

500 mm from the ligament of Treitz, without communication with the intestinal loop. The cyst was complicated by a volvulus of the small bowel and necrosis of 1300 mm in length. The distal intestinal tract patency was confirmed. Resection of the cyst and the necrotic small bowel was performed, followed by a primary termino-terminal anastomosis.

The remnant small bowel length was 800 mm. Pathologic examination concluded to fibrous tissue with calcifications and confirmed the diagnosis of meconium cyst without intestinal loop communication. The postoperative course was uneventful. Flatus and stool passage were noted on post operative day 2. Five days later, gastric tube was removed and feeding was introduced. As a result of adequate bowel movement, the patient was discharged on post operative day 8. The body weight had increased to 10, 5 Kg at the last clinic follow-up at the age of 12 months.

Conclusion

Early diagnosis of meconium cyst should be best achieved in utero. This helps prevent secondary complications such as volvulus of the small intestine, causing a short bowel and a postoperative mortality.

References

1. So Hyun N, Seong Chul K, Dae Yeon K et al. Experience with meconium peritonitis. J Pediatr Surg 2007; 42: 1822-5.
2. Pellizo G, Codrich D, Zennaro F et al. Prenatal detection of the cystic form of meconium peritonitis: no issues for delayed postnatal surgery. Pediatr Surg Int 2008; 24: 1061-5.
3. Vaclav Simonovsky, Jiri Lisy. Meconium pseudocyst secondary to ileal atresia complicated by volvulus: antenatal MR demonstration. Pediatr Radiol 2007; 37: 305-9.

Nada Sghairoun, Aï cha Ben Slama, Sondes Sahli, Manef Gasmî, Mourad Hamzaoui

Department of Pediatric surgery « A », Children's Hospital, Tunis, Tunisia

Le tératome de la thyroïde: A propos d'un cas

Les tératomes sont des tumeurs embryonnaires rares dérivant des trois feuillets embryonnaires : ectoderme, endoderme et mésoderme. Ils se voient surtout lors de la période néonatale. Il existe deux formes : bénigne prédominant chez l'enfant et maligne qui se voit essentiellement chez l'adulte. Nous rapportons un cas de tératome thyroïdien colligé au service d'ORL et de Chirurgie Maxillo-Faciale de l'hôpital La Rabta

Observation

Il s'agissait d'une fille âgée de 16 ans sans antécédents pathologiques notables, qui a consulté pour une tuméfaction basicervicale antérieure évoluant depuis 4 ans augmentant progressivement de taille sans signes de dysthyroïdie ni de compression.

L'examen clinique a montré un nodule lobaire gauche de la

thyroïde faisant 3 cm de grand axe dur, mobile à la déglutition et indolore sans adénopathies cervicales palpables. A la nasofibroskopie, les cordes vocales étaient saines et mobiles. Le reste de l'examen ORL ainsi que l'examen général étaient normaux.

L'échographie cervicale a objectivé un nodule kystique du lobe gauche de la thyroïde avec une zone échogène décline. A la scintigraphie au technétium, le nodule était froid. Le bilan hormonal thyroïdien (FT4, TSH) était normal et les anticorps antithyroïdiens étaient négatifs.

La patiente a été opérée bénéficiant d'une cervicotomie exploratrice avec une incision de type Kocher. L'exploration per opératoire a mis en évidence une masse développée presque exclusivement aux dépens du lobe gauche de la thyroïde. La patiente a eu une lobectomie gauche et l'examen histologique extemporané a conduit à un nodule bénin. Les suites opératoires étaient simples en particulier pas de paralysie récurrentielle.

L'examen anatomopathologique définitif a montré la présence d'une cavité kystique au sein du parenchyme thyroïdien, revêtue d'une part par un épithélium de type respiratoire et d'autre part par un épithélium gastrique, avec des nodules de tissus cartilagineux au niveau de la paroi du kyste concluant à un tératome pluritissulaire bénin de la glande thyroïde.

L'évolution a été favorable et on n'a pas noté de récurrence avec un recul de 5 ans.

Conclusion

Les tératomes sont des tumeurs embryonnaires rares dont les localisations les plus fréquentes sont les gonades, la région sacro coccygienne et le médiastin antérieur.

La localisation cervicale est rare et représente 5% de toutes les localisations. Le siège thyroïdien est très rare (1).

Sur le plan histologique, on distingue 3 formes : la forme mature, la forme immature qui se voit essentiellement chez le nouveau-né et la forme maligne apanage surtout de l'adulte.

