

L'ESTOMAC

PLAN

I-INTRODUCTION :

II-ANATOMIE DESCRIPTIVE

1-Forme, 2-Situation, 3-Configuration externe, 4-Configuration interne, 5-Structure.

III- RAPPORTS

A/ Rapports péritonéaux ou moyens de fixités.

B/ Rapports avec les organes.

IV-VASCULARISATION ET INNERVATION

A/ Artères

B/ Veines

C/ Lymphatiques

D/ Nerfs

I-INTRODUCTION

- L'estomac est une vaste poche musculieuse, qui constitue le segment initial du tube digestif sous-diaphragmatique
- Situé entre l'œsophage et le duodénum, il joue un rôle important dans la digestion par ses fonctions mécaniques et sécrétoires.

II-ANATOMIE DESCRIPTIVE

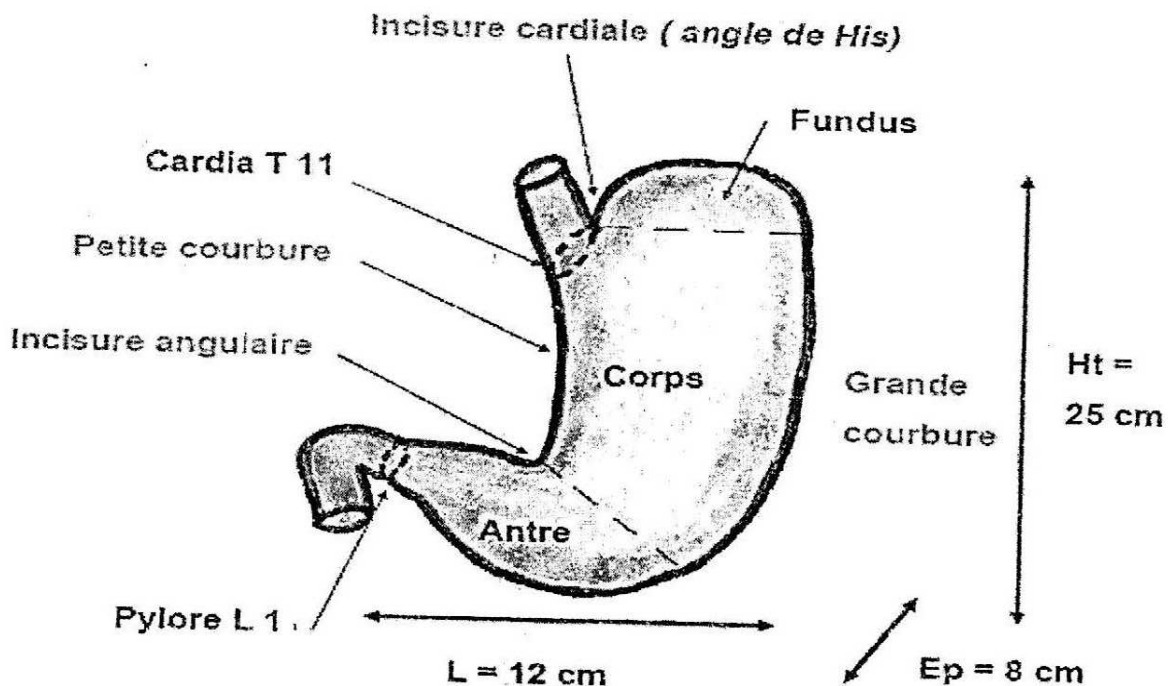
1- Forme et dimension :

L'estomac est le segment le plus dilaté du tube digestif.

Il a la forme de la classique cornemuse ou d'un "J" majuscule.

Dimensions moyennes (adulte)

- Longueur : 25 cm.
- Largeur : 12 cm.
- Epaisseur : 8 cm.
- Capacité : 1 à 1,5 l.

