

LE FISTOLE ENTERO-VESCICALI

Gitana Scozzari

‘W.T. aged 30 requires to pass urine nearly every quarter of an hour, and after the urine is passed flatus often escapes with considerable noise. The urine varies in character; it is generally turbid, having abundant yellowish granular precipitate, with faecal odour. Under the microscope the deposit is seen to consist of pus cells, vegetable fibers and granular debris’

Cripps H. Gow: Passage of gas and faeces through the urethra: colectomy, recovery, remarks. Lancet 1888; 2:619-620

FISTOLA ENTERO-VESCICALE:

condizione patologica caratterizzata da una anomala comunicazione tra lume vescicale e lume intestinale.

- colovescicali ~ 70%
- rettovescicali ~ 10%
- ileovescicali ~ 15%
- appendicovescicali

**RAPPRESENTANO LA CAUSA DI
~ 1/3000 RICOVERI OSPEDALIERI**

ETÀ DI PRESENTAZIONE 60-70 anni

DISTRIBUZIONE DI GENERE M/F=3/1

**L'interposizione di utero tra sigma-retto e
vescica è importante fattore protettivo**

CAUSE EZIOLOGICHE:

- malattia diverticolare (ca 2/3 dei casi)*
- malattia eteroplastica colorettales o vescicale
- lesioni pelviche post-attiniche
- M. di Crohn
- lesioni iatrogene, traumi, infezioni, corpi estranei

* in ca il 2-4% dei pz affetti da malattia diverticolare si sviluppa una F.E.V.; tra i pz operati per malattia diverticolare, il 20% ha una fistola, che nel 65% dei casi è colovescicale.

QUADRO CLINICO

- **pneumaturia**
- **fecaluria**
- **infezioni vie urinarie**
- dolore addominale
- febbre
- ematuria, disuria
- alterazioni d'alvo
- recturia
- orchiti, pielonefriti, IRC

D.D. PNEUMATURIA:

- recenti esami invasivi vescicali
- cistite enfisematosa
- infezioni da micro-organismi formanti gas (pazienti diabetici)

DIAGNOSI

obiettivi

1. stabilire l'effettiva esistenza di una fistola
2. delineare il decorso anatomico della fistola
3. diagnosticare la presenza di una patologia eziologica sottostante e studiare l'anatomia pelvica in previsione di un intervento chirurgico

DIAGNOSI

clinica

QUADRO CLINICO

ESAME URINE, UROCOLTURA:

+ 85%

E. coli

COLORANTI URINARI:

