

UNIVERSITE BADJI MOKHTAR,

Faculté de Médecine ANNABA, Module de Pédiatrie

Année universitaire: 2019/2020

Les masses abdomino-pelviennes chez l'enfant

Dr A.Abderrahmane

Service de chirurgie pédiatrique

anissa_abderrahmane@yahoo.com

I/INTRODUCTION :

La découverte d'une masse abdomino-pelvienne (MAP) souvent par les parents constitue un signal d'alarme et d'inquiétude, d'autant plus que la pathologie tumorale est la plus fréquente à cet âge mais le panel étiologique reste très varié.

Quelles qu'en soient les circonstances, une telle découverte impose une démarche diagnostique méthodique dont dépendent le traitement et le pronostic.

Cette démarche n'est possible que si l'on connaît les particularités et la nature des MAP chez l'enfant.

II/ PARTICULARITES DES MAP DE L'ENFANT :

Selon leurs localisations elles peuvent être intra-péritonéales, retro-péritonéale, pelvienne ou abdomino-pelvienne.

- Leur nature est variée, elle peut être : tumorale (bénigne ou maligne), malformative, parasitaire, inflammatoire, traumatique.
- Les MAP ont rarement une symptomatologie spécifique ce qui peut en retarder la découverte.
- Les masses rétro-péritonéales ont le plus souvent un développement antérieur, une masse du flanc droit ou gauche n'est pas forcément une hépato- ou splénomégalie.
- La biopsie d'une MAP est inutile voir même dangereuse.
- Le diagnostic d'une MAP est orienté par :

*Les signes associés

- *Siège : rétro-péritonéal, intra-péritonéal, pelvi-abdominal
- *Consistance : liquidienne ou solide

III/DIAGNOSTIC POSITIF :

Rien ne remplace un bon interrogatoire et un examen somatique complet

A /Interrogatoire

Malade : Age, Sexe, Origine géographique, antécédents

Maladie (masse) : rechercher les circonstances de découverte et d'évolution

La découverte peut être fortuite par les parents ou bien dans un contexte urgent traumatique ou lors d'une symptomatologie clinique faite de :

- ✓ Douleurs abdominales ++++
- ✓ Signes digestifs (compression) : nausées ; vomissements ; syndrome sub occlusif ou occlusif ; invagination intestinale aiguë ; diarrhée aqueuse.
- ✓ Signes urinaires : hématurie ; dysurie ; anurie.
- ✓ Signes endocriniens : signe de puberté précoce ; signes de virilisation.
- ✓ Signes neurologiques : syndrome opsomyoclonique, compression médullaire.
- ✓ Altération de l'état général ; douleurs osseuse ; fièvre

B/Examen physique

❖ **Etat général** : bon /moyen /mauvais

- Fièvre
- Signes généraux : asthénie; anorexie; amaigrissement
- Coloration cutanéomuqueuse pâleur cutanéomuqueuse
- Constantes hémodynamiques

❖ **Examen de l'abdomen**

- Présence d'une voussure abdominale la localiser par rapport aux quadrants de l'abdomen

- Palpation douce atraumatique précise les caractéristiques de la masse :
Consistance (ferme, molle, dure, rénitente), surface (lisse ou irrégulière), limites, mobilité, bilatéralité, pulsation, volume de la masse.
- Auscultation : à la recherche d'un souffle.
- ❖ **Examen des organes génitaux externes**: Varicocèle, Signes de virilisation, caractères pubères par rapport à l'âge
Examen de la vulve : recherchera une imperforation de l'hymen
- ❖ **Toucher rectal** : perception du pôle inférieur de la masse
Son but est de reconnaître une masse à point de départ pelvien et la localise en avant ou en arrière du rectum

C/Examens para cliniques

- confirment le diagnostic combiné au contexte clinique et biologique.
- Elles jouent un rôle dans le suivi de certaines masses.
- Les examens indiqués en 1ère intention:

✓ **Abdomen sans préparation (ASP)**

*Peu sensible et peu spécifique

*recherche des calcifications qui orientent parfois d'emblée le diagnostic

*recherche un effet de masse.

✓ **Echographie** : affirme le siège, apprécie la consistance (liquidienne ou solide ou mixte), étudie ses rapports avec les structures de voisinage

Le bilan clinique et radiologique (ASP et échographie abdomino-pelvienne) a permis de porter le diagnostic positif et topographique de tumeur intra-abdominale chez l'enfant ; les démarches ultérieures (TDM , bilan biologique biopsie avec étude cytologique et histologique ,marqueurs tumoraux) doivent permettre son diagnostic étiologique

IV/Diagnostic étiologique :

A/Tumeur retro péritonéale

1-Tumeur rénale :

- **Néphroblastome (tumeur de wilms)**

- Tumeur embryonnaire représente 90% des tumeurs rénales de l'enfant entre 1 et 5 ans
- **Clinique** : *Masse abdominale ++++++*
- Inspection: augmentation du volume de l'abdomen
- Palpation : masse ferme, lisse, indolore, plus au moins mobile donnant le contact lombaire.
- Rarement hématurie ou anémie (hémorragie intra tumorale).
- HTA
- Signes de métastases pulmonaires et /ou hépatiques
- Toujours rechercher les syndromes de prédisposition génétique hémihypertrophie corporelle, aniridie, ambiguïté sexuelle.
- **Echographie** confirme l'origine rénale ; la nature solide hétérogène de la tumeur
- **TDM** affirme le diagnostic + bilan d'extension
- **Biologie** pas de marqueurs spécifiques
- **Traitement** : chimiothérapie/ chirurgie
 - *Autres tumeurs rénales bénignes*
- Hydronéphrose par anomalie de la jonction pyelo urétérale
- Dysplasie kystique

2-Masses retro-péritonéales extra-rénales

- **Neuroblastome** :
 - Tumeur développé au dépend des cellules sympathiques embryonnaires, 65% des cas se localisent en rétro-péritonéal, souvent la médullosurrénale
 - Fréquence : 10% des tumeurs de l'enfant, 30% des tumeurs abdominales
 - Age pic autour de 2ans (1 à 6 ans).

