

FISTULE NÉGLIGÉE DE L'OURAQUE : CAS CLINIQUE ET REVUE DE LA LITTÉRATURE

NEGLECTED FISTULA OF THE URACHUS: CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE.

O. KARIMOUNE MOSSI, S. AMADOU, M. S. OUSMANE MANZO, M. S. ADAMOU KAKA,
M. S. DAMBAKI, M. S. MOUHAMADOU SOUMANA

Auteur correspondant: Dr KARIMOUNE MOSSI Oumarou, urologue andrologue à l'hôpital national Amirou Boubacar Diallo de Niamey (Niger). BP : 10146 Niamey/Niger Tel : +22796133048, email : o.mossi@yahoo.fr , omarmossi88@gmail.com

RESUME :

La fistule de l'ouraque est une pathologie congénitale rare, parfois méconnue. Le diagnostic est le plus souvent posé dès la naissance et la prise en charge est chirurgicale. Elle est effectuée dès que le diagnostic est posé. Nous rapportons une présentation tardive d'une fistule de l'ouraque dont le diagnostic a été posé à l'âge adulte. De par ses complications et l'altération de la qualité de vie qu'elle entraîne, la connaissance et la prise en charge chirurgicale de cette pathologie demeurent essentielles.

Mots clés : Fistule – Ouraque – Malformation congénitale

SUMMARY:

Urachal fistula is a rare congenital pathology, sometimes overlooked. The diagnosis is most often made at birth and treatment is surgical. It is carried out as soon as the diagnosis is made. We report a case of urachal fistula diagnosed in adulthood. Due to its complications and the alteration of quality of life that it causes, knowledge and surgical management of this pathology remains essential.

Keywords: *Fistula – Urachal – Congenital malformation*

INTRODUCTION

La fistule de l'ouraque correspond à la persistance du canal de l'ouraque avec fistulisation au niveau ombilical. Il s'agit d'une malformation congénitale rare à l'instar des autres malformations liées à l'ouraque[1–3]. L'ouraque s'étend entre la vessie et l'ombilic. Sa longueur varie de 3 à 10 cm et son diamètre de 8 à 10 mm. Il se développe à partir du 28^{ème} jour gestationnel et son évolution normale sera marquée par son rétrécissement à la 5^{ème} semaine puis son oblitération à la 8^{ème}[4, 5]. Le défaut d'oblitération de l'ouraque est responsable des affections congénitales suivantes : la fistule, le kyste, le sinus à drainage alterné, et le diverticule. Nous rapportons le cas d'une fistule de l'ouraque diagnostiqué tardivement pris en charge dans notre service.

OBSERVATION :

Patiente de 22 ans, femme au foyer vivante en milieu rural à environ 1200 km de la capitale. Elle est non scolarisée et présente un niveau socio-économique bas. Elle est mariée et G1P1V1. Elle consulte pour un écoulement permanent d'urines au niveau ombilical remontant à sa naissance. Elle est née dans une maternité de premier niveau où une tentative de suture de l'orifice d'écoulement d'urines a été effectuée mais il s'est rapidement reperméabilisé. Pendant les mictions on note un écoulement en jet des urines à travers l'ombilic. Il n'y a pas d'hématurie ni de symptômes du bas appareil urinaire. Les urines étaient toujours d'aspect normal. Elle a un état général stade 0 OMS et un IMC normal. L'examen physique de la région ombilicale objective une petite zone cicatricielle centrée par un petit pertuis faisant soudre des urines (Figure 1). Il n'y a pas de tuméfaction ni d'altération cutanée. L'examen cytot bactériologique n'a retrouvé ni germes ni hématurie microscopique. L'urètro-cystoscopie a retrouvé un urètre perméable avec une vessie ne présentant pas de signes de lutte. Elle a permis de mettre en évidence un large conduit ouraquien remontant vers l'ombilic dont la muqueuse est d'allure saine. L'urétrocystographie rétrograde et mictionnelle (UCRM) a permis de retrouver le trajet fistuleux avec une vessie de capacité normale (Figure 2 et 3). Une cure chirurgicale fut indiquée. Elle a été réalisée par chirurgie ouverte à travers une incision médiane sous ombilicale. Une dissection et une exérèse emportant l'ouraque depuis son insertion vésicale jusqu'à l'ombilic (figures 4 et 5). La suture vésicale était effectuée sur une sonde urinaire dont l'ablation fut effectuée à J 10 post opératoire. L'examen histologique de la pièce n'a pas retrouvé de cellules malignes. Après l'ablation de la sonde urinaire, on note une bonne cicatrisation de la plaie opératoire et elle n'avait aucune plainte. La cystoscopie de contrôle réalisée au troisième mois était normale. La patiente est donc déclarée guérie.