carbone attivato, blu di metilene, verde di indocianina, poppy seeds test

DIAGNOSI

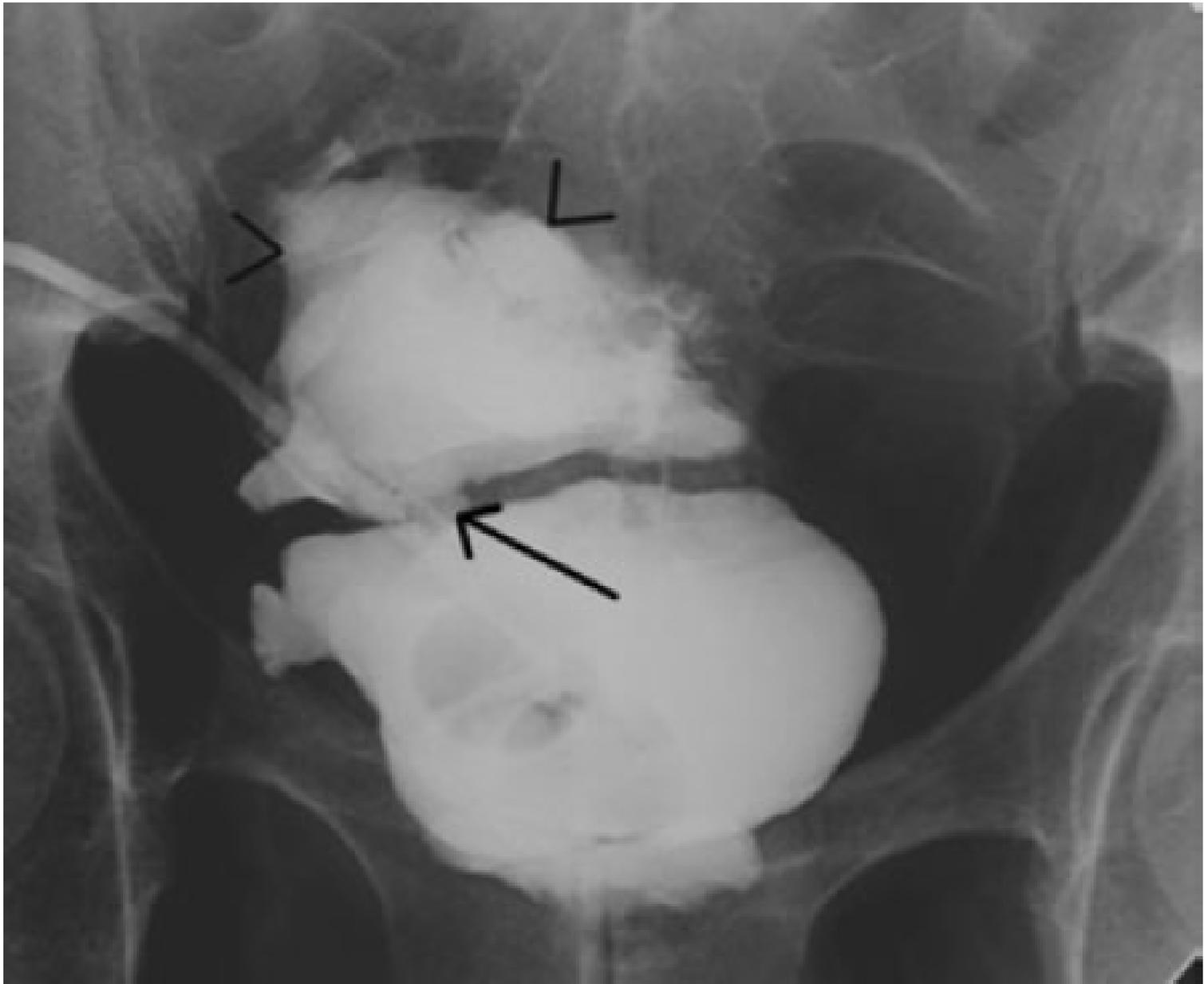
imaging

RX DIRETTA ADDOME livello ia vescicale

CLISMA OPACO sensibilità 12.5-72%

diagnosi eziologica

CISTOGRAFIA sensibilità 10-100% !



