

Diverticule de l'ouraque

J. Sérignol et P. Emonts

Service d'Imagerie Médicale, Institut Jules Bordet, Centre des Tumeurs de l'ULB

PRESENTATION CLINIQUE

La patiente est âgée de 50 ans et présente pour seul antécédent notable une néoplasie mammaire traitée deux ans auparavant par tumorectomie, lymphadénectomie et radio-chimiothérapie adjuvante. Elle se plaint actuellement de douleurs abdominales pour lesquelles elle a bénéficié d'une première tomodynamométrie abdomino-pelvienne. Les images de cet examen ne nous sont pas parvenues mais le compte-rendu fait état d'une importante réplétion vésicale associée à une formation nodulaire polycyclique antéro-supérieure de la paroi vésicale.

Cette image est considérée comme suspecte étant donné le contexte oncologique et une échographie des voies urinaires est ensuite réalisée (figure 1). Elle permet d'observer une formation réniforme médiane apparemment extra-vésicale mais en continuité avec la partie antéro-supérieure de la paroi vésicale dont elle déforme les contours.

Un second examen tomodynamométrique abdomino-pelvien est réalisé (figure 2). Il permet de retrouver aisément cette anomalie vésicale antéro-médiane. Elle présente *a priori* un aspect kystique complexe. La lecture de coupes fines fait apparaître le trajet serpiginieux de cette structure au travers de la



Figure 1 : Echographie abdominale : coupe transversale sus-pubienne démontrant une formation diverticulaire transpariétale antéro-médiane de la vessie.



Figure 2 : Tomodynamométrie abdomino-pelvienne en reconstructions axiale et sagittale oblique paramédiane droite démontrant clairement le diverticule de l'ouraque. Le cordon fibreux ouraquier résiduel peut être suivi sur les coupes axiales fines jusqu'à l'ombilic.

paroi vésicale et sa continuité avec le contenu vésical. Les reconstructions sagittales démontrent clairement le cheminement de ce diverticule au sein du ligament de l'ouraque en direction de l'ombilic sur une hauteur d'environ 35 mm.

DISCUSSION

Embryologie, anatomie

L'ouraque est un cordon fibreux situé entre le péritoine et le *fascia transversalis* en dedans de l'espace de Retzius¹. Il s'étend du dôme vésical à l'ombilic et

est accompagné des ligaments ombilicaux, résidus des artères ombilicales.

L'ouraque se développe à partir du 28^{ème} jour gestationnel. Il dérive de la partie supérieure de l'allantoïde qui relie le cloaque au cordon ombilical. La migration de la vessie vers le pelvis s'accompagne d'un allongement de l'ouraque. Vers la 5^{ème} semaine gestationnelle, le calibre de l'ouraque se réduit. Il finit par s'oblitérer (8^{ème} semaine) et perd ses attaches ombilicales dans la plupart des cas.

Anomalies congénitales et prolifératives de l'ouraque

Les anomalies congénitales de l'ouraque sont toutes liées à un défaut d'oblitération de l'ouraque et se présentent sous les formes suivantes :

- fistule de l'ouraque (50 %) : défaut d'oblitération de l'ouraque sur toute sa longueur ;
- kyste de l'ouraque (30 %) : l'ouraque est oblitéré de part et d'autre du kyste ;
- sinus externe de l'ouraque (15 %) : défaut d'oblitération haute ;
- diverticule de l'ouraque (3 à 5 %) : défaut d'oblitération basse ;
- sinus à drainage alterné de l'ouraque : quelques cas décrits de perméabilité variable du ligament, tantôt ombilicale, tantôt vésicale.

Les anomalies congénitales de l'ouraque présentent un risque potentiel de transformation maligne.

Le cancer de l'ouraque est très rare. Il représente 0,01 % des cancers de l'adulte et 0,17 à 0,34 % des cancers de la vessie. Il atteint plus souvent l'homme, âgé de 40 à 70 ans.

Ce sont pour l'essentiel des adénocarcinomes.

Au moment du diagnostic, la plupart des patients ont une tumeur déjà étendue.

Le signe clinique le plus fréquent est l'hématurie.

Le traitement des tumeurs de l'ouraque est chirurgical. Il consiste en une exérèse partielle ou totale de la vessie, emmenant l'ouraque, l'ombilic et parfois le feuillet postérieur de la gaine des droits. Il est complété par une lymphadénectomie pelvienne.

IMAGERIE

L'échographie, en utilisant une sonde de haute fréquence dans un plan médio-sagittal, permet dans certains cas de démontrer les différentes anomalies des résidus ouraquiens ou de dépister une tumeur de l'ouraque².

L'opacification par cathétérisme de la fistule via l'ombilic permet de démontrer un sinus de l'ouraque et la cystographie peut mettre en évidence un diverticule de l'ouraque.

La tomodensitométrie permet le plus souvent de faire le diagnostic des anomalies congénitales de l'ouraque. Elle peut certainement en confirmer une suspicion diagnostique échographique.

La tomodensitométrie abdomino-pelvienne est déterminante dans le bilan d'extension locorégionale et à distance ainsi que dans le suivi des tumeurs de l'ouraque³. Elle permet en outre d'effectuer des biopsies radioguidées. Selon la localisation de la tumeur, la cystoscopie pourra se révéler la meilleure voie d'accès pour une biopsie.

L'imagerie par résonance magnétique est parfois utile en cas de contre-indication à l'injection de produit de contraste iodé ou en cas de doute diagnostique.

Références

1. Descazeaud A : Pathologie de l'ouraque. Ann Urol 2007 ; 41 : 209-15
2. Yu JS, Kim KW, Lee HJ, Lee YJ, Yoon CS, Kim MJ : Urachal Remnant Diseases : Spectrum of CT and US Findings. Radiographics 2001 ; 21 : 451-61
3. Thali-Schwab CM, Woodward PJ, Brent JW : Computed tomographic appearance of urachal adenocarcinomas : review of 25 cases. Eur Radiol 2005 ; 15 : 79-84