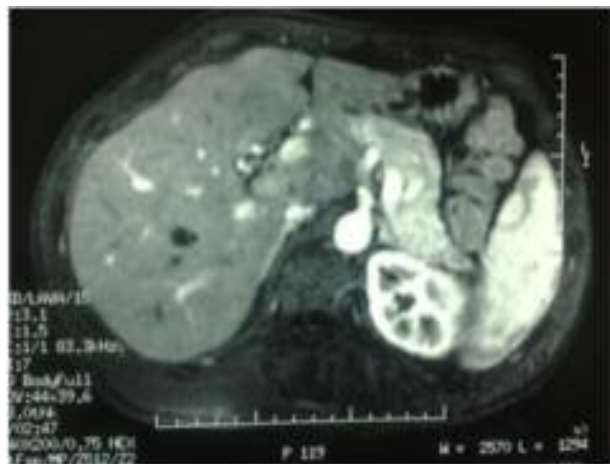


Figure 3: IRM abdominale montrant le processus tumoral



Conclusion

Le diagnostic de tuberculose pancréatique peut être méconnu du fait de sa rareté et de son tableau clinique parfois trompeur mimant une tumeur pancréatique. Le diagnostic doit être évoqué devant une masse hypodense du pancréas associés à des adénopathies péripancréatiques. La cytoponction avec étude cytologique et histologique assoie le diagnostic et permet de traiter l'affection par une association d'antibiotiques spécifiques évitant toute laparotomie, voire toute résection inutile.

Ayadi Sofiene MD, Daghfous Alifa MD**, Maghrebi Houcine MD*, Belhadj Anis MD*, Makni Amine MD*, Rebai Wael MD*, Bedioui Heykal MD*, Fteriche Fadhel MD*, Ksantini Rachid MD*, Chebbi Faouzi MD*, Jovini Mohamed MD*, Kacem Montassar MD*, Ben Safta Zoubair MD*.*

**service de chirurgie A. Hopital La Rabta Tunis.*

*** service de radiologie. Hopital Ben Arous. Tunis.*

Faculté de médecine El Manar Tunis Tunisie

Fistule sigmoïdo-vésicale compliquant une sigmoïdite diverticulaire.

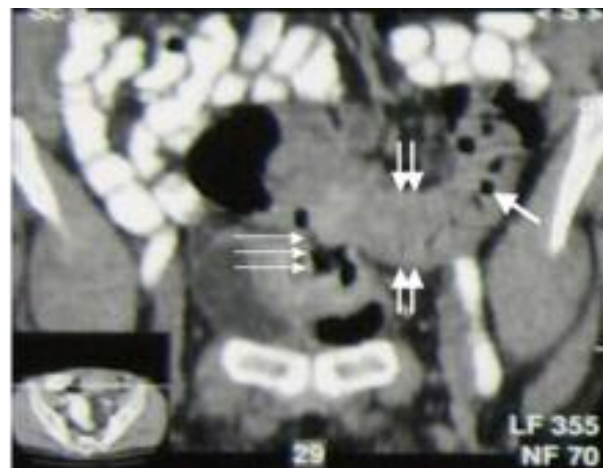
La fistule sigmoïdo-vésicale (FSV) est une complication rare de la diverticulose colique. L'apparition de la FSV est secondaire à la fistulisation d'un abcès péri-diverticulaire dans la vessie (1). Ceci explique que les FSV sont plus fréquentes chez l'homme que chez la femme chez qui l'interposition de l'utérus protège la vessie. La fécalurie et la pneumaturie, confirment la présence d'une FSV, cependant ces signes sont inconstant (2). Parfois les signes urinaires se limitent à des infections urinaires à répétition à germes à tropisme digestif. La cystoscopie peut confirmer la FSV en montrant l'issue de matière fécale à travers un orifice fistuleux (2, 3,4). La sensibilité de la coloscopie et du lavement

baryté est respectivement de 10% et de 25 à 50% (4). Le scanner abdomino-pelvien permet la confirmation de la FSV en montrant directement le trajet fistuleux, et en visualisant des bulles d'air dans la vessie. Le traitement des FSV est chirurgical. Au niveau de la vessie, une suture de l'orifice fistuleux après un éventuel avivement des berges doit être associée à un drainage par une sonde trans-urétrale. Au niveau du colon, la résection colique emportant la charnière rectosigmoïdienne sera suivie d'une anastomose immédiate (2).

