

LIVRE OFFICIEL DU **COLLÈGE**

**Collège Français de Chirurgie
Générale, Viscérale et Digestive**

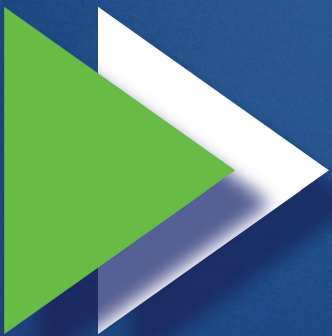


**Conseil National des Universités
de Chirurgie Viscérale et Digestive**



Chirurgie générale, viscérale et digestive

4^e édition actualisée



**R
2
C**

- Le programme de connaissances R2C
- L'ouvrage officiel de la spécialité
- Les objectifs de connaissances hiérarchisés : rangs A et B
- Les situations de départ en lien avec les objectifs de connaissances

LE RÉFÉRENTIEL | MED - LINE
LIVRE OFFICIEL DU COLLÈGE

Collège Français de Chirurgie
Générale, Viscérale et Digestive



Conseil National des Universités
de Chirurgie Viscérale et Digestive



Chirurgie générale, viscérale et digestive

4^e édition actualisée

R 2 C

Préface

Pr Fabrice Muscari

Président du Collège

Pr François Pattou

Président du CNU

Pr Jérémie Lefèvre

Coordinateur de l'ouvrage

MED-LINE
Editions



Sommaire

Préface	5
Introduction.....	6
Les auteurs.....	7
Chapitre 1 : Tuméfaction pelvienne chez la femme	9
Item 44	
Chapitre 2 : Transplantation d'organes : Aspects épidémiologiques et immunologiques ; principes de traitement et surveillance ; complications et pronostic ; aspects éthiques et légaux	23
Item 201	
Chapitre 3 : Goitre, nodule thyroïdien et cancers thyroïdiens	33
Item 241	
Chapitre 4 : Obésité de l'enfant et de l'adulte	43
Item 253	
Chapitre 5 : Hépatomégalie et masse abdominale	55
Item 276-1	
Chapitre 6 : Adénomes surrénaliens	73
Item 276-2	
Chapitre 7 : Lithiase biliaire et complications	81
Item 277	
Chapitre 8 : Carcinose péritonéale	101
Item 280	
Items 291, 292, 294	
Chapitre 9 : Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin (MICI) chez l'adulte et l'enfant	109
Item 282	
Chapitre 10 : Diverticulose colique et diverticulite aiguë du sigmoïde	117
Item 287	
Chapitre 11 : Pathologie hémorroïdaire	129
Item 288	
Chapitre 12 : Hernie pariétale chez l'enfant	139
Item 289-1	
Chapitre 13 : Hernie pariétale chez l'adulte	147
Item 289-2	

Chapitre 14 : Traitement des cancers : chirurgie	155
Item 294-1	
Chapitre 15 : Traitement des cancers : traitements médicaux des cancers (chimiothérapie, thérapies ciblées, immunothérapie)	165
Items 294-2, 295	
Chapitre 16 : Traitement des cancers : radiothérapie	171
Item 294-3	
Chapitre 17 : Tumeurs du côlon	177
Item 301-1	
Chapitre 18 : Tumeurs du rectum	201
Item 301-2	
Chapitre 19 : Tumeurs de l'estomac	211
Item 303	
Chapitre 20 : Tumeurs primitives du foie	223
Item 304-1	
Chapitre 21 : Tumeurs secondaires du foie	243
Item 304-2	
Chapitre 22 : Tumeurs de l'œsophage	255
Item 305	
Chapitre 23 : Tumeurs du pancréas	269
Item 308	
Chapitre 24 : Polytraumatisé, traumatisé abdominal	287
Item 334	
Chapitre 25 : Syndrome occlusif de l'adulte	297
Item 354	
Chapitre 26 : Appendicite de l'enfant et de l'adulte	309
Item 356	
Chapitre 27 : Péritonite aiguë	319
Item 357	
Chapitre 28 : Pancréatite aiguë	327
Item 358	
Chapitre 29 : Prise en charge médico-chirurgicale des ingestions de caustique du tube digestif haut	343
Item 273	
Items 353, 357	

Attention : les photographies présentées sur un fond vert dans l'ouvrage correspondent à un contenu multimédia que l'étudiant doit connaître et sur lequel il peut être interrogé.

Préface

Cette quatrième édition du référentiel du Collège de Chirurgie Viscérale et Digestive témoigne de la constance de son coordonnateur Jérémie Lefèvre et de la mobilisation des enseignants de notre spécialité autour de mêmes objectifs: faciliter l'acquisition des connaissances de rang A nécessaires à tous les futurs médecins, permettre à ceux qui souhaitent s'orienter vers la chirurgie viscérale et digestive d'approfondir les connaissances de rang B et permettre à chacun (étudiants et enseignants) de se préparer aux ECOS. Nous les en remercions.

La réforme du 2^e cycle a pour objectif originel de permettre à des étudiant(e)s de mieux se connaître, de tester leurs appétences et leurs compétences pour la spécialité à laquelle ils/elles souhaitent se destiner... ou de les identifier. C'est aussi dans cet esprit que cet ouvrage a été conçu.

Il appartient aux enseignant(e)s de Chirurgie Viscérale et Digestive de vous guider et vous aider dans cette démarche bienveillante. Il vous appartient tout autant, en tant qu'étudiant(e)s, de préserver ces objectifs. Nous saurons, conjointement, évoluer au fil du temps, nous adapter, et poursuivre une réflexion partagée sur la façon d'y parvenir, hors stages et en stages. S'adapter à une situation concrète, trouver des solutions, préserver un objectif... font partie de l'essence des spécialités chirurgicales.

Nos remerciements vont aussi à l'éditeur qui a accepté de poursuivre le financement d'un prix annuel de 3 000 € récompensant le meilleur mémoire national publié du DES de Chirurgie Viscérale et Digestive.