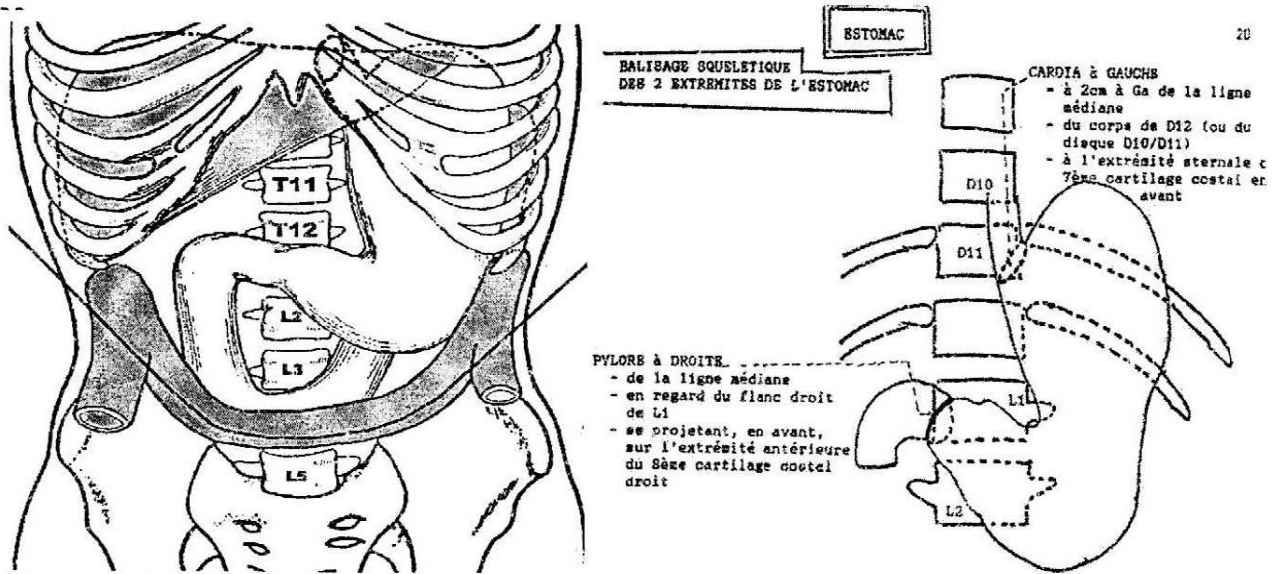


2- Situation

- L'estomac est situé dans l'étage sus mésocolique, dans la loge sous-phrénique gauche.
- C'est un organe thoraco-abdominal

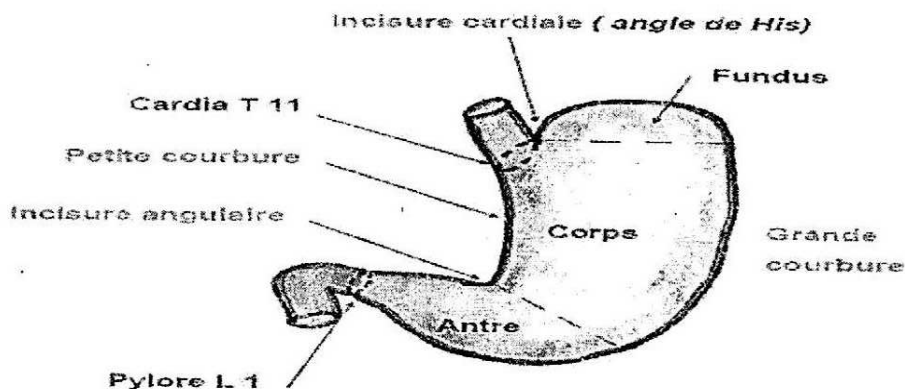
Son extrémité supérieure ou cardia est située à gauche de T10-T11.

Son extrémité inférieure ou le pylore se situe à droite de L1.



3- configuration externe :

- L'estomac est divisé en deux portions et présente deux faces, antérieure et postérieure, et deux bords, la grande et la petite courbure.
- La portion verticale (2/3 de l'estomac) ou fundus, comportant la grosse tubérosité et le corps
- La portion horizontale ou antre prépylorique



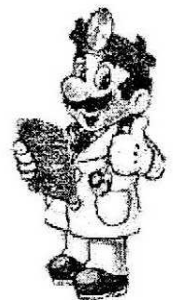
➤ Deux orifices :

- **Le cardia** : est l'orifice supérieur, œsophagien ; L'angle formé par l'œsophage abdominal et le fundus s'appelle l'angle de His
- **Le pylore** : est l'orifice inférieur, duodénal, c'est un véritable sphincter du fait de l'épaississement de la couche musculaire moyenne.

