

DIVERTICULE DE MECKEL ET PATHOLOGIE DU CANAL OMPHALOMESENERIQUE

Cours destiné aux étudiants de 4^{ème} année médecine

DIVERTICULE DE MECKEL ET PATHOLOGIE DU CANAL OMPHALOMESENTERIQUE.

Dr S. HACHEMI.
Assistante en chirurgie pédiatrique.
CHU Batna

I- Généralités- Définition :

- ❖ Reconnu par Meckel en 1809 comme étant un reliquat vitellin, le diverticule de Meckel(DM) est inséparable du reste de la pathologie omphalomesentérique, dont il partage la même pathogénie.
- ❖ Sa grande fréquence 2%, en fait l'anomalie intestinale congénitale la plus fréquente.
- ❖ Actuellement on s'intéresse aux méthodes diagnostic, et aux choix thérapeutique : faut-il ou non faire l'exérèse systématique d'un diverticule de Meckel découvert au cours d'une intervention.

II- Embryologie :

- ❖ Chez l'embryon de quatre semaines, le futur tube digestif communique largement avec la vésicule vitelline par l'intermédiaire du canal vitellin.
- ❖ Entre la 6^{ème} semaines et le 3^{ème} mois l'anse intestinale primitive se trouve dans le coelome extra embryonnaire du cordon ombilical.
- ❖ Lors de la réintégration des anses dans l'abdomen, le canal vitellin s'amenuise puis disparaît totalement.
- ❖ Un défaut d'involution du canal omphalo-mésentérique peut être responsable d'un certain nombre d'anomalies :
 - La persistance d'un canal perméable dans toute sa longueur, qui fait communiquer la lumière intestinale avec l'ombilic, réalise la fistule omphalo-mésentérique.
 - La persistance partielle du canal vitellin:
 - Soit du côté de l'intestin : un diverticule de Meckel.
 - Soit du côté de l'ombilic : sinus ombilical.
 - Soit au milieu : kyste vitellin.
 - Soit une oblitération complète du canal réalisant une bride fibreuse reliant l'intestin à la face profonde de l'ombilic.

III- Diverticule de Meckel :

A- Définition : quatre éléments sont nécessaires pour affirmer le DM :

1. unique.
2. siège au niveau du dernier tiers de l'intestin grêle.
3. vascularisé par une branche particulière de l'artère mésentérique supérieure.
4. s'implante sur le bord anti-mésentérique de l'intestin.

B- Fréquence :

Elle se situe autour de 2%, avec une légère prédominance masculine.

C- Anatomie pathologique :

1- Situation :

- Dans plus de 80% des cas, il siège au niveau du tiers distale du grêle.

2- *Dimension* : Dans 75% des cas il mesure entre 1 à 5cm de long.

3- Aspect microscopique :

- Le Meckel comporte les 4 tuniques digestives.
- Les hétérotopies muqueuses sont fréquentes, elles peuvent être pancréatiques, duodénales, coliques, mais surtout gastriques.

D- Clinique :

1- *Formes latentes* : le plus souvent le DM ne donne lieu à aucune complication, et est découvert lors d'une laparotomie, notamment pour une appendicectomie.

2- *Formes symptomatiques* : le plus souvent découvert par une complication

a) Occlusion intestinale:

- Invagination intestinale aigue.
- Le volvulus du grêle.
- L'inflammation du diverticule de Meckel (diverticulite).

b) Ulcère peptique: Seule une hétérotomie de muqueuse gastrique de type fundique, peut être à l'origine d'un ulcère. Il peut se compliquer soit d'hémorragie ou de perforation.

Cliniquement il se manifeste par des douleurs abdominales, et ces enfants seront opérés avec le diagnostic d'appendicite.

E- Complications :

1- *Hémorragie* : Il peut s'agir d'une hémorragie de faible, de moyenne ou de grande abondance. Il n'y a jamais d'hématémèse et la fibroscopie digestive haute, éliminera une cause gastroduodénale.

