

Fait clinique

**REVUE TROPICALE
DE CHIRURGIE**
Association Malagasy de Chirurgie

Un cas de fistule congénitale de l'ouraque vu au chu de Toamasina

Rasataharifetra H^{*1}, Herinirina SAE¹, Ramananasoa ML²,
Rasamimalala HN¹, Rakotoarijaona AH¹



¹Service de Chirurgie, CHU Toamasina Madagascar
²Service de Réanimation Polyvalente, CHU Toamasina Madagascar

Résumé

Les auteurs rapportent une observation de fistule congénitale de l'ouraque. Il s'agit d'un cas rare découvert au CHU de Toamasina (Madagascar) chez un nourrisson de trois jours sous la forme d'un ombilic extrophié suintant. Le diagnostic était confirmé en per opératoire. Le traitement chirurgical avait donné un excellent résultat.

Mots clés: Chirurgie; Fistule; Malformation congénitale; Ouraque

Abstract

Titre en anglais: One case of congenital urachus fistula in university hospital of Toamasina

Authors report a case of congenital urachus fistula. This uncommon case was discovered at the University Hospital Center of Toamasina (Madagascar) in a three-day infant who presented seeping and extrophied umbilicus. Diagnosis was confirmed during surgical treatment. An urachus surgical resection was performed and provided excellent results.

Keywords: Congenital malformation; Fistula; Surgery; Urachus

Introduction

L'ouraque est un vestige embryonnaire dérivant de l'allantoïde, ayant la forme d'un cordon fibreux reliant l'ombilic et le dôme vésical [1]. Il peut être le siège d'une malformation bénigne réalisant la fistule congénitale de l'ouraque ou fistule vésico ombilicale. Cette affection est rare avec une incidence de 1/5000 [2] et s'observe chez l'enfant dans 60% de cas [3]. Nous rapportons un cas de fistule congénitale complète de l'ouraque chez un nourrisson de sexe féminin afin de montrer les particularités de la prise en charge.

Observation

Il s'agissait d'un nouveau-né de 3 jours, de sexe féminin, 2ème d'une fratrie de 2. Il n'existait aucun antécédent particulier de la mère à part un accès palustre simple à 15 SA traité par une association Artésunate - Amodiaquine. L'accouchement s'était déroulé dans un Centre de Santé de Base, par voie basse, sans incident particulier. Le personnel soignant avait constaté la malformation ombilicale et avait référé le nourrisson au centre hospitalier de référence. L'examen montrait un volumineux résidu ombilical tuméfié, oedématisé, traversé par des plis saillants rayonnés allant de la périphérie au centre (Figure 1). A travers suintait un liquide clair empesant le pansement ombilical. La peau avoisinante ne présentait aucune rougeur et ailleurs, l'examen clinique ne révèle aucune anomalie. La miction urinaire se faisait normalement ainsi que l'évacuation fécale. Une pathologie du canal vitellin était évoquée indiquant une laparotomie exploratrice sous anesthésie générale. Un test au bleu de Méthylène était effectué avec injection du colorant à travers la sonde vésicale. Le produit injecté se retrouvait au niveau de l'ombilic confirmant avec certitude la fistule ombilico-vésicale. L'exploration chirurgicale montrait une fistule complète de l'ouraque cathétérisée par la sonde en place. La fistule était alors reséquée en totalité emportant une collerette vésicale. La vessie était fermée en deux plans et l'orifice de l'ouraque



