

Les tumeurs abdominales

1- Introduction :

Pathologie fréquente en pédiatrie , peut se voir à tout âge , de la naissance jusqu'à l'adolescence , les étiologies sont fréquentes , certaines sont spécifiques à l'enfant , tel que « néphroblastome » , d'autre avec l'adulte , tel que le « kyste hydatique »

2- Les circonstances de découverte :

- masse abdo le plus souvent est révélatrice , découverte par les parents
- troubles digestif , troubles de transit , diarrhée , constipation , alternance , Vms
- Tableau chirurgical aigu , rare , occlusion , perforation

3- Examen physique :

- Préciser les caractères de la masse : la taille , le siège , surface , les bords , consistance , mobilité
- TR : systématique en cas de masse pelvienne
- Prise de la TA + examen complémentaire
- Signes associés : hématurie (rénale) , ascite (TBC) , ictère (masse hépatique , ou compression des voies biliaire) , signe urinaire de rétention ou d la dysurie (masse pelvienne) , signes endocriniens tel que la puberté précoce

4-Diagnostic différentiel :

- se fait avec des signes clinique
- Uropathies obstructives : gros rein , hydronéphrose , globe vésical
- HPSM non tumoraux
- Fécalome : constipation chronique

5-Examens complémentaires :

- Ex usuel : selon le retentissement , fonction rénale , bilan hépatique , fonction hématologique
- Ex biologique :

1-Marqueurs tumoraux : alpha foetoprotéines : Tm maligne œsophagiennes , tératome - malin , parfoi accompagné d'une augmentation de Béta-HCG «*Hepato Blastome*

2-dérivés urinaires de catécholamine : HVA , VMA , et la dopamine (neuroblastome)

3-Sérologie hydatique

4-dosage hormonal endocrinien : Tm endocrinienne

5- Acide urique >1000 : Lymphome de Burkitt.

6- LDH très élevée : Prolifération maligne.

- Ex radiologique : -ASP de face : la masse sous forme d'opacité refoulant les clartés digestives , et rechercher les calcifications .
- Echo abd : preciser la nature kystique , solide , ou mixte , le siege , et le retentissement
- UIV : peut etre utile dans certaines situations
- Autre : TDM , IRM , Artériographie

6-Les étiologies :

6-1- Intrapéritonéales : les plus fréquentes

***Kyste Hydatique** : le + fréquent des Tm intrapéritonéales , le plus souvent au niveau des poumon , mais peut se localisé au niveau de l'abd , TRT chir si possible

***Tm hépatique** : Rare , peut etre :

Bénigne : surtt vasculaire avec un gros foie , + un tableau de défaillance cardiaque , le dgc est posé sur la Radio , et le TRT soit surveillance soit chir

Maligne : -Hépatoblastome : se voit chez le petit – de 3ans , le dgc se fait devant une augmentation de « alpha-foetop » , gros foie avec des métastases pulmonaire , il est chimio sensible

-Hépto carcinome ches le grand enfant suite a une hépatite

***Kyste malformatif du cholédoque** : masse + ictère intermittent , dgc echo , se voit chez le grand enfant

***TBC mésentérique** : ascite + masse unique ou multiple , dgc : biopsie par laparotomie exploratrice (meme tableau que LMNH)

***Kyste ovarien , et tumeur gonadique** : Tm germinale maligne

***lymphangiome kystique** : tm bénigne

6-2- Retro péritonéale :

***Tm renale** : nephroblastome

***Tm extra renale** : neuroblastome ou sympatoblastome

***tératome ou dysembryome** : siege partt , le + fréquent sont les sacro coccygiens inf à 1cm , soit bénigne (dgc est la radio , calcifications structurées) ou maligne (augmentation de alpha foetoprotéine)

***Rhabdomysarcome** : Tm maligne des muscles striés , masse pelvienne avec des signes de retentissement urinaire ou réctal (mauvais pronostic)

7- Classification :

Par fréquence , on a : LMNH , neuroblastome , nephroblastome

A/ LMNH : -localisation abd est la + frct , prolifération des cellules lymphatique dont le point de depart est intestinal , plaque de payer ou ganglions mésentérique

-caractères : tjr de type B avec un lien avec EBV

-touche surtt le gd enfant entre 7-10 ans , en Algérie alentour de 4 ans , exceptionnellement avant 18 mois , 2 ans

-La clinique : 2 tableau :

