

Conclusion

Laparoscopy is the main diagnostic and treatment tool for the isolated torsion of fallopian tube. Although this pathology is rare, it should be evoked towards any pelvic pain, in order to salvage the tube and preserve fertility.

REFERENCES:

- [1] Lineberry T, Rodriguez H. Isolated torsion of the Fallopian tube in an adolescent: a case report. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2000;13:135–8.
- [2] Dedecker F, Graesslin O, Khider Y, Fortier D, Quereux C, Gabriel R. Torsion tubaire isolée chez une adolescente de 15 ans : à propos d'un cas. *Gynecol Obstet Fertil* 2003; 31: 1036–8.
- [3] Ozgun MT, Batukan C, Turkyilmaz C, Serin IS. Isolated torsion of fallopian tube in a post-menopausal patient: a case report. *Maturitas* 2007;57: 325–7.

Nabil Mathlouthi, Mohamed Amine Jellouli, Olfa Slimani, Riadh Ben Temime, Tahar Makhoulouf, Leila Attia, Abdellatif Chachia

*Department of Gynecology Obstetric "A", Charles Nicolle hospital, Tunis, Tunisia
El Manar University, Tunis, Tunisia*

Leiomyosarcoma of the cervix uteri with Osteoclastic like giant cells

Leiomyosarcoma arising in the uterine cervix is an exceedingly rare tumour. It represents the most common primary sarcoma even less than thirty cases have been described in the literature (1). To our knowledge, we report herein the first example of cervical leiomyosarcoma with numerous admixed osteoclastic like giant cells.

Case report

A 60-year-old Tunisian woman was admitted with the complaint of vaginal bleeding and lower abdominal pain for five months. Pelvic physical examination revealed an irregular, mobile, firm, multilobular mass about 10 cm in size infiltrating the entire uterine cervix. The uterus corpus was moderately enlarged. The vagina and parametria were free from any lesion. The biopsy of the cervical lesion revealed a leiomyosarcoma. Pelvic tomography confirmed the presence of a 10x 8 cm solid and necrotic pelvic mass felt to be of cervical origin. Chest X-ray showed multiple pulmonary metastases. The patient underwent a total abdominal hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy. Upon gross examination of the resected uterus, an approximately 10x8x6 cm size exophytic tumour was seen in the uterus cervix (Figure 1). Histological examination showed a proliferation of spindle-shaped atypical smooth muscle cells with large hyperchromatic nuclei having variable amounts of mitotic activity and tumor cell necrosis (Figure 2). Numerous admixed osteoclastic like giant cells were observed (Figure 3). Immunohistochemically, the tumoral cells were strongly positive for α -smooth muscle actin and vimentin and negative for cytokeratin, epithelial membrane antigen, and

S-100 protein. The giant cells were positive for CD68. The final diagnosis was cervical leiomyosarcoma with osteoclastic giant cells. The patient died three months later.

Figure 1: Macroscopic axial section of the cervix. Note the endometrial cavity (arrow). A dark congested polypoid mass arising in the endocervical canal projects.

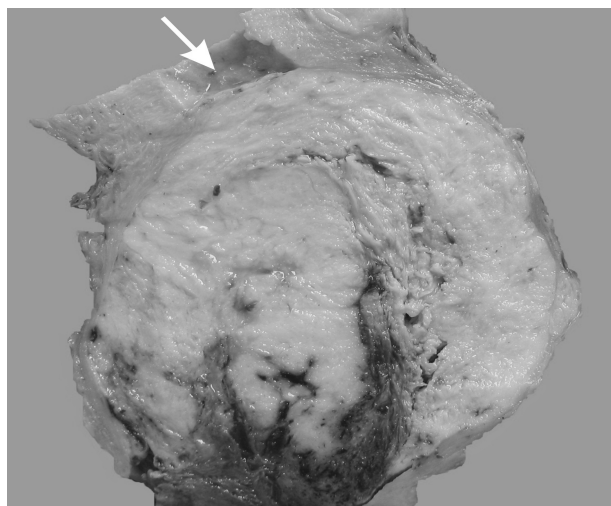


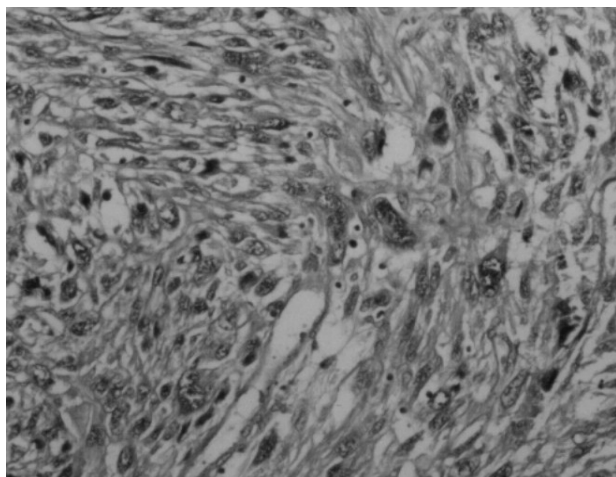
Figure 2: Proliferation of spindle cell adjacent to endocervical mucosa. (HEX200)



Conclusion

Because the number of reported cases in the literature is still very small, the optimum means of managing cervical LMS have yet to be established. It seems appropriate that when faced with this disease process, the clinician, therefore, looks for guidance to the current accepted standards for the management of uterine LMS.