Au plaisir de vous accueillir dans notre spécialité, aux multiples facettes et qui s'engage à vous recevoir.

Pr Fabrice Muscari (Président du Collège)

Unité de Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique et Transplantation,
Département de Chirurgie Digestive, Hôpital Rangueil, CHU de Toulouse

Pr François Pattou (Président du CNU)

Service de Chirurgie Générale et Endocrinienne, CHRU de Lille

Introduction

Réalisé sous l'égide du Collège Français de Chirurgie Générale, Viscérale et Digestive cette nouvelle édition du cours Référentiel de **Chirurgie Générale, Viscérale et Digestive** est conforme au programme de connaissances de la « Réforme du second cycle des études médicales » (R2C), paru au *Journal Officiel* du 2 septembre 2020, qui a fait l'objet, d'une nouvelle numérotation et d'une hiérarchisation des objectifs de connaissances en rang A (connaissances indispensables pour tout futur médecin) et rang B (à connaître à l'entrée dans une spécialité de troisième cycle).

Cette mise à jour a été possible grâce à la participation des équipes universitaires impliquées dans l'enseignement de la Chirurgie Générale, Viscérale et Digestive, qui sont ici remerciées pour leur implication dans la préparation de ce Référentiel.

Pour chacun des items du programme de connaissances abordés, les objectifs hiérarchisés en rang A et rang B sont listés dans un tableau au début de chaque chapitre. L'ouvrage prend en compte les situations de départ, en lien avec les objectifs de connaissances. Elles sont appelées dans le texte et sont listées à la fin de chaque chapitre dans un tableau récapitulatif. Nous avons gardé les fiches de synthèse qui clôturent chaque chapitre ainsi que la riche iconographie qui avaient fait le succès des éditions précédentes.

Nous espérons que cet ouvrage répondra à vos attentes, vous guidera au mieux dans votre préparation et peut être suscitera des vocations de chirurgiens digestifs...

Très bonne lecture.

Pr Jérémie Lefèvre
Coordonnateur de l'ouvrage

Les auteurs

Pr Thierry André (CHU Saint-Antoine, Paris)	Pr Olivier Glehen (CHU Lyon Sud)
Pr Catherine Arvieux (CHU Grenoble-Alpes)	Dr Claire Goumard (CHU Pitié-Salpêtrière, Paris)
Dr Sandrine Barbois (CHU Grenoble-Alpes)	Pr Florence Huguet (CHU Tenon, Paris)
Dr Clément Baratte (CHU Pitié-Salpêtrière, Paris)	Dr Florence Jeune (CHU Pitié-Salpêtrière, Paris)
Pr Daniel Benchimol (CHU Nice Archet 2)	Pr Mehdi Karoui (Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris)
Pr Emmanuel Benizri (CHU Nice Archet 2)	Pr Zaher Lakkis (CHRU Besançon)
Pr Stéphane Berdah (CHU Nord, Marseille)	Pr Jérémie Lefèvre (CHU Saint-Antoine, Paris)
Pr Laura Beyer-Berjot (CHU Nord, Marseille)	Pr Mickaël Lesurtel (CHU Beaujon, Clichy)
Pr Thomas Blanc (CHU Necker, Paris)	Pr Léon Maggiori (CHU Saint-Louis, Paris)
Pr Emmanuel Boleslawski (CHRU Lille)	Pr Gilles Manceau (Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris)
Pr Karim Boudjema (CHU Rennes)	Dr Arthur Marichez (CHU Haut-Lévêque, Bordeaux)
Pr Laurent Brunaud (CHRU de Nancy)	Dr Alexandre Maubert (CHU Nice Archet 2)
Dr Etienne Buscail (CHU de Toulouse)	Dr Clémentine Mazoyer (CHU de Nantes)
Pr Pierre Cattani (CHU Saint-Louis)	Pr Fabrice Menegaux (CHU Pitié-Salpêtrière, Paris)
Dr Antoine Cazelles (Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris)	Dr Mathieu Messenger (CHRU Lille)
Dr Alexandre Challine (CHU Saint-Antoine, Paris)	Pr David Moszkowicz (CHU Louis-Mourier, Colombes)
Dr Amélie Chau (CHRU Lille)	Dr Claire Nominé-Criqui (CHRU de Nancy)
Dr Nathalie Chereau (CHU Pitié-Salpêtrière, Paris)	Pr Pablo Ortega-Deballon (CHU Bocage Central, Dijon)
Pr Laurence Chiche (CHU Haut-Lévêque, Bordeaux)	Pr Yves Panis (CHU Beaujon, Clichy)
Pr Mircea Chirica (CHU Grenoble)	Dr Vincent de Parades (Hôpital Paris Saint-Joseph)
Pr Jean-Robert Delpero (Institut Paoli-Calmettes, Marseille)	Pr Guillaume Passot (CHU Lyon Sud)
Dr Damien Dousse (CHU Toulouse)	Pr François Pattou (CHRU Lille)
Pr Emilie Duchalais (CHU de Nantes)	Pr François Paye (CHU Saint-Antoine, Paris)
Dr Côme Duclos (CHRU Besançon)	Dr Florian Pequénard (CHRU de Lille)
Dr Bénédicte Durand (CHU Tenon, Paris)	Pr Frédérique Peschaud (CHU Ambroise Paré, Boulogne Billancourt)
Dr Sanaa El-Mouhadi (CHU Saint-Antoine, Paris)	Pr Guillaume Piessen (CHRU Lille)
Pr Sébastien Gaujoux (CHU Pitié-Salpêtrière, Paris)	Dr Marie Pigeyre (CHRU Lille)
Pr Laurent Genser (CHU Pitié-Salpêtrière, Paris)	