Fig.1: Malformation ombilicale chez un nouveau-né de 3 jours

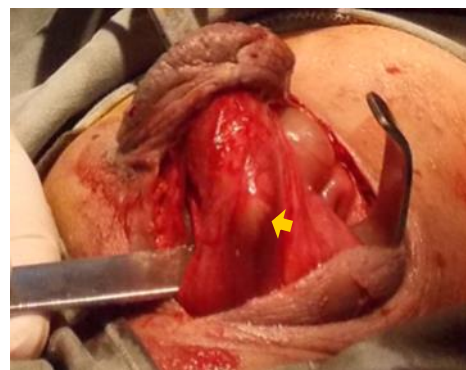


Fig.2: Vue opératoire: persistance de l'ouraque cathétérisé par la sonde vésicale (flèche)

extrophié était également reséqué afin de permettre une réfection ombilicale. Les suites opératoires étaient simples avec une miction urinaire et une fonction rénale normales. La sonde vésicale était enlevée à J46. L'évolution était favorable sur un recul de six mois. L'échographie de contrôle ne montrait aucune anomalie du haut et du bas appareil urinaire.

* Auteur correspondant

Adresse e-mail: drhanta.mada@gmail.com

¹ Adresse actuelle: Service de Chirurgie, CHU Toamasina, Madagascar

Discussion

Les affections malformatives de l'ouraue résultent d'un défaut d'oblitération partiel ou total du canal allantoïdien au cinquième mois de gestation [3]. Blichert-Toft [4] en a décrites plusieurs types qui sont: la persistance complète de l'ouraue réalisant la fistule ouraquienne (48% des cas), le kyste ouraquien avec oblitération des deux extrémités qui délimite une partie centrale restée perméable (31%), le sinus externe de l'ouraue avec oblitération et dilatation de l'extrémité vésicale, l'autre extrémité communiquant avec l'ombilic (18%) et le diverticule de l'ouraue avec oblitération et dilatation de l'extrémité ombilicale, l'autre extrémité communiquant avec la vessie (3%). Rich a rajouté à cette classification le sinus à bascule, forme intermédiaire entre kyste et sinus, pouvant se drainer alternativement à l'extérieur ou dans la vessie [5]. Il existe une prédominance masculine avec un sex-ratio variable [6,7]. L'âge moyen varie selon les formes cliniques: il est de 0,4 an pour la fistule et de 4,7 ans pour le kyste [9]. Cet âge précoce de découverte de la fistule s'explique par l'écoulement des urines par l'ombilic immédiatement pendant la période néo natale alors que pour les autres formes, la symptomatologie est plus tardive [6]. Les circonstances de découverte sont multiples [1-3]. Dans notre cas, le motif de consultation était la tuméfaction bourgeonnante ombilicale suintante avec écoulement des urines au niveau de l'ombilic. Yiee et Mesrobian [8,9] ont trouvé une nette prédominance de ce tableau. Néanmoins, devant un ombilic humide, il faudrait également évoquer la possibilité de granulome inflammatoire ou de fistule omphalo- mésentérique [6]. Dans les études antérieures, la fièvre et l'érythème péri-ombilical étaient fréquents et prédominants car les affections de l'ouraue étaient souvent découvertes au cours d'une complication infectieuse [2,3,10]. Sur le plan paraclinique, la fistulographie peut avoir un intérêt devant tout écoulement ombilical. Il en est de même pour l'échographie pour les diverticules et kystes de l'ouraue [1-3,9]. L'urétrocystographie a par contre un intérêt limité dans la recherche d'une éventuelle uropathie malformative associée [6]. Le diagnostic peut également être fait en anténatal, au cours d'une échographie [1-3]. Dans notre contexte africain, le diagnostic de certitude est souvent posé en per opératoire [10]. Pour notre cas, le diagnostic de fistule vésico-ombilicale était confirmé par un test au bleu de Méthylène en pré-opératoire. Mesrobian [8] et Yiee [9] affirment que la certitude diagnostique peut être obtenue dans plus de la moitié des cas sans l'aide d'examen complémentaire. Toutefois, l'imagerie peut être d'une aide précieuse en cas d'association malformative telle celle avec le syndrome de Prune-Belly ou celle avec le résidu allantoïdien [11]. Sur le plan thérapeutique, si certains auteurs préconisent l'abstention thérapeutique en dehors des complications [3,10], le traitement est avant tout chirurgical dans le but de prévenir les récurrences infectieuses [4] et la dégénérescence néoplasique [6]. La voie d'abord peut être une laparotomie sous ombilicale médiane ou transversale ou laparoscopique sans nécessiter obligatoirement une omphalectomie [6]. L'excision de tout le canal persistant est réalisée en monobloc emportant une collerette vésicale correspondant à son implantation [2,7]. Pour notre patiente, l'abord était une laparotomie médiane et la dissection de l'ouraue sur la sonde en place avait permis une résection complète de