COMMENTAIRES :

La fistule de l'ouraque est une pathologie congénitale rare. Le diagnostic peut se faire lors de l'échographie anténatale ou à la naissance par la découverte de l'émission d'urines à travers l'ombilic [6]. Son diagnostic à l'âge adulte est exceptionnel [7, 8]. Pour notre cas le diagnostic était posé à l'âge adulte. Ce retard diagnostique s'explique d'une part par la méconnaissance de la pathologie par le personnel soignant l'ayant prise en charge au moment de sa naissance. D'autre part l'échec de la tentative de fermeture de la fistule a amené les parents à conclure à une incurabilité de la pathologie, cette théorie a été confortée par la difficulté d'accès à un urologue pour les zones reculées.

La fistule de l'ouraque est normalement de diagnostic simple. Habituellement on a un écoulement permanent d'urines à travers l'ombilic. Dès la naissance de notre patiente cet écoulement permanent d'urines à travers l'ombilic fut objectivé. En plus le lien entre l'écoulement d'urines et la miction a été clairement rapporté. L'urétrocystographie (UCRM) confirme le diagnostic de fistule de l'ouraque en montrant la persistance du canal de l'ouraque [7]. Pour notre cas il s'agissait d'un large canal de l'ouraque retrouvé à l'UCRM. La manifestation de la fistule de notre patiente est donc classique.

Les complications de cette pathologie sont essentiellement liées à l'écoulement permanent des urines et au risque de dégénérescence maligne à long terme. L'écoulement d'urines est souvent responsable d'infection urinaire récurrente, de suppurations, des lésions cutanées [9]. En plus elle entraîne une altération de la qualité de vie avec des conséquences graves pouvant aller jusqu'au suicide. Aucune de ces complications ne furent rapportées par notre patiente. Cette évolution relativement simple s'explique principalement par la position anatomique de l'ombilic. Il est facilement accessible pour des soins d'hygiène. Secondairement la patiente nous a rapporté une considérable adaptation à sa pathologie. Elle a maintenu sa vie conjugale, a eu une grossesse et n'a consulté que deux ans après l'accouchement. Parmi ces moyens d'adaptation on note l'utilisation de « paigne plié » utilisé comme tampon pour absorber les urines, le recours au parfum pour cacher l'odeur des urines et la diminution des apports hydriques pour diminuer la quantité des fuites.

La complication la plus redoutable de cette pathologie est l'évolution vers la dégénérescence maligne, notamment l'adénocarcinome muco-sécrétant de l'ouraque, c'est pourquoi une chirurgie d'exérèse de l'ouraque doit être indiquée dès que le diagnostic est posé [10]. Aucune hématurie n'a été rapportée par notre patiente. L'urétrocystoscopie réalisée a pu retrouver le canal de l'ouraque et explorer sa muqueuse qui était saine. Grâce à l'urétro-cystoscopie nous

avons pu écarter un adénocarcinome de l'ouraque et indiquée une chirurgie d'exérèse de l'ouraque. Cette exérèse peut être réalisée par chirurgie mini-invasive ou par chirurgie ouverte. Pour notre cas, l'exérèse a été effectuée par chirurgie ouverte et la patiente est déclarée guérie.