La symptomatologie clinique est non spécifique et elle est représentée par une tuméfaction basicervicale antérieure d'évolution rapide associée ou non à des signes de compression. La cytoponction thyroïdienne montre un aspect cellulaire atypique. L'échographie montre généralement une masse à la fois kystique et solide.

La tomodensitométrie a un intérêt en cas de volumineuses tumeurs ou des formes malignes afin de préciser les rapports avec l'axe vasculaire et aéro-digestif (2).

Le diagnostic est anatomopathologique. Le caractère bénin est porté devant la maturité des tissus, l'absence d'embolies tumorales, d'infiltration des tissus voisins, d'adénopathies et d'anomalies cellulaires.

Le tératome malin impose un traitement radical comportant une thyroïdectomie totale associée à un évidement ganglionnaire cervical complété d'une radiothérapie et d'une chimiothérapie. Les formes matures et immatures ont une évolution locorégionale justifiant la réalisation d'une thyroïdectomie totale.

Références

- 1.M.C. Baranzelli, L. Vanlemmens, M.Lecomte-Houcke, M.C. Demaille. Tumeurs germinales malignes de la thyroïde. La presse médicale 1993 ; 22 : 581-584.
- 2.L. Benouaichea, G. Coulya, B. Michela, B. Devauchelleb . Diagnostic et prise en charge des tératomes cervicofaciaux congénitaux : à propos de quatre cas, revue de la littérature et mise au point. Annales de chirurgie plastique esthétique 2007; 52: 114-123.
- 3.Nishihara E, Miyauchi A, Hirokawa M, Kudo T, Ohye H, Ito M, Kubota S, Fukata S, Amino N, Kuma K. Benign thyroid teratomas manifest painful cystic and solid composite nodules: three case reports and a review of the literature. Endocrine 2006 Oct; 30(2): 231-6.

Rim Zainine, Moncef Sellami, Wafa Abid, Houida Chahed, Najeh Beltaief, Semia Sahtout, Ghazi Besbes.

Service ORL & CMF – Hôpital La Rabta – Tunis-Tunisie
Université Tunis El Manar

An unusual case of a calcified renal artery aneurysm mimicking a renal calculus

Renal artery aneurysm (RAA) is rare, only occurring in about 0.09% of individuals (1). This condition is more common in females. Risk factors for this pathology include arteriosclerosis, fibromuscular dysplasia, congenital renal malformations, angiomyolipoma of the kidney, pregnancy and trauma (1,2). Diagnosis of RAA is usually incidental when a patient is being investigated for other symptoms such as vague abdominal pain, haematuria or hypertension (3,4). Calcified RAA may be suspected on calcification in the region of the renal hilum (5). KUB and ultrasound are not sensitive enough to make the right diagnosis.

Current guidelines published by the European Association of Urology describe “renal artery aneurysms close to treated stone” as a contraindication to ESWL (6). The risk of vascular complications (7-10) to this patient would be higher.

Herein, we report a case of calcified renal artery aneurysm misdiagnosed as a renal calculus and we point on the importance of making the right diagnosis to avoid unnecessary and dangerous treatment.

Case report

A 42-year-old woman presented to the urology outpatient department with vague right-sided lumbar pain but no associated bowel symptoms, lower urinary tract symptoms or fever.

She had a past history of right renal stones medically managed. On physical examination, the abdomen was unremarkable. A urinalysis was normal so was creatinin level.

An ultrasound examination revealed 11 mm calcific density, which was casting an acoustic shadow in the region of the right renal hilum consisting with a non-obstructing renal pelvic stone. She underwent an IVP with the same conclusion (Figure 1-2).

Figure 1-2: IVP: A calcific density at the level of the right renal pelvis.



The urologist opted to treat her with extracorporeal shock wave lithotripsy (ESWL). Her first ESWL session was unremarkable. The calculus was visible on fluoroscopy in the lithotripsy suite. A second session of ESWL was planned after 4 weeks. At this time, the IVP was examined by another urologist who suspected an extra-urinary calcification. Thus he demands a computed tomography scanning (CT Scan).

The CT Scan revealed no evidence of renal tract calculi but demonstrated a calcified ovoid mass at the right renal hilum (Figure 3-4). This finding prompted a CT angiogram, which concluded to a partially calcified right renal artery aneurysm (18x16 mm) (Figure 5-6).

The patient was referred to the vascular team for further management.