2- *Perforation ulcéreuse* : il peut s'agir soit d'une perforation en péritoine libre, réalisant un tableau de péritonite aigue, soit une perforation couverte réalisant une occlusion fébrile.

3- *Diverticulite* : se voit essentiellement dans le diverticule à collet étroit.

Il réalise le tableau d'une appendicite aigue avec douleurs abdominales et fièvre.

4- *Tumeurs du diverticule de meckel* :

5- *Hernie du DM ou hernie de Littré* : c'est la présence d'un diverticule dans une hernie.

F- Para clinique:

1- *Scintigraphie* : elle peut mettre en évidence un diverticule de meckel avec hétérotomie gastrique, et un DM hémorragique.

2- *Transit du grêle* : il peut mettre en évidence un DM.

3- *Artériographie* : elle peut affirmer le DM en montrant une artère vitelline qui saigne à condition que son débit soit supérieur à 0.5ml/mn.

G- Traitement : résection du diverticule avec anastomose termino-terminale du grêle.

H- Indications :

- L'exérèse est systématique en cas de diverticule compliqué.

- Dans les autres cas l'exérèse va dépendre de trois facteurs :

1- nature de l'intervention réalisée : septique ou aseptique.

2- L'aspect macroscopique : diverticule long et étroit : risque de diverticulite.

3- Age du malade : la majorité des complications s'observe avant l'âge de 02ans, donc on sera beaucoup plus tenté d'enlever le DM chez l'enfant que chez l'adulte.

IV- Pathologie Omphalique :

A- Persistance totale du canal omphalo-mésentérique :

Le diagnostic est évident : du liquide intestinal s'écoule par l'ombilic, la muqueuse intestinale est visible à la peau. Le traitement consiste à réséquer la fistule et l'intestin adjacent.

B- Persistance partielle :

1- *Ombilic suintant (sinus ombilical)* : responsable d'un suintement persistant, la fistulographie montre un trajet en cul-de-sac éliminant une communication intestinale. Le traitement consiste en une exérèse chirurgicale.

2- *Kystes pariétaux* : sont développés dans la paroi ou l'espace sous péritonéale.

3- *Kyste vitellin* : il est relié à la face profonde de l'ombilic et au tube digestif par un cordon fibreux ou vasculaire.

