

Vercelli 17 dicembre 2008

II ITER FORMATIVO IN COLOPROCTOLOGIA

Le fistole entero-vescicali

A. Spinelli

Definizione

Una fistola è un'anomala comunicazione fra due superfici epitelizzate

Normalmente non esiste comunicazione fra il sistema urinario ed il canale alimentare

Focus: Fistole enterovescicali

Introduzione: eziologia

Inflammatorie (diverticolite, Crohn)

Tumorali (carcinoma coloretale)

Iatrogene (chirurgia, radiazioni, complicanze postoperatorie)

Post-traumatiche

Tuberculari

Congenite da difetto embriogenico (mancato sviluppo del setto urorettale per separare la cloaca comune)

Introduzione

Fistole enterovescicali

4 categorie:

- **Colovescicale** — la più comune, solitamente fra il sigma e la cupola vescicale
- **Rettovescicale** — rara, più spesso ad eziologia maligna o post-attinica
- **Ileovescicale** — spesso eziologia Crohn-relata
- **Appendicovescicale** - aneddótica

Introduzione

M:F= 3:1

Interposizione di utero ed annessi fra vescica e colon

Il 50% delle donne con fistola colovesicale riporta precedente isterectomia.

Clinica

I primi sintomi sono solitamente **urinari**:

- pneumaturia, fecaluria, talvolta ematuria
- dolore sovrapubico
- sintomi irritativi (disuria, pollachiuria)
- IVU croniche e/o recidivanti

S. Gouverneur: dolore sovrapubico, pollachiuria, disuria e tenesmo sembrano caratteristici delle fistole enterovesicali

Clinica

Più **rari**, ma possibili, specie in caso di ostruzione urinaria:

- Febbre
- Brividi
- Sepsi

Occasionalmente **asintomatica**

Rara la **presentazione addominale** con dolori improvvisi e diarrea.

Clinica

- **Pneumaturia** in ca 60% dei pazienti
 - NON completamente SPECIFICO (*Clostridium* in vescica di pz con diabete (fermentazione di urine diabetiche) o in pz sottoposti ad accertamenti urinari strumentali)
 - più comune in pz con diverticolite o M. Crohn che in quelli con tumori
- **Fecaluria** in ca. 40% dei pazienti
 - patognomonicamente di fistola
 - Il flusso attraverso la fistola avviene dall'intestino alla vescica, molto raro che passino urine dal retto
- Ev. sintomi correlati alla patologia di base
- Dolore addominale è più frequente in Crohn
- Massa addominale in meno del 30% dei pz

Diagnostica

- CT
 - Efficacy of 3-D computed tomographic reconstruction in evaluating anatomical relationships of colovesical fistula Int J Urol. 2002
 - Medical image. CT colonography for colovesical fistula
Ing N Z Med J. 2008
- Cistoscopia
 - può evidenziare la fistola
 - Permette ev. biopsie (tumori o dubbi)
 - La diagnosi della fistola avviene nel 30-50% dei casi con cistoscopia
- Clisma opaco
- Colonscopia
 - determina la natura della patologia intestinale causa della fistola
 - Fa parte degli accertamenti obbligati
- Laparoscopia/laparotomia
 - Spesso riscontro i.o., specie se anamnesi non accurata

RMN

Is there a role for magnetic resonance imaging in diagnosing colovesical fistulas?

- 22 pz con s. fistola colovesicale
- 19 chirurgia, 3 esclusi (alto R o rifiuto)
- RMN identificato la presenza di fistola e definito la patologia sottostante in 18/19 pz
- In 1/19 pz è stata correttamente esclusa
- RMN
 - permette di identificare l'anatomia del tramite e l'eziologia
 - Utile per diagnosi ma anche per pianificazione chirurgica

Trattamento medico

Tp antibiotica a lungo termine

M. diverticolare

- In pz ad alto R, con m. diverticolare, è stata proposta terapia antibiotica intermittente a lungo termine
- Se la fistola si chiude **spontaneamente**, come accade in ca il 50% delle fistole su base diverticolare, la necessità dell'intervento dipende dalla malattia di base
- Alcuni pz procrastinano la chirurgia indefinitamente

M Crohn

- Può essere tentata tp antibiotica a l-t (metronidazolo) in aggiunta alla tp
- Alcuni studi documentano tp medica per oltre 5 anni senza ep. pielonefrite

Ca avanzato e inoperabile: CV a permanenza

Trattamento chirurgico

- Open
 - Resezione e anastomosi in unico tempo in pz in buono stato, con fistola ben organizzata e senza ascessi
 - Eventuale chiusura del difetto vescicale
 - Soluzione di continuo vescicale: ottima % guarigione con CV (utile, ma non obbligatorio sovrapubico)
 - Considerare chirurgia in due tempi se ascesso periviscerale, precedente RT o npl avanzate
 - Una colostomia con o senza urostomia asociata va considerata come soluzione a lungo termine per palliazione di tumori avanzati o estesi danni da RT.
- Endoscopico: report di 1 caso con f-up negativo a 2 aa
- Laparoscopico
 - Numerose serie chirurgiche
 - Indicazioni e risultati sovrapponibili a quelli open

