

## FISTULE VESICO-CUTANEE PAR MIGRATION D'UNE LITHIASSE DE LA VESSIE ENCASTREE DANS LA CAVITE COTYLOÏDE: A PROPOS D'UN CAS

I. LABOU, M. JALLOH, L. NIANG, M. NDOYE, K.A. KONTÉ ET S.M. GUEYE  
Service d'Urologie Andrologie, Hôpital Général de Grand Yoff, Dakar, Sénégal

### INTRODUCTION

La lithiase urinaire est une pathologie fréquente ayant des circonstances de découverte et des étiologies variées. Nous rapportons un cas rare de lithiase localisée à la fois au niveau de la vessie et de la cavité cotyloïde occasionnant une fistule vésico-cutanée. Si la lithiase vésicale est fréquente, cette forme topographique et son corollaire de fistule demeurent une curiosité scientifique.

### OBSERVATION

M A. B, patient de sexe masculin âgé de 34 ans, a consulté pour un écoulement d'urines par une fistule en regard du grand trochanter droit.

L'écoulement a débuté 18 mois auparavant, accompagnée d'une disparition progressive de la miction normale qui n'est plus possible qu'après occlusion de l'orifice fistulaire par le doigt, d'une hématurie intermittente et des douleurs hypogastriques.

Dans ses antécédents on retrouve une douleur aiguë de la hanche droite remontant à environ 20 ans, accompagnée de tuméfaction s'étendant à la cuisse dans un contexte de fièvre, de frissons et de sueurs. Il aurait alors été hospitalisé et bénéficié d'un traitement médical et d'une immobilisation par un plâtre pelvi-pédieux pendant un mois. L'évolution s'était faite vers une boiterie par raccourcissement du membre inférieur droit.

L'examen de l'appareil urologique avait trouvé un orifice fistuleux en regard du grand trochanter droit et une douleur de l'hypogastre latéralisée à droite, dont la pression fait sourdre des urines claires par la fistule.

L'examen de l'appareil locomoteur avait trouvé une boiterie, un raccourcissement de la cuisse droite de 5 cm, une ascension du grand trochanter droit à hauteur de l'ilion. La hanche droite était ankylosée associée à une amyotrophie du membre inférieur homolatéral.

L'examen cyto bactériologique des urines a retrouvé une infection urinaire à *Escherichia Coli* sensible aux aminosides et aux céphalosporines de 3<sup>e</sup> génération.

La radiographie du bassin de face (Fig. 1) a montré une destruction de la tête et d'une partie du col fémoral droit qui est le siège de lésions lytiques diffuses avec ascension du massif trochantérien et une périostite du fémur. Elle montrait également une opacité de tonalité calcique bilobée dont la plus grande partie est sur l'aire de projection de la vessie et la plus petite dans la cavité cotyloïde.

L'urographie intra veineuse (UIV) a montré la présence d'une lithiase bilobée 8 cm de grand axe et 4 cm de petit axe, dont une partie était dans la vessie et l'autre dans la cavité cotyloïde associée à une fistule vésico-cutanée (Fig. 2), en outre elle montrait une légère dilatation des cavités pyélo-calicielles gauches.



Fig. 1: Radiographie du bassin montrant la lithiase associée à une lyse de la tête et du col du fémur. On note aussi une ascension du massif trochantérien

La tomодensitométrie a confirmé la lithiase associée à la lyse de la tête et du col du fémur. Elle montrait aussi une amyotrophie de la région glutéale droite.

L'exploration chirurgicale a été réalisée par voie sus-pubienne. La cystotomie a mis en évidence la lithiase qui est fixée par la partie intra articulaire à travers une brèche vésicale.

Devant l'impossibilité de mobiliser le calcul par voie endo vésicale, le calcul a été cassé au ras de la paroi osseuse et extrait, les berges de la vessie ont été avivées et suturées avec mise en place d'une sonde de Foley.

