

including the diagnostic angiography and stenting, took 1 hour and 15 minutes. The cervical bleeding stopped immediately after stenting, and the patient's hemodynamics became stable. No specific complication related to endovascular covered stent placement could be identified. The patient was then readmitted in the oncology division. The histological exam confirmed the cervical squamous cell carcinoma. After an examination under general anesthesia and magnetic resonance imaging, the tumor was classified stage III A (FIGO) with invasion of the lower third of the vagina. The patient received external radiotherapy.

Case 2

An 83 year old patient, married since 50 years, gravida 8, para 8, with no medical history, was admitted through the emergency with a frank hemorrhage and hypotensive shock and a profound anemia with hemoglobin at 4g/dl. The examination showed an exophytic bleeding tumor (6 Cm in diameter). A biopsy of the tumor was done followed by a packing and transfusions with 7 blood units to maintain her hematocrit to a correct level. The patient was taken directly to the radiology suite to undergo arteriography. The angiography was performed and an extravasation from the right uterine artery was noted. Embolization was carried out and the bleeding stopped completely. The patient's hemodynamics became stable. Arterial access was gained by seldinger puncture of the femoral artery. To allow selective access to bleeding vessels 5 French catheters were used (Terumo Europe NV). Pelvic angiography was performed and the tumor bleeding vessels were detected. The embolization was performed with the Gelfoam (curamedical B.V) cut into small segments (approximately 2-3mm) mixed with contrast agents. The Gelfoam emboli were injected and progressive vascular occlusion was monitored fluoroscopically and with control angiography. The procedure, including the diagnostic angiography and stenting, took 1 hour. The biopsy, concluded 3 days later to an adenocarcinoma. After an examination under general anesthesia and magnetic resonance imaging, the tumor was classified stage II B (FIGO). The patient received concurrent chemoradiation, and then salvage total abdominal hysterectomy with bilateral salpingo-oophorectomie was performed due to persistent disease.

Case 3

A 58 year old patient, gravida 6, para 6, having diabetes since 7 years, was admitted to explore post menopausal bleeding. The examination of the cervix showed an exophytic lesion (6 Cm in diameter) which was biopsied. The histological result was an infiltrant epidermoid carcinoma. The carcinoma was classified III B with invasion of the pelvic wall by magnetic resonance imaging and an examination under general anesthesia. Two weeks after the patient was admitted in emergency for heavy bleeding. Although cardiopulmonary resuscitation and massive blood transfusion with 10 units of whole blood were given, the patient remained unconscious and in a state of shock. An emergent angiography was performed and an extravasation from both cervico vaginal vessels was noted (Figures 2 a, c) and embolization was indicated immediately. The post-stenting angiogram notes the disappearance of stain and tumor vessels

(figures 2 b, d). Arterial access was gained by seldinger puncture of the femoral artery. To allow selective access to bleeding vessels 5 French catheters were used (Terumo Europe NV). Pelvic angiography was performed and the tumor bleeding vessels were detected. The embolization was performed with the Gelfoam (curamedical B.V) cut into small segments (approximately 2-3mm) mixed with contrast agents. The Gelfoam emboli were injected and progressive vascular occlusion was monitored fluoroscopically and with control angiography. The whole procedure, including the diagnostic angiography and stenting, took 1 hour and 45 minutes. The cervical bleeding stopped after stenting, and the patient's hemodynamics became stable. She was extubated after 2 days. No specific complication related to endovascular covered stent placement could be identified. The patient was sent for radiotherapy after stabilization of her status.

Conclusion

Trans catheter arterial embolization of pelvic vessels is an effective method to decrease or cease heavy bleeding due to advanced cervical cancers. Hemorrhage can be controlled using local anesthesia with minimal morbidity particularly when dealing with terminal patients. It has been also suggested to control pain and in reducing tumor vascularity prior to surgery.

References

- (1) P.O. Witteveen, M.J. Verhaar, I.M. Jurgenliemk-Schulz, M.A. van Eijkeren. Update on the treatment of advanced cervical cancer. *Oncol Hematol.* 2002;43: 245-56.
- (2) P. Sobiczewski, M. Bidzinski, P. Derlatka. Laparoscopic Ligature of the Hypogastric Artery in the Case of Bleeding in Advanced Cervical Cancer. *Gynecol Oncol.* 2002; 84:344-48.