Pr Guillaume Portier (CHU Purpan, Toulouse)	Pr Thibault Thubert (CHU de Nantes)
Dr Fabien Robin (CHU de Rennes)	Dr Edouard Vaucel (CHU Nantes)
Pr Emile Sarfati (CHU Saint-Louis, Paris)	Dr Julie Véziant (CHRU de Lille)
Pr Alain Sauvanet (CHU Beaujon, Clichy)	Dr Nicolas Vinit (CHU Necker, Paris)
Pr Olivier Scatton (CHU Pitié-Salpêtrière, Paris)	Pr Mathilde Wagner (CHU Pitié-Salpêtrière, Paris)
Dr Isabelle Sourrouille (Gustave Roussy, Villejuif)	Dr Jean-David Zeitoun (CHU Saint-Antoine, Paris)

Tuméfaction pelvienne chez la femme

Dr Clémentine Mazoyer¹, Dr Edouard Vaucel², Pr Thibault Thubert², Pr Emilie Duchalais¹

¹Clinique Chirurgicale Digestive et Endocrinienne, CHU de Nantes

²Service de Gynécologie Obstétrique, CHU de Nantes

OBJECTIFS : N° 44. Tuméfaction pelvienne chez la femme

→ Connaître les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.

- | | |
|--|---|
| 1. Rappels anatomiques | 3.3. Examens paracliniques |
| 2. Principales étiologies et cadres nosologiques | 3.4. Exemples de stratégie et conduites à tenir pratiques |
| 2.1. Obstétricales | 3.4.1. Situations évidentes |
| 2.2. Gynécologiques | 3.4.2. Fibrome |
| 2.3. Digestives | 3.4.3. Tumeur de l'ovaire présumée bénigne |
| 2.4. Urologiques | 3.4.4. Cancer de l'ovaire |
| 2.5. Péritoine et autres espaces pelviens | 3.4.5. Cancer de l'utérus |
| 3. Examen et points importants | 4. Exemple d'arbre décisionnel |
| 3.1. Interrogatoire | 5. Conclusion |
| 3.2. Examen clinique | |

Rang	Rubrique	Intitulé	Descriptif
A	Étiologies	Connaître les 2 étiologies les plus fréquentes de tuméfaction pelvienne	Fibrome utérin et kyste de l'ovaire
A	Étiologies	Connaître les autres causes de tuméfaction pelvienne	Tubaire, digestive, péritonéale
B	Épidémiologie	Fréquence des fibromes et des kystes ovariens bénins	
A	Diagnostic positif	Connaître les symptômes et les éléments de l'examen clinique liés aux fibromes	Éléments d'orientation clinique (hémorragies, douleurs, compression, infertilité)
B	Suivi et/ou pronostic	Connaître les principales complications des fibromes	
B	Étiologies	Kyste ovarien (KO)	
A	Diagnostic positif	Connaître les symptômes et les éléments de l'examen clinique liés aux kystes ovariens	Éléments d'orientation clinique
A	Étiologies	Savoir différencier kystes fonctionnel et organique	
B	Suivi et/ou pronostic	Connaître les principales complications des kystes ovariens	Torsion, hémorragie, rupture, compression
A	Identifier une urgence	Savoir évoquer une torsion d'annexe	

B	Examens complémentaires	Connaître les 2 principaux examens radiologiques complémentaires à réaliser en cas de tuméfaction pelvienne et leur hiérarchisation (1 ^e - 2 ^e intention)	Échographie et IRM
A	Définition	Définir le prolapsus génital de la femme	
B	Définition	Définir les différents compartiments du prolapsus	Cystocèle, hystérocèle ou prolapsus utérin, rectocèle, élytrocèle
B	Diagnostic positif	Citer les diagnostics différentiels du prolapsus génital de la femme	
B	Épidémiologie	Connaître la fréquence du prolapsus	Beaucoup de prolapsus sont non symptomatiques
A	Diagnostic positif	Connaître les signes cliniques du prolapsus	Savoir que les signes associés génito-urinaires et sexuels ne sont pas spécifiques du prolapsus génital. Savoir que le prolapsus génital n'est a priori pas douloureux



Les situations de départ sont indiquées **en violet et gras** dans le texte. Elles sont ensuite listées à la fin du chapitre.

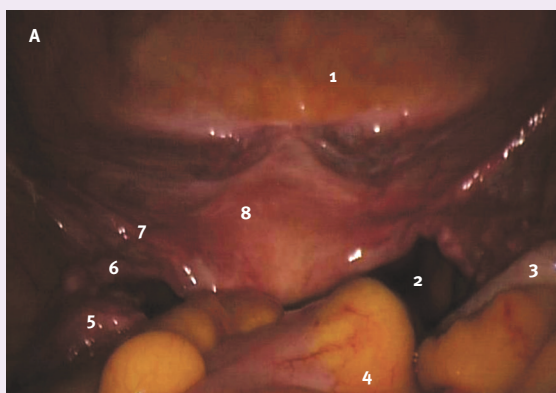
CONFÉRENCES DE CONSENSUS

- Guide HAS ALD n°30, cancer de l'ovaire, janvier 2010 ; cancer invasif du col de l'utérus, janvier 2010
- Fibromes utérins, actualisation de la prise en charge, CNGOF décembre 2011
- Cancer de l'endomètre, synthèse des recommandations, INCA novembre 2010
- Recommandations pour la pratique clinique : les tumeurs de l'ovaire présumées bénignes, CNGOF, décembre 2013
- Colombo N, Creutzberg C, Amant F, et al. ESMO-ESGO-ESTRO Endometrial Consensus Conference Working Group. ESMO-ESGO-ESTRO Consensus Conference on Endometrial Cancer: Diagnosis, Treatment and Follow-up. Int J Gynecol Cancer 2016 JAN;26(1):2-30
- Cariou de Vergie L, Venara A, Duchalais E, Frampas E, Lehur PA. Procidence interne du rectum: Définition, évaluation et prise en charge en 2016. J Visc Surg 2017;154:21-28
- Prolapsus génital de la femme : Prise en charge thérapeutique, Recommandations HAS 2021 - https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-06/reco329_recommandation_prolapsus_cd_2021_05_06_lg.pdf

