

FISTULA SIGMOIDO-VEZICALĂ – CAZ CLINIC

C. Lupașcu, N. Vlad, D. Andronic, A. Nistor, Anca Trifan*, Liliana Moisii**

Clinica I Chirurgie, Spitalul „Sf. Spiridon” Iași

*Institutul de Gastroenterologie și Hepatologie, Iași

**Clinica de Radiologie

Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr.T. Popa” Iași

SIGMOIDO-VEZICAL FISTULA – CASE REPORT (Abstract): A 61 years old woman was admitted in our surgical unit, complaining of diffuse abdominal pain for about 2 month, fever temperature as high as 38.5 degrees C, faecaluria and disuria. The preoperative assessment of colo-vesical fistula was optimally performed by a combination of clinical examination, ultrasonography, sigmoidoscopy, barium enema and computed tomography. A decision was taken to operate. The presence of a large mass at the level of the sigmoid, including an ileal loop, the vesical and the sigmoid itself, was discovered. It was thought appropriate to perform a segmentary sigmoidectomy with end to end anastomosis and a two layer cystoraphy. Postoperative course was uneventful, with 12 days hospital stay and healing. The pathological examination confirm the diagnostic of colic diverticulosis and diverticulitis.

KEY WORDS: COLON, DIVERTICULA, DIVERTICULITIS, SIGMOIDO-VEZICAL FISTULA

Corespondență: Dr. C. Lupașcu, Clinica I Chirurgie, Spitalul „Sf. Spiridon” Iași, Bd. Independenței nr. 1, Iași, 700111; e-mail: cristianlupascu@hotmail.com*

INTRODUCERE

Fistula colo-vezicală reprezintă o complicație a unei afecțiuni inflamatorii sau tumorale la nivelul micului bazin. Dintre bolile inflamatorii, diverticuloza sigmoidiană complicată cu sigmoidită, este cel mai frecvent incriminată, deși au fost citate etiologic atât rectocolita ulcero-hemoragică cât și boala Crohn. Deși diagnosticul clinic este de mare probabilitate în contextul existenței pneumaturiei și a fecaluriei, mulți dintre acești pacienți necesită folosirea unor mijloace complementare de diagnostic și/sau investigații preterapeutice. Diagnosticul pozitiv odată formulat, indicația de intervenție chirurgicală poate fi formală [1]. Scopul acestei prezentări de caz este de a semnala aspectele clinice caracteristice ale unei fistule sigmoideo-vezicale, mijloacele imagistice de confirmare a diagnosticului precum și problemele de tactică și tehnică chirurgicală ridicate de acest tip de complicație.

MATERIAL SI METODĂ

Pacienta T.M. în vârstă de 61 de ani a fost spitalizată în Clinica I Chirurgie Iași în luna iulie 2005, prin transfer de la Institutul de Gastroenterologie și Hepatologie (I.G.H.) Iași. Pacienta prezenta dureri abdominale difuze, cu intensitate sporită în hipogastru, datând de peste 2 luni, febră de peste 38° C, polakiurie cu tenesme vezicale, disurie și fecalurie. Din *antecedente*, reținem episoade frecvente de infecție urinară și o intervenție chirurgicală abdominală pentru un presupus chist ovarian efectuată într-un alt serviciu, cu aproximativ o lună înaintea internării la I.G.H. Iași.

La *examenul general* nu se pun în evidență modificări semnificative, cu excepția unei obezități de gradul II. *Examenul local* al abdomenului evidențiază un panicul adipos bogat reprezentat, cu existența unei plăgi operatorii mediană, subombilicală, în curs de cicatrizare;

* received date: 01.11.2005

accepted date: 12.11.2005

de asemenea, se constată dureri difuze, nesistemizate, cu intensitate maximă la nivelul hipogastrului, fără palparea vreunei mase abdominale evidente. Micțiunea este dificilă, dureroasă, însoțită de tenesme iar urina este tulbure (conținut fecaloid). Probele de *laborator*, hematologice și biochimice erau în limite normale.

Examenul ecografic abdominal (Fig. 1) evidențiază un ficat steatozic, discret mărit de volum, iar intravezical o imagine hiperecogenă de cca. 21 mm și alte câteva mai mici (resturi de bariu sau fecaloame intravezicale).

