

Case report

Fistule vésico-sigmoïdienne compliquant une résection trans-urétrale de vessie (RTUV): à propos d'un cas rare



Vesico-sigmoid fistula after trans urethral resection of bladder (turb): about a rare case

Ahsaini Mustapha¹, Omar Amrani Souhli^{1,&}, Richepin Tidahy¹, Rhyan Alami Ouddane¹, Soufiane Mellas¹, Jalal Eddine El Ammari¹, Mohamed Fadl Tazi¹, Moulay Hassan Farih¹

¹CHU Hassan II, Fes, Maroc

[&]Corresponding author: Omar Amrani Souhli, CHU Hassan II, Fes, Maroc

Received: 21 Oct 2019 - Accepted: 28 Oct 2019 - Published: 30 Oct 2019

Domain: General surgery, Urology

Keywords: Fistule vésico-sigmoïdienne, résection trans-urétrale de vessie, complication

Résumé

La résection trans-urétrale de vessie (RTUV) est une technique sûre et efficace dans le traitement des tumeurs de vessie, mais dans certains cas elle peut amener à des complications redoutables. A travers cette observation, nous rapportons un cas rare de fistule vésico-sigmoïdienne post RTUV.

Case report | Volume 1, Article 2, 30 Oct 2019 | 10.11604/pamj-cm.2019.1.2.20734

Available online at: <https://www.clinical-medicine.panafrican-med-journal.com/content/article/1/2/full>

© Ahsaini Mustapha et al PAMJ - Clinical Medicine (ISSN: 2707-2797). This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution International 4.0 License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Introduction

La résection trans-urétrale de vessie (RTUV) est une intervention de routine, non dénuée de morbidité. Parmi les complications tardives, on note les fistules vésico-digestives et surtout les fistules vésico-sigmoïdiennes (FVS). Une RTUV profonde peut causer une perforation de la paroi vésicale qui peut être méconnue quand elle est minime entraînant une fistule vésico-digestive au long cours et ceci peut amener à indiquer une laparotomie exploratrice et thérapeutique. A travers notre observation, nous allons mettre en relief les particularités cliniques, paracliniques et thérapeutiques d'un cas exceptionnel, celui d'une FVS compliquant une RTUV.

Patient et observation

M. A.H, âgé de 58 ans, tabagique chronique à raison d'un paquet par jour depuis 30 ans non sevré, suivi pour hématurie caillotante avec suspicion de tumeur de vessie à l'échographie et pour laquelle il a bénéficié d'une RTUV au secteur privé le mois de novembre 2015 avec résultat anatomo-pathologique en faveur d'une cystite subaiguë. Le patient reconseille 1 an après au CHU pour une fécalurie associée à des signes urinaires irritatifs faites de pollakiurie diurne et nocturne et brûlures mictionnelles sans hématurie, l'examen clinique du patient était normal par ailleurs. Le patient a bénéficié d'un bilan biologique revenu normal. Dans le cadre du bilan étiologique, l'uroscanner a mis en évidence la présence d'air dans la vessie avec un épaississement irrégulier du bas fond vésical ainsi qu'une fistule entérovésicale opacifiant le sigmoïde pouvant être en rapport avec le site de résection vésicale. Ce bilan a été complété par une cystoscopie qui a montré une zone très inflammatoire localisée et située au niveau du bas fond vésical; pouvant correspondre à l'orifice fistuleux; avec présence de débris alimentaires et une cystographie rétrograde a été réalisé montrant la présence

d'un trajet fistuleux entre la vessie et le sigmoïde (Figure 1). On décide de pratiquer une laparotomie par une médiane à cheval sur l'ombilic, à l'exploration: présence d'un plastron inflammatoire sigmoïdo-vésical, on a procédé à une mise à plat de la fistule ainsi qu'une séparation de la vessie du sigmoïde, résection du trajet fistuleux intra-vésical qui était épaissi (Figure 2), fermeture de la paroi vésical en 3 plans, résection de la partie du sigmoïde intéressée par la fistule sur 12cm environ (Figure 3) qui était épaissie et inflammatoire et rétablissement de la continuité digestive. Les suites opératoires étaient simples avec reprise du transit au quatrième jour postopératoire et la sonde urinaire ôtée après dix jours. L'examen histologique réalisé, conclut à la présence de remaniements fibro-inflammatoires chroniques de la paroi colique avec absence de lésion tumorale au niveau de la pièce sigmoïdienne, concernant le trajet fistuleux intra-vésical, l'examen était en faveur d'un carcinome urothélial classé PT1 HAUT GRADE, muscle vu non infiltré. Avec un recul de 3 mois, le contrôle clinique ainsi que cystographique est normal (Figure 4) et le suivi de la tumeur de vessie a été bien assuré.

