

Fistule omphalo-mésentérique révélée par un prolapsus Omphalo-mesenteric fistula revealed by a prolapsus

Raherison AR*, Andriamanarivo LRC, Andriantsoa AAA, Randrianarisoa FF, Hunald FA,
Andriamanarivo ML

Service de Chirurgie Pédiatrique, CHU Joseph Ravoahangy Andrianavalona - Antananarivo

* Auteur correspondant : RAHERISON Aristide Romain
raromanus@yahoo.fr

RESUME

Introduction : La fistule omphalo-mésentérique représente la forme la plus rare de l'anomalie de régression du canal omphalo-mésentérique. Dans la présentation classique, l'écoulement ombilical attire l'attention et le diagnostic est confirmé par une simple fistulographie. Dans des rares cas, les complications (occlusion, infection, ulcère, prolapsus) peuvent inaugurer les manifestations.

Observation : Il s'agit d'une fistule omphalo-mésentérique révélée par un début de prolapsus chez un nourrisson de six semaines. Le diagnostic était évident devant l'écoulement par intermittence de liquide digestif à travers l'orifice du prolapsus. La résection englobait une marge de sécurité intestinale de part et d'autre du canal omphalo-mésentérique suivie d'une anastomose termino-terminale.

Conclusion : Diagnostiqué au stade de complications, le traitement de la fistule omphalo-mésentérique devient une urgence chirurgicale.

Mots clés : Canal omphalo-mésentérique, fistule intestinale, vésicule vitelline

ABSTRACT

Introduction : The omphalo-mesenteric fistula is the rarest form of the omphalo-mesenteric duct regression failure. In the classic case, umbilical flow is the main manifestation and the diagnosis is confirmed by a fistulography. In rare cases, complications (occlusion, infection, ulcer, prolapse) can inaugurate the manifestations.

Observation : We report a case of omphalo-mesenteric fistula revealed by the onset of prolapse in a six-week-old infant. The diagnosis was evident from the intermittent flow of digestive fluid through the opening of the prolapse. The resection included an intestinal safety margin on both sides of the omphalo-mesenteric canal followed by a termino-terminal anastomosis.

Conclusion : Diagnosed at the stage of complications, the treatment of omphalo-mesenteric fistula becomes a surgical emergency.

Keywords : Intestinal fistula, omphalomesenteric duct, yolk sac

INTRODUCTION

La fistule omphalo-mésentérique (FOM) est une forme rare de l'anomalie de régression du canal omphalo-mésentérique (COM) [1]. La présence d'écoulement de liquide intestinal ou de mucus au niveau de l'ombilic constitue le mode de découverte pour la forme classique [2]. Dans des rares situations, les complications sont révélatrices du diagnostic. Nous rapportons un cas de FOM révélée par un début de prolapsus au niveau de l'ombilic chez un nourrisson de six semaines.

OBSERVATION

Il s'agit d'un nourrisson de six semaines, du genre masculin, né à terme d'une grossesse sans particularité et avec un poids à la naissance de 3,2 kg. Il est nourri exclusivement par allaitement maternel. Les parents ont constaté un retard de chute du cordon ombilical vers l'âge de deux semaines, faisant place à un bourgeon ombilical suintant. Ce dernier était réfractaire au traitement par nitrate d'argent. Lors d'un effort de défécation, les parents ont observé l'apparition soudaine d'un prolapsus au niveau de l'ombilic, suivie d'un écoulement de liquide vert clair de petite abondance. Le bébé a été amené en urgence dans notre service. A son admission, le bébé pesait 4,950 kg. L'ombilic était le siège d'un prolapsus non réductible, centré par un orifice (photo 1). Du liquide intestinal fait de quelques grumeaux de lait caillé et de liquide bilieux sort par intermittence lors des pleurs à travers cet orifice.

La diurèse et le transit intestinal étaient sans particularités. Devant ces signes cliniques, le diagnostic d'une fistule omphalo-mésentérique compliqué d'un prolapsus a été retenu. L'indication opératoire était formelle. Les bilans biologiques préopératoires (numération – formule sanguine, ionogramme sanguin, bilan de coagulation) étaient normaux.

Après un abord péri-ombilical, une résection intestinale avec une marge de sécurité de part et d'autre du canal omphalo-mésentérique a été réalisée, suivie d'une anastomose termino-terminale (photo 2, 3). La pièce a été l'objet d'une analyse anatomo-pathologique. Le résultat confirmait l'aspect d'un COM dont la résection passe en zones intestinales normales. La suite opératoire était simple. L'allaitement a été autorisé au deuxième jour. Le bébé sortait du service au quatrième jour.



Photo 1 : fistule omphalo-mésentérique avec début de prolapsus au niveau de l'ombilic

DISCUSSION

Le canal omphalo-mésentérique (COM) est une structure transitoire qui relie l'intestin avec la vésicule vitelline pendant les premières semaines de vie embryonnaire.

Suite à une involution naturelle, le COM n'existe plus chez un embryon de sept semaines [3].