DIAGNOSI

imaging

TC ADDOME/PELVI

sensibilità 40-100%

diagnosi eziologica

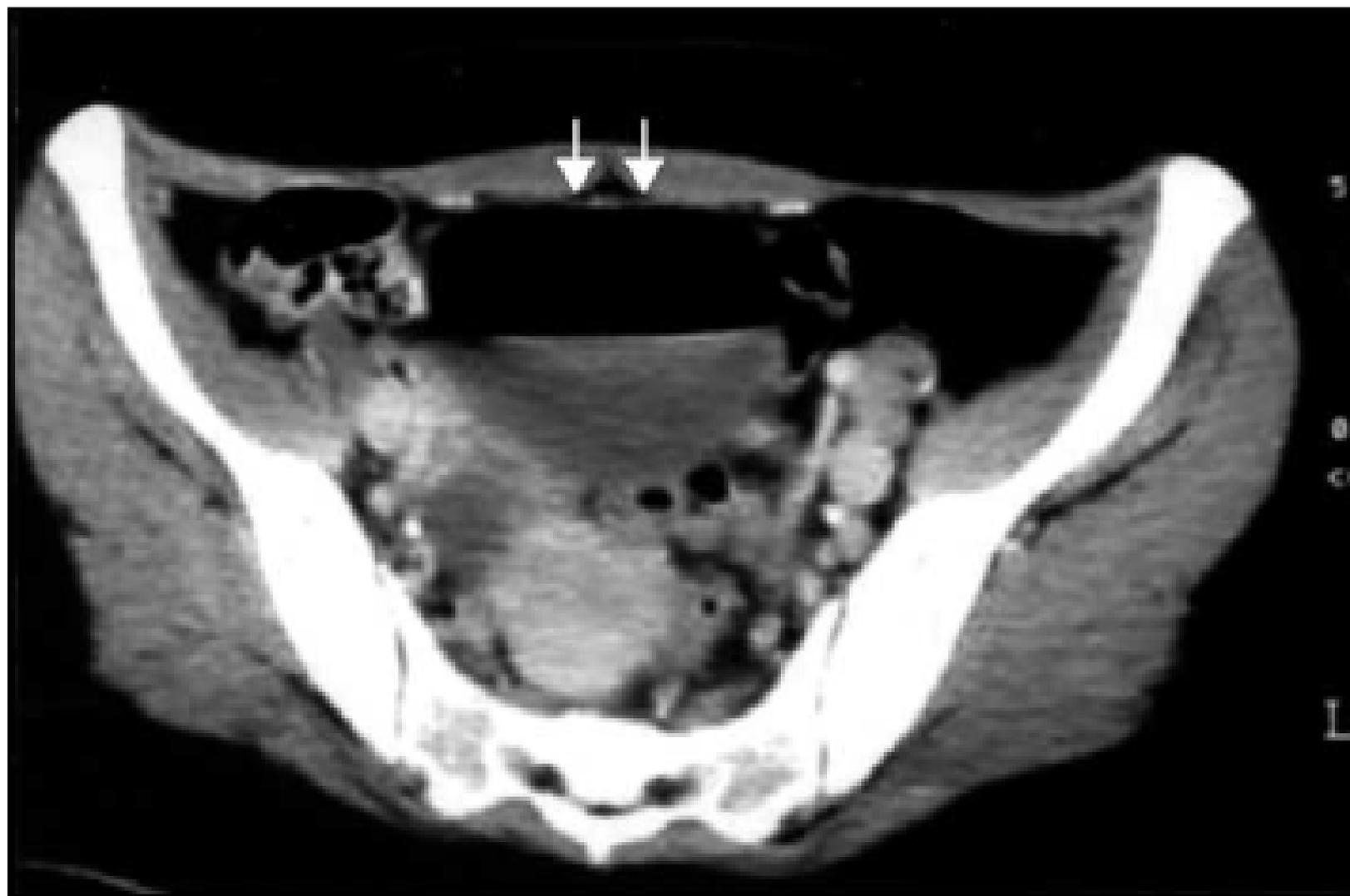
studio anatomia

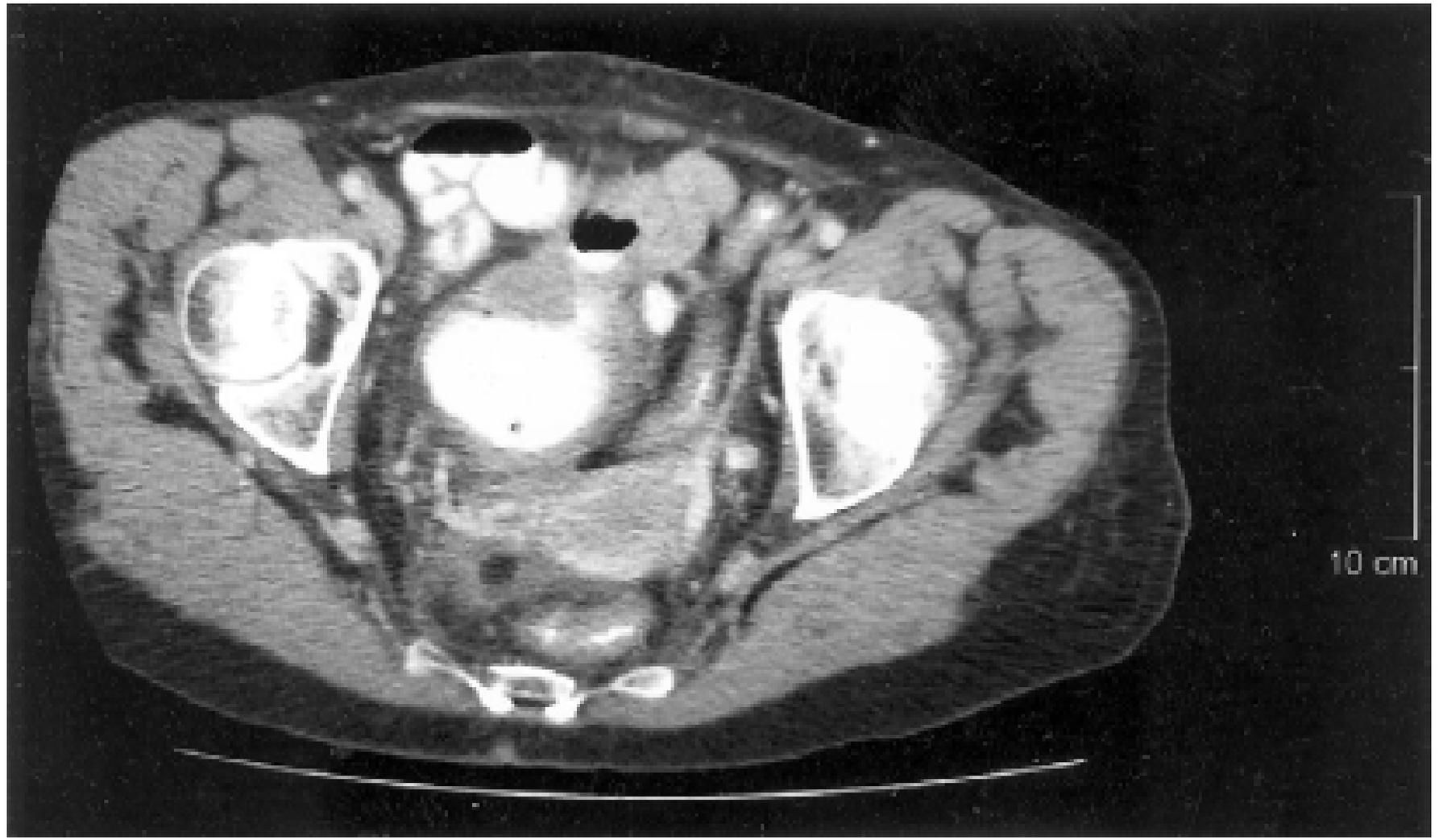
stadiazione neoplasie

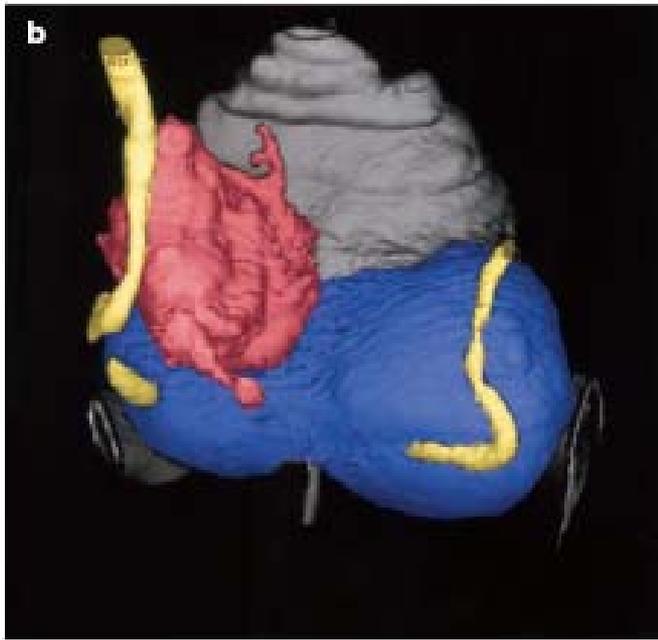
