

**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 cytot 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.

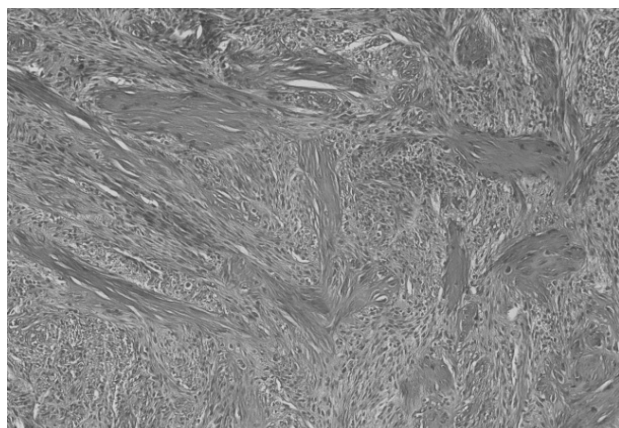
**Case 2:** A 41-year-old woman presented with a 35x30 mm, ill-defined dermal and subcutaneous mass on the right arm. The lesion was locally excised. There has been no sign of recurrence or metastasis in 90 months of follow-up.

**Case 3:** A 56-year-old woman noticed a nodule in the left thigh. Clinical examination revealed a multinodular tumor measuring 60x40 mm and located in the area from the dermis to the subcutis. The patient was treated by wide excision with clear margins.

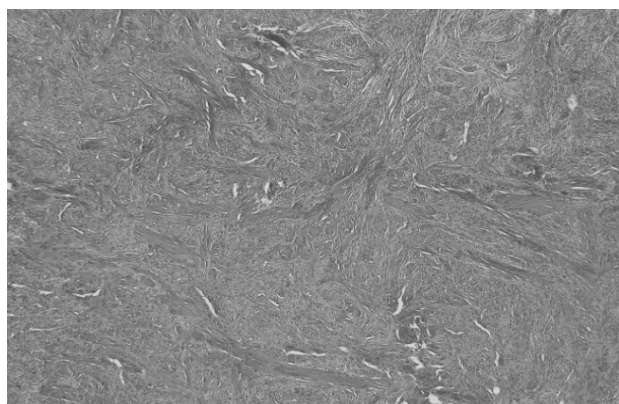
### Results

The initial lesion in case1 was composed of a proliferation of monomorphic small to medium-sized spindle cells arranged in a storiform or cartwheel pattern and infiltrating into the adipose tissue in a tentacular or weblike fashion. The recurrent lesion was multinodular and exhibited similar histological features to the initial lesion. Diagnosis of DFSP and its recurrence were made. The remaining two cases also showed the typical features of DFSP. A striking feature in all three cases was the presence of scattered bundles and small nodules (Figure 1), composed of bland spindle cells having deeply eosinophilic cytoplasm and well defined cytoplasmic margins, closely resembling smooth muscle cells or myofibroblasts (Figure 2). There was neither cytologic atypia nor mitosis. The nodules and bundles showed focal hyalinisation. These myoid areas were distributed randomly in the tumors without particular association with blood vessels or entrapped arrector pili muscles.

**Figure 1 :** Case 1: Dermatofibrosarcoma protuberans containing scattered bundles and small nodules of myoid cells (HE x 40).

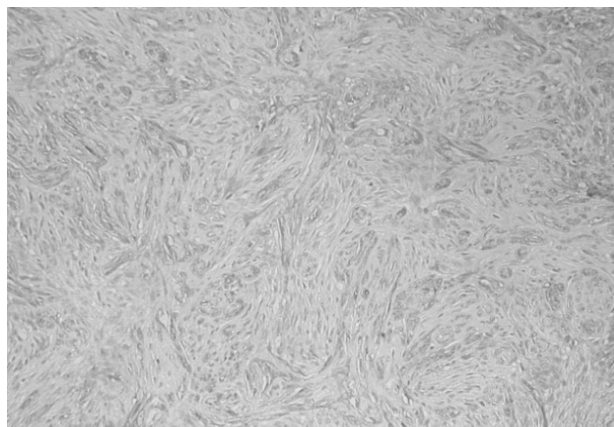


**Figure 2 :** Case 2: Cells in the myoid foci have eosinophilic, ill-defined cytoplasm and uniform nuclei (HE x 200).



**Immunohistochemistry:** Immunohistochemical analysis showed diffuse positivity for CD34 in areas of ordinary DFSP. The myoid areas were totally negative for CD34 but diffusely positive for Smooth Muscle Actin (SMA) (Figure 3).

**Figure 3 :** Case 3: The cells in myoid areas demonstrate intense staining for smooth muscle actin (x 200).



### Conclusion

We describe a rare variant of DFSP showing focal myoid/myofibroblastic differentiation. This line of differentiation seems to give support to a fibroblastic origin for DFSP and its recognition is important to avoid confusion with other myofibroblastic lesions.

### References

- [1] Morimitsu Y, Hisaoka M, Okamoto S, Hashimoto H, Ushijima M. Dermatofibrosarcoma protuberans and its fibrosarcomatous variant with areas of myoid differentiation: a report of three cases. *Histopathology* 1998; 32: 547-51.
- [2] Calonje E, Fletcher C. Myoid differentiation in dermatofibrosarcoma protuberans and its fibrosarcomatous variant: clinicopathologic analysis of 5 cases. *J Cutan Pathol* 1996; 23: 30-6.
- [3] Mentzel T, Beham A, Katenkamp D, Dei Tos AP, Fletcher C. Fibrosarcomatous ("high grade") dermatofibrosarcoma protuberans. Clinicopathologic and immunohistochemical study of a series of 41 cases with emphasis on prognostic significance. *Am J Surg Pathol* 1998; 22: 576-87.
- [4] Arican O, Bakaris S, Bulbuloglu E, Ezberci F. Myoid differentiation and EMA expression in fibrosarcomatous dermatofibrosarcoma protuberans. *Acta Dermatoven APA* 2006; 15: 39-44.

*Sellami Rym, Chaâbouni Salma, Doghri Roudha, Driss Maha, Sassi Samia, Abbes Imen, Mrad Karima, Dhikra Kacem, Ben Ghorbel Radhia, Ben Romdhane Khaled*  
 Department of Pathology, Salah Azaiez Institute, Tunis – Tunisia  
 Tunis Medical School  
**Tunis El Manar University**