



African Journal of Urology

Official journal of the Pan African Urological Surgeons' Association
web page of the journal

www.ees.elsevier.com/afju
www.sciencedirect.com



Infection and inflammation

Cas clinique

Fistule vésico-sigmoïdienne compliquant une bilharziose vésicale : à propos d'un cas exceptionnel

O. Yddoussalah^a, A. Saouli^{a,*}, H. El Ouazzani^b, T. Karmouni^a,
K. Elkhader^a, A. Koutani^a, A.I.A. Andaloussi^a, N. Mahassini^b

^a Service d'urologie B, CHU Ibn-Sina, faculté de médecine et de pharmacie de Rabat, université Mohamed V, 85, Hay El Firdaouss Massira, 1 lot 80, 12020 Temara, Maroc

^b Service d'anatomie pathologique, CHU Ibn-Sina, faculté de médecine et de pharmacie de Rabat, Université Mohamed V, Maroc

Reçu le 7 juin 2017; reçu sous la forme révisée le 5 juin 2018; accepté le 14 juin 2018; Disponible sur Internet le 28 septembre 2018

MOTS CLÉS

Fistule entéro-vésicale;
Bilharziose;
Chirurgie

KEYWORDS

Entero-vesical fistula;
Bilharziasis;
Surgery

Résumé

La fistule colo-vésicale sur une bilharziose vésicale est une entité pathologique exceptionnelle. Nous rapportons une observation originale ou nous discutons les caractéristiques générales de cette pathologie rare.

© 2018 Pan African Urological Surgeons' Association. Production and hosting by Elsevier B.V. Cet article est publié en Open Access sous licence CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Exceptional vesico-sigmoidal fistula complicating bilharziasis vesicale: About an exceptional case

Abstract

The colo-vesical fistula on bladder bilharziasis is an exceptional pathological entity. We report an original observation. We discuss the general features of this rare disease.

© 2018 Pan African Urological Surgeons' Association. Production and hosting by Elsevier B.V. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : amine.saouli0@gmail.com (A. Saouli).

<https://doi.org/10.1016/j.afju.2018.06.004>

1110-5704/© 2018 Pan African Urological Surgeons' Association. Production and hosting by Elsevier B.V. Cet article est publié en Open Access sous licence CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introduction

La fistule entéro-vésicale (FEV) secondaire à une bilharziose vésicale est une situation exceptionnelle. À notre connaissance, nous rapportons le premier cas de fistule vésico-sigmoïdienne compliquant une bilharziose vésicale. Bien qu'il s'agisse d'une lésion habituellement bénigne, le diagnostic des fistules vésico-sigmoïdiennes (FVS) n'est pas toujours facile. Dans cet article, nous relatons le premier cas publié et nous faisons le point sur les particularités clinique, paraclinique et thérapeutique de cette affection.

Observation

Mr O.A., âgé de 71 ans, antécédent de tuberculose pulmonaire déclarée guérie. Le patient rapporte une notion de baignade en eau douce il y a 30 ans.

Le début de la symptomatologie remonte à 5 mois avec l'apparition d'une pneumaturie ensuite d'une fécalurie, avec 3 épisodes d'hématurie le tout évoluant dans un contexte de conservation de l'état général. Le toucher rectal était sans anomalie prostatique ou digestive. L'examen cytotabériologique des urines a montré une infection polymicrobienne.

Dans le cadre du bilan étiologique, une cystoscopie a mis en évidence une zone très inflammatoire et pseudo-tumorale localisée au niveau de la jonction entre le dôme vésical et la face postérieure. Des biopsies réalisées au niveau de cette zone ont revu en faveur d'une cystite subaiguë dont l'aspect peut être compatible avec une bilharziose urinaire.

Ce bilan a été complété par l'uro-TDM qui a mis en évidence la présence d'air dans la vessie sans autre anomalie ce qui nous a poussé à réaliser une opacification vésicale par voie rétrograde qui a objectivé un passage du produit de contraste au niveau du côlon sigmoïde (Fig. 1).