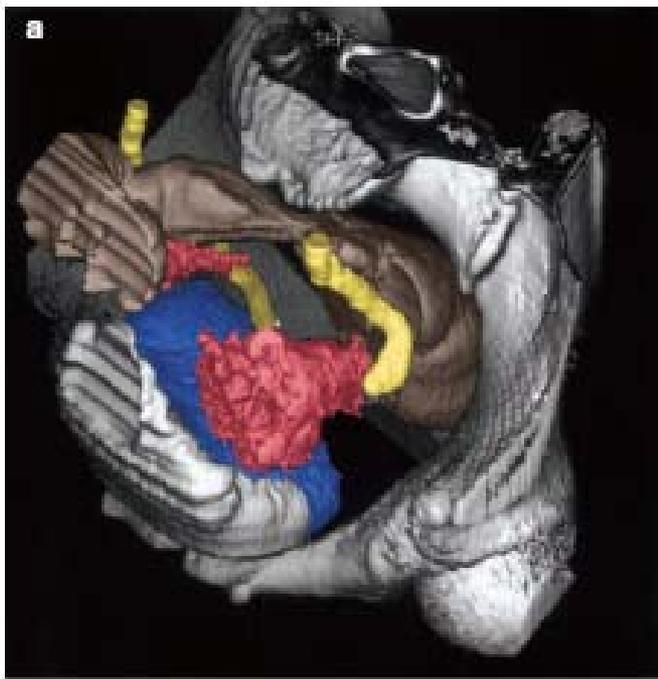
trattamento percutaneo ascessi

ricostruzioni 3D

- **aria in vescica**
- mdc os in vescica
- ascessi paravescicali
- ispessimenti parietali
vescica/intestino
- aria o mdc in fistola







