

A PROPOS D'UN CAS DE FISTULE DE L'OURAQUE OBSERVE A L'HOPITAL ARISTIDE LE DANTEC DE DAKAR

REPORT OF A CASE OF URACHUS FISTULA OBSERVED AT ARISTIDE LE DANTEC HOSPITAL IN DAKAR

ZAKOU ARH *, FALL B, NDIATH A, SINE B, SARR A, THIAM A, SOW Y, DIAO B, FALL PA, NDOYE A, BA M

Service d'urologie andrologie hôpital Aristide Le Dantec, Dakar, Sénégal

Auteur correspondant : Dr Zakou ARH, chirurgien urologue, Service d'urologie andrologie hôpital Aristide Le Dantec, Dakar, Sénégal, razakzakou@yahoo.fr

RESUME :

Introduction : Bien qu'exceptionnelle, la pathologie de l'ouraque nécessite d'être connue des urologues, car elle relève d'une prise en charge adaptée. Quatre affections congénitales sont secondaires à ce défaut de fermeture : la fistule ombilico-vésicale, le kyste, le sinus et le diverticule de l'ouraque.

Observation : Les auteurs rapportent un cas de fistule ombilico-vésicale chez une adolescente de 17 ans prise en charge au service d'urologie de l'hôpital Aristide Le Dantec.

Conclusion : Les pathologies de l'ouraque sont autant rares que méconnues. Les urologues et les chirurgiens pédiatriques, doivent maîtriser l'ensemble de la démarche diagnostique et thérapeutique de ces pathologies du développement embryologique de l'appareil urinaire.

Mots clés : Ouraque, Pathologies, Fistule, Traitement.

SUMMARY

Introduction: Although exceptional, the pathology of the urachus requires to be known to the urologists, because it is an appropriate management. Four congenital pathology are secondary to this lack of closure of the urachus canal: the fistula, the cyst, the sinus and the diverticulum of the urachus.

Observation: The authors report a case of urachus fistula, in a 17 years old children, in the urology department of the Aristide Le Dantec hospital.

Conclusion: Pathologies of the urachus are as rare as they are unknown. Urologists and pediatric surgeons must master the entire diagnostic and therapeutic approach to these pathologies of the embryological development of the urinary tract.

Keywords: Urachus, Pathology, Fistula, Management

INTRODUCTION

L'ouraque est un vestige embryonnaire qui se présente à la naissance sous forme d'un cordon fibreux oblitéré, reliant le dôme vésical à l'ombilic. Sa pathologie résulte d'un défaut d'oblitération partiel ou total du canal allantoïdien au cinquième mois de gestation [1]. Bien qu'exceptionnelle, elle nécessite d'être connue des urologues, car elle relève d'une prise en charge adaptée [1]. Quatre affections congénitales sont secondaires à ce défaut de fermeture du canal ouraquien: la fistule, le kyste, le sinus et le diverticule de l'ouraque.

Non traitée, la fistule comporte à long terme un risque de dégénérescence maligne [2]. Son diagnostic est fait dans 60 % des cas chez l'enfant ou l'adolescent, mais une découverte tardive à l'âge adulte est toujours possible avec, dans ce cas, une symptomatologie frustrée à l'origine de difficultés diagnostiques [1].

Nous rapportons le cas d'une fistule Ouraquienne chez une adolescente, prise en charge au service d'urologie de l'hôpital Aristide Le Dantec.

OBSERVATION :

Mlle DS, âgée de 17 ans avait consulté pour fuite intermittente d'urine par l'ombilic. L'interrogatoire révélait une conservation de la miction par le méat urétral. Cette fuite évoluait depuis l'enfance et avait fait l'objet de plusieurs consultations dans d'autres centres de santé. L'absence de diagnostic et de traitement adéquat, l'avait amenée à consulter dans notre structure sanitaire.

Elle était quatrième d'une fratrie de neuf enfants, tous vivants et bien portants sans antécédent médico-chirurgical particulier. Il n'y avait pas d'affection familiale connue, ni de consanguinité parentale. Elle était céli-bataire sans activités sexuelles.

A l'examen physique, l'état général de la patiente était bon et il n'y avait pas de malformation apparente. En particulier, il n'y avait pas de fuite d'urine par l'ombilic ni d'orifice fistuleux identifiable.

L'examen cyto bactériologique des urines était nor-

mal. L'échographie de l'appareil urinaire avait mis en évidence une vessie à contours réguliers sans communication anormale avec la paroi abdominale et un haut appareil urinaire normal. L'urétrocystographie rétrograde et mictionnelle (UCRM) avait objectivé sur les clichés per mictionnels de profil strict un trajet opacifié qui prolonge le dôme vésicale jusqu'à l'ombilic (figure 1). Cette image nous a permis de faire le diagnostic de la fistule ouraquienne.

