

# ANATOMIE DES MOYENS DE FIXITES ET DES PLANS DE GLISSEMENT DES ORGANES ABDOMINAUX ET PELVIENS

*NB : Ces informations sont une synthèse d'informations présentes dans plusieurs livres d'anatomie disponibles en librairie  
(Kamina, Bouchet & Cuilleret, Paoletti et Netter).*

**Elles ne constituent en aucun cas une référence bibliographique.**

<b>Ligament gastro-phrénique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Supérieurement</u> : face inférieure de la foliole gauche du diaphragme</li> <li>- <u>Inférieurement</u> : partie toute supéro-postérieure de la grosse tubérosité gastrique</li> <li>- <u>Bord gauche</u> : se continue par l'épiploon gastro-splénique</li> <li>- <u>Bord droit</u> : se continue par le bord supérieur du petit épiploon</li> </ul> <p>C'est le ligament suspenseur de l'estomac</p>
<b>Epiploon gastro-hépatique ou petit épiploon</b>	<p>Lame quadrilatère frontale, il a un :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Bord gauche</u> : s'insère sur le bord droit de l'œsophage, sur la partie verticale de la petite courbure gastrique et sur la partie postéro-supérieure du premier duodénum</li> <li>- <u>Bord inférieur</u> : s'insère sur la face postéro-supérieure du premier duodénum mobile et la partie horizontale de la petite courbure gastrique</li> <li>- <u>Bord droit</u> : libre, permet l'ouverture du hiatus de Winslow</li> <li>- <u>Bord supérieur</u> : avec un trajet sinueux, il s'insère :             <ul style="list-style-type: none"> <li>o A la partie gauche du sillon hilair du foie</li> <li>o Puis se coude à angle droit en arrière et en haut pour suivre deux éléments : le sillon veineux d'Arantius ou sillon vertical gauche (face postérieure ou diaphragmatique du foie)</li> <li>o Enfin il s'insère sur le diaphragme jusqu'au bord droit de l'œsophage (à côté de l'empreinte de l'œsophage dans le foie) et reçoit également des expansions du ligament gastro-phrénique</li> </ul> </li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le feuillet antérieur devient le feuillet inférieur gauche du ligament coronaire</li> <li>- Le feuillet postérieur devient le feuillet inférieur droit du ligament coronaire</li> </ul> <p>Il reçoit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Dans son bord gauche, gastrique</u> : le cercle vasculaire de la petite courbure</li> <li>- <u>Dans son bord droit, libre</u> : le pédicule hépatique, soit l'artère hépatique, la veine porte hépatique ainsi que le canal cholédoque</li> <li>- <u>Dans son bord supérieur, de gauche à droite</u> : tronc vagal antérieur, puis branche hépatique du tronc vagal antérieur ; ce bord supérieur unit le vague gauche aux nerfs hépatiques</li> <li>- <u>Dans son bord inférieur</u> : cercle vasculaire de la petite courbure et nerfs vagues.</li> </ul>
<b>Epiploon gastro-splénique</b>	<p>Très court :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Latéralement</u> : il unit la partie haute de la grande courbure gastrique au hile de la rate</li> <li>- <u>Supérieurement</u> : il se continue par le ligament gastro-phrénique</li> <li>- <u>Inférieurement</u> : il se continue par l'épiploon gastro-colique</li> <li>- <u>Antérieurement</u> : son feuillet antérieur est le prolongement du feuillet antérieur de l'épiploon gastro-colique et il se poursuit sur le versant antérieur de la face viscérale</li> <li>- <u>Postérieurement</u> : son feuillet postérieur constitue le feuillet antérieur de l'épiploon pancréatico-splénique</li> </ul> <p>Il reçoit : des branches de l'artère splénique (des vaisseaux courts et l'artère gastro-épiplœique gauche)</p>

