

Un diagnostic différentiel difficile

Fistule appendico-entéro-vésicale

Iwona Urbanowska-Staudinger, médecin diplômée; Dr méd. Adrienne Imhof

Klinik für Chirurgie, Kantonsspital Schaffhausen, Schaffhausen

Contexte

Les fistules appendico-entéro-vésicales sont très rares. Sur PubMed, la recherche «vesico appendicular fistula» ne donne que 64 exemples de cas. Seuls 4% environ de toutes les fistules entéro-vésicales apparaissent en lien avec l'appendice iléo-cæcal [1]. Les hommes sont touchés de façon disproportionnée, environ quatre fois plus que les femmes [2]. Le plus souvent, le diagnostic est posé à l'âge de 10–40 ans [2]. En raison des symptômes non spécifiques, la pose du diagnostic est difficile et elle est généralement retardée.

La littérature spécialisée rapporte peu de cas chez les femmes. La présente étude de cas élargit le corpus littéraire avec la description d'une fistule appendo-entéro-vésicale chez une patiente de 71 ans.

Rapport de cas

Anamnèse

Une patiente de 71 ans se plaignant de douleurs au flanc gauche depuis plus d'une semaine se présente aux urgences de notre clinique. En consultant son dossier, nous apprenons qu'elle a subi dix ans auparavant une pyélographie rétrograde avec pose d'un cathéter en queue de cochon côté gauche, suivis d'une endopyélotomie gauche en raison d'une sténose ostiale pyélo-urétérale gauche (supposée d'origine vasculaire). À l'époque, la vessie de la patiente a été décrite comme sans particularité.

Examen clinique

L'examen clinique apporte peu d'informations et montre une douleur à la pression avec tension de défense locale dans l'épigastre gauche, ainsi que des douleurs au flanc gauche.

Résultats

Les analyses de laboratoire révèlent des paramètres inflammatoires élevés (leucocytes 28 g/l, protéine C réactive [CRP] 57 mg/l). La

culture d'urine montre la présence de *Klebsiella pneumoniae* ($>10^5/\text{mm}^3$).

L'échographie révèle une énorme hydronéphrose côté gauche. Sur la base de la sténose ostiale connue, une pyonéphrose est avancée comme diagnostic différentiel.

La tomodensitométrie (TDM) abdominale met en évidence une pyélonéphrite gauche avec rétention urinaire. L'attention est en outre attirée sur l'irrégularité de la paroi vésicale, parsemée de bulles d'air.

Premières mesures thérapeutiques

En raison de la suspicion d'une récurrence de sténose ostiale pyélo-urétérale côté gauche, une pyélographie rétrograde est réalisée par l'urologue, avec pose d'un cathéter en queue de cochon. La cystoscopie réalisée met en lumière une urine exceptionnellement trouble et putride comportant même des corps solides

Suite du diagnostic différentiel et évaluation

À l'anamnèse approfondie, lors d'une interrogation plus précise et plus insistante de la patiente, celle-ci fait état d'une pneumaturie depuis quelques temps.

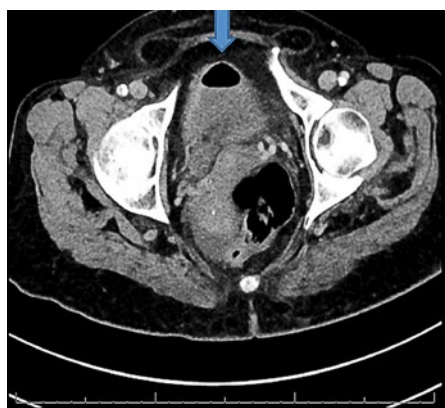


Figure 1: Tomodensitométrie abdominale, coupe axiale, avec représentation de l'air dans la vessie (flèche).

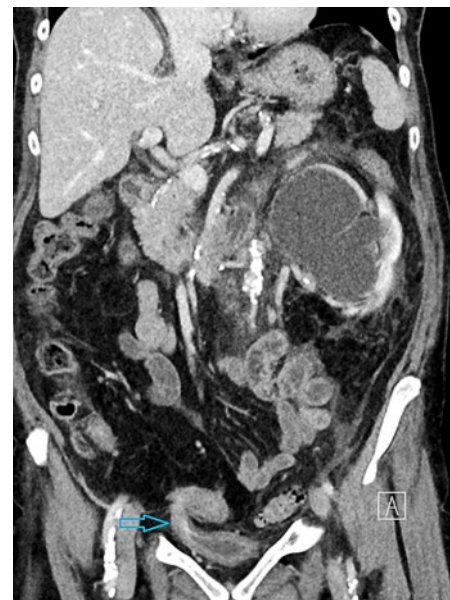


Figure 2: Tomodensitométrie abdominale, coupe coronaire: une fistule se distingue rétrospectivement (flèche).

