



Challenges de reconstruction dans le traitement des fistules vésico ou uréthro- rectales : quelles techniques?

N Morel Journal,
A Manel, J.E Terrier,
A Ruffion

UROFOCUS 2017



Hôpitaux de Lyon

Ηόβιταυx de λyον



ηyβ γλου 1

Epidémiologie

- ◆ Incidence de fistules uréthro-rectales (FUR) toutes chirurgies périnéales lourdes confondues :
 - 0,1 à 3% (1, 3,4) dont la grande majorité des causes sont liées aux traitements du cancer de prostate
- ◆ Evolution des dernières décénies (2):
 - 1977 : 4% des FUR associées à ttt physiques
 - 2012 : 49% des FUR associées à ttt physiques

1/Hechenbleikner EM,... Dis Colon Rectum 2013;56:374-83.

2/Mundy AR... BJU int, 2012; 110 : 304-325

3/Noldus JJ of Urol 1999; 161 : 1518-20

4/Thomas C.... J Urol 2010, 185 : 608-12

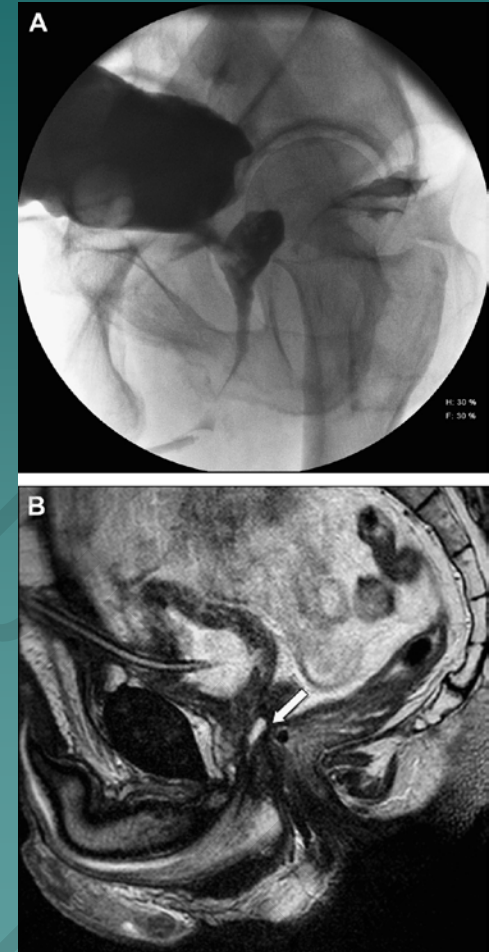
Bilan clinique

◆ Examen clinique important :

- on sent souvent la hauteur « du trou » généralement facile d'accès à la pulpe de l'index
- au plan anatomique ces plaies siègent le plus souvent juste au-dessus de la ligne pectinée (dissection de l'apex prostatique)
- on évalue taille et nombre

Quel bilan complémentaire ?

- ◆ Dans tous les cas
 - UCRM
 - Fibroscopie
 - Examen sous AG +/- test au bleu
- ◆ Pour les cas complexes
 - Colo-scanner
 - IRM
 - Pad test, BUD même si souvent plus difficile d'interprétation : incontinence...



Facteurs de mauvais pronostic

- ◆ Facteurs liés à la dégradation des tissus autour de la fistule (1) :
 - HIFU
 - Cryo-ablation
 - Radiothérapie
- ◆ Complications associées à la fistule :
 - Sténose col ou urètre
 - Présence d'une cavité siège d'un abcès (1)
- ◆ La présence de fécalurie est un élément de mauvais pronostic car témoigne d'une fistule de gros diamètre (1,2,3)
- ◆ Terrain fragile :
 - DNID
 - Age > 70 ans

1/ Venkatesan K...A R Mundy...Urology 2013, 81 : 1352-6

2/ Thomas C.... J Urol 2010, 185 : 608-12

3/Hechenbleikner EM,... Dis Colon Rectum 2013;56:374-83.