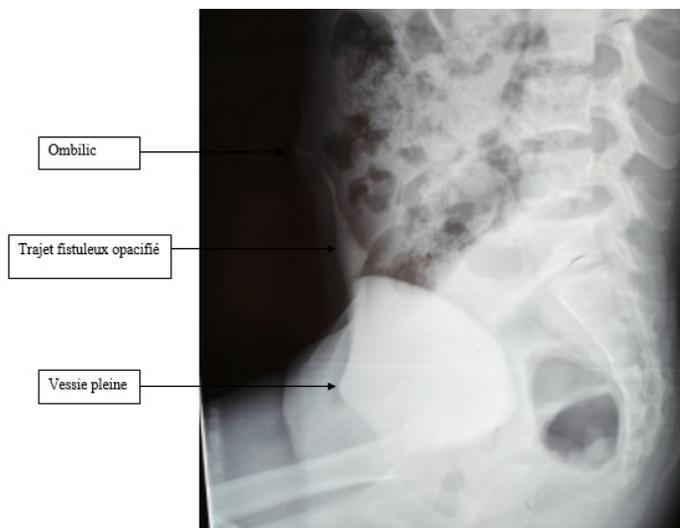


Figure 1 : Cliché d'UCRM de profil objectivant le trajet fistuleux.

Un abord par laparotomie médiane sous ombilicale avait permis une dissection extra péritonéale du canal ouraquien depuis l'ombilic jusqu'à la vessie (figure 2) puis son exérèse emportant une collerette vésicale (figure 3). Un drainage vésical par sonde urétrale avait été effectué pour 6 jours. Les suites opératoires avaient été simples et la patiente était sortie au 7ème jour postopératoire après reprise spontanée des mictions.

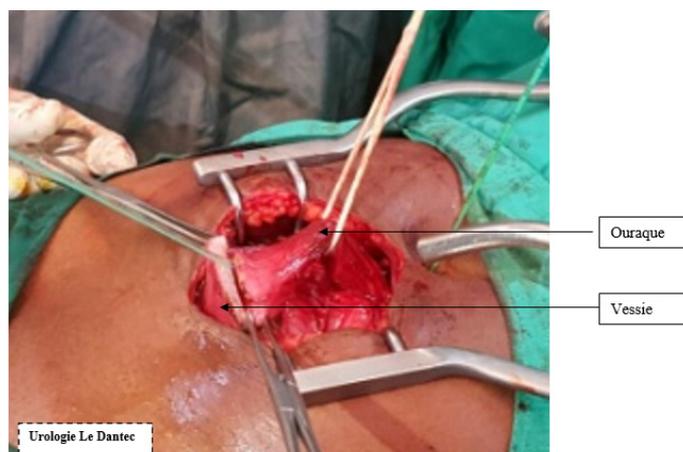


Figure 2: Vue per opératoire de l'ouraqué par dissection extra péritonéale

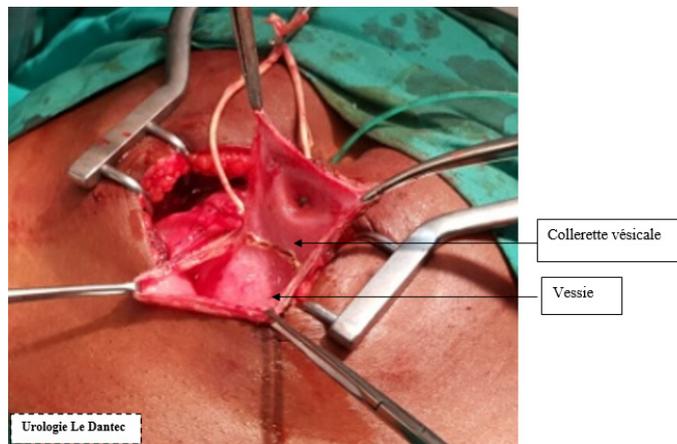


Figure 3: Collerette vésicale emportant l'ouraqué avec au milieu l'orifice fistuleux.

Un mois plus tard, il n'y avait plus de fuites urinaires par l'ombilic et la plaie opératoire avait bien cicatrisé. L'UCRM de contrôle avait mis en évidence une vessie à contours réguliers sans communication avec l'ombilic (figure 4).

