

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 Endoluminal Stent-graft. EJVES Extra 2001; 2 : 78-81.
- [4] MA. Vasseur, S. Haulon, J.P. Beregi et al. Endovascular treatment of abdominal aneurysm aortitis 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 Mecherqui, 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 moyen 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

Patientes 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

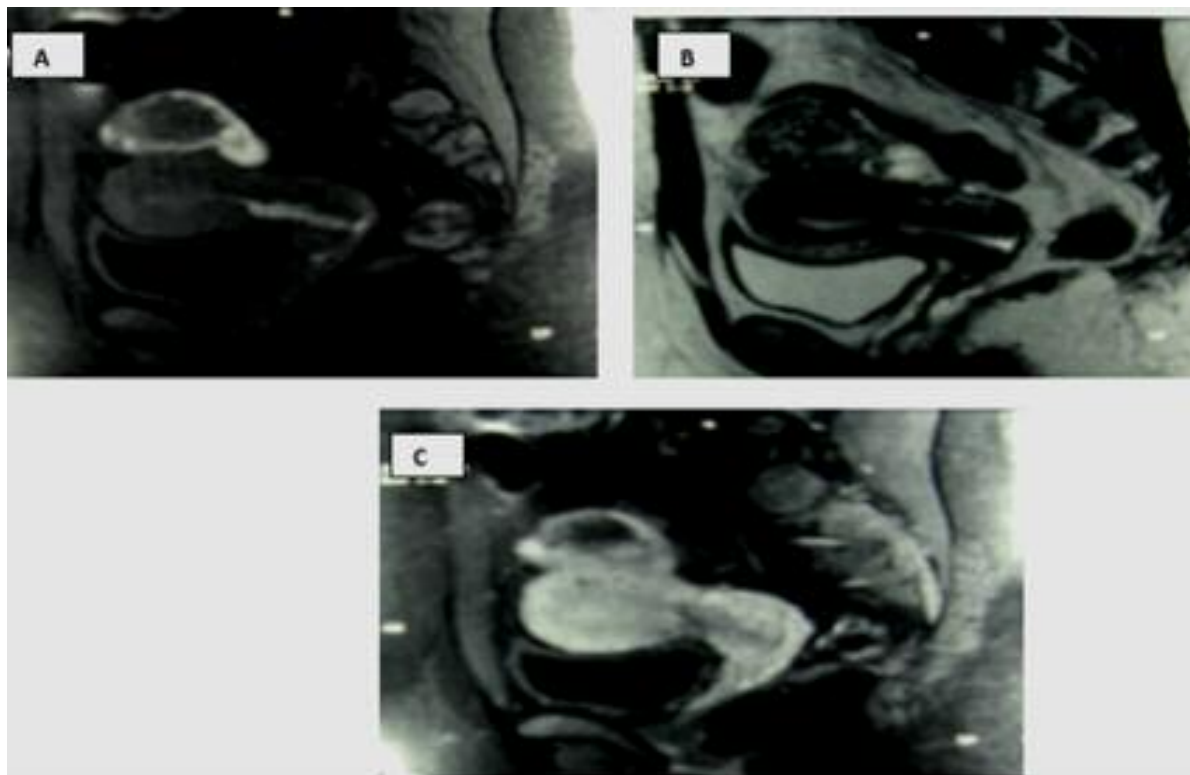
Arous. Une contraception par implanon lui a été préconisée à J23 du post partum. L'implanon a été correctement posé en sous cutané au niveau du sillon bicipito-tricipital du bras gauche (patiente droitrière). A l'interrogatoire la patiente a affirmé qu'elle a présenté des métrorragies minimales au cours 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 cavitare (figure 2). Le diagnostic d'un hématocèle enkysté était 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.

Figure 2 : Aspect en IRM de l'hématocèle : (A) en pondération T1, (B) en pondération T2 : image multiloculaire à doubles composante avec prédominance du contenu hémorragique, (C) prise de contraste périphérique après injection.



L'annexe gauche était d'aspect normal. L'ovaire droit était aussi normal tandis que la trompe droite était boudinée et à son incision on a objectivé un saignement ancien caillouté. Le traitement a consisté à une salpingectomie droite avec ablation de l'hématocèle et une toilette péritonéale. Une ablation de l'implanon a été pratiquée au même temps. L'examen anatomopathologique a confirmé la présence de tissu trophoblastique aussi bien au niveau tubaire ainsi que dans la masse dans le douglas (hématocèle enkysté). Les suites opératoires ont été simples et la patiente est sortie à J2.

Conclusion

L'implanon reste un moyen contraceptif efficace. Ni notre cas ou celui décrit au paravent ne peut remettre en question cette efficacité, mais ca incite le clinicien à être attentif et savoir évoquer le diagnostic d'une grossesse ectopique sous cette contraception.

Références

- 1) Graesslin O, Quereux C : Mise au point sur la contraception. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2005; 34: 529-56.
- 2) Croxatto HB, Makarainen L. The pharmacodynamics and efficacy of Implanon: an overview of the data. Contraception 1998; 58: 91S-97S.
- 3) Croxatto HB, Urbancsek J, Massai R et al. A multicentre efficacy and safety study of single contraceptive implant Implanon. Implanon Study group. Hum Reprod 1999; 14: 976-81.
- 4) Bennink HJ. The pharmacokinetics and pharmacodynamics of Implanon, a single-road etonorgestrel contraceptive implant. Eur J Contracept Reprod

Health Care 2000; 5 (supl. 2): 12- 20.

- 5) Mansour. M, Louis-Sylvestre. C, Paniel. B-J. Grossesse extra-utérine survenue sous contraception par implant d'etonogestrel (Implanon®) : premier cas. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2005; 34 : 608-9.

Mbarki Chaouki, Hsayaoui Najeh, Ben Abdelaziz Anis, Khediri Zied, Najjar Marwen, Souai Arij, Somai Melek, Mezghenni Sana, Hedhili Oueslati*

Université Tunis El Manar, Faculté de médecine de Tunis, hôpital Ben Arous, Service de gynécologie obstétrique, Ben Arous, Tunisie

** Université Tunis El Manar, Faculté de médecine de Tunis, hôpital Ben Arous, Service de radiologie, Ben Arous, Tunisie*

Internal iliac vein thrombosis: a rare and multifactor complication in Crohn's disease

Thromboembolic complications during the course of inflammatory bowel disease are frequent. They are mainly found in young patients and are associated with a high morbidity and mortality (1). The etiopathogenesis of these complications has been widely debated and the existence of coagulation alterations and fibrinolysis has been suggested (1). Iliac vein thrombosis is rarely reported in inflammatory bowel diseases (2). Control of the inflammatory process is thought to be the key factor in risk reduction for thrombotic events. Prophylactic use of anticoagulants is not universally