

II. L'utérus

- Introduction
- Anatomie descriptive
- Les rapports
- Vascularisation-Innervation
- Modification de l'utérus au cours de la grossesse
- Les Applications cliniques
- Les voies d'abord
- Conclusion

[Retour](#)

1. Introduction :

L'utérus est un organe creux, musculaire et contractile, dont la fonction essentielle intervient au moment de la gestation pendant laquelle ses modifications sont très importantes : en effet, il reçoit l'œuf fécondé, sert de support nourricier pendant la gestation, et contribue (par ses contractions) à l'expulsion, à terme.

Intérêts de la question :

- La pathologie utérine est diverse fréquente : inflammatoires, tumorales, dysplasiques, malformatives.
- Développement des moyens d'imagerie : échographie, hystérogaphie, TDM.
- Développement des moyens d'exploration endoscopique.
- Développement de la chirurgie utérine : cœlioscopie.

2. Anatomie descriptive : (en dehors de la grossesse)

→ **Situation** : Cet organe impair et médian est situé dans la partie moyenne du petit bassin, (Figure 1) entre :

- ◆ En avant, la vessie ;
- ◆ En arrière, le rectum ;
- ◆ En bas, le vagin et le périnée ;
- ◆ En haut, la cavité abdominale.

Retour

Coupe sagittale du petit bassin chez la femme (D'après Kamina)

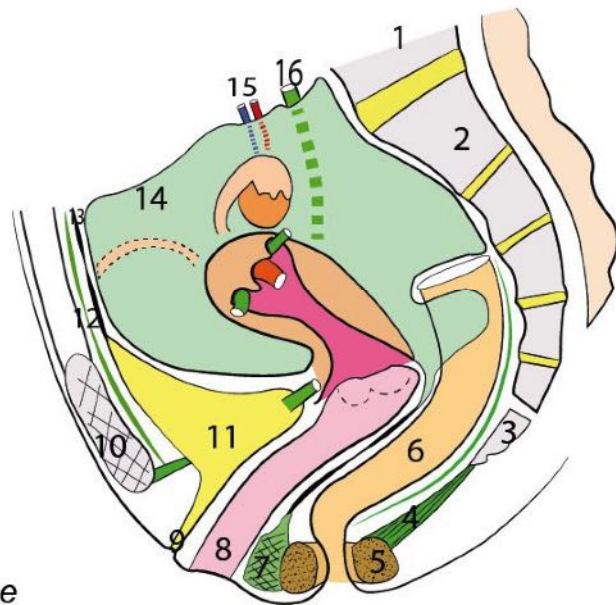
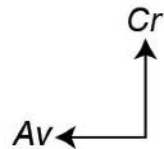


Figure 1

- 1- L5
- 2- Sacrum
- 3- Coccyx
- 4- Ligament ano-coccygien
- 5- Sphincter de l'anus
- 6- Rectum
- 7- Centre tendineux du périnée
- 8- Vagin
- 9- Urètre
- 10- Pubis
- 11- Vessie
- 12- Lame ombilico-prévésicale

- 13- Ouraque
- 14- Péritoine
- 15- Vaisseaux ovariens
- 16- Uretère

→ **Morphologie externe** : elle peut être visualisée par la cœlioscopie.

- ◆ **Configuration externe** : (Figure 2) Il a la forme d'un cône à sommet tronqué (aplatis d'avant en arrière), présentant trois parties : le corps (partie supérieure), le col (partie inférieure), séparés par un léger étranglement : l'isthme.

Le corps aplati : d'avant en arrière, comporte :

- Une face vésicale (antéro-inférieure) presque plane :

Retour

- Une face intestinale (postérieure–supérieure) convexe, avec parfois une crête médiane, mousse ; 2bords latéraux épais et mous ;
- 1 bord supérieur : le fond utérin ;
- 2angles latéraux : les cornes utérines ou s'abouchent les trompes utérines et ou s'insèrent les ligaments ronds et les ligaments propres de l'ovaire (ligaments utéro-ovariens).

Le col : Plus étroit, à peu près cylindrique, il donne insertion au vagin qui le divise en trois portions : sus–vaginale, vaginale et sous–vaginale.

Le vagin s'insère sur la portion vaginale selon un plan oblique en bas et en avant : de ce fait, le col n'est pas fixé sur le fond du vagin, mais sur le segment supérieur de sa face antérieure.

La portion intra–vaginale est donc plus longue en arrière qu'en avant : elle est accessible au toucher vaginal, et visualisable par le spéculum ; elle a la forme d'un cône tronqué, percé à son sommet d'un orifice : l'orifice externe du col (qui donne accès à la cavité utérine) dont l'aspect est variable :

- Chez la nullipare : il est fermé est élastique avec un orifice petit ;
- Chez la multipare : son aspect est beaucoup plus déchiqueté.

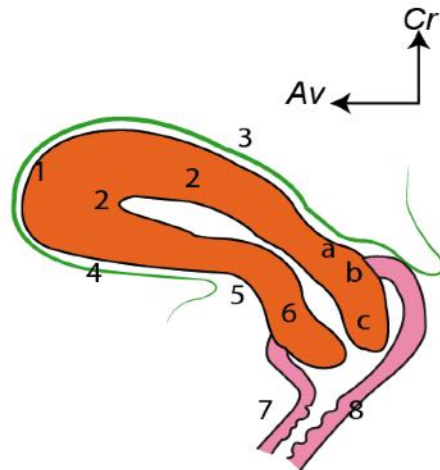
Le col peut être étudié en détail par la colposcopie, visualisant la zone de « jonction » zone d'affrontement entre épithélium vaginal (pavimenteux) et épithélium utérin (cylindrique) correspondant au siège initial de la plupart des cancers du col utérin.

L'isthme est situé à la jonction entre col et corps. Les ligaments utéro–sacrés s'insèrent à sa face postérieure. Il devient le segment inférieur au cours de la grossesse.

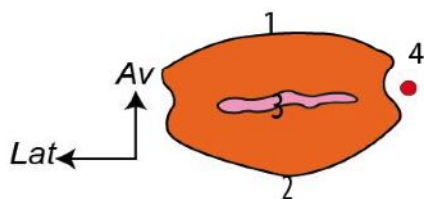
Configuration externe de l'utérus

Figure 2

- 1- Fond utérin
- 2- Corps utérin
- 3- Face intestinale
- 4- Face vésicale
- 5- Isthme
- 6- Col utérin
- a- portion supra-vaginal
- b- Zone d'insertion vaginal
- c- Portion vaginale du col
- 7- Paroi antérieure du vagin
- 8- Paroi postérieure du vagin



