

muscle actin). Abdominal, pelvic and thoracic tomodensitometry scans excluded extension outside bladder or nodal disease. Bone scan was negative for skeletal localisation. The patient received no additional treatment. He is alive with no evidence of recurrence of disease 12 months after initial diagnosis.

Conclusion

Because of the aggressive biologic behaviour of sarcomatoid carcinomas, they should be identified promptly and treated appropriately. This case underlines the need of precocious diagnosis, in order to perform an early therapeutic approach.

Raoudha Doghri, Rym Sellami, Maha Driss, Haifa Nfoussi, Ktari Mehdi, Mrad Karima, Samia Sassi, Abbess Imen, Dhikra Kacem, Ben Ghorbel Rdhia, Ben Romdhane Khaled

*Histopathology department - Salah Azaiez Institute, Tunis – Tunisia
Tunis El Manar University*

Fistule sigmoïdo-vésicale d'origine diverticulaire

La fistule colo-vésicale est une complication rare de la diverticulose colique. La symptomatologie clinique est dominée par les signes urinaires. La présence de pneumaturie et/ou de fécalurie signe l'existence d'une fistule colo-vésicale cependant ces signes sont inconstants.

Nous rapportons deux nouvelles observations de fistule sigmoïdo-vésicale révélatrice d'une diverticulose sigmoïdienne dans un cas et compliquant une maladie diverticulaire déjà connue dans l'autre cas.

Observation 1

B.Z., âgée de 75 ans, hypertendue, insuffisante cardiaque, a présenté il y a deux ans des douleurs de la fosse iliaque gauche associées à une fièvre et une constipation. L'exploration morphologique et endoscopique, réalisée en ville, a conclu à une sigmoïdite diverticulaire et la patiente a été mise sous antibiothérapie avec une évolution favorable. Le tableau actuel remonte à six mois marqué des épisodes d'infection urinaire à *Escherichia coli* récidivants et l'apparition depuis un mois de fécalurie et de pneumaturie. La coloscopie a montré une réduction de la lumière du sigmoïde empêchant la progression de l'endoscope. La communication suspectée entre le sigmoïde et la vessie n'a pu être mise en évidence ni par la cystographie (figure 1) ni par le lavement aux hydrosolubles (figure 2) qui n'a montré que la présence de plusieurs diverticules sigmoïdiens. Le scanner abdominal a objectivé la présence d'air dans la vessie et un colon sigmoïde dont la paroi est épaissie et entouré d'une graisse infiltrée (figure 3). Le diagnostic de sigmoïdite diverticulaire compliquée de fistule sigmoïdo-

vésicale a été retenue. Après deux semaines d'antibiothérapie, la laparotomie a montré la présence au niveau du pelvis d'un magma adhérentiel entre la branche descendante du sigmoïde et la vessie dont la dissection a permis d'identifier un diverticule sigmoïdien perforé au niveau du dôme vésical. Il a été réalisé une sigmoïdectomie avec anastomose colorectale et une fermeture de la brèche vésicale après avivement des berges associée à la mise en place d'une sonde trans-urétrale. L'évolution a été marquée par l'apparition au 2^{ème} jour post-opératoire d'une thrombophlébite étendue du membre inférieur gauche compliquée d'une embolie pulmonaire massive indiquant la mise de la patiente sous héparinothérapie. La patiente est décédée au 5^{ème} jour post-opératoire.

Figure 1 : Cystographie rétrograde montrant une irrégularité des contours du dôme vésical à droite



Figure 2 : Lavement aux hydrosolubles montrant une sténose étendue de la branche descendante du colon sigmoïde qui est par ailleurs diverticulaire

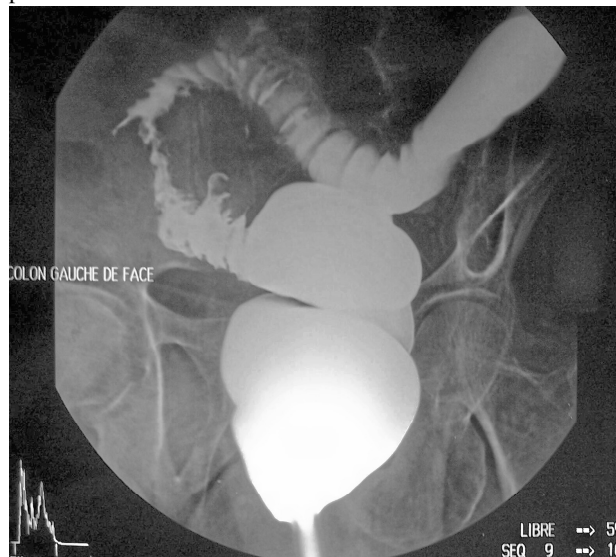


Figure 3 : Tomodensitométrie abdomino-pelvienne montrant la présence d'une bulle d'air dans la vessie



