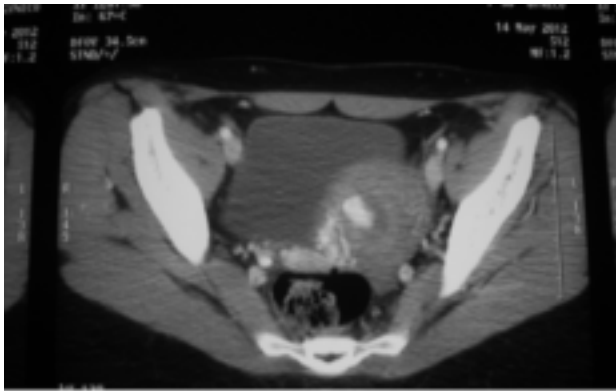
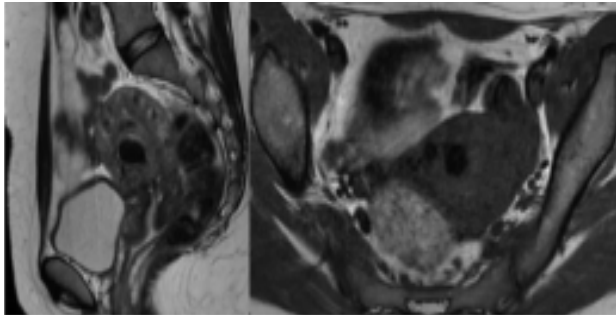


Figures 2 : Formation d'allure anévrysmale intra-utérine avec lacis vasculaire infiltrant la paroi de l'utérus et les deux paramètres.



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.

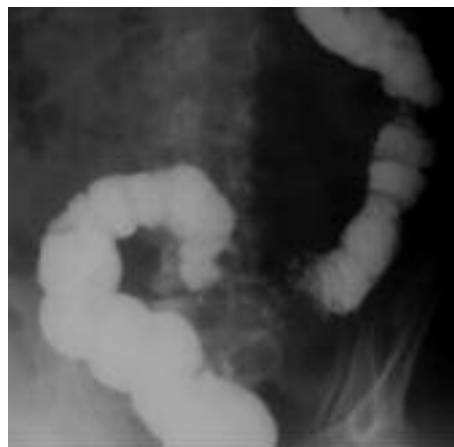
Pelvic examination showed a malodorous discharge in the vagina with fecaloid flow, externalizing from cervical os. The uterus was normal in size. No rectovaginal fistula and no pelvic mass were present.

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.

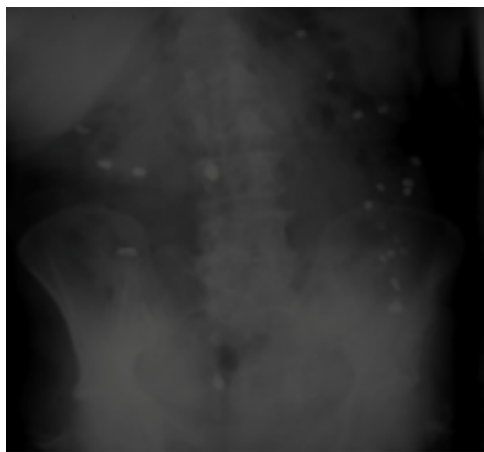
She was resuscitated with intravenous fluids and commenced on cefotaxime and metronidazole.

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

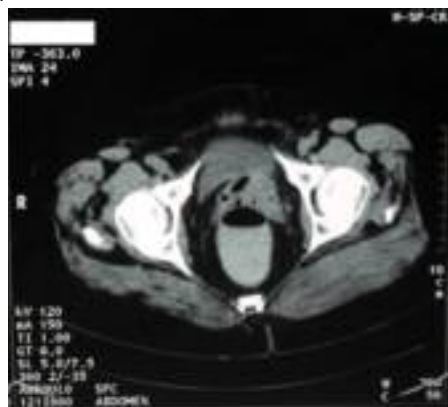


Figures 1 & 2 : Sigmoid diverticula without opacification of the uterine cavity



A CT scan (Figure 3) was performed that showed the presence of a uterus full of air and fecal content. Also, an inflammatory sigmoid colon with the presence of diverticles and a thick sigmoid wall could be seen. All these data confirmed the presence of a colouterine fistula.