Trattamento laparoscopico

- 43 pz, **patol benigna**, 50% Crohn
- Circa 30% conversioni (dense aderenze, coinvolgimento duodeno, vagina, contaminazione)
- Complicanze: deiscenza 3/43, ascessi 2/43, emorragia postop 1/43
- No differenze in complicanze fra convertiti e non
- Conversione precoce se necessario

Dettagli intraoperatori

- Spesso fistola non evidenziabile (coloranti in vescica distesa)
- Se ben evidente, sutura in doppio strato
- In caso di dubbio danno ureterale si possono usare coloranti ev
- Interposizione omentale
- Escissione di tessuto vescicale necessaria solo in caso di neoplasia (es. isto estemporaneo)
- Colla di fibrina? (1 caso, f-up neg a 4 a)

Dettagli intraoperatori

- In caso di fistole post RT può essere necessario interporre conduit di colon trasverso (lasciare CV a lungo!)
- Può essere necessario posizionare stent ureterale i.o. (ma raro, le fistole sono di solito lontane dal trigono!)
- Trattamento vescica: detensione con CV nel postoperatorio
- Drenaggio addominale (rimosso dopo rimozione CV)

Trattamento vescica

- 74 paz, fistole enterovescicali benigne:
Diverticolite 70.3%; 29.7% Crohn
- Solo CV Foley in 68%
- Riparazione chirurgica in 32%
- Follow-up medio 26.4 mesi
- 1 fistola colocutanea e vesicocutanea
- CONCLUSIONI: riparazione solo se difetti ampi,
atrimenti sufficiente Foley

Ferguson JACS 2008

Fistola enterovescicale in Crohn

- 400 pz CD, 8 fistole EV (2%)
- 7 ileovescicale, 1 colovescicale
- 3/8 associate fistole enteroenteriche
- 2 ileostomie temporanee, 1 colostomia temporanea
- Tecnica standard
- No deiscenze vescicali o enteriche

Gruner Am Surg 2002

Complicanze postoperatorie

- Fistola urinaria persistente (più frequente dopo RT)
- Recidiva della fistola (più frequente dopo RT)
- Ascessi pelvici o addominali (da deiscenza anastomotica)
- Fstolizzazione cutanea (da deiscenza anastomotica)

Follow-up

- **CV** resta in sede 5-7 gg se patologia benigna, **rimuovere** ev. dopo cistografia
- Antibiotici su base **antibiogramma** preoperatorio
- Controlli seriati con **analisi delle urine** ed ev. urinocolture
- Se eziologia tumorale utile aggiungere in esami f-up una **cistoscopia**

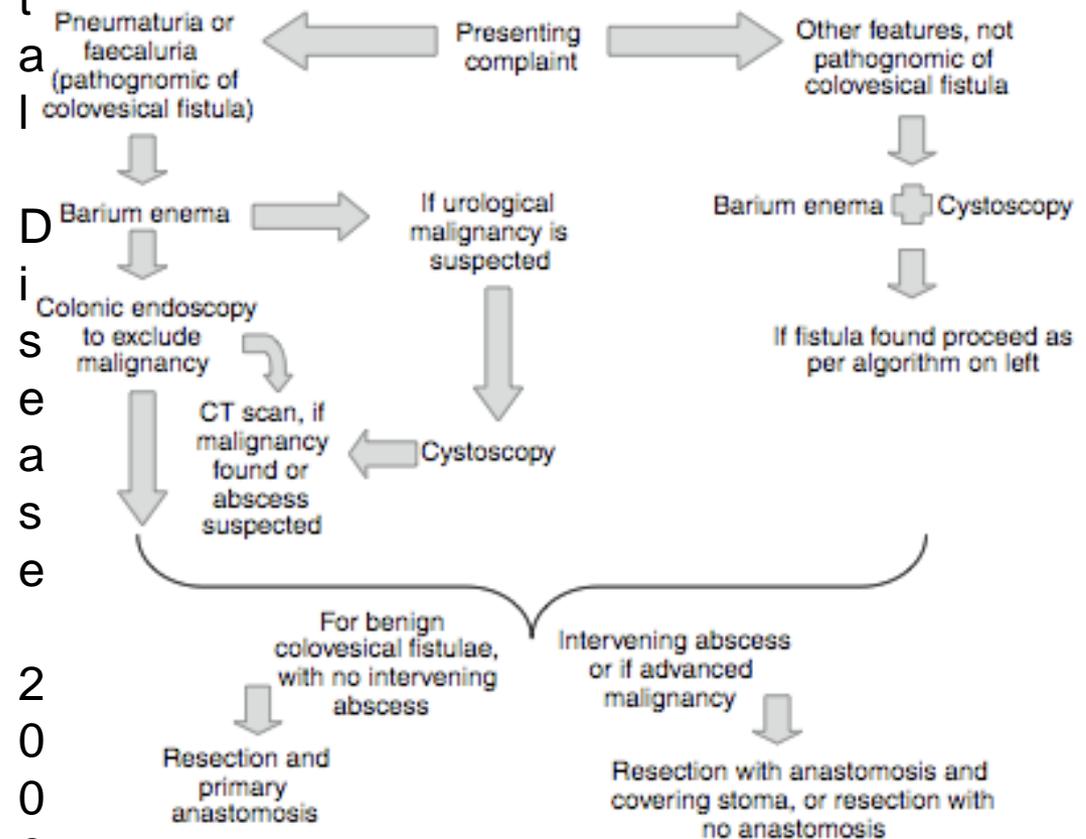
Diagnosis and management of colovesical fistulae; six-year experience of 90 consecutive cases

