

LES FISTULES URETHRO-RECTALES A PROPOS DE 4 CAS

K. DJE, R. LEBEAU, N. COULIBALY, C.C. VODI, ET I.S. SANGARE

Service d'Urologie, CHU de Treichville et Service de Chirurgie Générale et Digestive, CHU de Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire

INTRODUCTION

Les fistules uréthro-rectales sont des complications rares mais graves de la chirurgie rectale et urinaire mais aussi des traumatismes du bassin¹. Elles peuvent plus rarement être d'origine infectieuse, néoplasique, post-radique, ou congénitale^{2,3}. Elles regroupent les fistules prostatorectales et les fistules faisant communiquer l'urètre bulbo-membraneux avec le rectum et l'anus¹. La situation profonde de ces fistules dans une région anatomique étroite dont l'accès est malaisé explique les difficultés du traitement^{1,4}.

Le but de ce travail est d'identifier les facteurs favorisants et d'analyser les difficultés thérapeutiques des fistules uréthro-rectales vues à Abidjan, au CHU de Treichville. Sur une période de 8 ans allant de Janvier 1997 à Décembre 2004 nous avons colligé 4 cas de fistules uréthro-rectales dont voici résumées les observations.

OBSERVATIONS

Observation n° 1

En Août 1997 un patient de 28 ans a consulté pour fuite d'urine par l'anus. L'interrogatoire a noté des antécédents d'urétrites traitées par automédication puis secondairement une dysurie et une pollakiurie de plus en plus invalidantes. Le patient a ensuite présenté deux épisodes de rétention aiguë d'urines, traitées par sondage urinaire. Depuis 12 mois, il a noté une fuite d'urine par l'anus. Le toucher rectal ne percevait pas la fistule et la rectoscopie était normale. C'est le cliché per-mictionnel de l'uréthrocystographie rétrograde et mictionnelle qui a permis de mettre en évidence une sténose de l'urètre bulbaire puis une opacification du rectum avec un fin trajet fistuleux. Le patient a eu par voie périnéale antérieure une

résection-anastomose de l'urètre bulbo-membraneux avec mise en place d'une sonde urinaire pour 21 jours. Ce traitement a permis l'assèchement de la fistule urinaire puisque à l'ablation de la sonde on n'a pas noté de fuite d'urines par l'anus. Le patient a été perdu de vue et n'a pas fait l'uréthro-cystographie rétrograde et mictionnelle de contrôle demandée.

Observation n° 2

En Janvier 2001, un patient de 70 ans a consulté pour une suspicion d'adénome de la prostate. Le patient avait été admis dans un dispensaire pour une rétention aiguë d'urines traitée par la mise en place d'une sonde urinaire avant de nous avoir été adressé. A son admission, le toucher rectal a révélé une prostate globalement augmentée de volume, de consistance ferme évoquant une hypertrophie prostatique d'allure bénigne. L'échographie vésico-prostatique a mis en évidence une importante hypertrophie prostatique avec présence d'un lobe médian; le volume de la prostate a été estimé à 83 cm³. Le taux des PSA était à 5,2 ng/ml. L'indication d'une adénomectomie pour hypertrophie bénigne de la prostate a été posée. L'adénomectomie était laborieuse marquée par des difficultés à trouver un plan de clivage; la tumeur prostatique pesait environ 80 g. A l'ablation de la sonde urinaire réalisée à j7 post-opératoire, le patient a signalé une fécalurie, une pneumaturie et une fuite d'urine par l'anus. Le toucher rectal a perçu une fistule de 1,5 cm de diamètre située à 6 cm de la marge anale. Le patient a eu une tentative de réparation de la fistule par voie périnéale antérieure qui s'est soldée par un échec. Le patient était réopéré par voie abdomino-transpéritonéale sans interposition de tissu. Avec un recul de 18 mois il a des mictions normales. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire a révélé la présence d'un adénocarcinome associé à l'hypertrophie bénigne de la prostate.

