



*CAVITE ET
PAROIS
ABDOMINALES*

I. GENERALITES :

Le tronc est divisé par le diaphragme : enveloppe musculo-aponévrotique, en deux cavités (Figure1) :

- Une cavité thoracique au-dessus.
- Une cavité abdominale en-dessous.

La cavité abdominale est une cavité cylindrique, s'étend verticalement de diaphragme, et fermé en bas par le périnée (plancher du petit bassin).

Ce cylindre est formé d'une ceinture musculo-aponévrotique, qui est constituée par :

- Antérieure : les muscles droits de l'abdomen.
- Postérieure : les masses musculaires postérieures qui s'organise autour de la colonne vertébrale : une paroi ostéo-musculaire.
- Latéralement : les muscles latéraux plats.

Le contenu de la cavité abdominale est : l'appareil digestif, l'appareil urinaire (les reins et les uretères), les organes génitaux internes et les gros vaisseaux (l'aorte abdominale et la veine cave inférieure).

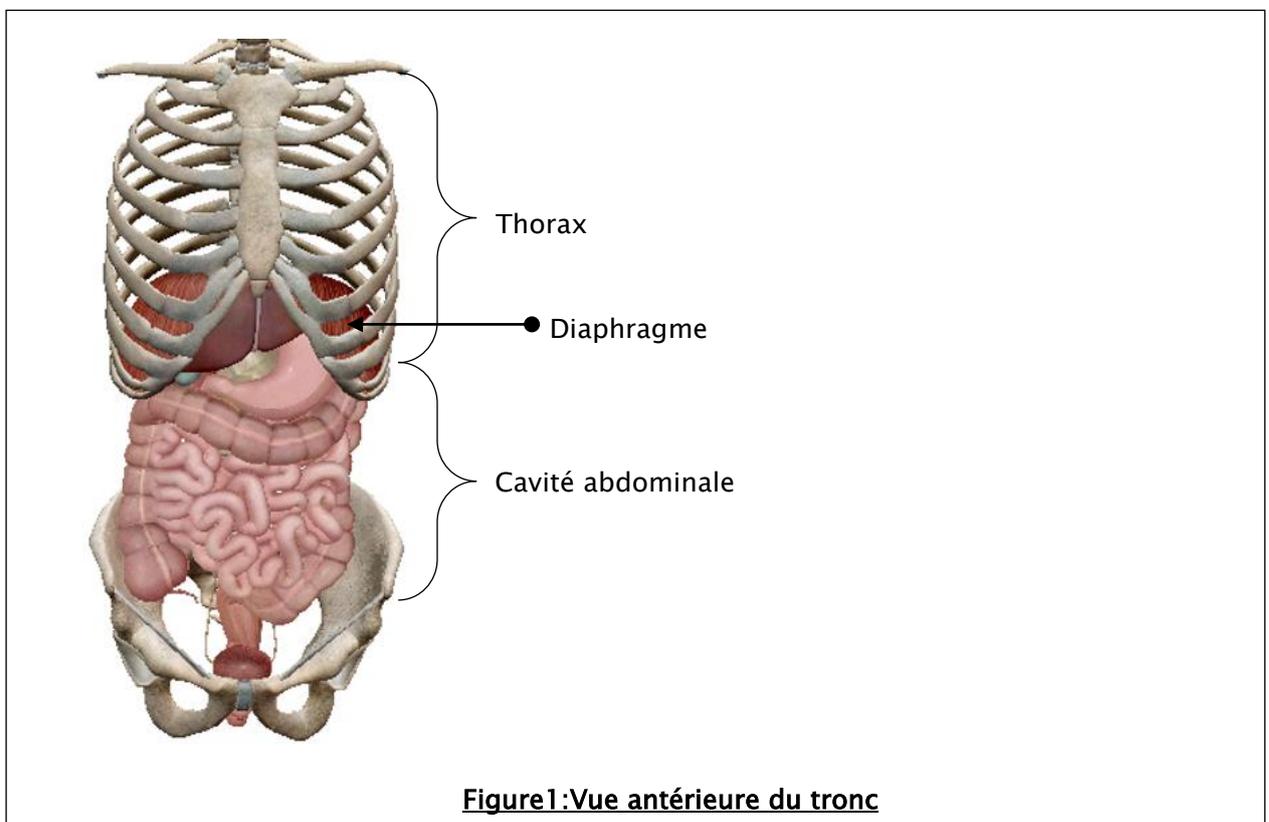
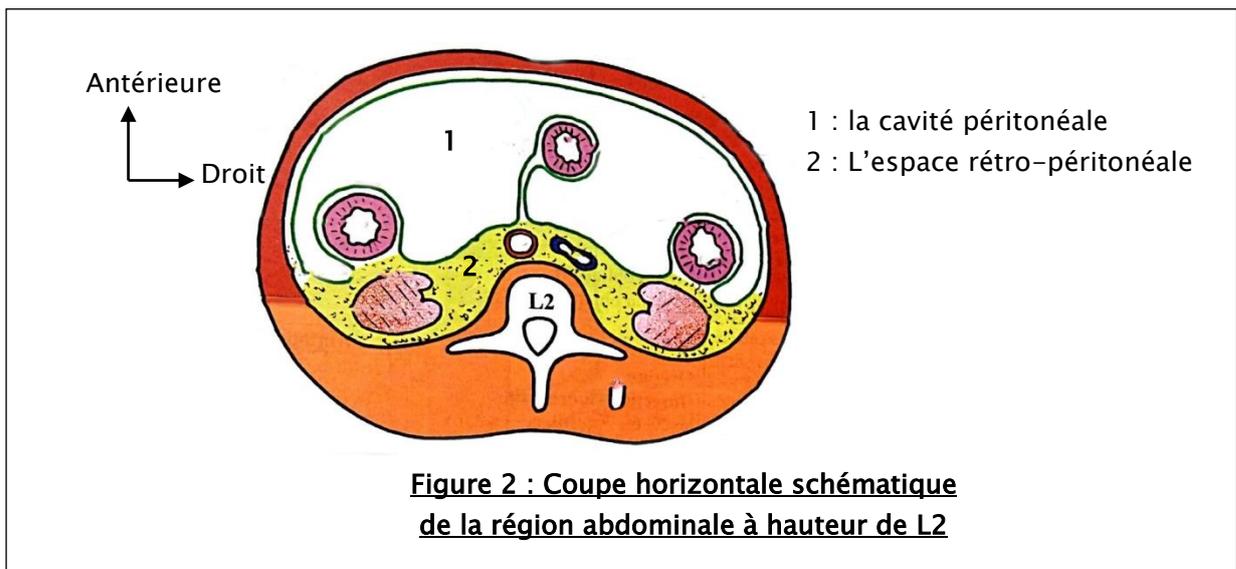


Figure1:Vue antérieure du tronc

II. CAVITE ABDOMINALE :

La cavité abdominale est subdivisée par le péritoine en (Figure2) :

- En avant : la cavité péritonéale.
- En arrière : l'espace rétropéritonéal.
- En bas : l'espace sous-péritonéale.



A. Grande cavité abdominale

Normalement virtuelle, limitée par le diaphragme en haut et le bord supérieur du bassin en bas, parfaitement close chez l'homme, et s'ouvre chez la femme au niveau du pavillon de la trompe de Fallope et au niveau de l'ovaire.

N.C : cette solution de continuité de péritoine pelvienne chez la femme explique la possibilité chez celle-ci des infections péritonéales ascendantes d'origine gynécologique et le passage intra-péritonéal du produit de contraste au cours de l'hystérosalpingographie.

Elle est située entre les 2 feuillets du péritoine et cloisonnée par les replis péritonéaux.

Le mésocôlon transverse la divise en deux étages : l'étage sus-mésocolique, en haut et l'étage sous-mésocolique, en bas.

1. Etage sus mésocolique :

Il contient l'œsophage abdominal, l'estomac, la rate, le foie, la vésicule biliaire, la partie supérieure de duodénum, et le pancréas.

Ces organes et leurs mésos délimitent au niveau de cet étage :

- La loge sous-phrénique droite, située entre la coupole diaphragmatique et la face supérieure du foie, elle est divisée en deux par le ligament falciforme du foie.
- La loge sous-phrénique gauche, située entre la coupole diaphragmatique en haut, l'estomac en dedans et la rate en bas.
- La loge sous hépatique, située entre le foie et la face ventrale de l'estomac.
- La loge splénique qui contient la rate.

2. Etage sous mésocolique :

Il contient la partie inférieure de duodénum, le crochet du pancréas, le jéjuno-iléon, le côlon.

Ces organes et leurs mésos délimitent au niveau de cet étage :

- Les deux gouttières pariéto-coliques, droite et gauche, situées entre la face latérale du côlon (ascendant à droite et descendant à gauche) et la paroi latérale de l'abdomen.
- La racine du mésentère divise le péritoine pariétal postérieur en deux loges, à savoir un espace supra mésentérique et un espace infra-mésentérique.
- Le récessus inter-sigmoïdien situé en dessous du mésocôlon sigmoïde.
- Le cul-de-sac de Douglas, partie la plus déclive du péritoine, prolongé latéralement par les fosses pararectales.

N.C : Ces espaces sont des zones privilégiées où se collectent les épanchements liquidiens dans l'abdomen. Par conséquent, c'est au niveau de ces espaces que seront placés les drains en post opératoire.

➤ **L'arrière cavité des épiploons :**

C'est une cavité située en arrière de l'estomac, en avant du bloc duodéno-pancréatique, elle est limitée par les quatre épiploons. Elle communique avec la grande cavité péritonéale par le hiatus de Winslow.

Le hiatus de Winslow limité par :

- En avant : la veine porte.
- En arrière : la veine cave inférieure.
- En haut : la face inférieure du foie.
- En bas : la réflexion du péritoine pariétale postérieur sur la face postérieure du petit épiploon.

B. Espace rétro-péritonéal :

- Il est situé contre la paroi abdominale postérieure.
- Il est limité en avant par le péritoine et les surfaces dépéronisées de certains viscères digestifs.

Il contient:

- Les gros vaisseaux et leurs branches:
 - l'aorte abdominale.
 - la veine cave inférieure.
 - la citerne du chyle.
 - les lymphonoeuds lombaires.
- les troncs sympathiques abdominaux.
- le haut appareil urinaire : les reins et les uretères lombaires.
- les glandes surrénales

N.C : dans le cul-sac-de Douglas se collecte les sérosités, le sang et les sécrétions purulentes d'origine péritonéale ou viscérale. Il est palpable par le toucher rectal.

C. Espace sous-péritonéal :

Il est limité par :

- En haut : le toit péritonéal qui le sépare de la cavité péritonéale.
- En bas : le plancher pelvien.
- Latéralement : les parois ostéo-musculaires.

