

L'étude immunohistochimique est l'examen clé permettant de le différencier d'un carcinome rénal.

Les données de la littérature suggèrent que certaines formes d'AML épithélioïde du rein ont un potentiel malin avec un risque d'invasion locale, de métastases et de décès.

Références :

1. Nelson CP, Sanda MG. Contemporary diagnosis and management of renal angiomyolipoma. J. Urol. 2002; 168:1315-25.
2. André V, Le Dreff P, Talarmin B et al. J. Radiol 1998;79:569-71.
3. Mai KT, Perkins DG, Collins JP. Epithelioid cell variant of renal angiomyolipoma. Histopathology 1996; 28:277-80.
4. Eble JN, Amin MB, Young RH. Epithelioid angiomyolipoma of the kidney : areport of five cases with prominent and diagnostically confusing epithelioid smooth muscle component. Am J Surg Pathol 1997; 21:1123-30.
5. Pea M, Bonetti F, Martignoni G et al. Apparent renal cell carcinomas in tuberous sclerosis are heterogeneous: the identification of malignant epithelioid angiomyolipoma. Am J Surg Pathol 1999; 23:356-8.
6. Nelson CP, Sanda MG: Contemporary diagnosis and management of renal angiomyolipoma. J. Urol., 2002; 168: 1315-25.

Rami Boulma, Mohamed Mourad Gargouri, Ahmed Sellami, Yousri Kallel, Sami Ben Rhouma, Zouheir Fitouri, Yassine Nouira.

Service d'Urologie, Hôpital la Rabta, Tunis, Tunisie.

Affiliation : Faculté de médecine de Tunis.

Université Tunis el Manar.

Fistule artério veineuse utérine traumatique: à propos d'une observation.

Les fistules artério-veineuses utérines sont rares, mais potentiellement graves voir même mortelles. Elles peuvent être congénitales ou acquises, en particulier secondaire à un traumatisme, le plus souvent iatrogène (1).

Ces fistules doivent être suspectées chez toute femme, en âge de procréation, présentant un saignement vaginal non expliqué.

Jusqu'à ce jour peu de cas ont été rapportés dans la littérature (1, 2).

Le traitement repose sur l'embolisation de l'artère utérine ou, si échec, l'hystérectomie d'hémostase (2).

Observation

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 36 ans, de groupe sanguin O⁺ admise dans notre service pour métrorragies de grande abondance.

Aux antécédents médicaux d'hépatite B chronique.

Antécédents gynéco-obstétricaux : 5^{ème} gestes 3^{ème} pares, a eu 3 enfants vivants avec des grossesses de déroulement normales et des accouchements par voie basse sans incidents, une interruption volontaire de grossesse par aspiration il ya un an sans incidents.

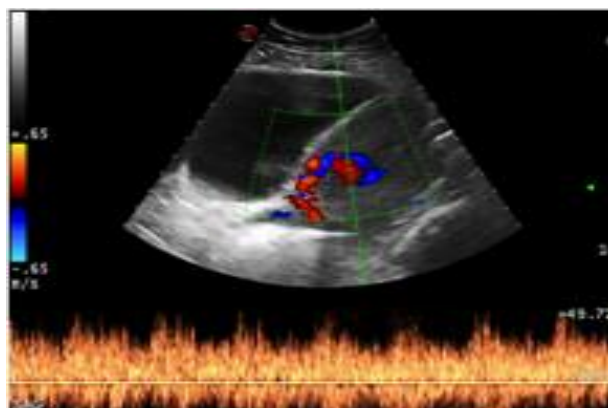
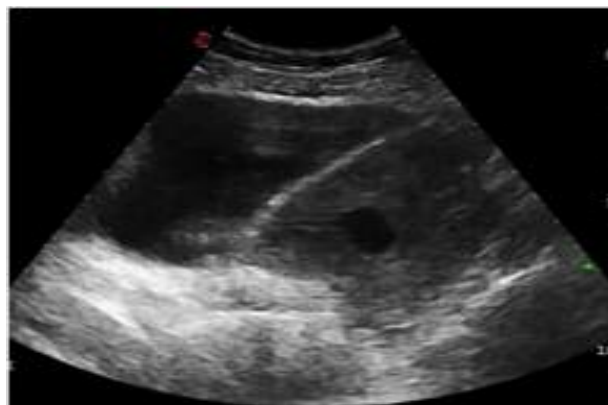
Histoire de la maladie : remonte à un mois avant son hospitalisation où la patiente a bénéficié en ville d'une aspiration pour grossesse arrêtée.

L'évolution a été marquée par la persistance de saignement, ce qui a motivé la patiente à consulter ; une échographie faite a montré la présence d'une image anéchogène intra-utérine de 30

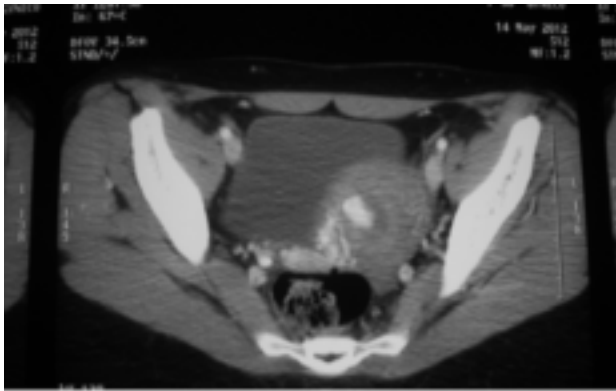
mm, le diagnostic d'une image de rétention a été retenu et un essai d'aspiration sous échographie a été réalisé.

