

Fait clinique

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



A propos d'un cas de fistule omphalomésentérique compliquée de prolapsus intestinal chez un nourrisson.

Rasataharifetra H^{*1}, Herinirina SAE¹,
Andriamanarivo LRC², Razafindraibe VB¹, Hunald FA²,
Andriamanarivo ML²

¹Service de Chirurgie Générale, CHU Analankinina, Toamasina, Madagascar

²Service de Chirurgie Pédiatrique, CHU-JRA, Antananarivo, Madagascar

Résumé

La fistule omphalomésentérique est une anomalie congénitale inhabituelle due à une persistance complète du canal omphalomésentérique. Le prolapsus intestinal à travers l'ombilic en est une complication grave. Nous rapportons un nouveau cas de prolapsus intestinal compliquant une fistule omphalomésentérique chez un nourrisson de 21 jours pris en charge dans un Service de Chirurgie Générale. Le diagnostic était fait en per opératoire. Une résection segmentaire emportant la fistule prolapsée était réalisée. La conduite de la prise en charge est discutée.

Mots clés: Canal omphalomésentérique; Fistule intestinale; Malformations congénitales; Prolapsus

Titre en Anglais: Omphalomesenteric duct remnant complicated by intestinal prolapse: a case report in an infant.

Abstract

Omphalomesenteric fistula is an uncommon congenital malformation due to complete persistence of the omphalomesenteric duct. One of the serious complication is the intestinal prolapse. We report one case of omphalomesenteric duct remnant complicated by intestinal prolapse in a 21 days infant treated in a general surgery ward. Diagnosis was confirmed during the surgical treatment. Segmental bowel resection and excision of the fistula were performed. Diagnosis and treatment are discussed.

Key words: Birth defects; Intestinal fistula; Prolapse; Omphalomesenteric duct

Introduction

La fistule omphalomésentérique est une anomalie congénitale rare. C'est une persistance complète du canal omphalomésentérique sur tout son trajet faisant communiquer l'ombilic avec l'intestin [1]. Elle peut faire l'objet d'une complication grave à type de prolapsus intestinal [2]. Nous en rapportons un cas observé chez un nourrisson de 21 jours présentant un ombilic suintant. La conduite de la prise en charge est discutée par rapport aux données récentes de la littérature.

Observation

Un nourrisson du genre masculin, âgé de 21 jours, était adressé au Service de Chirurgie Générale pour une tuméfaction sous ombilicale suintante avec retard de cicatrisation. Il était apyrétique et en bon état général. L'accouchement s'était déroulé chez une matrone en brousse, avec un accouchement à terme et eutocique. Il présentait une masse muqueuse suintante sous ombilicale d'où faisait issue un liquide verdâtre (Figure 1). L'ombilic semblait être cicatrisé au-dessus. L'examen clinique montrait un pertuis perméable laissant sourdre un liquide verdâtre d'allure entérique. Aucun examen d'imagerie n'était demandé devant le contexte clinique évident de fistule entérique. Le traitement chirurgical était d'emblée indiqué par laparotomie. L'exploration révélait une fistule entéro-cutanée sur un segment de l'iléon à 40cm de la jonction iléo caecale. Ce segment d'iléon se prolapsait à travers l'orifice cutané (Figure 2). La fistule siégeait sur le bord anti mésentérique iléal. Après avoir vérifié la communication entre l'iléon et la partie prolapsée, une résection intestinale segmentaire de part et d'autre du canal omphalomésentérique était pratiquée avec anastomose immédiate par des points séparés au fil résorbable 4/0 (Figure 3).



Fig.1: Tuméfaction bourgeonnante suintante sous ombilicale

L'inventaire du contenu abdominal n'avait pas trouvé d'autre malformation associée. Les suites opératoires étaient simples. L'évolution était favorable sur un recul de douze mois.

Discussion

La fistule omphalomésentérique figure parmi les pathologies congénitales à expression abdominale ou ombilicale. Elle a une incidence générale de 2% [1]. Le défaut de fermeture du canal peut être à l'origine de complications diverses telles que fistule, sinus, polype, granulome ou bride [3,4]. Le prolapsus intestinal complique 50 à 80% des fistules omphalomésentériques [5]. Il expose au risque d'occlusion et de nécrose intestinales. Un examen clinique minutieux avec une inspection méticuleuse de l'ombilic à la naissance suffisent amplement pour révéler la présence de la communication intestinale. L'âge moyen de découverte est de 11 mois [6]. La prématurité prédomine dans les antécédents obstétricaux des patients [1,4]. La fistulographie peut être utile pour confirmer le diagnostic mais ne devrait en aucun cas ralentir la prise de décision et le traitement chirurgical. Elle consiste en une opacification

