



Le sillon sous-fessier : Étude combinant l'Imagerie par Résonance Magnétique et la dissection anatomique



David Guillier^{1,2}, Narcisse Zwetyenga², Nicolas Cheynel^{1,3}, Alessio Stivala^{1,2}

¹Laboratoire d'anatomie et de Morphologie, faculté de médecine, Dijon, France.

²Service de Chirurgie Plastique, Reconstructrice, Esthétique et de la Main, Chirurgie Maxillo-faciale, CHU, Dijon, France.

³Service de Chirurgie générale et urgence, CHU, Dijon, France.

PO.04-AM

Introduction : L'objectif de cette étude était de préciser les origines osseuses du sillon sous-fessier par une approche associant l'Imagerie par Résonance Magnétique et la dissection cadavérique.

Méthodes : L'analyse radiologique par IRM, après reconstructions tridimensionnelles et sélections des régions d'intérêts, permettait de définir les origines osseuses du sillon sous-fessier dans un groupe de volontaires sains (n=6, âge médian = 30ans, IMC moyen = 22,5 kg/m²) et un groupe de cadavres (n=8, âge médian = 78,5 ans). La dissection cadavérique complétait les données issues de l'imagerie.

Résultats : Deux origines osseuses se distinguaient (figure 1 à 4, tableau 1):

- 1) Une origine ischio-pubienne : bord postéro-médial de la branche ischio-pubienne et épargnant la tubérosité ischiatique.
- 2) Une origine sacro-coccygienne :
 - Origine sacrale : face postérieure de l'apex du sacrum, allant de la corne du sacrum et s'étendant cranialement sur la crête sacrale médiale.
 - Origine coccygienne : faces postérieures des deux premières vertèbres coccygiennes incluant les cornes du coccyx.

Discussion : Le sillon sous fessier présente une double origine osseuse, ischio-pubienne et sacro-coccygienne qu'il convient de reconstruire, en particulier dans la chirurgie réparatrice post-bariatricque (figure 5).

Figure 5 : Représentation 3D du sillon sous fessier (jaune), des origines osseuses (verte) et dermiques (rose).

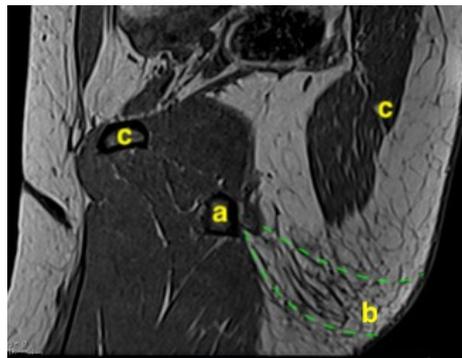
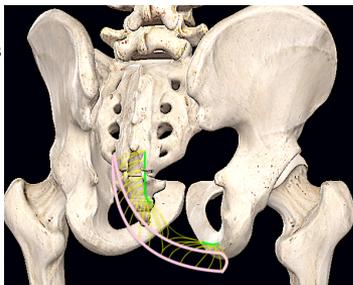


Figure 1 : Coupe sagittale en IRM du sillon sous-fessier (pointillés vert) avec la séquence T1 VIBE MORPHO. (a) branche ischio-pubienne, (b) travées du sillon sous-fessier, (c) muscle grand fessier, (d) branche ilio-pubienne.

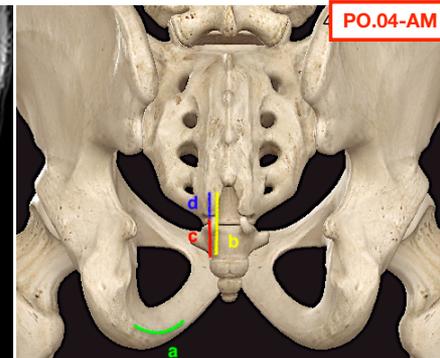


Figure 2 : Représentation des origines osseuses : (a) origine sur le bord postéro-médial de la branche ischio-pubienne, (b) origines sacro-coccygiennes, (c) origine coccygienne, (d) origine sacrale.

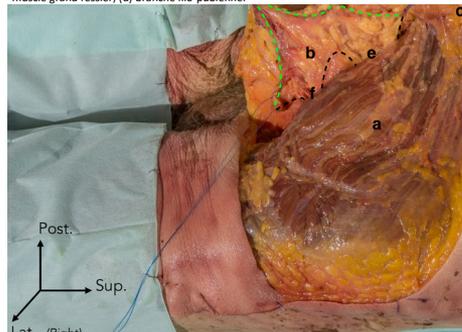


Figure 3 : Dissection cadavérique : (a) muscle grand fessier, (b) travées du sillon sous-fessier, (c) sillon inter-fessier, (d) lambeau cutané, (e) origines sacro-coccygiennes, (f) origines ischio-pubienne. Les pointillés verts montrent les insertions dermiques du sillon sous-fessier.

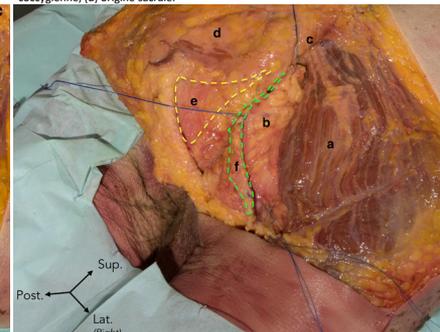


Figure 4 : Dissection cadavérique : (a) muscle grand fessier, (b) travées du sillon sous-fessier, (c) sillon inter-fessier, (d) lambeau cutané, (e) projection dermique du sillon sous-fessier (pointillés jaunes), (f) insertions dermiques du sillon sous-fessier (pointillés verts).

Tab. 1 : Analyses statistiques des origines osseuses après IRM et dissection cadavérique.

Insertions osseuses (mm) (moyenne±ET)	Volontaires (n=6)		Cadavres (n=8)		Mesures IRM: volontaires versus cadavres (p)	Groupe cadavre: Mesures IRM versus dissection (p)
	IRM	IMR	Dissection			
Branche ischio-pubienne	21 ± 2	21,5 ± 2	21 ± 2		0.6	1
Origine sacro-coccygienne	32 ± 3	32,5 ± 3	31,5 ± 4		0.8	0,6
Origine coccygienne	19 ± 2	21 ± 2	20 ± 2		0.7	0,3
Origine sacrale	13 ± 2	11 ± 2	12 ± 3		0.45	0,8