

FISTULES ENTERO-VESICALE ET VESICO-CUTANEE REVELANT UNE TUMEUR DE VESSIE CHEZ UNE FEMME

ENTERO-VESICAL AND VESICO-CUTANEOUS FISTULAS REVEALING A BLADDER TUMOR IN A WOMAN

MAWUKO-GADOSSEH Y, GALLOUO M, MAYELE M, GRAIOUID M,
ABOUTAIEB M, DEBBAGH A, DAKIR M,..

Auteur correspondant: Yawo MAWUKO-GADOSSEH, CHU Ibn Rochd de Casablanca, Service d'Urologie

RESUME :

Les fistules entéro-vésicales secondaires aux tumeurs de vessie sont rares, encore plus dans notre contexte où les tumeurs de vessie sont peu fréquentes chez la femme.

Nous rapportons le cas d'une tumeur de vessie chez une femme révélée par une double fistule entéro-vésicale et vésico-cutanée.

Il s'agit d'une femme de 62 ans opérée par taille vésicale 5 ans auparavant pour une lithiase vésicale avec des suites opératoires simples. Sa symptomatologie actuelle s'est révélée 5 semaines avant son admission par un épisode d'hématurie totale caillotante avec une induration de la cicatrice opératoire, compliquée par la suite d'une abcédation puis d'une fistulisation avec notion de fécalurie. Différentes explorations nous ont permis d'objectiver la fistule et grâce notamment à la cystoscopie avec biopsie nous avons confirmé l'origine tumorale (carcinome urothélial). Une exploration chirurgicale a été indiquée mais non réalisée devant le refus de la patiente.

Les fistules entéro-vésicales sur tumeur de vessie sont rares et peu rapportées dans la littérature. Le diagnostic repose sur un faisceau d'arguments cliniques et paracliniques ; la cystoscopie garde une place importante. Le traitement repose actuellement sur la résection en un temps et en bloc des anses intestinales et de la vessie. Il n'y a pas de place au traitement médical ou palliatif sauf en cas d'une altération profonde de l'état général, ou du fait d'un processus néoplasique non résécable.

Mots clés : fistule entéro-vésicale, fistule vésico-cutanée, tumeur de vessie

SUMMARY:

Entero-vesical fistulas secondary to bladder tumors are rare, even more so in our context where bladder tumors are infrequent in women.

We report the case of a bladder tumor in a woman revealed by a double entero-vesical and vesico-cutaneous fistula.

This is a woman of 62 years operated for bladder stones by cystostomy 5 years ago with simple operative follow-up.

His current symptomatology was revealed 5 weeks before admission by an episode of total hematuria clot with an induration of the operative scar, complicated later on an abscess and fistulization with a notion of fecaluria. Different explorations allowed us to objectify the fistula and thanks to the cystoscopy with biopsy we confirmed the tumor origin (urothelial carcinoma). Surgical exploration was indicated but not performed in view of the patient's refusal.

Entero-vesical fistulas on bladder tumors are rare and rarely reported in the literature. The diagnosis is based on a

bundle of clinical and paraclinical arguments; cystoscopy keeps an important place. The treatment currently rests on the resection in one time and in block of the intestinal loops and the bladder. There is no place for medical or palliative treatment except in cases of profound deterioration of the general condition, or because of a non-resectable neoplastic process.

Keywords: entero-vesical fistula, vesico-cutaneous fistula, bladder tumor

INTRODUCTION

Les tumeurs de vessie chez la femme sont assez rares dans notre contexte et celles-ci se révèlent rarement par une fistule ; en effet la fistule constitue le plus souvent une complication de la tumeur vésicale si elle n'est pas prise en charge précocement.

Nous rapportons ainsi l'observation d'une tumeur de vessie chez une femme révélée par une double fistule vésico-cutanée et vésico-entérale. Par ce travail, nous voulons attirer l'attention sur ce mode de révélation rare qui doit nous inciter à plus de vigilance.