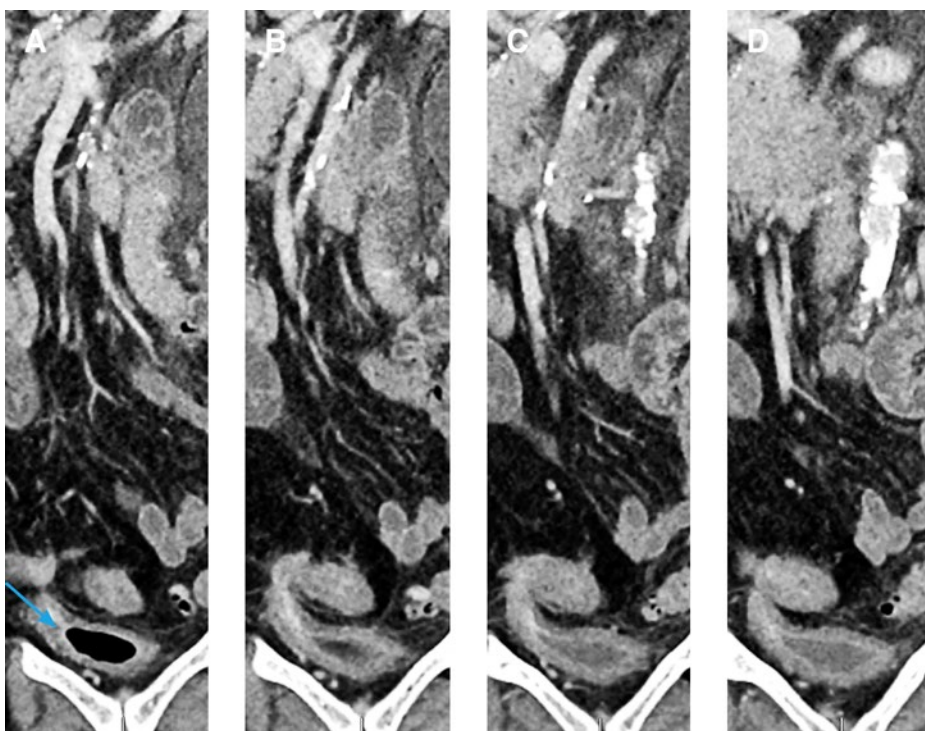
En considérant attentivement les clichés tomodensitométriques, une bulle d'air dans la vessie indiquant une fistulation se reconnaît clairement, avant toute manipulation instrumentale (pas de cathétérisme, pas de cystoscopie, etc.) (fig. 1).

En synthétisant l'anamnèse, les résultats d'analyses et les clichés d'imagerie (fig. 2 et 3A–D), nous en arrivons à la conclusion qu'il doit y avoir une fistule entéro-vésicale. La fistule prend le plus probablement son origine dans le côlon car il existe une diverticulose connue du côlon sigmoïde.

Traitement

La patiente subit une préparation nutritive et antibiotique avant l'opération, de sorte qu'une situation cliniquement stabilisée permette une laparoscopie.

Le cas particulier



Figures 3: A–D) Coupes coronaires successives de la tomodensitométrie: représentation de la vessie avec connexion à l'appendice (flèche). **A)** Air visible dans la vessie.

L'aperçu diagnostique montre un côlon sigmoïde non irrité et non enflammé, il n'y a pas d'adhérences au toit vésical.

La vessie est remplie de bleu de méthylène. Elle met en lumière une fistulation entre la vessie et un conglomerat de l'intestin grêle dans l'hypogastre droit, dans la région de l'iléum terminal. Étant donné qu'une étiologie maligne n'est pas exclue, la décision est prise de réaliser une hémicolectomie droite avec iléo-transversostomie isopéristaltique bord à bord.

Le conglomerat se détache sans problème du toit vésical, il est plicaturé, et son étanchéité est de nouveau vérifiée avec du bleu de méthylène. Une partie de l'opération est visible en vidéo dans l'annexe de l'article en ligne.

L'inspection de la préparation donnée révèle finalement une fistule appendico-entéro-vésicale (fig. 4).