Classification

- ◆ A connaître même si en définitive elle est peu utilisée
- ◆ Rendra la comparaison entre les techniques possible

Tableau 2 Classification de Rivera et al.	
Stades	Description
Stade I	Fistule à moins de 4 cm de la marge anale, tissu non irradié
Stade II	Fistule à plus de 4 cm de la marge anale, tissu non irradié
Stade III	Fistule < 2 cm de diamètre, tissu irradié
Stade IV	Fistule > 2 cm de diamètre, tissu irradié
Stade V	Large fistule périnéale urétrocutanée

Traitements médicaux

- ◆ Drainage urinaire
 - Cystocath > SAD car mieux tolérée
 - SAD si fuites +++ et gêne majeure mais en général peu de fuites car fistule sert de « soupape »
- ◆ Dérivation digestive
 - Colostomie temporaire à discuter
- ◆ Optionnel :
 - Caisson hyperbare
 - Traitement antibiotique au long cours mais risque résistance (1)

1/ Venkatesan K, A R Mundy...Urology 2013, 81 : 1352-6

2/ Choi J H.... Ann Coloproctol 2014;30(1):35-41

3/ Noldus JJ of Urol 1999; 161 : 1518-20

Traitements médicaux (2)

◆ Résultats :

- Efficacité possible durant 3 premiers mois ensuite trajet épithélialisé : fermeture semble impossible,
- Succès de fermetures spontanées très rares si ttt par radiothérapie et HIFU (2)
- Succès varie de 0 à 50% des cas (1,3,)
- Pas de fermetures spontanées à long terme, fistules identiques après 2 à 3 ans sur 3 cas (1).

◆ Facteurs de bon pronostic de guérison spontanée?

- Fistules à révélation tardive 15 j ou plus après chir (4)

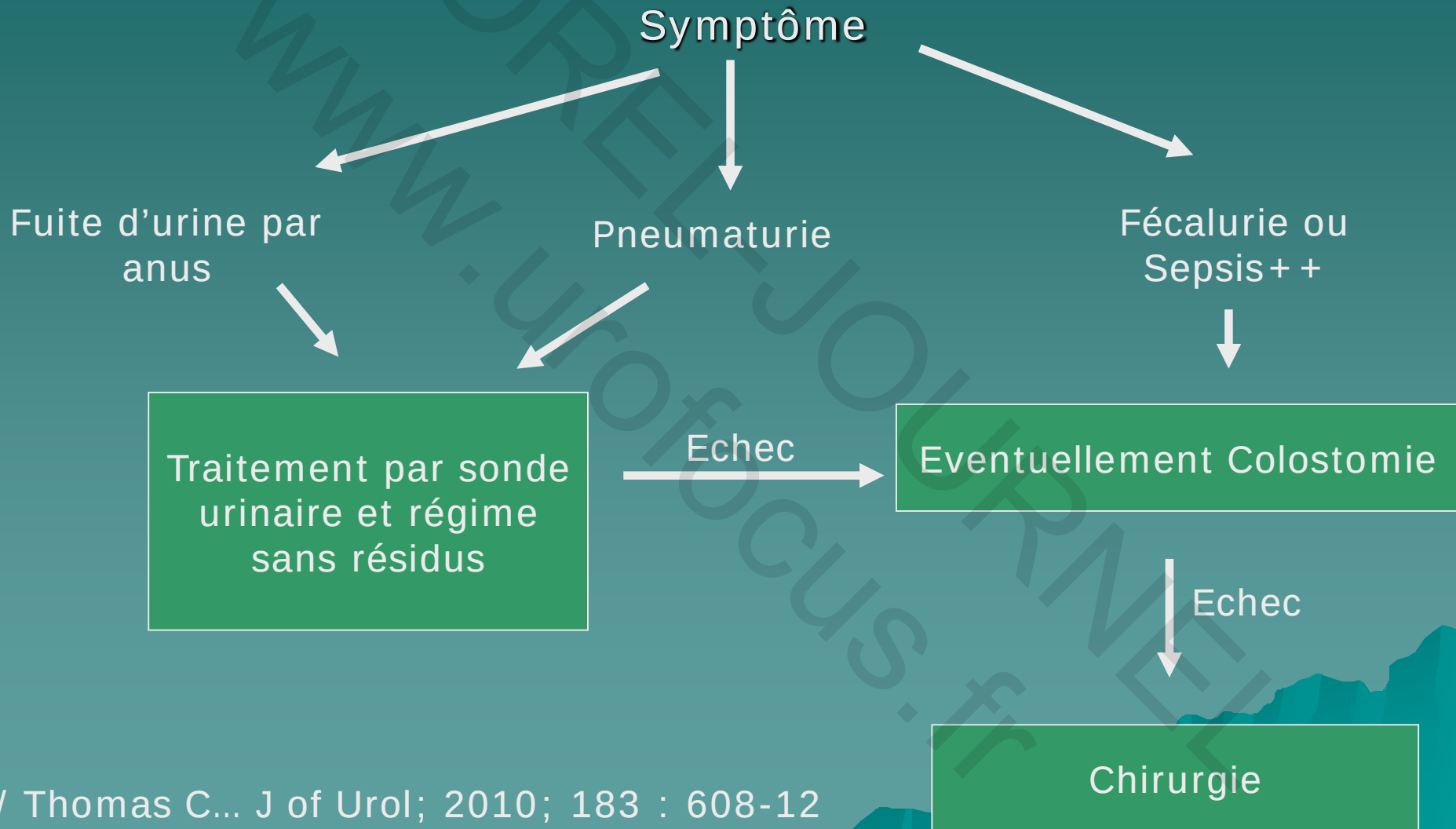
1/ Venkatesan K, A R Mundy...Urology 2013, 81 : 1352-6