NB : L'hypertrophie anormale de la couche musculuse entraîne chez le nourrisson, la sténose hypertrophique du pylore dont le diagnostic est clinique, par la palpation de l'olive pylorique, et échographique.

4- Configuration interne :

- A l'endoscopie l'estomac montre une muqueuse rose parcourue par de gros plis parallèle à la direction de l'organe
- Au niveau des orifices sont visibles de véritables replis valvulaires :
- Au cardia forment la valvule de Gubaroff correspond à l'angle de His.
- Au pylore le sphincter soulève la muqueuse en une valvule annulaire.



NB : La présence de l'angulation aigüe de His contribue à la continence du cardia et à la prévention du reflux gastro-œsophagien. Cet angle disparaît progressivement lorsque l'estomac glisse dans le médiastin par herniation (hernie hiatale par glissement).

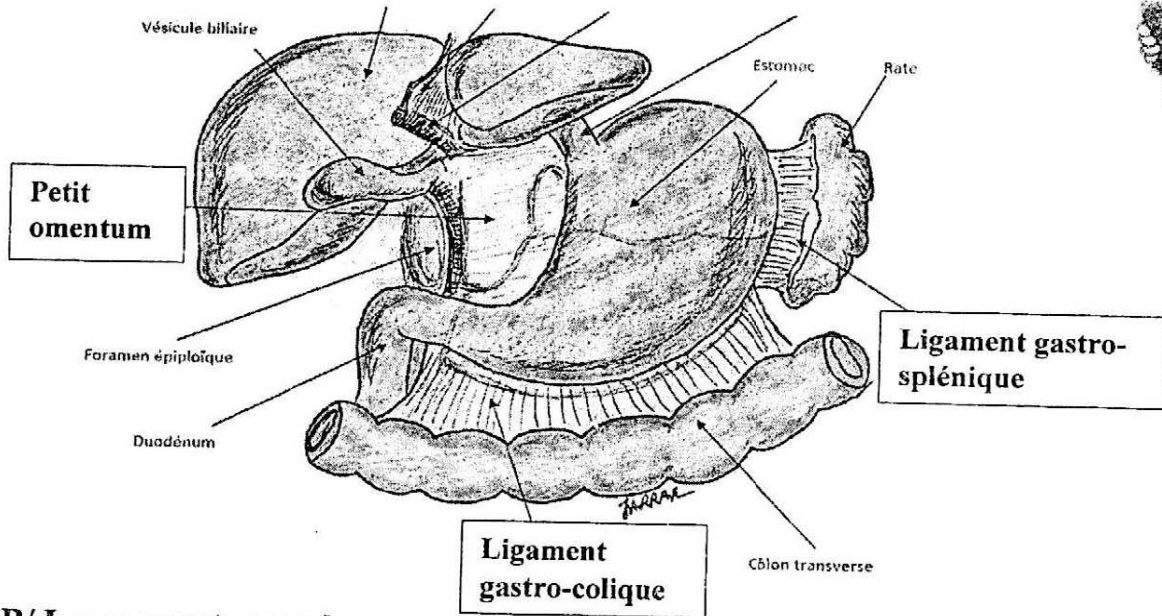
5- Structure :

La paroi de l'estomac est épaisse de 5 mm. Elle comporte de dedans en dehors : Une muqueuse glandulaire rosée plissée, Une sous-muqueuse, Une musculuse (musculature lisse) oblique interne, circulaire moyenne et longitudinale externe. L'ensemble est recouvert d'une séreuse (péritoine viscéral).

III- LES RAPPORTS DE L'ESTOMAC :

A/ Rapports péritonéaux ou moyen de fixités :

- Le ligament gastro-phrénique
- Le petit omentum ou épiploon hépato-gastrique
- Ligament gastro-splénique.
- Le grand omentum (épiploon).