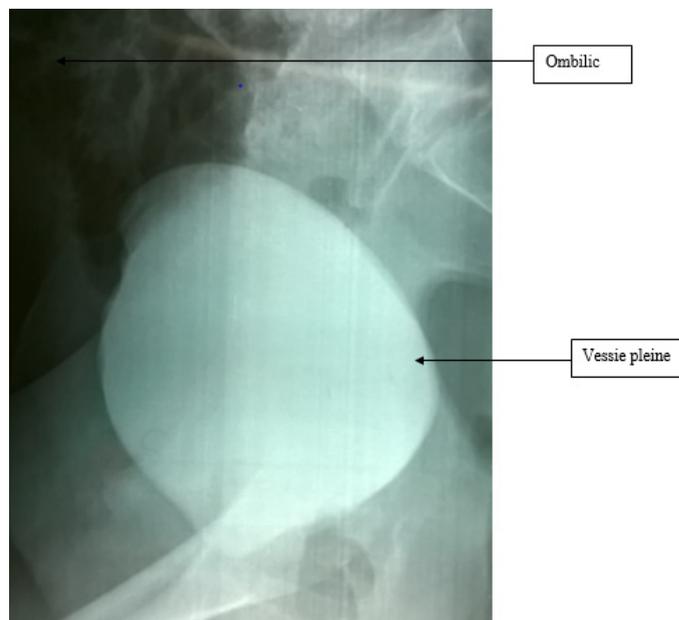


Figure 4 : UCRM de contrôle : cliché de profil montrant une vessie pleine sans chenal opaque communiquant avec l'ombilic

DISCUSSION :

Les anomalies congénitales de l'ouraqué, bien que rares, ne sont pas exceptionnelles en ce qui concerne les malformations vésicales. Elles seraient observées une fois sur 1000 autopsies d'adultes et une fois sur 5000 autopsies d'enfants [3]. Blichert-Toft et Nielsen [4] les divisent en persistance complète de l'ouraqué (48%), kyste ouraquien caractérisé par l'oblitération des deux extrémités qui délimite une partie centrale restée perméable (31%), sinus (18%) et diverticule de l'ouraqué (3%) dans lesquels seule l'une des deux extrémités implique normalement, l'autre communiquant avec l'ombilic ou avec la vessie.

Le diagnostic de pathologie de l'ouraqué est très

souvent porté chez l'enfant ou l'adolescent (62 %) [1]. Toutefois, elles peuvent être découvertes à l'âge adulte faisant habituellement suite à des tableaux cliniques atypiques pouvant égarer le diagnostic pendant plusieurs années [5]. Ceci a été le cas de notre patiente qui avait consulté dans plusieurs structures sanitaires depuis l'enfance sans diagnostic précis. Cette observation illustre la méconnaissance de cette pathologie ouraquienne par nombre de nos confrères. Dans la fistule de l'ouraque, l'examen de l'ombilic apprécie les caractères du ou des orifices fistuleux (siège, aspect, diamètre), la présence ou non d'un écoulement ainsi que sa nature (matière, urine, pus). Cependant, la fistule est parfois minime et l'écoulement se fait alors de façon intermittente, comme ça a été le cas de notre patiente. L'examen peut alors se révéler strictement normal. On aura alors recours à l'imagerie. Pour Mollard [6], le rôle de l'imagerie réside non seulement dans la confirmation du diagnostic mais aussi elle permet de rechercher un obstacle sur le bas appareil urinaire pouvant expliquer le reflux d'urine dans le canal ouraquien. Toutefois, l'association entre un obstacle à l'évacuation de l'urine fœtale et l'hyperpression vésicale en amont ne semble pas l'élément déterminant dans la physiopathologie des pathologies ouraquienne. En effet elle n'est retrouvée que dans 14 % des obstructions du bas appareil [7]. La fermeture de l'ouraque survient 5 semaines avant la formation de l'urètre, ce qui ne lui permet pas de jouer un rôle de soupape de sécurité [7]. Pour ces deux raisons, la reperméabilisation tardive serait alors la théorie la plus probante lorsque la fistule est associée à un obstacle [1]. L'échographie abdominale permet, quand la fistule est large, de visualiser sous forme d'un trajet linéaire à contenu liquidien communiquant le dôme vésical avec l'ombilic. Chez notre patiente, l'échographie était normale. Ceci s'explique par l'étroitesse du trajet fistuleux qui ne contenait probablement pas d'urine lors de l'examen. Toutefois, cet examen nécessite un opérateur expérimenté et averti. La fistulographie, par l'orifice ombilical, confirme le diagnostic en montrant un trajet fistuleux opacifié communiquant avec la vessie [8]. Elle nécessite, cependant, l'individualisation du pertuis ombilical pour sa réalisation. La cystographie rétrograde permet de poser le diagnostic en montrant l'opacification de l'ouraque sur le cliché de profil et de rechercher dans le même temps un obstacle du bas appareil sur les clichés per-mictionnels. Elle nous a permis de retenir le diagnostic chez notre patiente. Pour la fistule de l'ouraque, la TDM n'est pas très utile au diagnostic positif [8] et l'urographie intraveineuse est surtout faite dans le cas d'association avec le syndrome de Prune-Belly. En effet, les pathologies de l'ouraque peuvent être associées à d'autres malformations ou s'intégrer dans des syndromes poly malformatifs, tel que le syndrome de Prune Belly [1]. Des associations avec un canal omphalo-mésentéri-

que, un omphalocèle ou un reflux vésico-urétéral ont été rapportées [4].

