



FAIT CLINIQUE

FISTULE ILÉO-UTÉRINE DIAGNOSTIQUÉE À L'OCCASION D'UNE LAPAROTOMIE POUR ABCÈS INTRA-PÉRITONÉAL LATÉRO-UTÉRIN DROIT

ILEO-UTERINE FISTULA DIAGNOSED DURING A LAPAROTOMY FOR RIGHT LATERO-UTERINE INTRAPERITONEAL ABSCESS

KC VIGNON (1), J DÉNAKPO (2), B HOUNKPATIN (2), C EYITAYO (3), F DOSSOU (4),
DK MÊHINTO (4).

1. Clinique Universitaire d'accueil des urgences.
2. Service de Gynécologie et Obstétrique de l'hôpital de la mère et de l'enfant lagune.
3. Service de Gynécologie et Obstétrique de la Polyclinique Atinkanmey.
4. Clinique Universitaire de Chirurgie Viscérale 'B' -CNHU-HKM 01BP386. Cotonou Bénin.

RÉSUMÉ

La fistule iléo-utérine est une affection rare, de causes multiples. Nous rapportons un cas de fistule iléo-utérine chez une femme de 35 ans ayant des antécédents de césariennes et de cure d'événements 6 ans auparavant, dont le diagnostic a été fait à l'occasion d'une laparotomie réalisée pour un abcès intrapéritonéal latéro-utérin droit. La fistule était pourtant symptomatique sous forme d'écoulement vaginal chronique de liquide jaunâtre malodorant pris pour simple infection génitale. Après aspiration du pus de l'abcès avec ablation de sa coque, suture utérine, résection iléale emportant la fistule suivie d'une anastomose iléo-iléale termino-terminale immédiate, et appendicectomie complémentaire, les suites ont été simples.

Mots-clés: *Fistule ; Grêle ; Utérus ; Abcès intrapéritonéal.*

SUMMARY

Ileo-uterine fistula is a rare disease, due to multiple causes. We report a case of ileo-uterine fistula in a 35 years old woman with a history of caesarean and treatment of incisional hernia 6 years ago, whose diagnosis was made during a laparotomy performed for a right latero-uterine intraperitoneal abscess. The fistula was nevertheless symptomatic as a chronic vaginal discharge smelly yellowish liquid taken for simple genital infection. It was performed aspiration of pus from the abscess with removal of the hull, uterine suture, ileal resection taking fistula followed by immediate termino-terminal ileo-ileal anastomosis, and appendectomy. The outcome was favourable.

Keywords: *Fistula; Small bowel; Uterus; intraperitoneal abscess.*

Tirés à part

Mêhinto D.K. 01 BP 499 Cotonou

Email : dmehinto@yahoo.fr

INTRODUCTION

Les fistules entéro-utérines sont rares [1, 2, 3] et relèvent de diverses étiologies. Dans leur forme typique, elles peuvent se manifester par un écoulement vaginal de liquide fécaloïde comme dans d'autres formes de communication anormale entre l'intestin et les organes génitaux. Parfois les signes sont atypiques et n'attirent pas l'attention. La nature iléo-utérine de la fistule est confirmée par divers examens complémentaires dont l'hystérogaphie [2, 4] et l'IRM [1]. Leur traitement radical est basé sur la chirurgie. Notre but a été de rapporter un nouveau cas de fistule iléo-utérine dont le diagnostic a été fait à l'intervention chirurgicale réalisée pour un abcès intrapéritonéal latéro-utérin droit, et dont le traitement chirurgical a été couronné de succès.

OBSERVATION

Une femme de 35 ans a été admise le 4 Juin 2009 à la Polyclinique Atinkanmey, une clinique de référence de Cotonou, pour douleur pelvienne, écoulement vaginal d'un liquide jaunâtre et, fièvre. Le début remontait au mois de Septembre 2008 soit 10 mois auparavant, par l'apparition progressive d'un endolorissement pelvien puis d'un écoulement vaginal jaunâtre, malodorant, permanent obligeant la patiente à être constamment en couche. Elle a affirmé ne plus avoir des rapports sexuels depuis lors, parce que son conjoint les lui refusait à cause de cet écoulement malodorant. La patiente avait été mise sous antibiotiques dans diverses structures sanitaires sans succès. L'aggravation de la douleur pelvienne et la survenue d'une fièvre respectivement 9 jours, et 7 jours avant la consultation du 4 Juin 2009, ont motivé celle-ci. Dans les antécédents on notait 2 accouchements par césarienne les 16/8/1998 et 11/12/2001. La dernière césarienne a été compliquée d'une éviscération ayant nécessité 2 cures successives par raphie en 2002. Il n'y aurait pas eu de manœuvres endo-utérines notamment abortives. L'examen à l'admission a permis de noter un syndrome infectieux fait d'une hyperthermie à 38°6 C, d'une accélération du pouls à 120 pulsations à la minute avec un état général conservé; une cicatrice de laparotomie médiane et transversale par Pfannenstiel ; une douleur pelvienne avec maximum à droite. Au spéculum le col était sain et laissait couler un liquide jaunâtre malodorant. Au toucher vaginal, le col était médian, court, l'utérus de taille normale peu sensible et le cul de sac de Douglas sensible, confirmé au toucher rectal. L'échographie abdomino-pelvienne du 4 Juin 2009 a montré deux masses sus et latéro-utérine droite mesurant respectivement 53 X 52 mm et 73 X 57 mm faisant conclure à un abcès sus utérin et latéro-utérin droit cloisonné. Le diagnostic d'abcès intrapéritonéal sus et latéro-utérin droit associé à une infection génitale haute chronique entraînant un écoulement vaginal, a

