



## Cas clinique

### Duplication iléale contenue dans une omphalocèle : présentation d'un cas exceptionnel

Ileal duplication contained within an omphalocele: presentation of an exceptional case

M Dembélé\*<sup>1</sup>, OS Coulibaly<sup>1</sup>, A Traoré<sup>2</sup>, Y Coulibaly<sup>3</sup>

#### Résumé

Introduction : Les duplications digestives sont connues dans la pratique médicale, et leur prise en charge bien codifiée. Cependant une duplication iléale contenue dans une omphalocèle est rarement rapportée dans la littérature. Nous rapportons un cas d'omphalocèle contenant exclusivement une duplication kystique iléale.

Cas clinique : Il s'agissait d'un nouveau né de sexe masculin, issu d'une grossesse gémellaire, admis à J1 de vie au service de chirurgie pédiatrique de l'hôpital Nianankoro Fomba pour une omphalocèle. A l'examen physique on notait une omphalocèle de 5 cm/ 3 cm à base pédiculée sans d'autre anomalie associée. Devant l'apparition de vomissements bilieux à J3 de vie, une exploration chirurgicale a été indiquée en urgence, objectivant une formation kystique contenue dans le sac d'omphalocèle à 25 cm de la valvule iléocœcale. Nous réalisons une résection puis anastomose iléo-iléale. L'étude anatomopathologie a conclu à une duplication digestive. Les suites opératoires étaient simples. Le suivi à 3 mois était sans particularité.

Conclusion : La duplication digestive kystique que nous rapportons est un cas rare. Notre prise en charge a été une résection anastomose.

Mots-clés : Duplication digestive, omphalocèle, résection, anastomose.

#### Abstract

Background: Digestive duplications are known in medical practice, and their treatment is well codified. However, an ileal duplication contained in an omphalocele is rarely reported in the literature. We report a case of omphalocele containing exclusively an ileal cystic duplication.

Clinical case: It was a newborn male, from a twin pregnancy, admitted on day 1 of life to the pediatric surgery department of Nianankoro Fomba hospital for an omphalocele. On physical examination we noted a 5 cm/3 cm omphalocele with a pedunculated base without any other associated anomaly. Faced with the appearance of bilious vomiting on day 3 of life, emergency surgical exploration was indicated, revealing a cystic formation contained in the

omphalocele sac 25 cm from the ileocecal valve. We perform a resection then ileo-ileal anastomosis. The anatomopathological study concluded that there was a digestive duplication. The postoperative course was simple. The 3-month follow-up was unremarkable.

#### Conclusion

The cystic digestive duplication that we report is a rare case. Our treatment was an anastomosis resection.

Keywords: Digestive duplication, omphalocele, resection, anastomosis.

## Introduction

La duplication digestive est une entité chirurgicale rare [1]. Elle est d'autant plus rare lorsqu'elle est contenue dans une omphalocèle. Le diagnostic de l'omphalocèle est possible lors de l'échographie anténatale, qui permet l'identification d'autres anomalies associées [2]. Le diagnostic à la naissance de la duplication digestive est évoqué devant une complication (occlusion intestinale aiguë, perforation, hémorragie) ou lors des examens radiologiques. Nous rapportons un cas de duplication grêlique contenue dans une omphalocèle.

## Cas clinique

Il s'agissait d'un nouveau-né de sexe masculin, premier enfant de la fratrie, issu d'une grossesse gémellaire à terme, mal suivie, pas de cas similaire, pas de notion de consanguinité. L'accouchement a eu lieu par voie basse sans problème particulier. Le nouveau-né est admis dans le service à J1 de vie. A l'examen physique il était rose et réactif, gesticulait spontanément, pesait 2500 g, température à 36.8°C, APGAR 10/10. On notait une omphalocèle de type I selon la classification de Aitken, mesurant 5 cm de grand diamètre et un collet de 3 cm, contenant une structure digestive [Fig.1]. L'échographie cardiaque et abdominale était normale. Devant l'apparition de vomissements verdâtres et une distension abdominale à J3 de vie, nous avons alors évoqué une occlusion

néonatale. Une prise en charge chirurgicale a été indiquée en urgence. A l'exploration chirurgicale, nous objectivons dans le sac de l'omphalocèle une formation kystique digestive mesurant 5 cm/3 cm de diamètre communiquant avec l'intestin grêle, à environ 25 cm de la valvule iléocœcale [Fig.2]. Nous procédons à une résection du grêle emportant la malformation, puis réalisons une anastomose immédiate grêlo-grêlique termino-terminale [Fig.3]. Les suites opératoires étaient simples. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire a conclu à une duplication digestive. La sortie de l'hôpital a été autorisée à J6 post opératoire. Le suivi à 3 mois était sans particularité.