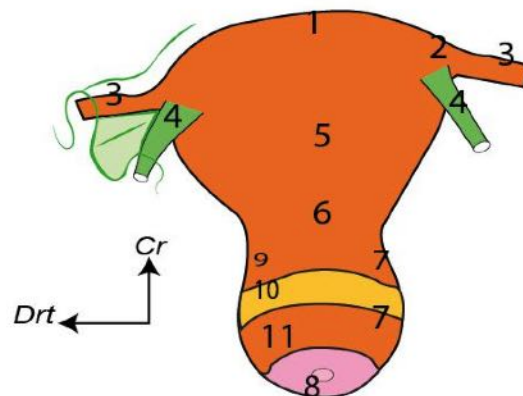
Coupe sagittale de l'utérus



- 1- Face vésicale
- 2- Face intestinale
- 3- Cavité utérine
- 4- Artère utérine

Coupe transversale du corps utérin

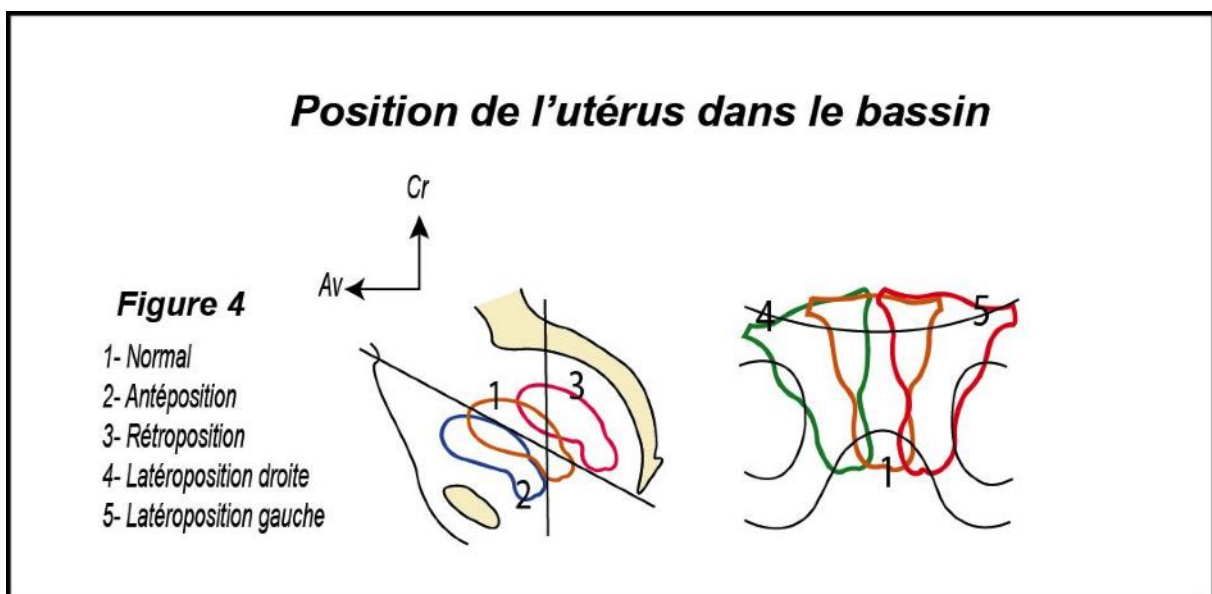
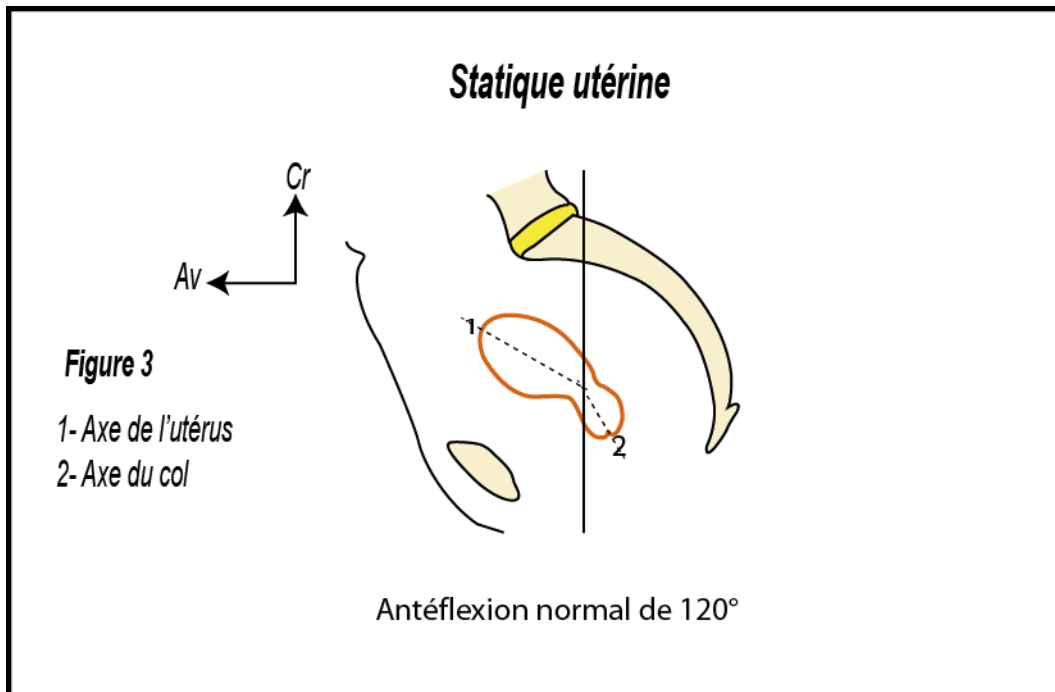
- 1- Fond de l'utérus
- 2- Corne utérine
- 3- Trompe utérine
- 4- Ligament rond
- 5- Corps utérin
- 6- Isthme
- 7- Col utérin
- 8- Ostium de l'utérus
- 9- Portion supra-vaginale
- 10- Zone d'insertion vaginale
- 11- Portion vaginale du col



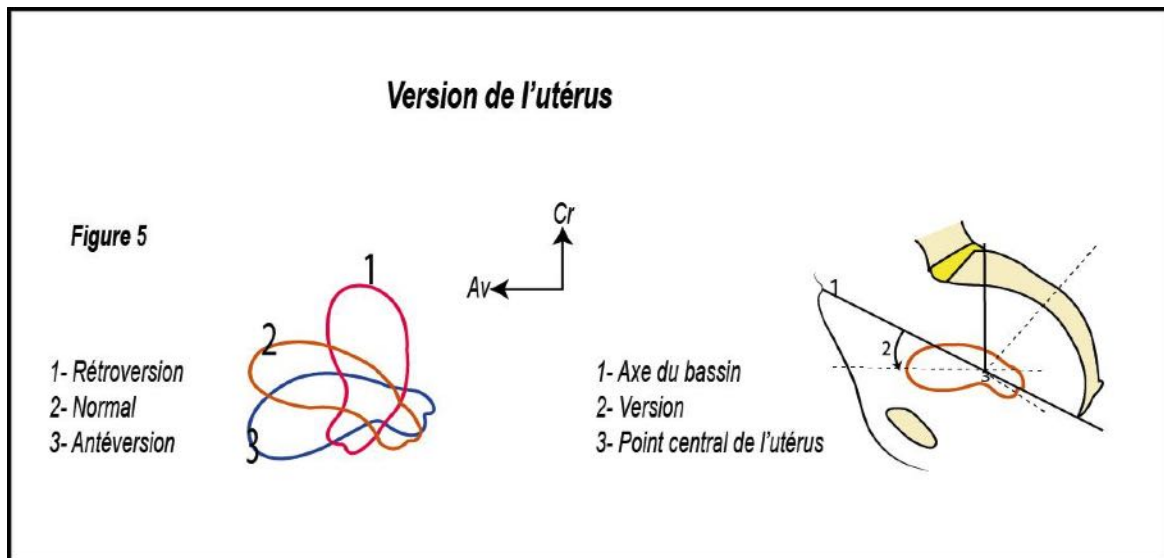
Vue antérieure de l'utérus

[Retour](#)

- ◆ **Orientation** : Le point de jonction des axes du col et du corps (situé au centre de l'utérus) est extrêmement fixe et correspond au centre du pelvis. (Figures 3 et 4)

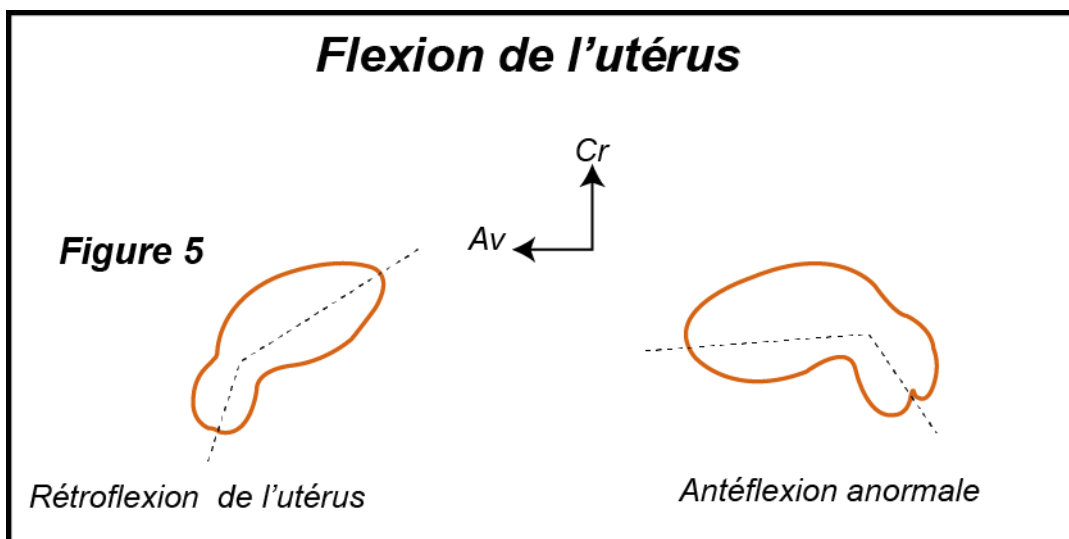


- ❖ Antéversion : l'axe d'ensemble de l'utérus (oblique en haut et en avant) forme avec l'axe du vagin un angle ouvert en bas et en avant. (Figure 5)



- ❖ Anté-flexion : l'axe du corps de l'utérus perpendiculaire à l'axe du vagin, forme avec l'axe du col de l'utérus un angle de 120 degrés, ouvert en bas et en avant.

Le corps utérin est donc antéversé et anté-fléchi : en fait il existe des variations positionnelles importantes l'utérus étant mobile : utérus rétro versé, ou réfléchi. (Figure 6)



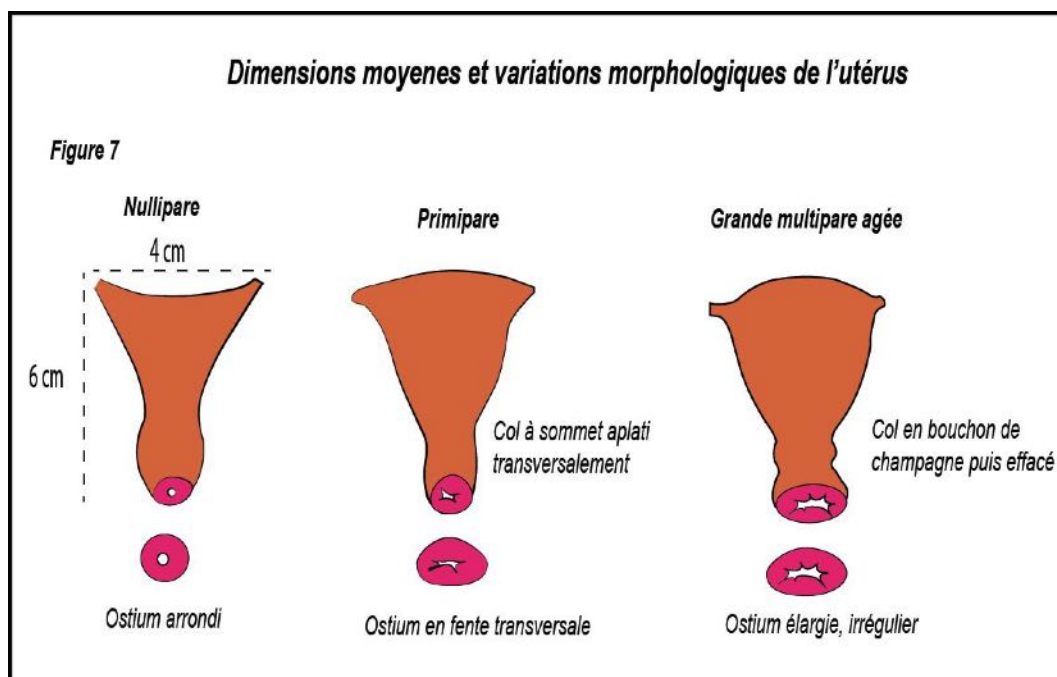
[Retour](#)

◆ **Dimensions moyennes** (en dehors de la grossesse) (Figure 7):

Chez la nullipare :

- Longueur : 6–7cm (dont 4cm pour le corps) ;
- Epaisseur : 2– 3cm ;
- Largeur : 5cm à la base, 3cm à la partie moyenne ;

Chez la multipare les dimensions du corps augmentent.

