

LA FISTULE URÉTRO-PROSTATO-RECTALE : À PROPOS D'UN CAS À LA CLINIQUE UNIVERSITAIRE D'UROLOGIE-ANDROLOGIE DU CNHU-HKM DE COTONOU BENIN

URETRO-PROSTATO RECTAL FISTULA: ABOUT A CASE AT TEACHING CLINIC OF UROLOGY-ANDROLOGY OF NATIONAL TEACHING HOSPITAL-HKM OF COTONOU-BENIN

HODONOU F.¹, AVAKOUDJO J.¹, GANDAHO I.², NATCHAGANDE G.¹, AGOUNKPE M.M.¹, YEVI I.¹, HOUNNASSO P.P.¹

1- Unité d'Urologie – Andrologie. Faculté des Sciences de la Santé Cotonou BENIN

2- Service de Chirurgie du CHD-BORGOU

Auteur correspondant: HODONOU Fred. Email : martini_bj@yahoo.fr Tel : 00229 96996611 03BP 3966 Cotonou BENIN

Résumé :

Les fistules prostatorectales sont une pathologie rare, d'étiologies variées.

Nous rapportons un cas de fistule prostatorectale chez un sujet jeune, tuberculeux, de sérologie VIH positive et sous traitement. Sa mise en évidence a été faite à l'urétrocystographie rétrograde et mictionnelle (UCRM). Il a bénéficié d'une dérivation urinaire par cystostomie, ce qui a permis l'assèchement de la fistule.

Mots clés : Fistule - Prostate – Rectum – Tuberculose - VIH

Summary:

Prostato-rectal fistulas are a rare pathology with varied etiology. We report a case of prostato-rectal fistula in a young patient, infected with tuberculosis and HIV. He is under treatment. The diagnosis was confirmed by voiding and retrograde urethrocytogram. He received a urinary diversion by cystostomy, allowing recovery of the fistula.

Keywords: *Fistula – Prostate - Rectum - Tuberculosis - HIV*

INTRODUCTION

Les fistules prostatorectales sont une pathologie rare d'étiologie variées. Elles sont souvent le fait de chirurgies rectale et urinaire mais aussi parfois d'origine infectieuse, congénitale et néoplasique [3]. Elles peuvent également être d'origine traumatique. La tuberculose urogénitale représente 20 à 73% de toutes les localisations extrapulmonaires de la tuberculose avec une localisation prostatique variable de 4 à 77%. [4]

Nous rapportons ici le cas d'une fistule prostatorectale chez un patient tuberculeux et atteint du Virus d'Immunodéficience Humaine (VIH).

OBSERVATION

Mr H.A. 37 ans, avait consulté pour émission d'uri-

nes par l'anus. La symptomatologie évoluait depuis 2 semaines environ. Le patient n'avait pas d'antécédent de chirurgie prostatique ni rectale. Il s'agissait d'un sujet porteur du VIH1 sous traitement depuis un an avant son admission. Ce traitement était fait de : Lamivudine + Zidovudine et Efavirenz. Il était également sous traitement anti tuberculeux selon le protocole court de 6 mois : 2 mois d'Ethambutol (E) + Rifampicine (R) + Isoniazide (H) + pyrazinamide (Z) (ERHZ) et 4 mois de RH pour une miliaire tuberculeuse avec recherche de Bacille-Acido-Alcool-Résistant (BAAR) négative depuis 3 mois avant son admission. Le taux des lymphocytes CD4 était de 155 cellules/ μ l.

Le toucher rectal n'avait pas objectivé d'orifice fistuleux.

À l'urétrocystoscopie, il est objectivé un remaniement fibreux important sous forme de voile à l'entrée de l'urètre prostatique empêchant le passage du cystoscope.

L'urétrocystographie rétrograde et mictionnelle (UCRM) a permis de mettre en évidence une fuite du produit de contraste de l'urètre prostatique vers le rectum. La vessie n'a pas été opacifiée par voie rétrograde (figure 1).



Figure 1 : Cliché d'urétrocystographie rétrograde et mictionnelle montrant la fistule uréthro-prostato-rectale.

Le diagnostic de fistule prostatorectale d'origine tuberculeuse probable sur terrain VIH a été posé. Le patient a bénéficié d'une cystostomie associée à une poursuite des traitements antituberculeux et antirétroviraux. L'examen cytbactériologique des urines réalisé a objectivé une leucocyturie abactérienne à 106 éléments /ml.

La fuite d'urines par l'anus a progressivement régressé avec amendement complet au bout de 2 mois. La cystostomie a été fermée et le patient avait repris une miction normale. Aucune rechute n'a été constatée après un recul de 6 mois.

DISCUSSION

Les fistules prostatorectales sont rares [1,2]. Les cas rapportés dans la littérature sont soit uniques [3,4] ou portent sur de courtes séries [5]. Les étiologies sont diverses et les fistules d'origine infectieuse sont encore plus rares [3]. VITHIYA précise qu'elles surviennent spécialement chez les sujets immuno-déprimés [2]. L'augmentation du nombre de sujets immunodéprimés pourrait accroître la fréquence de cette pathologie [4].

Le cas présenté est en effet un sujet tuberculeux et vivant avec le VIH, suivi et sous traitement. L'apparition secondaire de la tuberculose chez ce patient est en fait une affection opportuniste qui serait cause de la fistule. La tuberculose prostatique est principalement vue chez des sujets immuno-déprimés [6]. Mais EOM [1] et VITHIYA [2] rapportent respectivement un cas d'abcès tuberculeux prostatique avec fistule prostatorectale après instillation de BCG pour tumeur vésicale et un cas d'abcès tuberculeux prostatique chez un sujet immunocompétent.