DIAGNOSI

imaging

RMN

Ravichandran, Urology 2008: sensibilità 100%

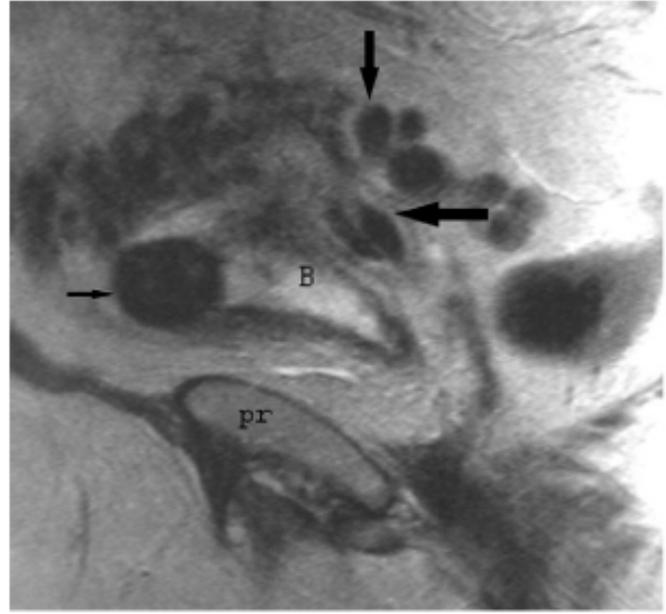
diagnosi eziologica

no mdc

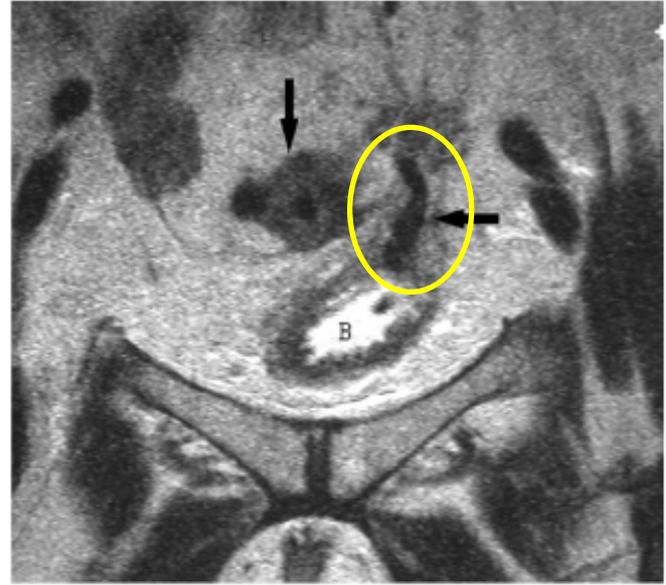
costi

scarsa applicabilità casi urgenti

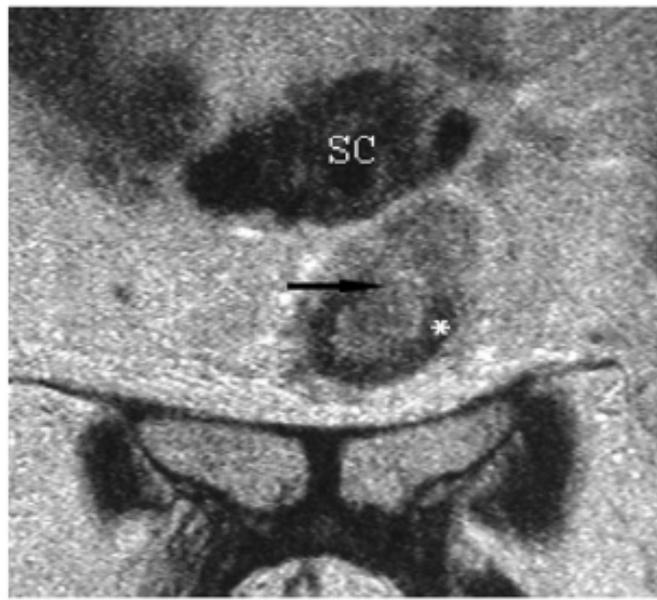
FISTOLA EV IN DIVERTICOLITE