<p align="center"><b>Epiploon gastro-colique</b></p>	<p>C'est le prolongement du grand épiploon :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Supérieurement</u> : il unit la partie basse de la grande courbure gastrique</li> <li>- <u>Inférieurement</u> : descend en avant du côlon transverse, puis remonte en arrière côlon transverse et y adhère</li> <li>- <u>Bord droit</u> : s'insère de gauche à droite, sur la face antérieure du pancréas par une racine verticale, sur le bord inférieur du premier duodénum et sur le bord antérieur du côlon transverse</li> <li>- <u>Bord gauche</u> : se prolonge en haut avec l'épiploon gastro-splénique</li> <li>- <u>Antérieurement</u> : son feuillet antérieur est le prolongement du feuillet antérieur de l'épiploon gastro-splénique</li> <li>- <u>Postérieurement</u> : le feuillet postérieur gastrique constitue le feuillet antérieur de l'épiploon pancréatico-splénique via l'épiploon gastro-splénique</li> <li>- <u>Supérieurement</u> : le bord est libre, les feuillets antérieur et postérieur sont reliés</li> </ul> <p>Il reçoit : le cercle vasculaire de la grande courbure (en particulier l'artère gastro-épiplœique droite)</p>
<p align="center"><b>Ligament coronaire</b></p>	<p>Constitué par la réflexion du péritoine sur le pourtour de l'area nuda, il se fixe au diaphragme. Il est constitué de deux feuillets :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Feuillet supérieur</u> : longe la face diaphragmatique du foie. A sa partie moyenne il se poursuit par le ligament falciforme qui se fixe perpendiculairement sur lui et dont les deux feuillets ne sont que le prolongement du feuillet supérieur du ligament coronaire. Il forme les feuillets antérieurs des ligaments triangulaires.</li> <li>- <u>Feuillet inférieur</u> : il se réfléchit sur la partie verticale du diaphragme ; à droite, il longe la partie inférieure du bord postérieur du foie, puis passe sous la VCI, puis remonte verticalement le long du sillon d'Arantius où il rejoint le feuillet postérieur du petit épiploon. A gauche, il longe la partie inférieure du bord postérieur du foie puis médialement devient le feuillet antérieur du petit épiploon. Il forme les feuillets postérieurs des ligaments triangulaires.</li> </ul> <p>Il émet trois prolongements : les ligaments triangulaires et le méso-hépatocave.</p>
<p align="center"><b>Ligaments triangulaires</b></p>	<p>Adossements latéraux des deux feuillets (supérieur et inférieur) du ligament coronaire (péritoine), ils se fixent au diaphragme. Le prolongement du droit forme le ligament hépatorenal. Ils se terminent tous deux par un bord libre sous le DTI.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Ligament triangulaire droit</u> : peu marqué</li> <li>- <u>Ligament triangulaire gauche</u> : assez long</li> </ul>
<p align="center"><b>Ligament falciforme</b></p>	<p>Formé par la lame supérieure du ligament coronaire du foie, il forme une cloison péritonéale verticale qui s'insère sur le diaphragme et la face diaphragmatique du foie, et qui unit le foie à l'appendice xiphoïde et à l'ombilic via le ligament rond du foie (reliquat de la veine ombilicale oblitérée qui va se fixer à la face postérieure de l'ombilic). Le ligament falciforme, concave en haut, forme une gouttière laissant passage au ligament rond du foie. Ce ligament rond est constitué de deux feuillets accolés dans leur partie antérieure jusqu'à l'ombilic où il se prolonge par le ligament omobilical médian, vestige de l'ouraque (vessie fibrosée).</p>
<p align="center"><b>Fixation postérieure du foie</b></p>	<p>La fixation postérieure est due principalement à son adhérence à la VCI, en comptant notamment le ligament hépato-cave situé dans l'area nuda. On l'appelle aussi méso-hépatocave : c'est un repli inconstant du feuillet inférieur du ligament coronaire.</p>
