

The radical excision was impossible and very hazardous, thus, we made only a biopsy of the tumor. The para aortic lymph nodes were also removed. The pathological examination of the surgical specimen revealed clear cell carcinoma with lymphatic metastases. Antiangiogenic therapy was planned.

Figure 4 : CT Scan showed a HK, with a large tumor in the isthmus and the lower pole of the right kidney.



Conclusion

Tumors arising within HK are uncommon and may be difficult to identify and to treat. HKs show a lot of variety with regard to supporting arteries and veins. Therefore, a selective study of the renal vessels by angiography should be performed preoperatively. Radical nephrectomy is recommended and patients need a strict follow up.

References

1. Sawicz-Birkowska K, Apoznański W, Kantorowicz-Szymik S, Urbanowicz W, Szydełko T. Malignant tumours in a horseshoe kidney in children: a diagnostic dilemma. *Eur J Pediatr Surg* 2005;15:48-52.
2. Jones L, Reeves M, Wingo S, Babanoury A. Malignant tumor in a horseshoe kidney. *Urol J* 2007;4:46-8.
3. Janetschek G, Kunzel KH. Percutaneous nephrolithotomy in horseshoe kidneys. *Applied anatomy and clinical experience. Br J Urol* 1988;62:117-22.
4. Boatman DL, Cornell SH, Kölln CP. The arterial supply of horseshoe kidneys. *Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med* 1971;113:447-51.
5. Yeluri SV, Duttaroy DD, Ghodgaonkar P, Karanth S. Wilms' tumor arising in a horseshoe kidney. *Indian J Med Sci* 2004;58:72-3.
6. Steffens JC, Link J, Grässner J, et al. Contrast-enhanced, K-space-centered, breath-hold MR angiography of the renal arteries and the abdominal aorta. *J Magn Reson Imaging* 1997;7:617-22.
7. Rubio Briones J, Regalado Pareja R, Sánchez Martín F, Chéchile Toniolo G, Huguet Pérez J, Villavicencio Mavrich H. Incidence of tumoural pathology in horseshoe kidneys. *Eur Urol* 1998;33:175-9.
8. Bhayani SB, Andriole GL. Pure laparoscopic radical heminephrectomy and partial isthmusectomy for renal cell carcinoma in a horseshoe kidney: case report and technical considerations. *Urology* 2005;66:880.
9. Kitamura H, Tanaka T, Miyamoto D, Inomata H, Hatakeyama J. Retroperitoneoscopic nephrectomy of a horseshoe kidney with renal-cell carcinoma. *J Endourol* 2003;17:907-8.
10. Tsvivan A, Shtricker A, Benjamin S, Sidi AA. Laparoscopic partial nephrectomy for tumour excision in a horseshoe kidney: part II. *Eur Urol* 2007;51:1433-4.

Pilomatricome de localisation exceptionnelle avec une complication rare.

Yosra Ben Ahmed, Soufiene Ghorbel, Awatef Charieg, Faouzi Nouira, Faouzia Channoufi, Said Jilidi, Chaouachi Beji.

Service chirurgie pédiatrique « B », Hôpital d'Enfants de Tunis, Tunisie.

Université Tunis El Manar. Faculté de Médecine de Tunis.

Le Pilomatricome est une tumeur bénigne prenant naissance du follicule pileux, elle se présente comme une masse sous cutanée unique dure et mobile. On la trouve généralement au niveau des régions pileuses du corps, surtout au niveau de la tête et le cou. Les extrémités constituent sa deuxième localisation. Le pilomatricome est fréquent chez l'enfant avec une incidence plus grande chez la fille. Depuis sa première description en 1880, il a eu une compréhension progressive de sa présentation clinique et morphologique. Toute fois des difficultés persistent à établir le diagnostic aussi bien clinique que cytologique [1]. Nous traitons une observation de pilomatricome inhabituel par sa localisation au niveau du membre supérieur, sa taille importante (3 cm) et son apparition rapide chez une fille de 10 ans traitée chirurgicalement avec une récurrence locale qui reste une complication rare.

Observation

Il s'agit d'une fille âgée de 10 ans qui a consulté pour une tuméfaction de la face antéro externe du bras droit évoluant depuis trois mois. L'examen clinique a trouvé une tuméfaction nodulaire de trois centimètres de diamètre, dure, indolore, adhérente à la peau mais mobile par rapport au plan profond. La peau en regard avait un aspect sain (Fig. 1).