A

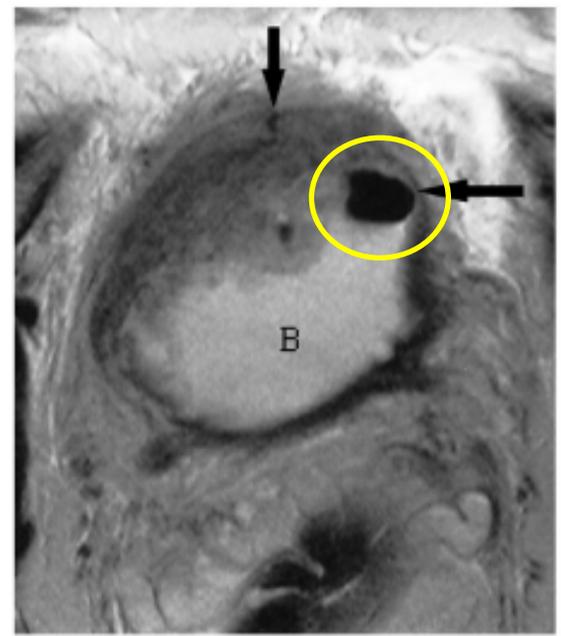
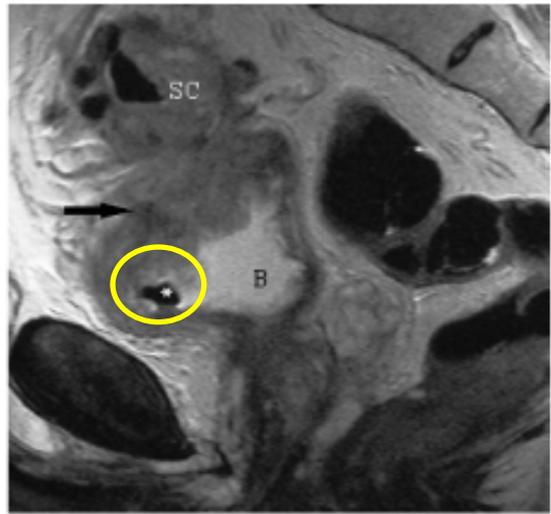
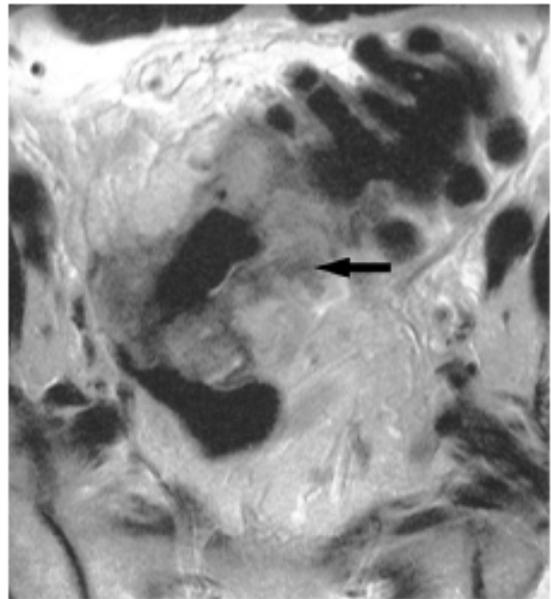


B



C

FISTOLA EV IN CA SIGMA



DIAGNOSI

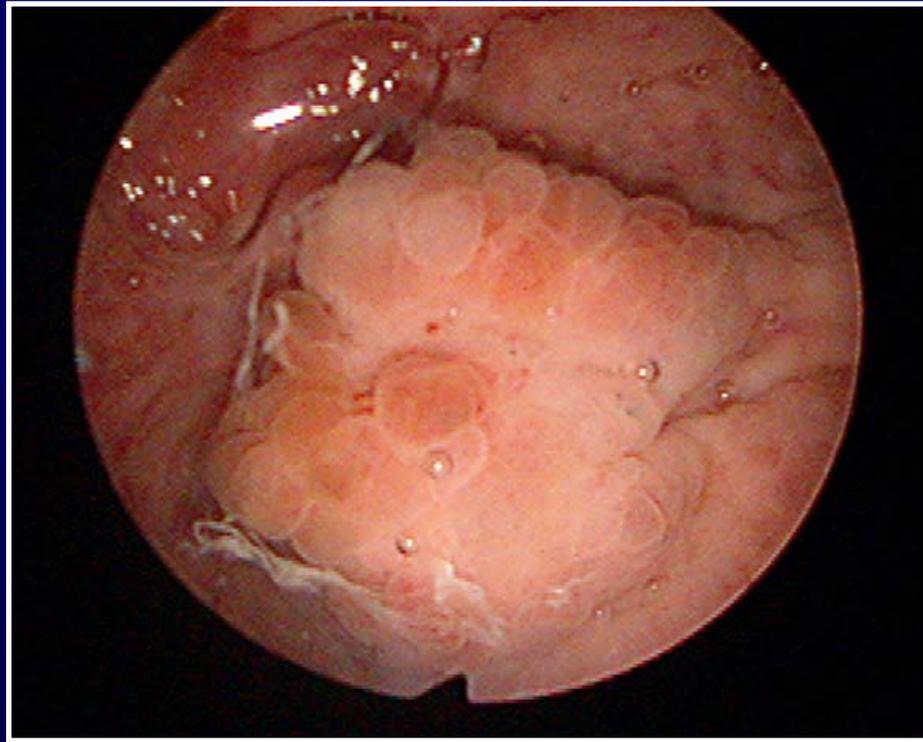
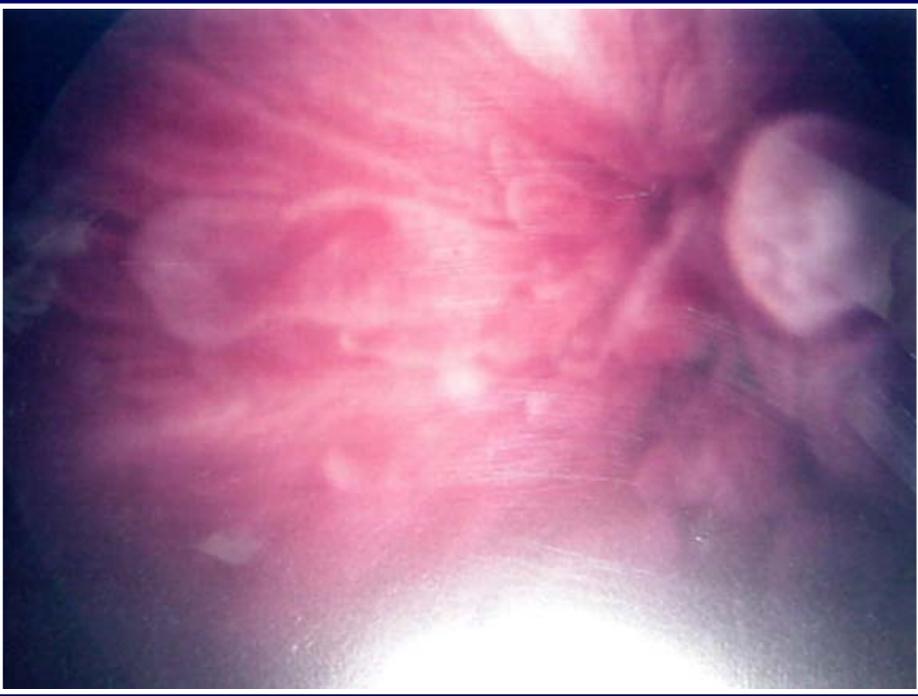
endoscopia