OBSERVATION :

Il s'agit d'une patiente de 62 ans, femme au foyer, connue hypertendue depuis 7 mois sous traitement. Il n'est pas noté de tabagisme actif ni passif. Ses antécédents chirurgicaux sont marqués par, une hystérectomie 30 ans auparavant pour une cause non élucidée et par une cure de lithiase vésicale par taille vésicale 5 ans auparavant avec des suites opératoires tout à fait simples.

La symptomatologie actuelle a débuté 5 semaines avant l'hospitalisation par une induration progressive et douloureuse de la cicatrice opératoire pelvienne associée à un épisode d'hématurie totale caillotante spontanément résolutive. Il n'a pas été rapporté de trouble mictionnel ni de trouble de transit. Cette induration cutanée s'est compliquée 3 semaines plus tard d'abcédation, puis après 2 semaines d'antibiothérapie, d'une fistule cutanée avec fécalurie par le trajet fistuleux et le méat urétral.

L'examen à l'admission a retrouvé une patiente en assez bon état général, Performance Status à 1, consciente et stable sur le plan hémodynamique et respiratoire, avec des plis de déshydratation. Il est

retrouvé une cicatrice opératoire sous-ombilicale indurée, mal limitée, avec un orifice à la partie inférieure de la cicatrice opératoire ramenant des matières fécales malodorantes. Les touchers pelviens étaient sans particularité, les parois vaginales et rectales étaient souples sans masse retrouvée et les doigts sont revenus propres. Le bilan biologique a révélé une insuffisance rénale à 42 mg/l de créatinine plasmatique sans signe de gravité, une infection urinaire à *Escherichia Coli*, une anémie à 9 g/dl et une CRP légèrement élevée à 40. Une échographie a été réalisée montrant une urétéro-hydronéphrose bilatérale sur des reins à cortex échogène, avec une vessie à paroi épaissie mais vide (impossible à remplir). Image 1.

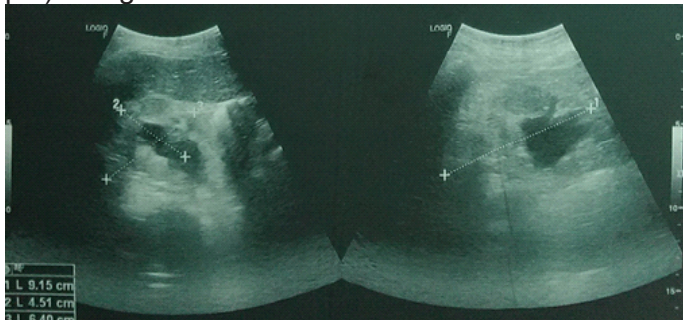


Image 1 : Echo rénale montrant une dilatation rénale bilatérale avec des reins à cortex échogène

Nous avons ensuite réalisé un scanner abdomino-pelvien sans injection avec opacification rétrograde vésicale, qui a mis en évidence une double fistule : vésico-entérale et vésico-cutanée et une paroi vésicale très épaissie. Image 2.