Le risque majeur des pathologies de l'ouraque est la dégénérescence maligne dans sa portion intramurale vésicale. Deux théories sont avancées pour la physiopathologie: la théorie dysplasique et celle métaplasique. La première, soutenue par le fait que l'on retrouve des antigènes communs à l'épithélium colique et à l'adénocarcinome de l'ouraque, évoque la possibilité que les tumeurs de l'ouraque se développent à partir de cellules germinatives digestives. La théorie métaplasique évoque la participation de facteurs irritatifs comme l'infection et le reflux dans des vestiges ouraquiens [1].

Le risque de complications infectieuses ou de dégénérescence maligne dans des affections bénignes, plaide pour la réalisation systématique d'un traitement chirurgical [4]. Cette intervention doit emporter en monobloc l'ouraque, les ligaments ombilicaux latéraux (dans leur portion proximale) et une collerette vésicale [1]. L'abord chirurgical est habituellement une laparotomie médiane sous-ombilicale ou transversale, comme ça a été le cas de notre patiente, mais la chirurgie laparoscopique est une alternative séduisante.

Dans leur étude comparative de traitement de dix patients : six par laparoscopie et quatre par laparotomie, Okegawa et al. [9] avaient confirmé les bénéfices habituels de la laparoscopie avec une réduction des pertes sanguines, une reprise de l'alimentation plus précoce, une durée d'hospitalisation réduite, et un préjudice esthétique moindre. La durée opératoire n'était pas significativement différente (estimée à 120 minutes). Aucune complication postopératoire n'a été rapportée dans cette étude contrairement à celles décrites dans la littérature qui sont l'hématome et l'abcès de paroi [10]. Notre patiente n'a eu aucune complication post opératoire.

CONCLUSION :

Les pathologies de l'ouraque sont autant rares que méconnues. Les urologues et les chirurgiens pédiatriques doivent maîtriser l'ensemble de la démarche diagnostique et thérapeutique de ces pathologies du développement embryologique de l'appareil urinaire. Ceci permettra une prise en charge précoce permettant d'éviter l'adénocarcinome de l'ouraque.

RÉFÉRENCES

- [1] Renarda O, Roberta G, Guillot P, et al. Pathologies bénignes de l'ouraque chez l'adulte : origine embryologique, présentation clinique et traitements. *Prog Urol.* 2008 ; 18 : 634-641.
- [2] Cisse R, Wandaogo A, Tapsoba TL, et al. Apport de l'imagerie Médicale dans la Fistule de l'ouraque : A propos d'un cas au Centre Hospitalier Universitaire de Ouagadougou - Burkina Faso. *Méd Afr Noire.* 1998 ; 45 (4) : 265-269.
- [3] Ueno T, Hashimoto H, Kanamauro H. Urachal anomalies:

Ultra-sonography and management. *J Pediatr Surg.* 2003; 38:1203-7.

[4] Blichert-Toft M, Nielsen OV. Congenital patent urachus and acquired variants. Diagnosis and treatment. Review of the literature and report of five cases. *Acta Chir Scand.* 1971;137:807-14.

[5] Kamel ER, Ounaies A, Saadani H, et al. Le kyste de l'ouraque : à propos de 3 observations. *Prog Urol.* 2001;11:314-8.

[6] Mollard P. Précis d'urologie de l'enfant. Pathologie de l'ouraque. Paris, Masson. 1984

[7] Galifer RB, Kalfa N, Veyrac C, et al. Malformations vésicales rares. *Ann Urol.* 2003;37:304-21.

[8] Arifa N, Hasni I, Khadraoui H. Atlas d'imagerie de l'ouraque du normal au pathologique. *JFR.* 2004

[9] Okegawa T, Odagane A, Nutahara K, et al. Laparoscopic management of urachal remnants in adulthood. *Int J Urol.* 2006; 13:1466-9.

[10] Nagasa A, Sumitomo K, Iwanaga M, et al. Remnants of urachus in infants and children: the problems of diagnosis and treatment. *Jpn J Surg.* 1991; 21:167-71.