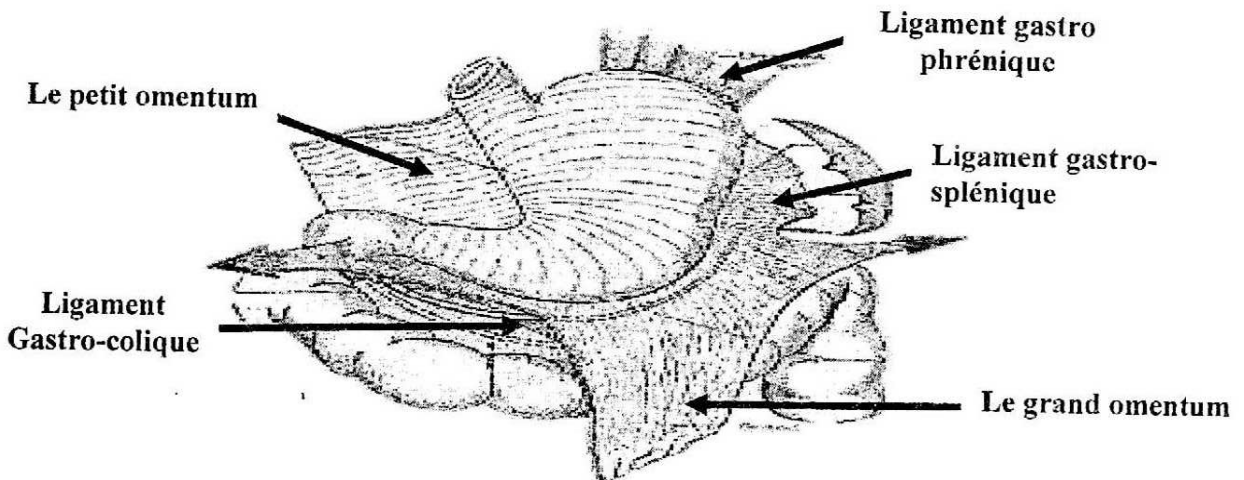
B/ Les rapports avec les organes :

Les rapports de l'estomac sont étudiés selon les faces et les courbures.

- L'estomac est un organe thoraco-abdominal, présente deux portions : sous-thoracique et abdominale.

1- Face antérieure

- Les 2/3 supérieurs correspondent à la paroi thoracique : le diaphragme ; le lobe gauche du foie ; la paroi thoracique antérieure
- Le 1/3 inférieur correspond à la paroi abdominale : le lobe gauche du foie ; la paroi abdominale (le muscle grand droit).

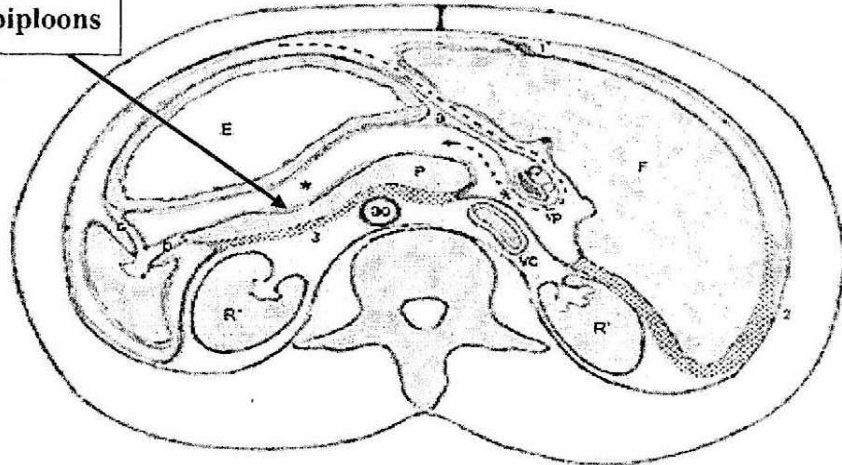


2- Face postérieure

Les rapports de la face postérieure se font par l'intermédiaire de l'arrière cavité des épiploons c'est une cavité limitée entre :

- En avant ; avec le péritoine retro-gastrique
- En arrière ; le péritoine pariétal postérieur.
- A gauche ; l'épiploon gastro-splénique
- A droite ; la faux de la coronaire.

Arrière cavité des épiploons



- L'estomac est en rapport avec :

Dans la région sus-mésocolique : la rate, le pancréas, la glande surrénale et le rein gauche.