Discussion

La RTUV est une procédure chirurgicale pour le diagnostic et le traitement des tumeurs de vessie, l'évolution de l'endoscopie et de l'électrochirurgie ont permis à cette technique d'être plus sûre, efficace et facile à apprendre. Néanmoins, il reste encore des complications bien connues associées à la RTUV [1], c'est le cas de notre patient qui a présenté au long cours une fistule vésico-sigmoïdienne. Les fistules vésico-sigmoïdiennes (FVS) sont définies par l'existence d'un trajet anormal reliant le sigmoïde à la vessie. Habituellement, La fistule se forme classiquement en trois étapes: l'étape inflammatoire du sigmoïde suivie par la réaction péri sigmoïdienne avec formation d'adhérences inflammatoires serrées entéro-vésicales puis l'abcédation se

fistulisant dans la vessie [2], elle est fréquemment secondaire à une sigmoïdite diverticulaire [3]. Le cas contraire chez notre patient ou l'évolution était au départ au niveau vésical qui s'est fistulisé vers le sigmoïde. La phase de fistule constituée, peut se manifester par une pneumaturie et/ou fécalurie dans 50% des cas qui sont des signes spécifiques des fistules uro-digestives [4]. Le diagnostic paraclinique des FVS est posé habituellement par de multitudes d'examen radiologiques. Ainsi le lavement baryté n'objective la fistule vésico-sigmoïdienne que dans 25% des cas [5], Cet examen peut être complété par une colonoscopie qui pourrait être gênée par l'inflammation rendant toute biopsie aléatoire [6]. L'urographie intraveineuse (UIV) a peu d'intérêt dans le diagnostic des FVS, mais garde son importance dans l'évaluation du haut appareil, toutefois elle peut montrer des signes indirects à type de niveaux hydro-aériques dans la vessie, une encoche sur le bord supérieur de la vessie ou une fixité du dôme vésical. A noter que l'UIV est normale dans 80% des cas [7]. La cystoscopie garde une place importante dans le bilan des FVS, malgré qu'elle soit sans particularité dans le quart des cas [8]; elle retrouve une zone inflammatoire polyploïde érythémateuse pseudo tumorale autour de l'orifice fistuleux, comme c'était le cas chez notre patient sans mettre en évidence directement le trajet fistuleux. L'uroscanner est de grande valeur dans le diagnostic des FVS, il permet le diagnostic positif par l'opacification directe du trajet fistuleux et/ou la mise en évidence de bulles gazeuses dans la vessie, en plus il renseigne sur l'état du côlon et sur la présence ou non d'abcès intra abdominaux qui pourraient être ponctionnés par voie Trans cutanée permettant ainsi une chirurgie à froid dans des meilleures conditions [9]. Une FVS constituée ne guérit pas ni spontanément ni avec un traitement médical, l'indication du traitement chirurgical est formelle, mais rarement en urgence [9]. Les FVS post RTUV sont rares et surviennent suite à une perforation vésicale intra-péritonéale passée inaperçue. Le traitement en un temps évitera non seulement le taux de mortalité et de morbidité liée à la fermeture secondaire de la colostomie, mais aussi permettra

une meilleure qualité de vie au patient [10]. Un des risques de la perforation de vessie dans le cadre d'une RTUV est la dissémination de cellules tumorales avec greffe extra vésicale. Peu de séries ont été à ce jour publiées et toutes avec un nombre limité de patients. Les métastases observées à distance apparaissent précocement avec des délais moyens variant de 4 à 7,5 mois. Le taux de dissémination de cellules néoplasiques était faible variant de 0 greffe métastatique sur 36 perforations à 4 sur 34 [11]. Ce délai court de dissémination est en faveur d'une surveillance rapprochée par cystoscopie et tomographie thoraco-abdominale [12].