2/ Choi J H.... Ann Coloproctol 2014;30(1):35-41

3/ Noldus JJ of Urol 1999; 161 : 1518-20

4/ Thomas C... J of Urol; 2010; 183 : 608-12

Algorithme pour la prise en charge d'une FUR



Traitements chirurgicaux

- ◆ On retient essentiellement 4 voies d'abord :
 - Trans-anale
 - Trans-sphinctérienne (York Masson)
 - Trans-abdominale avec lambeau épiploon
 - Trans-périnéale avec lambeau Gracilis
- ◆ Parfois des voies mixtes :
 - La voie trans-abdominale est souvent associée à la voie trans-périnéale
- ◆ Un délai de 3 mois est recommandé par presque tous les auteurs (1,2...)
 - Essais de fermetures précoces : ++ échec (1)

1/ Thomas C... J of Urol; 2010; 183 : 608-12

2/ Noldus JJ of Urol 1999; 161 : 1518-20

Les différentes voie d'abord

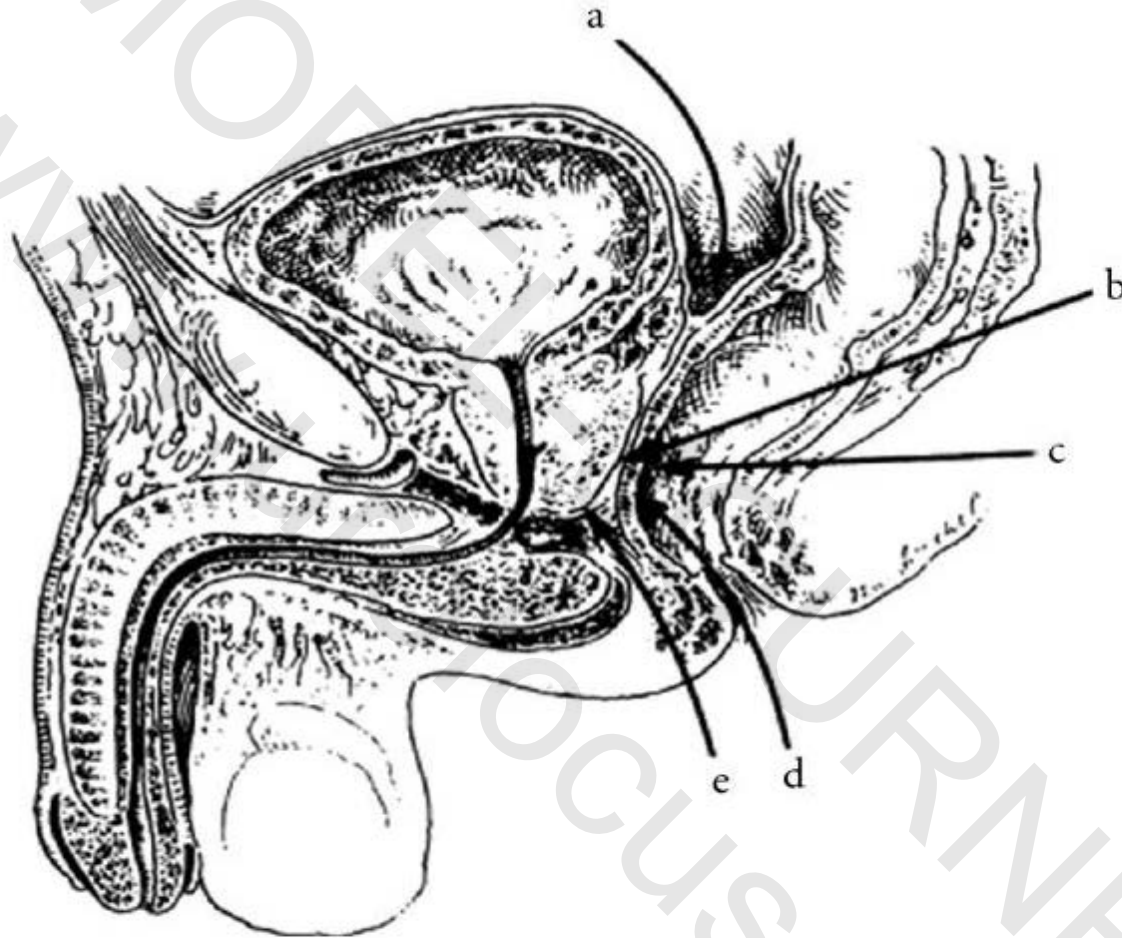
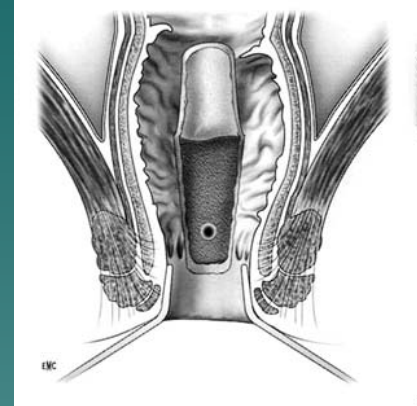


Figure 8: Paths of approach for the correction of rectourinary fistulas: (a) transabdominal (b) laterosacred (Kraske) (c) transsphincteric (York-Mason) (d) transanal (Latzko) (e) perineal.

Voie trans-anale

- ◆ Petites fistules seulement
- ◆ Technique (Latzkho, Parks) :
 - Décubitus ventral
 - Ecarteur trans-anal
 - Résection muqueuse autour fistule
 - Résection trajet fistuleux pas systématique et souvent difficile
 - Fermeture seulement du côté rectal
- ◆ Résultats (1, 2):
 - 59 % à 83 % de succès



1/Hechenbleikner EM,... Dis Colon Rectum 2013;56:374-83
2/Garofalo TE,..... Dis Colon Rectum 2003;46:762-9.

