

Kyste de l'ouraque : difficultés diagnostiques dans un hôpital de référence d'Afrique subsaharienne

C. ZARÉ¹, Z. NIKIÈMA², I.A TRAORÉ¹, T. KAMBOU¹

Résumé

Le kyste de l'ouraque est de diagnostic clinique et radiologique basé sur l'échographie et le scanner. Ce diagnostic peut être difficile dans le contexte d'un hôpital de référence d'Afrique Subsaharienne. Son traitement est toujours chirurgical et codifié, évitant la dégénérescence maligne. Il mérite d'être connu des cliniciens et des radiologues exerçant en Afrique Subsaharienne ou le scanner peut manquer pour établir un diagnostic précis. Nous rapportons une nouvelle observation de kyste de l'ouraque découvert au centre hospitalier universitaire Sourou Sanou pour illustrer les difficultés diagnostiques.

Mots-clés : kyste de l'ouraque, valves de l'urètre postérieur, enfant, diagnostic.

Urachal cyst: Difficulties of diagnostic in a referral hospital of Sub-Saharan Africa

Abstract

The diagnosis of the urachus cyst is clinical and radiological based on ultrasound and computed tomography. This diagnosis can be difficult in the context of a referral hospital in sub-Saharan Africa. Its treatment is always surgical and well codified, (avoiding) preventing malignant degeneration. It must be known by clinicians and radiologists working in sub-Saharan Africa, where CT scan may fail to establish a diagnosis. We report a case of urachal cyst discovered at Sourousanou Teaching hospital, that illustrate the difficulties of diagnosis.

Keywords: urachal cyst, posterior urethral valves, child, diagnostic.

Introduction

La pathologie de l'ouraque est une entité clinique rare et de traitement chirurgical (T. GAUTHIER, 1994 ; H. JIRA *et al.*, 2003 ; M. DRISSI *et al.*, 2002 ; R.-B. GALIFER A. *et al.*, 2003 ; R. CISSÉ *et al.*, 1998). Bartholomaeus Cobrolius a été le premier en 1550 à rapporter un cas de fistule ouraquienne et Tail en 1880 a décrit le premier cas de kyste de l'ouraque (T. GAUTHIER, 1994 ; BEGG RC, 1930 ; PICARD A. *et al.*, 1993 ; Rafik EL KAMEL *et al.* 2001). Depuis ces descriptions jusqu'en 2003, 481 observations d'anomalies de l'ouraque dont 150 kystes de l'ouraque ont été rapportés dans la littérature (H. JIRA *et al.*, 2003 ; Rafik EL KAMEL *et al.* 2001 ; BEANY W. *et al.*, 1993). Le kyste de l'ouraque se voit dans environ 30 % des cas des pathologies de l'ouraque (H. JIRA *et al.*, 2003). Ces pathologies, en raison de leur rareté, occasionnent des difficultés diagnostiques (M. DRISSI *et al.*, 2002 ;

¹ Département de chirurgie, CHU Sourou Sanou-Bobo, Burkina Faso.

² Service de radiologie, CHU Sourou Sanou-Bobo, Burkina Faso.

R.-B. GALIFER A. *et al.*, 2003), surtout dans un contexte de sous équipement médical comme dans les hôpitaux d'Afrique subsaharienne. Actuellement, l'échographie et surtout le scanner abdomino-pelvien, examen de référence, apportent un diagnostic précis du kyste ouraquien (H. JIRA *et al.*, 2003 ; O. Renard, 2008). Nous rapportons une nouvelle observation de kyste de l'ouraque afin de révéler les difficultés diagnostiques de cette pathologie en milieu hospitalier sub-saharien.