Clinique

- Altération de l'état général.
- Masse abdominale dure ; fixe ; mal limitée ; souvent volumineuse.
- Compression médullaire diarrhée motrice syndrome opsomyoclonique.

- Métastases +++++ fréquentes surtout osseuses (75%).
- Traitement chimiothérapie avec chirurgie.
- Diagnostic : échographie +dosage des catécholamines urinaires biopsie avec étude histologique.
- Scintigraphie a la MIBG.

Tableau comparatif entre Néphroblastome et Neuroblastome

	• Néphroblastome	• Neuroblastome
• Topographie	• Rénale	• Extrarénale
• Limites	• Nettes	• Imprécises
• Taille	• Volumineuse	• Variable
• Métastases	• Poumon	• Os
• Marqueurs	• Aucun	• Catécholamines

B/LES TUMEURS INTRA-ABDOMINALES

1-Tumeurs hépatiques

- *Hépatoblastome*
- Tumeur maligne du foie la plus fréquente chez l'enfant avant 3 ans
- Diagnostic clinique : palpation d'une masse hépatique uni ou multifocale donnant une hépatomégalie dure, irrégulière.
- Diagnostic biologique dosage des marqueurs tumoraux : alfa foeto protéine

- Ponction biopsie à l'aiguille fine étude histologique
- Bilan d'extension TDM, téléthorax
- Traitement chimiothérapie + chirurgie

- ***Autres masses hépatiques***

- Kyste hydatique
- Abscès hépatique

2-Tumeurs intra abdominale extra hépatique

- La palpation d'une masse mobile non solidaire au foie ne donnant pas le contact lombaire et sans prolongement pelvien est en faveur d'une origine intra péritonéale

- ***Lymphome malin non Hodgkinien :***

- Tumeurs digestives développées aux dépend du tissu lymphoïde avec une rapide extension loco régionale
- ***Clinique*** : distension abdominale avec la palpation d'une masse volumineuse ; ferme ; dure ; multiple.
- On peut voir aussi une ascite ; des adénopathies périphériques ou une atteinte osseuse (métastases).
- Echographie à pour intérêt de visualiser la masse avec des anses épaissies en cocarde
- Diagnostic : se fait par ponction-biopsie à l'aiguille fine avec étude cytologique et histologique.
- traitement chimiothérapie.

- **Autres masses intra-abdominales bénignes**

- ✓ Lymphangiome kystique : masse kystique intra-péritonéale d'aspect échographique caractéristique.
- ✓ Duplication digestive : masse liquidienne, avec une paroi digestive, pouvant présenter un péristaltisme.

C/Les masses abdominopelviennes

- La palpation de l'abdomen peut permettre d'accéder au pôle supérieur des tumeurs abdomino-pelviennes dont on précise la topographie latérale ou médiane
- L'examen clinique recherche en outre : bombement périnéal ; masse de la fesse ; tumeur prolabé par le vagin chez la fille.
- Le toucher rectal est indispensable précisant la topographie de la masse (Pré rectale, rétro rectale, latérale)

1-Tumeurs ovariennes

- 60 à 80% des tumeurs ovariennes sont bénignes.
- Les plus fréquentes sont le tératome kystique (tumeurs germinales).
- Echographie nous renseigne sur la nature kystique ou solide de la tumeur
- L'élévation des marqueurs tumoraux (alfafoetoprotéine, beta HCG) est en faveur des tumeurs germinales malignes

2-Tumeurs du sinus urogénital

Il s'agit le plus souvent rhabdomyosarcome de type embryonnaire, souvent développé dans la région vésico-prostatique chez le garçon et la vessie ou utérus et / ou vagin chez la fille.

- Clinique on note la présence des signes digestifs avec des signes urinaires (dysurie, troubles mictionnels, hématurie)
- Toucher rectale palpation d'une masse pré-rectale
- Diagnostic : positivité des marqueurs musculaire en immunohistochimie

3-Tératome sacro coccygiens

- Diagnostic est évoqué en cas de déformation associée de la fesse, au toucher rectal la masse est retro-rectale
- Tumeurs volumineuse à la période néonatale et bénignes à cet âge

- Après quelque mois de vie il s'agit en règle de tumeurs malignes dont le diagnostic est confirmé par le dosage des marqueurs tumoraux (alpha-foetoprotéine).

4-Autre masses pelviennes chez la fille

- Les masses kystiques médianes chez la fille doivent systématiquement faire évoquer un hydro ou hématométrocolpos par atrésie vaginale (chez le jeune enfant) ou imperforation hyménale(en période pubertaire).

V/Conclusion

- Bien que la nature des MAP de l'enfant soit variée, une démarche diagnostique méthodique guidée par les signes d'orientation, le siège et la consistance de la masse, permet le plus souvent un diagnostic étiologique précis dont dépendent le traitement et le pronostic.