Il contient :

- Le bas d'appareil urinaire.
- Le rectum.
- Les organes génitaux internes.

D. Péritoine :

Le péritoine est une membrane séreuse, continue, lisse et transparente à double feuillets : viscéral et pariétal, en continuité l'un avec l'autre, délimitant entre eux un espace virtuel appelé la cavité péritonéale.

N.C.: on peut observer des atteintes infectieuses, inflammatoires du péritoine, qui sont souvent d'origine viscérale, appelées les péritonites.

1. Feuille viscéral :

Il tapisse la face superficielle des différents viscères abdominaux.

2. Feuille pariétal :

Il tapisse la face profonde de la cavité abdominopelvienne, on lui distingue :

- Une partie diaphragmatique : le péritoine pariétal diaphragmatique qui recouvre la face inférieure du diaphragme.
- Une partie antérieure : le péritoine pariétal antérieur qui recouvre la face interne de la paroi antérolatérale de l'abdomen dont il est séparé par un espace prépéritonéal occupé par le fascia prépéritonéal.

- Une partie postérieure : le péritoine pariétal postérieur qui est séparé de la paroi abdominale postérieure par un espace appelé : l'espace rétro péritonéale où se trouve les organes rétro-péritonéaux (aorte abdominale, la veine cave inférieure, les surrénales, les reins et les uretères.

- Une partie pelvienne : le péritoine pariétal pelvien qui tapisse la cavité pelvienne sans atteindre le périnée dont il est séparé par un espace sous péritonéal.

3. Replis péritonéaux :

Les 2 feuillets du péritoine sont reliés par des replis péritonéaux, qui sont représentés par :

- Des mésos
- Des fascias d'accolement
- Des ligaments
- Des épiploons (omentums).

➤ Le méso :

C'est une formation péritonéale constituée de deux feuillets du péritoine viscérale, accolé l'un contre l'autre, et qui relie un organe du tube digestif au péritoine pariétal antérieur ou postérieure. Il contient les vaisseaux et les nerfs destinés à l'organe qu'il relie.

La zone d'insertion d'un méso contre la paroi appelée : la racine du méso

On nomme le méso selon l'organe qu'il unit à la paroi :

- Mésogastre pour l'estomac.
- Méso transverse pour le colon transverse.
- Mésentère pour le jéjuno-iléon.
- Méso sigmoïde pour le colon sigmoïde.

➤ Le fascia :

C'est un espace celluleux formé de la fusion d'une face d'un méso avec :

Le péritoine pariétal postérieure, appelé le fascia d'accolement primaire, exemple de :

- Fascia de Treitz : accolement du mésoduodénum.
- Fascia de Toldt droit : accolement du mésocôlon ascendant.
- Fascia de Toldt gauche : accolement du mésocôlon descendant.

Ou le péritoine viscéral d'un organe, appelé le fascia d'accolement secondaire, exemple de :

- Mésocôlon transverse accolé au bloc duodéno-pancréatique.

N.C : le fascia est une zone de clivage naturelle qui permet de séparer les plans vasculaires sans entraîner d'hémorragie.

➤ **Le ligament** : C'est une formation péritonéale qui relie les viscères entre eux (exemple le ligament hémato-gastrique) ou un viscère abdominal à la paroi (ligament falciforme du foie), sans contenir un pédicule vasculaire important.

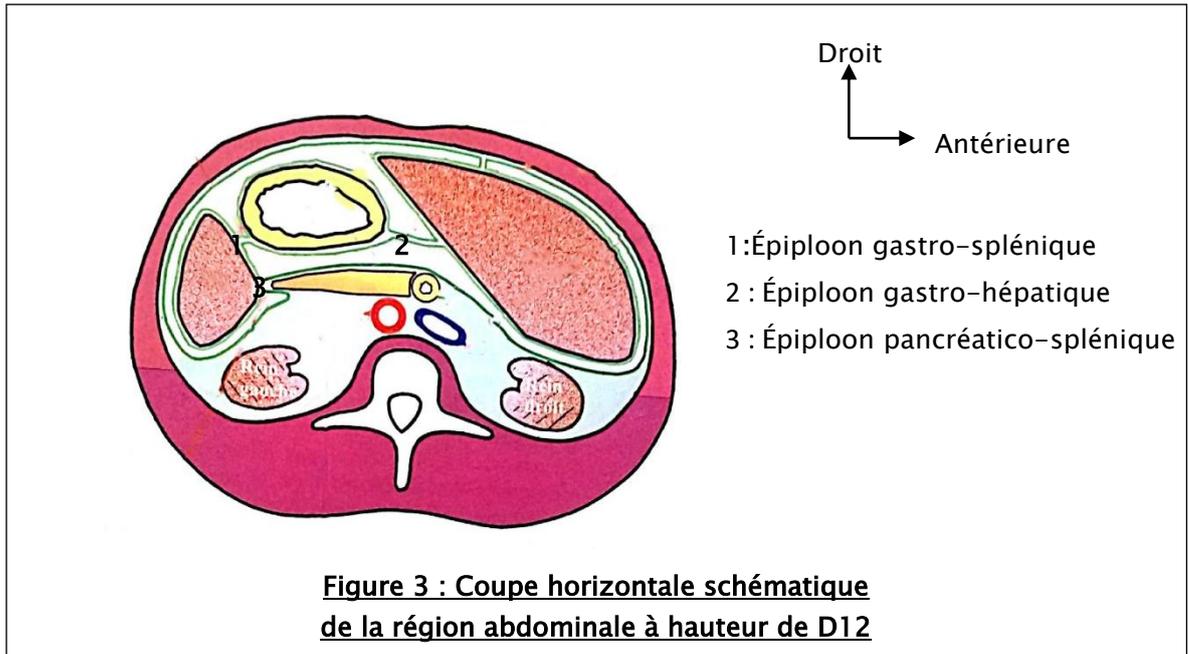
➤ **L'épiploon ou omentum** :

C'est un repli péritonéal qui relie deux organes abdominaux entre eux, sans toucher la paroi, Il contient un pédicule vasculaire important. Il peut être parfois, pendant librement à partir d'un viscère, comme le grand omentum, qui une nappe cellulo-graisseuse appendue à la grande courbure gastrique et tombant devant le côlon transverse puis les anses grêle.

Il existe 4 épiploons (Figure 3) :

- Épiploon gastro-hépatique ou petit épiploon (petit omentum).
- Épiploon gastro-colique ou grand épiploon (grand omentum).
- Épiploon gastro-splénique.
- Épiploon pancréatico-splénique.

N.C : Le grand omentum est très mobile, ce qui lui permet de se déplacer vers n'importe quelle zone inflammatoire et cloisonner l'organe atteint, en évitant la diffusion de processus inflammatoires ou infectieux localisés dans le reste de la cavité péritonéale (évitant les péritonites généralisés). Il constitue également un site privilégié de diffusion de métastases tumorales.



4. La structure du péritoine

Il est formé par un mésothélium reposant sur une couche de tissu conjonctif. L'ensemble repose sur un tissu sous séreux riche en terminaison nerveuses et en vaisseaux sanguins et lymphatiques.

5. Les fonctions du péritoine

Le péritoine a des fonctions, qui sont :

- Un espace de glissement, cet espace est représenté par la cavité péritonéale lubrifiée par une faible quantité de liquide, permettant le glissement des organes lors de la respiration ou des contractions de l'intestin pendant la digestion.

N.C : la quantité et le type de ce liquide peuvent être modifiés dans certaines circonstances pathologiques, comme un saignement d'un viscère (hémopéritoine) ou une infection péritonéale (péritonite), compromettant le fonctionnement normal des viscères. Cliniquement, on trouve à l'examen un syndrome typique : le syndrome péritonéal.

- Il constitue des moyens de fixation des viscères par les mésos et les ligaments.
- Il assure la résorption (membrane semi-perméable) et la défense contre les microorganismes grâce à l'existence de nombreuses cellules histiocytaires et lymphocytaires.

III. Parois abdominales :

La paroi abdominale est constituée d'un cadre osseux et essentiellement des muscles et des aponévroses.

Le cadre osseux est formé :

- En haut : la partie inférieure de la cage thoracique, qui est constitué par :
 - Le processus xiphoïde.
 - Le rebord costal.
 - La 11^e côte.
 - La 12^e côte.
- En arrière : la colonne vertébrale :
 - La 12^e vertèbre thoracique.
 - Les cinq vertèbres lombaires.
 - Les disques intervertébraux correspondants.
- En bas : le bassin :
 - Les deux os coxaux, qui sont réunis en avant par la symphyse pubienne, ils s'articulent en arrière avec le sacrum
 - Les muscles et les aponévroses constituent une sangle musculo-aponévrotique, divisée à un segment antérolatéral et un segment postérieur.

A. Paroi abdominale antérolatérale :

1. Anatomie de surface :

La paroi antéro-latérale de l'abdomen va comprendre :

En haut :

- Partie du thorax à partir de la 5^e côte.
- Extrémité inférieure du sternum.
- Appendice xiphoïde.

En bas :

- Déroit supérieur : qui constitue la limite inférieure du contenu de l'abdomen.

- Ses contours sont représentés par :
 - En arrière : Promontoire.
 - Latéralement : Lignes arquées des os iliaques.
 - En avant : Symphyse pubienne.

2. Subdivision de la paroi abdominale antéro-latérale.

La région antérieure de l'abdomen est divisée par quatre lignes (Figure 4) :

- Deux lignes horizontales : une supérieure passant par la partie inférieure du rebord costal, l'autre inférieure passant par les deux épines iliaques antéro-supérieures.
- Deux lignes verticales : droite et gauche, chacune passant au milieu de chaque pli inguinal, rejoignant en haut le rebord costal et les coupes diaphragmatiques.

Ces lignes délimitent neuf régions :

- Au milieu de la paroi, de haut en bas : la région épigastrique, ombilicale et hypogastrique.
- Latéralement, de haut en bas : les hypochondres droit et gauche, les flancs droit et gauche, et les fosses iliaques droite et gauche.