Observation

Nourrisson de 10 mois, de sexe masculin, adressé le 16 juin 2012 pour tuméfaction hypogastrique associée à des pleurs incessants. L'interrogatoire a retrouvé une notion de dysurie depuis deux mois. Il est le premier fils, né à terme par voie basse, il n'y a pas d'affection familiale connue. L'examen général a retrouvé une anémie clinique sans fièvre. A l'examen physique a noté une tuméfaction hypogastrique ferme rénitente, arrondie, de 8 cm environ de grand axe, atteignant l'ombilic (figure 1). Elle est associée à une ectopie testiculaire gauche. Le bilan biologique a confirmé l'anémie à 6.2 g/dl, et révélé une fonction rénale perturbée (urée 9.82 mmol/L, créatinémie 142.2 umol/L). L'examen cytobactériologique des urines (ECBU) n'a pas été fait. L'imagerie médicale a comporté deux échographies abdominales réalisées successivement dans deux services différents. La première échographie a évoqué un abcès sous ombilical avec une hydronéphrose bilatérale, sans obstacle visible (figure 2). La deuxième a décrit une urétéro-hydronéphrose bilatérale associée à une vessie diverticulaire de lutte, (valve de l'urètre postérieure ? reflux vésico-urétéral ?). Un sondage uréthro-vésical a ramené des urines claires, laissant persister la masse hypogastrique. Une ponction centrée sur la masse a ramené un liquide peuteurable. Le diagnostic d'abcès pelvien associé à une ectopie testiculaire et une valve de l'urètre postérieur probable a été posé et le patient a été opéré. En peropératoire un kyste de l'ouraque est découvert. On réalise alors une exérèse complète du kyste avec collerette du dôme vésical (figure 3). Les suites opératoires ont été marquées par la survenue d'une détresse respiratoire au premier jour postopératoire dont la prise en charge a été favorable en pédiatrie et le malade est sorti au vingtième jour. L'examen histologique a conclu à un kyste de l'ouraque sans signe de malignité.

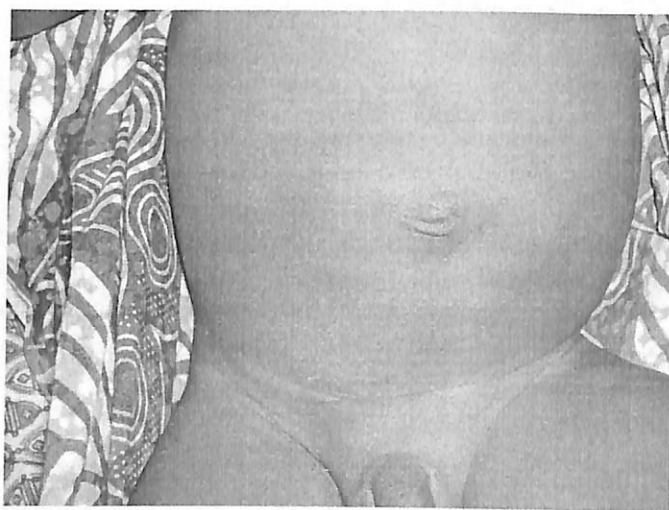


Figure 1. Masse hypogastrique ayant motivé la consultation.

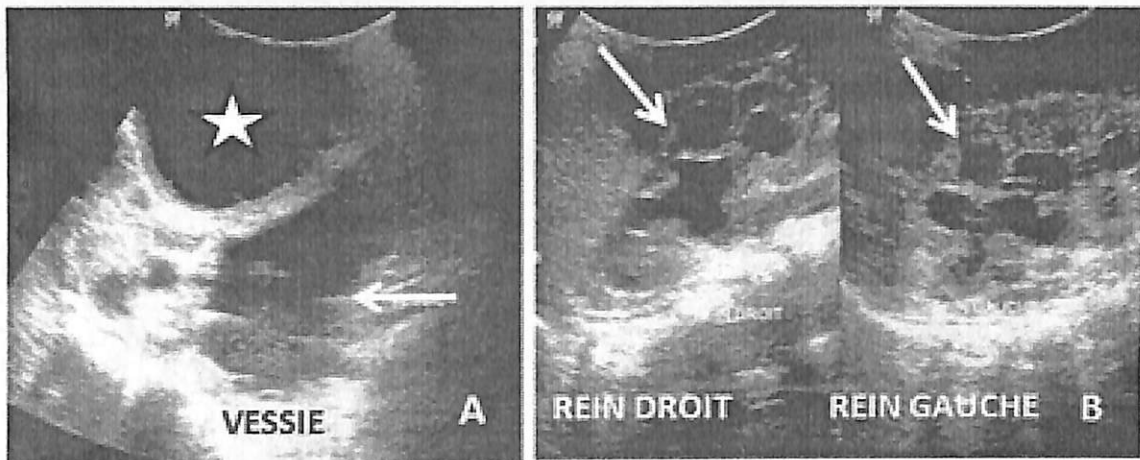


Figure 2. Exploration échographique de l'appareil urinaire décrivant une obstruction du haut appareil urinaire caractérisé par une hydronéphrose bilatérale de stade II (B, flèches) en rapport avec une masse pelvienne impure à paroi mince et régulière étiquetée d'abcès mesurée à 50 mm x 49 mm (A, étoile) comprimant une vessie normale (A, flèche) chez un nourrisson de 10 mois.