<p align="center"><b>Epiploon pancréatico-splénique</b></p>	<p>Aussi appelé ligament phrénico-splénique, il relie la queue du pancréas au versant postérieur de la face viscérale de la rate et contient le pédicule splénique (artère et veine spléniques) ; il se prolonge :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>En bas</u> : il se prolonge avec l'épiploon gastro-colique</li> <li>- <u>En avant</u> : son feuillet antérieur se prolonge avec le feuillet postérieur de l'épiploon gastro-splénique</li> <li>- <u>En arrière</u> : son feuillet postérieur se prolonge avec le PPP</li> </ul> <p>Le reste du pancréas est fixé :</p> <p><u>A droite</u> : accolé au plan postérieur par le fascia de Treitz</p> <p><u>A gauche</u> : le méso-gastre postérieur</p> <p><u>En avant</u> : racine du méso-côlon transverse (sur quasi toute la longueur), la racine droite (verticale) de l'épiploon gastro-colique, partie haute du méso-côlon droit</p>

<p><b>Fascia de Treitz</b></p>	<p>Accolement du méso-duodénum et de la tête du pancréas sur le PPP, il fixe le duodénum au plan postérieur. Son point de fixité maximum est le deuxième et le troisième angle, avec une insertion sur l'apophyse transverse de L2.</p> <p><u>Note</u> : ici, un fascia est un plan de clivage réalisé par la fusion de la face postérieure du feuillet postérieur du méso d'une organe (duodénum ou côlon) et de l'organe, le tout avec le péritoine pariétal postérieur.</p> <p><u>Note 2</u> : le duodénum est fixé par de nombreux éléments : fascia et muscle de Treitz, la racine du méso-côlon transverse (D2), la racine du mésentère (D3 et D4), le fascia de Toldt droit</p>
<p><b>Muscle de Treitz</b></p>	<p>Aussi appelé « muscle suspenseur du duodénum », long de 3-4 cm, il a deux chefs :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Chef supérieur</u> : s'insère par plusieurs faisceaux sur le pourtour de l'orifice aortique, sur le pilier gauche du diaphragme et sur le bord droit de l'oesophage</li> <li>- <u>Chef inférieur</u> : s'insère du sommet de l'angle duodéno-jéjunal au bord droit du 4<sup>ème</sup> duodénum</li> </ul>
<p><b>Racine du mésentère</b></p>	<p>Faisant 15 cm sur presque 2cm, on le divise en trois segments :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Segment supérieur</u> : oblique en bas vers la droite, répond à l'angle duodéno-jéjunal, très fixé à l'apophyse transverse de L2, plaqué sous le méso-côlon transverse, fixé au muscle de Treitz (en regard de L3 et du D3)</li> <li>- <u>Segment moyen</u> : vertical, le plus fixé, passe en avant du quatrième et du troisième duodénum (avec les vaisseaux mésentériques supérieurs) (en regard de L3-L4)</li> <li>- <u>Segment inférieur</u> : oblique en bas vers la droite, va du DIV L4-L5 à l'angle (valvule) iléo-caecal en passant au-dessus de l'artère iliaque primitive en croisant l'uretère droite et les vaisseaux spermatiques ou les ligaments lombo-ovariens.</li> </ul>
<p><b>Moyens d'union externes du caecum</b></p>	<p>Deux ligaments, véritables freins caeaux, marquent la limite entre l'accolement du côlon ascendant (fascia de Toldt) et le caecum :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Ligament latéro-colique ascendant</u> : supérieur, triangulaire à sommet supérieur, il relie le bord externe du caecum à la paroi lombo-iliaque</li> <li>- <u>Ligament rétro-iléo-colique</u> : inférieur, triangulaire à sommet supérieur, il relie le bord interne du caecum à la paroi iliaque, et prolonge l'insertion basse de la racine du mésentère</li> </ul> <p><u>Note</u> : dans 4 cas sur 5 il est mobile (flotte librement dans la fosse iliaque droite), dans 1 cas sur 5 il est fixé, et rarement il est hyper mobile (il a alors un véritable méso ; risques d'invagination augmentés)</p>
<p><b>Moyens d'union internes du caecum</b></p>	<p>Principalement la racine du mésentère.</p> <p><u>Note</u> : dans 4 cas sur 5 il est mobile (flotte librement dans la fosse iliaque droite), dans 1 cas sur 5 il est fixé</p>
<p><b>Fascia de Toldt droit et gauche</b></p>	<p>Les côlons ascendant et descendant et leur mésos sont accolés au PPP. Leur péritoine d'accolement a tendance à se prolonger vers le centre de l'abdomen, donc il est plus facile de les ramener en abduction.</p> <p><u>Note</u> : dans 1 cas sur 4, il est libre (risques d'occlusion et d'invagination augmentés)</p>