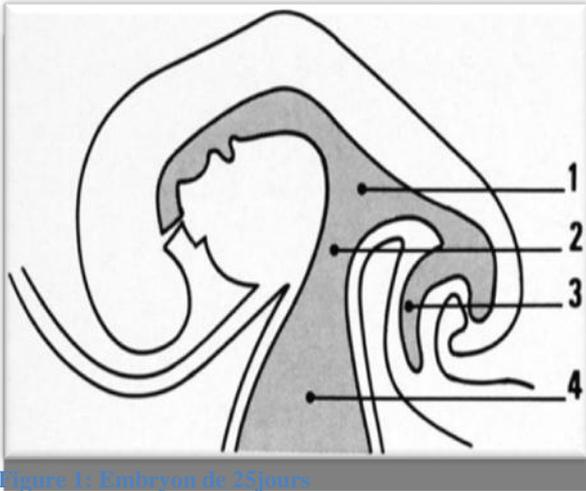


Figure 1: Embryon de 25 jours

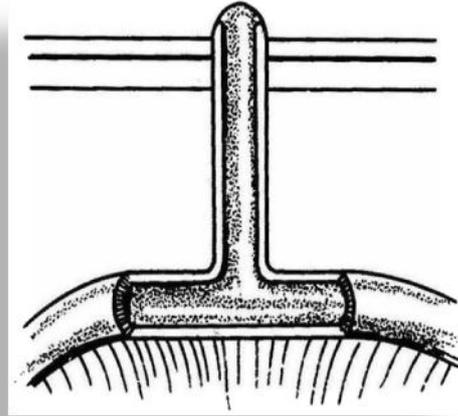


Figure 2: persistance totale du canal OM

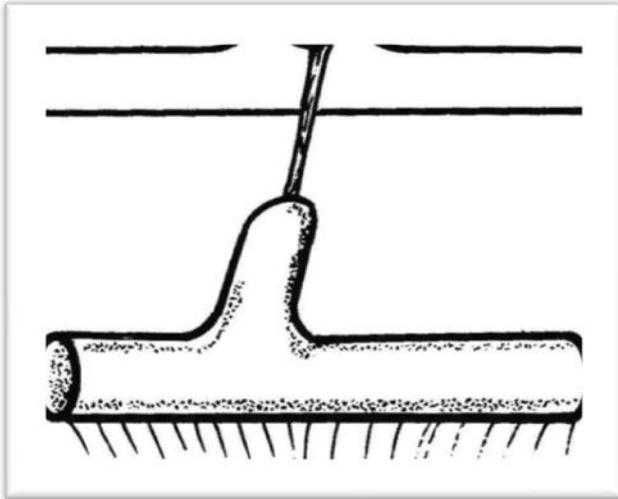


Figure 3: image de diverticule de meckel

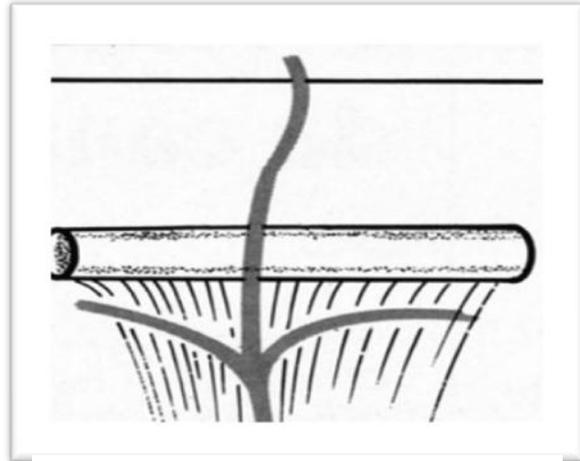


Figure 4: Bride vasculaire

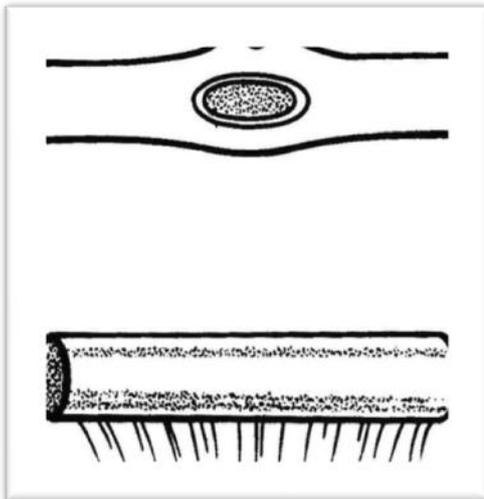


Figure 5: Sinus ombilical