Observation n° 3

En Juin 2002 un patient de 60 ans a consulté pour une dysurie et une pollakiurie à prédominance nocturne. L'examen clinique dominé par le toucher rectal a révélé une prostate augmentée de volume de consistance ferme évoquant une hypertrophie bénigne de la prostate. L'échographie vésicoprostatique a diagnostiqué une hypertrophie prostatique homogène sans calcification ni nodule tumoral dont le volume a été estimé à 63 cm³. Le taux des PSA était à 4,2 ng/ml. Le patient a été opéré pour une hypertrophie bénigne de la prostate. L'adénomectomie était aisée et la tumeur prostatique pesait environ 60 g. Le patient a signalé une fuite du liquide d'irrigation-lavage par l'anus à j3 post-opératoire puis une fécalurie et une émission d'urines par l'anus à l'ablation de la sonde à j7. Le toucher rectal réalisé a mis en évidence une brèche de 2 cm de diamètre, située à 5 cm de la marge anale. Une colostomie latérale sigmoïdienne a été immédiatement réalisée permettant de dériver les selles et le patient a subi trois mois plus tard la cure de sa fistule prostatorectale par voie périnéale antérieure. Les suites de cette intervention ont été simples. Le rétablissement de la continuité digestive a été fait un mois plus tard. Avec un recul de deux ans et demi le patient a des mictions normales. L'examen anatomopathologique de la pièce d'adénomectomie a montré un foyer de microcarcinome.

Observation n° 4

En Février 2004 un patient de 68 ans a consulté pour une dysurie et une pollakiurie à prédominance nocturne avec sensation de miction incomplète évoluant depuis 6 mois. L'examen clinique dominé par le toucher rectal a révélé une prostate augmentée de volume de consistance ferme évoquant une hypertrophie bénigne de la prostate. L'échographie vésicoprostatique a diagnostiqué une hypertrophie prostatique avec présence d'un lobe médian et de deux nodules de type adénomateux. Le volume prostatique a été estimé à 113 cm³. Le taux des PSA était à 3,8 ng/ml. Le patient a subi une adénomectomie pour une hypertrophie bénigne de la prostate. L'intervention était laborieuse marquée par un délabrement de la loge prostatique lors de l'énucléation d'un adénome de plus de 100 g. A j3 post-opératoire on a noté une fécalurie. Le toucher rectal a perçu une large brèche rectale de 3 à 4 cm de diamètre située à 6 cm de la marge anale à travers laquelle on sentait le

ballonnet de la sonde. Deux semaines plus tard le patient a subi une tentative de réparation de cette fistule prostatorectale par voie abdomino-transvésicale. En per-opératoire il y avait une désinsertion du col vésical et une brèche rectale de 4 cm de diamètre. On a pratiqué une réfection du col vésical qui était ensuite amarré à l'urètre membraneux sur sonde tutrice suivi d'un cathéter urétérale bilatéral et une colostomie latérale sigmoïdienne. Deux mois plus tard la fistule avait tari et le patient a subi le rétablissement de la continuité digestive dont les suites étaient marquées à j10 par une fécalurie massive et une fistule colique. Le décès du patient est survenu à j17 du rétablissement de la continuité digestive dans un tableau de choc toxi-infectieux. L'étude anatomo-pathologique de la pièce d'adénomectomie a révélé un aspect histologique d'adénomyome de la prostate.

COMMENTAIRES

Les fistules uréthro-rectales sont rares et la littérature ne rapporte que de courtes séries^{3, 5,6}. Nous n'avons noté que 4 cas en 8 ans ce qui confirme cette rareté.

Ces fistules regroupent d'une part les fistules prostatorectales qui font communiquer l'urètre prostatique et le rectum (observations 2,3,4) et d'autre part les fistules uréthro-rectales qui font communiquer l'urètre bulbo-membraneux et le rectum (observation 1). Les fistules prostatorectales sont les plus fréquentes et peuvent s'observer dans les suites d'une intervention chirurgicale sur la prostate^{5,7}. Nous en avons observé 3 dans notre série toutes secondaires à des adénomectomies. Les facteurs favorisants seraient soit une adénomectomie laborieuse du fait du volume important de l'adénome (observation 4) ou des difficultés à trouver un plan de clivage postérieur (observation 2) soit une adénomectomie réalisée sur un adénocarcinome (observations 2 et 3). Quant aux fistules faisant communiquer l'urètre bulbo-membraneux et le rectum elles font le plus souvent suite à une fausse route endoscopique, une plaie par arme à feu ou alors elles compliquent une sténose de l'urètre quelque soit son origine comme dans notre observation 1 et chez Delalande et Zimmermann⁶.