L'évolution avait été marquée par une suppuration au niveau de la plaie opératoire avec fistule vésico cutanée à J8 post opératoire. L'examen du prélèvement de pus avait isolé un *Staphylococcus Auréus* et un *Eschérichia Coli* multi résistant. La cicatrisation de la plaie a été obtenue à J25 post opératoire, jour de son exeat. Trois jours après l'ablation de la sonde réalisée à J30 post opératoire, était survenue une récurrence de la fistule vésico cutanée par la hanche ayant nécessité une reprise du drainage. Dès lors le patient avait été perdu de vue en refusant tout geste orthopédique..

## DISCUSSION

Nous décrivons un cas exceptionnel de lithiase vésicale, tant dans sa localisation que dans le trajet de la fistule vésico cutanée.

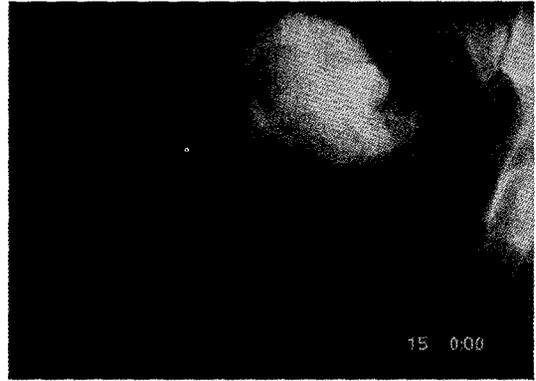


Fig. 2: Urographie intra veineuse montrant la lithiase bilobée intravésicale et intra acétabulaire, de même que le trajet fistuleux

En effet, ce type de fistule rare, s'explique par la communication de la vessie avec la cavité cotyloïde ce qui pose le problème du point de départ de la lithiase. L'imagerie a été décisive dans le diagnostic de lithiase. Il s'agissait en effet d'une lithiase radio opaque identifiée aussi bien par l'urographie intra veineuse (UIV) et la tomодensitométrie et d'un trajet fistuleux mis en évidence par l'UIV. L'UIV pour des raisons d'accessibilité est considérée comme l'examen de choix par certains auteurs comme Novac<sup>1</sup>, toutefois la tomодensitométrie demeure l'examen de référence pour le diagnostic des lithiases urinaires<sup>2</sup>.

Sur le plan thérapeutique, nous avons procédé à l'ablation du calcul intravésical en laissant en place la partie intra articulaire. Le traitement aurait été facilité par un abord en double équipe nécessitant la collaboration des orthopédistes.

Le grand problème posé par ce patient est l'étiologie de la lithiase. En particulier s'agit-il d'une lithiase initialement vésicale et migrant secondairement dans le cotyle ou le contraire? Il existe des arguments en faveur de l'origine articulaire.

Il s'agit du tableau vraisemblable d'ostéoarthrite ancienne avec calcification secondaire et érosion de la vessie qui à son tour est le siège de lithiase. Ceci est d'autant plus vraisemblable que Gallmetzer<sup>3</sup> a décrit un cas de fistule vésico cutanée secondaire à une arthroplastie de la hanche. La prise en charge

de ce patient demeure toutefois incomplète du fait de la persistance de la fistule et de la lithiasse intra articulaire. Cette prise en charge est rendue difficile par le refus du patient de bénéficier d'un traitement orthopédique et le fait qu'il soit perdu de vue.

### BIBLIOGRAPHIE

1. Novac C, Pricop C, Negru D, Gheorghiu V, Negru I. Rolul urografiei intravenoase in diagnosticul litiazei reno-ureterale in epoca noilor metode terapeutice. [The role of intravenous urography in the diagnosis of urinary tract lithiasis in the era of new therapeutical methods]. Rev.Med.Chir.Soc. Med.Nat.Iasi. 2002 Oct-Dec;106(4):851-855.
2. Kenney PJ. CT evaluation of urinary lithiasis. Radiol.Clin.North Am. 2003 Sep;41(5):979-999.
3. Gallmetzer J, Gozzi C, Herms A. Vesicocutaneous fistula 23 years after hip arthroplasty. A case report. Urol.Int. 1999;62(3):180-182

### Tiré -à- part:

Dr. Issa LABOU  
Service d'Urologie Andrologie  
Hôpital Général de Grand Yoff  
P.O.Box: 3270  
Dakar,  
Sénégal.

E-mail: laboukamy@yahoo.com