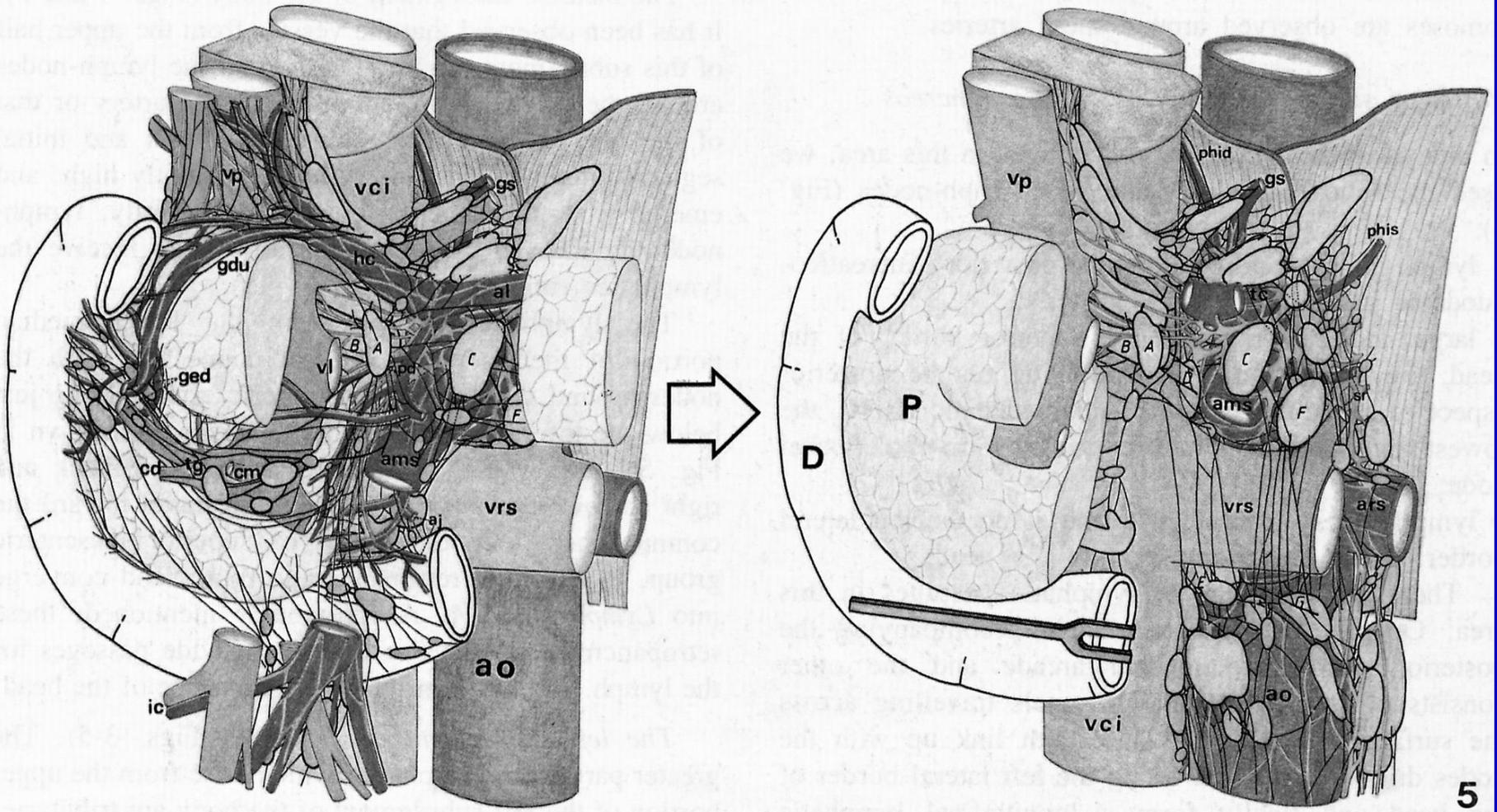
STAGING : image pré-op, on voit les gros ggl à distance. Exploration centripète des GGL

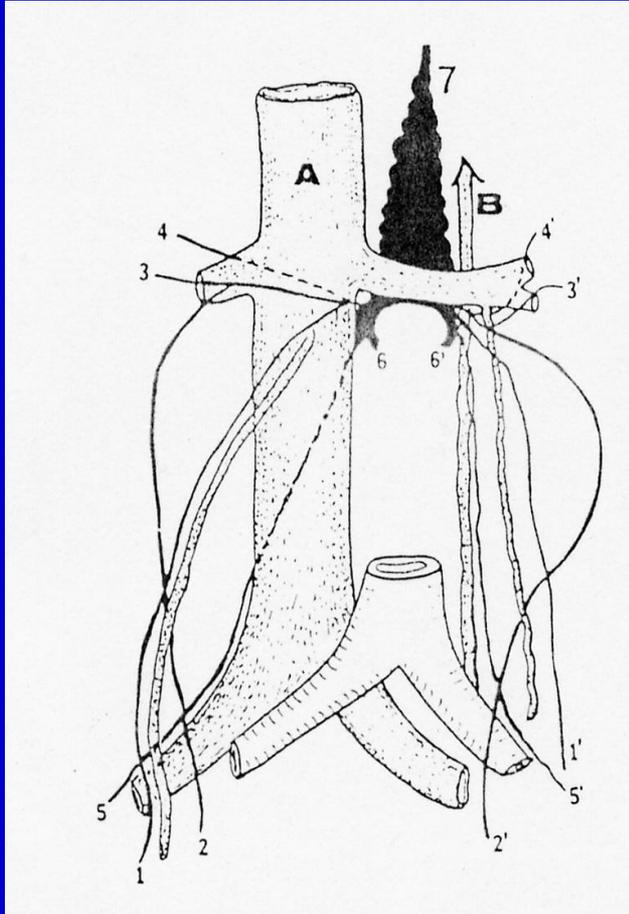
Si envahis : discuter une exérèse ou pas

Si envahissement : peut modifier la stratégie chirurgicale









CONCLUSION

- DPC => Intervention réglée

=> démonter l 'édifice embryologique (lame rétroportale)

=> en contournant l 'axe mésentérico-portal

=> en supprimant le système artériel anastomotique pancréatico-duodénal

=> en sectionnant les éléments viscéraux voisins (cholédoque, estomac, grêle).

- Rapports compliqués et modifiés par les conditions pathologiques.

- Difficultés

=> éléments vasculaires ↔ processus pathologiques