été retenu. L'abcès était supposé être une complication des multiples laparotomies. Après préparation, et sous anesthésie générale avec intubation orotrachéale, une intervention chirurgicale a été réalisée le 12 Juin 2009 par laparotomie médiane sous ombilicale. Elle a permis la découverte d'une adhérence entre l'iléon et la partie droite du fond utérin et à proximité immédiate à droite de cette adhérence, il existait une masse latéro-utérine entourée d'une coque : c'est la lésion objectivée à l'échographie et qui a fait décider de la laparotomie. Une adhésiolyse iléo-utérine a permis de mettre en évidence une communication anormale entre l'iléon et l'utérus par un orifice grossièrement ovalaire de 4 mm environ de grand axe, siégeant presque au centre de la zone d'adhérence et faisant conclure à une fistule iléo-utérine. L'ouverture de la coque de la masse latéro-utérine droite indépendante de la zone de fistule a fait objectiver du pus franc dont la quantité était estimée à 200 cc environ confirmant les données de l'échographie. Le diagnostic de fistule iléo-utérine et d'abcès intrapéritonéal latéro-utérin droit a été retenu. Des hypothèses ont été formulées pour expliquer l'origine de la fistule : est-ce une complication de manœuvres abortives endo-utérines inavouées? Ou bien est-elle une complication des multiples laparotomies pour césarienne ou cure d'éviscération ? Il a été réalisé une aspiration du pus après quoi aucune communication n'a été notée entre la coque et les organes, une ablation de la coque de l'abcès, une suture utérine par un point en 'x' au fil résorbable, une résection de 15 cm environ de l'iléon emportant la fistule, une anastomose iléo-iléale termino-terminale immédiate et une appendicectomie complémentaire suivies d'une fermeture de la plaie opératoire. Les suites opératoires ont été simples : le transit intestinal a repris dès le 4ème jour post-opératoire, la température et le pouls se sont progressivement normalisés, l'abdomen était souple et indolore et la plaie opératoire a cicatrisé normalement. L'écoulement vaginal anormal avait tari et la patiente était sortie au 12ème jour post-opératoire. Elle a été revue 1 mois, 3 mois, 6 mois, 14 mois et 4 ans 5 mois (Novembre 2013) après l'acte opératoire et se portait toujours bien ; elle a déclaré avoir repris l'acte sexuel.

DISCUSSION

Les fistules iléo-utérines sont rares [2]. Elles peuvent être asymptomatiques [4] ou se manifester par divers signes tel qu'un écoulement vaginal de liquide comme dans la présente observation. Chez cette patiente, le diagnostic n'a pas pu être réalisé en préopératoire parce que l'écoulement de liquide vaginal n'a malheureusement pas attiré notre attention pour nous faire discuter ce diagnostic malgré que la patiente ait de multiples antécédents de laparotomie avec

intervention sur l'utérus qui devraient nous inciter. Ayant été préoccupé par cet abcès intrapéritonéal qui dure depuis 10 mois, le seul diagnostic étiologique que l'écoulement vaginal nous avait fait évoquer était celui d'une infection génitale haute chronique habituelle associée à l'abcès. L'écoulement vaginal de liquide jaunâtre malodorant aurait fait demander des analyses de laboratoire qui montreraient qu'il s'agissait de liquide fécaloïde et feraient pratiquer des explorations radiologiques susceptibles de faire le diagnostic. En effet certains auteurs ont pu faire le diagnostic de fistule iléo-utérine en préopératoire sur les données de l'hystérogaphie [2, 4] ou de l'IRM [1].