Voie trans-abdominale

- ◆ Technique :
 - Incision médiane le + souvent
 - Abord rectal et mobilisation rectale
- ◆ **Avantages** :
 - Permet la mobilisation d'épiploon pour interposer un tissu entre les 2 orifices des fistules et permet de combler une cavité importante
 - Permet une mobilisation rectale afin de suturer sans tension la fistule rectale



Traitement chirurgicaux : Chirurgie trans-abdominale

◆ Inconvénients :

- Nécessite souvent un abord périnéal associé
- Fait communiquer zone fistuleuse avec la cavité péritonéale, cas d'abcès intra abdo (1)
- L'épiploon pas toujours mobilisable
- Séquelle cicatricielle importante
- Echecs (7 à 40% (médiane séries 20%))(2)

◆ **Réserver cette technique si geste intra-abdo obligatoire**

- ◆ Pathologie digestive associée
- ◆ Pb urétéral associé nécessitant réimplantation

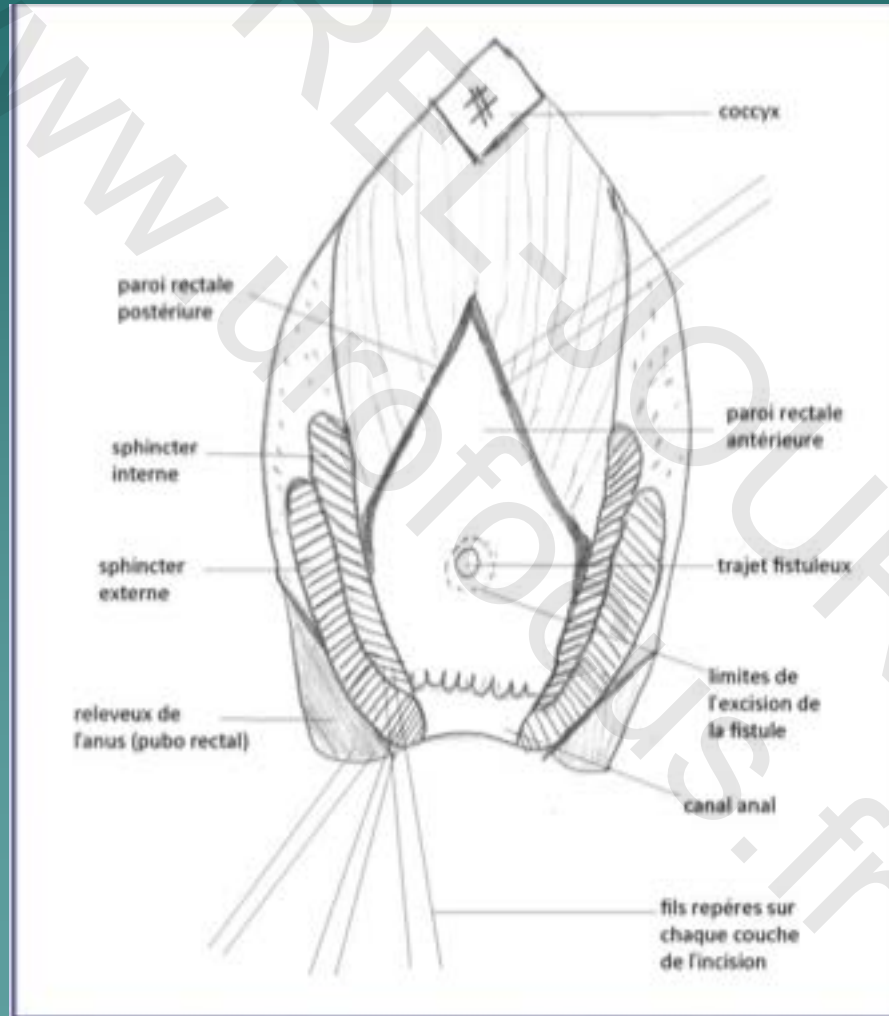
1/ Choi J H... Ann Coloproctol 2014;30(1):35-41