Chaque région correspond à la projection d'un ou deux organes :

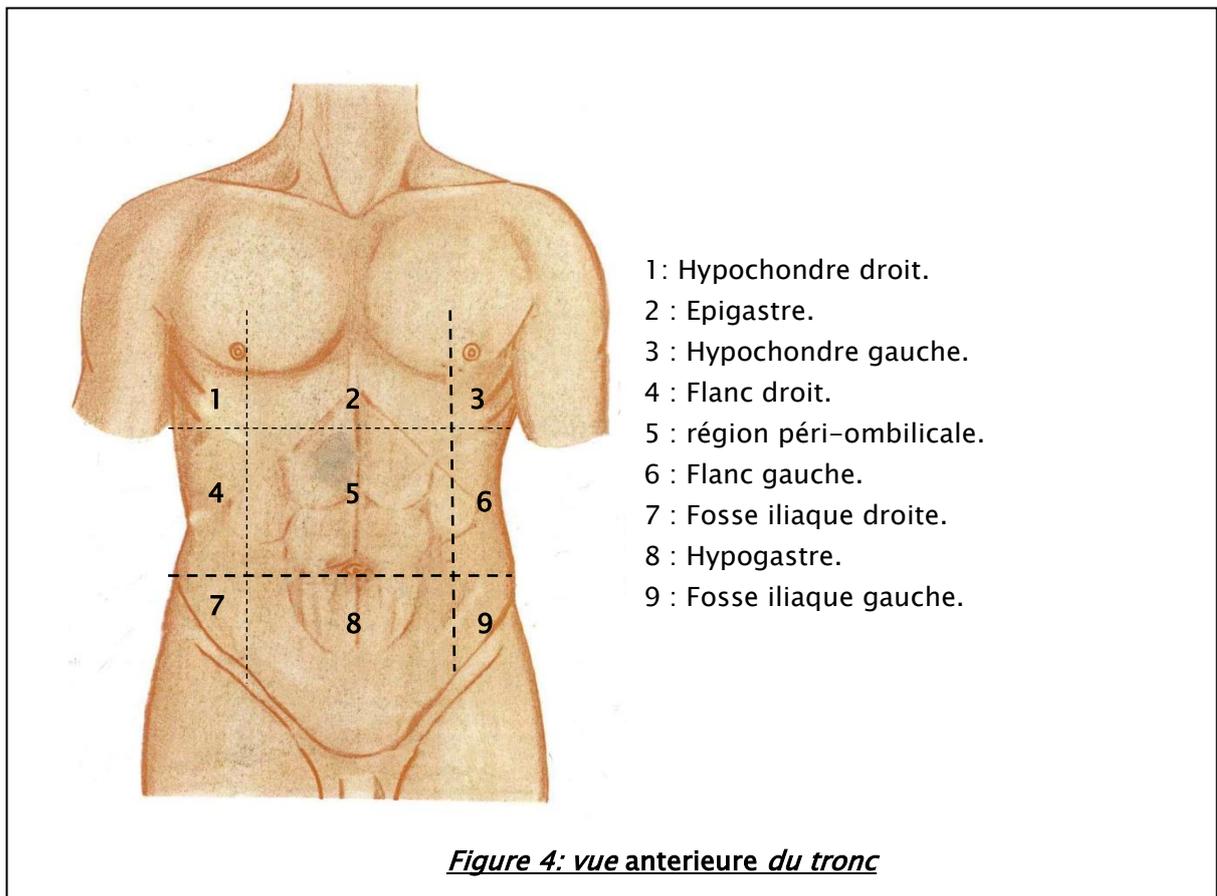
- L'épigastre : correspond à la projection de l'œsophage abdominal et l'estomac.
- La région ombilicale : elle est centrée par l'ombilic, dont le repère osseux se situe en regard de L4 ou le disque intervertébral L4-L5, constituant un repère chirurgical. Elle correspond à la projection du côlon transverse et de l'intestin grêle.
- L'hypogastre : correspond à la projection de la vessie
- L'hypochondre droit : correspond à la projection du foie et la vésicule biliaire
- L'hypochondre gauche : correspond à la projection de la rate et l'angle colique gauche
- Les flancs : correspond à la projection du côlon ascendant et du côlon descendant
- La fosse iliaque droite : correspond à la projection de l'appendice et du cæcum
- La fosse iliaque gauche : correspond à la projection du côlon sigmoïde.

N.C.:

- Cette division est importante à connaître, elle permet de localiser les symptômes abdominaux selon les régions et d'orienter le diagnostic.

Exemple : Toute symptomatologie localisée au niveau de la fosse iliaque droite oriente essentiellement vers l'appendicite (inflammation aigüe de l'appendice vermiforme), mais aussi vers une salpingite (inflammation aigüe de la trompe) ou une grossesse extra-utérine.

- Cette paroi est toujours examinée au cours des affections abdomino-pelviennes, et constitue la voie d'abord chirurgicale principale des viscères abdomino-pelviens.



3. Constitution

Elle est constituée de la superficie à la profondeur de :

a. Le plan cutané :

- La peau, et la graisse sous-cutanée.
- Le fascia superficiel de l'abdomen : interposé entre le pannicule adipeux et le muscle oblique externe, il est en continuité avec le fascia superficiel recouvrant les autres régions.
- Les vaisseaux et les nerfs superficiels.

b. Le plan musculo-aponévrotique

✚ Plan musculaire :

- Souple et contractile.
- Il est tendu entre les différents constituants du cadre osseux.
- Il est constitué de cinq muscles de chaque côté.

Ces muscles sont répartis en deux groupes :

➤ L'un antérieur: qui est formé par deux muscles :

- Le grand droit.
- Le pyramidal.

➤ L'autre antéro-latérale :qui est constitué par trois muscles larges, superposés, de la superficie vers la profondeur :

- Muscle grand oblique.
- Muscle petit oblique.
- Muscle transverse.

➤ Groupe antérieur :

❖ Muscle grand droit de l'abdomen : (figure 5)

C'est un long muscle tendu verticalement du thorax au pubis.

- Il est contenu dans une gaine aponévrotique formée par l'expansion des aponévroses des muscles larges.
- Il est relié à son homologue le long de la ligne médiane par la ligne blanche.
- Son attache supérieure se fait par trois digitations superposées :
 - Latérale sur la 5^e côte.
 - Moyenne sur la 6^e côte.
 - Médiale sur la 7^e côte et l'apophyse xiphoïde.

- Son corps musculaire : plat, épais, entrecoupé par trois à quatre intersections tendineuses (visibles chez les sujets maigres ou musclés).

- Sa terminaison : se fait par un tendon court et épais, formé de deux faisceaux :

Faisceau médial : inséré sur la symphyse pubienne et la ligne blanche.

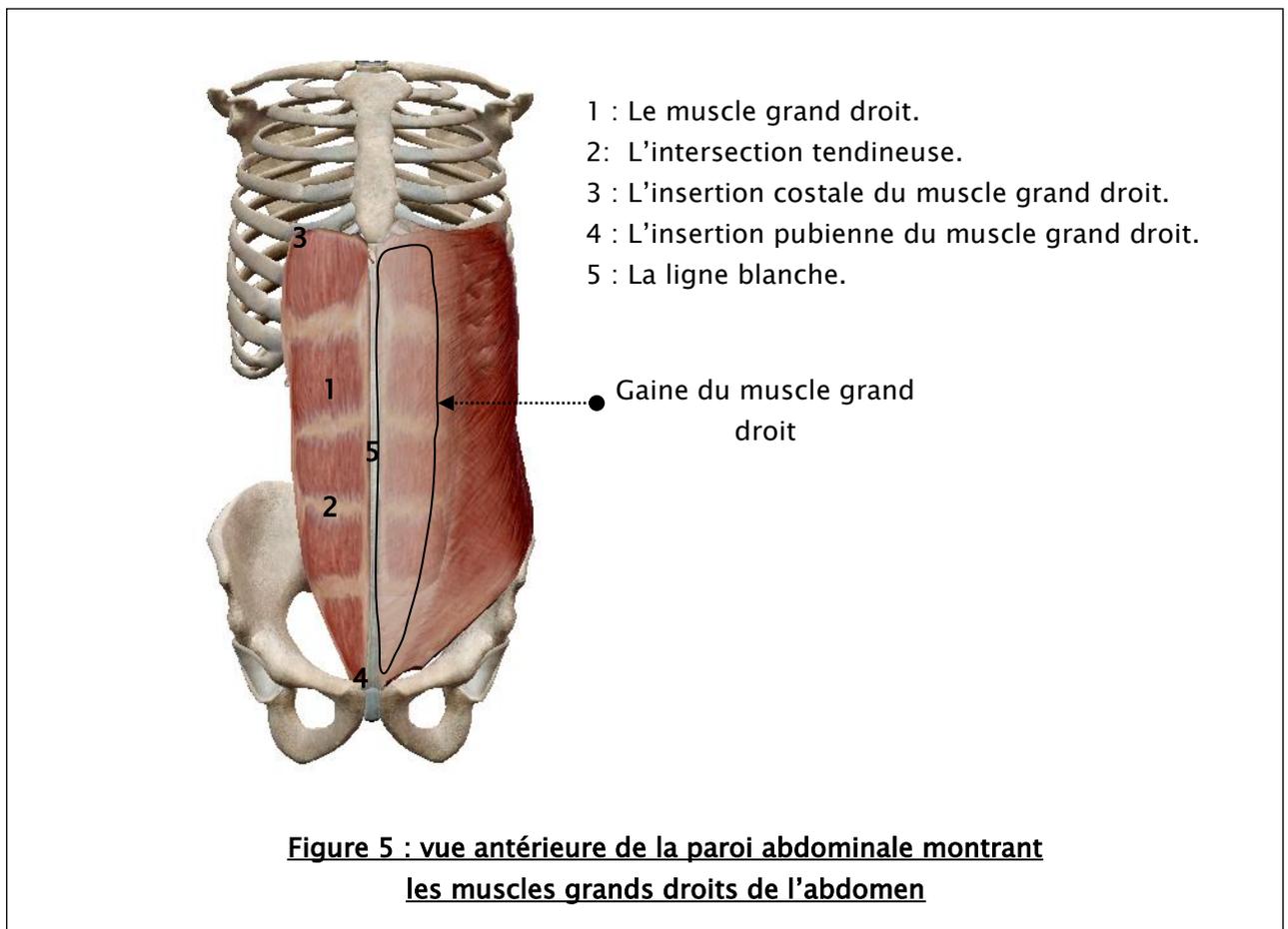
Faisceau latéral : inséré sur le pubis et la symphyse.

Son action :

- Il comprime des viscères abdominaux.

- Il fléchit la colonne vertébrale.

- Il tend la paroi abdominale.



❖ **Muscle pyramidal de l'abdomen :**

- Petit muscle triangulaire, inconstant.
- Il s'insère sur le pubis et la symphyse pubienne.
- Il est situé en avant de la partie inférieure du muscle grand droit, et contenu dans sa gaine.
- Il se termine sur la partie inférieure de la ligne blanche.
- Son action consiste à tendre la ligne blanche.

➤ **Groupe antéro-latéral :**

❖ **Muscle grand oblique :**

- Le plus superficiel, Large et épais.