Histologie

L'analyse histologique révèle une fistulation entéro-entérale, en partie recouverte d'épithélium,

avec pointe appendiculaire attenante fibrolipomateuse et oblitérée. L'appendice iléo-cæcal en lui-même ne montrait aucune altération inflammatoire sûre. La muqueuse de l'intestin grêle présente une inflammation nodulaire, de faible grade, aiguë, à ulcération focale, avec altérations structurales, agrégats lymphocytaires transmurales, musculaire muqueuse dilatée et hyperplasie du tissu nerveux. Une malignité peut être exclue.

Évolution

La suite de l'évolution est sans complication du côté de la fistule appendico-entéro-vésicale, mais une récurrence de la sténose ostiale pyélo-urétérale se développe et implique une nouvelle pyéloplastie laparoscopique.

Discussion

Différents tableaux cliniques sont suggérés pour expliquer la cause de l'apparition d'une fistule appendico-entéro-vésicale, comme une appendicite passée inaperçue, une tumeur, un traumatisme, une maladie de Crohn, une maladie de Hirschsprung, ou une tuberculose [3]. Chez notre patiente, aucun de ces diagnostics n'a été posé et, rétrospectivement, il n'y avait pas non plus de signes en ce sens. La cause reste donc floue.

L'explication la plus plausible de la fréquence nettement accrue des fistules appendico-entéro-vésicales chez les hommes par rapport aux femmes réside dans la position de l'utérus [2]. Celui-ci complique l'apparition d'une liaison entre l'appendice et la vessie. Notre patiente n'avait pas subi d'hystérectomie.

En l'absence de symptômes, ou en présence de symptômes non spécifiques, la pose du diagnostic d'une fistule appendico-entéro-vésicale est très difficile et dure en moyenne une à plusieurs années à partir des premiers symptômes [2]. Notre patiente ne présentait aucun trouble avant la pyélographie (c'est-à-dire avant la pose du diagnostic). Une pneumaturie n'était évaluable qu'après interrogation.

Les symptômes suivants, pouvant survenir en cas de fistule appendico-entéro-vésicale, sont décrits [3]: antécédent de douleurs hypogastriques droites (indiquant une appendicite aiguë passée inaperçue), douleurs hypogastriques droites chroniques, infections urinaires récurrentes, pneumaturie, fécalurie, diarrhée. Par rapport à d'autres fistules entéro-vésicales, la pneumaturie et la fécalurie sont beaucoup plus rares en raison de l'absence d'écoulement par l'appendice iléo-cæcal.

Les bactéries typiques que l'on retrouve dans la culture d'urine en cas de fistule appendico-entéro-vésicale sont *Escherichia coli* ou *Klebsiella pneumoniae* (cette dernière a été mise en évidence chez notre patiente).

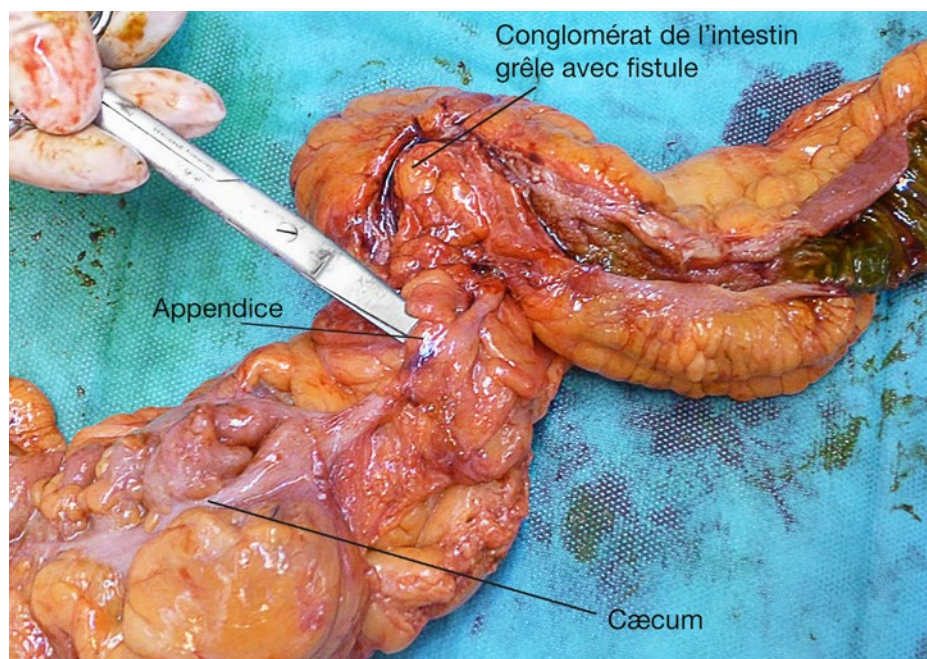


Figure 4: Préparation après la résection.