<p><b>Moyens d'union externes du côlon sigmoïde</b></p>	<p>Ligament colo-iliaque : prolongement de la racine secondaire du méso-sigmoïde à la paroi iliaque gauche</p>
<p><b>Moyens d'union internes du côlon sigmoïde</b></p>	<p>Racines du mésosigmoïde (en forme d'éventail ou de cornet) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Racine primaire, interne, ou racine primitive</u> : verticale et médiane, elle est la véritable racine du mésosigmoïde, est centrée sur l'artère mésentérique inférieure et va de la bifurcation aortique jusqu'à la face antérieure de S3 et la partie supérieure du rectum, à la jonction recto-sigmoïdienne</li> <li>- <u>Racine secondaire, externe, ou fausse racine</u> : oblique en bas à gauche, elle est la limite inférieure de l'accolement du mésocôlon descendant, elle va de la bifurcation aortique jusqu'au bord interne du psoas gauche en longeant le bord supérieur des artères iliaque primitive puis externe, croisant ainsi l'uretère et les vaisseaux spermatiques gauches (ou le ligament lombo-ovarien).</li> <li>- <u>Ligament tubo-colique</u> : inconstant, il relie le méso-sigmoïde à l'ovaire gauche</li> <li>- <u>Ligament colo-mésentérique</u> : inconstant, il relie le méso-sigmoïde au mésentère</li> </ul>

<p><b>Ouraque ou Ligament ombilico-vésical médian</b></p>	<p>Vestige de l'Ouraque (partie distale de l'allantoïde), il est tendu de l'apex vésical à l'anneau ombilical. C'est un cordon fibreux obstrué à la naissance avec des fibres musculaires lisses qui fait 2 mm sur 12 cm.</p> <p><u>Note</u> : ne pas le confondre avec le ligament ombilical médial (bilatéral), partie antérieure de l'artère ombilicale.</p>					
<p><b>Ligament pubo-vésical et pubo-vésico-prostatique</b></p>	<p><u>Chez l'homme</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Face postérieure du pubis</li> <li>- Ligament pubo-vésico-prostatique (a des fibres musculaires lisses)</li> </ul>	<p><u>Chez la femme</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Face postérieure du pubis</li> <li>- Ligament pubo-vésical (a des fibres musculaires lisses)</li> </ul>				
<p><b>Lames SRGVP</b></p>	<p>Aussi appelées « lames sacro-recto-génito-pubiennes de Delbet », leur nom est lame sacro-recto-génito-vésico-pubiennes. Elles sont constituées sagittalement par :</p> <table border="1" data-bbox="387 607 1548 1014"> <thead> <tr> <th data-bbox="387 607 963 651"><u>Chez l'homme</u> :</th> <th data-bbox="971 607 1548 651"><u>Chez la femme</u> :</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="387 663 963 1014"> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Face postérieure du pubis</li> <li>- Ligaments pubo-vésico-prostatiques (ont des fibres musculaires lisses)</li> <li>- Ligaments génito-sacraux ou vésico-sacraux (via le fascia vésical ; vont du fascia rétro-vésical au rectum puis au sacrum) (ont des fibres musculaires lisses)</li> <li>- Face antérieure du sacrum, en dedans des foramens sacrés, sur le fascia pré-sacral entre S2 et S4</li> </ul> </td> <td data-bbox="971 663 1548 1014"> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Face postérieure du pubis</li> <li>- Ligaments pubo-vésicaux (ont des fibres musculaires lisses)</li> <li>- Ligaments vésico-utérins (via le fascia vésical, va du fascia rétro-vésical à la partie supra-vaginale du col utérin)</li> <li>- Ligament utéro-sacral (part de la face postérieure de la partie supra-vaginale du col au rectum en longeant le rectum)</li> <li>- Face antérieure du sacrum, en dedans des foramens sacrés, sur le fascia pré-sacral entre S2 et S4</li> </ul> </td> </tr> </tbody> </table> <p>Elles abandonnent des fibres transversales aux organes qu'elles longent. Cela forme la loge viscérale délimitée latéralement par les lames SRGVP, et frontalement par : antérieurement le fascia ombilico-prévésical, et postérieurement par le fascia rétro-rectal. Cette loge viscérale est cloisonnée à son tour :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Chez l'homme</u> : par l'aponévrose prostatato-péritonéale de Denonvilliers</li> <li>- <u>Chez la femme</u> : les cloisons vésico et recto-vaginales</li> </ul> <p><u>Note</u> : la face interne est doublée et renforcée par le plexus hypogastrique inférieur.