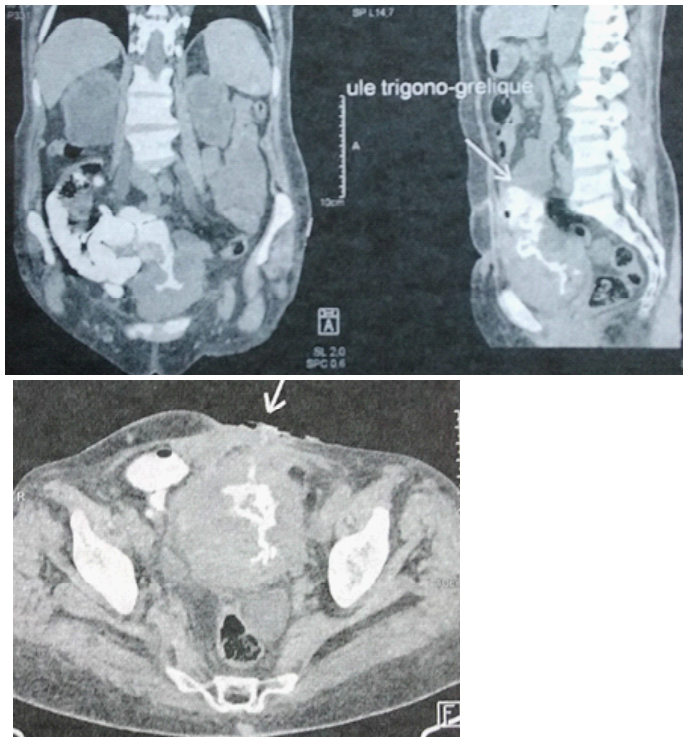


Image 2 : TDM avec opacification rétrograde vésicale mettant en évidence la double communication vésico-entérale et vésico-cutanée et un épaississement de la paroi vésicale.

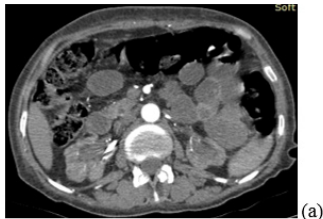
Notre prise en charge a consisté en urgence en une néphrostomie percutanée bilatérale et un sondage vésical, dans le but de drainer le rein et d'assécher la fistule vésico-cutanée.

Nous avons procédé ensuite à une opacification des deux néphrostomies : à droite nous avons noté un passage du produit de contraste dans la vessie puis une fuite du produit en dehors de la vessie. A gauche par contre nous avons retrouvé un arrêt du produit au niveau de la portion pelvienne de l'uretère qui est dilaté et tortueux.

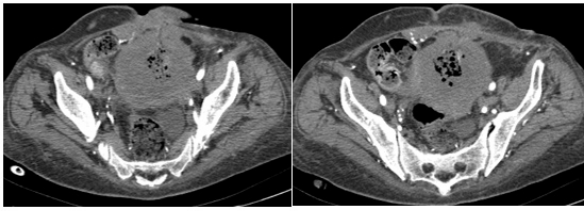


Image 3 : Pyélographie descendante montrant un rétrécissement de l'uretère pelvien gauche et une extravasation du produit de contraste en dehors de la vessie.

Après amélioration de la fonction rénale nous avons complété le bilan morphologique par un entéro-scanner qui a montré une vessie siège d'un processus hétérogène, bourgeonnant prenant toute les parois avec des bulles d'air. Ce processus arrive au contact des anses iléales et du sigmoïde avec infiltration de la graisse péritonéale et de multiples adénopathies pelviennes. Les reins étaient réduits de taille et de contours bosselés. Image 4.



(a)



(b)

(c)

Image 4 : Entéroscanner montrant le processus vésical infiltrant la graisse péri-vésicale et arrivant au contact des anses et de la peau (b et c) et des petits reins bosselés (a).

