

# DOUBLE FISTULE PERITONEOCOLIQUE TARDIVE CHEZ UN PATIENT EN DIALYSE PERITONEALE

H. SKHIRI, N. BEN FRADJ, SAND. MRABET, A. ACHOUR, SABRA ALOUI, SAMIA BOURAOUI, MA FRIH, N. BEN DHIA, M. EL MAY

Service de Néphrologie et Médecine interne, Centre Hospitalo-Universitaire,

Hôpital Fattouma Bourguiba, Monastir 5000, Tunisie

**Nous rapportons un cas d'une double fistule péritonéocolique tardive, vingt sept mois après le début de la dialyse péritonéale chez un patient diabétique. Le diagnostic est évoqué vue l'existence d'une diarrhée après chaque échange péritonéal et fût confirmé par visualisation de cette fistule colique gauche après injection du produit de contraste. Cette complication exceptionnelle mérite d'être connue car elle est grevée d'une lourde mortalité.**

## I - INTRODUCTION

La dialyse péritonéale chronique ambulatoire (DPCA) est actuellement admise comme une méthode efficace de traitement de suppléance de l'insuffisance rénale chronique terminale (1). De même la fréquence des complications de cette technique est en nette diminution en particulier les épisodes de péritonite (2).

La perforation colique est une complication rare survenant essentiellement immédiatement après la pose du cathéter péritonéal surtout si certaines précautions ont été négligées (vidange vésicale, lavement évacuateur,...).

La fistule péritonéocolique (FPC) tardive est encore exceptionnelle, plusieurs facteurs favorisants ont été incriminés.

Nous rapportons ici le cas d'une double FPC tardive gauche ayant conduit à la mort du patient.

### Cas clinique

Mr B.A, 75 ans, hypertendu depuis 25 ans, diabétique depuis 23 ans, est dialysé pour une néphropathie diabétique depuis 2000. Il a comme autres complications de microangiopathie diabétique, une rétinopathie diabétique avec une cécité bilatérale, une neuropathie végétative, une neuropathie des membres inférieurs, par ailleurs, il a été opéré en mars 2002 pour une fracture du col du fémur droit.

La DPCA est débutée en novembre 2000 avec quatre échanges par jour de deux litres dont trois isotoniques à 1,36% et un hypertonique à 3,86%. Mr B.A est hospitalisé dans le service en septembre 2002 pour un épisode de péritonite sans germe isolé, d'évolution favorable sous céfotaxime, téicoplanine en intrapéritonéal.

Même si le cathéter double cuff s'est déplacé à droite, noté pour la première fois en décembre 2002 (photo1), il est toujours resté fonctionnel. Mr B.A n'est jamais resté ventre vide.



Photo 1 : Abdomen sans préparation : cathéter de dialyse péritonéale déplacé à droite

Le 02 février 2003, est constatée une apparition brutale d'une diarrhée survenant immédiatement après chaque échange sans aucune plainte fonctionnelle ni syndrome fébrile, ce qui a motivé son hospitalisation. L'examen clinique était sans particularités, le diagnostic d'une FPC a été évoqué et même conforté par un test au bleu de méthylène positif. Une opacification par le cathéter de dialyse péritonéale a objectivé une double FPC gauche (photo2) loin du bout du cathéter qui est plutôt à droite (photo 3).



Photo 2 : Double fistule péritonéocolique gauche et début d'opacification du côlon gauche

## Double fistule péritonéo-colique

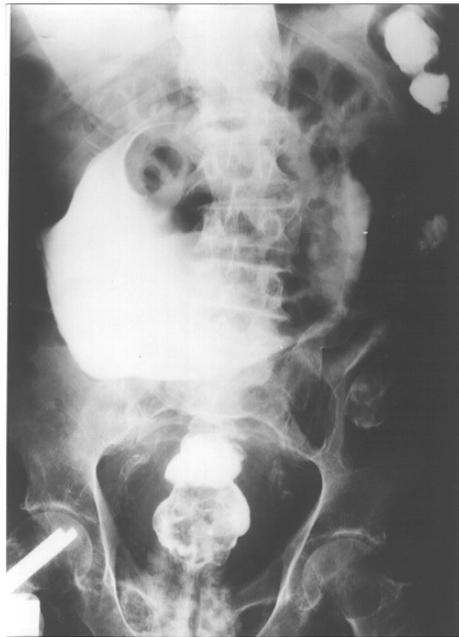


Photo 3 : Opacification du rectum

La culture du liquide péritonéal a permis d'isoler un *Klebsiella pneumoniae*. Les hémocultures sont revenues négatives. A la biologie, la CRP est à 198mg/l, la VS à 60/115 et les globules blancs à 6300/mm<sup>3</sup>.