Observation 2

Madame S.F., âgée de 72 ans, hystérectomisée il y a 30 ans pour fibrome utérin, présente depuis deux ans des douleurs abdominales localisées à la fosse iliaque gauche et à l'hypogastre associées à des brûlures mictionnelles. Au vu d'un examen cyto bactériologique des urines réalisé en ville, le diagnostic d'infection urinaire a été retenu et la patiente a été mise sous antibiotique. L'évolution a été marquée par la persistance des brûlures mictionnelles malgré la reconduction de l'antibiothérapie à plusieurs reprises. Devant cette infection urinaire récidivante, une cystoscopie a été pratiquée et a révélé la présence de matières fécales dans la vessie. Une coloscopie a été réalisée et a montré un rétrécissement régulier de la charnière recto-sigmoïdienne infranchissable et saignant facilement à la pince. Des biopsies faites à ce niveau ont conclu à une sigmoïdite chronique non spécifique. L'exploration a été complétée par un lavement baryté qui a montré une sténose serrée étendue sur 4 cm au niveau du sigmoïde qui est le siège de multiples diverticules. Le lavement baryté a permis également d'opacifier la vessie. Une tomodensitométrie abdomino-pelvienne a été réalisée et a montré un épaississement des parois du sigmoïde et de la vessie ainsi que la présence de bulles d'air en intra-vésical. Le diagnostic de sigmoïdite diverticulaire compliquée de fistule sigmoïdo-vésicale a été posé et la patiente a été opérée. A l'intervention, le sigmoïde était le siège de multiples diverticules. Au niveau de la jonction recto-sigmoïdienne, la paroi sigmoïdienne était épaissie et adhérente au dôme vésical. La dissection à ce niveau a mis en évidence un diverticule sigmoïdien fistulisé dans la vessie. Il a été réalisé une sigmoïdectomie avec une anastomose colo-rectale et une suture de la brèche vésicale associée à une cystostomie réglée. Les suites opératoires ont été simples. Avec un recul de quatre ans, la patiente est complètement asymptomatique.

Conclusion

La fistule colo-vésicale est une complication rare de la diverticulose colique. Les signes urinaires sont souvent au devant du tableau clinique. Son traitement est chirurgical avec un possible abord coelioscopique en présence de l'expertise requise pour cette voie.

Riadh Bedoui, Houcine Maghrebi, Wajih Dougaz, Youssef Chaker, Ramzi Nouira, Chadli Dziri

*Service de Chirurgie B. Hôpital Charles Nicolle. 1006 Tunis, Tunisie
Faculté de médecine de Tunis*

Université Tunis El Manar

Myoid differentiation in dermatofibrosarcoma protuberans

Dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP) is a neoplasm of intermediate malignancy [1] which usually presents on the trunk or proximal lower limbs of middle aged or young adults [2]. Several variants have been described including fibrosarcomatous variant which has a more aggressive clinical behaviour [3]. Recently, a small number of cases of another variant characterized by areas of myoid differentiation have been reported [1-4].

We describe here three additional cases with myoid areas in DFSP.

Methods:

In this study, we conducted a comprehensive analysis of 90 DFSP collected in Salah Azaiez Institute between January 1994 and March 2009. We identified 11 cases of fibrosarcomatous DFSP and 6 cases with myoid differentiation of which one case was also fibrosarcomatous. Our study concerned a sample size of 3 cases because these were the only cases for which we had complete information about the patient and the tumor.

Results:

Case 1: A 33-year-old woman had noticed a cutaneous nodule measuring 50x40 mm in the right scapular region, which was excised. The lesion recurred locally 10 months after the initial operation. There were four contiguous recurrent nodules measuring 6 to 20 mm located in the area from the dermis to the subcutis at the same site of the previous lesion. All the recurrent nodules were marginally excised. Clinical examination showed no evidence of distant metastasis.

Case 2: A 41-year-old woman presented with a 35x30 mm, ill-defined dermal and subcutaneous mass on the right arm. The lesion was locally excised. There has been no sign of recurrence or metastasis in 90 months of follow-up.