

Fistule colo-cutanée d'origine allantoïde chez un adulte

Wael Rebai, Rachid Ksantini, Cherif Abdelhedi, Faouzi Chebbi, Mourad Gargouri*, Amin Makni, Sofiene Ayadi, Amin Daghfous, Fadhel Fteriche, Haykal Bedioui, Mohamed Jouini, Montasser Kacem, Zoubeir Ben safta

Service de Chirurgie A. La Rabta. Tunis. Tunisie - *Service d'urologie. La Rabta. Tunis. Tunisie
Université Tunis El Manar

W. Rebai, R. Ksantini, C. Abdelhedi, F. Chebbi, M. Gargouri, A. Makni, S. Ayadi, A. Daghfous, F. Fteriche, H. Bedioui, M. Jouini, M. Kacem, Z. Ben safta

W. Rebai, R. Ksantini, C. Abdelhedi, F. Chebbi, M. Gargouri, A. Makni, S. Ayadi, A. Daghfous, F. Fteriche, H. Bedioui, M. Jouini, M. Kacem, Z. Ben safta

Fistule colo-cutanée d'origine allantoïde chez un adulte

Colo-urachal-cutaneous fistula in an adult

LA TUNISIE MEDICALE - 2011 ; Vol 89 (n°05) : 476 - 478

LA TUNISIE MEDICALE - 2011 ; Vol 89 (n°05) : 476 - 478

R É S U M É

Prérequis : Le kyste de l'ouraque est rare chez adulte, la fistulisation au tube digestif est exceptionnelle.

But : Rapporter un cas de kyste de l'ouraque fistulisé au sigmoïde et à la peau.

Observation : Un adulte âgé de 51 ans consulte pour un écoulement fécaloïde par l'ombilic ; le diagnostic de kyste de l'ouraque a été confirmé par le scanner. Le patient a eu une résection en monobloc du kyste, du sigmoïde et du dôme vésical.

Conclusion : La fistulisation du kyste de l'ouraque dans le colon est exceptionnelle ; sa prise en charge est complexe.

S U M M A R Y

Background: An infected urachal cyst is an uncommon finding in adults.

Aim: To report a case of a sigmoid– urachal– cutaneous fistula.

Case report: A 51 years old adult male presented with fecaloid leaking from rupture of an infected urachal cyst. Definitive management consisted of resection of the urachus with a bladder cuff, along with removal of the affected bowel segments.

Conclusion: Colo-urachal-cutaneous fistula is a rare condition; its management is rather complex.

M o t s - c l é s

Ouraque ; kyste ; fistule ; sigmoïde

Key - words

Urachal; cyst; fistula; sigmoid

La pathologie de l'ouraque est rare chez adulte. Quatre variations sont observées : fistule de l'ouraque (42%), kyste de l'ouraque (38%), le sinus de l'ouraque (16%), et diverticule vésico-ouraquien (3%). La formation d'une fistule entre un kyste de l'ouraque infecté et le colon est rare, 4 cas seulement ont été rapportés dans la littérature.

Un kyste de l'ouraque infecté et fistulisé à la fois dans le colon et la peau est exceptionnel. Nous rapportons le second cas dans la littérature après une recherche effectuée sur la base de donnée «Medline» [1, 2].

OBSERVATION

Patient âgé de 51 ans, ayant une prothèse du col du fémur suite à un accident de la voie publique au jeune âge, consulte pour un écoulement purulent par l'ombilic suivi par l'issue de matières fécales évoluant depuis 1 mois. L'examen découvre un placard érythémateux autour d'une fistule ombilicale laissant sourdre un liquide fécaloïde. Le reste de l'examen est normal. La numération formule sanguine montre une hyperleucocytose à 13000 éléments /mm³ avec une CRP élevée. La coloscopie montre un colon gauche anormalement fixé à la paroi abdominale antérieure avec une muqueuse normale. Le transit du grêle est normal. Un entéro-scanner a objectivé une formation oblongue à contenu liquidien de la paroi antérieure étendue de l'ombilic jusqu'à la vessie faisant communiquer le sigmoïde, la vessie et la peau. On retient le diagnostic d'un kyste de l'ouraque infecté doublement fistulisé dans le sigmoïde et la peau (figures 1,2).

Figure 1 : Image de reconstruction scanographique : fistule entre le colon, l'ouraque et l'ombilic.