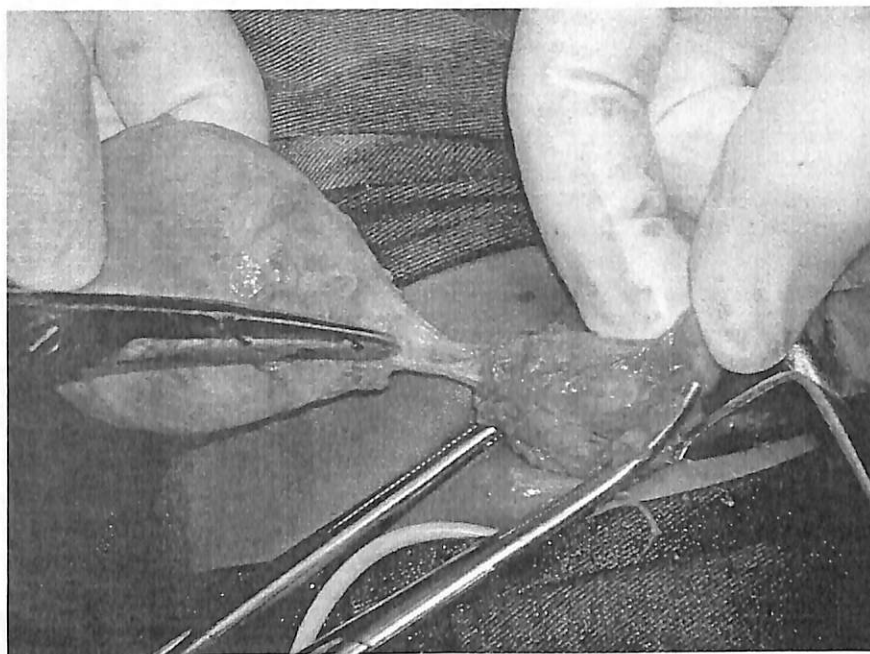


Figure 3. Excrèse du kyste avec colorette vésicale.

Deux mois plus tard, une échographie abdomino-pelvienne et périnéale a été réalisée. Le résultat a montré la persistance de l'urétéro-hydronéphrose bilatérale avec l'existence des valves de l'urètre postérieur (figure 4). La disparition du syndrome de masse hypogastrique signe la guérison de l'enfant par rapport au kyste de l'ouraque.

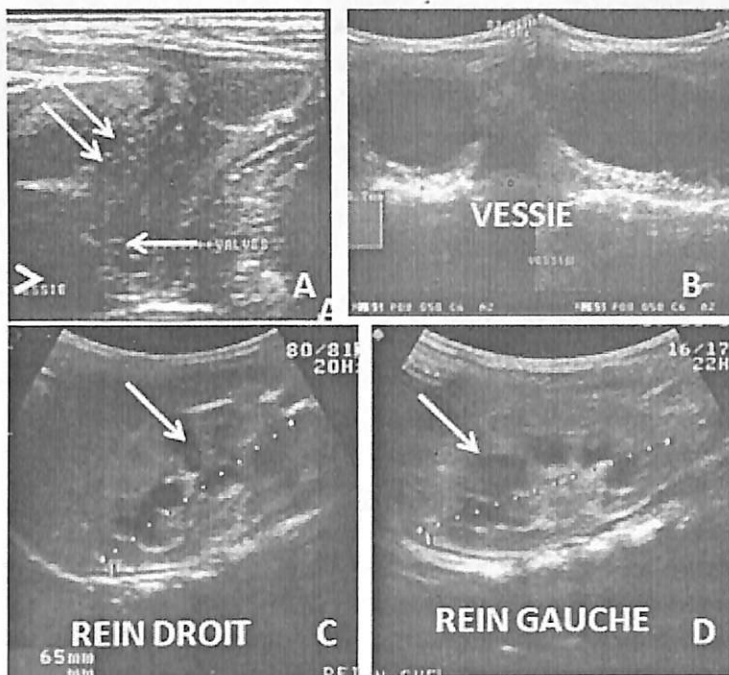


Figure 4. Même patient, contrôle échographique à 02 mois de l'intervention du kyste de l'ouraque objectivant la persistance de l'hydronéphrose bilatérale de stade II (C, D, flèches) sur vessie normale (B) ayant suscité une recherche positive des valves de l'urètre postérieur par voie périnéale (A, flèche). A noter l'urètre postérieur dilaté (A, double flèches) et la vessie (A, tête de flèche).