Observation 1

MR S.R âgé de 73 ans, avait présenté depuis 1 an des infections urinaires à répétition. Depuis 2 mois, le malade avait rapporté la notion de fécalurie et de pneumaturie. L'examen physique était normal. La coloscopie avait visualisé l'aspect d'une sigmoïdite diverticulaire dans sa forme pseudo tumorale. La cystoscopie avait trouvé au niveau du dôme vésical, une formation bourgeonnante d'aspect inflammatoire sans orifice fistuleux évident. Une tomодensitométrie abdominopelvienne avait confirmé la présence d'une fistule sigmoïdo-vésicale (Figure 1). Le malade a été opéré par voie médiane. Il a été réalisé une déconnection sigmoïdo-vésicale, un avivement des berges avec suture simple de l'orifice fistuleux sur la vessie, une sigmoïdectomie emportant la charnière recto sigmoïdienne, avec anastomose colorectale. Les suites opératoires étaient simples. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire avait conclue à une sigmoïdite diverticulaire sans signes de malignité.

Figure 1 : Tomodensitométrie abdominale: Coupe frontale



Une flèche: Présence d'une boucle sigmoïdienne avec des images d'addition évocatrices de diverticule.

Deux flèches: Présence d'une infiltration de la graisse péri-sigmoïdienne évocatrice de sigmoïdite diverticulaire.

Trois flèches: Cette boucle sigmoïdienne s'ouvre dans le dôme vésical à travers la fistule entéro-vésicale.

Figure 2: Lavement baryté.

Une flèche: Présence d'une boucle sigmoïdienne avec des images d'addition évocatrices de diverticule.

Deux flèches: Présence d'une opacification du dôme vésical à partir du colon sigmoïde.

La tomodensitométrie abdomino-pelvienne avait objectivé la présence d'une diverticulose sigmoïdienne, la présence d'une pneumocystie (Figure 3) et le passage du produit de contraste du colon vers la vessie à travers une fistule sigmoïdo-vésicale (Figure 4). Le patient a été opéré par voie médiane. L'exploration avait trouvé une sigmoïdite diverticulaire, avec une fistule sigmoïdo-vésicale. Il a été réalisé, une déconnection de la fistule, un avivement des berges avec suture de l'orifice fistuleux sur la vessie et une cystostomie, une sigmoïdectomie emportant la charnière recto sigmoïdienne avec anastomose colorectale. Les suites opératoires étaient simples. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire avait conclu à une sigmoïdite diverticulaire sans signe de malignité.

Figure 3: Tomodensitométrie abdominale: Coupe transversale.

Une flèche: Présence d'une boucle sigmoïdienne avec des images d'addition évocatrices de diverticule.

Deux flèches: Présence d'une pneumo-cystie.

Figure 4: Tomodensitométrie abdominale: Coupe transversale.

Une flèche: Présence d'une boucle sigmoïdienne qui repose sur le dôme vésical avec des phénomènes inflammatoires entre les deux structures.

Deux flèches: Présence d'une opacification de la vessie par le produit de contraste après un lavement rectal aux hydro-solubles.

Trois flèches: Présence d'un trajet fistuleux sigmoïdo-vésicale.

Conclusion

La FCV est une complication rare de la diverticulose colique. Son tableau clinique est dominé par les signes urinaires. La présence d'une FCV constitue une indication opératoire des diverticuloses coliques. La laparoscopie, entre des mains entraînées peut être dans ces cas proposée.

Références

- 1- Floch MH, Bina I. The natural history of diverticulitis: fact and theory. J. Clin. Gastroenterol. 2004, 38: 52-7.
- 2- Benchimol D, Lagautrière F, Richelme H. Fistules sigmoïdovésicales d'origine diverticulaire. Ann. Urol. 1995, 29: 26-30.
- 3- Tiguet R, Gheiler EL, Tefilli MV, Wood DP Jr, Edson Pontes J. Le traitement des fistules colo-vésicales en un seul temps opératoire. Prog. Urol. 1998, 8: 507-10.
- 4- Cappele O, Scotté M, Sibert L, Songné B, Grise P, Ténrière P. La place des examens complémentaires dans la prise en charge des fistules colo-vésicales. Prog. Urol. 2001, 1: 657-61.

Amin Makni, Wael Rebai, Fadhel Fetiriche, Faouzi Chebbi, Mohamed Jouini, Montassar Kacem, Zoubeir Ben Safa.

Department of General Surgery 'A', La Rabta Hospital, Tunis, Tunisia