SIGMOIDO/COLONSCOPIA

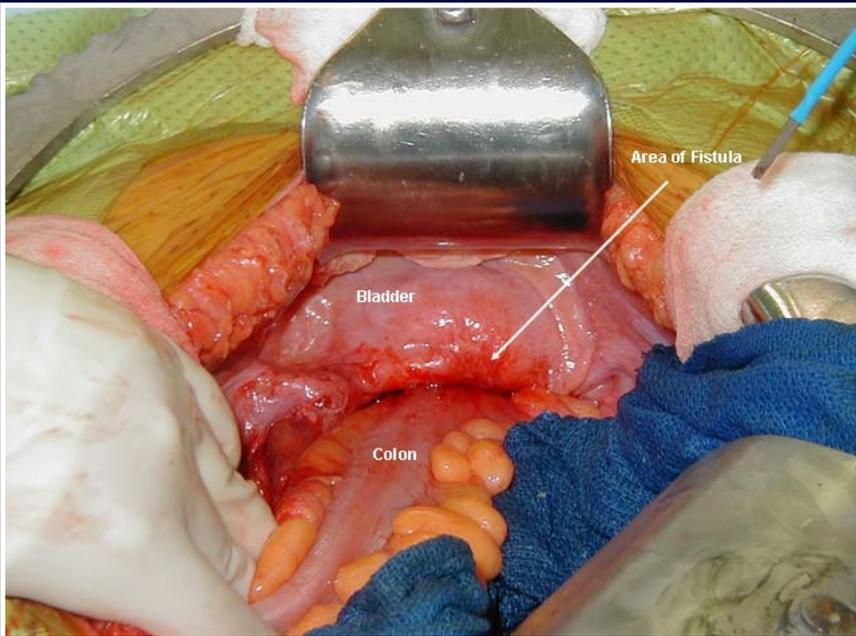
CISTOSCOPIA

sensibilità 60-75%

prelievi bioptici



- eritema localizzato
- edema bolloso mucosa
- pseudopolipi infiamm
- feci/muco in vescica
- orifizio fistoloso

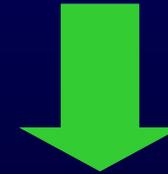


FISTOLA COLOVESCICALE IN DIVERTICOLITE

TRATTAMENTO

gestione

- remissione spontanea < 2%
- storia naturale di malattia: >75% exitus entro 5 aa



1. diagnosi

2. stabilizzazione condizioni
generali/accertamenti

3. trattamento definitivo

TRATTAMENTO

medico

ottimizzazione idroelettrolitica

terapia antibiotica ampio spettro/urocoltura

TPN

TRATTAMENTO

chirurgia

- intervento in un tempo
- intervento in due tempi
- intervento in tre tempi

(NB. stenosi → beanza fistola!)