</p>		<u>Chez l'homme</u> :	<u>Chez la femme</u> :	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Face postérieure du pubis</li> <li>- Ligaments pubo-vésico-prostatiques (ont des fibres musculaires lisses)</li> <li>- Ligaments génito-sacraux ou vésico-sacraux (via le fascia vésical ; vont du fascia rétro-vésical au rectum puis au sacrum) (ont des fibres musculaires lisses)</li> <li>- Face antérieure du sacrum, en dedans des foramens sacrés, sur le fascia pré-sacral entre S2 et S4</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Face postérieure du pubis</li> <li>- Ligaments pubo-vésicaux (ont des fibres musculaires lisses)</li> <li>- Ligaments vésico-utérins (via le fascia vésical, va du fascia rétro-vésical à la partie supra-vaginale du col utérin)</li> <li>- Ligament utéro-sacral (part de la face postérieure de la partie supra-vaginale du col au rectum en longeant le rectum)</li> <li>- Face antérieure du sacrum, en dedans des foramens sacrés, sur le fascia pré-sacral entre S2 et S4</li> </ul>
<u>Chez l'homme</u> :	<u>Chez la femme</u> :					
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Face postérieure du pubis</li> <li>- Ligaments pubo-vésico-prostatiques (ont des fibres musculaires lisses)</li> <li>- Ligaments génito-sacraux ou vésico-sacraux (via le fascia vésical ; vont du fascia rétro-vésical au rectum puis au sacrum) (ont des fibres musculaires lisses)</li> <li>- Face antérieure du sacrum, en dedans des foramens sacrés, sur le fascia pré-sacral entre S2 et S4</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Face postérieure du pubis</li> <li>- Ligaments pubo-vésicaux (ont des fibres musculaires lisses)</li> <li>- Ligaments vésico-utérins (via le fascia vésical, va du fascia rétro-vésical à la partie supra-vaginale du col utérin)</li> <li>- Ligament utéro-sacral (part de la face postérieure de la partie supra-vaginale du col au rectum en longeant le rectum)</li> <li>- Face antérieure du sacrum, en dedans des foramens sacrés, sur le fascia pré-sacral entre S2 et S4</li> </ul>					
<p><b>Ligament large</b></p>	<p>Constitué d'un repli péritonéal à double feuillet s'étendant des bords latéraux de l'utérus à la paroi pelvienne latérale, il contient la trompe, l'ovaire, le ligament rond de l'utérus ainsi que des vaisseaux, des nerfs et des vestiges embryonnaires (canaux de Wolff par exemple, ces reliquats pouvant être à l'origine de kystes para-ovariens).</p> <p>Il a :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Un bord interne</u> : fixé sur le bord latéral de l'utérus (isthme utérin et dôme vaginal)</li> <li>- <u>Un bord externe</u> : plus large, fixé à la paroi pelvienne via le fascia iliaca</li> <li>- <u>Un bord supérieur</u> : libre, dessinant une courbure à concavité supérieure, sous-tendu par la trompe de Fallope</li> <li>- <u>Un bord inférieur</u> : se fixe au plancher pelvien</li> <li>- <u>Face antérieure</u> : regarde en bas et en avant</li> <li>- <u>Face postérieure</u> : regarde en haut et en arrière, l'ovaire s'y insère</li> <li>- <u>Partie inférieure</u> : épaisse, fixe, solidaire de la paroi pelvienne et de l'utérus, c'est le paramètre</li> <li>- <u>Partie supérieure</u> : mince, mobile et souple, le mésomètre, constitué de trois ailerons : l'aileron funiculaire (antérieur, ou ligament rond), l'aileron tubaire (moyen ou supérieur, ou méso-salpinx) et l'aileron (postérieur, ou méso-varium)</li> </ul> <p>Incliné en bas en avant, concave en arrière, il est constitué par le paramètre (base du ligament large) et le mésomètre (parties supérieures du ligament large), lui-mêmes divisés en trois expansions péritonéales, les ailerons péritonéaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Le paramètre</u> : les deux feuillets, antérieur et postérieur, s'écartent en bas avant de se réfléchir sur le plancher périnée. Il s'étend de l'isthme utérin et du dôme vaginal jusqu'à la paroi pelvienne.</li> <li>- <u>Le mésomètre</u> : il est constitué de deux lames frontales latéro-utérines formées par</li> </ul>					

