



Journal Homepage: -www.journalijar.com
**INTERNATIONAL JOURNAL OF
 ADVANCED RESEARCH (IJAR)**

Article DOI:10.21474/IJAR01/5239
 DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/5239>



RESEARCH ARTICLE

RETROPERITONEAL GANGLIONEUROMA: A CASE REPORT.

D. Erguibi, A. Elbakouri, T. Brouzine, R. Boufettal, S.R. Jai and F. Chehab.

1. Service de Chirurgie viscerale aile 3 au CHU Ibn Rochd, Casablanca, Faculté de médecine et de pharmacie Casablanca, Université Hassan II Casablanca MAROC.
2. Driss ERGUIBI Professeur Assistant chirurgie viscerale.
3. Abdelilah ELBAKOURI Resident en chirurgie viscerale.
4. Taghrid BROUZINE Interne en chirurgie viscerale.
5. Rachid BOUFETTAL Professeur agrégé en chirurgie viscerale.
6. Saad Rifki JAI Professeur de l'enseignement superieur en chirurgie viscerale.
7. Farid CHEHAB Professeur de l'enseignement superieur en chirurgie viscerale, chef de service Aile 3 et Doyen de la faculté de Medecine et de Pharmacie de Casablanca MAROC.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 21 June 2017
 Final Accepted: 23 July 2017
 Published: August 2017

Key words:-

Ganglioneuroma / Retroperitoneum.

Abstract

Ganglioneuroma is a rare benign nervous tumor frequently located in the retroperitoneal area. We report the case of a 58-year-old woman who was hospitalized for exploratory abdominal pain associated with vomiting lasting 3 months. Abdominal CT scan revealed a large left para-aortic retroperitoneal mass of 70 mm long axis. A median laparotomy was done. The tumor was soft and movable. A total exeresis was performed. The pathology examination had conclude in a benign ganglioneuroma. The follow-up was two years. Retroperitoneal ganglioneuroma is a benign tumor with a good prognosis. The treatment is surgical.

Copy Right, IJAR, 2017,. All rights reserved.

Introduction:-

Le ganglioneurome est une tumeur neurogène bénigne, rare, qui se développe à partir des cellules ganglionnaires sympathiques et qui se localise essentiellement dans la region rétropéritonéale [1]. Nous rapportons un cas de ganglioneurome rétropéritonéal, ayant eu une exèrèse complète de la tumeur avec une évolution favorable.

Observation:-

Il s'agit d'une femme de 58 ans, consultant pour des douleurs épigastriques associées à des vomissements alimentaires évoluant depuis 3 mois. Dans les antécédents, nous avons noté une hypertension artérielle depuis 1 an. L'examen Clinique est sans particularité.

La TDM abdominal avait objectivé une volumineuse masse rétropéritonéale para-aortique gauche de 70 mm de grand axe (**Figure 1**).

A l'intervention nous avons trouvé une tumeur en dedans et en avant du rein gauche, molle et mobile qui adhère au bord gauche et à la face antérieure de l'aorte rendant sa dissection difficile(**Figure 2**). Le geste a consisté en une exèrèse totale. L'étude anatomopathologique a conclu à un ganglioneurome retroperitoneal bénin. Les suites opératoires étaient simples, avec un recul de 2 ans.

Corresponding Author:-D.Erguibi.

Address:-Service de Chirurgie viscerale aile 3 au CHU Ibn Rochd, Casablanca, Faculté de médecine et de pharmacie Casablanca, Université Hassan II Casablanca MAROC.



Figure 1:- images scanographiques montrant une volumineuse masse rétroéritonéale para-aortique gauche de 70 mm de diamètre.

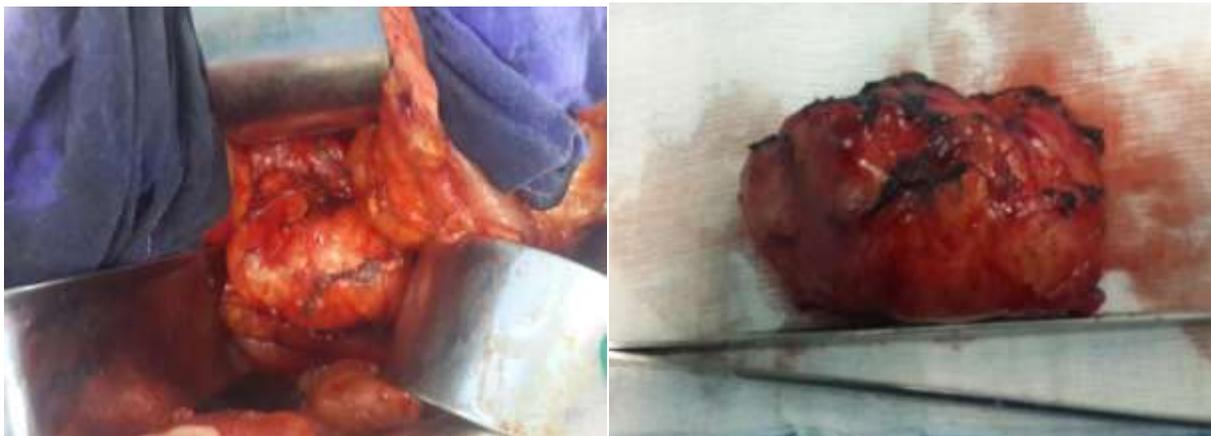


Figure 2:- images peropératoires montrant la tumeur rétroéritonéale.