La survenue de fistule prostatorectale semble être due à l'évolution creusante de l'abcès tuberculeux prostatique qui peut se fistuliser vers le périnée et le rectum [4]. SADAMOTO signale la rareté des abcès prostatiques qui seraient seulement vus chez les patients diabétiques ou immunodéprimés [5] et MAC GILLIVRAY recommande de rechercher une immunodéficience en cas de fistules prostatorectales [7]. Le principal motif de consultation est l'émission d'urines par l'anus. Ce signe clinique est constant dans toutes les séries de la littérature [3,4,8,9,notre étude]. L'émission d'urines par le rectum au moment de la miction est un signe spécifique de la fistule urétroprostatorectale [4]. Nous n'avons noté aucun autre signe clinique mais il peut être retrouvé une pneumaturie ou une fécalurie. Cette dernière selon EL KAMI est rare et témoignerait de l'importance de la communication [8].

La mise en évidence de l'orifice fistuleux peut être faite au toucher rectal qui en appréciera la taille et la localisation. Lorsqu'elle ne le permet pas, divers examens complémentaires pourront être réalisés.

Nous avons réalisé dans un premier temps une urétrocystoscopie non contributive, ce qui a motivé la réalisation d'une urétro cystographie rétrograde et mictionnelle (UCRM). L'UCRM semble être l'examen de choix. Il est fréquemment retrouvé dans la littérature [3,8,9,7,10]. Il permet de confirmer la fistule et d'en préciser le siège [10].

Comme le proposent DJE [3], RABII [4], THOMAS [11], KUMAR [12], NOWI [10], notre traitement a consisté en un drainage vésical, une cystostomie en l'occurrence. C'est le traitement de première ligne selon KUMAR [12] qui y associe la chimiothérapie antituberculeuse. Notre patient était déjà sous traitement antituberculeux et antirétroviral. Cette attitude thérapeutique s'accorde avec celle de DJE et RABII [3,4]. Nous avons obtenu un assèchement en 60 jours de la fistule tandis que RABII l'obtenait en 45 jours [4] et KUMAR en 30 jours [12]. Ces résultats sont conformes aux recommandations de THOMAS [11] qui préconise un drainage vésical pendant une durée minimale de 4 semaines. Des délais plus longs de 9 mois sous traitement anti tuberculeux ont été notés par EOM pour son cas d'abcès prostatique avec fistule prostatorectale [1].

DJE, KUMAR et WIERSMA proposent aussi une colostomie temporaire [3,12,13].

D'autres méthodes de traitement des fistules prostatorectales sont utilisées. Elles sont surtout chirurgicales et la plus consensuelle reste celle de York-Mason qui donne de bons résultats [6]. BENSOUA notait 91% de taux de succès avec le procédé de York-Mason [9].

CONCLUSION

Les fistules urétro-prostatorectales sont rares surtout celles d'origine infectieuse qui sont le fait de la tuberculose et ou du VIH. La recturie et l'image urographique rendent le diagnostic plus aisé. Le traitement consiste en une dérivation urinaire associée à une antibiothérapie adaptée, ce qui donne de bons résultats. Le traitement chirurgical est de deuxième intention.

REFERENCES

- 1- EOM J.H., YOON J.H., LEE S.W., KIM H.S., PARK T.Y., BANG C.S., BAIK G.H., KIM D.J. Tuberculous Prostatic Abscess with Prostatorectal Fistula after Intravesical Bacillus Calmette-Guérin Immunotherapy. Clin Endosc. 2016;49:488-491.
- 2- VITHIYA G., RAJENDRAN T., MARIAPPAN, KUMAR H. Tubercular prostate abscess in an immunocompetent patient Indian J Tuberc. 2015; 62(2):110-113.
- 3- DJE K., LEBEAU R., COULIBALY N., VODI C.C., SANGARE I.S. Les fistules urétrorectales à propos de 4 cas. Afr. J. Urol. 2005; 11(3):240-243.
- 4- RABII R., FEKAK H., EL MANNI A., JOUAL A. Fistule prostatorectale tuberculeuse. Prog Urol 2002;

12(4):684-686.

5- SADAMOTO Y., ARAKI Y., HARADA N., HAMADA S. A case of rectoprostatic fistula due to prostatic abscess visualized by barium enema. *Br J Radiol* 1999; 72:1016-1017.

6- KA G. Prostatic tuberculosis in an HIV infected male. *Sex Transm Infect.* 2002; 78(2):147-148.

7- MAC GILLIVRAY D., DAGASH H. Tuberculosis prostatico-cutaneous fistula. *Br J Urol* 2002; 89:466.

8- EL KAMI H., MOUAD S., TARIQ K.

Management of prostatorectal fistulas: experience with eight cases. *WebmedCentral UROLOGY* 2011; 2(7):WMC002053.

9- BENSOUDEA A., ELKHADER K., SBIHI L., BENKABBOU A. Les fistules urodigestives *Tunis Med* 2010; 88(11):814-819.

10- NOWI M., TAZI K., EL FASSI J., IBN ATTYA A.

Traitement des fistules uréthro-rectales. A propos de 5 cas. *Prog Urol* 1999; 9 :137-141.

11- THOMAS C., JONES J., JAGER W., HAMPEL C. Incidence, clinical symptoms and management of recto urethral fistulas after radical prostatectomy.

J Urol 2010; 183:608-612.

12- KUMAR S., KEKRE S.N., GOPALAKRISHNAN G. Diagnosis and conservative treatment of tubercular rectoprostatic fistula. *Ann R Coll Surg Engl* 2006; 88(1):26.

13- WIERSMA R. HIV positive African children with rectal fistulae. *J Pediatr Surg* 2003; 38(1):62-64.