Conclusion

Les FVS post RTUV sont exceptionnelles, le tableau clinique reste dominé par la fécalurie et ou pneumaturie qui sont pathognomoniques. Elles surviennent suite à une perforation vésicale méconnue, le diagnostic de certitude est essentiellement paraclinique et la prise en charge est chirurgicale. Cette affection nécessite une surveillance rapprochée car il existe un risque élevé de dissémination tumorale.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs mentionnés ont contribué à l'établissement de ce manuscrit. Ils déclarent également avoir lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Figures

Figure 1: cystographie rétrograde face et profil montrant le trajet fistuleux vésico-sigmoïdien

Figure 2: pièce opératoire après résection de la fistule avec collerette vésicale

Figure 3: pièce opératoire après sigmoïdectomie partielle

Figure 4: cystographie rétrograde de contrôle montrant l'absence de FVS

Références

1. De Nunzio C, Franco G, Cindolo L, Autorino R, Cicione A, Perdonà S *et al.* Transurethral resection of the bladder (TURB): analysis of complications using a modified Clavien system in an Italian real life cohort. *Eur J Surg Oncol.* 2014 Jan;40(1):90-5. **PubMed | Google Scholar**
2. Saint-Marc O, Frileux P, Vaillant JCh, Chevallier JM, Texeira A, Parc R. Les fistules entérovésicales de la maladie de Crohn: diagnostic et traitement. *Ann Chir.* 1995;49(5): 390-5. **Google Scholar**
3. Dawam D, Patel S, Kouriefs C, Masood S, Khan O, Sherif KM. A "urological" enterovesical fistula. *J Urol.* 2004;172(3): 943-4. **PubMed | Google Scholar**
4. Mosner A, Probst M, Jonas D, Beecken WD. An easy method to localize the vesical opening of an enterovesical fistula. *J Urol.* 2002;167(4):179. **PubMed | Google Scholar**
5. Michelassi F, Stella M, Balestracci T, Guiliante F. Incidence, diagnosis and treatment of enteric and colorectal fistula in patients with Crohn's disease. *Ann Surg.* 1993;218(5):660-6. **PubMed | Google Scholar**
6. Stefansson T, Ekblom A, Sparen P, Pahlmon L. Cancers among patients diagnosed as having diverticular disease. *Eur J Surg.* 1995;161(10):755-60. **PubMed | Google Scholar**
7. Rabi T, Edward L, Marcos VT, David PW, José EP. Les traitements des fistules colovésicales en un seul temps opératoire. *Prog Urol.* 1998;8(3):507-10.
8. McBeath RB, Schiff M Jr, Allen V, Bottaccini MR, Miller JJ, Ehreth JT. A 12-year experience with enterovesical fistulas. *Urology.* 1994;44(5):661-5. **PubMed | Google Scholar**
9. Jarret TW, Vaughan ED Jr. Accuracy of computerized tomography in the diagnosis of colovesical fistula secondary to diverticular disease. *J Urol.* 1995;153(1): 44-6. **PubMed | Google Scholar**
10. Kirsh GM, Hampel M, Schuk JM, Resnick MI. Diagnosis and management of vesicoenteric fistulas. *Surg Gynecol Obstet.* 1991;173(2): 91-7. **PubMed | Google Scholar**
11. Mydlo JH, Weinstein R, Shah S, Solliday M, Macchia J. Long-term consequences from bladder perforation and/or violation in the presence of transitional cell carcinoma: results of a small series and a review of the literature. *J Urol.* 1999;161(4):1128-1132. **PubMed | Google Scholar**
12. Skolarikos A, Chrisofos M, Ferakis N, Papatsoris A, Dellis A, Deliveliotis C. Does the management of bladder perforation during transurethral resection of superficial bladder tumors predispose to extra vesical tumor recurrence? *J Urol.* 2005;173(6):1908-1911. **PubMed | Google Scholar**