Dans la région méso colique : le pancréas, le mésocolon transverse et le colon transverse,

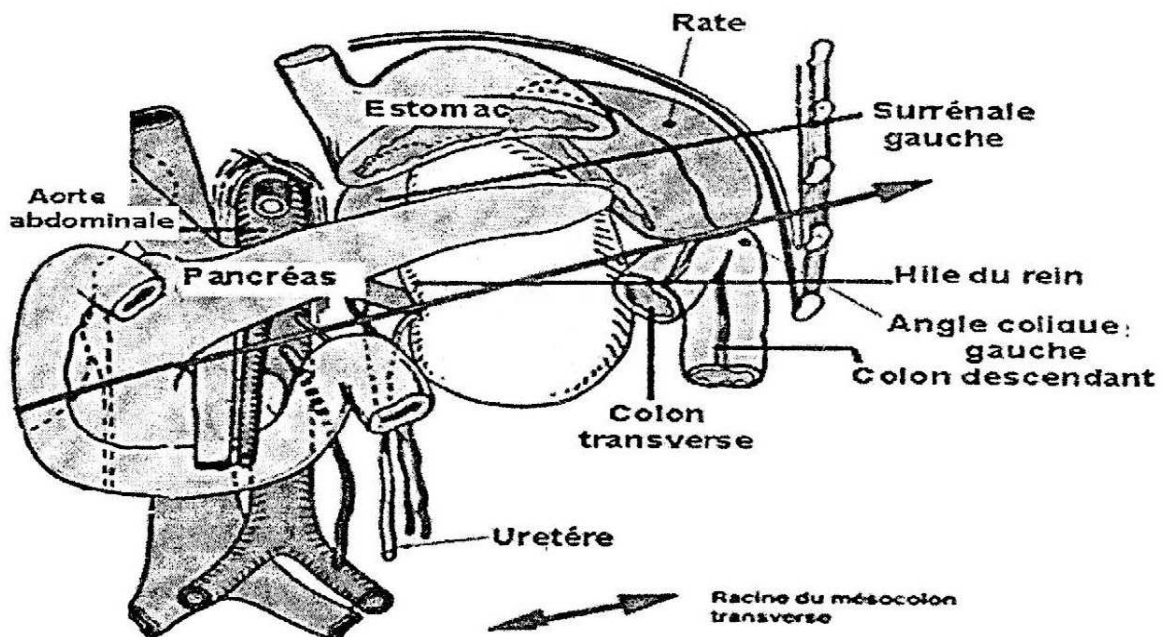
Dans la région sous mésocolique : l'angle duodéno-jéjunal et le grêle.

3- Les courbures

- La grande courbure est en rapport avec de haut en bas :
 - Le diaphragme, la rate et l'épiploon gastro-splénique, le ligament gastro-colique et le grand omentum.
 - La petite courbure reliée au foie par le petit épiploon et la région cœliaque.

4- Rapports des extrémités

- **Le cardia :** est en rapport avec les piliers du diaphragme, en avant le nerf vague gauche, en arrière le nerf vague droit et l'aorte
- **Le pylore :** est en rapport avec :
 - En avant le foie, vésicule biliaire,
 - En arrière ; le prolongement de l'ACE et l'isthme du pancréas.



IV- VASCULARISATION ET INNERVATION DE L'ESTOMAC

A/ Les artères :

- Les artères gastriques sont toutes issues du tronc cœliaque
- Les artères gastriques sont organisées en
 - deux cercles artériels : le cercle de la petite courbure et le cercle de la grande courbure
 - les vaisseaux courts.

1- **Le cercle de la petite courbure** : Formé par l'anastomose de la gastrique droite et de la gastrique gauche.

➤ **La gastrique gauche ou l'artère coronaire stomacique :**

C'est l'artère principale de l'estomac, naît du tronc cœliaque, présente trois segments ; son premier segment est court, oblique en haut, à gauche et en avant ; son deuxième segment est plus long, dessinant une croisse concave en bas, qui délimite le foramen bursae omentalis ; son troisième segment terminal est très court, à l'union 1/3 supérieur-2/3 inférieur de la petite courbure. Elle se termine en 2 branches une antérieure et l'autre postérieure. Ces branches vont cheminer tout le long de la petite courbure, formant l'arcade artérielle de la petite courbure, anastomosée avec les branches issues de l'artère hépatique.

Ses collatérales sont les artères œso-cardio-tubérositaires

- **La gastrique droite ou l'artère pylorique** : née de l'hépatique propre, longue de 3 à 5 cm, présente deux parties une fixe et une mobile ; cette dernière donne deux branches anastomosées avec les branches issues de l'artère gastrique gauche.

