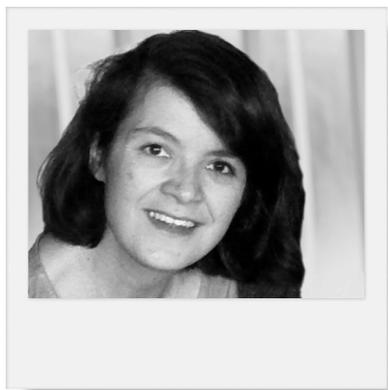


Un ombilic pas comme les autres : du bourgeon à l'omphalocèle



→ **M. CHABAUD-WILLIAMSON, F. AUBER, G. AUDRY**
Service de Chirurgie Viscérale et Néonatale,
Hôpital Armand Trousseau,
PARIS.

L'ombilic est une cicatrice liée à la chute du cordon ombilical. Cette cicatrice a une importance particulière dans le développement psychologique de l'enfant et la représentation psychique qu'il se fait de son corps.

Cette présentation propose de revoir les différentes pathologies pédiatriques liées à l'ombilic.

Le cordon ombilical

Il "tombe" généralement dans les 5 à 20 jours qui suivent la naissance. Les "soins de cordon" comprennent généralement l'application d'un produit antiseptique plus ou moins asséchant (Eosine, Bisepetine, Cicalfate lotion),

mais l'étude de Zupan a montré qu'il n'y avait pas de différence entre l'utilisation d'antiseptique et les simples soins au savon en termes d'infection (omphalite) (revue d'études menés dans les pays occidentaux). En pratique, si le cordon n'est pas tombé à un mois de vie, on propose de réaliser une section et ligature du cordon à sa base puis une poursuite des soins locaux.

Les suintements ombilicaux

Ils sont fréquents. Ils peuvent correspondre à un bourgeon ombilical ou à une pathologie sous-jacente. La couleur et l'importance du suintement vont orienter le diagnostic.

1. Le bourgeon ombilical

Il se traite par une application de nitrate d'argent en protégeant la peau péri-ombilicale. La guérison s'obtient généralement en 2 à 3 semaines. En cas de persistance du bourgeon, de suintement verdâtre ou au contraire très claire, ou particulièrement abondant, il faut rechercher une pathologie sous-jacente : pathologie de l'ouraqué ou du canal omphalo-mésentérique.

2. Le canal de l'ouraqué

Il correspond à une persistance de l'allantoïde. Il peut se présenter sous forme de kyste, de fistule, de diverticule ou de sinus.

>>> **La fistule** est une communication complète entre la vessie et l'ombilic, elle entraîne un écoulement de liquide clair au niveau de l'ombilic. Le diagnostic se

fait à l'échographie et est confirmé par une cystographie. Il faut systématiquement rechercher un obstacle sous-vésical (valves de l'urètre postérieur chez le garçon) qui aurait entraîné une augmentation de la pression vésicale et empêché la fermeture du canal de l'ouraqué. Le traitement en est la résection chirurgicale.

>>> **Le kyste**, manifestation la plus fréquente de la persistance du canal de l'ouraqué, peut se surinfecter. L'enfant consulte alors pour des douleurs abdominales associées à un syndrome infectieux. Cliniquement, il existe un plastron sous-ombilical. L'échographie retrouve une inflammation de la paroi sous-ombilical avec une collection médiane. Le traitement nécessite souvent un premier temps de mise à plat et de drainage, puis une exérèse peut être réalisée secondairement.

>>> **Le sinus** entraîne un suintement ombilical persistant. L'exploration chirurgicale retrouve un trajet fistuleux borgne qui est réséqué. Enfin, le diverticule est le plus souvent une découverte fortuite peropératoire, on a néanmoins décrit des adénocarcinomes se développant sur ces diverticules de l'ouraqué à l'âge adulte (0,34 % des cancers de vessie).

3. Le canal omphalo-mésentérique

C'est l'évolution du canal vitellin. Il régresse normalement en totalité. Un défaut d'involution peut entraîner des malformations similaires à celles du canal de l'ouraqué.

>>> **Une perméabilité complète** du canal omphalo-mésentérique entraîne un écoulement de liquide digestif ou

purulent par l'ombilic. L'examen soigneux de celui-ci permet généralement de repérer un orifice fistuleux cathétérisable. Le diagnostic peut être confirmé par une opacification de l'orifice fistuleux, qui va montrer une communication avec l'intestin. Le traitement chirurgical est d'autant plus urgent que l'écoulement est important.