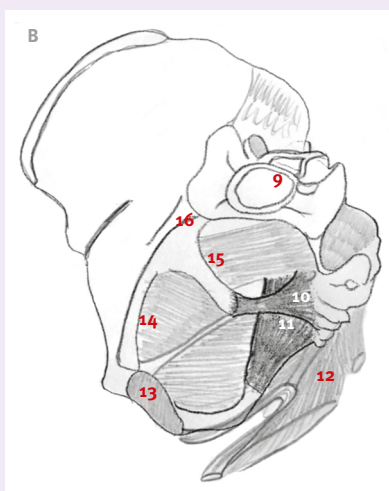
A 1. Rappels anatomiques

- Le pelvis féminin contient les organes génitaux, le bas appareil urinaire, le rectum et le canal anal. Ses limites sont :
 - *supérieure* : le détroit supérieur défini par le rebord supérieur du pubis, les lignes arquées des os coxaux, et le bord antérieur des ailes du sacrum et le promontoire. Le détroit supérieur marque la limite entre grand et petit bassin ;
 - *latérales* : la partie inférieure des os coxaux, les ligaments sacro-épineux et sacro-tubéral, et les muscles obturateur interne et piriforme qui ont leurs origines dans le pelvis et sortent par les foramens ischiatiques ;
 - *inférieure* : le diaphragme pelvien séparant la cavité pelvienne du périnée. Il est constitué des muscles élévateurs de l'anus et ischio-coccygiens. Il présente dans le plan sagittal médian, le hiatus urogénital en avant et le hiatus anal en arrière.

Figure 1. Pelvis féminin normal, vue coéloscopique (A), limites du pelvis (B).



(1) Vessie (relief du ballonnet de la sonde urinaire visible), (2) cul-de-sac de Douglas, (3) appendice, (4) côlon sigmoïde, (5) pédicule vasculaire gonadique, (6) trompe de Fallope et ovaire, (7) ligament rond, (8) Utérus.



(9) Promontoire, (10) ligaments sacro-épineux sacro tubéral, (11) ligament sacro-tubéral, (12) diaphragme pelvien, (13) pubis, (14) muscle obturateur interne, (15) muscle piriforme, (16) ligne arquée de l'os coxal.

A 2. Principales étiologies et cadres nosologiques

2.1. Obstétricales

- Grossesse normale.
- Grossesse extra-utérine (cf. **item 25**).
- Complication obstétricale : rétention intra-utérine (ex. post-perte de grossesse...), môle hydatiforme, tumeur trophoblastique (cf. **item 24**).

2.2. Gynécologiques

- **Utérus** : tumeur :
 - bénigne : fibrome : cf. diagnostic et classification (importance du TV : masse solidaire de l'utérus, sauf pour les fibromes sous-séreux pédiculés) ;
 - maligne : cancer de l'endomètre, du col utérin ou sarcome utérin.
- **Ovaires** : kystes ou tumeurs de l'ovaire présumées bénignes :
 - fonctionnel ;
 - organique :
 - bénin : kyste dermoïde, endométriosique ;
 - malin : cancer de l'ovaire (cf. **item 306**).
- **Trompe** : pyosalpinx, hydrosalpinx, kyste paratubaire.
- **Actinomyose pelvienne** (contexte : DIU depuis plusieurs années).
- **Hématocolpos** (rétention vaginale du sang menstruel par imperforation hyménéale – adolescente).

2.3. Digestives

- **Tumeur** :
 - cancer colorectal, sigmoïdien ;
 - tumeur digestive haute avec métastase ovarienne (tumeur de Krukenberg) ;

- tumeur desmoïde, autre tumeur du mésentère ;
- endométriose digestive colorectale.
- **Infectieuse :**
 - plastron/abcès appendiculaire, spécialement dans la forme pelvienne ;
 - abcès sigmoïdien (principale cause : complication de la diverticulite sigmoïdienne) (cf. **item 287**).
- **Fonctionnelle :**
 - fécalome.

2.4. Urologiques

- Rétention aiguë d'urines.
- Rein greffé pelvien (contexte !).
- Tumeur de vessie, kyste de l'ouraue.

2.5. Péritoine et autres espaces pelviens

- Endométriose pelvienne profonde (nodule de la cloison recto-vaginale).
- Épanchement péritonéal (ascite éventuellement cloisonnée, collection du cul-de-sac de Douglas).
- Tumeur péritonéale, carcinose péritonéale, maladie gélatineuse du péritoine (cf. chapitre 8).
- Tératome rétro-rectal.

A 3. Examen et points importants

3.1. Interrogatoire

- **Antécédents gynéco-obstétricaux** (âge des premières règles, date des dernières règles, régularité des cycles, activité et conduites sexuelles, gestité-parité, date du dernier frottis cervico-vaginal).
- **Traitements** : contraception (DIU – dispositif intra-utérin – orientera vers une étiologie infectieuse), toxiques...
- **Terrain** : âge, état général, suivi médical.
- **Histoire de la maladie** : date d'apparition, évolution, facteur déclenchant, périodicité (notamment par rapport au cycle menstruel).
- **Plaintes fonctionnelles associées** :
 - altération de l'état général, douleurs, dyspareunie ;
 - symptômes gynécologiques : signes sympathiques de grossesse, carence œstrogénique, aménorrhée et ménométrorragies, **leucorrhées**, **métrorragie post-ménopausique** ;
 - signes fonctionnels digestifs : modification des habitudes intestinales, émissions anormales, vomissements, constipation terminale ;
 - signes fonctionnels urologiques : dysurie, hématurie, impériosités, pollakiurie, **incontinence urinaire**.