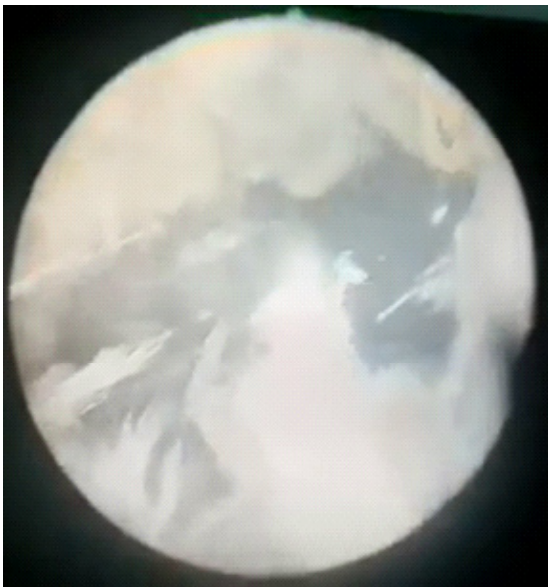


Image 5 : A la cystoscopie, nécrose tumorale circonscrivant le trajet fistuleux

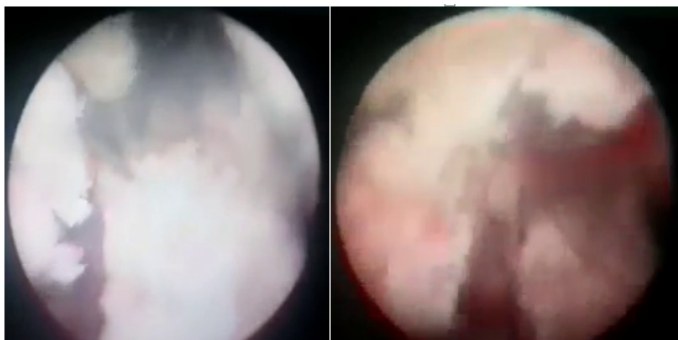


Image 6 : A la cystoscopie, tumeur vésicale végétante saignant au contact. Résection biopsique

Après couverture antibiotique adapté au germe, une cystoscopie a été réalisée retrouvant une tumeur végétante nécrosée dans sa majeure partie, comblant la presque totalité de la lumière vésicale, avec un volumineux cratère à cheval sur le dôme et la paroi antérieure, avec débâcle de matières fécales témoignant du trajet fistuleux vésico-digestif. Une résection a été faite au niveau du collet de la fistule. L'étude anatomo-

pathologique a conclu à un carcinome urothélial avec infiltration du muscle.

Une exploration chirurgicale avec éventuelle cystectomie et résection intestinale a été proposée à la malade mais elle a refusé le geste et elle a été perdue de vue.

DISCUSSION :

La fistule est définie comme une communication anormale entre deux surfaces épithéliales [1]. Les fistules entéro-vésicales ont plusieurs étiologies : la diverticulite en représente l'étiologie la plus fréquente (65 à 79%). La deuxième plus fréquente étiologie est représentée par les tumeurs intestinales et ensuite par la maladie de Crohn [1, 2]. Les tumeurs malignes (côlon et vessie) peuvent représenter un cinquième des cas de fistule entéro-vésicale ; le cancer de vessie plus particulièrement ne représenterait que 5% de toutes les étiologies d'après Carson et al. [3, 4, 5]. D'autres tumeurs malignes urogénitales, tels que les lymphomes, ne donnent des fistules entéro-vésicales que très rarement [6, 7]

D'autres étiologies de fistules existent tels que l'origine iatrogène suite à un traumatisme ou à un acte chirurgical, ou suite à une chimio ou radiothérapie pelvienne. [1,2]

D'un point de vue anatomopathologique les fistules entéro-vésicales peuvent être différenciées en fistules entéro-vésicales sous-péritonéales qui sont plus rares, post-traumatiques, iatrogènes ou secondaires à une pathologie tumorale pelvienne, des fistules entéro-vésicales transpéritonéales, beaucoup plus fréquentes (60%) [8], habituellement secondaire à une sigmoïdite diverticulaire [9]. Dans la pathologie néoplasique, la formation de la fistule se fait par envahissement.

En raison du régime de pression élevé dans l'intestin, la fistule fonctionne le plus souvent de l'intestin vers la vessie sauf en cas d'obstacle sur le bas appareil urinaire [11].