Le diagnostic des fistules uréthro-rectales est facile^{1,3,4} devant la constatation de la fuite d'urines par l'anus (observation 1 et 3) mais

aussi devant la constatation d'une fécalurie et d'une pneumaturie (observation 2 et 4). Le toucher rectal peut percevoir la brèche dans le rectum (observation 2, 3, 4). Au plan paraclinique l'uréthrocystoscopie et la rectoscopie permettent de visualiser la fistule dans son versant urétral pour la première et dans son versant rectal pour la seconde^{1,5,6}. Ces deux examens précisent le diamètre de la fistule et, pour la rectoscopie, sa distance par rapport à la marge anale. Cependant ces explorations endoscopiques peuvent méconnaître les fistules si celles-ci sont de petit diamètre comme dans l'observation 1. L'uréthrocystographie rétrograde et mictionnelle pose le diagnostic en objectivant le trajet fistuleux (observation 1). Dans les observations 2, 3 et 4 les explorations paracliniques n'avaient pas été jugées nécessaires car la fistule installée dans les suites opératoires immédiates avait été facilement reconnue sur les données de l'examen clinique.

Ces fistules constituent une infirmité incompatible avec une vie normale⁷ et doivent être prises en charge immédiatement. Certaines fistules peuvent guérir sous un traitement médical spécifique et un drainage urinaire par cystostomie; il s'agit des fistules post-infectieuses d'origine tuberculeuse comme dans l'observation de Rabii et al.². Quant aux plaies fraîches per-opératoires, elles doivent être immédiatement suturées par une double voie endovésico-prostatique pour l'orifice prostatique et endoanale pour l'orifice rectal⁴. Cependant Suhler et al.⁵ ont traité avec succès une telle fistule par une simple voie endovésico-prostatique. Les petites fistules découvertes en post-opératoire précoces doivent être d'abord traitées par drainage urinaire⁴. Chen et Chou⁸ ont rapporté quatre observations de fistules prostatorectales (n=2) et de fistules uréthro-rectales (n=2) iatrogènes lors de résections endo-urétrales, diagnostiquées immédiatement et traitées avec succès de façon conservatrice par la mise en place d'une sonde rectale, d'une sonde urinaire de Foley à 3 voies pour une irrigation lavage et une diète absolue. Les fistules prostatorectales survenant dans l'évolution d'un cancer de la prostate signent une tumeur avancée dont le traitement ne peut être que palliatif. Quant aux fistules prostatorectales compliquant une irradiation pour cancer de la prostate elles peuvent être traitées soit par l'interposition d'un lambeau du muscle Grand Droit de l'abdomen en raison de sa facilité de prélèvement et de sa fraîcheur vasculaire⁹ soit par résection antérieure du

rectum avec anastomose coloanale soit encore par une intervention de Park avec dans les deux cas interposition d'un lambeau épiploïque¹⁰.

Dans notre travail les quatre fistules ont été opérées en raison de l'existence d'un obstacle urétral pour l'une des fistules (observation 1) et de la grande taille de ces fistules iatrogènes découvertes plus de 2 jours après l'intervention causale pour les autres (observations 2,3,4). Nous les avons prises en charge chirurgicalement de manières différentes. Trois patients (observations 1,2,3) ont été opérés par voie périnéale antérieure^{1,6}. Cette voie offre l'avantage de l'absence de dissection de l'ampoule rectale et du sphincter anal. Cependant la dissection au dessus de la fistule peut être difficile⁶ et le jour étroit qu'offre cette voie pourrait expliquer notre échec dans l'observation 2. Un patient a été opéré par voie abdomino transvésicale (observation 4). Cette voie offre l'avantage d'un jour convenable sur l'orifice urétral mais l'orifice rectal est mal exposé⁶; ceci nécessite un temps bas complémentaire qui n'a pas été réalisé dans notre cas. La voie abdominotranspéritonéale, utilisée dans notre étude devant un échec de la voie périnéale antérieure nous a donné satisfaction; cette voie qui permet après séparation des deux orifices fistuleux d'interposer du tissu musculaire ou épiploïque a permis à Loughlin et Orgill⁹ de traiter avec succès un patient porteur d'une fistule prostatorectale post-radique.