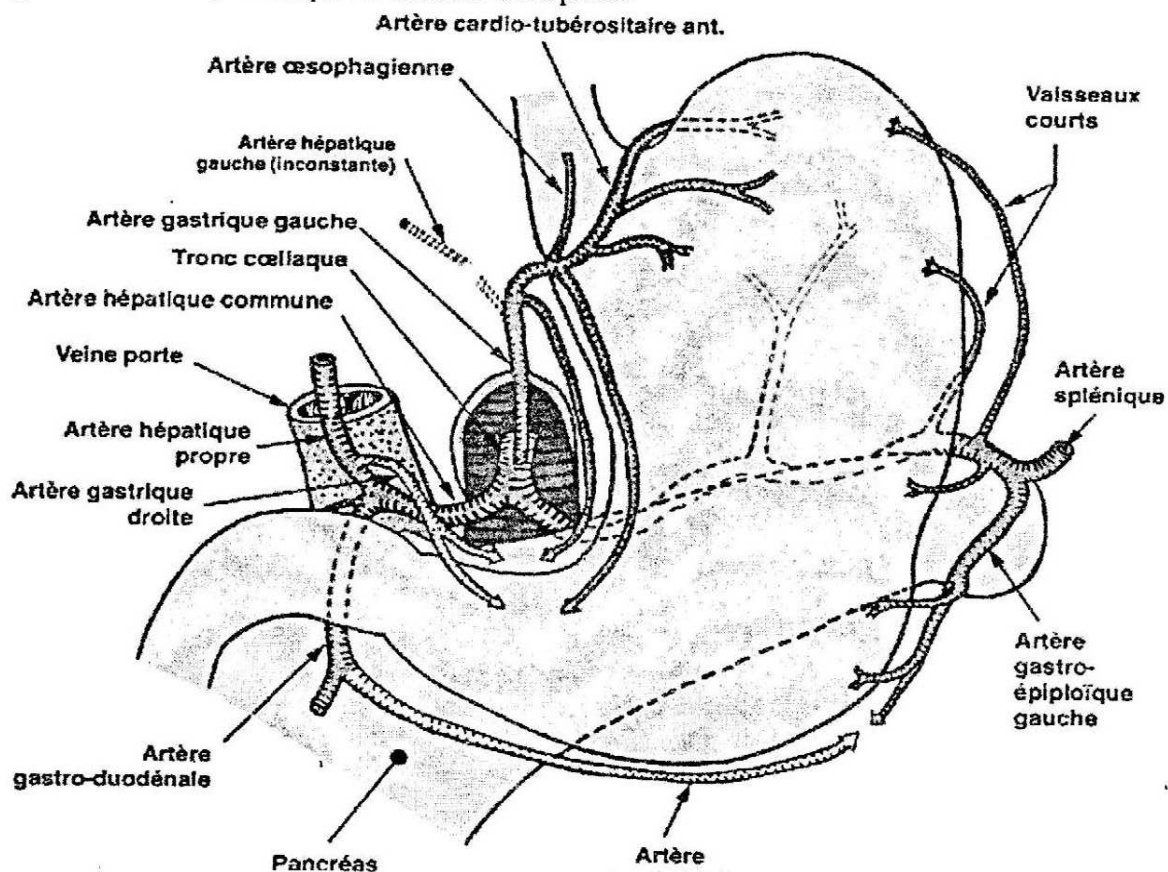
2- **Le cercle de la grande courbure**

- Formé par l'anastomose des gastro-épiploïques :
- ✓ La gastro-épiploïque droite, issue de l'artère gastro duodénale
- ✓ La gastro-épiploïque gauche, issue de la branche de division inférieure de l'artère splénique.

3- **Le système des vaisseaux courts**

Destiné surtout à la grosse tubérosité, ils naissent de l'artère splénique au nombre de 6 à 8 et remontent dans l'épiploon gastro-splénique jusqu'à la face postérieure de l'estomac.

- **Intérêt pratique** : lors de la splénectomie, les vaisseaux courts ne doivent pas être ligaturés trop près de la grande courbure, car risque de nécrose de la pari.



B/ Veines gastriques

1- cercle de la petite courbure formé par la veine coronaire stomachique et la veine pylorique.

