

PATHOLOGIE DU CANAL OMPHALO-MESENERIQUE

COURS DESC

Pr G. Levard

EMBRYOLOGIE

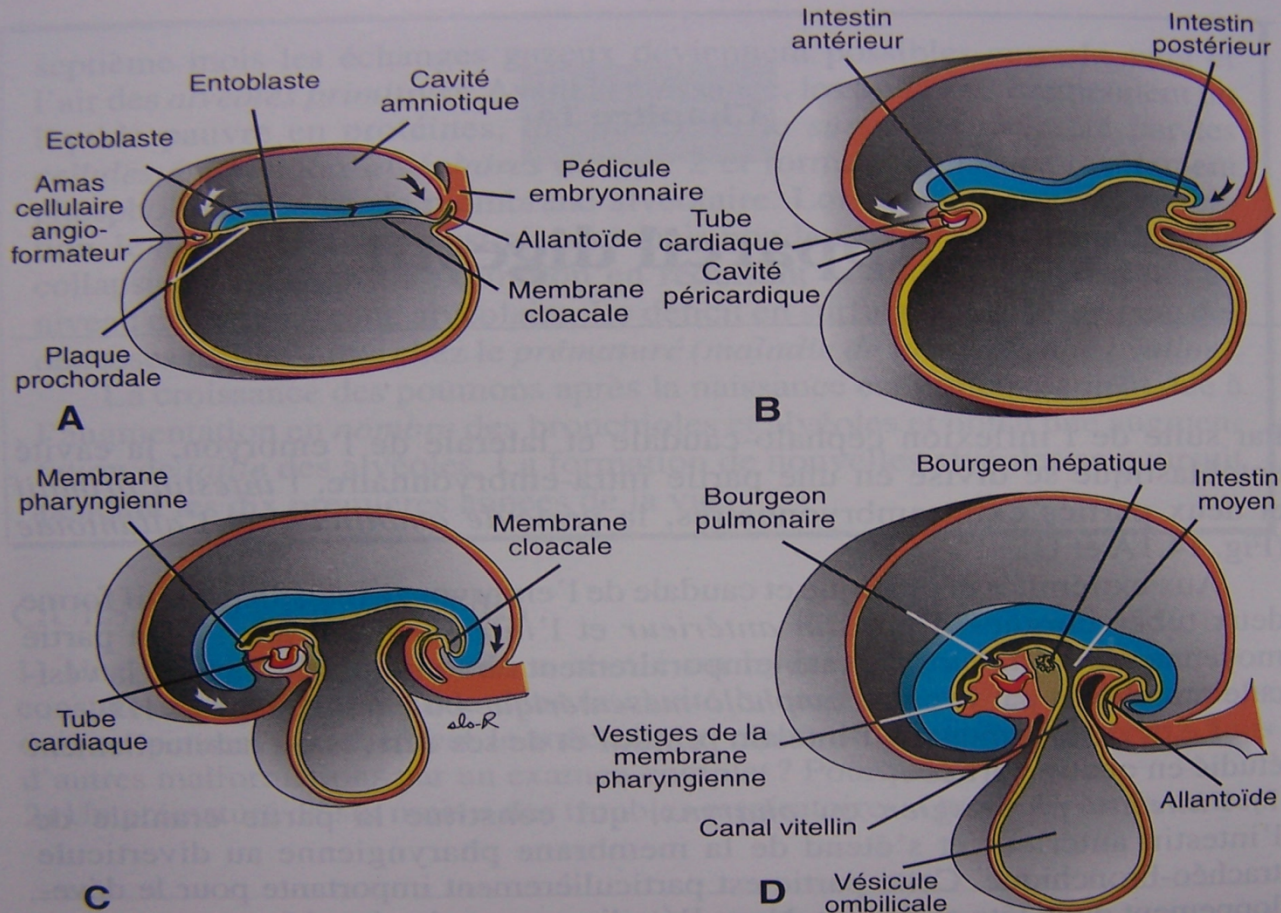


Figure 14.1 Coupes sagittales schématiques d'embryons à différents stades du développement pour montrer les effets de la plicature céphalo-caudale de l'embryon sur la disposition des cavités dérivant de l'entoblaste. Remarquez la formation de l'intestin antérieur, moyen et postérieur. A) Stade présomitique. B) 7 somites. C) 14 somites. D) Fin du premier mois.