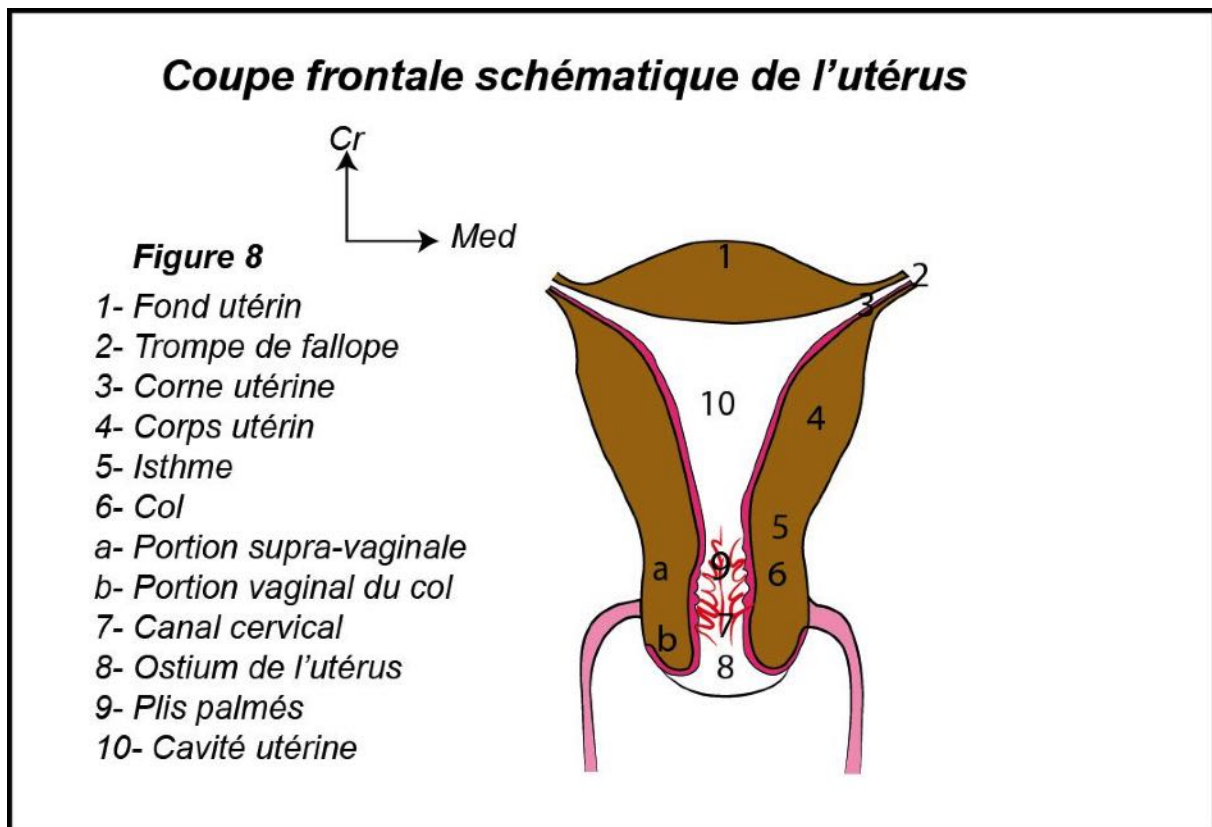


→ **Configuration interne** : Elle peut être étudiée par l'hystérogaphie et l'hystérocopie. (Figure 8)

- ◆ C'est un organe creux à cavité virtuelle, grossièrement aplati d'avant en arrière, et présentant un étranglement correspondant à l'isthme. La cavité du corps est triangulaire à sommet inférieur. Aux deux angles latéraux, s'ouvrent les orifices des trompes utérines.

Retour

- ◆ La cavité du col est fusiforme : mettant en rapport cavités utérine et vaginale, elle présente sur ses parois des plis palmés (arbre de vie).



→ **Structure** : la paroi utérine, épaisse et résistante comporte 3 tuniques (Figure 9) :

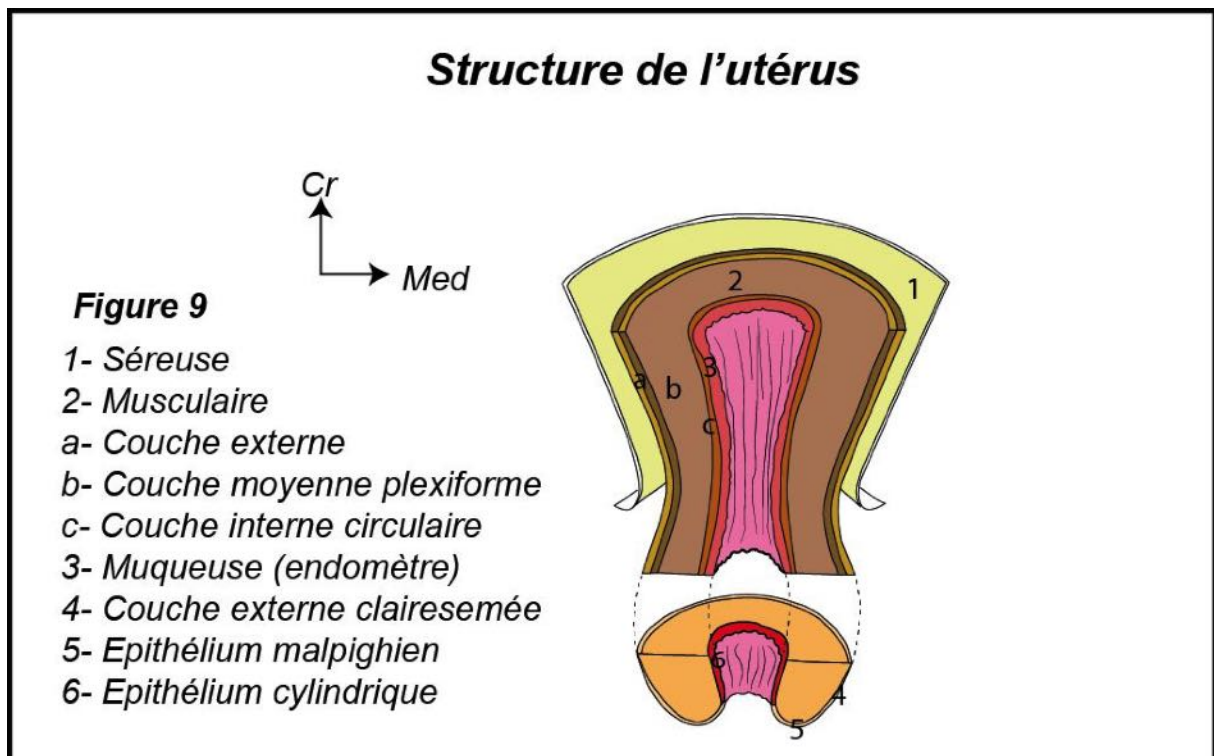
- ◆ **Séreuse** : (péritonéale).
- ◆ **Muscleuse** (Myomètre) : Elle comporte 3 couches présentant des faisceaux musculaires d'association : Externe (mince) ; Moyenne (très épaisse, plexiforme, très vascularisée) ; et Interne.
⇒ Elle est beaucoup plus épaisse au niveau du corps qu'au niveau du col.
- ◆ **Muqueuse** : différente là aussi selon le segment considéré :

Au niveau du corps, elle est de type glandulaire : constituant l'endomètre, avec 2 couches une basale, et une autre superficielle couche fonctionnelle se modifiant au cours du cycle menstruel.

Au niveau du col, elle présente 2 zones :

[Retour](#)

- Sur l'endocol (canal cervical), elle garde une structure glandulaire (elle est moins épaisse qu'au niveau du corps) ;
- Sur l'exocol, au niveau du segment intra vaginal du col, elle a la même structure que la muqueuse vaginale (épithélium pavimenteux stratifié).



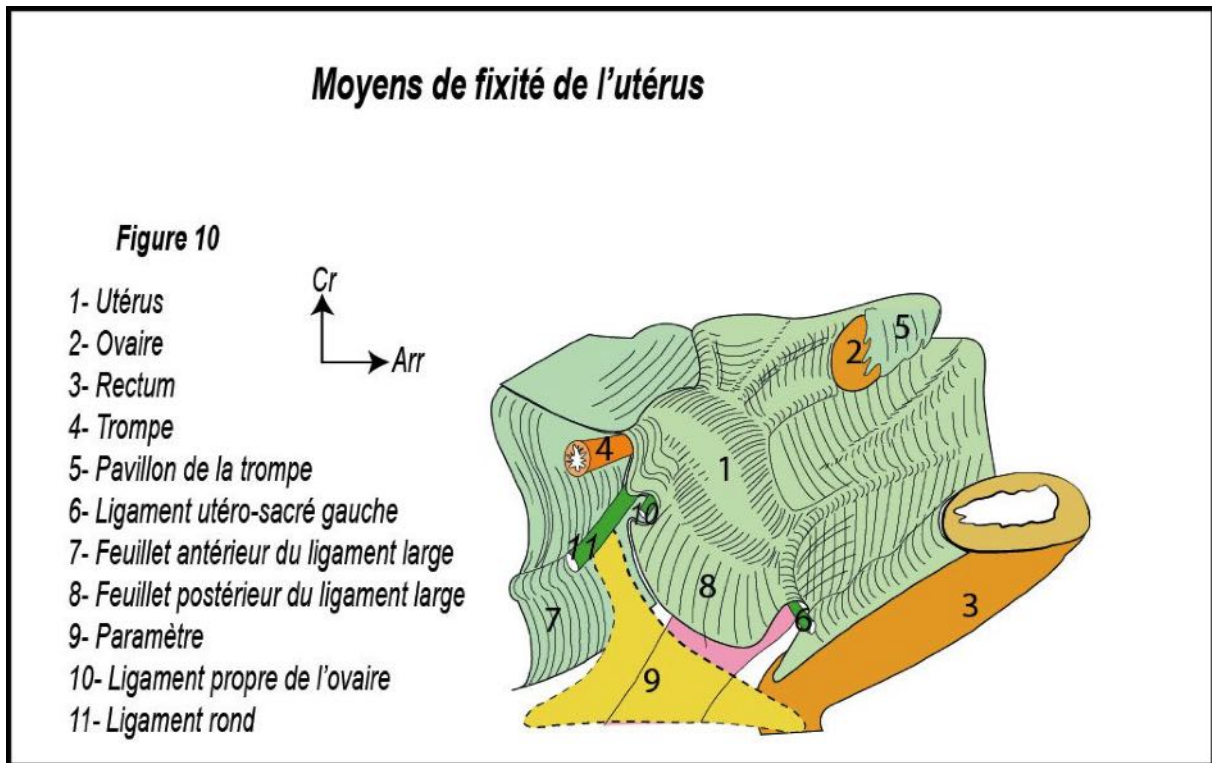
→ **Fixité** : Il faut opposer le corps (mobile) et le col (fixe).