Figure 1 : Tuméfaction nodulaire de trois centimètres de diamètre, dure, indolore. La peau en regard a un aspect sain.



La radiographie standard a objectivé des calcifications bien limitée des parties molles en regard (Figure 2). La patiente a eu une exérèse totale de la tumeur sous anesthésie générale. Le nodule tumoral était encapsulé, induré (Fig 3). L'étude anatomopathologique a noté des nappes de cellules basaloïdes et de cellules momifiées dont les limites cytoplasmiques sont nettement visibles et dont les noyaux se présentaient sous forme d'une empreinte claire (Fig 4). Des foyers de kératinisation et de calcifications ont été observés. Les limites étaient macroscopiquement saines. Le diagnostic d'un pilomatricome a été retenu. Elle a reconsulté, 8mois après, pour réapparition du même nodule en regard de la cicatrice (fig 5). Une deuxième résection a été alors effectuée. L'anatomopathologie a confirmé qu'il s'agissait de pilomatricome. À cinq ans de recul, aucune récurrence n'a été notée.

Figure 2 : La radiographie standard objective des calcifications bien limitée des parties molles en regard de la tumeur.



Figure 3 : Aspect macroscopique de la pièce d'exérèse emportant la masse une languette de peau

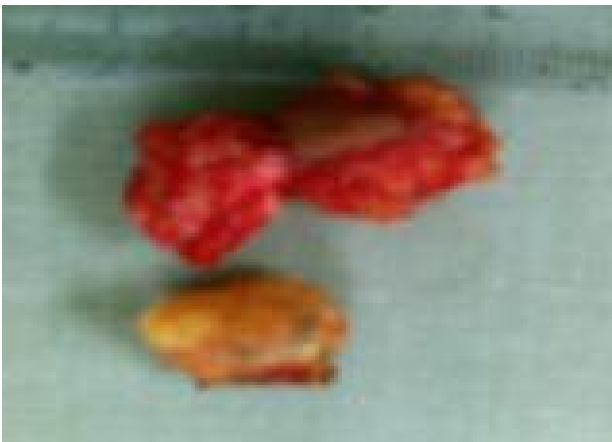


Figure 4 : Examen anatomopathologique: nappes de cellules basaloïdes et de cellules momifiées et dont les noyaux se présentaient sous forme d'une empreinte

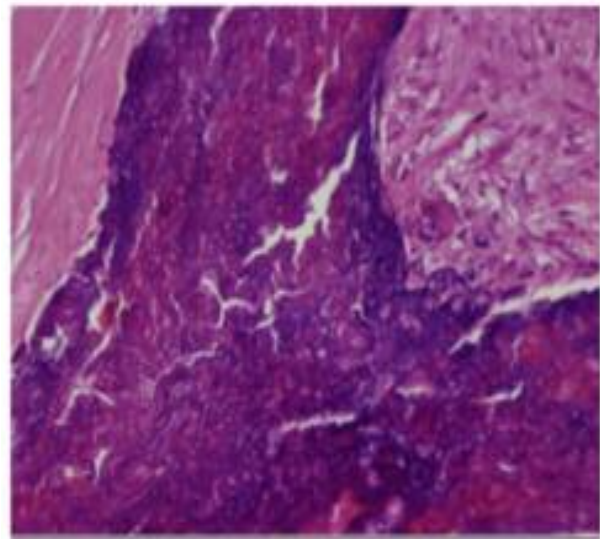
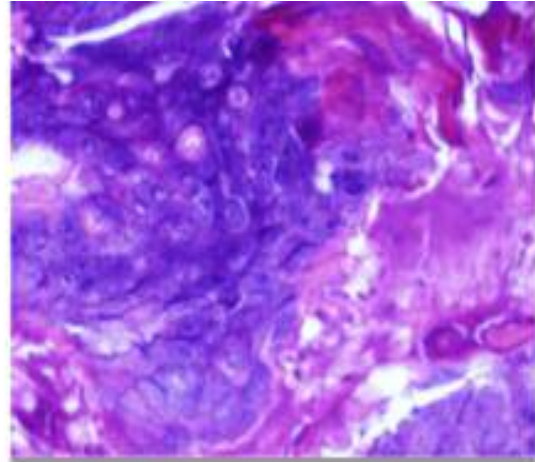


Figure 5 : Récidive de la lésion au niveau de la cicatrice.