Figures 3 : Gas and pus-filled uterus adherent to inflamed, acutely perforated diverticular segment of sigmoid colon. A bubble of gas between the two adherent structures corresponds to a colouterine fistula.



Therapy with antibiotics was instituted for 3 weeks, and a decrease in abdominal pain and vaginal discharge was observed. Surgery was performed one month later and, at laparotomy, a chronic inflammatory mass was observed. This mass joined the distal sigmoid colon to the posterior uterine wall and to the left adnexa. The fistula was resected en bloc through total hysterectomy with bilateral salpingo-oophorectomy and sigmoidectomy followed by side-to-end colorectal anastomosis.

Pathological examination revealed extensive diverticulosis and a fistula tract connecting a diverticular abscess and the uterine cavity.

The patient recovered uneventfully and was discharged on the fifth postoperative day.

Conclusion

Colouterine fistula is one of the rarest complications of diverticulitis. Nowadays, CT scan plays an important role in the diagnosis. Medical treatment is necessary but surgical treatment is the only way to solve the problem. En bloc resection is suitable in some cases but aggressive treatment in elderly patients is still controversial.

References

1. Jones DJ. Diverticular disease. Br Med J 1992;304:1435-7.
2. Huettner PC, Finkler NJ, Welch WR. Colouterine fistula complicating diverticulitis: charcoal challenge test aids in diagnosis. Obstet Gynecol 1992; 80:550-2.
3. Chaikof EL, Cambria RP, Warshaw AL. Colouterine fistula secondary to diverticulitis. Dis Colon Rectum 1985;28:358-60.
4. Davis AG, Posniak HV, Cooper RA. Colouterine fistula: computed tomography and vaginography findings. Can Assoc Radiol J 1996;47:186-8.
5. Kiyokawa K. A case of sigmoidouterine fistula detected by transvaginal ultrasonography. J Med Ultrasonics 2001;28:71-5.

Anis Ben Maamer, Haithem Zaafouri, Rabii Noomene, Noomene Haoues, Ahmed Bouhafa, Abdelaziz Oueslati, Abderraouf Cherif

Departement of surgery, Habib Thameur Hospital, Tunis

Le kyste géant de l'ovaire

Les masses ovariennes sont des pathologies rares puisqu'elles ne représentent que 1 à 2 % de l'ensemble des tumeurs de l'enfant (1). L'expression clinique des kystes ovariens est dominée par la douleur. L'augmentation du volume abdominal en est moins fréquente (2). Toute la difficulté est devant une masse liquidienne géante de l'abdomen de pouvoir en approcher la nature. La prise en charge chirurgicale classique du kyste de l'ovaire est soit une kystectomie soit une annexectomie par laparoscopie. La taille inhabituelle de la lésion posait la question des possibilités laparoscopiques. Certains auteurs (3) rapportent des techniques opératoires par voie coelioscopique pour les kystes de plus de 20 cm, permettant d'aborder ces formations avec facilité et sécurité. Nous rapportons une observation d'une masse pelvienne géante chez une jeune fille de 13 ans, en rapport avec un cystadénome mucineux de l'ovaire.

Observation

Melle Rahma L. âgée de 13 ans, avait consulté pour une masse abdominale d'évolution progressive. Elle n'a aucun antécédent médical ou chirurgical. Elle n'avait pas encore eu ses menstruations. Le seul signe fonctionnel retrouvé à l'interrogatoire était une sensation de pesanteur sans autres signes associés. L'inspection abdominale montrait un abdomen distendu. Les caractères sexuels secondaires étaient présents. La palpation révélait la présence d'une masse ferme indolore de 13 centimètres de grand axe prenant tout l'étage pelvien et