Le tableau clinique idéal est fait au départ de signes digestifs (troubles du transit, douleur hypogastrique...), associés à des signes urinaires (60%) à type de brûlures mictionnelles, pollakiurie. La phase de fistule constituée, peut se manifester par une pneumaturie et/ou une fécalurie, qui sont pathognomoniques des fistules urodigestives mais ne sont présentes que dans 50% des cas [12] et par des infections urinaires à répétition, souvent à *Escherichia Coli* ou aux entérocoques [1]. Chez notre malade l'absence de symptomatologie digestive franche au départ associée à l'hématurie conforte l'idée de l'envahissement intestinal par une pathologie néoplasique vésicale.

Le diagnostic des fistules entéro-vésicales est confir-

mé par la mise en évidence du trajet fistuleux. Aucun examen complémentaire n'est particulièrement déterminant pour cela, le diagnostic étant posé habituellement sur un faisceau d'arguments cliniques et paracliniques. Toutefois les examens paracliniques renseignent sur l'aspect local, la présence ou non d'un abcès et le segment intestinal concerné afin de guider un éventuel geste chirurgical. [11]

Le test des graines de pavot est un test clinique très sensible permettant de faire la preuve d'une fistule entéro-vésicale. Il implique une prise orale de 50 mg de graines de pavot mélangées à de la boisson ou du yaourt. Comme les graines restent en grande partie non digérées dans le tractus gastro-intestinal, elles peuvent apparaître dans l'urine dans les 48 heures suivant l'ingestion.

Comparé au scanner et à la cystographie par Kwon et al, ce test a donné un taux de détection de 100% versus respectivement 70% et 80%. Il est peu coûteux et facile à réaliser, cependant il fournit peu de détails sur l'emplacement et le type de fistule [13].

L'urographie intraveineuse (UIV) a peu d'intérêt dans le diagnostic des fistules entéro-vésicales, Elle est normale dans 80% des cas [14]. Chez notre malade nous avons opté pour une opacification rétrograde des voies excrétrices par les néphrostomies. Celle-ci nous a montré une fuite du produit de contraste en dehors de la vessie, sans plus de précision sur la fistule.

Le lavement baryté n'objective la FEV que dans 25% des cas, par contre il peut retrouver des arguments étiologiques déterminants en faveur d'une sigmoïdite ou en faveur d'une pathologie tumorale maligne. Cet examen peut être complété par une colonoscopie qui pourrait être gênée par l'inflammation rendant toute biopsie aléatoire [10].

L'uroscanner est de grande valeur dans le diagnostic des FEV, 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 transcutanée permettant ainsi une chirurgie à froid dans de meilleures conditions [15].

Chez notre malade l'insuffisance rénale à l'admission, a empêché la réalisation d'un bon uroscanner mais le couplage à l'opacification rétrograde de la vessie nous a permis de bien individualiser le trajet fistuleux. Après amélioration de la fonction rénale nous avons pu réaliser un complément scannographique injecté (entéro-scanner) qui nous a permis d'apprécier l'état locorégional et de confirmer les segments intestinaux envahis.

L'imagerie par résonance magnétique (IRM) présente une excellente résolution intrinsèque des tissus mous, associée à une capacité d'imagerie multiplanaire. De plus, l'IRM permet une représentation précise des fistules sans nécessiter d'opacification directe comme dans le scanner. Son utilisation dans les fistules colovésicales est bien établie et sa sensibilité et sa spécificité atteignent 100% [16, 17, 18, 19]. Toutefois son coût élevé et le manque fréquent d'accès à l'IRM limitent son utilisation à des cas plus complexes. [2]

La cystoscopie garde une place importante dans le bilan des FEV, malgré qu'elle soit sans particularité dans le quart des cas; elle peut mettre en évidence une zone inflammatoire polypoïde érythémateuse pseudotumorale autour de l'orifice fistuleux, sans forcément mettre en évidence directement le trajet fistuleux. [1,10]

Afin d'améliorer sa rentabilité, Mosner et al [12] ont décrit une technique simplifiée permettant de cathétériser la fistule; en introduisant une sonde Foley 18 FR dans le rectum, le ballonnet est gonflée par 10 cc de sérum, après insufflation d'air par la sonde rectale, une cystoscopie 22 FR permet d'identifier les bulles d'air et ainsi de visualiser l'orifice du trajet fistuleux qui sera cathétérisé par une sonde urétérale charrière 6 permettant d'opacifier la fistule après injection de produit de contraste. Dans notre cas nous avons pu identifier le trajet fistuleux à la cystoscopie grâce à la débâcle de matières fécales.