Origine :

- Les sept ou huit dernières côtes par des digitations.
- Cette insertion se fait selon une ligne oblique en bas et en arrière.
- Ces digitations s'engrènent :

En haut : avec celles du muscle grand dentelé.

En bas : avec les insertions costales du muscle grand dorsal en avant.

Les fibres vont se distribuer en large éventail.

- Les fibres inférieures : elles rejoignent verticalement la moitié antérieure de la crête iliaque et se terminent sur la lèvre médiale de cette crête.
- Les fibres supérieures : elles passent en avant du muscle droit, contribuant à former la gaine de ce muscle, Puis elles s'entrecroisent sur la ligne médiane pour former la ligne blanche.
- Les fibres moyennes : elles contribuent à former l'arcade inguinale et les parois du canal inguinal. On peut individualiser trois faisceaux :

★ Faisceau latéral :

- Il se termine sur l'épine iliaque antérieure et supérieure et le pubis, entre ces deux zones d'insertion, les fibres forment l'arcade inguinale.

Cette arcade inguinale participe à la constitution des formations ligamentaires annexes :

- Bandelette ilio-pubienne : constituée du bord postérieur de l'arcade inguinale.
- Bandelette ilio-pectinée.

- Ligament pectiné (ligament de Cooper).
- Ligament Gimbernat : constitué par les fibres médiales de l'arcade.
 - ★ Faisceau moyen : plus inférieur et médiale que le précédent. Il se termine par deux piliers :
 - Pilier latéral : sur le ligament inguinal.
 - Pilier médial : sur le pubis.

Entre ces deux piliers est ménagé : l'anneau inguinal superficiel.

★ Faisceau médial : il croise la ligne médiane, il se fixe du côté opposé sur le pubis, formant le pilier postérieur du canal inguinal.

- Actions :

- Il abaisse les côtes.
- Il imprime à la colonne vertébrale une torsion opposée au sens de la contraction.
- Il soulève le bassin.
- Flexion du tronc en avant : par l'action simultanée des deux muscles grands obliques.
 - ❖ Muscle petit oblique :
 - Muscle intermédiaire des muscles larges de l'abdomen.
 - Origine : en bas, s'étale d'avant en arrière, sur :
 - Le tiers latéral de l'arcade crurale.
 - Les deux tiers antérieurs de la crête iliaque et l'épine iliaque antéro-supérieure.
 - La face profonde de l'aponévrose lombaire (aponévrose du muscle grand dorsal).
 - Le corps musculaire est étalé en éventail, avec :
 - Des fibres postérieures : presque verticales : elles se terminent sur les trois dernières côtes.
 - Des fibres inférieures : elles s'associent au tendon de muscle transverse pour former le tendon conjoint qui se termine sur le pubis
 - Des fibres moyennes : presque horizontales, elles forment l'aponévrose de terminaison le long du bord latéral du muscle grand droit.
 - Cette aponévrose se divise en deux feuillets :
 - Antérieur : rejoint l'aponévrose du muscle grand oblique.
 - Postérieur : rejoint l'aponévrose du muscle transverse.

- Ces deux feuillets se rejoignent avec leurs homologues, formant la ligne blanche.

Action :

- Comprime les viscères abdominaux.
- Contraction bilatérale des muscles petits obliques : flexion du tronc.
- Contraction unilatérale : rotation du thorax.

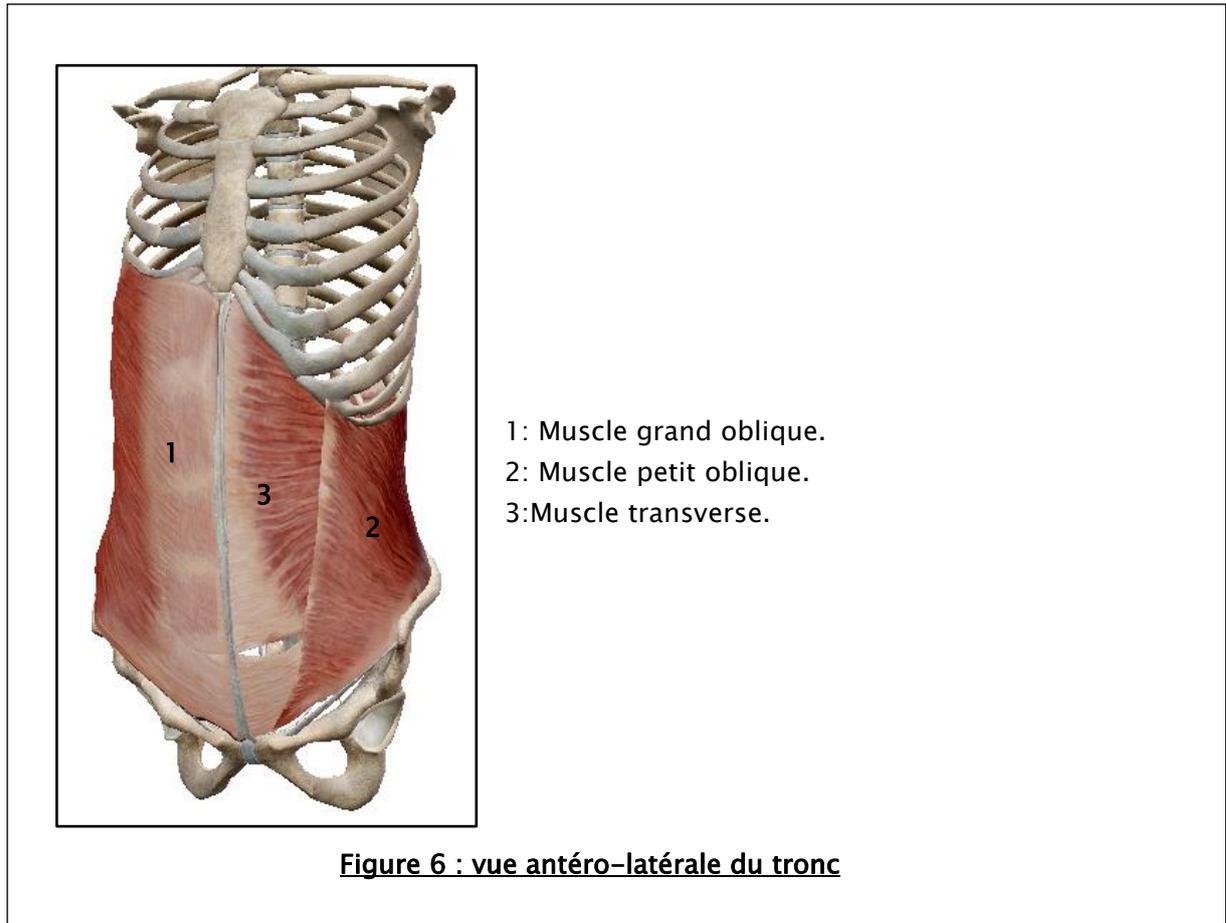
❖ Muscle crémaster :

- Muscle du cordon spermatique.
- Il est formé de deux faisceaux :
 - Faisceau latéral : il s'insère sur l'arcade crurale, et il parcourt le bord antéro-latéral du cordon spermatique jusqu'au testicule.
 - Faisceau médial : d'aspect fibreux. Il s'attache sur le pubis, et il chemine le long du bord médial du cordon où il se réunit au faisceau latéral.

❖ Muscle transverse :

- Le plus profond, tendu d'avant en arrière.
- Les insertions postérieures se font :
 - En haut : face médiale du cartilage des six dernières côtes.
 - Insertion moyenne : se fait par une large aponévrose sur les cinq apophyses transverses des vertèbres lombaires.
 - En bas :
 - Moitié antérieure de la lèvre médiale de la crête iliaque.
 - Moitié latérale de l'arcade crurale.
- Le corps charnu : triangulaire à base antérieure.
- Se continue en avant par l'aponévrose du transverse, qui contribue à former :
 - La gaine du muscle grand droit.
 - La ligne blanche.
- Terminaison : les fibres inférieures se terminent aux mêmes points que celles du muscle petit oblique, formant le tendon conjoint qui se termine sur le pubis.

Action: Il augmente la pression intra-abdominale en comprimant les organes contre la colonne vertébrale.



❖ **Les aponévroses et les fascias :**

➤ **Le fascia transversalis** : Aponévrose de revêtement cellulo-fibreux. Interposée entre :
le péritoine pariétale et l'aponévrose du muscle transverse. (Figure 7 et 8)

Elle tapisse l'ensemble de la paroi abdominale profonde.

Elle est épaisse et prend la consistance d'une lame fibreuse dans la région sous-ombilicale, à partir de l'arcade de Douglas.

➤ **La gaine des muscles droits** : gaine fibreuse formée par les aponévroses antérieures des muscles larges. (Figure 7 et 8)

❖ Dans ses deux tiers supérieures, le feuillet antérieur de la gaine est formé de l'aponévrose du muscle oblique externe et de la lame antérieure de division de l'aponévrose du muscle oblique interne.

Son feuillet postérieur est constitué de la lame postérieure de division de l'aponévrose du muscle oblique interne et de l'aponévrose du muscle transverse.

❖ Dans son tiers inférieur, les aponévroses antérieures des muscles larges passent devant le muscle droit et forment le feuillet antérieur de sa gaine, ce feuillet antérieur se dédouble en sus-pubienne pour former la gaine du muscle pyramidal. Le feuillet postérieur est formé du fascia transversalis.

❖ Le passage des trois aponévroses au-devant du muscle droit pour former le feuillet antérieur, marque en arrière une ligne de transition entre le feuillet postérieur aponévrotique et le fascia transversalis formant lui seul le feuillet postérieur de tiers inférieur de la gaine. Cette ligne est horizontale, convexe en haut, située à 4 centimètres au-dessous de l'ombilic, appelée : la ligne arquée ou l'arcade de Douglas.

❖ Cette gaine est une loge inextensible et fibreuse contient un tissu cellulo-graisseux, le muscle droit de l'abdomen, le muscle pyramidal, les vaisseaux et les nerfs.

N.C : la gaine des droits peut être le siège des collections purulentes et des hématomes.

