

Tuméfaction pelvienne

(item 342)

Objectifs :

Devant une tuméfaction pelvienne chez la femme, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.

Introduction

Les deux tuméfactions pelviennes les plus fréquentes chez la femme sont le fibrome utérin et le kyste de l'ovaire. L'examen complémentaire essentiel est l'échographie qui sera parfois complétée de la coelioscopie. La tomodensitométrie et l'IRM sont rarement utilisées.

I. Quelles sont les étiologies d'une tuméfaction pelvienne chez la femme ?

- fibrome utérin soit interstitiel soit sous-séreux et alors ou sessile faisant corps avec l'utérus ou pédiculé indépendant de l'utérus, soit plus rarement sous-muqueux.
- tumeur de l'ovaire, soit cancer de l'ovaire, soit kyste de l'ovaire pouvant être fonctionnel ou organique.
- pathologie tubaire et sous-tubaire :
 - * hydrosalpinx,
 - * bloc adhérentiel d'origine infectieuse,
 - * kyste vestigial ou sous-tubaire.
- endométriose du cul-de-sac de Douglas.
- tumeur rectale ou sigmoïdienne.

II. Quelles sont les orientations fournies par l'examen clinique ?

- l'examen essentiel est le T.V. ; il peut percevoir :

* un utérus globalement augmenté de volume correspondant à un ou des fibromes interstitiels :

- il en précise les dimensions en centimètres,
- il note la régularité des contours ou l'existence de voussures qui déforment ces contours.

Il faut cependant savoir reconnaître un utérus gravide augmenté de volume et mou dans un contexte de retard de règles. De même il ne faut pas se laisser abuser par un globe vésical et toujours examiner les patientes après les avoir fait uriner.

* une masse latéro-utérine :

- soit dépendante de l'utérus :

- car elle est en continuité avec lui non séparée de lui par un sillon et qu'elle transmet à la main abdominale les mouvements imprimés au col utérin par les doigts vaginaux et vis versa,
- le T.V. précise sa taille, et la régularité de ses contours,
- elle correspond le plus souvent à un fibrome sous-séreux sessile dont les contours sont réguliers mais il peut s'agir d'une autre pathologie adhérente à l'utérus, cancer de l'ovaire, endométriose, bloc adhérentiel infectieux ; dans ce cas cette masse est plus volontiers irrégulière.

- *soit indépendante de l'utérus :*

- car elle est séparée de lui par un sillon et qu'elle ne transmet pas à la main abdominale les mouvements imprimés au col utérin par les doigts vaginaux et vis versa
- le T.V. précise là encore sa taille et ses caractéristiques :
 - . soit régulière et mobile orientant vers un kyste de l'ovaire ou un fibrome pédiculé
 - . soit irrégulière et fixée orientant vers un cancer de l'ovaire, une endométriose ou une infection.

* une masse du cul-de-sac de Douglas :

- soit fixée et aux contours mal limités orientant vers un cancer de l'ovaire, une endométriose voire un cancer digestif,
- soit régulière, plus ou moins mobile, correspondant à une lésion bénigne prolabée dans le cul-de-sac ; là encore il ne faut pas confondre avec un fécalome, un caecum dilaté ou un recto-sigmoïde plein et au moindre doute réexaminer la patiente après un lavement.
- l'examen abdominal

* parfois palpe le pôle supérieur de la tuméfaction quand elle est de grande taille et en précise alors la régularité des contours,

* recherche une ascite,

* recherche une hépatomégalie qui associées à une tuméfaction irrégulière orientent vers un cancer de l'ovaire.

- le TR en cas de rectorragie et de tumeur fixée dans le cul-de-sac de Douglas recherche une tumeur intra-rectale.

III. Quelles sont les orientations fournies par les examens complémentaires ?

L'échographie pelvienne par voie trans-pariétale et par voie trans-vaginale est l'examen complémentaire à demander en premier. Elle permet de préciser la structure de la tumeur, solide, liquide ou hétérogène, de la mesurer et de la localiser.

1) les tuméfactions solides correspondent le plus souvent à des fibromes et l'échographie en précise la taille, le nombre et la localisation par rapport à l'utérus, sous-séreux, interstitiel, sous-muqueux plus rarement dans ce contexte de tuméfaction pelvienne. Les autres examens tomodensitométrie, IRM et coelioscopie n'ont pas d'intérêt dans le cadre du diagnostic – cf FAQ 2 question "fibromes utérins".

2) les tuméfactions hétérogènes correspondent le plus souvent à des cancers de l'ovaire. Cependant le kyste dermoïde de l'ovaire donne souvent un aspect hétérogène à l'échographie ; la radiographie du pelvis sans préparation en fait le diagnostic en montrant les calcifications.

De même les blocs adhérentiels donnent à l'échographie des images hétérogènes. Généralement l'interrogatoire met en évidence des antécédents d'infection génitale. En cas de doute une coelioscopie exploratrice est indiquée.

Tomodensitométrie et IRM peuvent être demandées à titre de bilan pré-thérapeutique pour rechercher essentiellement une atteinte hépatique et des adénopathies lombo-aortiques et pelviennes avant de pratiquer la laparotomie.

Dans le contexte de tumeur hétérogène orientant vers un cancer de l'ovaire, la coelioscopie n'est pas indiquée (Cf FAQ 2 et 3 de la question "cancer de l'ovaire").

3) les tuméfactions liquidiennes entraînent plus de difficultés diagnostiques :

L'échographique diagnostique :

- le kyste sous-tubaire ou vestigial : image liquidienne distincte de l'ovaire, mobilisable indépendamment de lui,
- l'hydrosalpinx : image liquidienne allongée à paroi épaisse avec souvent cloisons tronquées distincte de l'ovaire,
- le kyste ovarien d'origine endométriosique avec un contenu discrètement écho-gène.

Cependant parfois ce diagnostic nécessite une coelioscopie exploratrice.

En cas d'image anéchogène sphérique siégeant dans un ovaire, l'échographie recherche des critères de bénignité :

- . image uniloculaire ou pluriloculaire mais avec des cloisons fines < 3 mm ;
 - . absence d'écho interne ;
 - . bords bien définis ;
 - . vascularisation périphérique, régulière, avec index de résistance $> 0,40$;
 - . kyste de moins de 4 cm.
- si tous les critères de bénignité sont réunis il faut contrôler par une nouvelle échographie à 3 mois qu'il ne s'agit pas d'un kyste fonctionnel . Dans ce cadre l'utilité d'un blocage ovarien est maintenant très discutée.

Si au bout de 3 mois le kyste n' a pas disparu, c'est qu'il est organique et la plupart conseille une coelioscopie tandis que d'autres, plus rares, et sous des conditions très strictes proposent une ponction échoguidée.

- si tous les critères de bénignité ne sont pas réunis il faut pratiquer une coelioscopie (cf FAQ 1 et 2 de la question "kyste ovarien").