Une FEV constituée ne guérit pas ni spontanément ni avec un traitement médical.

Le traitement non opératoire (repos intestinal, nutrition parentérale totale, antibiotiques, stéroïdes, immunomodulateurs et drainage par cathéter urétral) peut constituer une option uniquement chez les malades présentant des symptômes minimes, d'origine non cancéreuse, en particulier chez les patients atteints de la maladie de Crohn. [20]. Par ailleurs les malades non éligibles à une chirurgie du fait de l'altération de leur état général ou du fait d'un processus néoplasique non résecable peuvent également bénéficier d'un traitement palliatif par drainage vésical. [2]

Le traitement classique de la fistule en trois temps (colostomie, colectomie, fermeture de la colostomie) a été popularisé dans les années 1930. Depuis les années 1950, plusieurs auteurs rapportent les excellents résultats obtenus en une seule intervention pour traiter les FEV (colectomie, anastomose colo-colique immédiate sans colostomie de décharge) [21].

Pour les fistules d'origine néoplasique (cancers coliques et vésicales), le traitement consiste en une colectomie avec cystectomie partielle ou totale et rétablissement immédiat de la continuité si les conditions

locales et générales le permettent. [4, 10]

Dans notre cas la tumeur de vessie infiltrante associée, impose un geste radical vésical (cystectomie). Quant au type de dérivation urinaire et d'éventuelle stomie digestive la décision devait se prendre opératoire en fonction de l'état local.

Les FEV n'étant pas une urgence chirurgicale, le patient peut être opéré à froid. Le contrôle de l'état septique par les antibiotiques, la préparation colique, les progrès de la chirurgie et la modernisation de la réanimation permettent de nos jours de traiter les fistules en un temps opératoire chez des patients sélectionnés [2].

CONCLUSION :

Les tumeurs de vessie ne sont que de rares étiologies des fistules entéro-vésicales. Le mécanisme de cette fistulisation se fait par envahissement. L'uroscanner et la cystoscopie gardent une place importante dans le diagnostic.

Chez notre malade l'origine de la fistule étant la tumeur vésicale, ceci explique à posteriori l'absence de symptomatologie digestive au départ. Il s'agit sans aucun doute d'une tumeur de vessie très évoluée localement et ayant évolué longtemps à bas bruit.

Cette observation nous interpelle sur le suivi régulier des malades et à agir en amont de l'apparition des complications liées à la tumeur de vessie.

REFERENCES :