3.2. Examen clinique

- **Constantes** : température (fièvre ?), poids (amaigrissement ?), tension artérielle, fréquence cardiaque.
- **Éléments à rechercher** :
 - **à la palpation abdominale** : caractéristiques de la masse (localisation, taille, douleurs, mobilité, consistance), orifices herniaires, aires ganglionnaires. Une ascite associée à une **masse pelvienne** orientera vers un cancer de l'ovaire ;
 - **à l'examen au spéculum** : caractéristique du col, **leucorrhées** et leurs aspects (fétides : infections génitales hautes, nécrotiques : cancer de l'endomètre ou du col de l'utérus...), métrorragies ;

- **au TV (toujours bi-manuel)** : taille, position, sensibilité, mobilité de l'utérus (utérus gravide ou fibromateux), masse solidaire de l'utérus (fibrome, grossesse) ou séparée par un sillon (masse annexielle), masse indépendante de l'utérus, médiane (masse du Douglas) ou latérale, masse fixée ou mobile ;
- **au TR** : muqueuse rectale, caractéristiques de la tumeur, nodule de carcinose péritonéale perçu dans le cul-de-sac de Douglas.
- Ne pas oublier l'**examen des seins** et la réalisation d'un **frottis cervico-vaginal** ou test HPV selon les recommandations.

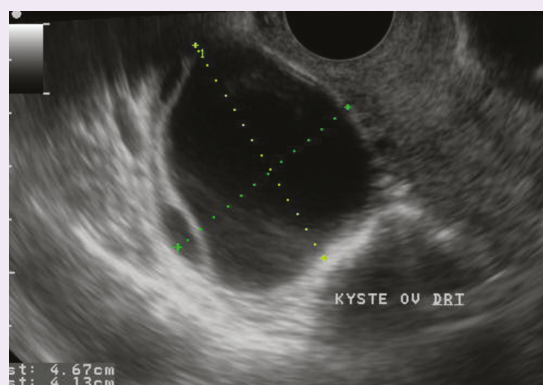
Figure 2. Jeune femme, augmentation de volume de l'abdomen liée à un volumineux kyste de l'ovaire.



B 3.3. Examens paracliniques

- Taux de betaHCG (*human chorionic gonadotropin*) (qualitatif et quantitatif) indispensable chez la femme non ménopausée
- **Échographie pelvienne** voie abdominale et voie vaginale : examen de routine.
 - tumeur solide et bien limitée correspondant souvent à un (des) fibrome(s). On détaille alors sa (leurs) localisation(s) selon la classification FIGO ;
 - tumeurs liquidiennes latéro-utérines : kyste ovarien (rechercher les critères échographiques de kystes fonctionnels/organiques), hydrosalpinx...
- A** • **Le caractère organique du kyste est évoqué sur les signes suivants** : diamètre supérieur ou égal à 5 cm, composante solide ou mixte, caractère multiloculaire, paroi épaisse, végétations intra-kystiques, vascularisation. Les kystes liquidiens persistants sont des kystes organiques. Les tumeurs hétérogènes, fortement vascularisées avec des végétations endo- ou exo-kystiques sont évocatrices de cancer de l'ovaire ou de tumeurs border-line.

Figure 3. Échographie par voie endovaginale : kyste d'allure fonctionnel (contenu liquidien, parois fines, < 5 cm, pas de vascularisation anarchique, pas de végétation).



- B**
- Selon orientation diagnostique :
 - **IRM pelvienne** (examen de référence d'imagerie du pelvis en cas de doute diagnostique);
 - TDM – *Thorax Abdomen Pelvis* (bilan d'extension, masse abdominale parfois en urgence pour le diagnostic différentiel);
 - coloscopie;
 - marqueurs tumoraux (CA 125, He4, score ROMA, CA19-9, ACE).

A 3.4. Exemples de stratégie et conduites à tenir pratiques

3.4.1. Situations évidentes

- Certaines situations sont évidentes : grossesse (taux bêta-hCG et prise en charge de la grossesse), prise en charge d'une hernie de la paroi abdominale.

3.4.2. Fibrome

- Orientation : **ménorragies**, pesanteur pelvienne, origine ethnique (femme noire), masse solidaire de l'utérus au TV.
- Diagnostic échographique dans la plupart des cas.
- En fonction du contexte : hystérocopie diagnostique ou IRM peuvent être utiles.
- Prise en charge en fonction de l'âge et de la gêne fonctionnelle.

Figure 4. IRM : myome de 12 cm.

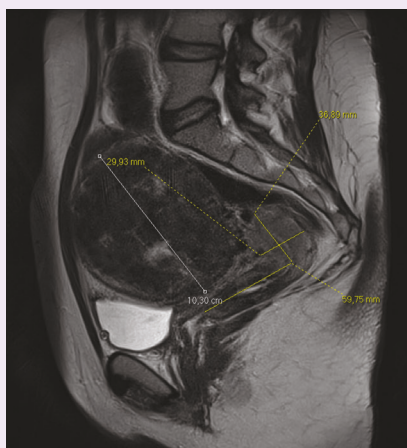


Figure 5. Mini-laparotomie pour myomectomie

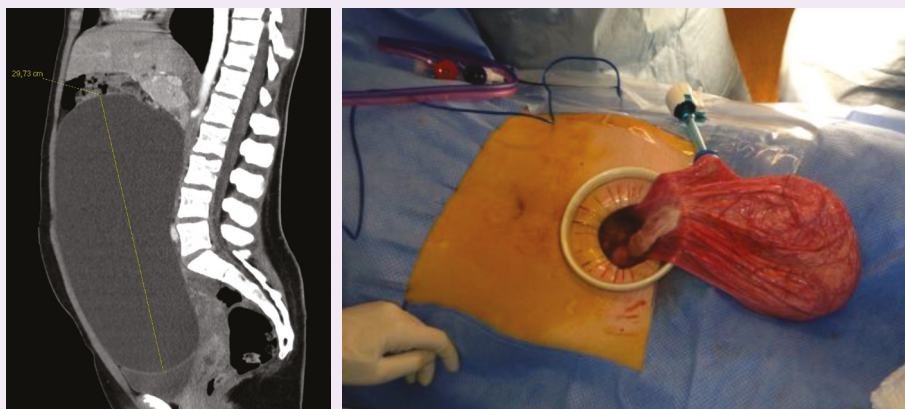


B 3.4.3. Tumeur de l'ovaire présumée bénigne (TOPB)