Zeghal Souki Dorra, Touhami Omar*, Rajhi Hatem**, Ben Hmid Rim*, Zouari faouzia*, Mnif Nejla**, Mahjoub Sami**

** University Tunis El Manar, Faculty of Medicine of Tunis, Center of maternity and neonatology, Department « C » of obstetrics and gynecology, Tunis, Tunisia*

*** University Tunis El Manar, Faculty of Medicine of Tunis, Charles Nicolle Hospital, Department of radiology, Tunis, Tunisia*

Traitement endovasculaire d'un anévrisme de l'aorte abdominale secondaire à la maladie de Behçet

Les anévrismes aortiques représentent la complication la plus grave et la plus létale au cours de la maladie de Behçet. Leur traitement est classiquement chirurgical et repose sur la résection anévrismale avec interposition d'un tube prothétique [1]. La mortalité opératoire reste toutefois élevée et varie de 10% à 30% [2]. La morbidité est dominée par les complications anastomotiques (lâchage précoce des sutures et les faux anévrismes anastomotiques) qui sont rapportés avec des taux variant de 30% à 50% des cas malgré les différentes précautions péri opératoires [3] et l'association d'un traitement médical à base de corticoïdes et d'immunosuppresseurs. Avec le

développement des techniques endovasculaires, l'exclusion anévrismale par endoprothèse couverte s'est imposée ces dernières années comme une alternative à la chirurgie. Le succès technique est obtenu dans 100% des cas des formes sous rénales dans les séries publiées [3-5] et la mortalité périopératoire est nulle. Toutefois, le long terme de cette technique n'est pas encore bien précisé particulièrement en ce qui concerne la récurrence anévrismale.

Nous rapportons le cas d'un homme de 48 ans présentant un AAA sous rénal symptomatique secondaire à une maladie de Behçet que nous avons traité par voie endovasculaire.

Observation

Il s'agit de monsieur L A âgé de 48 ans, tabagique, sans antécédents pathologiques notables, qui a consulté pour des douleurs abdominales paroxystiques d'installation récente sans signe associé. L'examen clinique a objectivé une masse abdominale para ombilicale gauche battante, expansive et douloureuse faisant 7 cm de grand axe avec un signe de Debackey positif. L'angio-tomodensitométrie aortique (figures 1, 2 et 3) a montré un AAA sous rénal, sacciforme de 60 mm de diamètre, situé juste en amont de la bifurcation aortique et fissuré avec un hématome pariétal infiltrant la graisse autour du muscle psoas lombaire gauche.

Figure 1 : Angio-scanner : coupe transversale montrant l'AAA fissuré avec infiltration de la graisse autour du muscle psoas lombaire gauche.

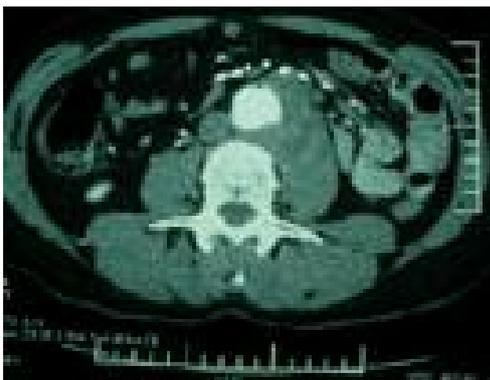


Figure 2 : Angio-scanner : vue de profil de l'AAA.



Figure 3 : Angio-scanner : vue de face de l'AAA.



Le bilan étiologique a conclu à une maladie de Behçet. Cet AAA se prêtait bien à une cure endovasculaire avec un collet proximal aortique long de 30 mm malgré l'existence d'une artère polaire inférieure et des axes iliaques rectilignes et de calibre satisfaisant. Nous avons posé chez ce patient jeune présentant un anévrisme compliqué de l'aorte abdominale l'indication d'une cure endovasculaire. Quarante huit heures avant l'intervention, le patient a reçu une cure à base d'Endoxan. L'intervention a été menée sous anesthésie générale, après abord chirurgical des deux scarpa, nous avons mis en place une endoprothèse couverte aorto-bi iliaque (Excluder ; Gore). L'angiographie per opératoire a montré l'exclusion complète de l'anévrisme. Les suites opératoires étaient simples, le séjour total a été de 72 heures. Le patient a été gardé par la suite sous corticoïdes associés à un traitement immunosuppresseur au long cours et suivi régulièrement en médecine interne. Les contrôles scannographiques réalisés à 6 et 12 mois ont montré l'absence de complication évolutive (Figure 4) et la biologie un contrôle correct de l'inflammation.

Figure 4 : Contrôle scannographique au 12ème mois



Conclusion

La chirurgie des anévrismes aortiques secondaires à la maladie de Behçet est grevée d'une mortalité non négligeable et d'une morbidité élevée dominée par les complications anastomotiques. Le traitement endovasculaire constitue une bonne alternative lorsque les conditions anatomiques sont favorables avec de très bons résultats à court terme, des études plus larges sont nécessaires pour évaluer le long terme. Une surveillance et un traitement immunosuppresseur prolongés restent toujours indispensables.