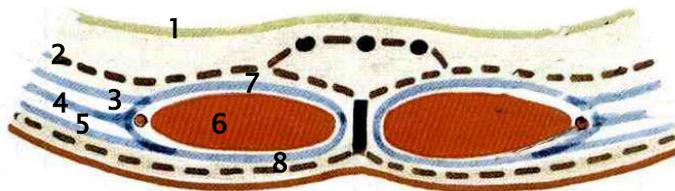


Figure 7 : Coupe transversale sus-ombilicale de la paroi abdominale antérieure

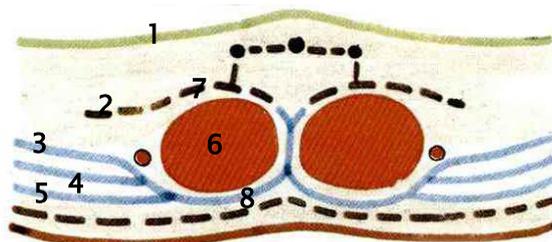


Figure 8 : Coupe transversale sous-ombilicale de la paroi abdominale antérieure

- 1 : Péritoine pariétal
- 2 : Fascia transversalis
- 3 : l'aponévrose du muscle transverse
- 4 : l'aponévrose du muscle petit oblique
- 5 : l'aponévrose du muscle grand oblique
- 6 : le muscle grand droit.
- 7 : la lame postérieure de la gaine du muscle grand droit
- 8 : la lame antérieure de la gaine du muscle grand droit.

➤ **Le ligament inter-fovéolaire: (Ligament de Hasselback) :**

C'est une bandelette fibreuse prolongeant latéralement l'arcade de Douglas. D'abord oblique en bas et latéralement. Elle contourne ensuite le cordon ou le ligament rond, en regard de l'anneau inguinal profond.

➤ **Arcade de Douglas :**

- C'est une Ligne arciforme à concavité inférieure. Elle est tendue de la ligne blanche au bord latéral du muscle grand droit, en interrompant la gaine de ce muscle sur sa face postérieure.
- Son pilier médial : ligne blanche.
- Son pilier latéral : ligament inter-fovéolaire (ligament de Hasselback).
- c. **Plan profond** : rétromusculaire, il est constitué par le fascia transversalis.

4. Points faibles

La paroi antérolatérale de l'abdomen comporte des points de faiblesses, zones où peuvent se produire des hernies, c'est-à-dire la protrusion des viscères abdominaux hors de la cavité abdominale. Ce sont au nombre de cinq :

a. **La ligne blanche :**

- Elle correspond aux :
 - Bord médial des muscles grands droits.
 - Sillon médian du ventre.
 - Les aponévroses d'insertion des muscles larges se rejoignent sur la ligne médiane et s'entrecroisent avec celles des muscles du côté opposé.
- Elle est Tendue de l'apophyse xiphoïde au pubis.
- Elle est Centrée par l'ombilic qui la partage en deux parties :
 - Sus-ombilicale : large, sous forme d'une bande tendineuse, descend un peu plus bas que l'ombilic.
 - Sous-ombilicale : étroite, dense.

N.C : La zone de faiblesse où surviennent les hernies est la partie haute de la ligne blanche et surtout la région péri-ombilicale.

b. Ligne latérale ou de spiegel :

• C'est La ligne de la fusion des aponévroses antérieures des muscles larges sur le bord latéral du muscle droit délimitant une bande aponévrotique étroite arciforme :

- Ligne latérale ou ligne de spiegel.
- La paroi abdominale est très mince au niveau de cette ligne, et elle est traversée par des vaisseaux.

N.C : cette ligne peut être le siège d'hernie ventrale latérale : la hernie de spiegel, qui est observée surtout lors du vieillissement.

c. L'ombilic : Cicatrice de la vie fœtale.

- C'est un orifice par où passent les éléments qui permettent les échanges entre la mère et son fœtus, et qui s'atrophie chez l'adulte.
- Ces éléments sont :
 - Élément digestif : Diverticule de Meckel.
 - Élément urinaire : L'ouraque.
 - Éléments vasculaires : une veine reliée au foie par le ligament rond et deux artères reliées à la vessie de part et d'autre de l'ouraque.
- Sa situation variable selon les sujets, en général, il est situé en regard de la 4^e vertèbre lombaire ou du disque intervertébral L4-L5. Il se trouve toujours plus bas que la ligne du milieu du corps.

C'est une dépression cutanée circulaire, dont :

- Le bord de sa circonférence est saillant : bourrelet ombilical.
- Le centre est mamelonné, la peau y est froncée : mamelon ombilical.
- Sillon circulaire au fond de la dépression délimite le bourrelet du mamelon.

Entre la peau en avant et le péritoine pariétal en arrière, la ligne blanche présente au niveau de l'ombilic : l'anneau ombilical :

- ❖ Il est renforcé en arrière par le fascia ombilical.
- ❖ De ses bords partent les cordons vasculaires et l'ouraque.
- ❖ C'est une zone de faiblesse de la paroi abdominale antérieure, où les hernies sont fréquentes.

N.C : Lors de l'hypertension portale, on note une dilatation veineuse autour et dans les anastomoses porto-caves, comme les veines pariétales péri-ombilicales superficielles donnant l'aspect de la tête de Méduse.

- Des anomalies congénitales de fermeture de l'orifice pariétal ombilical donne comme conséquence une hernie ombilicale.

- On peut observer une anomalie d'oblitération plus au moins complète du canal allantoïdien, donnant une fistule ouraquienne urinaire communiquant la vessie et l'ombilic.

- On peut observer aussi des anomalies de régression du canal vitellin avec persistance d'un diverticule implanté sur le bord anti mésentérique de l'iléon, siégeant en moyenne entre 60 à 80cm de la jonction iléo-caecale : le diverticule de Meckel.

d. Le canal inguinal :

C'est un trajet dans la paroi abdominale antérieure, livrant le passage au cordon spermatique chez l'homme, au ligament rond chez la femme.

Il est situé au-dessus de la partie médiale de l'arcade crurale, avec laquelle il fait un angle ouvert en dehors.

Il s'étend de l'épine du pubis à la verticale passant par le milieu de cette arcade.

Son trajet est oblique de dehors en dedans et d'arrière en avant.

➤ **Orifices du canal inguinal :**

❖ Orifice inguinal profond ou postérieur :

- C'est une fente ménagée dans le fascia transversalis.
- Cet orifice est situé au-dessus du tiers moyen de l'arcade inguinale, entre :
 - En bas et vers la ligne médiane : le ligament inter-fovéolaire (ligament de Hasselback).
 - En haut et latéralement : la terminaison des muscles oblique interne et transverse : tendon conjoint.
- Le bord médial de cet orifice est représenté par le bord latéral de l'anse du ligament inter-fovéolaire (ligament de Hasselback). Il est tranchant et peut être cause d'étranglement herniaire.

❖ Orifice superficiel ou antérieur :

- Plus médial que l'orifice profond.
- Il est Situé juste au-dessus de l'épine du pubis.
- C'est Orifice triangulaire à base médiale, qui est Délimité par les piliers qui terminent le muscle grand oblique sur la région pubienne :
 - Pilier latéral : forme le bord latéral.
 - Pilier médial : le bord médial.
 - Pilier postérieur : ligament de Colles
 - Sommet : fibres arciformes.

➤ Paroi antérieure : est représentée par l'aponévrose du grand oblique, et des téguments antérieurs de la région inguinale.

➤ Paroi inférieure : est constituée par la partie médiale de l'arcade crurale.

➤ Paroi supérieure : est constituée par la partie inférieure et charnu du muscle petit oblique et du muscle transverse.

➤ Paroi postérieure : est formée par :

- En dedans : le tendon conjoint (termine les muscles petit oblique et transverse)
- En dehors : Fascia transversalis.

Cette paroi est renforcée par les ligaments de la région :

- En dedans : ligaments de Henlé et de Gimbernat.
- En dehors : ligament inter-fovéolaire (Hasselbach).

N.C : Le canal inguinal est une zone de faiblesse de la paroi antérieure abdominale qui présente le siège le plus fréquent des hernies abdominales.

- Les hernies inguinales sont plus fréquentes chez les Hommes que chez les femmes, ce qui peut être expliqué par étroitesse du canal chez la femme par rapport à l'Homme.

- On observe la hernie inguinale directe qui se développe en dedans des vaisseaux épigastriques inférieurs, et la hernie indirecte, qui passe dans l'anneau inguinal profond et se poursuit dans le canal, et si elle est importante elle apparaît au travers de l'anneau inguinal superficiel, elle est située en dehors des vaisseaux épigastriques inférieurs.

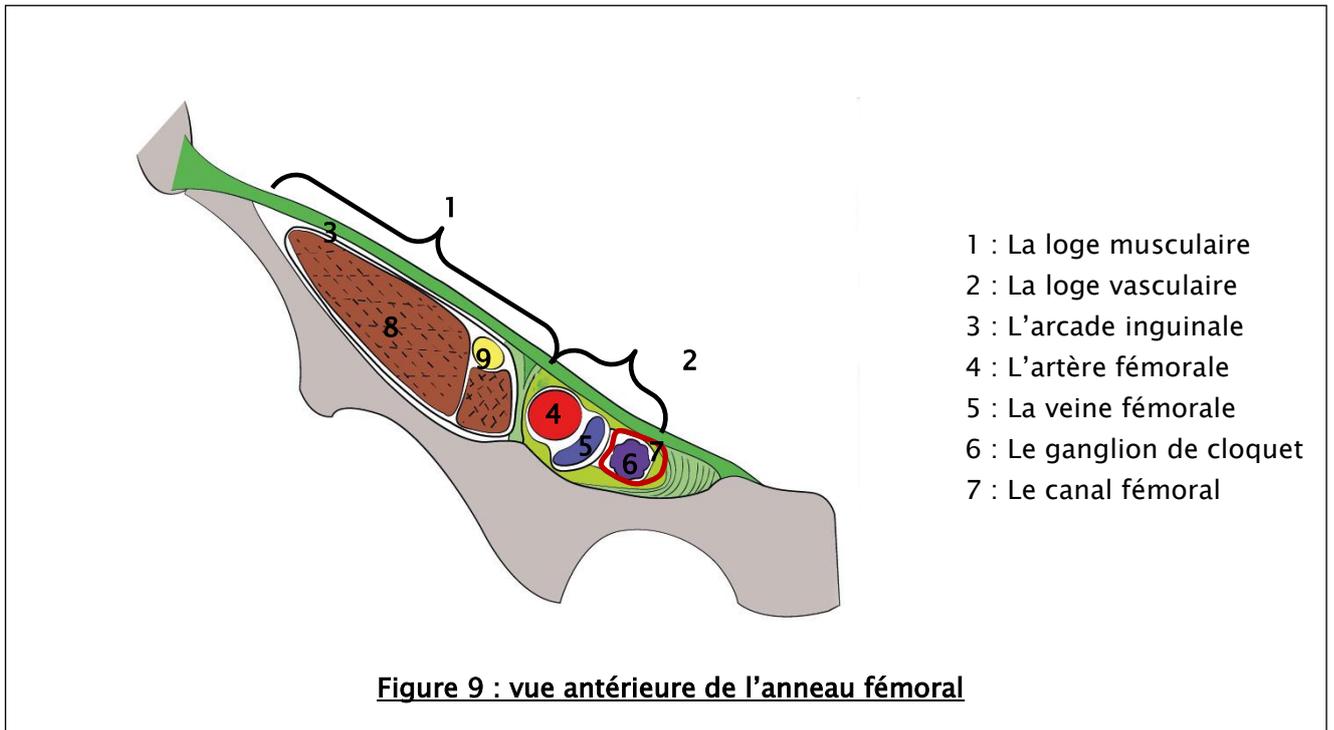
e. **Le canal fémoral** : (Figure 9)