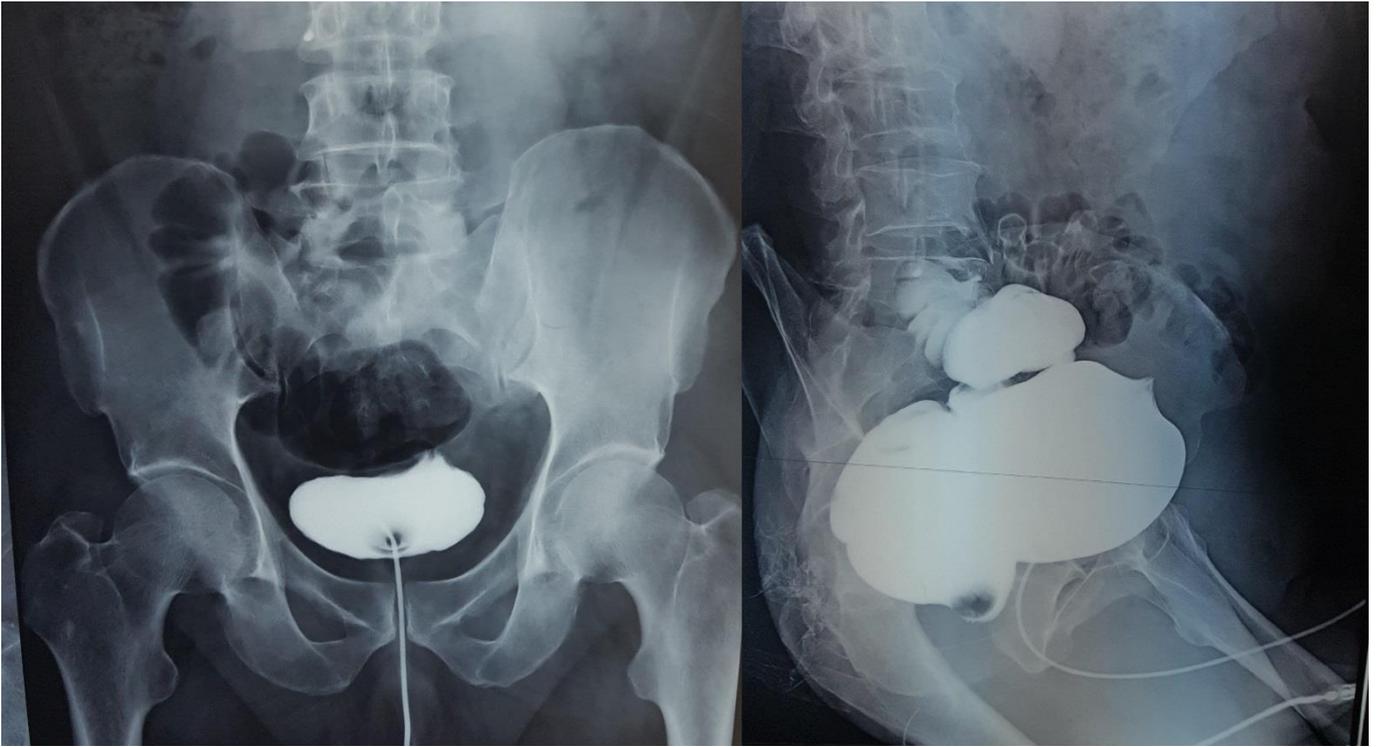


Figure 1: cystographie rétrograde face et profil montrant le trajet fistuleux vésico-sigmoïdien