Une rectocolonoscopie a objectivé un aspect pseudo-tumoral 5 cm au-dessus de la jonction rectosigmoïdienne, l'examen histologique était en faveur d'un remaniement inflammatoire non spécifique et sans signes de malignité.

Le bilan biologique était sans anomalie, notamment l'absence hyperéosinophilie. La sérologie de la bilharziose faite par technique d'hémagglutination indirecte était négative.

On a procédé à une laparotomie médiane à cheval sur l'ombilic, la dissection du sigmoïde a mis en évidence une gaine fibreuse sur le versant antimésocolique de la charnière rectosigmoïdienne fistulisée au niveau du dôme vésical, ce qui a nécessité la résection d'un patch vésical péristulculaire de 4 cm de diamètre associée à une résection segmentaire du sigmoïde et rétablissement immédiat de la continuité digestive (Fig. 2-3).

Les suites opératoires étaient simples avec reprise du transit au quatrième jour postopératoire et la sonde urinaire ôtée après dix jours. L'examen histologique de la pièce de résection a porté sur des parois colique et vésicale qui a noté la présence de granulome à cellules géantes autour d'œuf de bilharzie, il s'y associe une fibrose interstitielle dense. En conclusion, il s'agit d'une bilharziose vésicale avec fistule vésico-colique et sans signe de malignité (Fig. 4).

Avec un recul de 4 mois, le contrôle clinique est normal. Le cas de bilharziose fut déclaré à la direction d'épidémiologie nationale en vue d'une éventuelle enquête épidémiologique.

Discussion

Les fistules vésico-sigmoïdiennes (FVS) se définissent par l'existence d'une communication anormale entre le sigmoïde à la vessie. De point de vue anatomopathologique, on peut distinguer les fistules entéro-vésicales sous-péritonéales qui sont rares, post-traumatiques, iatrogènes ou secondaires à une pathologie tumorale pelvienne, des fistules entéro-vésicales transpéritonéales beaucoup plus fréquentes (60 %) [1], habituellement secondaire à une sigmoïdite diverticulaire [2].

La constitution d'une fistule entéro-vésicale est le plus souvent secondaire à un abcès intra-abdominal, qui s'ouvre secondairement au niveau de la vessie. Dans notre cas, il pourrait s'agir d'une extension du processus inflammatoire vésical au niveau de la paroi digestive, à savoir le sigmoïde. En raison de pression élevée dans l'intestin, la fistule se produit le plus souvent de l'intestin vers la vessie sauf en cas d'obstacle sur le bas appareil urinaire [3].

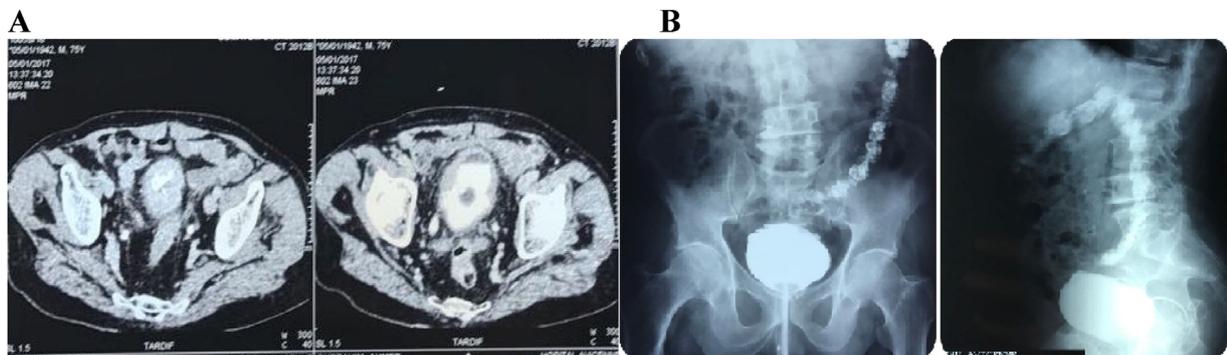


Figure 1 A. TDM montrant une bulle d'air. B. Urétrocystographie rétrograde objectivant un passage du produit de contraste au niveau du côlon sigmoïde.