EMBRYOLOGIE

Appareil digestif

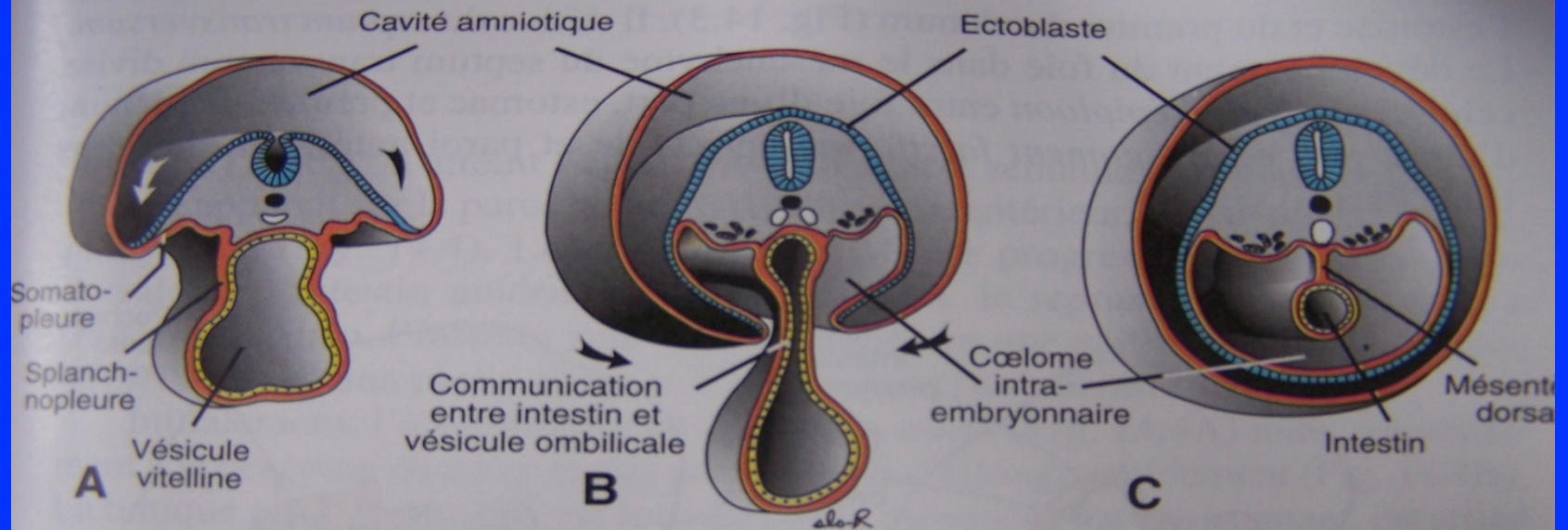
