



e-Algerian Journal
Health & Research

Disponible en ligne sur : ASJP

e-AJHR

<https://asjp.cerist.dz/en/PresentationRevue/968>



Cas cliniques

PATHOLOGIE DE L'OURAQUE CHEZ L'ENFANT

Urachal Pathology in Children

Y. REZIK ^(a,d), **A. BENZAOU** ^(a,d), **N. DAIFALLAH** ^(b,d), **M.A. TAHRI** ^(b,d),
I. FRITZ ^(b,d) - **S. BOUSSOUFA** ^(c,d)

^a Maître assistante en chirurgie pédiatrique

^b assistant en chirurgie pédiatrique

^c Professeur, chef de Clinique de chirurgie pédiatrique Bel-Air.

^d département de médecine, Université des sciences de la santé Moudjahid Youcef El khatib, service: clinique universitaire de chirurgie pédiatrique Ali Bouzid Birtraria El Biar, wilaya d'Alger.

Auteur correspondant : **Y. REZIK**

Adresse e-mail : rezik.dj@gmail.com

Résumé

La pathologie congénitale de l'ouraque est rare, secondaire à un défaut d'oblitération partiel ou total du canal allantoïdien au cinquième mois de gestation, à l'origine de quatre pathologies bénignes de l'ouraque (le kyste, le diverticule, le sinus et la fistule ombilico-vésicale). Le diagnostic est rarement évoqué sur les éléments cliniques, mais plutôt par l'imagerie ultrasonore. Les risques de complication doivent systématiquement conduire à proposer un traitement chirurgical. Nous rapportons dans notre travail deux cas cliniques : un cas d'un kyste de l'ouraque infecté révélé par des douleurs abdominales et un autre cas d'un diverticule de l'ouraque révélé par une infection urinaire.

© 2025e-AJHR. Tous droits réservés

Mots clés : Ouraque , pathologie congénitale , diverticule , kyste.

Abstract

Congenital pathology of the urachus is rare, secondary to a partial or total failure of obliteration of the allantoic canal during the fifth month of gestation, resulting in four benign pathologies of the urachus (cyst, diverticulum, sinus, and omphalovesical fistula). Diagnosis is rarely made on clinical elements, but rather by ultrasound imaging. The risk of complications should systematically lead to proposing surgical treatment. We report in our study two clinical cases: one case of an infected urachal cyst revealed by abdominal pain, and another case of a urachal diverticulum revealed by a urinary tract infection.

© 2025 e-AJHR. All rights reserved.

keywords: Urachus, congenital pathology, diverticulum, cyst.

Introduction

L'ouraque est un canal embryonnaire reliant le conduit urogénital à l'ombilic. Ce canal s'obture très tôt chez l'embryon et ne persiste à la naissance que sous la forme d'un cordon fibreux reliant la vessie à l'ombilic. Les pathologies congénitales de l'ouraque résultent d'un défaut partiel ou total de son oblitération. Ainsi, on peut observer une fistule, un sinus externe, un sinus à drainage alterné, un kyste ou un diverticule de l'ouraque [1].

Les manifestations cliniques des anomalies de l'ouraque peuvent mimer de nombreux processus intra abdominaux ou pelviens. Le diagnostic repose sur l'imagerie [2]. Le traitement des malformations est rarement conservateur en raison du risque de récurrence et de dégénérescence maligne [1]

Observations cliniques :

Cas clinique n°01 : C'est la petite EL.M âgée de 07ans, sans antécédents.

La maman rapporte que la petite présentait des douleurs abdominales paroxystiques depuis 15 jours, non explorées auparavant. Elle a été admise aux urgences pédiatriques pour douleur abdominale évoluant depuis 48 h avec fièvre à 38 °C, sans signes digestifs ni urinaires associés. À l'examen, l'enfant était fébrile à 38,5 °C et présentait un surpoids. L'examen abdominal objectivait une sensibilité avec une masse palpable en sous ombilical de 05 cm de diamètre. Le bilan biologique a révélé une hyperleucocytose à 13 300 élt/ml, une CRP à 118,68 mg/l et un ECBU négatif. Une échographie abdominale a été réalisée, objectivant la présence d'une formation kystique à paroi épaissie, finement cloisonnée, mesurant 53 × 43 × 54 mm en supra-vésicale, à contenu hétérogène, hypoéchogène, évoquant un kyste de l'ouraque infecté. L'enfant a été mise initialement sous double antibiothérapie intraveineuse (ceftriaxone et gentamicine) jusqu'à obtention de l'apyrexie, puis opérée : l'exploration peropératoire a retrouvé un kyste de l'ouraque remanié de 05 cm de diamètre. Nous avons réalisé une résection du kyste de l'ouraque emportant une collerette de la vessie avec suture de la paroi vésicale. Les suites opératoires ont été marquées par un sepsis pariétal superficiel, et l'enfant est sortie après une bonne évolution. L'étude anatomopathologique de la pièce de résection a montré un aspect histologique compatible avec un aspect d'un kyste remanié.