Discussion:-

Le ganglioneurome est une tumeur bénigne rare d'origine neuroectodermique. Cette tumeur se développe, comme le neuroblastome et le ganglioneuroblastome, à partir du système nerveux sympathique. Il est composé de cellules ganglionnaires matures et d'un stroma contenant des cellules nerveuses et un contingent schwannien, alors que le neuroblastome et le ganglioneuroblastome sont composés de cellules ganglionnaires plus immature dont le potentiel évolutif est plus important [2].

Il se développe le long de la chaîne sympathique qui va du cou au pelvis. La localisation rétro-péritonéale est la plus fréquente après celle médiastinale.

Ces tumeurs évoluent à bas bruit et sont de découverte le plus souvent fortuite à l'occasion d'un examen radiologique pour bilan d'une autre affection ou encore lors d'une masse palpable. Parfois, ces tumeurs se manifestent par des douleurs non spécifiques, par des signes de compression urinaires, neurologiques, vasculaires ou digestives pouvant même entraîner un tableau d'occlusion intestinale aiguë [3].

Le diagnostic radiologique de ces tumeurs est difficile. Toutefois, l'imagerie permet de préciser le siège de la tumeur ainsi que les rapports avec les organes de voisinage notamment les vaisseaux. L'échographie est peu spécifique et met souvent en évidence une masse tissulaire, hétérogène, à contours bien définis, de la loge surrénalienne. La tumeur peut venir à proximité des vaisseaux sans les envahir. La tomographie est aspécifique. Des calcifications y sont rencontrées dans environ la moitié des cas. Celles-ci ont un aspect variable, mais sont typiquement fines. La résonance magnétique retrouve une masse bien limitée, pouvant atteindre la loge surrénalienne, n'envahissant pas les organes de voisinage. Les calcifications sont mal analysables par cette technique. En T1, la tumeur présente un hypo signal homogène. En T2, la tumeur peut prendre deux aspects : un hyper signal ou un signal intermédiaire, ceci dépend essentiellement de la richesse en stroma dans la lésion [2, 4].

Le bilan de sécrétion hormonale est dans la majorité des cas normal. Cependant, malgré cette multitude d'explorations, le ganglioneurome pose encore un diagnostic différentiel avec les autres tumeurs rétro-péritonéales, à savoir le ganglioneuroblastome et le neuroblastome.

Néanmoins, le diagnostic de certitude ne sera porté qu'après une étude histologique de la pièce chirurgicale. Le traitement reste chirurgical. Il consiste à l'exérèse tumorale ; une intervention d'autant plus difficile que la tumeur est de grande taille présentant des rapports intimes avec les structures voisines, notamment les gros vaisseaux (VCI et aorte). Le traitement devrait être réalisé précocement non seulement pour confirmer la nature de la masse, mais aussi pour prévenir l'augmentation de son volume et la compression des structures adjacentes [5].

La voie d'abord est généralement une laparotomie trans-péritonéale, essentiellement pour les grosses masses. La voie coelioscopique reste possible et même privilégiée pour les petites masses rétro-péritonéales bien définies sans rapport intime avec les gros vaisseaux.

L'évolution de ces tumeurs est lente, mais l'augmentation de volume est la règle en l'absence de traitement. Leur pronostic est bon en cas d'exérèse complète. Les complications sont surtout d'ordre mécanique. La récurrence locale est exceptionnelle, cependant la possibilité d'une transformation maligne en un ganglioneuroblastome est possible, d'où l'intérêt d'une surveillance prolongée [1, 2].

Conclusion:-

Malgré sa rareté et sa bénignité, le ganglioneurome rétro-péritonéal mérite d'être connu. Le diagnostic est souvent tardif. L'imagerie, en particulier la TDM et l'IRM confirment le siège rétro-péritonéal de la tumeur, ses rapports et prédisent de sa résecabilité. Son pronostic extrêmement favorable après exérèse complète.

Références:-

1. M. Hajri, S. Ben Moualli, M. Ben Amna, K. Bacha, M. Chebil, M. Ayed. Le ganglioneurome rétro-péritonéal. À propos d'un cas. Ann Urol 2001 ; 35 : 145-7.
2. N. Rebai, A. Chaabouni, M. Bouassida, M. Fourati, K. Chabchoub, M. HadjSlimen, M. N.Mhiri. Le ganglioneurome rétro-péritonéal : À propos de 5 cas et revue de la littérature. African Journal of Urology (2013) 19, 215-218.

3. F. Pelletier, P. Manzoni, B. Heyd, M.-P. Algros, F. Ringenbach, D. Delroeux, C. Redoutey, P. Humbert, F. Aubin. Ganglioneurome retroperitoneal révélé par une colique néphrétique compliquée. *La Revue de médecine interne* 27 (2006) 409–413.
4. C Dubois, A Jankowski, C Gay-Jeune, O Chabre, D Pasquier, G Ferretti. Imagerie du ganglioneurome surrénalien : à propos d'un cas. *J Radiol* 2005 ; 86 :659-62.
5. C. Balaj, A. Oliver, C. Lemarie, J. Hubert, V. Laurent, D. Regent. Ganglioneurome retroperitoneal révélé comme « incidentalome » chez un volontaire sain. *Journal de Radiologie Diagnostique et Interventionnelle* (2015) 96, S72—S75.