- Orientation : âge, signes fonctionnels (subtorsion ? **douleurs pelviennes**).
- Échographie : recherche de critères de bénignité : inférieur à 5 cm, parois fines, absence de végétation ou de cloison, anéchogène, pas de vascularisation anarchique. Rechercher les critères d'un kyste ovarien fonctionnel (kyste liquidien pur de moins de 5 cm, sans végétation, ni vascularisation), et qui va disparaître au contrôle échographique à 3 mois. En dehors de cette situation, il s'agit d'un kyste organique.
- En cas de kyste ovarien d'allure fonctionnelle, un contrôle échographique est préconisé à 3 mois. On confirme le diagnostic en constatant la disparition spontanée du kyste.
- Les kystes d'allure fonctionnelle mais persistant après 3 mois et les kystes ovariens d'autre aspect échographique sont des kystes organiques.
- On envisage un traitement chirurgical pour les kystes ovariens organiques si ils sont symptomatiques.
- Si chirurgie, préférer la kystectomie chez les femmes non ménopausées lorsque la masse ovarienne n'est pas suspecte afin de préserver la fertilité. Une préservation de fertilité est à proposer aux patientes en amont de la chirurgie.

- Il existe des situations où la surveillance d'un kyste ovarien organique est recommandée :
 - les masses ovariennes de moins de 4-6 cm dont le diagnostic à l'issue du bilan d'imagerie est un kyste dermoïde, ou un endométriose, peuvent bénéficier d'une simple surveillance (si asymptomatique) ;
 - les kystes liquidiens purs de moins de 10 cm peuvent bénéficier d'une simple surveillance (si asymptomatique, en l'absence d'antécédent personnel ou familial de cancer du sein, en conseillant une IRM pour confirmer le caractère liquidien pur si > 7 cm).

Figure 6. Jeune fille de 15 ans, augmentation de volume de l'abdomen indolore,
TDM : kyste de 30 cm, opéré par mini laparotomie avec ponction protégée du kyste pour éviter une grande incision et ne pas contaminer la cavité abdominale avec le contenu du kyste (en cas de cancer, aggravation du pronostic).
Anatomopathologie : kyste bénin.



3.4.4. Cancer de l'ovaire

- Orientation : AEG, ascite, histoire personnelle ou familiale BRCA 1-2.
- Échographie, IRM pelvienne si masse ovarienne de nature indéterminée à l'issue du bilan échographique.
- Bilan : TDM TAP (ce n'est pas un examen à visée diagnostique devant une masse annexielle, mais il est à réaliser dans le cadre du bilan d'extension et à la recherche de carcinose), marqueur CA 125 ($\pm$ CA 19-9, ACE et He4), examen des seins systématique.
- Diagnostic anatomopathologique et stadification : coelioscopie exploratrice avec biopsies péritonéales en cas de carcinose ou d'annexectomie dans le cas contraire (attention : pas de biopsies de l'ovaire).
- « Étiologique » : en fonction du contexte (âge < 75 ans ou antécédent familial), recherche BRCA1 ou 2.

Figure 7. IRM coupe sagittale para-médiane : contenu solide, > 5 cm, végétations, hétérogène.

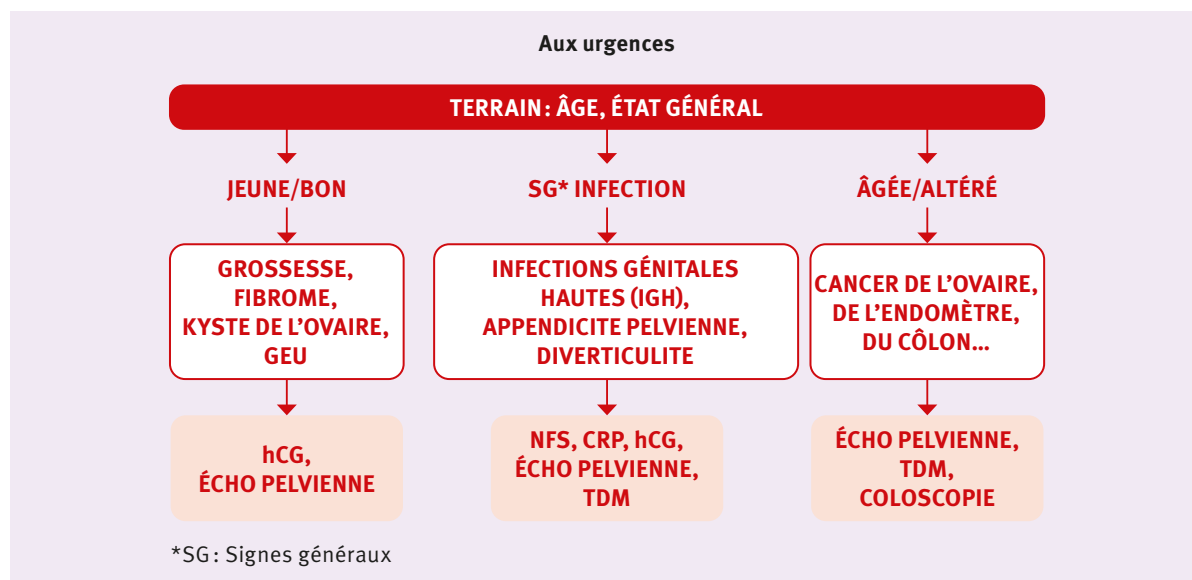


3.4.5. Cancer de l'endomètre ou du col

Des métrorragies post-ménopausiques imposent la réalisation d'un examen gynécologique.