- L'anneau fémoral est limité par l'arcade inguinale En haut et en avant, le bord antérieur de l'os coxal en bas et en arrière.
- Il fait communiquer la cavité abdominale avec le trigone fémoral (triangle de Scarpa)
Cet orifice ostéo-fibreux est divisé en deux loges par la bandelette iliopectinée :
 - La loge latérale : musculaire, contient :
 - Le muscle ilio-psoas.
 - Le nerf fémoral (nerf crural).
 - Le nerf cutané latéral de la cuisse (nerf fémoro-cutané).
 - La loge médiale : vasculaire, contient :
 - L'artère fémorale.
 - La veine fémorale.
 - C'est en dedans de ces vaisseaux fémoraux, que l'on décrit **le canal fémoral**.
 - **Canal fémoral** :
 - C'est un orifice ostéofibreux inextensible où peuvent se constituer les « hernies crurales ».
 - Il est limité par :
 - En avant : l'arcade inguinale.
 - En arrière : le ligament pectinéal (ligament de Cooper), inséré sur le pubis.
 - En dehors : la veine fémorale.
 - En dedans : le ligament lacunaire (Gimbernat).
 - Il livre passage aux vaisseaux lymphatiques, et contient le lymphonœud essentiel pour le drainage du périnée : ganglion de CLOQUET.

N.C.

Le canal fémoral est une zone de faiblesse où on peut observer la formation d'un sac herniaire qui peut contenir des anses intestinales, ce sac peut suivre le trajet vasculaire pour s'extérioriser sur la face antérieure de la cuisse, formant la hernie fémorale.

C'est un orifice ostéofibreux inextensible, le risque d'étranglement du sac herniaire est certain, la réparation chirurgicale s'impose dès le diagnostic établi.



5. Vascularisation, drainage lymphatique et innervation

a. Artères : très riche.

❖ Artère épigastrique supérieure : branche médiale de l'artère mammaire interne.

- Elle Chemine derrière le muscle grand droit à l'intérieure de sa gaine.
- Au niveau de la région ombilicale, elle s'anastomose avec l'artère épigastrique.

❖ Artère sous-cutanée abdominale :

- Elle naît de l'artère fémorale commune
- Elle est Destinée aux téguments de la paroi.

❖ Artère épigastrique inférieure :

- Elle naît du flanc médial de l'artère iliaque externe, juste au-dessus de l'arcade crurale.
- Elle monte de haut et en dedans dans l'épaisseur du fascia transversalis jusqu'à l'arcade de Douglas où elle pénètre dans la gaine du muscle grand droit.
- Elle se termine en s'anastomosant avec l'artère épigastrique supérieure.

❖ **Artère circonflexe iliaque :**

- Elle naît du côté latéral de l'artère iliaque externe.
- Elle se termine en deux branches :
 - La première : destinée à la paroi abdominale.
 - La deuxième : longe la lèvre interne de la crête iliaque tout en donnant des rameaux :
 - Vers le haut : pour la paroi.
 - Vers le bas : pour le muscle iliaque.
 - Elle se termine en s'anastomosant avec l'artère iliolumbale.

❖ **Artères lombaires :**

- Au nombre de cinq.
- Elles naissent de l'aorte sauf la dernière qui provient de l'artère sacrée moyenne.
- Chaque artère se termine en deux branches :
 - Postérieure : dorso-spinale, pour la moelle épinière, le rachis et les muscles spinaux
 - Antérieure : destinée aux muscles larges de l'abdomen.

b. **Veines :**

- Elles sont satellites des artères.
- Dans la région péri-ombilicale : il existe une anastomose entre le système porte et la veine cave inférieure.
- Elles convergent vers les troncs veineux suivants :
 - Les troncs brachio-céphaliques pour les veines mammaires internes.
 - La veine cave inférieure pour les veines lombaires.
 - La veine fémorale pour la veine sous-cutanée abdominale.
 - La veine iliaque externe : pour le reste.

c. **Nerfs :**

Ils sont représentés par deux groupes :

❖ **Les nerfs intercostaux :**

- Ce sont les sept derniers nerfs.
- Le sixième et septième nerf : participent de façon partielle à l'innervation de cette paroi, en envoyant quelques rameaux à la partie supérieure des muscles : grand droit et grand oblique.

▪ Les nerfs suivants : 8^e, 9^e, 10^e, 11^e, et le 12^e : cheminent entre les muscles petit oblique et transverse jusqu'à l'intérieure de la gaine du muscle grand droit où, ils se ramifient en plusieurs branches :

- Musculaires (grand droit).
- Sensitives (l'une interne, l'autre externe).
- Anastomotique avec le côté opposé.

❖ **Les nerfs abdomino-génitaux :**

- Au nombre de deux : grand et petit.
- Ils se caractérisent par les mêmes origines, les mêmes rapports et la même terminaison.

➤ **Grand nerf abdomino-génital ou nerf ilio-hypogastrique :**

- Il naît du premier nerf lombaire.
- Il aborde la paroi en perforant le muscle transverse.
- Il chemine entre ce muscle et petit oblique jusqu'à l'épine iliaque antérieure et supérieure où il se termine en deux branches :

- L'une abdominale : rejoint la gaine du grand droit.
- L'autre génitale.

➤ **Petit nerf abdomino-génital ou nerf ilio-inguinal :**

- Il se décrit comme le nerf ilio-hypogastrique.
- Au-dessous duquel il chemine, et avec lequel il peut fusionner surtout dans sa partie terminale.

d. **Lymphatiques :**

Ils peuvent être répartis selon trois étages dans le tronc :

➤ **Groupe thoracique du territoire de l'artère mammaire interne :**

Profond et superficiel se drainant dans le creux axillaire.

➤ **Groupe moyen :**

- Il correspond aux artères lombaires.
- Il se rend à la chaîne ganglionnaire latéro-aortique.

➤ **Groupe inférieur :**

- Groupe profond : correspond à l'artère iliaque externe.
- Groupe superficiel : pour les ganglions inguinaux.

B. Paroi abdominale postérieure :

1. Anatomie de surface

- La paroi abdominale postérieure constitue avec celle du thorax et du bassin : dos ou paroi postérieure du tronc : il s'étend de la base de la nuque à la limite supérieure des deux régions fessières.
- Elle peut être subdivisée :
 - En deux parties symétriques, droite et gauche, par la ligne des épineuses.
 - En deux parties principales : une partie supérieure : thoracique, et une partie inférieure : lombaire.

➤ **Partie inférieure : lombaire :**

- Il s'étend latéralement jusqu'au flanc, de part et d'autre de la colonne lombaire,
- Sa limite supérieure : est la douzième côte.
- Sa limite inférieure est :
 - Ligne horizontale joignant :
 - Les deux épines iliaques postéro-supérieures et passant par l'apophyse épineuse de la 2^e vertèbre sacrée, puis les crêtes iliaques de chaque côté.
 - La ligne joignant : les crêtes iliaques passant par l'apophyse épineuse de la 4^e vertèbre lombaire.

2. Constitution

De la superficie à la profondeur, on peut individualiser :

a. Les plans superficiels :

- La peau
- Le tissu cellulaire sous-cutané, d'épaisseur variable, où cheminent les vaisseaux et nerfs superficiels.

b. Les plans musculo-aponévrotiques :

✚ Plan musculaire :

On peut subdiviser le plan musculaire de la paroi abdominale postérieure en deux segments : médial et latéral.

❖ Segment médial :

- Il s'organise autour de la colonne vertébrale lombaire.
- Il remplit les gouttières vertébrales de part et d'autre de la ligne des épineuses.
- Il est limité par une aponévrose inextensible qui se confond en avant avec l'aponévrose du muscle transverse de l'abdomen.
- Les muscles ont une origine inférieure commune sous forme d'une masse musculaire : masse commune.

➤ Muscle iliocostal ou sacro-lombaire :

- Muscle le plus latéral.
- Son origine : est représenté par la masse commune, qui est recouverte sur sa face postérieure par une lame tendineuse très épaisse qui s'attache sur :
 - Apophyses épineuses des trois ou quarts dernières vertèbres lombaires.
 - Crête iliaque et l'épine iliaque postéro-supérieure.
 - Crête sacrée.
 - Tubérosité iliaque.
- De cette masse les fibres se portent en dehors et en haut en plusieurs faisceaux qui s'insèrent sur le bord inférieur des six dernières côtes.

➤ Muscle long dorsal :

- Interposé entre le muscle iliocostal et transversaire.
- Il s'étend de la masse commune jusqu'à la deuxième côte par deux sortes de faisceaux :
 - Faisceau latéral : costal, se termine à deux niveaux :
 - Lombaire : sur le bord inférieur des apophyses transverses.
 - Dorsal : sur le bord inférieur des côtes en dedans de l'angle costal postérieur.
 - Faisceaux médiaux : se terminent sur les tubercules accessoires des vertèbres lombaires et sur les apophyses transverses des vertèbres dorsales.

➤ **Muscle transversaire épineux :**

- Il occupe la gouttière vertébrale appliqué contre la lame vertébrale entre les apophyses épineuses et transverse des vertèbres.

➤ **Muscle épi-épineux:**

- Il est tendu entre les apophyses épineuses de la colonne dorso-lombaire.
- Il occupe la gouttière vertébrale, en se plaçant en dedans du muscle long dorsal, et en arrière du muscle transversaire.
- Son origine se fait sur les apophyses épineuses des deux dernières vertèbres dorsales et des deux premières vertèbres lombaires.
- Ses faisceaux se portent en haut, pour se terminer en général par huit fascicules sur les apophyses épineuses des huit premières vertèbres dorsales.

➤ **Muscles inter-épineux:**

- Ceux sont des petits muscles qui occupent les espaces inter-épineux.
- Au nombre de deux dans chaque espace.
- Ils sont tendus de part et d'autre de ligaments inter-épineux, et entre deux apophyses épineuses.

Ils ne se trouvent que dans la région cervicale et lombaire.