Les anomalies de sa régression peuvent être un excès ou un défaut d'involution. L'excès d'involution est responsable d'atésie ou de sténose de l'iléon. Son défaut est à l'origine du diverticule de Meckel, de la fistule omphalo-mésentérique, de la bande fibreuse persistante, du kyste omphalo-mésentérique et du sinus ombilical [4].

La fistule omphalo-mésentérique (FOM) est la forme la plus rare de la persistance du COM, représentant 2% des cas [1]. Habituellement, le diagnostic est orienté par l'existence d'un écoulement de liquide digestif ou de sécrétion de mucus au niveau de l'ombilic [2]. Ces symptômes apparaissent en période néonatale dans 73 à 85% des cas [5]. Devant tout bourgeon ombilical suintant ne régressant pas à l'application de nitrate d'argent, un examen ombilical attentif à la recherche d'une fistule s'impose. Dans des rares cas, les complications comme le prolapsus, l'ulcération et l'occlusion sont révélatrices du diagnostic [6]. Quelques manifestations exceptionnelles ont été rapportées dans la littérature, comme la fistule stercorale ombilicale dès la naissance [7] et l'irruption d'ascaris au niveau de l'ombilic [6].



Photo 2 : vue per-opératoire du canal omphalo-mésentérique rattaché à l'intestin et à l'ombilic

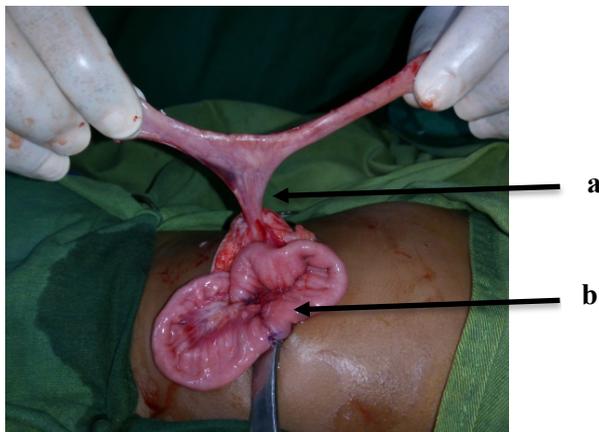


Photo 3 : résection avec marge de sécurité intestinale et anastomose termino-terminale

a : canal omphalo-mésentérique

b : anastomose intestinale termino-terminale

La FOM est à différencier de la fistule de l'ouraque qui se manifeste par une fistule urinaire au niveau de l'ombilic [1]. En cas de doute, la fistulographie est l'examen clé pour affirmer le diagnostic [8].

Une fois le diagnostic établi, l'indication opératoire est formelle pour éviter les éventuelles complications [5]. Le taux de mortalité des FOM traités au stade de complications est de l'ordre de 18% des cas [9]. Environ un COM sur trois comporte une hétérotopie gastrique [10]. Cela justifie une résection avec marge de sécurité lors du traitement chirurgical.

CONCLUSION

La fistule omphalo-mésentérique est une pathologie rare et doit être recherchée devant tout bourgeon ombilical suintant réfractaire à l'application de nitrate d'argent. Si le diagnostic se fait au stade de complication, le traitement devient une urgence chirurgicale.

REFERENCES

1. Sqali Houssaini N, Tizniti S, Abdouabdillah Y, Cherkaoui M.M. Fistule omphalo-mésentérique (à propos d'un cas). Arch Pediatr. 2004;11:1342-5.
2. Moore TC. Omphalomesenteric duct malformations. Semin Pediatr Surg. 1996;5:116-23.
3. Delpace J, Padurat O, Dargent JL, Bastianelli E, Haot J. A bizarre excrescence of the umbilicus in a 1 month old child. Rev Med Brux. 1996;17:140-2.
4. Sagar J. Meckel's diverticulum : a systematic review. J R Soc Med 2006;99:501-505.
5. Valpaços C, Costa M, Figueiredo S, Silva A.R, Correia-Pinto J, Osório A. A rare case of pediatric volvulus caused by a persistent omphalomesenteric cyst. Nascer e Crescer – Birth and Growth Medical Journal. 2018;27(4):249-52.
6. Hunald FA, Rajaonarivony MFV, Rakotavao M, Ravololoniaina T, Rakoto Ratsimba H, Andriamanarivo M.L. Un cas de découverte inhabituelle de fistule omphalo-mésentérique. Arch Pediatr. 2011;18:420-2.
7. Giacalone G, Vanrykel JP, Belva F, Aelvoet C, De Weer C, Van Eldere S. Surgical treatment of patent omphalomesenteric duct presenting as fecal umbilical discharge. Acta chir belg. 2004;104:211-3.
8. Konvolinka CW. Patent omphalomesenteric duct. Surgery. 2002;131:689-90.
9. Zafer Y, Yigit S, Türken A, Tekinalp G. Patent omphalomesenteric duct. Turk J Med Sci 2000;30:83-5.
10. Garner MJ, Grapin C. Diverticule de Meckel et pathologie du canal omphalo-mésentérique. In : Encycl Med Chir, Paris. 1992 Pédiatrie, 4018 P30,6p.