2/Hechenbleikner EM,... Dis Colon Rectum 2013;56:374-83

Voie trans-ano-sphinctérienne postérieure de York-Mason

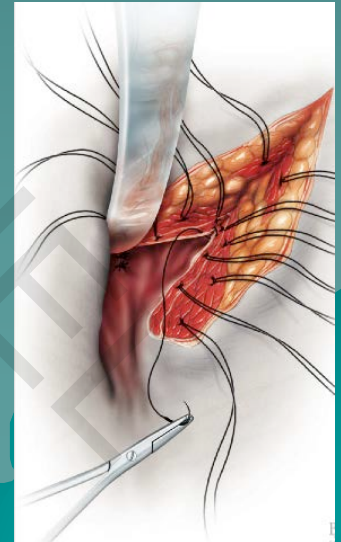
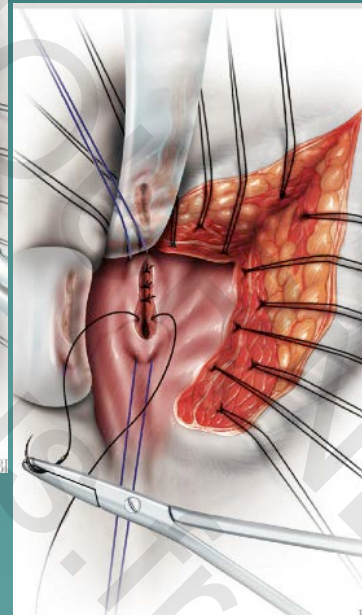
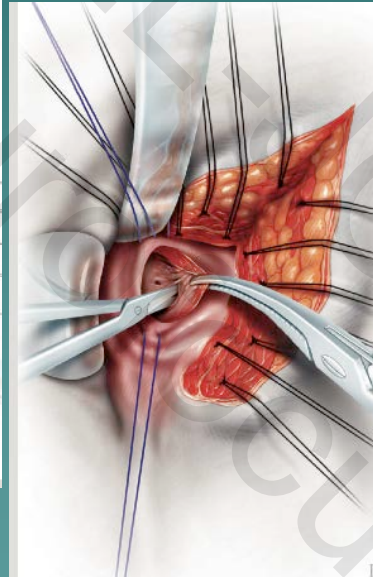
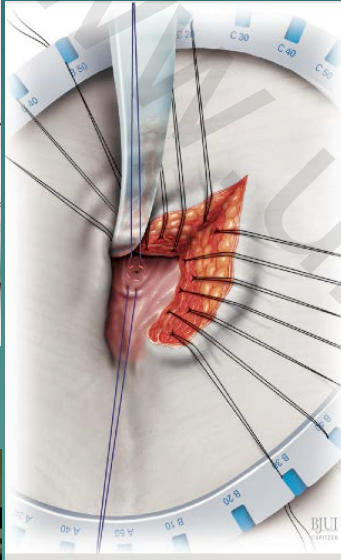
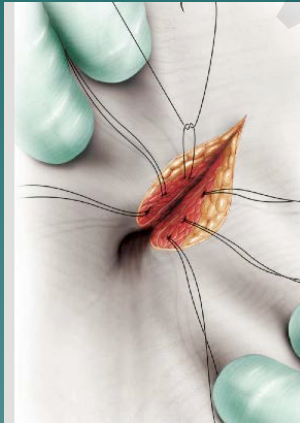
- ◆ Décrite par York-Mason en 1969
- ◆ Technique :
 - Incision dans le sillon interfessier ou incision glutéale à droite ou à gauche.
 - Repérer , le muscle releveur de l'anus et le sphincter anal externe
 - Incision de chaque élément du sphincter en repérant les différents éléments par un fil pour réaliser une bonne reconstruction
 - Ouverture de la muqueuse rectale et repérage de la fistule
 - Excision du trajet fistuleux et suture de chaque orifice fistuleux.
 - Fermeture en plusieurs plans