❖ **Le segment latéral :**

Il se continue latéralement avec la paroi antérieure de l'abdomen

Il s'organise en quatre plans musculo-aponévrotique superposés, de la superficie à la profondeur :

➤ **Plan superficiel :**

✓ **Muscle grand oblique :**

Sa portion postérieure, oblique en bas et latéralement, s'insère sur la lèvre externe de la crête iliaque.

✓ **Muscle grand dorsal :**

- Large et aplati, sa forme triangulaire à base médiale, et à sommet latérale (humérus).
- Il recouvre toute la partie inférieure du dos.

- Les insertions se font sur :
 - La colonne vertébrale : à partir de la 6^e vertèbre dorsale (apophyses épineuses et ligaments interépineux).
 - Tiers postérieur de la lèvre latérale de la crête iliaque.
 - Crête sacrée postérieure.

De ces différentes origines se détache une lame aponévrotique : aponévrose lombo-sacrée.

- Dans sa partie supérieure, il s'attache sur les quatre dernières côtes avec le muscle grand oblique.
- Ses fibres musculaires, qui sont de plus en plus épaisses ont une direction vers le creux de l'aisselle.
- Il se termine au fond de la gouttière bicipitale de l'humérus.

- Action :

- Soulève le tronc.
- Adducteur du bras.
- Rotateur médial du bras.

- Deuxième plan :

- ✓ Muscle oblique interne : Les fibres les plus postérieures (latéral):

- Oblique en haut et en avant. Il est tendu de la crête iliaque à la 12^e côte.

- ✓ Muscle petit dentelé postérieur et inférieur (médial)

- Muscle mince et plat.
- Il s'insère par une lame aponévrotique sur les apophyses épineuses de :
 - Deux dernières vertèbres dorsales.
 - Trois premières vertèbres lombaires.
 - Sur ligaments surépineux correspondants.
- Cette aponévrose d'insertion est confondue avec celle du muscle grand dorsal : aponévrose lombo-sacrée.
- Il est oblique en haut et latéralement.
- Il se termine par quatre digitations sur les faces latérales des quatre dernières côtes.
- Action : Il abaisse les dernières côtes, muscle expirateur.

➤ **Troisième plan**

Il est formé par l'aponévrose d'insertion du muscle transverse de l'abdomen.

Cette aponévrose prend insertion sur les processus transverses des cinq vertèbres lombaires.

Elle est marquée par un renforcement de son tiers supérieur : ligament lombo-costal de Henlé.

➤ **Quatrième plan**

Il comprend :

- Un plan transversaire situé en regard des processus transverses :
 - ✓ **Muscle carré des lombes** : (Figure 10)
- Muscle aplati et quadrilatère. Il est situé dans la région lombaire, entre :
 - En avant : le plan du muscle psoas.
 - En arrière : l'aponévrose d'insertion du muscle transverse.
- Tendue entre :
 - En haut : la 12^e côte.
 - En bas : la crête iliaque.
 - Latéralement : les processus transverses des vertèbres lombaires.
- Il est constitué de deux portions
- ★ **Portion antérieure (médiale) :**

Elle est formée par deux faisceaux, qui prennent leur origine sur la douzième côte.

 - **Faisceau costo-transversaire** : il s'étend de la douzième côte aux apophyses transverses des quatre premières vertèbres lombaires.
 - **Faisceau ilio-costal** : Il se dirige en bas et dehors, vers la lèvre médiale de la crête iliaque et le ligament ilio lombaire de l'articulation sacro-iliaque.
- ★ **Portion postérieure (latérale) :**
 - **Faisceau iliolumbair (ilio-transversaire)** : Il est tendu de la crête iliaque et du ligament ilio-lombaire aux processus transverses des trois dernières vertèbres lombaires.

- Un plan pré-transversaire : est plus antérieur :

- ✓ Le muscle psoas : (Figure 10)

Il est tendu entre la colonne lombaire et la région supérieure de la cuisse en passant à travers l'anneau fémoral.

Origine : il s'insère :

- Par des lames tendineuses sur les disques intervertébraux depuis la 12^e vertèbre dorsale jusqu'à la 5^e vertèbre lombaire.
- Entre ces lames, par des arcades tendineuses tendues, délimitant l'orifice ostéo-fibreux
- En arrière, il s'insère par les faisceaux transversaux sur la surface antérieure des apophyses transverses.

De ces insertions les fibres se ramassent en fuseau et dirigent obliquement en bas et en dehors.

Terminaison :

- Il reçoit les fibres du muscle iliaque.
- Ils quittent ensemble la cavité abdomino-pelvienne en traversant l'anneau fémoral.
- Ils se terminent par un solide tendon sur le petit trochanter.

- ✓ Muscle Petit psoas : (Figure 10)

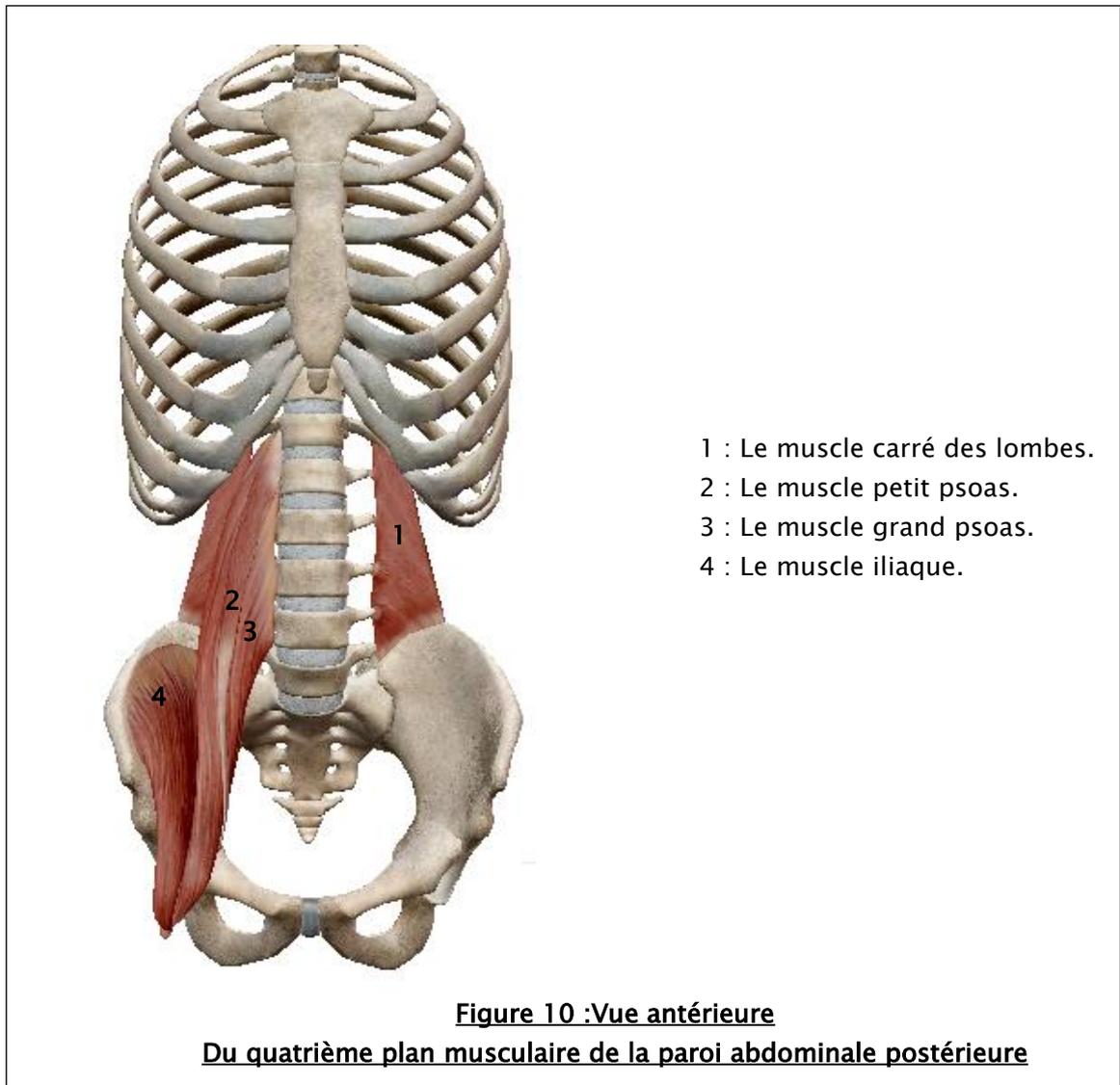
- Grêle et inconstant
- Il est tendu des corps vertébraux de la 12^e vertèbre dorsale et la 1^e vertèbre lombaire, à la ligne innominée de l'os coxal où il se termine en éventail tout en croisant en avant le muscle psoas.

- ✓ Muscle iliaque : (Figure 10)

Large et triangulaire, il occupe la fosse iliaque interne. Il rejoint le muscle psoas pour se terminer avec lui sur le petit trochanter du fémur.

- Ses insertions se font sur :
 - En haut : toute la longueur de la lèvre de la crête iliaque.
 - En avant : les épines iliaques antérieures.

- En arrière :
 - L'aileron sacré.
 - La face antérieure de l'articulation sacro-iliaque.
 - La moitié postérieure de la ligne innominée.



✚ **Aponévroses de la paroi abdominale postérieure :**

- Elles se retrouvent groupées dans la région lombaire.
- Elles sont représentées par les aponévroses soit d'insertion soit de recouvrement des muscles de la région.
- Elles sont disposées selon quatre plans.
 - **Le premier plan aponévrotique :** L'aponévrose lombo-sacrée :
 - Lame tendineuse d'insertion du muscle grand dorsal. Elle représente l'élément de recouvrement de la région lombaire.
 - **Le deuxième plan aponévrotique :**
 - Musculo-aponévrotique.
 - Il est constitué :
 - En haut : par l'insertion inférieure du muscle petit dentelé postérieur et inférieur.
 - En bas : par l'insertion du muscle petit oblique.
 - En dehors : par la masse commune.
 - Ces éléments délimitent avec la crête iliaque en bas : l'espace de Grynfeltt.
 - **Le troisième plan aponévrotique :**
 - Le plan de l'aponévrose du muscle transverse de l'abdomen, qui est renforcée dans sa partie supérieure par le ligament lombo-costal :
 - Il est tendu en éventail sur la face postérieure de l'aponévrose du muscle transverse.
 - Allant du sommet des apophyses transverses des deux premières vertèbres lombaires à la face latérale de la 12^e côte.
 - **Le quatrième plan aponévrotique :**
 - Il est représenté par l'aponévrose de revêtement de la face antérieure du muscle carré des lombes.
 - Celle-ci présente à sa partie supérieure, un renforcement arciforme à convexité supérieure : C'est l'arcade du muscle carré des lombes ou ligament cintré du diaphragme.