Figure 1 : ligature des éléments du cordon



Figure 2 : Image de la duplication iléale



Figure 3 : Résection anastomose

## Discussion

Les duplications digestives représentent 0,1 à 0,3% de l'ensemble des malformations [3]. Les duplications iléales peuvent être de forme kystique ou tubulaire et présenter une couche bien développée de muscle lisse et de muqueuse épithéliale intestinale. Elles se trouvent presque toujours du côté mésentérique de l'intestin [4]. Cet aspect est retrouvé dans notre cas où la duplication est de forme kystique. L'origine embryologique des duplications est mal connue. Certaines hypothèses etiopathogéniques sont citées dans la littérature, notamment les théories de la notochordodysraphie, de l'erreur de réperméabilisation canalaire, du reliquat du canal omphalomésenterique, du bourgeon diverticulaire, du déterminisme vasculaire [1]. Un développement malin de cette muqueuse ainsi que des cas de tumeurs carcinoïdes ont été rapportés [5]. Les duplications iléales peuvent être suspectées à l'échographique anténatale, par la mise en évidence d'une masse kystique intra-abdominale au cours du deuxième ou du troisième trimestre de gestation [6]. Elles peuvent se manifester par divers signes et symptômes. La présence d'une muqueuse gastrique hétérotopique peut provoquer un saignement ou une perforation [5]. Cependant beaucoup de duplications sont asymptomatiques et le diagnostic est souvent posé lors d'une intervention chirurgicale [7].

Dans notre cas le diagnostic a été posé en per opératoire pour syndrome occlusif. Une classification vasculaire a été proposée par L Li et al, qui classe les duplications iléales en 2 types : type I (parallèle), type II (intramésentérique)[8]. Dans le type I l'artère droite de la duplication est séparée de l'intestin adjacent. Dans le type II, la duplication est située entre les deux feuilles du mésentère et les artères droites traversent la duplication pour atteindre l'intestin adjacent. Dans la littérature, quelques cas d'omphalocèle associée à une duplication digestive ont été rapportés [9-11]. Le traitement optimal consiste en une résection complète de la duplication avec l'intestin adjacent [5], c'est le geste que nous avons réalisé dans notre cas.

## Conclusion

La duplication digestive kystique que nous rapportons est un cas rare. Notre prise en charge a été une résection anastomose.

## \*Correspondance

Dembélé Moussa

[dmbmloussa@gmail.com](mailto:dmbmloussa@gmail.com)

**Disponible en ligne** : 15 Mars 2025

- 1 : Service de chirurgie pédiatrique, hôpital Nianankoro Fomba de Ségou, Mali
- 2 : Service d'anesthésie réanimation, hôpital Nianankoro Fomba de Ségou, Mali
- 3 : Service de chirurgie pédiatrique, CHU Gabriel Touré de Bamako, Mali

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2025

**Conflit d'intérêt** : Aucun

## Références

- [1] Sapin E. Duplications digestives. In: Helardot P, editor. *Chirurgie digestive de l'enfant*. Paris: Doin; 1990. p. 65-83.
- [2] Tucci M, Barde H. The associated anomalies that determine prognosis in congenital omphaloceles. *Am J Obstet Gynecol*. 1990 Nov;163(5 Pt 1):1646-9.
- [3] Gross RE, Holcomb GW, Farber S. Duplication of the alimentary tract. *Pediatrics*. 1952;9:449-68.
- [4] Bond SJ, Groff DB. Gastrointestinal duplications. In: O'Neill JA, Jr, Rowe MI, Grosfeld JL, Fonkalsrud EW, Coran AG, editors. *Pediatric Surgery*. St Louis: Mosby; 1998. p. 1257-67.
- [5] Foley PT, Sithasanan N, McEwing R, Lipsett J, Ford WDA, Furness M, et al. Enteric duplications presenting as antenatally detected abdominal cysts: is delayed resection appropriate? *J Pediatr Surg*. 2003;38:1810-3.
- [6] Chen M, Lam YH, Lin CL, Chan KW, Hui PW, Tang MH. Sonographic features of ileal duplication cyst at 12 weeks. *Prenat Diagn*. 2002;22:1067-70.
- [7] Galvez Y, Skaba R, Kalousová J, Rouskova B, Hříbalz Z, S najdauf J, et al. Alimentary tract duplications in children: high incidence of associated anomalies. *Eur J Pediatr Surg*. 2004;14:79-84.
- [8] Li L, Zhang JZ, Wang YX. Vascular classification for small intestinal duplications: experience with 80 cases. *J Pediatr Surg*. 1998 Aug;33(8):1243-5.
- [9] Kiristioglu I, Gürpınar A, Dogruyol H. Giant omphalocele filled by a duplication cyst. *Eur J Pediatr Surg*. 1998;8:315-6.
- [10] Tseng J-J, Chou M-M, Shih-Chu HOE. In utero sonographic diagnosis of a communicating enteric duplication cyst in a giant omphalocele. *Prenatal Diagn*. 2001;21:540-2.
- [11] Muataz A Al Ani, Safira A Ali Khan. Omphalocele with intraabdominal anomalies. *J Neonatal Surg*. 2014;3(1):3.

## Pour citer cet article :

M Dembélé, OS Coulibaly, A Traoré, Y Coulibaly. Duplication iléale contenue dans une omphalocèle : présentation d'un cas exceptionnel. *Jaccr Africa* 2025; 9(1): 205-208

<https://doi.org/10.70065/2591.jaccrAfri.007L011503>