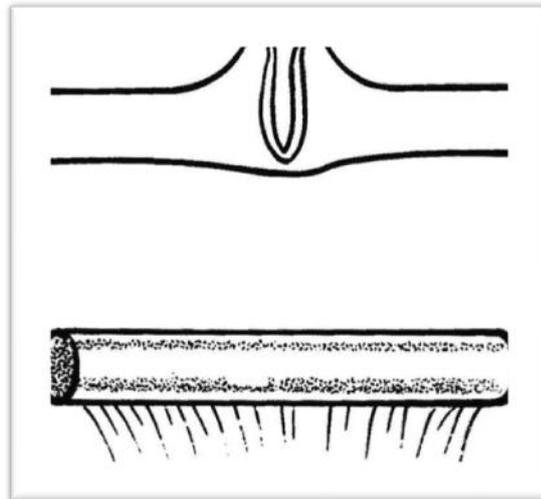


Figure 6: sinus ombilical

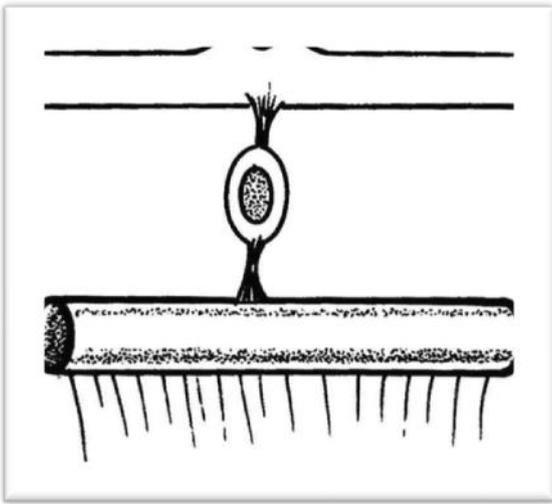


Figure 7: Kyste entéroïde

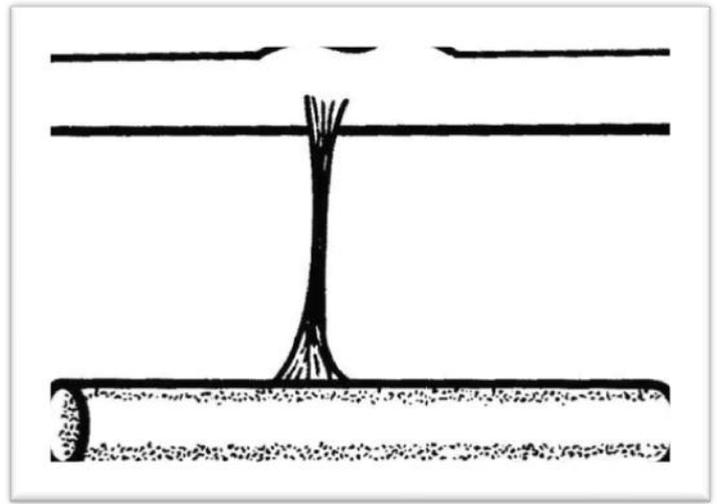


Figure 8: Bride fibreuse congénitale

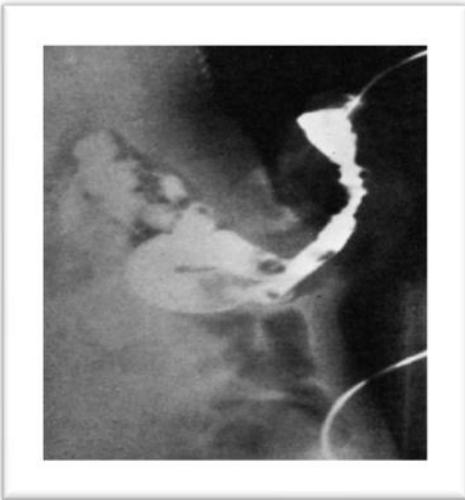


Figure 9: fistulographie

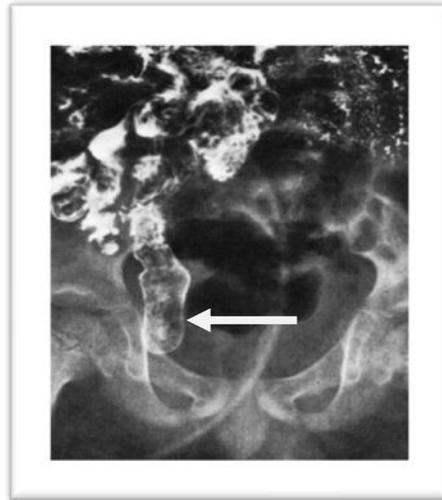


Figure 10: image de DM en fistulographie