3. Points faibles

a. La charnière lombo-sacrée :

- Elle correspond en surface au bord latéral de la masse commune, de la 12^e côte à la crête iliaque.
- En profondeur, elle correspond la jonction de l'aponévrose lombo-sacrée avec l'aponévrose postérieure du muscle transverse par l'intermédiaire d'un tractus fibreux.

b. Le triangle de Jean Louis Petit:(Figure 11)

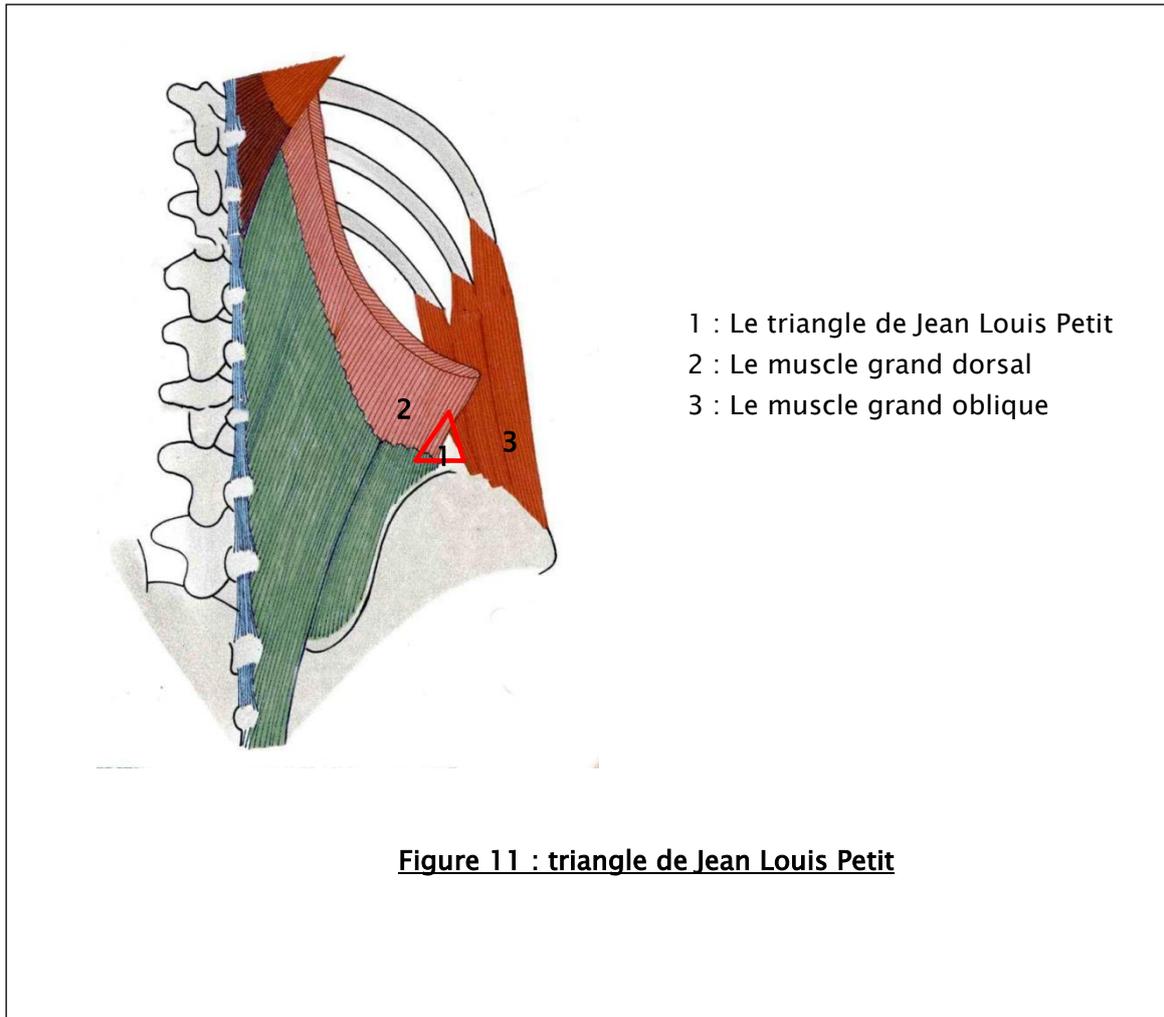
- Espace de la partie inférieure de la région lombaire.
- Triangulaire à base inférieure, il est limité :
 - En bas : par la crête iliaque.
 - En avant : par le bord postérieur du muscle grand oblique.
 - En arrière, par le bord latéral de l'aponévrose lombo-sacrée et le muscle grand dorsal.
- C'est un point faible de la région où peut se faire une hernie.
- Le plan antérieur de cet espace est représenté par le muscle petit oblique qui est suffisamment résistant.

c. L'espace de Grynfeltt : Quadrilatère de Grynfeltt. (Figure 12)

- Sa forme est variable selon les sujets. En général :il a la forme d'un losange qui s'étend de la 12^e côte à la crête iliaque.
- Cet espace est parcouru par des éléments vasculo-nerveux intercostaux et présente un point faible de la paroi.
- Les éléments qui le délimitent sont :
 - En haut et en dedans : le bord inférieur du muscle petit dentelé inférieur et postérieur.
 - En haut et en dehors : la 12^e côte.
 - En dedans : le bord latéral de la masse commune.
 - En dehors : le bord postérieur du muscle petit oblique.
 - En arrière : cet espace est recouvert par le plan musculaire superficiel représenté par les muscles grand oblique et grand dorsal.
 - En avant : c'est l'aponévrose du muscle transverse qui constitue son aire antérieure.

N.C : Ces deux points faibles constituent une voie d'abord chirurgicale de la fosse lombaire. Le triangle lombaire de Jean-Louis-Petit forme une zone de faiblesse où on peut observer l'extériorisation des collections suppurées de la région (phlegmons péri-néphrétiques).

- Les hernies lombaires sont rares, elles sortent par le quadrilatère lombaire, mais vont rarement jusqu'au triangle lombaire plus superficiel.



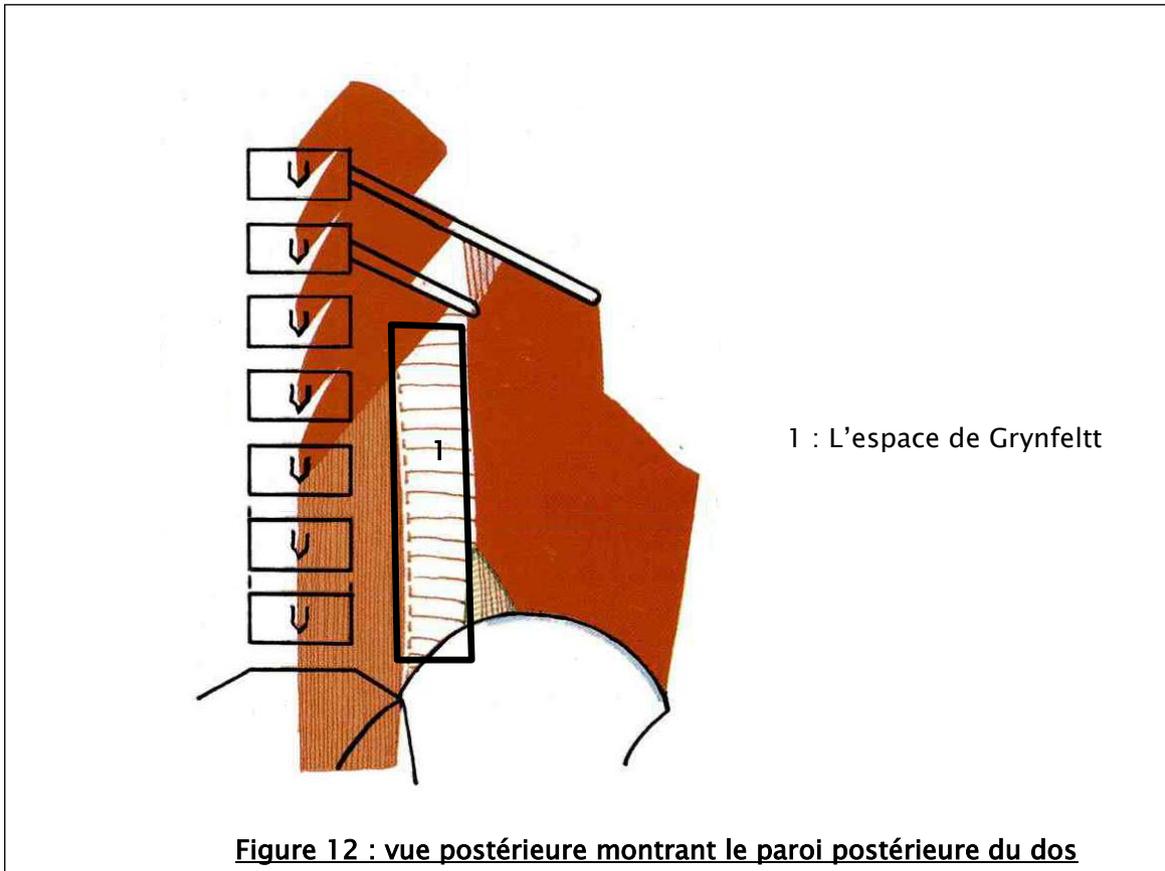


Figure 12 : vue postérieure montrant le paroi postérieure du dos

4. Vascularisation, drainage lymphatique et innervation

a. Les artères :

- En haut : les artères intercostales.
- En bas : les artères lombaires.
 - Elles proviennent directement de la face postérieure de l'aorte.
 - Chaque artère prend le numéro et le nom de la vertèbre devant laquelle elle chemine.
 - Se divise chacune en deux branches terminales :
 - Branche antérieure.
 - Branche postérieure : artère dorso-spinale :
- Sa branche spinale se distribue au canal rachidien et son contenu.
Sa branche dorsale assure l'irrigation des muscles de la paroi postérieure.

b. Les veines :

- Elles sont satellites des artères.
- Les troncs de confluence sont représentés par :
 - Les veines azygos : pour les veines intercostales
 - La veine cave inférieure : pour les veines lombaires.

c. Les lymphatiques :

- Ils se drainent directement dans le canal thoracique.

d. Les nerfs :

- Nerfs intercostaux et lombaires.
- Leurs rameaux postérieurs assurent l'innervation sensitivo-motrice de la paroi abdominale postérieure.
- Le muscle grand dorsal reçoit des rameaux du plexus brachial au niveau du creux axillaire.