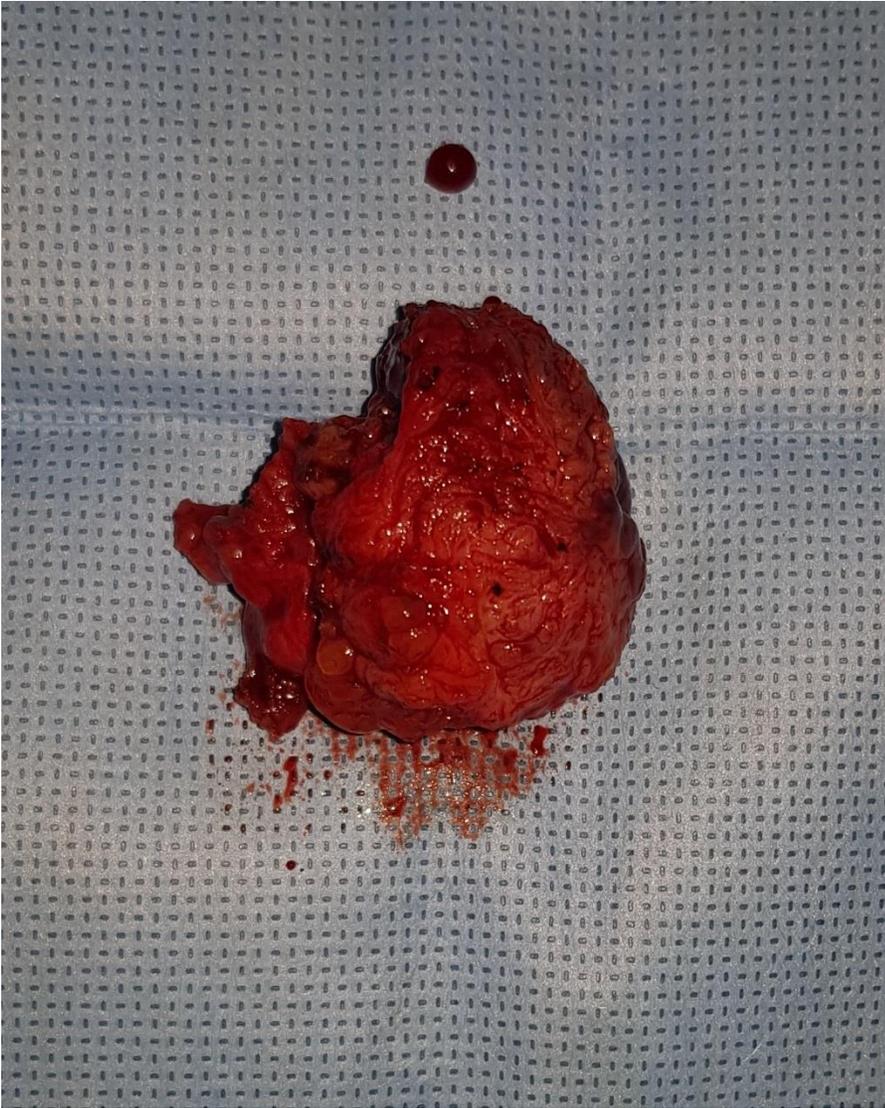


Figure 2: pièce opératoire après résection de la fistule avec collerette vésicale



Figure 3: pièce opératoire après sigmoïdectomie partielle

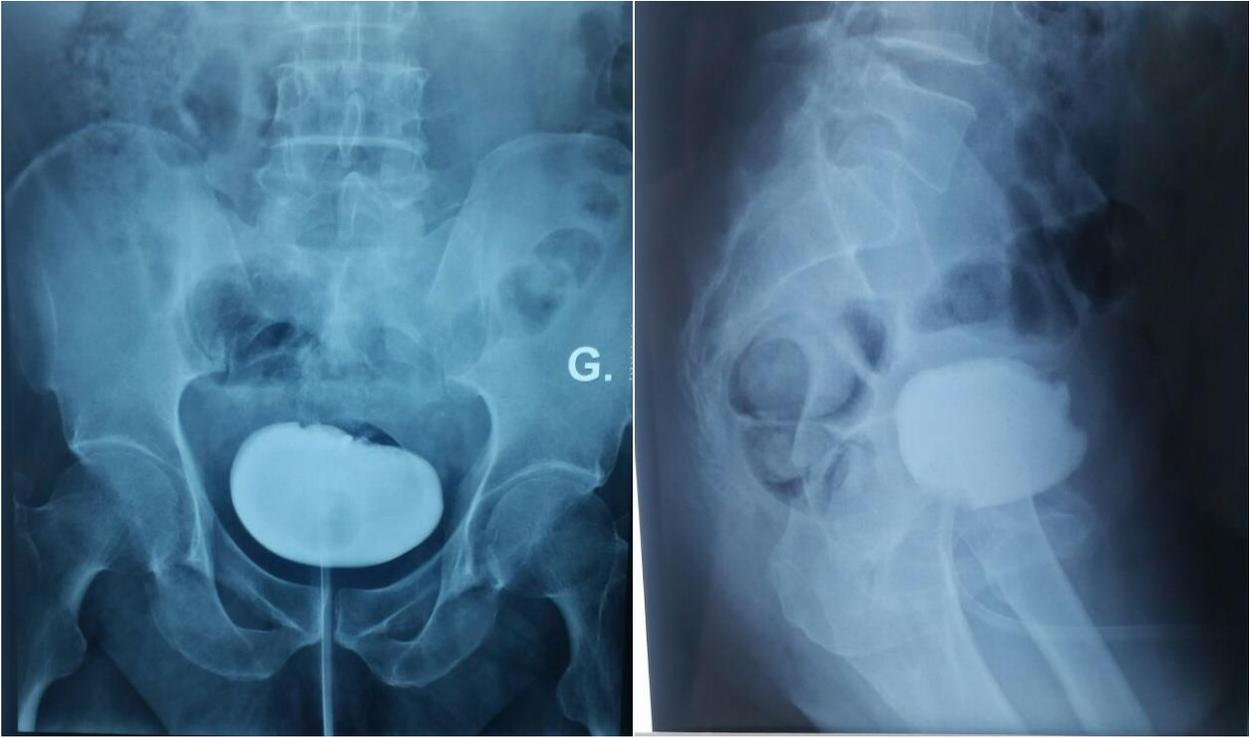


Figure 4: cystographie rétrograde de contrôle montrant l'absence de FVS