- **Cancer du col de l'utérus (carcinome épidermoïde) :**
 - point clé : dépistage ;
 - orientation : femme de 50 ans, fumeuse, suivi gynécologique irrégulier, immunodéprimée, infection HPV, FCV anormal. **Métrorragies** de sang rouge provoquées, aspect bourgeonnant du col ;
 - diagnostic : biopsies éventuellement guidées par l'examen colposcopique, ou conisation, lors d'un examen sous AG si besoin ;
 - bilan : IRM pelvienne ;
 - classification FIGO ;
 - bilan d'extension par TDM TAP et pet scan dans les stades avancés.
- **Cancer de l'endomètre (adénocarcinome) :**
 - orientation : patiente de 70 ans, exposition aux œstrogènes (obésité...), **métrorragies** post-ménopausiques. Augmentation de l'épaisseur de l'endomètre à l'échographie pelvienne ;
 - diagnostic : hystérocopie diagnostique avec curetage à la pipelle de Cormier ;
 - bilan : IRM pelvienne pour mesurer le degré d'envahissement du myomètre, l'extension au col et aux paramètres, l'atteinte ganglionnaire. TDM TAP pour le stade avancé ou tumeur de type II pour le bilan d'extension et d'opérabilité ;
 - examen des seins systématique (même terrain d'hyperœstrogénie).

B 4. Exemple d'arbre décisionnel



5. Conclusion

- Une orientation étiologique devant une masse pelvienne est relativement simple et rapide à formuler après un bon examen clinique, un dosage du taux de bêta-HCG et la réalisation d'une échographie pelvienne qui est l'examen de routine dans cette situation.
- L'enjeu essentiel est 1) de ne pas méconnaître une grossesse (avant de faire des examens radiologiques), et 2) de reconnaître les éléments évocateurs d'une tumeur maligne.

FICHE DE SYNTHÈSE

1. Repérer le contexte clinique.
2. L'échographie pelvienne par voie abdominale et vaginale est l'examen de première intention réalisée en routine. Il faut également impérativement un dosage du taux de bêta-HCG chez les patientes en période d'activité génitale.
3. Se souvenir des éléments contenus anatomiquement dans la cavité pelvienne permet de retrouver les principales étiologies des tuméfactions pelviennes.

Annexe à l'item 44 : Troubles de la statique pelvienne postérieure chez la femme

- I. Données anatomiques et physiologiques essentielles à la compréhension des TSPP
- II. Interrogatoire – données de l'examen clinique dans les TSPP
- III. Principales explorations fonctionnelles dans les TSPP
- IV. Options thérapeutiques dans les TSPP

A I. Données anatomiques et physiologiques essentielles à la compréhension des TSPP

- Les organes du pelvis féminin reposent sur la paroi inférieure de l'abdomen, le plancher ou diaphragme pelvien formé par le m. élévateur de l'anus (*levator ani*). Renforcé par des aponévroses et des structures ligamentaires solides, il sépare la cavité pelvienne du périnée. Dans le plan sagittal, le plancher pelvien s'ouvre vers l'extérieur par en avant le hiatus urogénital et en arrière le hiatus anal.
- En position debout, la pression abdominale appuie fortement les organes pelviens sur le plancher pelvien. Cette pression s'accroît au cours de la manœuvre de Valsava (expiration à glotte fermée, toux-éternuement) et tout particulièrement lors d'efforts de poussée importants (expulsion lors de l'accouchement, **constipation** au long cours, port de charges lourdes).
- L'imprégnation hormonale de tous les éléments du plancher pelvien participe à leur trophicité/tonicité. Sa disparition à la ménopause fragilise ces structures de soutien.

II. Interrogatoire – données de l'examen clinique en cas de TSPP

Antécédents

- Parité – conditions des accouchements: poids du bébé, traumatisme, déchirure, extraction instrumentale (forceps).
- Statut hormonal (ménopause, traitement hormonal substitutif).
- Chirurgie pelvienne: cure d'**incontinence urinaire**, hystérectomie (fragilise les soutiens des organes pelviens).
- **Constipation** au long cours (médicaments la favorisant).

Plaintes fonctionnelles

- Sensation de poids, tuméfaction vulvaire ou anale spontanée, en position debout, ou apparaissant aux efforts de poussée et se réintégrant spontanément ou avec le doigt.
- **Constipation** terminale (se définit par l'impossibilité d'évacuer alors que le besoin est présent). Impose de longs et pénibles efforts de poussée, des manœuvres digitales pour aider à l'évacuation, une sensation d'inconfort, de vidange incomplète et d'allers et retours aux toilettes.
- **Incontinence aux gaz ou aux selles**. Impériosité pour aller à la selle.
- Au cours de l'interrogatoire, on analysera également les plaintes urinaires ou gynécologiques fréquemment associées.
- L'existence de douleurs périnéales associées est à rechercher et leur présence devra faire évoquer une autre étiologie aux plaintes fonctionnelles car les troubles de la statique pelvienne ne sont classiquement pas douloureux.

B Examen clinique du périnée postérieur

- En position gynécologique et en décubitus latéral, vessie pleine, au repos et avec des efforts de poussée (permettent d'apprécier la descente périnéale), avec un bon éclairage et une valve de spéculum (**Figure 1**).
- Examen concomitant du périnée antérieur et postérieur.
- Diagnostic de rectocèle antérieure : hernie de la paroi du rectum à travers la paroi postérieure du vagin (**Figure 2**) ou de prolapsus extériorisé du rectum : retournement à travers le canal anal du rectum qui a perdu ses attaches dans le pelvis (**Figure 3**) (à distinguer d'un prolapsus hémorroïdaire (cf. **item 288**)).
- Au toucher rectal, évaluation de la tonicité, de la longueur du canal anal, de la bonne coordination des mouvements à la commande. Recherche d'un asynchronisme anorectal qui pourrait favoriser le trouble de la statique.