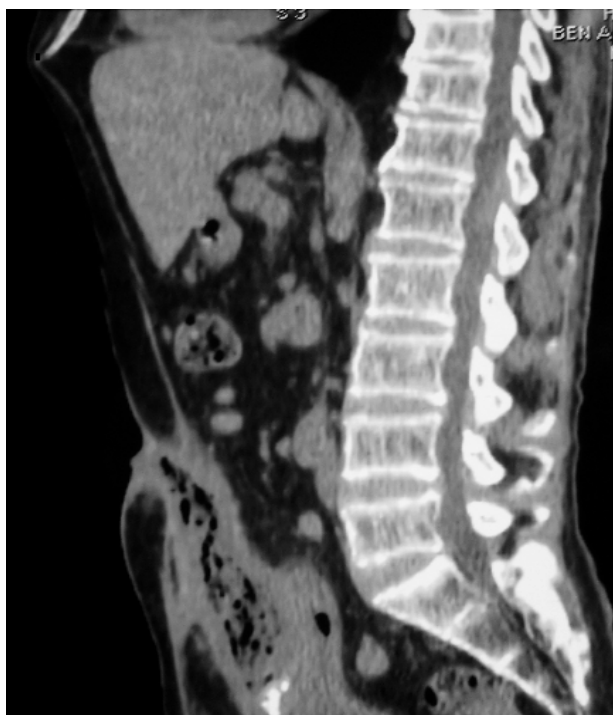
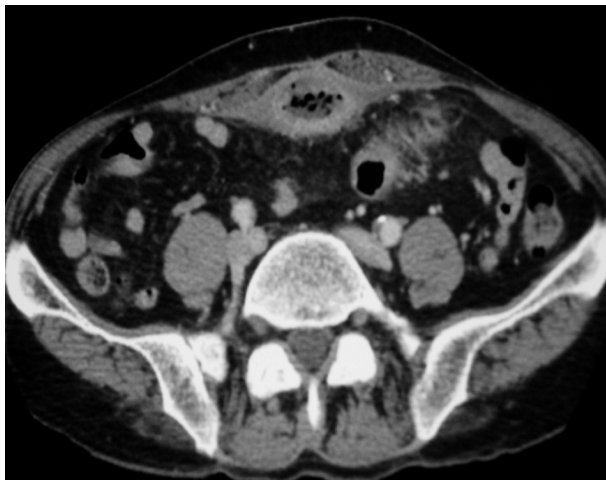
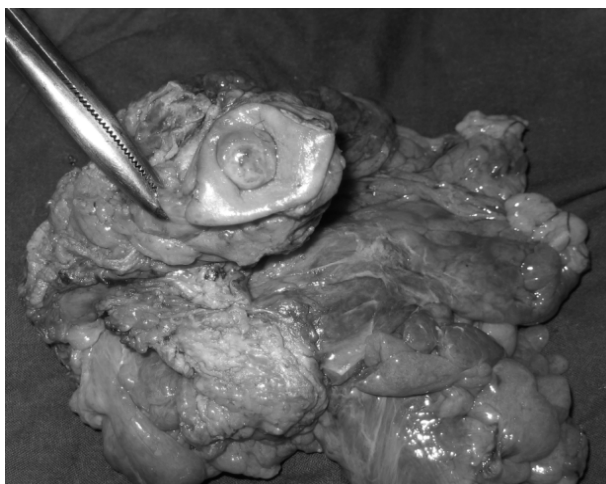


Figure 2 : TDM abdominale : fistule entre le colon et le kyste de l'ouraque



Le patient a été opéré par voie médiane. Découverte d'un kyste de l'ouraque infecté, fistulisé dans la vessie et le colon sigmoïde. Il a eu une résection en monobloc du kyste, du sigmoïde, du dôme vésicale et excision du trajet fistuleux sous cutané (figure 3) avec double stomie à la Bouilly-wolkman. L'étude anatomopathologique a conclu à un kyste de l'ouraque fistulisé dans le sigmoïde et la vessie et fistulisé au niveau de l'ombilic.

Figure 3 : Pièce opératoire : résection mono bloc emportant le kyste fistulisé dans la peau, le sigmoïde et le dôme



Les suites opératoires étaient simples et un rétablissement de la continuité a été réalisé à 3 mois de l'intervention. Le patient est régulièrement suivi et il est asymptomatique.

DISCUSSION

L'ouraque est un reliquat embryonnaire d'origine allantoïdienne décrit comme un tube reliant le dôme vésical à l'ombilic se

formant à partir du 28ème jour gestationnel [3]. Il s'oblitére normalement à 32 semaines. Il repose entre le péritoine et le fascia transversalis. Il est limité latéralement par les ligaments ombilicaux, résidus des artères ombilicales [4]. La persistance de la perméabilité de l'ouraue aboutit à trois types de malformation :

- La fistule ouraquienne (persistance complète de l'ouraue) représente 47,6% des cas [5], avec présence d'urine s'écoulant continuellement par l'ombilic. Sa survenue est soit précoce dès la naissance, souvent associée à une oblitération de l'urètre, soit tardive survenant lors d'un épisode de rétention.