Cas clinique n°02 : Enfant âgé de 06 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, qui consulte pour des douleurs pelviennes associées à des brûlures mictionnelles évoluant dans un contexte apyrétique, sans troubles du transit. L'examen clinique retrouve un enfant algique, apyrétique,

avec une sensibilité pelvienne à la palpation. Un ECBU a été fait, objectivant une infection urinaire à *E. coli*. L'enfant a été mis sous antibiothérapie. Une échographie a été demandée et réalisée, révélant une vessie à paroi épaissie de 05 mm, siégeant une image d'addition sur sa paroi antéro-supérieure mesurant (11 × 08) mm, hypoéchogène hétérogène, se communiquant avec l'ombilic par un fin pertuis, donnant l'aspect d'un diverticule de l'ouraque avec des signes de surinfection. Ce diagnostic a été confirmé par une TDM abdominale, qui a objectivé un diverticule de l'ouraque mesurant 10 mm, sans signes de complication. À distance de l'infection urinaire, l'enfant a été programmé et opéré. L'exploration peropératoire a objectivé un diverticule de l'ouraque qui se poursuivait avec la face antéro-supérieure de la vessie, Mesurant 10 mm de diamètre. Une résection totale du diverticule, emportant une collerette vésicale, a été réalisée avec suture de la vessie. Les suites opératoires ont été simples, l'enfant est sorti le cinquième jour post-opératoire après ablation de la sonde urinaire. L'étude anatomopathologique de la pièce de résection a montré un aspect histologique compatible avec un diverticule de l'ouraque.



Figure 01 : Échographie abdomino-pelvienne montrant le reliquat de l'ouraque sous forme d'un kyste hypoéchogène.

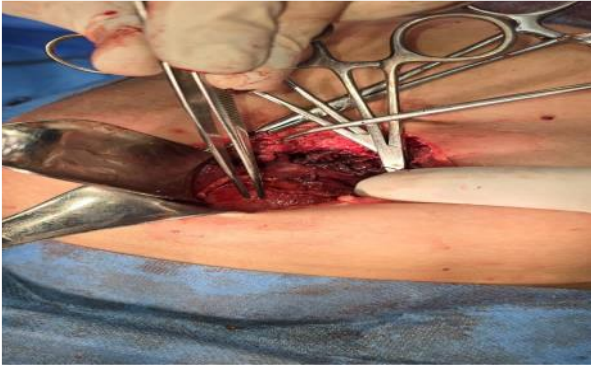


Figure 02 : Image préopératoire du kyste de l'ouraque .

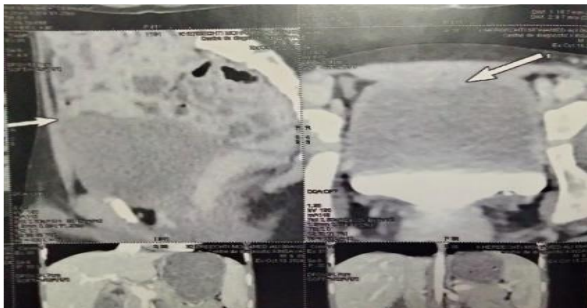


Figure 03 : Imagerie par tomodensitométrie en coupe sagittale et transversale montrant l'ouraque sous forme de diverticule.



Figure 04 : image peropératoire du diverticule de l'ouraque .



Figure 05 : pièce opératoire comportant l'ouraque, le diverticule, collerette de la vessie et les deux artères ombilicales.

Discussion :

L'ouraque est un vestige embryonnaire normal de l'allantoïde qui se présente à la naissance sous la forme d'un cordon fibreux oblitéré [2,3,4].

Quatre pathologies bénignes de l'ouraque sont secondaires à un défaut d'oblitération du canal allantoïdien [5,6] : La fistule ombilico-vésicale (47,6 %) est un défaut d'oblitération complet, en principe diagnostiqué à la période néonatale.

Chez le grand enfant, la forme la plus fréquente est le kyste de l'ouraque (30,7 %), secondaire à un défaut d'oblitération qui peut se situer en tout point du trajet de l'ouraque, avec une prédominance juxta-vésicale.

Un défaut d'oblitération de l'extrémité externe de l'ouraque conduit à des fistules borgnes externes ou sinus (16,4 %), communiquant avec la région péri-ombilicale.

Les fistules internes ou diverticules de l'ouraque (3,2 %), communiquant avec la vessie, sont plus rares et secondaires à un défaut d'oblitération de l'extrémité interne de l'ouraque.

La pathologie de l'ouraque est plus fréquente chez l'enfant et l'adolescent (62 %) que chez l'adulte, où il s'agit essentiellement de kystes infectés [10].

Le diagnostic peut être suspecté en anténatal par l'échographie obstétricale devant la visualisation d'un gros cordon. Mais sa révélation habituelle est postnatale, soit précocement par un écoulement plus ou moins abondant d'urine par l'ombilic [9].