Figure 3: Interlacing bundles of neoplastic muscle cells with large nuclei and several mitotic figures admixed with numerous osteoclastic giant cells (HEX400)



References

- 1- Irvin W, Prestley A, Andersen W, Taylor P, Rice L. Leiomyosarcoma of the cervix. Gynecol Oncol 2003; 91: 636-42.

Ramy Ben Salah 1, Amina Mekni2, Hedhili Oueslati3, Moncef Zitouna2, Sami Bouchoucha1

1Surgical department, Habib Bouguetfa Hospital, Bizerte, Tunisia

2Department of pathology, La Rabta Hospital, 1007 Bab Saadoun, Tunis, Tunisia.

3Maternity center, Regional hospital of Ben Arous, Tunisia.

Faculty of Medicine of Tunis, Tunis El Manar University

Infarctus du myocarde en cours de grossesse compliqué d'insuffisance surrénalienne aiguë

L'incidence de l'infarctus du myocarde (IDM) chez la femme enceinte a été estimée à 0.6 à 1 sur 10⁴ grossesses [1] ; 4 fois plus importante que chez la femme en âge de procréation. Elle est associée à une lourde mortalité maternelle : 5-37% [1, 2] et fœtale : 12-35% [1, 2]. En phase hospitalière, la survenue d'une insuffisance surrénalienne aiguë est exceptionnelle et particulièrement grave sur ce terrain. Au long cours, l'IDM affecte le pronostic de ces patientes. Si une nouvelle grossesse peut être rendue possible chez les femmes ayant un antécédent d'IDM [3], celle-ci reste à risque materno-fœtal élevé et ne peut être envisagée qu'après concertation pluridisciplinaire et avis éclairé de la patiente [4].

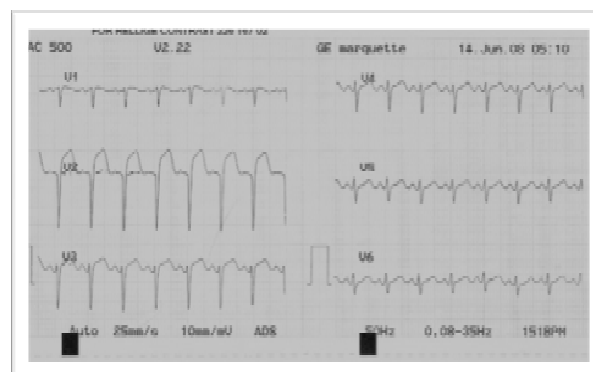
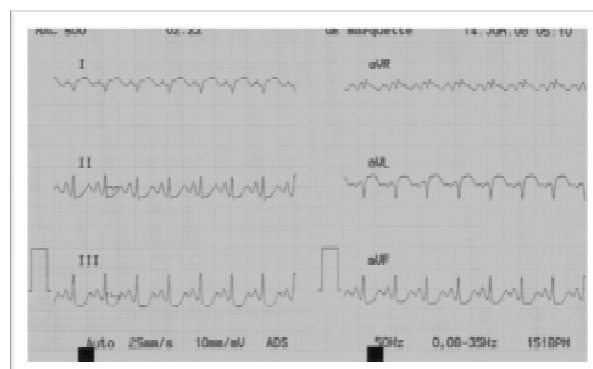
Nous rapportons l'observation d'un IDM compliqué d'une insuffisance surrénalienne aiguë chez une femme enceinte.

Observation

Mme BS âgée de 28 ans, sans facteurs de risque coronarien, enceinte à 17 semaines d'aménorrhée, 3^{ème} geste nullipare ayant

un antécédent de grossesse arrêtée et d'un avortement spontané tardif. Elle a présenté une douleur thoracique constrictive d'installation brutale et évoluant par paroxysmes pendant 24h mais dont l'origine coronarienne n'a pas été initialement identifiée. La patiente a été transférée dans notre service à J1 et le diagnostic d'IDM antérieur étendu semi-récemment a été retenu.

Figure 1 : Electrocardiogramme 12 dérivation : Onde Q de nécrose et élévation du segment ST en antérieur étendu.



L'examen à l'admission a noté une pression artérielle : 10/7cmHg, une tachycardie régulière à 160 bpm et l'absence de congestion pulmonaire. A L'électrocardiogramme (Figure1), une tachycardie sinusale et un sus-décalage de ST en antérieur étendu avec une image en miroir en inférieur. L'échographie trans-thoracique (Figure 2) a objectivé une akinésie des parois septales et antérieure, une fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG) à 37% et un thrombus apical de 2.3 cm. Devant une récurrence angineuse, la coronarographie (Figure3) a été réalisée en urgence montrant une atteinte monotronculaire : un thrombus de l'inter ventriculaire antérieure proximale avec un flux TIMI 2. La patiente a reçu un triple traitement antiagrégant ; l'Acide acétyl salicylique, le Clopidogrel et le Tirofiban (pendant 48 heures), une héparinothérapie, un inhibiteur de l'enzyme de conversion et une statine. L'évolution initiale a été favorable. A J4 d'hospitalisation, il a été découvert l'arrêt de la grossesse avec disparition de l'activité cardiaque fœtale à l'échographie pelvienne. A J9, la patiente a développé un état de choc réfractaire aux inotropes et au remplissage par les