Devant la persistance du saignement important avec retentissement sur l'état hémodynamique et biologique (chute des taux d'hémoglobine de 11 à 7,1g/dl) nécessitant la transfusion, une échographie doppler faite a montré la persistance de l'image anéchogène intra-utérine dont la nature vasculaire a été mise en évidence au doppler couleur. Au doppler pulsé, elle était le siège d'un flux mixte artério-veineux (fig 1). Un angio-scanner a été pratiqué et a retrouvé une formation d'allure anévrysmale intra- myométriale associée à un lacis vasculaire intéressant la paroi l'utérus et les deux paramètres. Un drainage veineux précoce était retrouvé. Le diagnostic de fistule artério-veineuse, ou anévrysme cirsoïde, d'origine traumatique secondaire à l'aspiration endo-utérine a été évoqué (fig 2). Une imagerie par résonance magnétique (IRM) a confirmé ce diagnostic en objectivant une image grossièrement ovale en asignal sur les séquences pondérées T1 et T2, associée à des structures serpigneuses vides de signal en continuité avec les vaisseaux péri-utérins (fig3). Une embolisation a été indiquée mais la patiente a bénéficié d'une hystérectomie d'hémostase en ville.

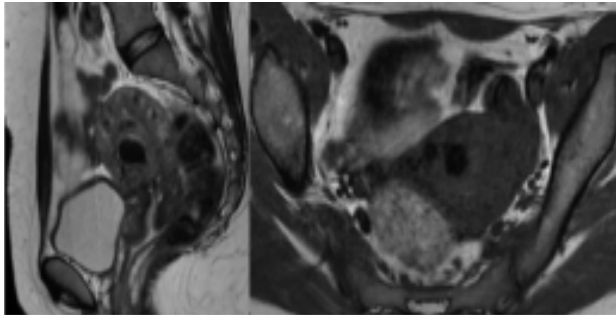
Figures 1 : Formation anévrysmale raccordée à des structures serpigneuses artérielles et veineuses.



Figures 2 : Formation d'allure anévrysmale intra-utérine avec lacis vasculaire infiltrant la paroi de l'utérus et les deux paramètres.



Figures 3 : aspect de la fistule artério-veineuse en IRM .



Conclusion

Si les malformations vasculaires utérines sont exceptionnelles, les formes acquises doivent être évoquées devant des métrorragies essentiellement après un traumatisme.

Le diagnostic est suspecté à l'échographie doppler et confirmé par les méthodes d'imagerie vasculaires (IRM, scanner ou artériographie).

La prise en charge doit être rapide et multidisciplinaire puisque le pronostic vital peut être mis en jeu.

L'apport thérapeutique de l'embolisation sélective de l'artère utérine est indiscutable, vu qu'il permet une conservation de la fertilité ultérieure surtout qu'il s'agit de femmes jeunes dans la majorité des cas. Une hystérectomie d'hémostase reste le dernier recours.

Références

- 1- T. Batch, M. De Graef, Z. Kassem And al. Fistule artério-veineuse utérine acquise: à propos d'une observation. Journal de Radiologie. 2004; 85: 649-651.
- 2- Na Guo, Hui Liu, Zhilan Peng. Fistule artérioveineuse utérine nécessitant une hystérectomie après deux échecs d'embolisation chez une patiente de 18 ans. Ann vascul 2010 ; 24 :827.e9-827.e11

Kais Chaabane 1, Doulira Louati 1, Hela Fourati 2, Wiem Feki 2, Kebaili Sahbi1, Habib Amouri 1, Zeineb Mnif 2, Mohamed Guermazi 1.

*Service de Gynécologie-Obstétrique Hôpital Hedi Chaker Sfax Tunisie
Service de radiologie Hôpital Hedi Chaker Sfax Tunisie*

Colouterine fistula complicating diverticulitis

Diverticulosis is a very common colonic pathology occurring in more than 65% of the population by the age of 80 [1]. The inflammatory process involving diverticulosis arises with an inflammatory response that may require surgery for hemorrhage, abscess, perforation, or fistula formation.

A colouterine fistula secondary to sigmoid diverticulitis is very rare, and only a limited number of cases with this condition have been reported in the literature [2-5].

We describe here the case of a patient presenting with a colouterine fistula complicating diverticulitis.

Observation

A 65-year-old woman, with a previous medical history of arterial hypertension, was admitted because of foul smelling vaginal discharge with fecaloid flow, which had occurred during three months prior to admission.

The patient also complained of intermittent left lower abdominal pain and abdominal distension and she reported no recent change in bowel habit.

On initial examination, she was febrile (38.5 8C) and mildly dehydrated. The abdomen was distended but non-tender with bowel sounds present and no mass palpable.

Pelvic examination showed a malodorous discharge in the vagina with fecaloid flow, externalizing from cervical os. The uterus was normal in size. No rectovaginal fistula and no pelvic mass were present.

She had a leukocytosis of 13900 mL and urea was 10.9 mmol/L. Culture of vaginal discharge showed mixed enteric flora including Klebsiella spp., Escherichia coli, Bacillus and Pseudomonas aeruginosa.

She was resuscitated with intravenous fluids and commenced on cefotaxime and metronidazole.

A barium enema (Figure 1 and 2) and colonoscopy demonstrated diverticulosis of the sigmoid colon but no fistula tract.

Figures 1 & 2 : Sigmoid diverticula without opacification of the uterine cavity