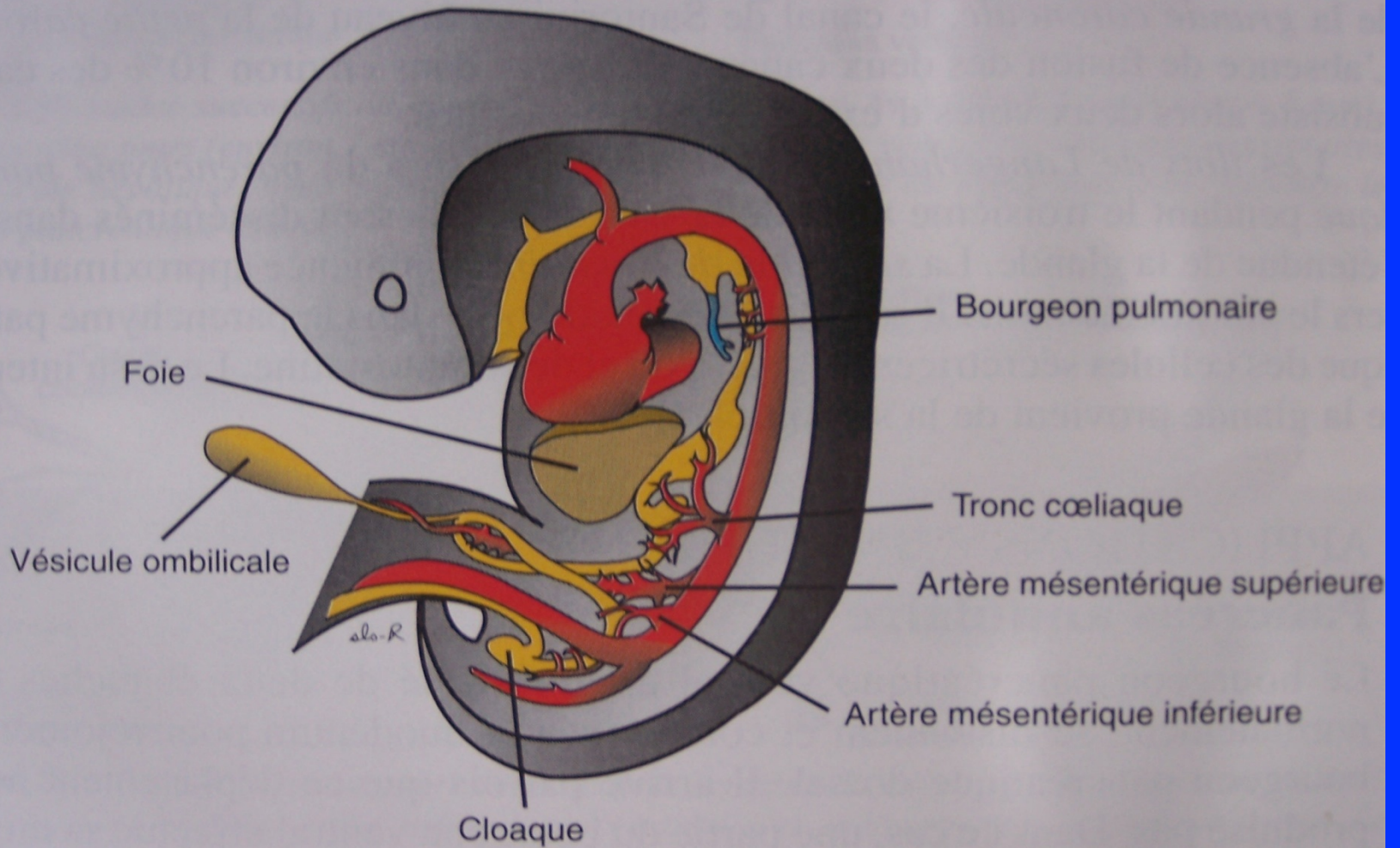