Références

- [1] M. Taberkant, H. Chtata, B. Lekahal et al. Anévrisme de l'aorte abdominale au cours de la maladie de Behçet. A propos de 4 cas. *JMV* 2003; 28 : 265-68.
- [2] L. Chang-Wei, Y. Wei, L. Bao. Endovascular treatment of aortic pseudoaneurysm in Behçet disease. *J VascSurg* 2009;50:1025-30.
- [3] S. S. Nitecki, A. Ofer, T. Karram et al. Abdominal Aortic Aneurysm in Behçet's Disease Treated by EndoluminalStent-graft. *EJVES Extra* 2001; 2 : 78-81.
- [4] MA.Vasseur, S.Haulon, J.P.Beregi et al. Endovascular treatment of abdominal aneurysm alaortitis in Behçet's disease. *J VascSurg* 1998; 27: 974-6.
- [5] M. Nakai, S.Shimizu, G.Kato et al. Successful Open Surgery for Recurrent Pseudo-aneurysm after Endovascular Aneurysm Repair in a Patient with Behçet's Disease. *EJVES Extra* 2010; 20:e8-e10.

Karim Kaouel, Soumaya Mechergui, Imtine Ben Mrad, Raouf Denguir, Taoufik Kalfat, Adel Khayati

Université de Tunis El Manar, Faculté de Médecine de Tunis, Hôpital La Rabta, Service de chirurgie cardio-vasculaire, Tunis, Tunisie

Grossesse extra utérine sous Implanon : à propos d'un cas d'hématocèle enkysté

La contraception progestative par implant sous-cutané, est une méthode qui existe depuis plus de 30 ans [1]. Cette voie d'administration est intéressante car elle permet la libération constante de faibles taux sériques de progestatifs. L'Implanon® contient un progestatif de troisième génération l'étonogestrel. Il est placé sous anesthésie locale à la face interne du bras, son principe actif, diffuse dans le tissu adipeux sous cutané [1, 2]. L'implanon est une excellente voie de contraception avec une efficacité proche de 100% [3, 4]. Dans la littérature quelques cas de grossesses chez des patientes utilisant cette contraception ont été décrits et seulement un cas de grossesse ectopique est publié jusqu'à maintenant [5].

Nous rapportons un cas de grossesse ectopique dans sa forme enkystée chez une patiente porteuse d'un implanon depuis 1 an six mois.

Observation

Patiente âgée de 30 ans, non tabagique, non obèse (BMI 23) et ne prenant pas de traitement particulier, notamment un traitement inducteur enzymatique. C'est une troisième geste, troisième pare. Elle a accouché par voie basse. Le dernier accouchement remonte à un an sept mois, à la maternité de Ben

Arous. Une contraception par implanon lui a été préconisée à J23 du post partum. L'implanon a été correctement posé en sous cutané au niveau du sillon bicipito-tricipital du bras gauche (patiente droitère). A l'interrogatoire la patiente a affirmé qu'elle a présenté des métrorragies minimales au cours de la période de contraception et qu'elle a été avertie de l'éventuelle survenue de cet effet indésirable. La patiente a consulté en urgences 18 mois après l'insertion de l'implanon, pour des métrorragies persistantes depuis 28 jours associées à des douleurs pelviennes vagues. A l'examen, la patiente était consciente la tension artérielle était correcte l'abdomen était souple dépressible, il existait une légère sensibilité pelvienne. Au spéculum il y avait un saignement minime d'origine endo utérine. Au toucher pelvien on percevait une masse qui bombe dans le douglas, sensible. L'hémoglobine était à 13 g/dl et la HCG à 150 mUI/ml. A l'échographie pelvienne endo vaginale, l'utérus était vide de taille normale, l'endomètre était à 7 mm. Il existait une masse échogène à double composante mal limitée latéro rétro utérine de 7 cm (figure 1).

Figure 1 : Aspect échographique de l'hématocèle : masse latéro utérine et postéro utérine (*), l'utérus est vide (➔) refloué en avant par la masse. La masse est échogène hétérogène à double composante solido kystique



L'ovaire droit n'a pas été visualisé. Il n'y avait pas d'épanchement. Les diagnostics d'une grossesse ectopique dans sa forme ancienne enkystée ou une tumeur ovarienne ont été évoqués. Devant le doute diagnostique tout en sachant que l'éventualité d'une grossesse sous implanon nous paraissait peu probable, un complément par IRM a été fait. Cet examen a montré une masse kystique multiloculaire droite dont le contenu est à prédominance hémorragique avec prise de contraste périphérique et des cloisons associée à une lame d'épanchement hémorragique intra cavitaires (figure 2). Le diagnostic d'un hématocèle enkysté été fortement suspecté. La patiente a été opérée par voie coelioscopique. L'exploration per opératoire a montré l'absence d'adhérences pelviennes et de stigmates d'infection. Il existait une masse dans le douglas rappelant un hématocèle adhérent.