CONCLUSION :

La fistule de l'ouraque est une pathologie congénitale rare, souvent méconnue et pouvant être négligée. Une bonne orientation des patients est essentielle pour son diagnostic et sa prise en charge précoce.



Figure 1 : L'orifice fistuleux à travers l'ombilic (Cathétérisation impossible)

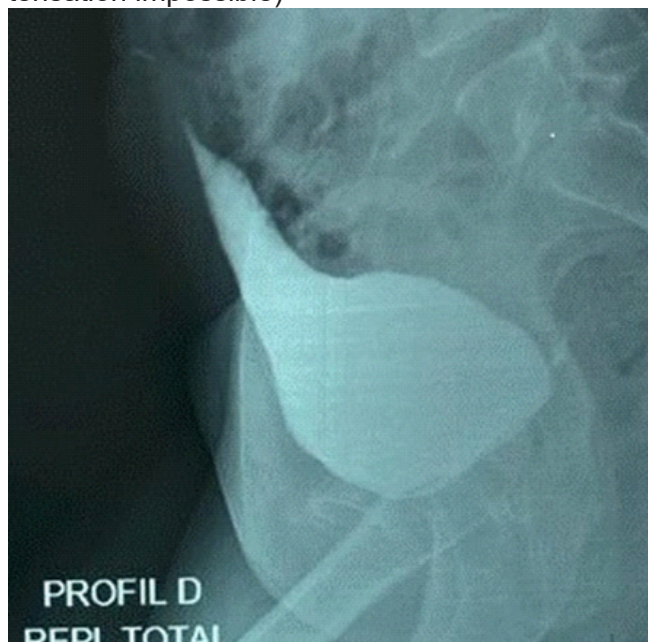


Figure 2 : Cystographie de profil mettant en évidence la persistance de l'ouraque et le trajet fistuleux en réplétion vésicale



Figure 3 : Fistulographie mettant en évidence la persistance de l'ouraque et le trajet fistuleux en phase mictionnelle



Figure 4 : L'ouraque disséqué (Trajet fistuleux)



Figure 5 : Vessie après résection de l'ouraque

BIBLIOGRAPHIE :

- [1] Ndour O, Mukulu HK, Ndoye NA, et al. La pathologie malformative de l'ouraque : A propos de 12 cas colligés au service de Chirurgie Pédiatrique du CHU Aristide Le Dantec de Dakar, Sénégal. *African Journal of Urology* 2013 ;19:113-118.
- [2] Arh Z. à propos d'un cas de fistule de l'ouraque observe à l'hôpital Aristide le Dantec de Dakar; *Uro'Andro* 2018 ;1:42-427
- [3] Renard O, Robert G, Guillot P, et al. Pathologies bénignes de l'ouraque chez l'adulte : origine embryologique, présentation clinique et traitements. *Progrès en Urologie* 2008;18:634-641.
- [4] Descazeaud A. Pathologie de l'ouraque. *Annales d'Urologie* 2007; 41:209-215.
- [5] Begg RC. Urachus: its anatomy, histology and development. *J Anat* 1930;64:170-83.
- [6] El Azzouzi D, Lasserri A. Les anomalies congénitales de l'ouraque chez l'enfant : le point de vue du chirurgien pédiatre. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture* 2013;26:301-307.
- [7] 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). *Médecine d'Afrique Noire*. 1998;45:265-269
- [8] Hodonou Fred. La fistule ouraquienne : à propos d'un cas à la clinique universitaire d'urologie andrologie du CNHU-HKM et revue de la littérature. *Uro'Andro*. 2018 ;9:447-450.
- [9] Mazeau P, Curinier S, Kandem-Simo A, et al. Diagnostic et évolution prénatale de l'ouraque perméable : à propos d'un cas. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* 2014; 43:393-396.
- [10] Akakpo J-P, Bellin M-F, Badachi Y, et al. L'adénocarcinome de l'ouraque : aspects en imagerie et corrélations radio-anatomo-pathologiques. *Journal de Radiologie* 2004; 85: 1480.