Localisé : excellent pronostic , révélé par un tableau d'abdomen chir aigu d'occlusion ou d'invagination intestinale aigu de siège iléo caecal , opéré en urgence , confirmé le Dc par l'anapath

Disséminé : tableau d'évolution très rapide sur 1 mois : ascite inflammatoire avec 1 ou plusieurs masses nodulaires disséminées au niveau de l'abd , on peut avoir un ictère par compression des voies biliaires , par ADP , par atteinte hépatique , ou meme un épanchement pleural uni ou bi latéral , des signes de dénutrition importantes

-Diagnostic :

Echo : meilleur examen , on a un épaissement de la paroi digestives avec un aspect typique en cocarde + ADP volumineuses anormales

Anapath : confirme le dc , ponction de liquide d'ascite ou pleural ou meme une biopsie de la masse à l'aiguille echo guidé ou non

-Bilan d'extension :

LCR , ponction de la moelle (LMNH stade 4 si méningite blastique)

-Laparotomie exploratrice : si tt les examens sont (-)

-TRT : LMB (2-3) chimiothérapie , parfois associe au Méthotrexate , au bout de 7-8 semaines de rémission , on déclare LMNH guérie

B/Nephroblastome :

-Tm embryonnaire se voit ~~chez~~ chez l'enfant , tt Tm rénale est considéré comme nephroblastome jusqu'à preuve du contraire , en dehors de l'enfant de 6 mois (ou la tm est bénigne)

-fréquente , touche le jeune enfant avec un pic avant 5 ans

-peut etre bilatérale , peut etre associée a des malformation urinaire (bifidité et duplicité urétrale)

-on note des cas familiaux , en rapport avec des anomalies chromosomique

-Clinique : grosse masse à croissance rapide , postérieure , rétro-péritonéale , avec contacte lombaire , dans 20% des cas accompagnée d'hématurie , HTA par compression de l'artère rénale (hypersécrétion de la renine) rarement on a un tableau chir (rupture , péritonite , anémie aigue)

-Radio :

ASP : opacité refoulant les clartés digestives , calcifications rares

Echo : Tm rénale , hétérogène ,

TDM : état des gros vaisseaux , veine cave , thrombose veineuse

Echo-doppler :

- extension locorégionale , métastase pulmonaire (Rx thorax voir TDM)

-**TRT** : néphrectomie chirurgicale + vérification de rein controlatéral (nodules tm non visible a la radio) , chimio pour diminué le volume de la tm et pour les métastase

-on classe le stade de la tumeur après la chir par l'anapath

-**pronostic** : bon , même s'il existe des métastase , survie après 5 ans est 75%

C/Neuroblastome :

-Tm a point de départ les cellules lymphatique para vertébrales , cervicales , thoraciques , surrénaliennes , mais l'abdo est la + fréquente

-mauvais pronostic , touche le petit enfant moins de 2 ans

-Particularité : sécrétion des catécholamine + HTA (compression de l'artère rénale)

-dans 60% des cas on a des métastase surtt osseuse au moment du dgc

-**Radio** : ASP : calcification très fines et poudreuses

Echo : Tm extra rénale , hétérogène

UIV : aspect en lyre

Métastases précoces , multiples , surtt osseuses , la réalisation de la scintigraphie au MIBG est systématique qui sera fixé sur la Tm et les cellules métastatique

Si tt est (-) , on fait une scintigraphie au technétium

-**extension** : tumeur en sablier : tm envahissant le canal rachidien par l'intermédiaire du trou de conjugaison entraînant des troubles en neurologie

Sd de Hutchinson métastase au niveau des orbites : ecchymose orbitaire + exophtalmie uni ou bi latéral

Métastases médullaires : faire systématiquement 4 ponction médullaire + biopsie médullaire

Métastase hépatique : Sd de pepper : avant l'âge de 1 an , forme précoce , foie occupe tt la cavité abd

Autre signes associés : Sd paranéoplasique , Diarrhée chronique avec sécrétion de VIP , Sd occulo-cérébelleux-myoclonique avec clonie + sd cérébelleux statique + crise myocloniques

-**Biologie** : 90 – 95% de ces Tm sont sécrétantes de catécholamine

-**Pronostic** : bon si inf a 1 an : sd de pepper

Excellent si localisé non métastatique , trt chir

Mauvais si métastatique : chimio + chir + greffe (40% survie)