- 1- Anatoly Karashmalakov, Yonko Georgiev, Georgi Zafirov, Stefan Kasabov, Angel Kirov, Zornitsa Rusinova, Tinka Arnaudova. Diagnosis and treatment of enterovesical fistulas Scripta Scientifica Medica, 2017; 49(3) : 53-56
- 2- Tomasz Golabek, Anna Szymanska, Tomasz Szopinski, Jakub Bukowczan, Mariusz Furmanek, Jan Powroznik, and Piotr Chlosta. Enterovesical Fistulae: Aetiology, Imaging, and Management. Hindawi Publishing Corporation, Gastroenterology Research and Practice, Volume 2013, Article ID 617967, 8 pages
3. I. R. Daniels, B. Bekdash, H. J. Scott, C. G. Marks, and D.R. Donaldson, Diagnostic lessons learnt from a series of enterovesical fistulae, Colorectal Disease, vol.4, no.6, pp.459-462, 2002.
4. C.-H. Yang, K.-H. Liu, T.-C. Chen, P.-L. Chang, and T.-S. Yeh, Enterovesical fistula caused by a bladder squamous cell carcinoma, World Journal of Gastroenterology, vol.15, no.33, pp. 4215-4217, 2009.
- 5- Carson CC, Malek RS, Remine WH. Urologic aspects of vesico-enteric fistulas. J Urol 1978; 119 : 744-746
6. A.B. Pauland J. Thomas St J., Enterovesical fistula caused by small bowel lymphoma. British Journal of Urology, vol.71, no.1, pp. 101-102, 1993.
7. D.H. Patel, S. Dang, F. R. Bentley, R. N. Julka, K. W. Olden, and F. Aduli. Carcinosarcoma of the colon : a rare cause of colovesical fistula, American Surgeon, vol.75, no.4, pp.335-337, 2009.
8. Moss RL, Ryan JA. Management of enterovesical fistula. Am J Surg 1990 ; 159 : 514.
9. Dawam D, Patel S, Kouriefs C, Masood S, Khan O, Sherif KM. A "urological" enterovesical fistula. J Urol 2004 ; 172 : 943-4.
10. H. Khouni, S. Ghazzi, A. Hammami, R. Khiari, C.H. Smaali, O. Ben Mansour, J. Ghorbel, M. Mechri, N. Ben Rais. Fistule entéro-vésicale (à propos d'un cas et revue de la littérature). J Maroc Urol 2007 ; 5 : 35-38
11. Saint-Marc O, Frileux P, Vaillant J Ch, Chevallier JM, Texeira A, Parc R. Les fistules entéro-vésicales de la maladie de Crohn : diagnostic et traitement. Ann Chir 1995 ; 49 : 390-5.
12. Mosner A, Probst M, Jonas D, Beecken WD. An easy method to localize the vesical opening of an enterovesical fistula. J Urol 2002 ; 167 : 1794.
13. E. O. Kwon, N. A. Armenakas, S. C. Scharf, G. Panagopoulos, and J. A. Fracchia, The poppy seed test for colovesical fistula : big bang, little bucks! The Journal of Urology, vol.179, no.4, pp. 1425-1427, 2008.
14. Rabi T, Edward L, Marcos VT, David PW, José EP. Les traitements des fistules colovésicales en un seul temps opératoire. Prog Urol 1998 ; 8 : 507-10.
15. Jarret TW, Vaughan ED Jr. Accuracy of computerized tomography in the diagnosis of colovesical fistula secondary to diverticular disease. J Urol 1995 ; 153 : 44-6.
16. S. Melchior, D. Cudovic, J. Jones, C. Thomas, R. Gillitzer, and J. Thüroff, Diagnosis and surgical management of colovesical fistulas due to sigmoid diverticulitis, The Journal of Urology, vol.182, no. 3, pp. 978-982, 2009.
17. S. Ravichandran, H. U. Ahmed, S. S. Matanhelia, and M. Dobson, Is there a role for magnetic resonance imaging in diagnosing colovesical fistulas? Urology, vol.72, no.4, pp.832-837, 2008.
18. Y. Z. Tang, T. C. Booth, D. Swallowetal, Imaging features of colovesical fistulae on MRI British Journal of Radiology, vol.85, pp.1371-1375, 2012.
19. R. C. Semelka, H. Hricak, B. Kim et al. Pelvic fistulas : appearances on MR images, Abdominal Imaging, vol.22, no.1, pp.91-95, 1997.
20. T. Yamamotoand M. R. B. Keighley, Enterovesical fistulas complicating Crohn's disease : clinicopathological features and management International Journal of Colorectal Disease, vol.15, no. 4, pp. 211-215, 2000.
21. Pontari MA, McMillen MA, Garvey RH, Ballantyne GH. Diagnosis and treatment of enterovesical fistulae. Am Surg 1992 ; 58 : 258-63.