Figure 14.2 Coupes transversales d'embryons à des stades successifs de développement. A) Le cœlome intra-embryonnaire, tapissé de la splanchnopleure et de la somatopleure provenant de la lame latérale, s'ouvre largement dans la cavité extra-embryonnaire. B) Disparition de la large communication entre cœlome intra-embryonnaire et cavité extra-embryonnaire. C) À la fin de la 4^e semaine les somatopleures droit et gauche s'accolent sur la ligne médiane pour former le mésentère dorsal à deux feuilletts. Un mésentère ventral ne se forme que dans la région du septum transversum (non visible sur la figure).

EMBRYOLOGIE



14.22 Dessin schématique d'un embryon de six semaines montrant la vascularisation d'origine.

EMBRYOLOGIE

Appareil digestif

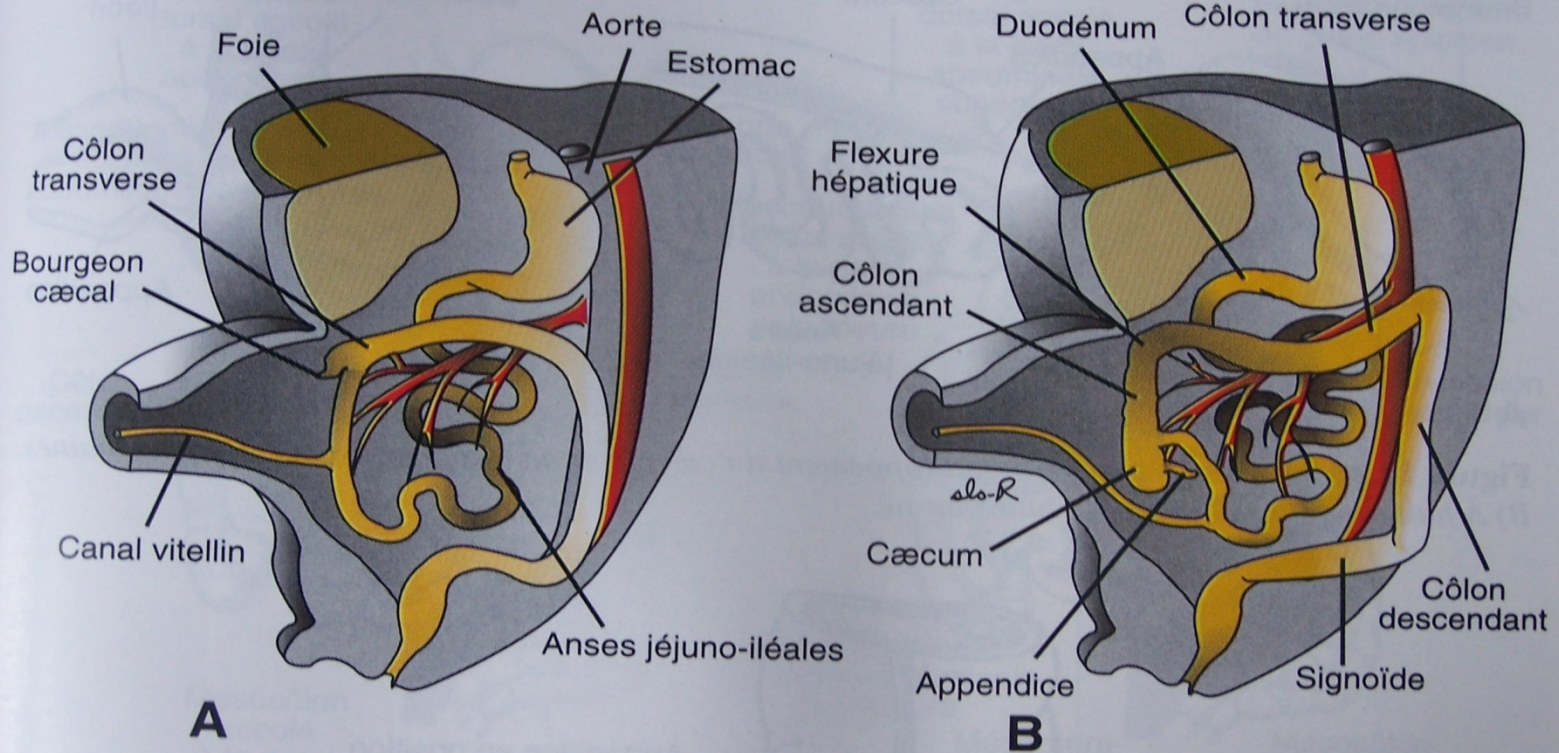
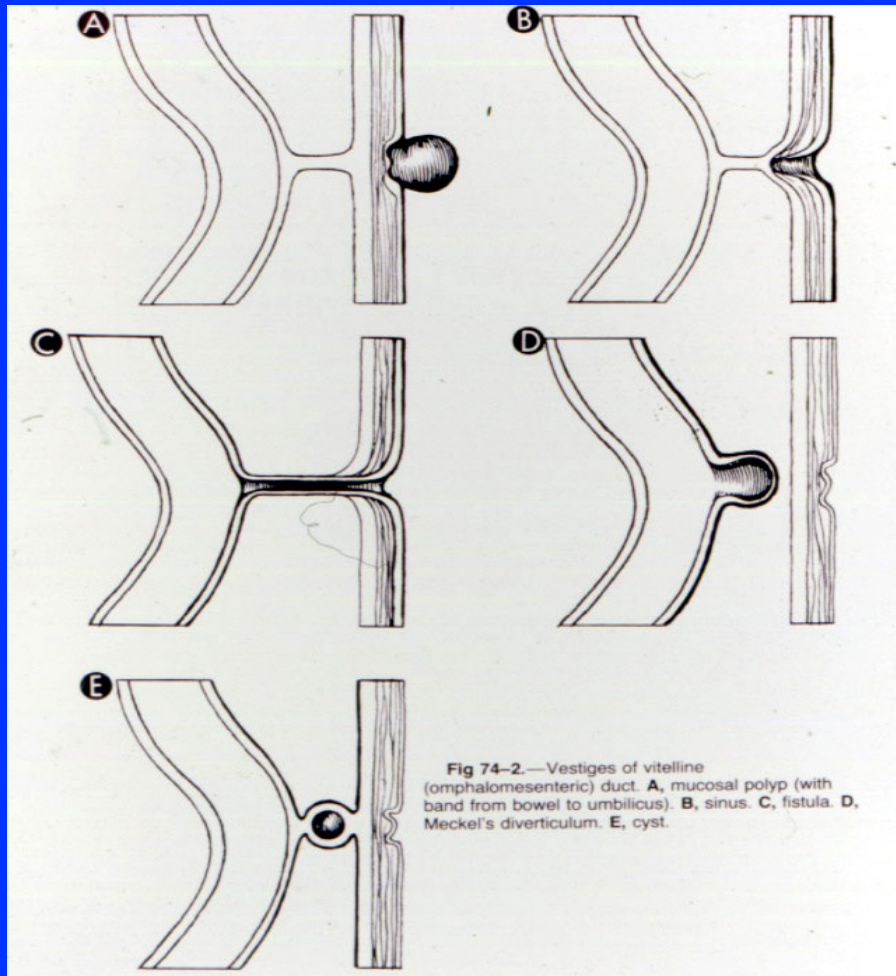