◆ **Le corps de l'utérus** : Mobile par rapport au col, il est maintenu dans sa position (anté-fléchie et antéversée) par (Figure 10):

- La pression abdominale ;
- Les ligaments larges (pratiquement sans valeurs mécanique) ;
- Les ligaments ronds assez peu résistants, mais contribuant à maintenir l'antéversion (système d'orientation) qui nés du versant antérieur des cornes utérines (un peu au-dessous et en avant de la trompe), et se dirigent en avant et latéralement (soulevant l'aileron antérieur du ligament large) vers l'anneau inguinal profond, (orifice profond du

Retour

canal inguinal), qu'ils traversent pour se terminer dans le tissu cellulaire des grandes lèvres (par de nombreux faisceaux fibreux).



◆ **Le col utérus** : Il est fixé grâce à des formations d'importance variable (Figure 11):

Les paramètres, situés de chaque côté de la partie sus-vaginale, constitués par un tissu fibro-cellulaire dense, contenant des fibres musculaires lisses et de nombreux constituants très importants.

Paracénix.

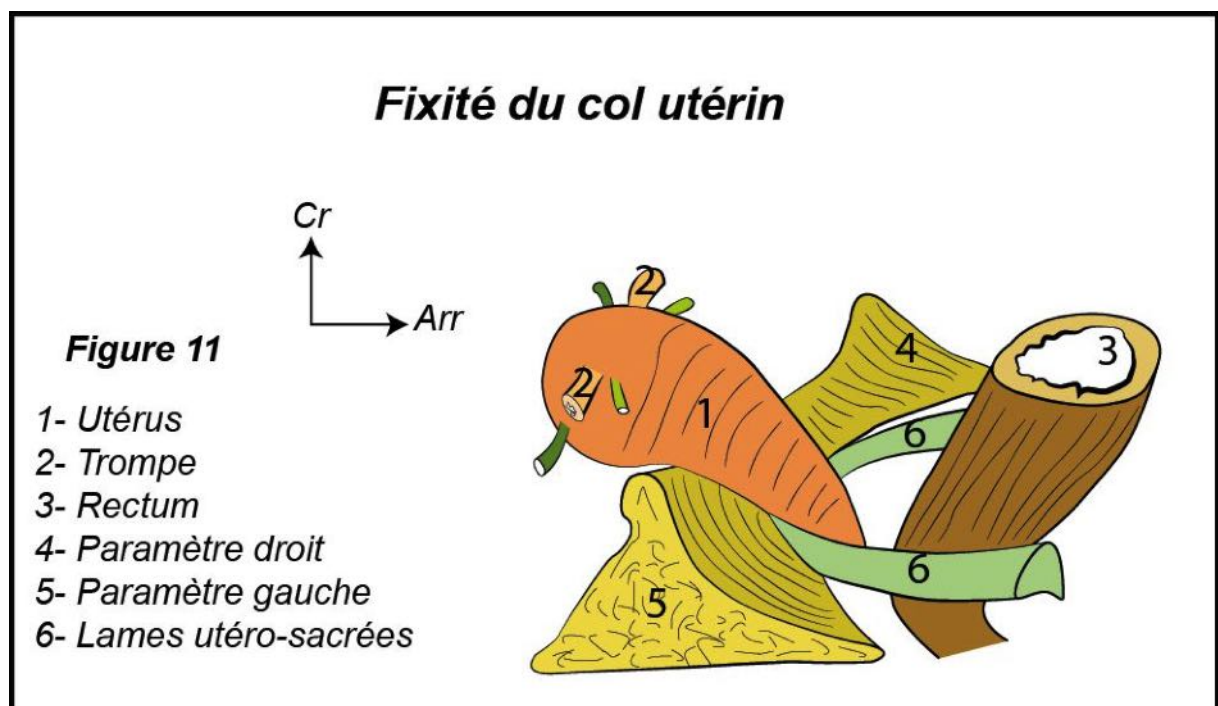
Le vagin, inséré sur le col selon un plan oblique en bas et en avant : le col s'appuie ainsi sur la paroi postérieure du vagin.

Par l'intermédiaire du vagin, le col est fixé au périnée, notamment aux muscles élévateurs de l'anus (élément essentiel de fixité des organes génitaux féminins), et au centre tendineux du périnée (noyau fibreux central du périnée).

Retour

Les lames sacro-recto-génito-pubiennes (longitudinales), comportant 2 segments distincts :

- Segment postérieur : les plis recto-utérins (ligaments utéro-sacrés) : Insérés à la face postérieure du col, au voisinage de l'isthme, et dirigés obliquement en haut et en arrière, ils contournent le rectum, soulevant 2 replis péritonéaux qui limitent le cul-de-sac recto-utérin (Douglas), ils se terminent à la face antérieure du sacrum (juste au bord médial des 2^e, 3^e et 4^e trous sacrés) ; Leur signification est discutée : formation ligamentaire autonome, ou partie toute postérieure (et supérieure) des lames sacro-recto-génito-pubiennes.
- Segment antérieur : les ligaments pubo-vésico-utérins, moins bien individualisés, comportant :
 - Les ligaments pubo-utérins, tendus du pubis à la face antérieure du col,
 - Les ligaments vésico-utérins, constitués par des fibres musculaires lisses, réunissant la base de la vessie à l'isthme utérin.



[Retour](#)

3. **Les rapports** : Topographiquement, il faut distinguer 2 étages de rapports :

- Portion sus-vaginale (corps et portion sus-vaginale du col),
- Portion intra-vaginale (portion sous-vaginale du col).

→ **Rapports de la portion sus-vaginale** :

◆ ***Rapports péritonéaux*** :

- La portion sus-vaginale est partiellement recouverte de péritoine qui tapisse (Figure 12):

Le fond utérin, auquel il adhère fortement,

La totalité de la face postérieure, à laquelle il adhère fortement dans la moitié supérieure, de façon plus lâche dans la moitié inférieure,

La portion supérieure de la face antérieure, le péritoine se réfléchissant en regard de l'isthme (donc ne recouvrant pas la portion sus-vaginale du col).

- Les feuillets péritonéaux se continuent :

Latéralement vers la paroi pelvienne, constituant les ligaments larges ;

En avant, avec le péritoine vésical, dessinant le cul-de-sac vésico-utérin, à hauteur de l'isthme utérin.

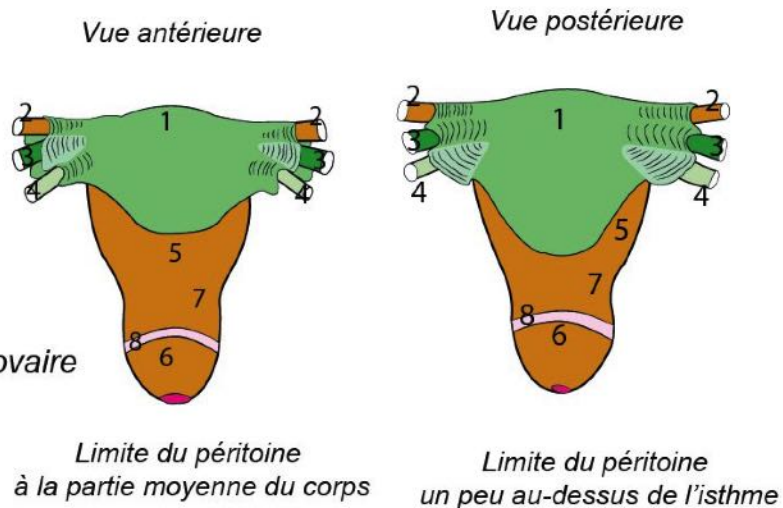
En arrière, avec le péritoine tapissant la face antérieure du vagin avant de se réfléchir sur la face antérieure du rectum, dessinant le cul-de-sac recto-génital (Douglas).