2- cercle de la grande courbure formé par la veine gastro-épiplique droite et la veine gastro-épiplique gauche.

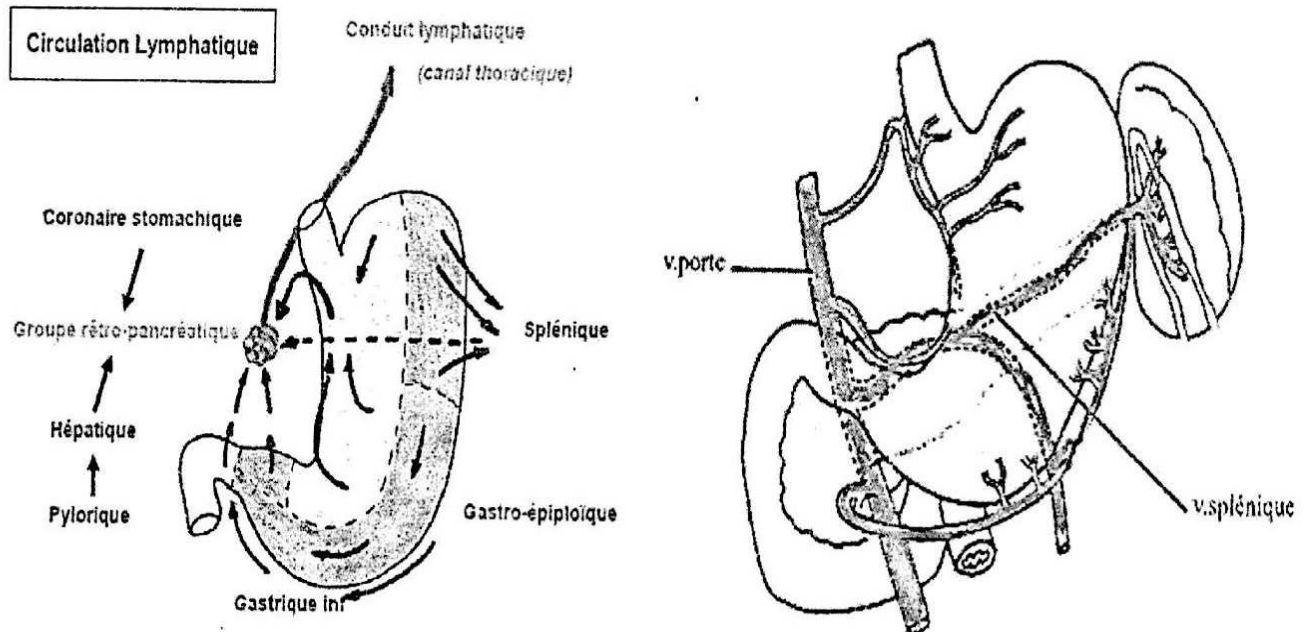
C/ Lymphatiques de l'estomac

Répartis en 3 groupes :

- Groupe de la coronaire stomachique : correspond aux lymphatiques des deux tiers internes de la portion verticale de l'estomac.

- Groupe de l'artère splénique : correspond aux lymphatiques du tiers externe de la portion verticale.

- Groupe de l'artère hépatique : correspond aux lymphatiques de la portion horizontale de l'estomac.



D/ Nerfs de l'estomac

L'innervation a une double origine :

- sympathique (plexus cœliaque).
- vagale (nerfs vagues dont certaines fibres vont commander la sécrétion acide gastrique, la section de ces fibres tient une place importante dans le traitement des ulcères : vagotomie sélective qui diminue l'acidité gastrique).

V- Ce qu'il faut retenir :

- ❖ **Forme et description de l'estomac**
- ❖ **Les rapports en arrière de l'estomac**
- ❖ **La vascularisation de l'estomac**
- Pourquoi faut-il retenir la forme ?
 - Sur un TOGD ou sur les scanner et IRM savoir reconnaître :
 - Un cancer
 - Un épaissement de la paroi
- Pourquoi faut-il retenir les rapports postérieurs ?
 - Analyse de la région cœliaque sur les clichés de scanner dans le cancer de l'estomac
- Pourquoi faut-il retenir la vascularisation ?
 - Gastroplastie tubulée en chirurgie (remplacement de l'œsophage)