Les étiologies de la fistule iléo-utérine peuvent être néoplasiques telle qu'au cours d'un cancer de l'endomètre [5, 6], inflammatoires telle que dans la maladie de Crohn [7, 8], post-radiques [1], après intervention chirurgicale, par exemple sur le rectum [1] ou sur l'utérus [4], et après traumatisme utérin tel qu'au cours d'un traumatisme obstétrical [3] ou de manœuvres endo-utérines [2]. Ces derniers auteurs ont rapporté un cas de fistule iléo-utérine après une révision utérine à la suite d'un avortement de 24,5 semaines. Dans le cas que nous rapportons, l'étiologie n'est pas précise. En préopératoire, elle n'a pas été discutée n'ayant pas fait le diagnostic de fistule à ce stade. Ce n'était qu'à l'intervention que des hypothèses ont été formulées. La fistule iléo-utérine était-elle une complication de manœuvres abortives endo-utérines? Ou une complication des multiples laparotomies pour césarienne ou cure d'éventration? Nous nous étions permis d'évoquer la 1ère hypothèse malgré l'absence d'aveu, puisque ce n'est pas rare que les patientes nient cette pratique. S'il est vrai que rien ne permettait sur le plan clinique de démontrer qu'il y a eu manœuvres abortives endo-utérines, il est aussi vrai, à notre avis, que nous ne pourrions pas formellement rejeter cette éventualité. Pour la 2ème hypothèse, est-ce une complication des multiples laparotomies pour césarienne ou cure d'éventration? Nous avons évoqué cette hypothèse malgré le long délai de 6ans, entre la date de début de la symptomatologie et la dernière cure

d'éventration. En effet, Ces interventions peuvent bien être responsables de complications tardives au nombre desquelles une fistule entre l'iléon et les autres organes tel que la vessie [9]. Dans l'observation rapportée par Pros I et al. [9], une fistule iléo-vésicale a été causée par la migration d'une prothèse implantée 5 ans auparavant pour la cure d'une éventration épigastrique. Cependant il n'y avait pas eu de prothèse implantée chez la patiente dont nous présentons l'observation. Quand à l'abcès intrapéritonéal, il serait une complication de la fistule iléo-utérine ou une complication des multiples laparotomies sans que la fistule n'intervienne dans sa genèse.

Sur le plan thérapeutique, en dehors de la cure de l'abcès latéro-utérin droit, de la suture utérine et de l'appendicectomie, il a été réalisé une résection iléale emportant la fistule suivie d'une anastomose immédiate iléo-iléale comme ce fut le cas dans l'observation rapportée par Lalami E et al. [2]. Dans notre expérience [10], cette technique est préférable à la simple suture intestinale en terme de résultats post-opératoires comme l'ont confirmées les suites favorables chez la patiente.

CONCLUSION

L'écoulement vaginal chronique de liquide jaunâtre chez une femme en activité génitale n'est pas toujours le fait d'une infection génitale banale. Il peut être dû à la présence d'une fistule iléo-utérine surtout si la femme a des antécédents d'intervention sur l'utérus ou de cure d'éventration comme dans la présente observation. Il doit faire réaliser des examens complémentaires pour ne pas passer à côté du diagnostic de fistule entre l'intestin et les organes génitaux comme ce fut notre cas. La possibilité de manœuvres abortives endo-utérines comme étiologie à cette fistule ne pouvait pas être formellement écartée chez cette femme en activité génitale malgré l'absence d'aveu. Après traitement chirurgical, l'évolution a été favorable.

RÉFÉRENCES

1. Hession P, Mannion RA, Finan P, Chalmers AG. Imaging appearances of ileouterine fistula complicating recurrent adenocarcinoma of the rectum. *Br J radiol* 1997; 70 (832):415-7.
2. Lalami E, Cas O, Carrier PM, Tissot H, Cormier P, Plagnol P. Fistule entéro-utérine après révision utérine pour avortement tardif. *Lyon chirurgical* 1994; 90 (5):341-3.
3. Regaya LB, Abbas Z, Jarrar MS, Hmila F, Memmi A, Bouguizène S et al. Utero-enteric fistula due to obstetrical trauma: a case report. *J Chir* 2009; 146 (4):410-2.
4. Fadel HE. Iléo-utérine fistula as a complication of myomectomy: case report. *BJOG* 1977; 84: 312-3.
5. Eichbaum M, Schneeweiss A, Harms W, Schemmer P, Sohn C. Ileouterine fistula after primary treatment of advanced endometrial cancer. *Lancet Oncol* 2006; 7(5): 442.
6. Kilic G, Aduana VA, Tunca J. Endometrial adenocarcinoma presented with enterouterine fistula. *Eur J Gynaecol Oncol* 2002; 23(4):279-80.
7. Dias VC, Lago P, Santos M. Ileouterine Fistula: An Unusual Complication of Crohn's Disease. *Inflamm Bowel Dis* 2008; 14 (10): 1465-6.
8. da Fonseca LM, Castro FV, Celani MF, da Silva RG, Lacerda-Filho A. Ileo-uterine fistula during pregnancy in a patient with Crohn disease: an uncommon complication. *ANZ J Surg* 2008; 78 (12): 1142-3.
9. Pros I, Puyol M, Franco A, Alcaraz A, Llovera JM, Gutierrez R et al. Enterovesical fistula caused by a prosthesis made of synthetic material. *Actas Urol Esp* 1990; 14(4):282-5.
10. Mèhinto DK, Olory-togbé JL, Akpiti AFM, Bagnan OK, Padonou N. Les fistules post-opératoires du grêle en chirurgie viscérale au Centre National Hospitalier et Universitaire de Cotonou (Bénin). *J Afr Chir Digest* 2002 ; 2 (1): 142-50.