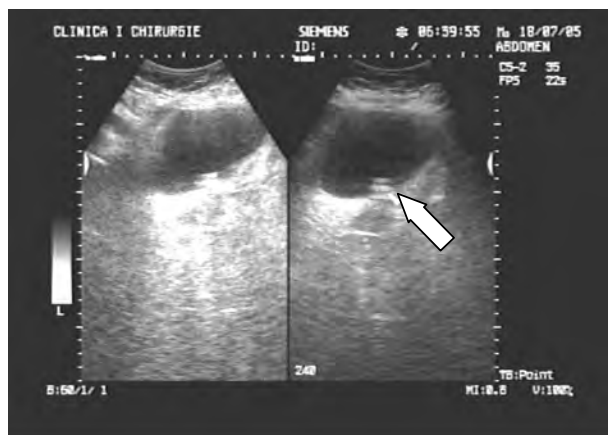


Fig. 1 Ecografie preoperatorie
imagine hiperecogenă intravezicală

Recto-sigmoidoscopia arată diverticuloză colonică, aspect de diverticulită cu îngustarea cvasitotală a lumenului sigmoidian, explorarea devenind ulterior imposibilă datorită durerilor acuzate de pacientă.

Irigografia (Fig. 2) confirmă existența imaginilor multiple de diverticuli sigmoidieni, aspectul edematos al mucoasei colice și existența unei fistule sigmoido-vezicale, care duce la umplerea vezicii urinare cu substanță de contrast.



Fig. 2 Irigografie preoperatorie
în cerc, traiectul fistulos

La *examenul computer tomografic (CT) al pelvisului*, pe secțiunile efectuate după clisma baritată și fără substanță de contrast administrată intravenos, se observă prezența

contrastului și aerului în interiorul vezicii urinare (Fig. 3). Nu se evidențiază un traiect fistulos propriu-zis. De asemenea, CT relevă diverticuli de mici dimensiuni pe colonul sigmoid.

În acest context clinic și imagistic, diagnosticul pozitiv este de *diverticuloză sigmoidiană cu diverticulită complicată cu fistulă sigmoideo-vezicală*. Se decide intervenția chirurgicală. După o pregătire preoperatorie adecvată, incluzând antibioterapie și o corectă pregătire a colonului, se intervine chirurgical printr-o laparotomie mediană subombilicală prelungită supraombilicală. Intraabdominal se descoperă un bloc sclero-inflamator pelvin în care sunt înglobate colonul sigmoid și rectul, ultimele două anse ileale, vezica urinară la nivelul feței sale posterioare, uterul și marele epiploon.

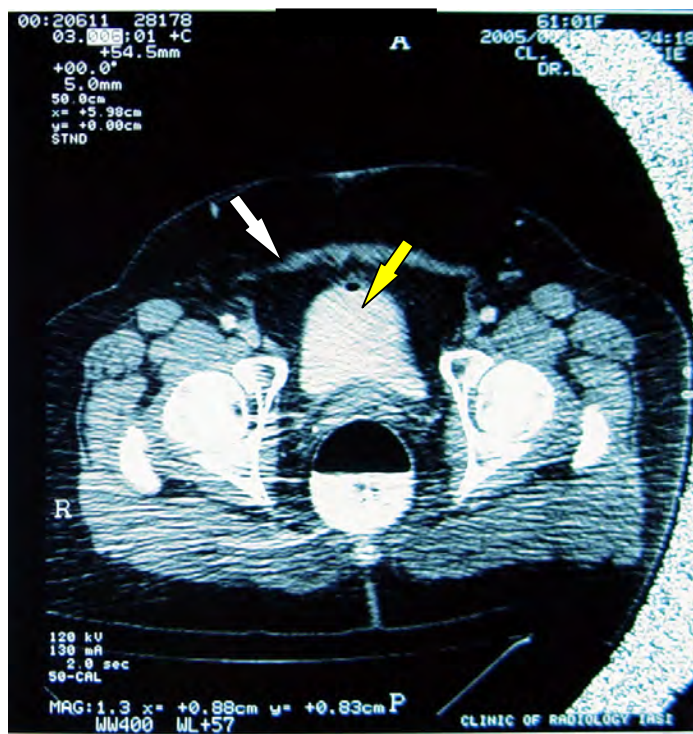


Fig. 3 Computer tomografie preoperatorie după clismă baritată, fără administrare intravenoasă de substanță de contrast. prezența aerului (săgeata albă) și a contrastului (săgeata galbenă) în vezica urinară

Disecția atentă a acestor elemente permit izolarea ileonului și uterului, care este hipotrofic, involuat, mult coborât în pelvis. La nivelul sigmoidului inferior (care are peretele mult îngroșat și inflamă, cu diverticuli) se deschide o comunicare îngustă între sigmoid și vezica urinară. Breșa vezicală este de mici dimensiuni, cu margini anfractuoză, scleroase, permițând introducerea prin ea a unui explorator metalic care pătrunde facil în vezică. După excizia traiectului fistulos vezical în țesut sănătos, se suturează breșa vezicală în 2 planuri cu acid poliglicolic 3-0, în fire separate, sub protecția unei sonde Foley 12 Ch. După izolarea sigmoidului patologic, se identifică ureterul de pe partea stângă și se izolează de atmosfera sclero-inflamatorie. Se procedează la o rezecție sigmoidiană segmentară până în țesut sănătos, cu anastomoză temino-terminală în 2 planuri. Controlul etanșeității suturii vezicale s-a realizat prin instilarea de albastru de metilen pe sonda urinară. Drenajul cavității peritoneale și parietorafia anatomică încheie intervenția chirurgicală.

