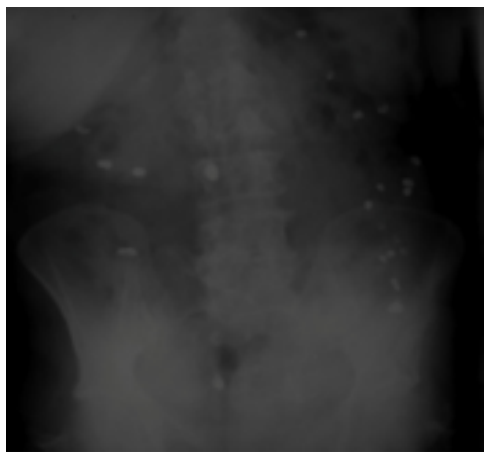
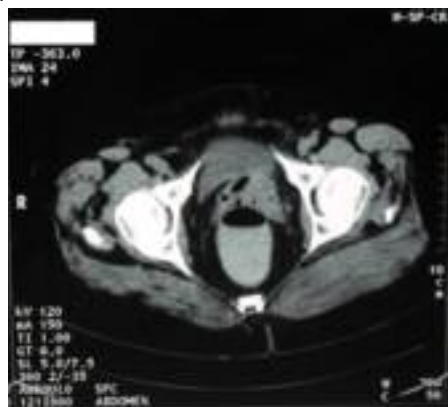


**Figures 1 & 2 :** Sigmoid diverticula without opacification of the uterine cavity



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

arrivant jusqu'à l'hypochondre droit. Cette formation était de contours réguliers et était mobile par rapport aux plans superficiels et profonds.

**Figure 1:** Volumineuse masse abdomino-pelvienne siège de multiples cloisons



Une échographie abdominopelvienne a été réalisée montrant un utérus d'échostructure et de taille normale, une annexe gauche sans particularité. L'ovaire droit n'a pas été vu. L'examen retrouvait surtout une image hypoéchogène d'allure liquidienne pure. Cette structure était à paroi régulière et qui s'étend de la région pelvienne jusqu'à la fosse iliaque droite.

**Figure 2 :** Kyste de l'ovaire droit



L'échographie a été complétée par une tomodensitométrie. Celle-ci montrait une formation kystique abdomino-pelvienne de densité spontanément liquidienne, qui faisait 20x15x25 centimètres avec une fine lame d'épanchement au niveau du cul de sac de Douglas. L'hypothèse retenue était celle d'une formation aux dépens de l'ovaire droit. A la biologie, &fp, ACE et CA 125 étaient négatives.

Une exploration chirurgicale a été décidée. Nous avons mis en place un trocart d'open coelioscopie trans-ombilical.

L'exploration révélait une masse kystique de 25 centimètres de grand axe qui prend tout l'étage pelvien. L'aspiration du contenu ramène 2,5 litres d'un liquide gélatineux. Cette formation s'est développée aux dépens de l'ovaire droit. On a procédé à une salpingectomie emportant la formation.

Les suites opératoires étaient simples, la patiente a été alimentée le jour même de l'intervention. La sortie a été possible au 5ème jour post-opératoire.

L'examen anatomopathologique définitif a conduit à un cystadénome mucineux de l'ovaire droit. La cytologie du contenu liquidien a retrouvé des cellules mucosécrétantes dépourvues d'atypies cytonucléaires.

### Conclusion

L'originalité de cette observation tient à la taille inhabituelle de la lésion. L'exploration coelioscopique a été possible malgré l'occupation par la lésion d'une énorme partie de l'abdomen. Cette coelioscopie a permis de réaliser une annexectomie emportant la formation kystique, évitant ainsi une laparotomie xyphopubienne chez une jeune fille de 13 ans. La voie d'abord doit alors être une open coelioscopie prudente, évitant l'effraction de la lésion.

### Références

- 1.R. Khemakhem, Y. Ben Ahmed, W. Ben Ftina et al. Les kystes et tumeurs de l'ovaire chez l'enfant tunisien. Aspects diagnostiques et prise en charge thérapeutique J pédiatr pueric 2012; 25 : 8-13
- 2.C. Grapin-Dagorno, M. Chabaud. Kystes et tumeurs de l'ovaire avant la puberté : aspects chirurgicaux. Arch Pédiatr 2008; 15 : 786-788
- 3.A.-C. Philippe, N. Bourdel, A.-S. Azuar, É. Lagrange, C. Vago, R. Botchorishvili, M. Canis, G. Mage. Comment je fais... la prise en charge d'un kyste de l'ovaire de gros volume par coelioscopie. Gynécob Obstet Fert 2001 ;39 : 656-659

**Wiem Jendoubi, Habib Bouthour, Youssef Hellal, Rabiaa Ben Abdallah, Mohamed R. Ben Malek, Youssef Gharbi, Néjib Kaabar**

Service de chirurgie pédiatrique, Hôpital Habib Thameur, 8 rue Ali Ben Ayed Montfleury, Tunis  
Faculté de médecine de Tunis  
Université Tunis El Manar

## GASTRIC XANTHELASMA: An uncommon lesion

Xanthelasmas of the gastrointestinal tract are uncommon benign lesions, characterized by varying amounts of foamy histiocytes, inflammatory cells, fibrous reaction and sometimes multinucleated giant cells [1]. Typically, the process causes destruction and effacement of normal structures of the affected organ and may simulate a neoplasm, that's why endoscopic biopsy is mandatory [2]. Chronic gastritis, *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) infection, diabetes mellitus and hyperlipidemia have been implicated in the etiopathogenesis [1,2]. In this paper, three patients who attended hospital with abdominal pain and