Nous n'avons aucune expérience de la voie de York Mason qui est actuellement la voie la plus utilisée pour la réparation des fistules prostatorectales^{4,11,12}. Elle donne un bon accès sur la fistule et les récides sont rares. De plus elle permet l'application des principes de réparation des fistules qui sont: résection du trajet fistuleux, sutures en tissu sain, décalage des sutures⁴. L'adjonction d'une colostomie qui augmenterait la sécurité de la réparation³ n'est pas partagée par tous^{11,12}. La colostomie ne doit pas dispenser du respect des principes de réparation de ces fistules; dans l'observation 4 le patient a récidivé deux mois plus tard à la suppression de la colostomie ce qui laisse supposer que le choix de la méthode de réparation n'était pas judicieux; cette fistule prostatorectale avec perte de substance de la paroi rectale et de l'urètre prostatique aurait dû bénéficier d'une interposition tissulaire séparant les sutures de l'urètre et du rectum (lambeau pédiculé ou interposition d'épiploon).

En conclusion, les fistules prostatorectales sont rares et surviennent dans des circonstances variées. Leur traitement est difficile et la voie d'abord utilisée doit permettre une bonne exposition des lésions et une bonne application des principes de réparation des fistules.

BIBLIOGRAPHIE

1. Nouri M, Tazi K, El Fassi J, Ibn Attya A, Hachimi M, Lakrissa A. Traitement des fistules uréthro-rectales. A propos de 5 cas. *Prog Urol* 1999, 9:137.
2. Rabii R, Fekak H, El Manni A, Joual A, Benjelloun S, El Mrini M. Fistule prostate-rectale tuberculeuse. *Prog Urol* 2002, 12:684.
3. El Ouakdi M, Guermazi H, Ayed M, Zmerli S. Traitement des fistules prostate-rectales. A propos de 5 cas. *J Urol (Paris)* 1988, 94:389.
4. Tazi K, El Fassi J, Koutani A, Ibn Attya A, Hachimi M, Lakrissa A. La voie de York Mason dans le traitement des fistules prostatorectales. *Prog Urol* 2001, 11:1335.
5. Suhler A, Leger P, Claude JM, Schimmel F, Viville C. Fistules prostatorectales ou uréthro-rectales. *Ann Urol* 1995, 29:31.
6. Delalande JP, Zimmern P. Traitement d'une fistule uréthrorectale par voie périnéale antérieure transanorectale. A propos d'une observation. *J Urol (Paris)* 1983, 89:529.
7. Seghaier SM, Ganouni A, Jeddi M, Jegham H. Traitement des fistules prostatorectales par voie d'abord postérieure transano-rectale. *Tunis Med* 1981, 59:432.
8. Chen J, Chou YH. Conservative treatment for prostatorectal or urethrorectal perforation during transurethral surgical procedures. *J Formos Med Assoc* 1990: 89:1107.
9. Loughlin KR, Orgill DP. The use of a rectus muscle flap in the repair of a prostate-rectal fistula. *J Urol* 2001, 166:620.
10. Lang W, Meister R. Surgical treatment of radiogenic prostate-urethra-rectum fistula. *Chirurg* 1990, 61:312.
11. Spinogatti P, Steckelmacher P, Nemry C, Libert M. Cure d'une fistule prostatorectale suivant York-Mason. *Acta Urologica Belgica* 1991, 59:65.
12. Henderson DJ, Middleton RG, Dahl DS. Single stage repair of rectourinary fistula. *J Urol* 1981, 125:592.

Tirés-à-part:

Dr. Koffi DJE
01 BP 5685
Abidjan 01
Côte d'Ivoire

dje_koff@yahoo.fr