- Le sinus ouraquien (dilatation de l'extrémité supérieure ou inférieure), réalisant un trajet borgne situé à la partie proximale juxta-ombilicale ou sinus ombilical, ou à la partie basse ou sinus vésical.

- Le kyste de l'ouraue dû à l'oblitération partielle du canal à ses deux extrémités. Il ne communique ni avec la vessie ni avec l'ombilic. C'est une formation liquidienne plus ou moins volumineuse médiane, sous-ombilicale. Elle est entourée par une paroi recouverte d'une muqueuse vésicale para malpighienne.

Le développement du kyste de l'ouraue est dû à l'accumulation de sécrétions séreuses et mucineuses. Il siège le plus souvent sur le tiers distal de l'ouraue et reste de petite taille et asymptomatique. Lorsqu'il est volumineux, il se manifeste par un syndrome de masse sous la paroi abdominale, médiane sous-ombilicale, et/ou par des signes de compression extrinsèque de la vessie. Parfois il est découvert à l'occasion d'une complication telle qu'une infection ou une dégénérescence du kyste. Dans notre cas c'est une fistule entéro-cutanée qui constitue un mode très rare de révélation. De même pour l'unique cas rapporté dans la littérature par Benjamin et al [6], la fistule était précédée d'un épisode de fécalurie négligé par le patient.

Références

1. Flanagan DA, and Mellinger JD: Urachal-sigmoid fistula in an adult male. *Am Surgeon*.1998; 64: 762-63.
2. Yoo KH, Lee SJ, and Chang SG: Treatment of infected urachal cysts. *Yonsei Med J*. 2006 47: 423-27.
3. Leicher-Düber A, Schumacher R. Urachal remnants in asymptomatic children: sonography morphology. *Pediatr Radiol* 1991;21:200-2.
4. Kelalis PP, King LR, Belman AB. Urachal abnormalities. *Clinical Pediatric Urology*. 1992;3: 613-9.
5. Blichert-Toft M, Nielsen OV. Congenital patent urachus and acquired variants diagnosis and treatment. Review of literature

L'échographie et la tomodensitométrie mettent en évidence une formation kystique, arrondie sus-vésicale, médiane, entourée d'une paroi propre. Elle peut faire une empreinte sur le dôme vésical, visible à l'urographie intra veineuse ou sur les reconstructions sagittales en TDM. En effet c'est la tomodensitométrie qui a permis de faire le diagnostic chez notre malade et chez le malade rapporté dans la littérature [6].

Le meilleur traitement d'un kyste de l'ouraue infecté est l'exérèse chirurgicale. Bicher-Toft et Nielson [7] ont rapporté un taux de récurrence de 31% chez 29 malades ayant une mise à plat simple. En cas d'ouverture dans le tube digestif il n'existe pas de conduite claire et le traitement est discuté au cas par cas [1, 8, 9].

Quatre cas seulement de fistules entre l'ouraue et le colon ont été rapportés dans la littérature.

Dans deux cas le colon était d'aspect normal il a été réalisé une résection du kyste et aveuglement des fistules coliques [1]. Dans deux autres cas le colon était très inflammatoire il a été réalisé une résection du colon [1].

Notre observation constitue le deuxième cas rapporté dans la littérature qui réalise une fistule colo-kysto-cutanée dont le traitement était une résection en monobloc faisant craindre une dégénérescence méconnue du kyste ouraquien, ce traitement est similaire à celui réalisé pour le malade de Benjamin et al [6].

CONCLUSION

La fistulisation du kyste de l'ouraue dans le colon est exceptionnelle, sa prise en charge est complexe. On insiste sur une prise en charge précoce des kystes de l'ouraue qui peuvent être découverts systématiquement ou à l'occasion d'une complication. Ils doivent faire l'objet d'un traitement chirurgical afin d'éviter d'autres complications gravissimes à s'avoir une dégénérescence.

- and report of five cases. *Acta Chir Scand* 1971;137: 807-14.
6. Benjamin J. Coons, Peter E. Clark, Lincoln J. Maynes, Kyla P. Terhune, Myron C. Stokes, Derrick J. Beech. Sigmoid-Urachal-Cutaneous Fistula in an Adult Male. *Urology* 2009; 73: 444.e5- e7.
7. Blichert-Toft M, Nielsen OV. Diseases of the urachus simulating intra-abdominal disorders. *Am J Surg*. 1971;122: 123-28.
8. Newman BM, Karp MP, Jewett TC. Advances in the management of infected urachal cysts. *J Pediatr Surg* 1986; 21: 1051-1054.
9. Masuko T, Nakayama H, Aoki N. Staged approach to the urachal cyst with infected omphalitis. *Int Surg*. 2006; 91: 52-56.