Examenul anatomo-patologic a confirmat existența a numeroși diverticuli pe piesa de exereză sigmoidiană, cu granuloame giganto-celulare de corp străin în centrul unor microabcese, unele dintre ele constituite prin distrugerea totală a unor diverticuli de mucoasă. Nu

existau aspecte tumorale maligne la nivelul traiectului fistulos, a piesei de exereză sau a ganglionilor limfatici adiacenți. Evoluția postoperatorie a fost simplă, cu menținerea sondei urinare timp de 10 zile și externarea pacientei la 12 zile postoperator.

DISCUȚII ȘI CONCLUZII

Fistula sigmoido-vezicală este o consecință relativ frecventă a diverticulozei complicate cu diverticulită sigmoidiană. Etiologia diverticulară a fistulei colo-vezicale este mai frecventă decât boala Crohn sau cancerul. La femei această fistulă apare mai ales în condițiile în care pacienta are o histerectomie în antecedente [2].

Simptomatologia clinică include infecții urinare recurente, fecalurie și pneumaturie [3]. În contextul unei obstrucții a tractului urinar inferior (hipertrofie de prostată la bărbați), aceasta fistulă se poate complica prin infecții urinare ascendente și sepsis. Computer tomografia este explorarea imagistică de bază în stabilirea diagnosticului, prin evidențierea aerului în vezică și eventual existența substanței de contrast la acest nivel după administrarea ei transrectală.

Irigografia evidențiază traiectul fistulos la mai puțin de 50% dintre cazuri. Cistoscopia (care nu a fost efectuată la cazul prezentat), poate arăta leziuni de cistită sau edem bulos la nivelul ariei fistuloase. Colonoscopia este necesară pentru excluderea unei neoplazii colice și ghidarea atitudinii chirurgicale.

Tratamentul chirurgical al unei fistule colo-vezicale cauzate de diverticulită constă în excizia segmentului de colon conținând perforația. Un rol esențial trebuie acordat identificării ureterelor, unii autori preferând o cateterizare imediat preoperatorie a acestora prin cistoscopie [4].

Dacă fistula interesează vezica urinară, defectul parietal vezical poate fi suturat primar, iar dacă breșa nu este de dimensiuni semnificative, cateterismul vezical cu sondă Foley menținută timp de 10 zile poate fi suficient pentru închiderea spontană a fistulei [5]. Dacă inflamația locală nu este foarte severă și extinsă, operația se poate efectua într-un singur timp constând în rezecția sigmoidiană cu anastomoză primară. În caz contrar, este de preferat efectuarea unei rezecții colice de tip Hartmann, urmând ca restabilirea continuității digestive să se facă într-un timp ulterior; alternativa este o rezecție colică cu anastomoză primară protejată de o colostomie temporară proximală. În rare situații, procesul inflamator local și sepsisul nu permit efectuarea în siguranță a unei rezecții sigmoidiene, astfel încât se recurge la efectuarea unei colostomii laterale deasupra zonei de perforație [6].

BIBLIOGRAFIE

1. Cennamo A, Tolomeo R, Falsetto A, Polito A, Di Giacomo D, Pascale V. Complication of acute diverticulitis: colo-vesical fistula (a clinical case). *Ann Ital Chir.* 2002; 73(3): 311-315
2. Cappele O, Scotte M, Sibert L, Songne B, Grise P, Teniere P. Role of complementary tests in the management of colo-vesical fistula. *Prog. Urol.* 2003; 11(4): 667-671.
3. Tiguert R, Gheiler EL, Tefilli MV, Wood DPJr, Edson Pontes J. Treatment of colo-vesical fistulas in one stage operation. *Prog. Urol.* 1998; 8(4): 507-510.
4. Kitamura M, Namiki M, Nonomura N, Mondden T, Okuda H, Sonoda T. A pseudotumor of the urinary bladder secondary to diverticulitis of the sigmoid colon with colo-vesical fistula: a case report. *Urol Int.* 1987; 42(3): 234-236.
5. Casaccia M, Campisi C, Pellicari D, Zunino P, De Rosa E, Moretti F. Colo-vesical fistulas in acute pathology of the colon. *Minerva Chir.* 1978; 33(21): 1553-1560.
6. Kodner JI, Robert DF, Fleshman JW, Read TE. Disorders of colonic Physiology. Diverticular Disease. In: *Principles of Surgery*, Schwartz S., Seymour S. editors. New York: Mc Graw-Hill; 2000. p. 1280-1281.