Comprendre le sphincter anal



Temps forts

- Installation : un moment clé
- Repérage et section des différentes couches du sphincter anal



Voie trans-ano-sphinctérienne postérieure de York-Mason

◆ Résultats :

- Sur tissus sain les résultats sont bons :
 - ◆ 92 à 100% de succès (1, 2)
- Sur tissus fibreux les résultats sont moins bons :
 - ◆ 76% de succès dans cette série avec une majorité de Fistules post HIFU (3)

◆ Complications :

- Complications liées à la position :
 - ◆ Décompensation respi voire DC (3)
- Continence anale :
 - ◆ Pas d'incontinence aux matières décrites
 - ◆ ? Probable incontinence modérée aux gaz?
 - ◆ Manque de données car pas de questionnaires spécifiques utilisés.

1/Hadley DA... BJU int; 2012; 109 : 1095-8

2/Rouanne M... Dis Colon Rectum 2011;54:1008-13.

3/Forest S... Prog Urol 2014; 24, 276-81

Abord périnéal + interposition (le + svt Gracilis)

◆ Intérêt :

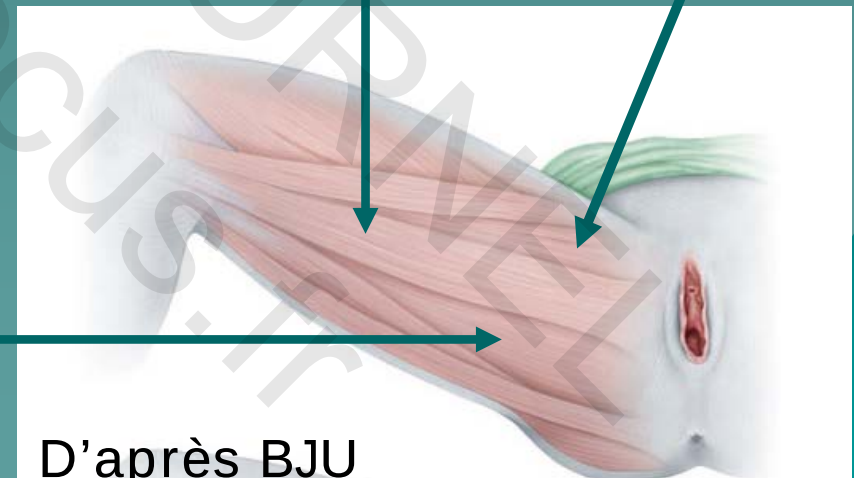
- Permet un abord de l'urètre et un traitement possible d'une sténose associée de l'urètre voir fermeture du col
- Permet de positionner un lambeau d'interposition entre les 2 orifices de la fistule (apport de tissu sain en zone de tissu fibrotique)



M. gracilis

M. adductus longus

M. adductor magnus



D'après BJU

Abord périnéal + interposition (le + svt Gracilis)

◆ Résultats:

- Taux de succès entre 91% et 100%
- Les résultats restent bons même si les tissus sont altérés

◆ Complications :

- Plaintes concernant les cicatrices surtout chez les jeunes et chez les femmes
- Gêne pour l'extension de la jambe durant les 6 premiers mois dans 15% des cas
- Incontinence urinaire dans 5 à 10% des cas(2, 3) :
 - ◆ ? si IU due à chir correctrice ou due à chirurgie
 - ◆ TTT par SAU par la suite

1/Hechenbleikner EM,... Dis Colon Rectum 2013;56:374-83.