G. Garcea, I. Majid, C. D. Sutton, C. J. Pattenden and W. M. Thomas

Department of Surgery, The Leicester General Hospital, Leicester, UK

Received 24 May 2005; accepted 5 September 2005

90 casi
Sei anni
Singolo chirurgo
1 leak
Mortalità nulla



Conclusioni

- Eziologia: diverticolare > maligna > Crohn
- Diagnosi soprattutto anamnestica: pneumaturia sino a 90%. Va esplicitamente chiesta al paziente
- Imaging: CT, clisma opaco, cistoscopia, RMN?
- Trattamento chirurgico, open o laparoscopico indifferente, in unico tempo se eziologia benigna e non presenti ascessi

grazie

Bibliografía

- Arch Esp Urol. 1995 Apr;48(3):241-6. Urodigestive fistulae: the diagnosis and treatment of 76 cases Vidal Sans J, Reig Ruiz C.
- Arch Ital Urol Androl. 2007 Sep;79(3):122-6. Fistulas between lower urinary tract and bowel: our experience in 15 years. Zani D, Simeone C, Peroni A, Samuelli A, Antonelli A, Arrighi N, Cosciani Cunico S.
- Dis Colon Rectum. 1998 Oct;41(10):1230-8. Management of acquired rectourinary fistulas: outcome according to cause. Muñoz M, Nelson H, Harrington J, Tsiotos G, Devine R, Engen D.
- Dis Colon Rectum. 2008 Jul;51(7):1049-54. Epub 2008 May 10 Management of acquired rectourinary fistulas: how often and when is permanent fecal or urinary diversion necessary Nunoo-Mensah JW, Kaiser AM, Wasserberg N, Saedi H, Quek ML, Beart RW.
- Recto-vesical fistula (report of an unusual case), year 1987 Pandey MB, Sonawalla FP, Trivedi VD
- Robotic Repair of Rectovesical Fistula Resulting From Open Radical Prostatectomy.
- Sotelo R, de Andrade R, Carmona O, Astigueta J, Velasquez A, Trujillo G, Canes D.
- Amin M, Nallinger R, Polk HC Jr. Conservative treatment of selected patients with colovesical fistula due to diverticulitis. Surg Gynecol Obstet. Nov 1984;159(5):442-4
- Heiskell CA, Ujiki GT, Beal JM. A study of experimental colovesical fistula. Am J Surg. Mar 1975;129(3):316-8
- Margolin ML, Korelitz BI. Management of bladder fistulas in Crohn's disease. J Clin Gastroenterol. Aug 1989;11(4):399-402.
- Van Thillo EL, Delaere KP. Endoscopic treatment of colovesical fistula. An endoscopic approach. Acta Urol Belg. 1992;60(2):151-2.
- Moesgaard F, Hoffmann S, Nielsen R. Successful fibrin seal closure of a contaminated fistula. Case report. Acta Chir Scand. Aug 1989;155(8):427-8

Fistole rettourinarie acquisite

- Periodo 5 anni, eziologia maligna, f-up 9 mesi
- 18 pazienti, 17 operati
- Colostomia
- Urostomia
- Colo+urostomia

Nunoo Mensah DCR, 2008

Fistola enterovescicale in Crohn

- 400 pz CD, 8 fistole EV (2%)
- 7 ileovescicale, 1 colovescicale
- 3/8 associate fistole enteroenteriche
- 2 ileostomie temporanee, 1 colostomia temporanea
- Tecnica standard
- No deiscenze vescicali o enteriche

Gruner Am Surg 2002

- In one of the studies (20 cases) the treatment has achieved a good and lasting result. In 1 case relapse was encountered, in another one patient died for the reason of sepsis.
-
- In a 1988 study, Woods et al reported a 3.5% operative mortality rate and a complication rate of 27%.¹¹ Fistula recurrences have been reported in 4-5% of patients. Most other studies have not reported such high operative mortality rates, except in the cases of severely ill patients with other significant medical problems (such as severe comorbidities or recurrent diverticulitis).