Fig.3: Vue opératoire: résection complète de l'ouraue emportant une collerette vésicale

l'ouraue avec une collerette vésicale. Dans la littérature, certains auteurs préconisent pour les formes abcédées un drainage avec antibiothérapie suivi à distance d'une exérèse chirurgicale [6]. La laparoscopie est actuellement de plus en plus utilisée tant à visée diagnostique que pour l'exérèse [9]. Les complications à court terme post opératoires sont représentées par l'éviscération et l'infection pariétale [6,10]. Pour notre part, les suites opératoires étaient favorables au recul de six mois.

Conclusion

Notre observation illustre la prise en charge d'une fistule de l'ouraue chez un nouveau-né dans le contexte d'un pays en développement. Le diagnostic était facile permettant un traitement chirurgical précoce par laparotomie évitant les complications infectieuses fréquentes dans ce contexte. Bien que rare, cette entité mérite d'être connue compte tenu des complications infectieuses graves en cas de retard de la prise en charge et de son pronostic à long terme grevée d'un risque de dégénérescence maligne.

Références

- 1- Arifa N, Hasni I, Khadraoui H, Mhiri M, Jemni H, Derbel F, et al. Atlas d'imagerie de l'ouraue: du normal au pathologique. *J F Radiol* 2004;40: 38-45.
- 2- Okegawa T, Odagane A, Nutahara K, Higashihara E. Laparoscopic management of urachal remnants in adulthood. *Int J Urol* 2006; 13: 1466-9.
- 3- Renard O, Robert G, Guillot P, Pasticier G, Roche J-B, Bernhard J-C, et al. Pathologies bénignes de l'ouraue chez l'adulte: origine embryologique, présentation clinique et traitement. *Prog Urol* 2008; 18: 634-41.
- 4- Blichert-Toft M, Nielson OV. Diseases of the urachus simulating intra abdominal disorders. *Am J Surg* 1971; 122: 123-8.
- 5- Rich RH, Hardy BE, Filler RM. Surgery for anomalies of the urachus. *J Pediatr Surg* 1983; 18: 370-2.
- 6- Ndour O, Mukulu HK, Ndiaye NA, Mbaye PA, Faye Fall A, Ngom G, et al. La pathologie malformative de l'ouraue: à propos de 12 cas colligés au service de Chirurgie Pédiatrique du CHU Aristide Le Dantec de Dakar, Sénégal. *Afr J Urol* 2013; 19:113-8.
- 7- Galifer R-B, Kalfa N, Veyrac C, Lopez C. Malformations vésicales rares. *Ann Urol* 2003; 37: 304-21.
- 8- Mesrobian H-GO, Zacharias A, Balcom AH, Cohen RD. Ten years of experience with isolated urachus anomalies in children. *J Urol* 1997; 158: 1316-8.
- 9- Yiee JH, Garcia N, Baker LA, Barber R, Snodgrass WT, Wilcox DT. A diagnostic algorithm for urachal anomalies. *J Pediatr Urol* 2007; 3: 500-4.
- 10- Descazeaud A. Pathologie de l'ouraue. *Ann Urol* 2007; 41: 209-15.
- 11- Cissé R, Wandaogo A, Tapsoba TL, Sano D, Sanou A. Apport de l'imagerie médicale dans la fistule de l'ouraue: à propos d'un cas au Centre Hospitalier Universitaire d'Ouagadougou. *Médecine d'Afrique Noire* 1998; 45: 265-9.