Malgré l'arrêt de la dialyse péritonéale, une alimentation parentérale, une hémodialyse intensive par un cathéter jugulaire interne droit et une triple antibiothérapie parentérale (Vancomycine, Métronidazole et Céfotaxime), le malade est décédé trois semaines plus tard.

## II - DISCUSSION

La perforation des viscères intrapéritonéaux est une complication qui peut survenir lors de l'insertion du cathéter de dialyse péritonéale (1,3 à 1,6%) (3).

Le respect des précautions ainsi que l'adoption de la technique chirurgicale ont nettement réduit sa fréquence (2).

La perforation tardive de l'intestin par un cathéter non fonctionnel est rarement rapportée (4,5). Elle serait secondaire à un contact direct entre la paroi intestinale et le bout du cathéter en l'absence de liquide péritonéal ce qui constitue une cause d'irritation prolongée.

Cependant une FPC tardive en présence d'un cathéter péritonéal fonctionnel est exceptionnellement rapportée (3,6).

Plusieurs causes favorisantes ont été évoquées ; le déplacement du cathéter dans l'omentum (3), la fragilisation de la paroi digestive par les dépôts d'amylose (7) ou l'existence de diverticules (8).

Pour notre malade l'hypertension artérielle, le diabète avec toutes ses complications dégénératives micro et macroangiopathiques et les calcifications vasculaires (photos 1, 3) sont des explications d'une paroi digestive fragilisée et susceptible de perforation. Une lourde mortalité a été rapportée chez les patients dialysés hospitalisés pour péritonite d'origine intestinale (8).

Ce type de complication reste néanmoins très rare puisqu'il n'existe que quelques observations rapportées dans la littérature mais celle-ci mérite d'être signalée car un diagnostic précoce pourrait améliorer le pronostic.

### **BIBLIOGRAPHIE**

- 1- VALDERRABANO F, BERTOUX FC, JONES EHP, MEHLS O.  
Report on management of renal failure in Europe , XXV, 1994, end stage renal disease and dialysis report.  
The EDTA-ERA Registry European dialysis and transplant Association-European Renal Association.  
Nephrol Dial Transplant 1996, 11(suppl,1): s 2-21.
- 2- DALY C D., CAMPBELL MK, MAC LEOD AM, CODY DJ, VALE LD et al.  
Do the Y-set and double-bag systems reduce the incidence of CAPD peritonitis ?  
A systematic review of randomized controlled trials.  
Nephrol Dial Trasplant 2001, 16:341-347.
- 3- BALAJI V, DIGARD N, WISE MH.  
Delayed bowel erosion due to functioning chronic ambulatory peritoneal dialysis catheter.  
Nephrol Dial Transplant 1996, 11:368-369.
- 4- BRADY HR, ABRAHAM G, OREOPOULOUS DG, CARDELLA CJ.  
Bowel erosion due to a dormant peritoneal catheter in immunosuppressed renal transplant recipients.  
Perit Dial Int 1988, 8:163.
- 5- RAMBAUSEK M, ZEIE M, WEINREICH TH, RITZ E.  
Bowel perforation with unused Tenckhoff catheters.  
Perit Dial Int 1989, 9:82.
- 6- WATSON LC, THOMPSON JC.  
Erosion of the colon by a long –dwelling peritoneal dialysis catheter.  
JAMA1980, 243:2156-2157.
- 7- CHEOL-HONG M, JI-HYUN P, JU-HEE A, EUNG-TAEK K, SUK-HEE Y et al.  
Dialysis-related amyloidosis (DRA) in a patient on CAPD presenting as haemoperitoneum with colon perforation.  
Nephrol Dial Transplant 1997, 12:2761-2763.
- 8- TRANAEUS A, HEIMBURGER O, GRANQVIST S.  
Diverticular Disease of the Colon : A Risk Factor for Peritonitis in Continuous Peritoneal Dialysis.  
Nephrol Dial Transplant 1990, 5:141-147.