>>> **Un suintement persistant**, résistant à l'application du nitrate d'argent, peut correspondre aussi à un sinus du canal omphalo-mésentérique. Il faut, lors de sa résection chirurgicale, vérifier l'absence de bride digestive.

>>> **Enfin, la bride omphalo-mésentérique et le diverticule de Meckel** sont dus à un défaut de résorption du canal omphalo-mésentérique, mais ne donne pas de symptomatologie ombilicale et ne seront donc pas abordés dans ce chapitre.

La hernie ombilicale

C'est un défaut de fermeture de l'orifice musculo-aponévrotique ombilical. Elle communique avec la cavité péritonéale au niveau de l'anneau ombilical. Elle est formée d'un sac péritonéal recouvert de peau. Elle contient par intermittence ou en permanence, de l'intestin et/ou de l'épiploon.

Elle est très fréquente à la naissance (18 % chez les nouveau-nés de race blanche, 42 % chez les nouveau-nés de race noire), mais l'anneau ombilical se referme spontanément avant 5 ans, parfois plus tardivement. La hernie ombilicale s'étrangle tout à fait exceptionnellement, elle est le plus souvent asymptomatique.

L'indication opératoire est donc posée sur une persistance de hernie ombilicale après l'âge de 3-4 ans, si l'enfant ou les parents le souhaitent. L'intervention se fait sous anesthésie générale en ambulatoire, et consiste en une suture de l'anneau ombilicale par une incision arciforme sous-ombilicale.

La hernie ombilicale peut être très volumineuse, notamment chez les enfants noirs (on parle parfois de "trompe ombilicale"). Dans ce cas, la fermeture spontanée est plus rare et les risques de récurrence après cure chirurgicale sont plus importants. D'autre part, cette intervention comprend un temps d'omphaloplastie (reconstruction de l'ombilic), qui laisse souvent un résultat décevant.

L'omphalocèle

Il s'agit d'un défaut de fermeture de la paroi avec extériorisation d'une partie du contenu abdominal dans le cordon ombilical (recouvert par la gelée de Wharton). Elle peut contenir de l'intestin, du foie... Le diamètre du défaut cutané peut être minime, on parle alors de hernie dans le cordon (une anse intestinale herniée dans le cordon ombilicale) ou très important (on parle d'omphalocèle géante).

Le diagnostic est actuellement le plus souvent anténatal. La naissance peut se faire par voie basse, mais doit être organisée dans un centre spécialisé. Les explorations anténatales et postnatales recherchent les malformations associées. Celles-ci sont très fréquentes (56 %), elles peuvent être chromosomiques (25 %), syndromiques (10 %)

ou isolées. Le syndrome le plus fréquemment associé est le syndrome de Wiedemann-Beckwith (macroglossie, héli-hypertrophie corporelle, macrosomie, prédisposition à la survenue de tumeurs embryonnaires).

Le but du traitement est la fermeture de la paroi. Il peut être curatif (fermeture de la paroi musculaire et cutanée) ou palliatif (fermeture cutanée, la fermeture de la paroi musculaire étant reportée à un temps ultérieur). Il peut se faire en un ou plusieurs temps : chirurgie d'emblée, après traction pariétale ou tannage (technique de Gross). Le traitement varie en fonction de l'importance du défaut et de la tolérance clinique. Les risques immédiats sont liés à l'hyperpression abdominale avec compression cave, insuffisance rénale, ischémie digestive, détresse respiratoire. Le pronostic à long terme est essentiellement lié aux malformations associées.

Pour en savoir plus

1. ZUPAN J, GARNER P, OMARI A. Topical umbilical cord care at birth. *Cochrane library*, 2004 ; 3 : CD001057.
2. PARAS FA, MACLENNAN GT. Urachal adenocarcinoma. *J Urol*, 2008 ; 180 : 720.
3. CHRISTISON-LAGAY ER, KELLEHER CM, LANGER JC. Neonatal abdominal wall defects. *Semin Fetal Neonatal Med*, 2011 ; 16 : 164-172.
4. BARISIC I. European study group. Evaluation of prenatal ultrasound diagnosis of fetal abdominal wall defects by 19 European registries. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 2001 ; 18 : 309-316.
5. MORGAN RD, HANNA L, LAKHOO K. Management of Giant Omphalocele: A Case Series. *Eur J Pediatr Surg*, 2012. [Epub ahead of print]

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.