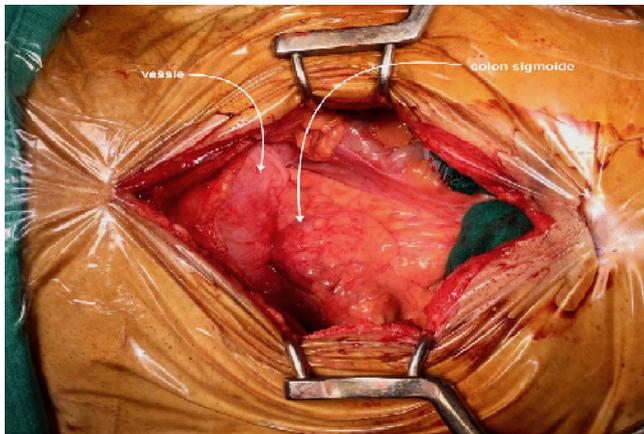


Figure 2 Vue peropératoire montrant la fistule vésico-colique.

Le tableau clinique est dominé au départ par les signes digestifs (troubles du transit, douleur hypogastrique), du fait que la diverticulose sigmoïdienne constitue la première étiologie de cette affection. La phase de fistule constituée, peut se manifester par une pneumaturie et/ou fécalurie, qui sont pathognomoniques de fistules aérodigestives, mais ne sont présentes que dans 50 % des cas [4].

Le diagnostic des fistules entéro-vésicales est confirmé par la mise en évidence du trajet fistuleux.

Aucun examen complémentaire n'est particulièrement déterminant, le diagnostic étant posé habituellement par un ensemble d'arguments clinique et paraclinique.

La radiologie peut être non concluante dans plusieurs situations, ainsi, le lavement baryté ne montre 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. Ces deux bilans restent indispensables pour éliminer une cause maligne recto-colique [6].

La tomodensitométrie abdominale est devenue l'examen essentiel du diagnostic couplé à une opacification digestive par un lavement aux hydrosolubles ou à l'air. Le signe le plus constant est une bulle d'air intravésicale (croissant gazeux). La communication est rarement mise en évidence (20 à 40 % des cas). Le scanner permet d'éliminer une tumeur pelvienne, vésicale rectale ou gynécologique. Permet aussi une évaluation locale afin de prévoir une stratégie chirurgicale [7].



Figure 3 Pièce opératoire.

La cystoscopie garde une place importante dans le bilan des FVS, malgré qu'elle soit sans particularité dans le quart des cas [8]. L'aspect le plus typique est une zone pseudo-tumorale autour de l'orifice fistuleux. Une bulle de gaz peut sortir par la fistule. L'aspect est peu spécifique et peut prendre la forme d'une tumeur infiltrante. La localisation siège plus volontiers au dôme et sur la face postérieure.

Une FVS constituée ne se tarit ni spontanément ni avec un traitement médical, l'indication du traitement chirurgical est absolue, mais rarement en urgence.

Il consiste à déconnecter le segment digestif et la paroi vésicale. L'intervention est une colectomie segmentaire avec décrochement de l'angle colique gauche. La fistule n'est habituellement pas vue. En revanche, le sigmoïde est adhérent à la vessie. La colectomie segmentaire est effectuée avec une section sous la charnière recto-sigmoïdienne. Une cystectomie partielle est réalisée si la fistule est visible c'est le cas de notre observation ou si le clivage sigmoïdo-vésical n'est pas possible [9]. Le rétablissement de la continuité sera