[Retour](#)

Limites du péritoine sur l'utérus

Figure 12

- 1- Péritoine
- 2- Trompe utérine
- 3- Ligament propre de l'ovaire
- 4- Ligament rond
- 5- Corps de l'utérus
- 6- Col de l'utérus
- 7- Isthme utérin
- 8- Insertion vaginale sur le col



◆ *Rapports par l'intermédiaire du péritoine :*

- *Latéralement*, le contenu des ligaments larges et des paramètres (Figure 13):

Ligaments larges, notamment la portion intra-ligamentaire de l'artère utérine, en regard du corps utérin ;

Paramètres, en regard du col utérin : Uretère ; L'artère utérine (portion sous-ligamentaire), à mi-distance entre la paroi pelvienne et l'isthme utérin, 15mm au-dessus du cul-de-sac latéral du vagin ; Les branches collatérales de l'artère utérine ; Les branches collatérales de l'artère utérine ; L'Artère vaginale, croisant par en arrière l'uretère pour gagner la face postérieure du vagin ; Les veines et lymphatiques ;

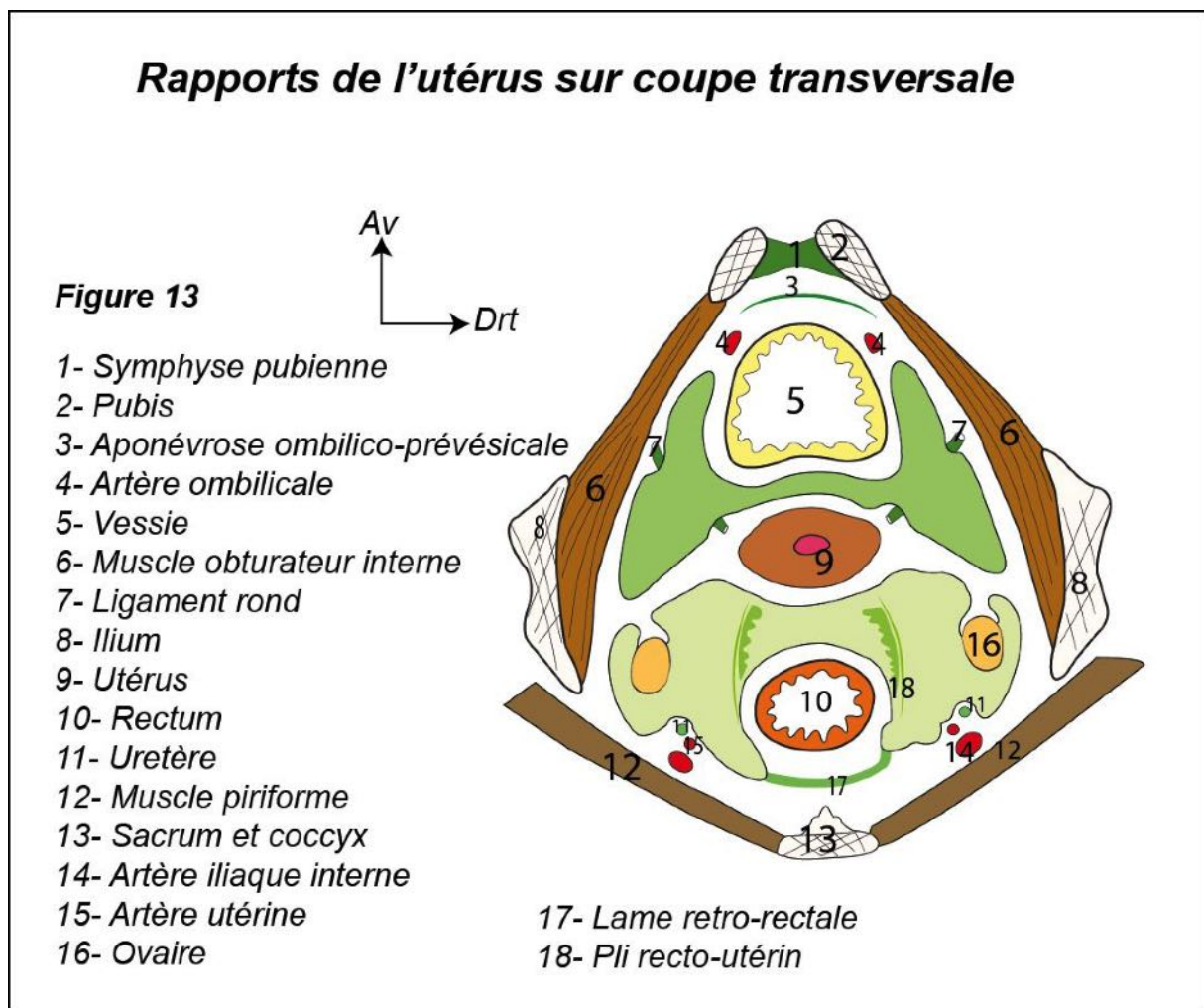
- *En avant*, la vessie :

Séparée du corps de l'utérus (qui repose sur sa face supérieure) par le cul-de-sac vésico-utérin :

Retour

Au contact du col (et de l'isthme) : les 2 organes restent séparés par un espace chirurgicalement clivable (autorisant l'hystérectomie).

- *En arrière*, l'ampoule rectale ; séparée par le cul-de-sac recto-génital (Douglas), ou s'insinuent des anses grêles et parfois le colon sigmoïde.



→ **Rapports de la portion intra-vaginale :**

- ◆ *La ligne d'insertion du vagin* sur le col étant situés dans un plan oblique en bas et en avant, le cul-de-sac vaginal apparaît de profondeur variable ; Peu marqué en avant, net et profond, de profondeur croissante latéralement et d'avant en arrière.

Retour

✚ Finalement l'extrémité inférieure du col (dont l'axe est perpendiculaire à l'axe du vagin) repose directement sur la paroi postérieure du vagin.

◆ *Par l'intermédiaire du vagin*, elle répond :

- Latéralement : A la partie toute inférieure des paramètres, et aux lames sacro-recto-génito-pubiennes ;
- En avant : à la face postérieure de la vessie par l'intermédiaire d'un espace chirurgicalement clivable : le septum vésico-vaginal.
- En arrière, à la face antérieure du rectum, par l'intermédiaire du cul-de-sac recto-génital (Douglas) en haut, du septum recto-vaginal en bas.

4. Vascularisation-Innervation :(Figure 21)

➔ **Artères** : Trois paires d'artères, d'importance variable, assurent la vascularisation de l'utérus : l'artère utérine essentielle, l'artère ovarique et l'artère du ligament rond, très accessoire.

◆ *L'artère utérine* :

Origine : Elle naît du tronc antérieur de l'artère iliaque interne (dont elle est une branche importante) Soit isolément, entre artère ombilicale (en haut) et artère vaginale (en bas), soit par un tronc commun avec ces 2 artères. (Figures 14 et 15)

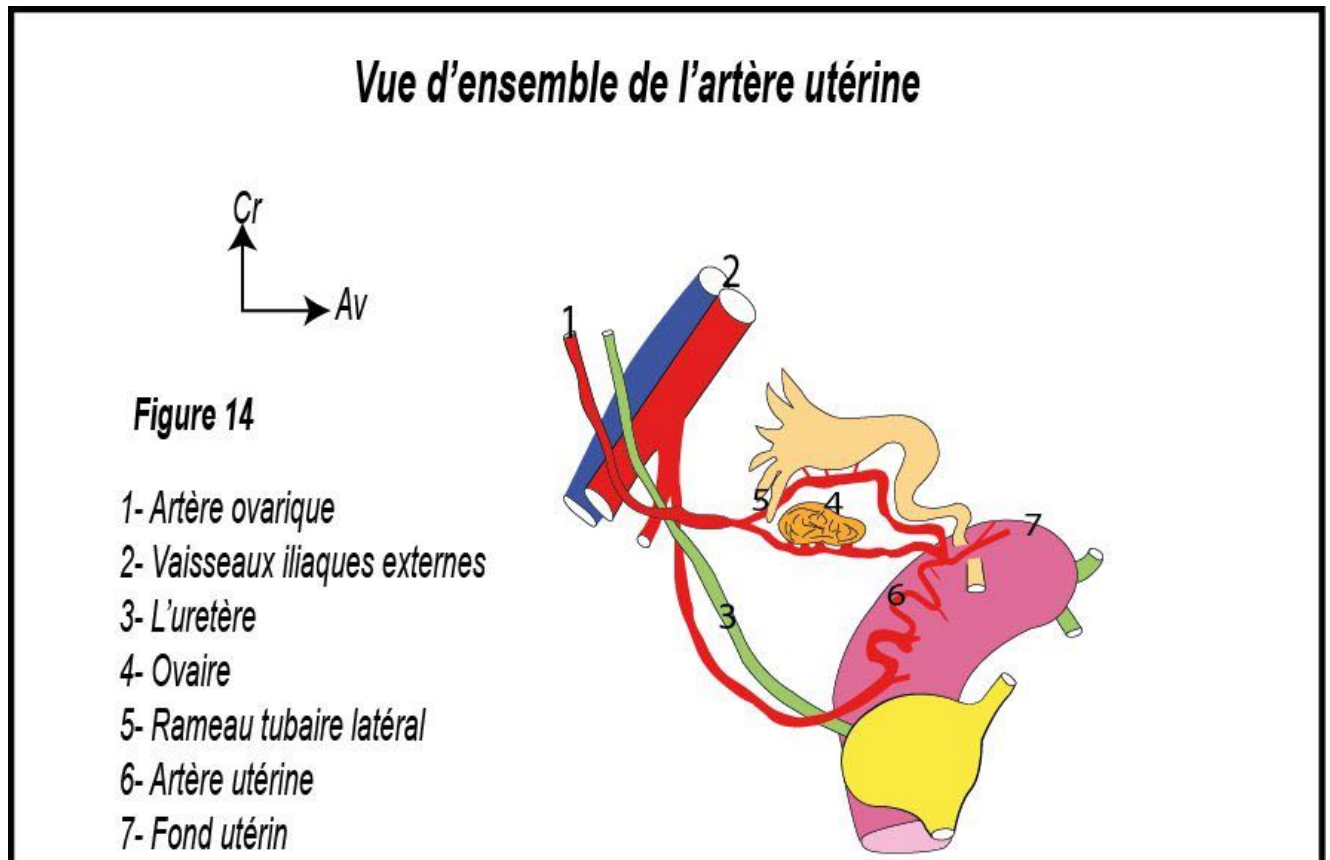
Trajet : Longue de 15cm (pour un diamètre de 3mm), elle présente 3 portions :

- rétro-ligamentaire (ou pariétale) en arrière du ligament large, oblique en bas et en avant, sur une longueur de 6cm ;
- Sous-ligamentaire dans le paramètre, dirigée transversalement et décrivant une crosse à concavité supérieure (surcroisant l'uretère) ;
- Intra-ligamentaire (ou viscérale) verticalement ascendante le long du bord latéral du corps utérin.