Discussions

L'ouraque est une structure tubulaire extra péritonéale qui relie le dôme de la future vessie au cordon ombilical. Sa longueur varie de 3 à 10 cm et son diamètre de 8 à 10 mm. Il est accompagné des ligaments ombilicaux, résidus des artères ombilicales (T. GAUTHIER, 1994 ; M. DRISSI *et al.*, 2002).

Son origine embryologique est controversée (T. GAUTHIER, 1994 ; R.-B. GALIFER A. *et al.*, 2003). La majorité des auteurs admettent cependant que sa partie supérieure provient de l'allantoïde et le reste, du dôme vésical (R.-B. GALIFER A. *et al.*, 2003). Sa particularité est d'être une structure transitoire apparaissant au 28^e jour, se rétrécissant par étirement en un tube à lumière virtuelle, puis s'oblitérant à la fin de la huitième semaine pour n'être à la naissance qu'un fin ligament fibreux adjacent aux reliquats des vaisseaux ombilicaux (R.-B. GALIFER A. *et al.*, 2003). La plus part des auteurs décrivent quatre affections congénitales secondaires à ce défaut de fermeture de l'ouraque : la fistule ombilico-vésicale, le kyste, le sinus et le diverticule de l'ouraque (T. GAUTHIER, 1994 ; H. JIRA *et al.*, 2003 ; R.-B. GALIFER A. *et al.*, 2003 ; R. CISSÉ *et al.*, 1998 ; O. RENARD, 2008). Le kyste de l'ouraque est 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 paramalpighienne. Le développement des kystes de l'ouraque est dû à l'accumulation de sécrétions séreuses et mucineuses (M. DRISSI *et al.*, 2002).