L'essentiel pour la pratique

- En cas d'infections urinaires récidivantes, de pneumaturie et/ou de fécalurie, il convient de songer lors du diagnostic différentiel à une fistule appendico-vésicale.
- La fistule et des signes de celle-ci doivent être recherchés par des examens d'imagerie (IRM, TDM ou cystographie).
- La fistule doit être traitée par une intervention chirurgicale, avec une appendicectomie laparoscopique simple et une plicature vésicale.
- Le pronostic postopératoire est généralement bon.

Des cas isolés d'acidose métabolique hypokaliémique et hyperchlorémique ont été décrits [4], avec une évolution très sévère. La cause réside dans le reflux d'urine dans le côlon via l'appendice iléo-cæcal, en raison du gradient de pression entre l'appendice iléo-cæcal et la vessie. Outre les diarrhées, cette acidose métabolique peut conduire à une oligurie, voire à une anurie. En cas de fistule colo-vésicale, le gradient de pression évolue de façon inverse en raison des pressions élevées dans le côlon par rapport à la vessie.

Le diagnostic peut être posé par cystographie, cystoscopie, imagerie par résonance magnétique (IRM), TDM, ou cystographie-TDM. La TDM semble être la méthode la plus fiable [5]. Par TDM, la fistule en elle-même ne peut généralement être que supposée; il n'existe le plus souvent que des signes indirects de celle-ci, tels que de l'air dans la vessie ou des fécalomes calcifiés dans la paroi vésicale. La cystoscopie ne permet de voir l'ouverture de la fistule que dans environ 40% des cas [6].

Une fois le diagnostic posé, la coloscopie doit ensuite permettre d'exclure une maladie intestinale (comme la maladie de Crohn ou un malignome).

La fistule requiert une intervention chirurgicale avec appendicectomie et plicature vésicale, éventuellement avec patch d'omentum, puis pose d'un cathéter vésical [5].

Correspondance

Iwona Urbanowska-Staudinger
Klinik für Chirurgie
Kantonsspital Schaffhausen
Geissbergstrasse 81
CH-8208 Schaffhausen
[iwona.urbanowska-staudinger\[at\]hjn.ch](mailto:iwona.urbanowska-staudinger[at]hjn.ch)

Remerciements

Nous remercions le Docteur Stefan Seidel, médecin-chef en radiologie à l'hôpital cantonal de Schaffhouse, pour les clichés radiologiques, ainsi que la Doctoresse Renata Flury, médecin-chef en pathologie à l'hôpital cantonal de Winterthour, pour les analyses pathologiques.

Disclosure Statement

L'auteure et l'auteur ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts potentiels.

L'annexe est disponible sur <https://doi.org/10.4414/fms.2023.09184>.

Références

- 1 Parton LI. Appendico-vesical Fistula Report of a Case and Survey of the Literature. *BJS Br J Surg*. 1958;45(194):583–8.
- 2 Sharifiaghdas F, Ghaed M, Mirzaei M. Appendico-vesical Fistula in a Woman. *Urol J*. 2014;11(3):1703–5.
- 3 Doherty AP, Whitfield HN. A Case of Appendico-vesical Fistula. *J R Soc Med*. 1992;85(12):757.
- 4 Keane S, Tebala G. Appendico-vesical Fistula presenting as Hypokalaemic Hyperchloraemic Metabolic Acidosis: A Case Report. *Ann R Coll Surg Engl*. 2019;101(6):e131–e132.
- 5 Chung C-W, Kim KA, Chung J-S, Park DS, Hong JY, Hong YK. Laparoscopic Treatment of Appendicovesical Fistula. *Yonsei Med J*. 2010;51(3):463–5.
- 6 Alis D, Samanci C, Namdar Y, Ustabasioglu FE, Yamac E, Tutar O, et al. A Very Rare Complication of Acute Appendicitis: Appendicovesical Fistula. *Case Rep Urol*. 2016;2016:4517029.



Iwona Urbanowska-Staudinger,
médecin diplômée
Klinik für Chirurgie, Kantonsspital
Schaffhausen, Schaffhausen