TRATTAMENTO

chirurgia

PZ

Woods 1988

84

mortalità 3.5%

Munoz 1998

41 → CHIR 33 (81%) risoluz 91%

mortalità 6%

morbidity 42%

MED 8 (19%) mort <12m 50%

Daniels 2002

42 → CHIR 41 mortalità 19%

Najjar 2004

12 → CHIR 12, 10 (83.3%) ic in 1 tempo

TRATTAMENTO

chirurgia

Kavanagh 2005 30 → CHIR 25

mortalità 6.7%

morbidity 20%

risoluz sintomi 88%

Garcea 2006 90 → CHIR 72 mort <30gg 1.4%/>30 4.2%

morbidity 41.7%

MED 18 mort 1aa 38.9%

Ferguson 2008 74 BEN → 50 (67.6%) no riparazione

vescica:

non significative differenze morbidity p.o.

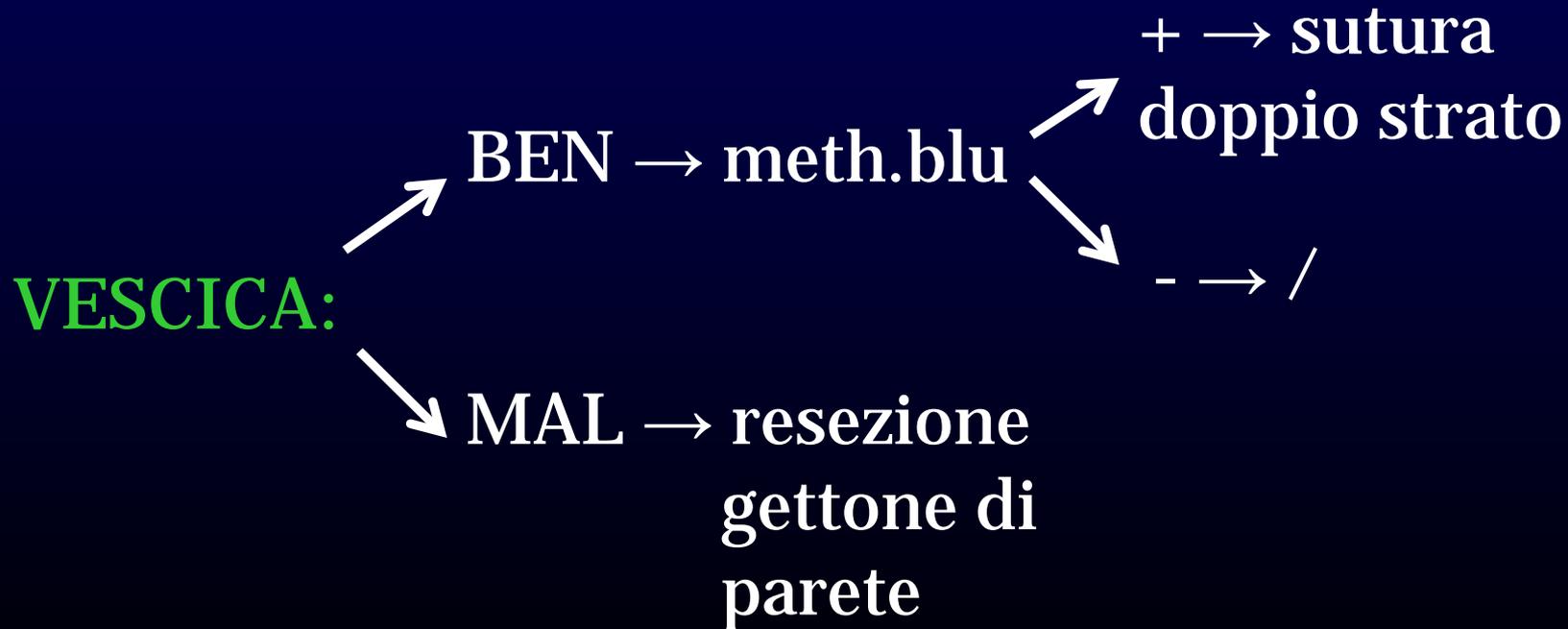
TRATTAMENTO

chirurgia

INTESTINO: resezione tratto coinvolto,

anastomosi primaria

fistole rettovescicali: flap omentale



TRATTAMENTO

laparoscopia

Pokala 2005 13 pz conversione 15.4%

Bartus 2005: diverticolite con fistola
vescicale/vaginale vs diverticoliti ricorrenti

gruppo	N	tempo op	deg	conversione	mort	deisc
FIST	40	220	6.2	25%	0	0
RIC	149	176	4.4	5%	0	2%
p		<0.002		<0.001		

FEV nel CROHN

Crohn → rischio fistolizzazione 17-80%

FEV: 2-10% di tutte le fistole da MC

ileo 65%

colon 20%

retto 10%

ALTA MORBIDITA'

PROBLEMATICO TIMING CHIRURGICO

(TP MEDICA ↓ risposta infiammatoria ma ritarda la
chirurgia → peggioramento condizioni generali)

Fischetti 2007: INEFFICACIA INFLIXIMAB