Retour

Terminaison : l'artère utérine se divise à l'angle supéro-latéral de l'utérus en 3 rameaux :

- Rameau récurrent du fond utérin.
- Rameau tubaire.
- Rameau ovarique.

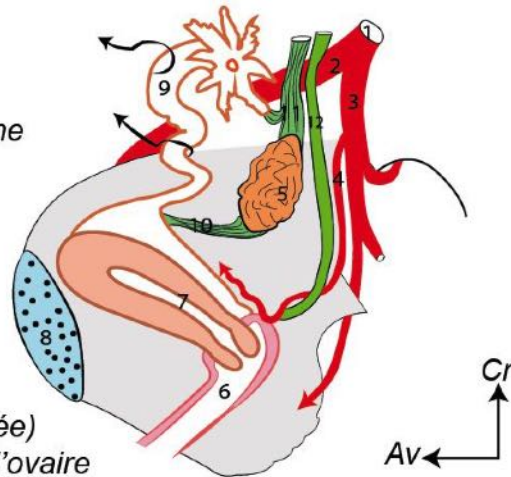


[Retour](#)

Trajet de l'artère utérine sur vue post-médiale du bassin Ovaire en place, trompe relevée

Figure 15

- 1- Artère iliaque commune
- 2- Artère iliaque externe
- 3- Artère iliaque interne
- 4- Artère utérine
- 5- Ovaire
- 6- Vagin
- 7- Utérus
- 8- Pubis
- 9- Trompe utérine (relevée)
- 10- Ligament propre de l'ovaire
- 11- Ligament suspenseur de l'ovaire
- 12- Uretère



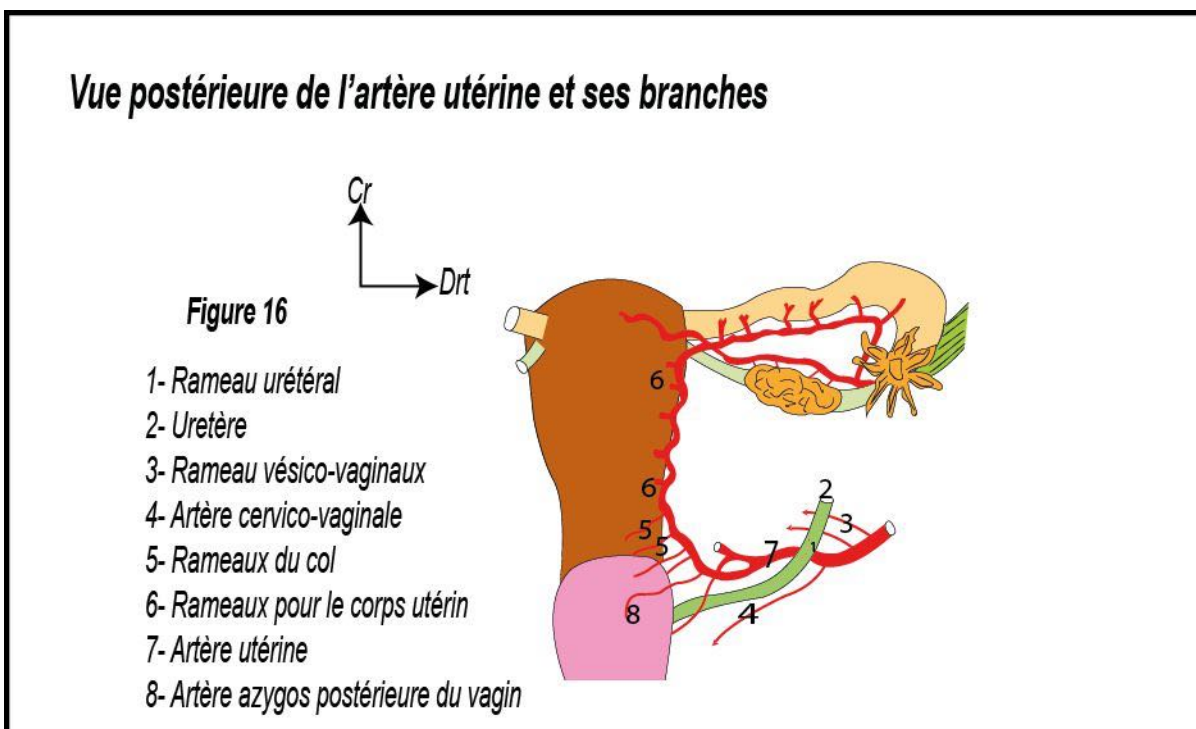
Branches collatérales : (Figure 16)

- Dans la portion rétro-ligamentaire, l'artère utérine ne donne aucune branche importante.
- Dans la portion sous-ligamentaire, elle donne :
 - Un rameau pour le ligament large ;
 - Un rameau urétéral en T, au point de croisement avec l'uretère :
 - 5 à 6 rameaux vésico-vaginaux, naissant avant le croisement avec l'uretère terminal qu'ils entourent, vascularisent la paroi postérieure de la vessie et la paroi antérieure du vagin.
 - Une artère cervico-vaginale après le croisement avec l'uretère : Très volumineuse, née au niveau de la crosse de l'artère utérine médiale par rapport au croisement avec l'uretère),

Retour

se dédoublant en rameaux antérieurs et postérieurs ; et vascularisent la portion supérieure du vagin et la portion intra-vaginale du col de l'utérus.

- Dans la portion intra-ligamentaire, elle donne :
 - Des rameaux pour le ligament large ;
 - Des rameaux pour l'utérus : naissant par paires, s'ordonnant en 2 plans antérieur et postérieur.
- ✚ Il fait opposer : 5 à 6 rameaux pour le col, obliques en bas et vers la ligne médiane, ne pénétrant dans le col qu'après un trajet long et flexueux (cette disposition autorise la dilatation du col au cours de l'accouchement)
- ✚ 8 à 10 rameaux pour le corps, transversaux, très courts, pénétrant très rapidement dans le Myomètre.
- Un rameau pour le ligament rond : né près du ligament rond qu'il irrigue.



[Retour](#)

Branches terminales : l'artère utérine se divise en 3 rameaux :

Le rameau récurrent du fond utérin : né à distance de l'utérus, il aborde le fond utérin après un court trajet : il irrigue la zone normale d'insertion du placenta (Il s'hypertrophie considérablement pendant la grossesse).

Le rameau tubaire médial (souvent remplacé par des rameaux multiples et grêles) : né près de la corne utérine, il chemine sous la trompe et s'anastomose avec le rameau tubaire latéral (né de l'artère ovarique).

Le rameau ovarique médial : il chemine dans le méso-varum et s'anastomose avec le rameau ovarique latéral, né de l'artère ovarique, selon des modalités variables : 4 types principaux (dont seuls les 2 premiers sont fréquents) peuvent être individualisé (Mocquot et Rouvillos) :

- Type I : Anastomose à plein canal des 2 artères ; de cette anastomose naissant en dents de peigne les rameaux ovariques ;
 - Type II : anastomose très grêle, artère utérine et artère ovarique donnant chacune un bouquet de rameaux pour l'ovaire.
 - Type III : artère utérine volumineuse, donnant la quasi-totalité des rameaux ovariques.
 - Type IV : artère ovarienne volumineuse, avec artère utérine très grêle (ne participant pratiquement pas à la vascularisation de l'ovaire).
- ◆ **L'artère ovarique** : Elle a un rôle peu important dans l'irrigation de l'utérus.

Origine : elle naît de l'aorte abdominale au niveau de L2.

Trajet : Accompagnée par la veine ovarique, par des lymphatiques et par un plexus nerveux.

Oblique en bas et latéralement, elle croise successivement :

- L'uretère, au niveau L3 ou L4, se plaçant latéralement par rapport à lui ;
- Les vaisseaux iliaques externes (qui longent le détroit supérieur), 2cm en avant de l'uretère.

[Retour](#)

Elle se dirige ensuite obliquement en bas et vers la ligne médiane, quittant la paroi pelvienne avec le ligament suspenseur de l'ovaire (ligament lombo-ovarien).

Terminaison : elle se termine à l'extrémité supéro-latérale de l'ovaire en donnant des rameaux ovariens et le rameau tubaire latéral, anastomosés de façon variable avec les rameaux homologues de l'artère utérine.

- ⇒ Il est rare que l'artère utérine soit grêle et que l'artère ovarienne vascularise le fond utérin.
- ◆ **L'artère du ligament rond** : Née de l'artère épigastrique inférieure au niveau de sa crosse, elle se divise en 2 rameaux se dirigeant :
- L'un vers la grande lèvre,
 - L'autre vers la corne utérine ou il s'anastomose avec un rameau de l'artère utérine.
- ✚ Elle rend nécessaire la ligature du ligament rond au cours de l'hystérectomie mais est sans importance fonctionnelle.

◆ **Anastomose**, elles intéressent :

Les artères utérines entre elles : les anastomoses (grêles) se font selon 3 modalités :
Transversales ; antéro-postérieures ; verticales.

- ✚ La principale application de l'artère utérine en chirurgie d'exérèse, l'étage de ligature dépend du type d'hystérectomie :
- Hystérectomie subtotale : ligature au dessus de l'émergence de la cervico-vaginale.
 - Hystérectomie élargie : ligature au niveau de l'origine de l'artère utérine.

Les artères de voisinage, l'artère utérine, par certaines de ses collatérales, est anastomosée avec :

- Outre l'artère ovarienne (par les rameaux tubaires et ovariens) et l'artère iliaque externe (par l'artère épigastrique inférieure et l'artère du ligament rond).

Retour

- L'artère vaginale (vaginale longue), par des rameaux vaginaux,
- L'aorte, par l'artère sacrée médiane et par des rameaux des plis recto-utérins (ligaments utéro-sacrés), de chaque côté de l'utérus (plexus utéro-vaginaux).