Figure 14.25 A) Vue antérieure des anses intestinales, après une rotation de 270° dans le sens inverse des aiguilles d'une montre. Remarquez les sinuosités des anses grêles et la situation du bourgeon cæcal dans le quadrant supérieur droit de l'abdomen. B) Vue semblable à A montrant les anses intestinales...

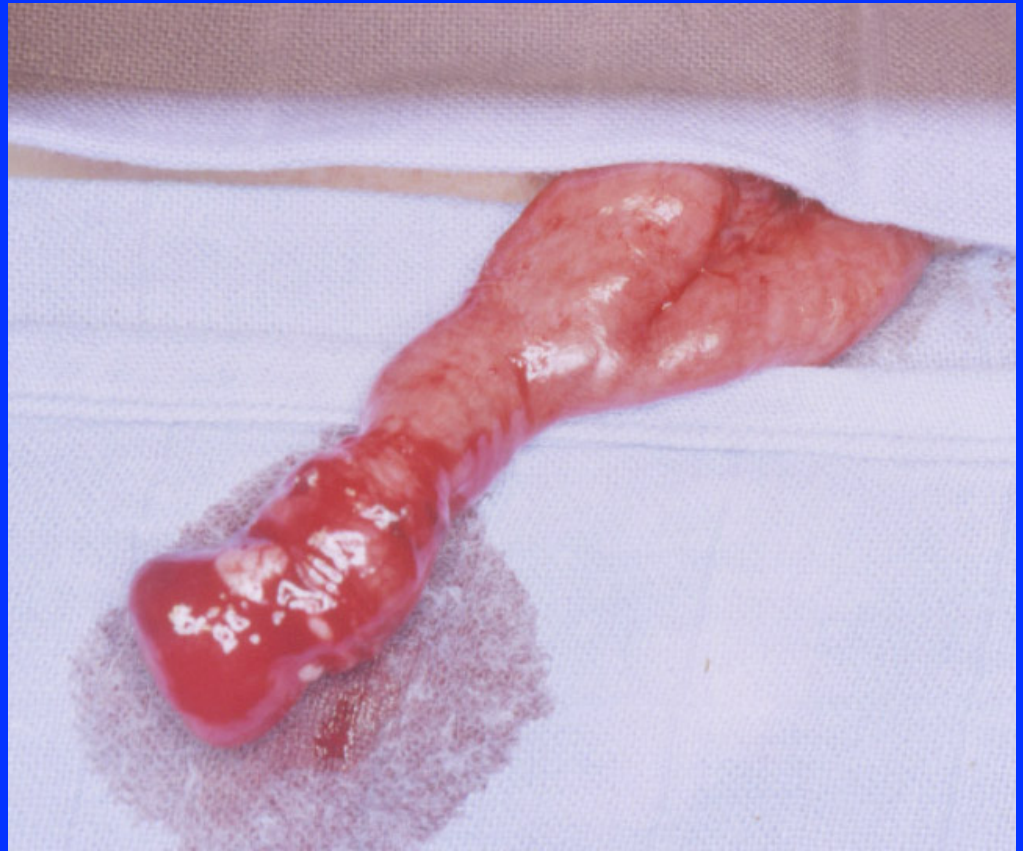
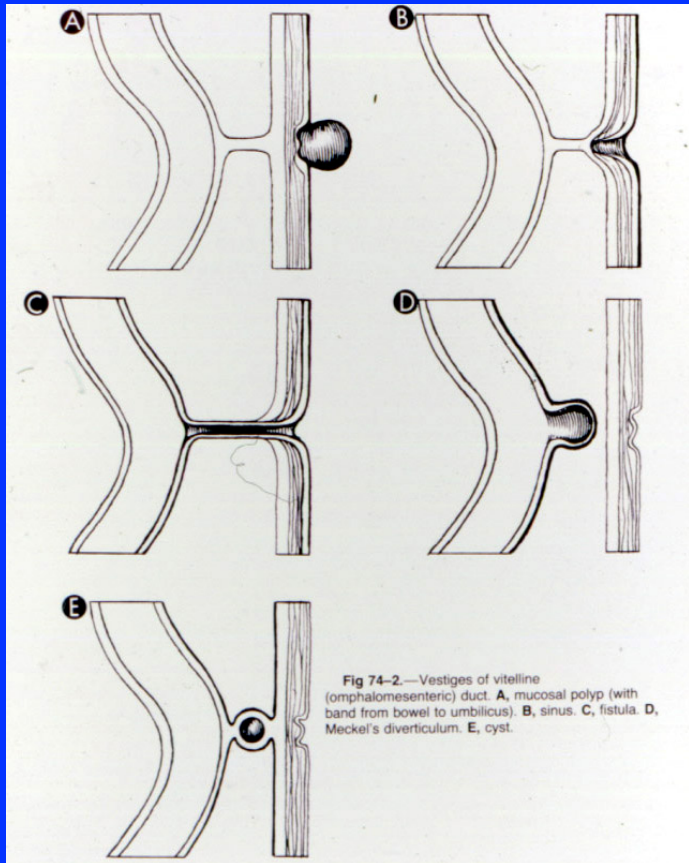
FORMES ANATOMIQUES

- Diverticule de Meckel seul: 82%
- Diverticule + bride om : 10%
- Diverticule + bride més. : 5%
- Sinus ou fistule omb. : 3%