	<p>l'adossement latéral du péritoine des faces vésicale et rectale de l'utérus, et est subdivisés en ailerons péritonéaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Les ailerons antérieurs</u> : les mésofuniculaires, ils recouvrent le ligament rond. Le ligament rond est le moyen de fixation antérieur de l'utérus. Il passe dans le canal inguinal pour se terminer en sous-cutané en regard des grandes lèvres. Ils sont sous-tendus par les ligaments rond.</li> <li>- <u>Les ailerons moyens ou supérieurs</u> : les mésosalpinx, sous-tendu (recouvrent) par la trompe, ils prolongent en haut et latéralement le mésomètre et marquent le bord supérieur du ligament large.</li> <li>- <u>Les ailerons postérieurs</u> : les mésovariums, sous-tendus par le bord antérieur de l'ovaire, le ligament utéro-ovarien et une partie du ligament utéro-ovarien.</li> </ul> <p>En réalité sa forme est plus complexe, mais on la décrit étiré.</p>
<b>Ligament lombo-ovarien ou suspenseur de l'ovaire</b>	<p>Constitué de fibres conjonctives et musculaires, il va de L2 à l'extrémité tubaire (supérieure) de l'ovaire. Cordon fibreux de forme triangulaire très aplatie, à sommet ovarien, c'est l'élément fixateur principal de l'ovaire. Il accompagne les vaisseaux ovariens depuis la région lombaire jusqu'au hile ovarien. Il est constitué de trois faisceaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Faisceau interne</u> : se perd dans l'épaisseur du ligament large</li> <li>- <u>Faisceau moyen</u> : se fixe sur le pôle supérieur de l'ovaire</li> <li>- <u>Faisceau externe</u> : se fixe sur le pavillon tubaire</li> </ul> <p><u>Note</u> : on note l'existence accessoire d'un ligament gauche, le ligament tubo-colique avec le côlon sigmoïde. Selon Bouchet et Cuilleret, l'ovaire est totalement dépourvu de péritoine.</p> <p><u>Note 2</u> : ils correspondent aux vaisseaux spermatiques, c'est peut-être la raison pour laquelle ils suivent des vaisseaux gonadiques</p> <p><u>Note 3</u> : le mésosalpinx et le mésovarium n'ont pas d'attache directe à la paroi abdomino-pelvienne. Leur fixation se fait via le ligament suspenseur de l'ovaire.</p>
<b>Ligament utéro-ovarien ou ligament propre de l'ovaire</b>	<p>Faible cordon fibreux, long d'environ 3 cm, il part postéro-inférieurement à la trompe utérine et va au pôle utérin de l'ovaire. Il sous-tend le méso-varium.</p> <p><u>Note</u> : l'ovaire est intra et extra-péritonéal. La jonction, nommée « ligne limitante du péritoine », anciennement « ligne de Farre-Waldeyer », se fait autour du hile ovarien où se fixent les deux feuillets du mésovarium (unit l'ovaire au feuillet postérieur du ligament large). Cette ligne sépare l'épithélium ovarien de l'endothélium péritonéal. Le bord antérieur est enchâssé dans le feuillet péritonéal qui s'interrompt à son niveau comme au niveau du pavillon tubaire formant la ligne de Farre : la surface de l'ovaire dépourvue de péritoine est à l'intérieur du péritoine. Au niveau du pavillon, le péritoine s'interrompt sur le pourtour des franges et à ce niveau communique avec la muqueuse tubaire. La ligne de démarcation entre la surface externe péritonisée et la cavité du pavillon non péritonisée constitue la ligne de Farre. A ce niveau la lumière tubaire s'ouvre directement dans la cavité péritonéale. Cette communication entre cavité péritonéale et voies génitales explique la possibilité chez la femme de péritonites d'origine gynécologique.</p>