Chez le grand enfant et l'adolescent, les manifestations cliniques varient en fonction du type d'anomalie de l'ouraque. Trois tableaux cliniques peuvent être rencontrés : un tableau urinaire à type de dysurie (comme dans le cas de notre patient âgé de 06 ans) ; un tableau pseudo péritonéal avec une douleur aiguë ou subaiguë sans signes digestifs et parfois la perception d'une masse évoluant dans un contexte fébrile (comme le cas de notre patiente âgée de 07 ans) ; un tableau de fistule ombilicale pour lequel le diagnostic est posé par une fistulographie [3-6-7].

Le diagnostic de la pathologie de l'ouraque est radiologique, l'imagerie a donc une place importante pour poser le diagnostic. L'exploration repose essentiellement sur l'échographie, qui est la modalité la plus précise (la précision varie de 61,1 % à 91,3 %) et participe à la décision thérapeutique chirurgicale [2-7].

La tomodensitométrie abdomino-pelvienne (TDM) représente un examen de référence. Les masses kystiques sont visualisées dans l'espace pré-vésical. Quant au diverticule la communication entre le dôme vésical et l'ombilic peut se faire sur les coupes sagittales tardives [7,8].

Le traitement est systématiquement chirurgical afin d'éviter les complications infectieuses et la dégénérescence carcinomateuse dans les pathologies initialement bénignes [6-9].

L'intervention chirurgicale se fait habituellement par une incision médiane sous-ombilicale, transversale ou laparoscopique. Le geste chirurgical consiste à réséquer l'ouraque en emportant une collerette vésicale.

Dans le cas d'un kyste de l'ouraque infecté on procède initialement à un drainage de l'abcès avec antibiothérapie puis secondairement l'exérèse complète de tous les résidus ouraquiens, incluant la zone d'insertion vésicale en deuxième temps, afin de prévenir le risque de récurrence infectieuse.

Actuellement, il est autorisé de réaliser en un temps, le traitement radical de cette lésion infectée sans aggravation de la morbidité (ce qui a été fait chez notre patiente avec de bonnes suites post-opératoires). [7-9].

Conclusion

Les anomalies de l'ouraque, et notamment le kyste et le diverticule de l'ouraque, peuvent être un motif de consultation aux urgences de chirurgie pédiatrique, se révélant par des douleurs abdominales fébriles ou des infections urinaires récurrentes. Cette pathologie est rarement évoquée dans la pratique quotidienne aux urgences.

À travers notre travail, nous avons rapporté deux aspects cliniques de consultation d'urgence : il faut donc y penser.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts liés à ce travail.

L'étude a été réalisée en accord avec les principes éthiques habituels concernant la publication de cas cliniques anonymisés.

Référence bibliographique :

[1]-Oulasaïad M., Kamili E., Hakkoum J., Maksi B., Amal S., Akhdari N. Sinus de l'ouraque, fistulographie, base d'implantation., p. 15, 501-504., 2005.

[2]-Salvatore FC, Cosimo B. Laparoscopic management of urachal cysts. Transl Pediatr 2016 ;5(4) :275—81.

[3]-Hodonou Montcho A, Allodé Salako A, Tamou sambo B, Ossé Martin Moumouni A, Mensah. Kyste de l'ouraque infecté : à propos de trois cas cliniques au Chu De Parakou au Bénin Emile. Europ Sci J 2016 ;2(3.).

[4]-Hasni-Bouraoui AN, Khadhraoui H, Souei-Mhiri M, Jemni-Gharbi H, Derbel F, Bensorba N, et al. Atlas d'imagerie de l'ouraque du normal au pathologique. J Radiol 2004 ;85(9) :1601.

[5]-Jonathan S, Schiffman. Urachal remnants in patients presenting to the emergency department with abdominal pain. J Emerg Med 2018 :1—6.

[6]-Nimmonrat A, Na-ChiangMai W, Muttarak M. Urachal abnormalities :

clinical and imaging features. Singapore Med J 2008 ;49(11).

[7]- Lopez Cruz C, Frollo de Kerlivio C, De Cervens T, Arrigoni P. Infection d'un résidu ouraque : cause de douleur abdominale atypique. Arch Pédiatr 2011 ;18 :874—6.

[8]-Hasni-Bouraoui AN, Khadhraoui H, Souei-Mhiri M, Jemni-Gharbi H, Derbel F, Bensorba N, et al. Atlas d'imagerie de l'ouraque du normal au pathologique. J Radiol 2004 ;85(9) :1601.

[9]- El Azzouzi D, Lasserri A. Les anomalies congénitales de l'ouraque chez l'enfant : le point de vue du chirurgien pédiatre. J Pédiatr Puéricult 2013 ;26 :301—7.

[10]-Merrobian H.G.O., Zacharias A., Ralcom A.H., Cohen R.D. Ten years of experience with isolated urachal anomalies in children. J. Urol., 1997, 158, 1316-1318.