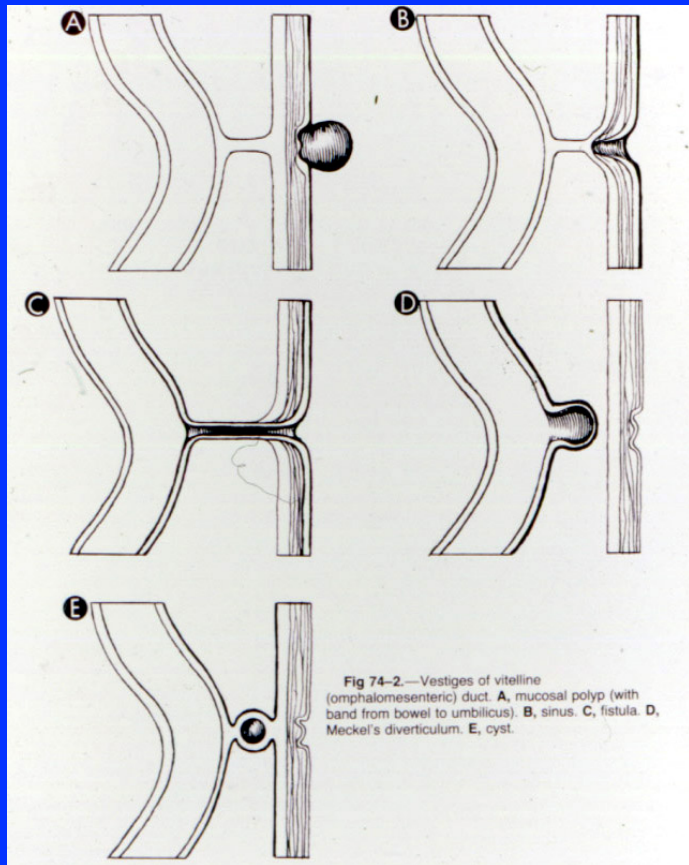
PERSISTENCE DU CANAL VITELLIN



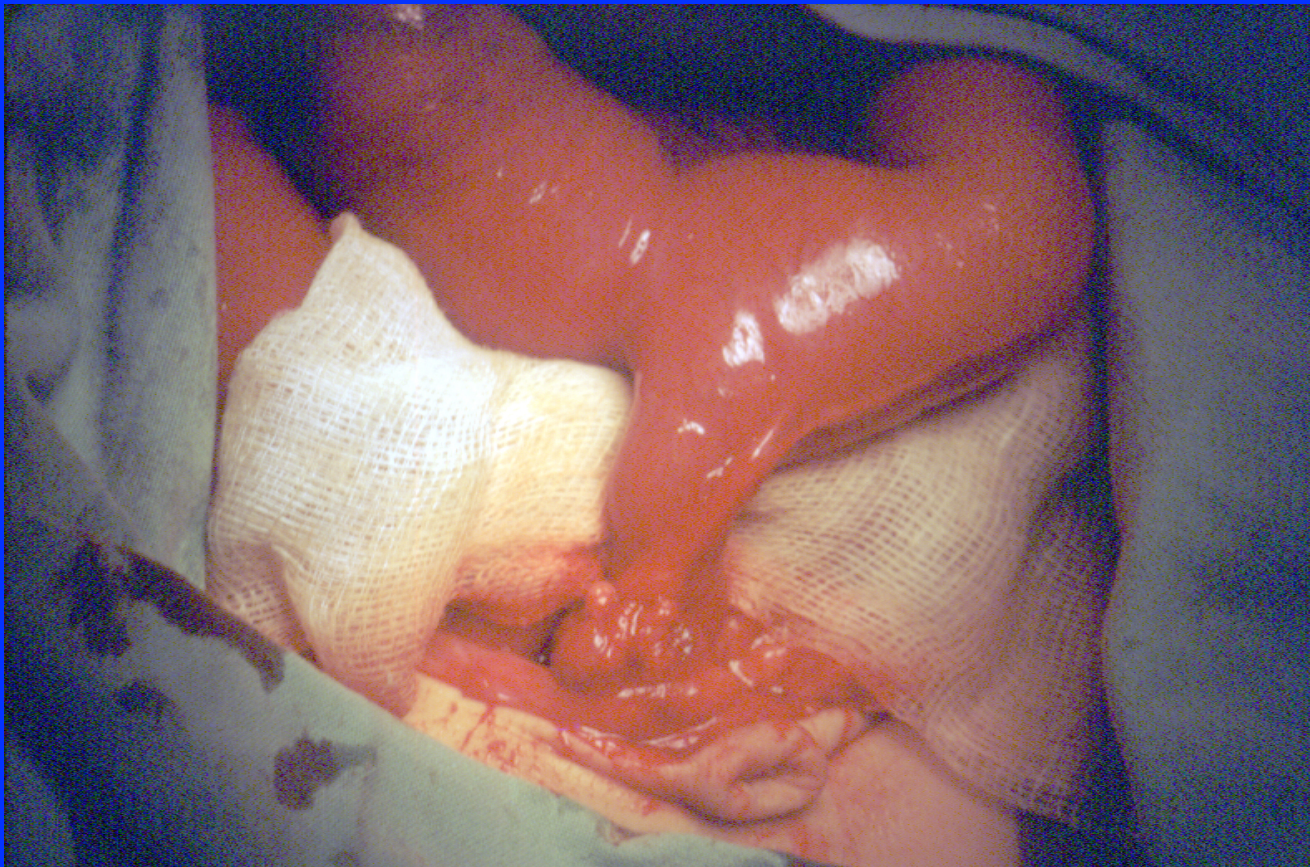
PERSISTANCE DU CANAL VITELLIN



PERSISTENCE DU CANAL VITELLIN



PERSISTANCE DU CANAL VITELLIN



INCIDENCE. HISTOIRE NATURELLE

- 2% de la population générale (0,8 à 4%)
- Risque de complication:
 - 4,2% < 1 an
 - < 3% chez l'adulte
 - # 0% chez vieillard
 - 50% des Meckel se compliquent avant 2 ans, 80% avant 15 ans
- Complications plus fréquentes chez le garçon

COMPLICATIONS (1806 patients)

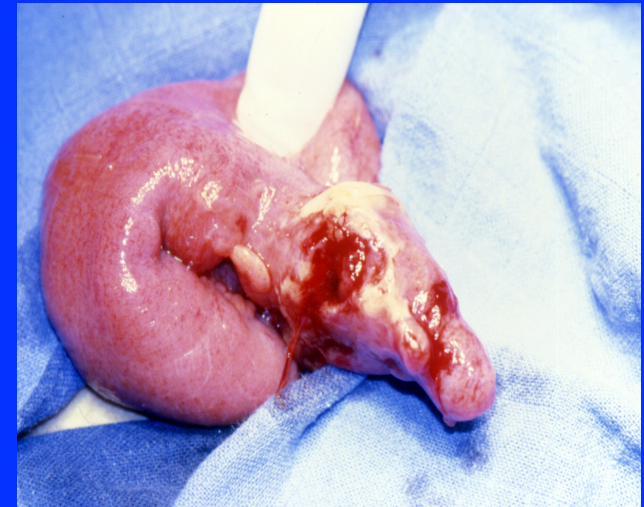
• Hémorragie	599	31%
• Inflammation	440	25%
• Occlusion/bride	275	16%
• Invagination	201	11%
• Hernie de Littré	200	11%
• Sinus, fistule omb.	57	4%
• Tumeur	34	2%

COMPLICATIONS MECANIQUES

- Invagination intestinale aiguë
 - Meckel à base large ou hétérotopie
 - IIA classique, non réductible au LO
 - Résection-anastomose
- Occlusions/bride
 - Bride congénitale ou acquise
 - Volvulus ou étranglement
 - Tableau d'occlusion du grêle +/- aigu
 - Résection-anastomose

ULCERES PEPTIQUES

- Hétérotopie gastrique (palpable)
- Douleurs abdo. récurrentes
 - Dg différentiel: appendicite
 - Scinti Te99
 - Explo. Chir. : Mc Burney; coelio
- Rectorragies +/- abondantes
 - Colonoscopie
 - Scinti Te99
 - Explo. Chir.: Mc Burney; coelio
- Péritonite/perforation
 - Dg opératoire



DIVERTICULITES

- Diverticule à base étroite
- Tableau d'appendicite simple ou compliquée (péritonite, occlusion).
- Grand enfant
- Dg opératoire; résection-anastomose



APPENDICITE et MECKEL

- Faut-il rechercher le Meckel ?
 - Appendice sain:
 - OUI (sur quelle distance ?) et l' enlever quelque soit son aspect
 - Diverticulectomie ou résection-anastomose ?
 - Appendicite vraie:
 - NON
 - Majore risque d' occlusion ?

MECKEL DE RENCONTRE

- Décision d'exérèse dépend:
 - De l'aspect du diverticule
 - De l'âge du patient
 - Des conditions opératoires
- Exérèse simple (TA) ou résection anastomose ?