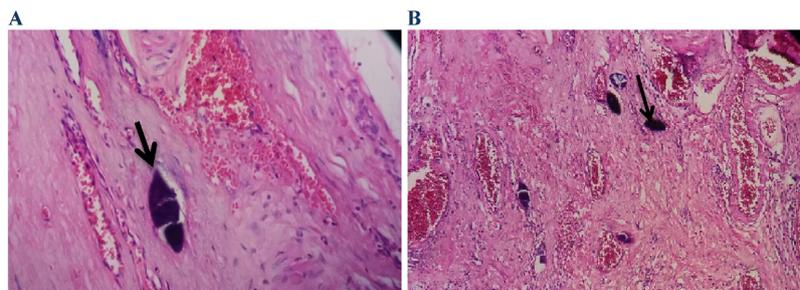


Figure 4 A. Œuf de bilharziose G \times 40. B. Muqueuse vésicale inflammatoire abritant des œufs de bilharziose calcifiés G \times 20.

réalisé en principe dans le même temps si les conditions locales et générales le permettent.

Le traitement conservateur qui consiste à un drainage vésical prolongé et une antibiothérapie peut être proposé chez le patient âgé présentant de lourdes comorbidités. L'assèchement de la fistule est rare avec un risque septique important.

La bilharziose urogénitale n'a jamais été incriminée dans les fistules entéro-vésicales. Par contre, il y a des cas rapportés de fistule vésico-vaginale d'origine bilharzienne [10].

La bilharziose (schistosomiase) représente la deuxième pathologie parasitaire en fréquence après le paludisme. Elle touche plus de 300 millions de personnes et sévit à l'état endémique dans certaines régions mondiales à climat tropical [11,12]. Il en existe cinq espèces avec une épidémiologie et une symptomatologie différentes. Les troubles urinaires sont essentiellement dus à l'espèce *Schistosoma haematobium* qui est l'espèce incriminée chez notre patient.

Le traitement de la bilharziose urogénitale par les schistosomicides est particulièrement efficace au stade précoce de la maladie. Il peut stopper la ponte ovulaire, voire entraîner la destruction des parasites. Il peut faire régresser le granulome bilharzien à la phase inflammatoire de la maladie. Il est inefficace au stade de fibrose ou de calcification.

Conclusion

Les FVS secondaires à la bilharziose vésicale sont exceptionnelles. Le tableau clinique est dominé par la pneumaturie et/ou fécalurie, qui sont pathognomoniques. Le diagnostic est basé sur un spectre d'arguments clinique, paraclinique et essentiellement anatomopathologique. Le traitement est chirurgical.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs mentionnés ont contribué à l'établissement de ce manuscrit.

Financement

Aucun financement.

Références

- [1] Moss RL, Ryan JA. Management of enterovesical fistula. *Am J Surg* 1990;159(5):514.
- [2] Dawam D, Patel S, Kouriefs C, Masood S, Khan O, Sherif KM. A "urological" enterovesical fistula. *J Urol* 2004;172(3):943-4.
- [3] Saint-Marc O, Frileux P, Vaillant JC, Chevallier JM, Teixeira A, Parc R. Les fistules entéro-vésicales de la maladie de Crohn : diagnostic et traitement. *Ann Chir* 1995;49(5):390-5.
- [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.
- [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.
- [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.
- [7] Driver CP, Anderson DN, Findlay K, Keenan RA, Davidson AI. Vesico-colic fistulae in the Grampian region: presentation, assessment, management and outcome. *J R Coll Surg Edinb* 1997;42:182-5.
- [8] McBeath RB, Schiff Jr M, Allen V, Bottacini MR, Miller JJ, Ehreth JT. A 12-year experience with enterovesical fistulas. *Urology* 1994;44(5):661-5.
- [9] Walker KG, Anderson JH, Iskander N, McKee RF, Finlay IG. Colonic resection for colovesical fistula: 5-year follow-up. *Colorectal Dis* 2002;4:270-4.
- [10] Dennis N, Wilkinson J, Robboy S, Idrissa A. Schistosomiasis and vesicovaginal fistula. *Afr J Reprod Health* 2009;13(3).
- [11] Tanagho EA, McAninch JW. *Smith Urologie*. Padoue: Piccinnuova libreria edit; 1991. p. 272-6.
- [12] Pollack HM, McClennan BL. *Clinical Urography*, 1. Philadelphia: Saunders edit; 2000. p. 1167-79.