2/Mundy AR,... BJU int 2011; 107, 1298-03

3/Wexner SD... Ann Surg 2008;248: 39-43

Colostomie de protection

- ◆ Systématique pour certains (1)
- ◆ Peut être évitée dans certains cas (2, 3):
 - Fistules post-chirurgie
 - + Fistules de petites taille
 - + Terrain favorable (pas de DNID, <70 ans...)
- ◆ Fermeture 3 à 6 mois après (1,2).

1/Hechenbleikner EM,... Dis Colon Rectum 2013;56:374-83.

2/Mundy AR,... BJU int 2011; 107, 1298-03

3/**Nyam DC**,Dis Colon Rectum 1999;**42**: 994–9

Quelle(s) technique(s) choisir ?

- ◆ Résultats d'une revue de la littérature (1) :
 - Voie trans-anale : 41% d'échec
 - Voie trans-abdominale: 20%
 - York Mason : 12%
 - Voie périnéale + gracilis : 9%
- ◆ The Winner is :
 - **Voie périnéale + Gracilis**

Pourquoi choisir l'approche périnéale avec lambeau de Gracilis pour l'urologue ?

- ◆ La rareté des FUR impose de choisir 1 technique pour développer une expertise suffisante :
 - Soit Gracilis
 - Soit York Masson
- ◆ Voie d'abord utilisable pour
 - Traitement des sténoses urétrales postérieures complexes
 - Traitement des sténose du col post PR
 - Certaines T historiques de la verge

1/Hechenbleikner EM,... Dis Colon Rectum 2013;56:374-83.

2/Mundy AR... BJU int, 2012; 110 : 304-325

3/Thomas C.... J Urol 2010, 185 : 608-12

Pourquoi choisir l'approche périnéale avec lambeau de Gracilis pour l'urologue ?

- ◆ Les techniques avec interpositions donnent de meilleur résultat dans le cas de fistules post traitement physique
 - (HIFU, radioT, Curie, Cryo...) (1)
- ◆ Possibilité d'autres applications :
 - Utilisation dans les cas de fistules urètro-cutanées complexes
 - Cas de cavités périnéales à combler (exérèses tumorales...

1/Hechenbleikner EM,... Dis Colon Rectum 2013;56:374-83.

2/Mundy AR... BJU int, 2012; 110 : 304-325

3/Thomas C.... J Urol 2010, 185 : 608-12

Peut-on les prévenir ?

- ◆ Cas des fistules post radiothérapie voir HIFU
 - Injection d'un gel inter prostato-rectal pour réduire la toxicité rectale chez les patients fragiles (diabète, insuffisants rénaux...)
- ◆ Cas des fistules post chirurgie
 - Courbes apprentissages... (système d'entraînement et de formation à la chirurgie robotique...)
 - Bon réglages du bistouri électrique (en puissance, effet et mode)
 - En cas de doute sur une plaie rectale, tout mettre en œuvre pour l'identifier et la réparer immédiatement, puis drainer efficacement l'espace pré rectal sans colostomie systématique
 - En cas de prostatectomie difficile vérification de l'étanchéité par test au bleu

Problématique de la continence post opératoire

- ◆ Incontinence masquée par fistule
 - Information pré-op
- ◆ Si fistule isolée et traitée sans mobilisation urétrale :
 - Traitement incontinence : pas de bandelettes mais SAU
- ◆ Si fistule + sténose ou fistule nécessitant une mobilisation urétrale:
 - SAU difficile car urètre mobilisé et parfois passé en inter-caverneux

Conclusion

- ◆ Accroissement des fistules complexes
- ◆ Traitement efficaces :
 - Bricker d'emblée non justifié aujourd'hui sauf cas particuliers
 - 2 traitements possibles :
 - ◆ York Mason pour fistules sur tissus sains
 - ◆ Voie périnéale + lambeau Gracilis pour toutes fistules
- ◆ Technique recommandée aujourd'hui (1) :
 - **ABORD PÉRINÉAL + LAMBEAU DE GRACILIS**