Le diagnostic du kyste de l'ouraque est difficile car il reste longtemps de petite taille et asymptomatique (M. DRISSI *et al.*, 2002 ; O. RENARD, 2008 ; KELALIS P.P. *et al.*, 1992). Il peut être découvert fortuite (T. GAUTHIER, 1994) au cours d'une intervention chirurgicale. Généralement le diagnostic est posé au cours des complications ou lorsqu'il devient volumineux (M. DRISSI *et al.*, 2002 ; O. RENARD, 2008). La symptomatologie d'appel sera un syndrome de masse sous ombilicale (M. DRISSI *et al.*, 2002 ; BLICHERT-TOFT M. *et al.*, 1971) sous la paroi abdominale, médiane et associée à des troubles urinaires (dysurie, pollakiurie, pyurie, brûlures mictionnelles). Ce mode de révélation du kyste de l'ouraque est celui de notre observation. Les complications infectieuses sont les modes de révélations cliniques les plus fréquentes (T. GAUTHIER, 1994 ; R.-B. GALIFER A. *et al.*, 2003 ; R. CISSÉ *et al.*, 1998 ; O. RENARD, 2008). Parmi ces complications, Blichert-Tolt et Nielsen trouvent que les surinfections de kyste de l'ouraque due au staphylocoque doré sont les plus fréquentes (O. RENARD, 2008 ; MACNEILY A.E. *et al.*, 1992). Ces complications peuvent se révéler par des tableaux divers : péritonites (PICAUD A. *et al.*, 1992), abcès de l'espace de Ritzius (HICA A.T. *et al.*, 2007), hémorragies (HORHANT *et al.*, 1995), lithiases intra kystiques, fistulisation avec l'appareil digestif (intestin grêle ou le sigmoïde) (T. GAUTHIER, 1994 ; O. RENARD, 2008). Enfin, il peut s'agir d'une fistulisation à l'ombilic simulant un sinus de l'ouraque (O. RENARD, 2008), considéré par Blichert-Tolt au même titre que le diverticule ouraquien, comme des séquelles de kystes abcédés spontanément ouvert à l'un des deux pôles ouraquien (T. GAUTHIER, 1994), ou d'une dégénérescence maligne (M. DRISSI *et al.*, 2002 ; R.-B. GALIFER A. *et al.*, 2003 ; O. RENARD, 2008). Notre patient présentait une ectopie testiculaire gauche associé à un syndrome de masse hypogastrique et une dysurie. Ce tableau entre dans le cadre d'un syndrome poly malformatif associant un kyste de l'ouraque avec une ectopie testiculaire et un obstacle cervico-urétrale. Nous n'avons pas noté d'anomalie des muscles de la paroi abdominale pouvant suggérer le syndrome de Prune Belly (aplasie des muscles de la paroi abdominale, cryptorchidie et dilatation généralisée de l'appareil urinaire) décrit par certains auteurs (O. RENARD, 2008 ; BLICHERT-TOFT M. *et al.*, 1971). Nous avons évoqué l'obstacle cervico-urétrale devant la dysurie sur le fait que notre malade est de sexe masculin. La perméabilité de l'urètre attestée par le sondage serait en faveur d'une valve de l'urètre postérieure. L'échographie de contrôle à deux mois postopératoire a confirmé l'existence des valves de l'urètre postérieur. La plupart des auteurs rapporte l'association d'autres malformations aux pathologies de l'ouraque, telles le syndrome de Prune Belly, le canal omphalo-mésentérique, l'omphalocèle, le reflux vésico-urétéral, la vessie neurologique (R.-B. GALIFER A. *et al.*, 2003 ; R. CISSÉ *et al.*, 1998 ; O. RENARD, 2008 ; BLICHERT-TOFT M. *et al.*, 1971), l'atrésie ou la valve de l'urètre postérieur dans 1/3 des cas (H. JIRA *et al.*, 2003). Le diagnostic de kyste de l'ouraque présente des difficultés (M. DRISSI *et al.*, 2002) comme illustré dans notre observation. En règle, le diagnostic devrait être évoqué devant la découverte d'une masse hypogastrique, médiane, associé à des troubles urinaires et une perméabilité attestée de l'urètre (T. GAUTHIER, 1994 ; M. DRISSI *et al.*, 2002 ; R.-B. GALIFER A. *et al.*, 2003). Nous pensons que cela est plus valable lorsqu'il s'agit d'un nourrisson ou d'un enfant. La discussion diagnostique se fera avec un diverticule vésical, un kyste du canal vitellin, une hernie ventrale ou plus rarement un omphalocèle épithélialisé (R.-B. GALIFER A. *et al.*, 2003). Le diagnostic différentiel se fera aussi avec un abcès de l'espace de Ritzius (ILICA A.T., *et al.* 2007), comme évoqué dans notre observation. Le diagnostic sera précisé à l'échographie ou au scanner abdomino-pelviens (M. DRISSI *et al.*, 2002 ; R.-B. GALIFER A. *et al.*, 2003 ; O. RENARD, 2008 ; A. DESCAZEAUD). L'échographie et le scanner mettent en évidence une formation kystique arrondie sus vésicale, médiane, entouré d'une paroi. Elle peut faire une empreinte sur le dôme vésical visible sur les reconstructions sagittales en TDM. Chez notre malade, le scanner n'a pas été réalisé et les deux échographies réalisées n'ont pas pu établir le diagnostic. Cela s'expliquerait par le fait que la pathologie de l'ouraque est rare dans

la pratique des radiologistes exerçant dans notre contexte. En effet, un cas de fistule ouraquienne a été rapporté par R. CISSE en 1998 à Ouagadougou (R. Cissé *et al.*, 1988).

Notre patient a bénéficié d'une exérèse totale du kyste et des reliquats ombilicaux avec colorecté vésicale. C'est le traitement préconisé systématiquement par l'ensemble des auteurs pour éviter le risque de dégénérescence, de complications infectieuses et de récurrence (H. JIRA *et al.*, 2003 ; M. DRISSI *et al.*, 2002 ; R.-B. GALIFER A. *et al.*, 2003 ; R. Cissé *et al.*, 1998 ; A. DESCAZEAUD ; De La TAILLE A. *et al.*, 1997). A deux mois de l'intervention, l'examen clinique et échographique de contrôle attestent de la guérison de notre malade du kyste ouraquien. Dans notre contexte, c'est une incision arciforme sous ombilicale prolongée en sus-ombilicale qui a été pratiquée. A noter que l'exérèse du kyste par chirurgie laparoscopique est pratiquée de nos jours par certains auteurs (O. RENARD, 2008 ; J. LAROCHE *et al.*, 2009 ; T. OKEGAWA *et al.*, 2006).