<b>Plans de glissement de l'angle colique droit (moyens de fixité de l'angle colique droit)</b>	<p>Trois plans ligamentaires, en regard de K10 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Plan profond, rétro-colique, partie supérieure du fascia de Toldt</u> : aussi appelée « lame fixatrice du coude droit » de Buy, ligament réno-colique, ligament phrénico-colique droit, fascia de Toldt</li> <li>- <u>Plan moyen, viscéro-colique</u> : ligament cystico-duodéno-colique, ligament hépato-colique</li> <li>- <u>Plan superficiel, pré-colique</u> : ligament omento-côlo-pariétal (expansion droite du grand épiploon), prolongement latéral gauche du méso-colotransverse</li> </ul> <p>En raison des variations d'accolement, il est beaucoup moins fixe l'angle gauche</p>
<b>Moyens de fixité de l'angle colique gauche</b>	<p>Trois plans ligamentaires, en regard de K8 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Plan profond, rétro-colique, partie supérieure du fascia de Toldt</u> : aussi appelée « lame fixatrice du coude gauche » de Buy, fascia de Toldt</li> <li>- <u>Plan moyen, viscéro-colique</u> : ligament spléno-mésocolique (prolongement inférieur gauche des épiploons pancréatico-splénique et gastro-splénique)</li> <li>- <u>Plan superficiel, pré-colique</u> : c'est le plus important ; ligament phrénico-colique gauche (à sa face supérieure on trouve la loge splénique), prolongement latéral gauche du méso-colotransverse, il se divise en deux faisceaux : <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Supérieur</u> : phrénico-transverse, peu résistant</li> <li>- <u>Inférieur</u> : phrénico-angulaire, volumineux et solide</li> </ul> </li> </ul>
<b>Moyens de fixité du côlon transverse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Externe</u> : fascia de Toldt</li> <li>- <u>Interne</u> : méso-côlon transverse et épiploon gastro-colique</li> </ul>

<p style="text-align: center;"><b>Moyens de fixité du rein</b></p>	<p>La loge rénale, ou feuillet péri-rénal, fixe les reins :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Feuillet pré-rénal</u> : mince et lâche, se fixe sur le diaphragme <ul style="list-style-type: none"> <li>o En dedans : il rejoint le feuillet postérieur pour entourer le hile rénal</li> <li>o En dehors et en bas : il s'épaissit et rejoint le feuillet rétro-rénal (postérieur) ; en bas il rejoint le fascia iliaca</li> <li>o Il est en contact avec le PPP</li> </ul> </li> </ul> <p><u>Feuillet rétro-rénal, de Zuckerkandl</u> : beaucoup plus épais et résistant, se fixe sur le diaphragme</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o En dedans : il rejoint le feuillet antérieur pour entourer le hile rénal</li> <li>o En dehors et en bas : il rejoint le feuillet pré-rénal (antérieur) ; en bas il rejoint le fascia iliaca</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Ligament réno-hépatique</u> : le rein droit est aussi fixé par ce ligament, expansion du ligament triangulaire droit</li> </ul> <p><u>Note</u> : le feuillet péri-rénal contient la surrénale et le rein, séparées par la lame intersurréno-rénale. A l'intérieur, le rein est séparé de ces fascias par la graisse para-rénale, surtout présente en dehors et sous le rein. Enfin, la graisse péri-rénale sépare le fascia rétro-rénal de la paroi musculaire postérieure.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Diaphragme</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Embryologie</u> : il vient de 4 ébauches mésodermiques qui fusionnent : le septum transversum (devient le centre phrénique, partie sous le coeur), les membranes pleuro-péritonéales (deviennent les folioles), le méso-œsophage (devient la partie postéro-médiane et les piliers du diaphragme) et les myotomes cervicaux et thoraciques (deviennent les parties musculaires latérales et antérieure).</li> <li>- <u>Innervation sensitive</u> : les 6 derniers nerfs intercostaux</li> <li>- <u>Innervation motrice</u> : nerfs phréniques, innervent chacun une moitié</li> </ul>