→ **Les veines :** (Figure 17)

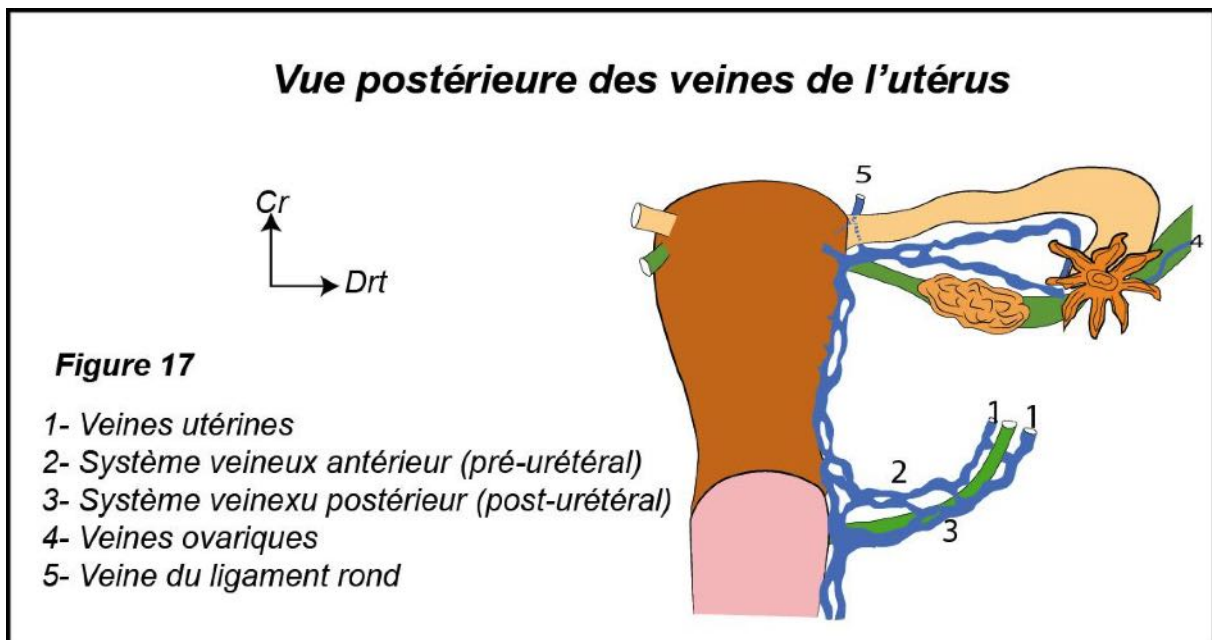
- ◆ **Par les veines utérines,** vers la veine iliaque interne ; ces veines utérines forment 2 systèmes :

- Antérieur, pré-urétéral ;
- Postérieur, rétro-urétéral, plus important.

- ◆ **Par les veines ovariennes :**

- Vers la veine cave inférieure, à droite,
- Vers la veine rénale gauche, à gauche.

- ◆ **Très accessoirement** par la veine du ligament rond, vers la veine épigastrique inférieure (tributaire de la veine iliaque externe) (cette voie ne prend de l'importance que pendant la grossesse).



[Retour](#)

→ **Lymphatiques** : Leur connaissance est indispensable pour la compréhension de la chirurgie carcinologique car leur distribution explique la propagation lymphatique possible des cancers de l'utérus. (Figures 18 et 19)

- ◆ **Origine** : Ils forment 4 réseaux d'origine : Muqueux ; musculaire ; sous-séreux ; séreux.
- ◆ **Drainage**, on distingue schématiquement 2 réseaux de drainage :

Un réseau supérieur, drainant plus particulièrement le corps utérin, avec 3 pédicules :

Pédicule principal, ovarique (lombaire) :

- À gauche aux nœuds lymphatiques lombaires (pré et latéro- aortiques),
- À droite, aux nœuds lymphatiques lombaires (pré et latéro-caves).

Pédicule accessoire (transversal), iliaque externe, gagnant la chaîne moyenne du groupe iliaque externe ;

Pédicule antérieur, satellite du ligament rond, aboutissant aux nœuds lymphatiques inguinaux superficiels.

Un réseau inférieur, drainant plus particulièrement isthme et col utérin, avec 3 pédicules (dont 2 courent le long du paramètre) :

- Pédicule iliaque externe (transversal), pré-urétérique ;
- Pédicule iliaque interne (oblique en arrière et latéralement), rétro-urétérique ;
- Pédicule antéro-postérieur, qui suit les plis recto-utérins (ligaments utéro-sacrés) et se termine dans les nœuds lymphatiques sacrés (en avant du sacrum et du promontoire).

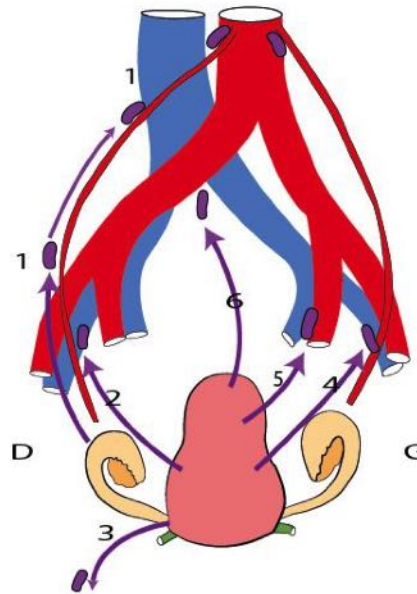
Tous ces lymphatiques (du col et du corps) sont richement anastomosés entre eux et avec les lymphatiques des autres organes génitaux (vagin et annexes), ce qui implique un curage large en matière de chirurgie carcinologique.

Retour

Lymphatiques de l'utérus d'après Levoeuf et Godard

Figure 18

- 1- Pédicule Ovarique (Principal)
- 2- Pédicule iliaque externe (Accessoire)
- 3- Pédicule antérieur (satellite du ligament rond)
- 4- Pédicule iliaque externe pré-urétérique
- 5- Pédicule iliaque interne
- 6- Pédicule antéro-postérieur

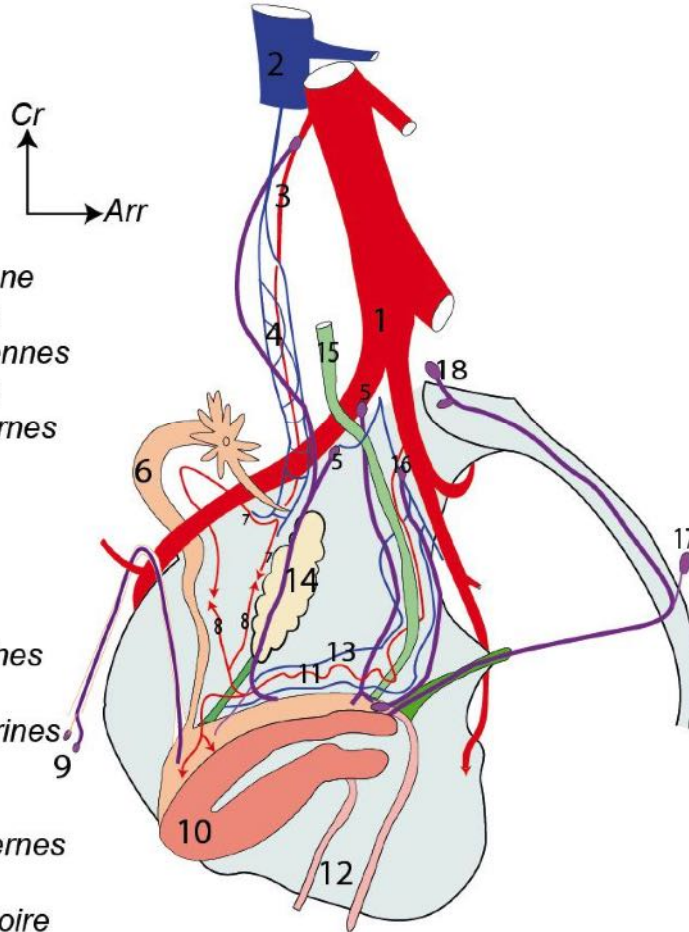


[Retour](#)