Conclusion

Le kyste de l'ouraque peut présenter des difficultés diagnostiques dans le contexte d'un hôpital universitaire de pays à ressources limitées d'Afrique Subsaharienne, malgré la disponibilité de l'échographie. Cette pathologie est souvent associée à d'autres malformations congénitales notamment les valves de l'urètre postérieur. Son exérèse systématique est le seul moyen de mettre le malade à l'abri d'une dégénérescence ou des complications infectieuses.

Références bibliographiques

GAUTHIER T. : Pathologie de l'ouraque. traité d'urologie ; 18-270-A-10 (1994).

H. JIRA, A. AMEUR, H. KASMAOUI, M. ALAMI, Y. OUHBI, M. ABBAR: Annale d'urologie 37 (2003) 36-39.

M. DRISSI, T. AMIL, K. LEBBAR, A. AMER, M. BEN AMEUR : Pseudo-tumeur inflammatoire de l'ouraque : une observation 2002 Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS. Ann Urol 2002 ; 36 : 138-41.

R.-B. GALIFER A, N. KALFA A, C. VEYRAC B, C. LOPEZ C : Malformations vésicales rares. Annale d'urologie 37 (2003) 304-321.

R. Cissé, A. WANDAOGO, T.L. TAPSOBA*, D.SANO, A. ANOU : 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(4)

BEGG RC Urachus: its anatomy, histology and development. J Anat 1930; 64: 170-1832].

PICARD A, MORIO B., BIDEAUT J., CAURDON MARIOTTE G., ETIENNE P. Péritonite due à un kyste suppuré de l'ouraque chez une jeune femme. J.Chir, 1993, 130, 32-36.

Rafik EL KAMEL, Abdelahed OUNAIES, Helmi SAADANI, Mohamed HLLILA, Mustapha JEMNI : Le kyste de l'ouraque, A propos de trois observations. Progrès en Urologie (2001), 11, 314-318.

BEANY W., THOULOZAN E., SAVA P., CHAILLAN D., GRAU A. Une cause inhabituelle de péritonite généralisée: la rupture intrapéritonéale d'un kyste infecté de l'ouraque. Une observation et revue de la littérature. Ann.Chir., 1993, 47, 363-366.

O. Renard : Pathologies bénignes de l'ouraque chez l'adulte : origine embryologique, présentation clinique et traitements. Progrès en urologie (2008) 18, 634-641.

KELALIS P.P., KING L.R., BELMAN A.B. : Urachal abnormalities in Clinical Pediatric Urology (3rd ed). WB Saunders. Philadelphia. 1992 ; pp 613-619.

BLICHERT-TOFT M., NIELSEN O.V. : Congenital patient urachus and acquired variants. Diagnosis and treatment. Review of the literature and report of five cases. Acta Chir Scand 1971 ; 137:807-814.

MACNEILY A.E., KOLEITAT N., KIRULUTA H.G., HOMSY Y.L. : Urachal abscesses: protean manifestations, their recognition, and management. Urology 1992 ; 40:530-535.

- PICAUD A., MORIO B., LEFEBVRE O., PASQUIOU A., MARIOTTE G., ETIENNE P.** : Péritonite due à un kyste suppuré de l'ouraque chez une jeune femme. Revue de la littérature. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 1992 ; 21:911-914.
- ILICA A.T., MENTES O., GUR S., KOCAOGLU M., BILICI A., COBAN H.** : Abscess formation as a complication of a ruptured urachal cyst. Emerg Radiol 2007 ; 13:333-335.
- HORHANT P., FOFANA H., MAMBRINI A.** : Un cas de kyste hémorragique de l'ouraque chez l'adulte. J Chir (Paris) 1995 ; 132:276-277.
- A. DESCAZEAUD** : Cours Pathologie de l'ouraque[18-270-A-10] - Doi : 10.1016/S0000-0000(07) 46409-9.
- De La TAILLE A., BISERTE J., VANKEMMEL O., LEMAITRE L., MAZEMANE** : Résidus ouraquiens. Exérèse ou surveillance Urologie 1997 ; 103 : 56-8.
- J. LAROCHE, E.HORNEZ, T. MONCHAL, P. RIVIERE ,L. LEMESLE, H. THOUARD, R. FOURNIER** : Traitement Laparoscopique des kystes de l'ouraque, A propos d'un cas. Le journal de Coelio-chirurgie-N 71-Septembre 2009.
- OKEGAWA T., ODAGANE A., NUTAHARA K., HIGASHIHARA E.** : Laparoscopic management of urachal remnants in adulthood. Int J Urol 2006 ; 13:1466-1469.