* Auteur correspondant

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

¹ Adresse actuelle: Service Bloc opératoire, CHU Analankinina, Toamasina, Madagascar



Fig.2: Vue opératoire: fistule omphalomésentérique avec prolapsus iléal

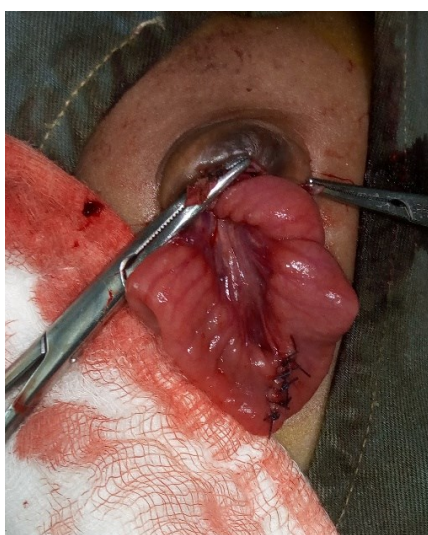


Fig.3: Vue opératoire: anastomose d'emblée après résection iléale de part et d'autre de la fistule

par un produit iodé après cathétérisme du petit pertuis révélant ainsi une communication avec l'intestin [3]. Cette opacification n'était pas réalisable dans notre contexte et

l'examen clinique seul avait suffi à évoquer le diagnostic. Le traitement chirurgical conventionnel ou laparoscopique doit être fait rapidement et se base sur la résection intestinale de part et d'autre du canal omphalomésentérique avec anastomose iléale termino-terminale [4,5]. Un traitement précoce permet d'éviter la survenue d'une occlusion intestinale [4]. Un prolapsus en T ou en corne de taureau [7] doit être recherché car il constitue une urgence chirurgicale. Les complications non mortelles sont de l'ordre de 6,4% avec un taux de mortalité de 10,3%, secondaires à un diagnostic erroné ou à une mauvaise prise en charge thérapeutique [6]. Les principales complications sont représentées par l'occlusion, l'ulcère, l'hémorragie et la perforation du segment intestinal prolapsé [1]. Deux cas de régression spontanée de fistule omphalomésentérique ont été décrits avec fermeture cutanée spontanée complète à l'âge de 3 mois et la persistance d'une simple hernie ombilicale [4]. Le pronostic reste réservé et dépend de la précocité et de la qualité de prise en charge car la mortalité peut atteindre 33% en cas de retard de prise en charge [5].

Conclusion

Le prolapsus intestinal à travers l'ombilic est une forme anatomo-clinique rare de la fistule omphalomésentérique et peut constituer une complication grave. En effet, elle expose au risque de nécrose intestinale. Le diagnostic de la fistule omphalomésentérique doit être fait le plus précocement possible afin de prévenir les complications et d'instituer un traitement chirurgical précoce.

Références

- 1- Khmou M, Lamalmi N, Madhi Y, Malihi A, Rouas L, Alhamany Z. Fistule omphalo mésentérique compliquée; à propos d'une nouvelle observation. *Journal Africain d'Hépatogastroentérologie* 2014;8: 240-1.
- 2- Rajaonarivony MHV, Rakotavao M, Ravololoniaina T, Rakoto Ratsimba H, Andriamanarivo L. Un cas de découverte inhabituelle de fistule omphalo-mésentérique. *Arch Ped* 2011; 18: 420-2.
- 3- Sqalli Houssaini N, Tizniti S, Abouabdillah Y, Cherkaoui MM. Fistule omphalo-mésentérique: à propos d'un cas. *Arch Ped* 2004; 11: 1342-5.
- 4- Kurzbart E, Zeitlin M, Feigenbaum D, Zaritzky A, Cohen Z, Mares AJ. Rare spontaneous regression of patent omphalomesenteric duct after birth. *Arch Dis Child Neonatal Ed* 2002; 86: F63.
- 5- Chioukh F, Mekki M, Sahnoun L, Zahma A, Maazoun K, Louzi M, et al. Le prolapsus intestinal à travers l'ombilic compliquant une fistule entéro-ombilicale: à propos de six observations. *Revue Maghrébine de Pédiatrie* 2009; 19: 159-63.
- 6- Solomon-Cohen E, Lapidot M, Snast I, Ben-Amitai D, Zidan O, Friedland R, et al. Cutaneous presentation of omphalomesenteric duct remnant: a systematic review of the literature. *J Am Acad Dermatol* 2019; 81: 1120-6.
- 7- Kamaoui I, Maaroufi M, Sqalli Houssaini N, Tizniti S. Fistule omphalo-mésentérique: à propos d'un cas. *J Radiol* 2005; 86: 1567.