Les vaisseaux génitaux avec drainage lymphatique chez la femme

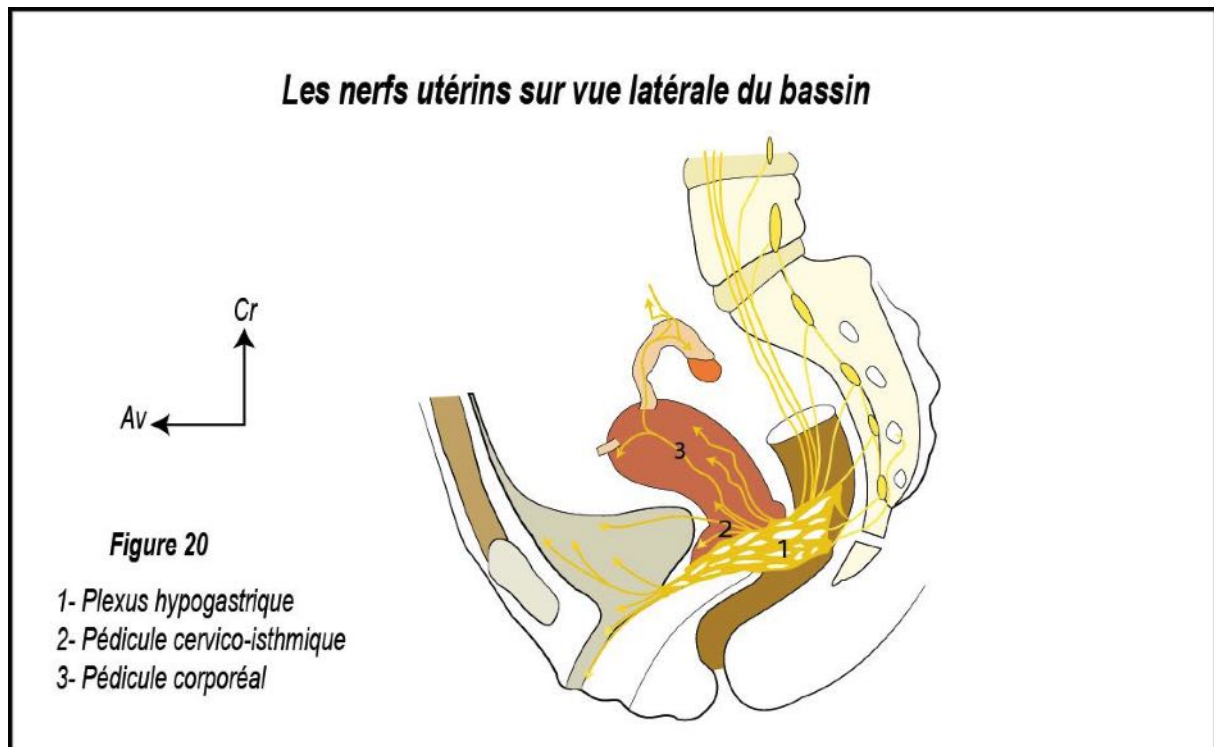
Figure 19

- 1- Artère iliaque commune
- 2- Veine cave inférieure
- 3- Artère et veine ovariennes
- 4- Plexus pampiniforme
- 5- Noeuds iliaques externes
- 6- Trompe utérine
- 7- Rameau tubaire
- 8- Rameaux ovariens
- 9- Noeuds inguinaux
- 10- Utérus
- 11- Artère et veine utérines
- 12- Vagin
- 13- Veines (Plexus) utérines
- 14- Ovaire
- 15- Uretère
- 16- Noeuds iliaques internes
- 17- Noeuds sacrés
- 18- Noeuds du promontoire

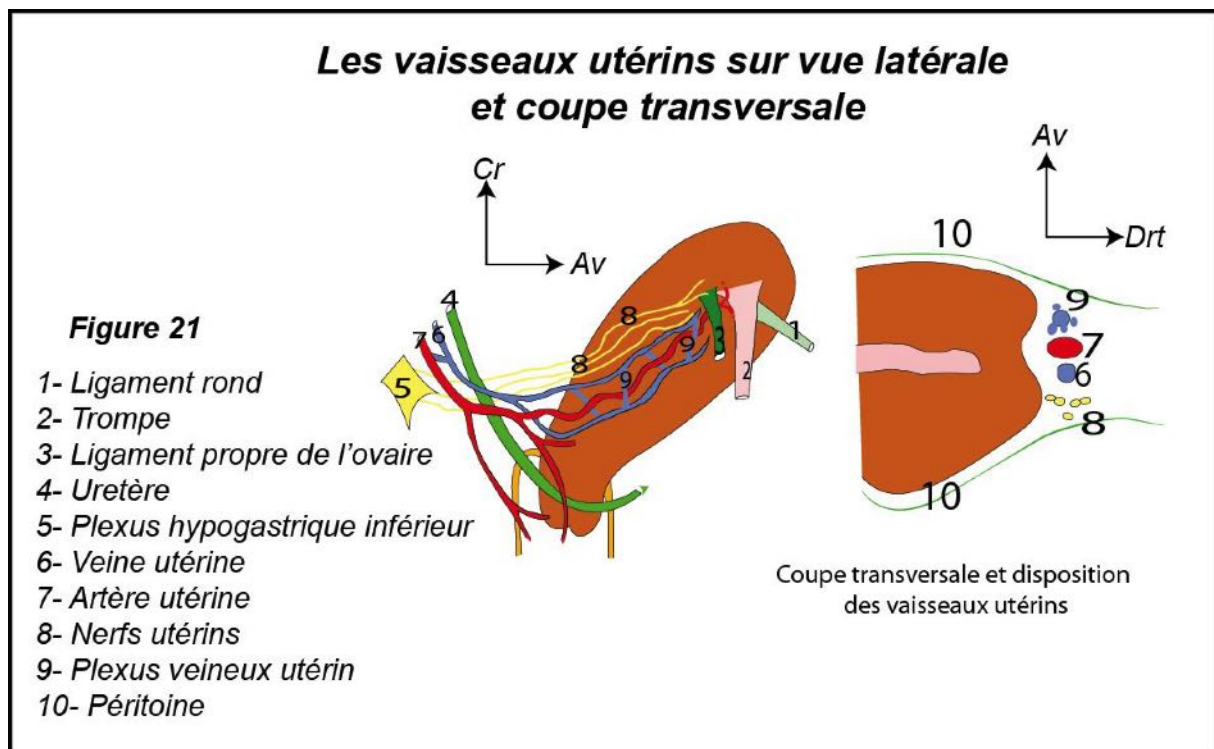


Retour

- **Nerfs** : Issus du plexus hypogastrique inférieur, ils constituent le plexus utéro-vaginal et se répartissent en 2 groupes (Figure 20):
- ◆ Un pédicule cervico-isthmique, gagnant la partie sus-vaginale du col de l'utérus ;
 - ◆ Un pédicule corporel, qui constitue, en arrière de l'artère utérine, le nerf latéral de l'utérus (Latarjet) qui longe le bord latéral de l'utérus.



[Retour](#)



5. Modification de l'utérus au cours de la grossesse :

- **Situation :** Pendant les 2 premiers mois, l'utérus reste pelvien, au 4^e mois, il atteint l'ombilic : il est abdominal ; A terme, le fond utérin est à 32cm de la symphyse pubienne : il est thoraco-abdominal.
- **Morphologie :** La paroi utérine s'hypertrophie. Sa consistance devient molle (parfois plus dure sous l'influence d'une contraction). A partir du 3^e trimestre, se forme entre corps et col une zone amincie : le segment inférieur (ou se pratique la césarienne segmentaire).
- **Rapports :** Seuls les rapports du corps utérin sont modifiés de façon importante : à terme, le corps utérin répond :
- En avant, à la paroi abdominale ;
 - En arrière, à la paroi postérieure, à la colonne vertébrale et aux gros vaisseaux (aorte et veine cave inférieure) ;
 - En haut et en avant, à l'intestin grêle ;

Retour

- Latéralement, au caecum et à l'appendice à droite, au colon sigmoïde à gauche.
- ➔ **Vaisseaux** : L'artère utérine augmente de longueur (multiple par 3) et en calibre (multiplié par 4), tandis que l'artère ovarique double de calibre et les veines et les plexus veineux intra-utérins s'hypertrophient considérablement.

6. **Les Applications cliniques:**

➔ **Spéculum, touchers pelviens** :

La position gynécologique, patiente en position couchée avec écartement des cuisses afin de dégager la vulve, il est possible ainsi d'introduire un écarteur (spéculum) qui refoule les parois du vagin et on peut voir ainsi l'orifice externe du col punctiforme chez la nullipare, en forme de fente chez la multipare. Le col est soumis à des modifications sources de cancer du col : l'endocol peut être atteint d'adénocarcinome, alors que l'exocol par un carcinome épidermoïde ; d'où l'intérêt d'effectuer des frottis de l'exo- ou l'endocol.

- ◆ Le toucher vaginal : permet d'explorer le cul de sac circulaire du vain, palper les ovaires : dépister un kyste de l'ovaire.
- ◆ Le toucher rectal : permet d'explorer le cul-de-sac recto-vaginal et palper ainsi un fibrome utérin, ou un kyste ovarien.
- ◆ Le palper bi manuel permet de mesurer la taille de l'utérus et apprécier un gros utérus fibromateux.

➔ **Intérêt thérapeutique** :

Le cancer du col utérin et curage lymphatique, cancer de l'ovaire et carcinose péritonéale : Le cancer du col débute soit sur l'exocol soit sur l'endocol. Il peut alors être dépisté par le frottis. S'il s'étend, il se développe latéralement vers le cul-de-sac vaginal puis le paramètre ou il risque d'envahir l'uretère. La dissémination suit les lymphatiques vers les nœuds iliaques externes.

Retour

Lorsque l'uretère n'est pas atteint, le traitement est chirurgical associant une ablation de l'utérus (hystérectomie) à un curage lymphatique iliaque externe.

→ **Exploration :**

- ◆ L'hystérographie : l'opacification de la cavité utérine permet d'étudier l'endomètre à la recherche d'un cancer, le myomètre ou peuvent se développer les fibromes, et d'apprécier la perméabilité des trompes.
- ◆ TDM : permet de donner des coupes horizontales entre les loges vésicale et rectale.
- ◆ IRM : apporte des coupes sagittales et apprécie les courbures de l'utérus, des coupes frontales sur lesquels on étudie l'infiltration des paramètres dans un cancer du col.

7. **Les voies d'abord :**

→ **Voie d'abord haute :**

L'incision supra pubienne (Pfannenstiel) : est pratiquée à hauteur de la ligne des poils pubiens. Ces incisions horizontales et légèrement convexes. La ligne blanche et les couches antérieures de la gaine du droit sont sectionnées transversalement et réclinées vers le haut ; les muscles droits sont écartés latéralement ou divisés à hauteur d'une intersection tendineuse permettant une réinsertion ultérieure sans léser les fibres musculaires. Les nerfs ilio-hypogastrique et ilio-inguinal sont identifiés et préservés.

→ **Voie d'abord basse** (ou vaginale) :

Cette intervention est indiquée en cas de prolapsus génital et de pathologie bénigne, ou devant un utérus de petite taille. Elle est réalisée à travers une incision située au fond du vagin. Il n'existe aucune cicatrice abdominale.

→ **Coelioscopie** : (de plus en plus utilisée)

Après avoir réaliser 3 à 4 trous de 1 cm en moyenne, introduction des trocars, puis on réalise une insufflation de la cavité abdominale par le CO₂, et on introduit par la suite les instruments

Retour

chirurgicaux. Cette technique permet moins de jours d'hospitalisation avec une diminution significative de complications postopératoires.

8. Conclusion :

Organe de gestation, l'utérus est destiné à recevoir l'œuf fécondé, est siège de modifications physiologique menstruel, ayant des rapports importants avec les organes pelviens, il se distingue par la diversité de sa pathologie notamment cancéreuse.

[Retour](#)