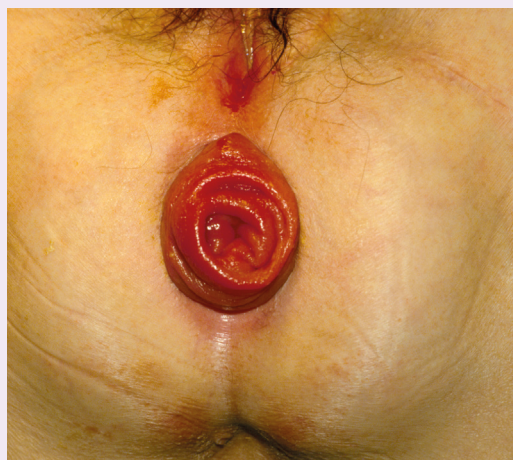
Figure 1. Examen vaginal à l'aide d'une valve de spéculum. La valve expose la paroi postérieure du vagin en refoulant la vessie en avant. À la poussée, apparaît une rectocèle antérieure



Figure 2. Rectocèle antérieure. Le toucher rectal concomitant montre la hernie du rectum vers l'avant.



Figure 3. Prolapsus extériorisé du rectum. Chez cette femme âgée, en position gynécologique, on observe un périnée descendant et un prolapsus extériorisé du rectum avec ses plis circulaires et la couleur caractéristique de la muqueuse rectale (à distinguer du prolapsus hémorroïdaire : paquets violacés répartis autour de l'anus).



B III. Principales explorations fonctionnelles dans les TSPP

- Le bilan fonctionnel n'est demandé qu'après avoir éliminé une pathologie organique : hémocult® ou coloscopie, mammographie, frottis cervico-vaginaux.
- L'examen complémentaire essentiel dans ce contexte est la **défécographie dynamique** qui simule l'effort d'évacuation que l'on produit pour vider le rectum. La déféco-IRM est la plus performante. Non irradiante et confortable pour les patientes, elle a cependant le désavantage d'être réalisée en position couchée, mais donne d'excellentes images du contenu pelvien (**Figure 4**). Une classification en 4 stades (Oxford) est proposée pour les troubles de la statique rectale (**Tableau 1**).

TABEAU 1 : CLASSIFICATION RADIOLOGIQUE D'OXFORD DES TROUBLES DE LA STATIQUE RECTALE

		Grade du PR*	Caractéristiques radiol. du PR
PR interne	Intussusception recto-rectale	I rectal haut	Ne descend pas plus bas que la limite proximale de la rectocèle
		II rectal bas	Descend au-delà de la rectocèle sans atteindre le sphincter/canal anal
	Intussusception recto-anale	III anal haut	Descend jusqu'au sphincter/canal anal
		IV anal bas	Descend dans le sphincter/canal anal
PR externe	Extériorisé	V trans-anal	Protrusion à travers l'anus

*PR : prolapsus rectal

- La manométrie et l'échographie endo-anale complètent ce bilan surtout en cas d'incontinence anale.
- Le bilan de l'étage antérieur avec bilan uro-dynamique est demandé en fonction des plaintes exprimées et des constatations cliniques.

Figure 4. Déféco-IRM dynamique pour trouble de la statique pelvienne postérieure. Sur ce cliché en poussée après évacuation de l'ampoule rectale, on observe un prolapsus interne du rectum (A) (la partie haute du rectum entre dans sa partie basse – intussusception) s'accompagnant d'une rectocèle (B) et d'une entéroccèle (C).

On notera l'hystéroptose (col utérin à la vulve) et la descente périnéale associée.



IV. Options thérapeutiques dans les TSPP

- L'objectif du traitement est d'améliorer les symptômes en rapport avec les TSPP. Ainsi les TSPP non symptomatiques ne nécessitent pas de traitement.
- En présence de TSPP symptomatique, un traitement conservateur (régularisation du transit, conseils hygiéno-diététiques, rééducation périnéale auprès d'un praticien entraîné) est toujours à recommander.
- Il est recommandé de tester l'efficacité d'un pessaire pour corriger les rectocèles antérieures avant d'envisager un traitement chirurgical.
- En cas de gêne significative, non améliorée par le traitement conservateur et après un bilan complet, un traitement chirurgical peut être proposé, en informant clairement et honnêtement des bénéfices à attendre et des risques potentiels.
- L'approche coelioscopique abdominale est la plus utilisée : la rectopexie ventrale fixe la paroi antérieure du rectum au promontoire lombo-sacré par l'intermédiaire d'une prothèse. Chez les patientes âgées, récusées pour une approche abdominale, différentes procédures par voie périnéale sont possibles.

Conclusion

- Les TSPP peuvent se manifester par une tuméfaction pelvi-périnéale. C'est une pathologie fonctionnelle survenant chez la femme dans la seconde partie de la vie, favorisée par la multiparité, la **constipation** au long cours et l'obésité. La recherche par un interrogatoire guidé des symptômes associés (pesanteur, **constipation** terminale, incontinence anale, dyspareunie) guide l'examen clinique et la demande d'examens complémentaires au premier rang desquels : la déféco-IRM dynamique. En cas de troubles de la statique pelvienne antérieure, une approche multidisciplinaire est indispensable, et ce d'autant qu'un traitement chirurgical est envisagé.

FICHE DE SYNTHÈSE

1. Une tuméfaction pelvi-périnéale peut correspondre à un TSPP.
2. Les TSPP correspondent à 3 entités souvent associées : la rectocèle/hernie de la paroi antérieure du rectum refoulant la paroi vaginale postérieure), le prolapsus du rectum avec ses différents stades (interne ou extériorisé), et l'entéroccèle (ou élytroccèle)/hernie du cul-de-sac de Douglas s'insinuant entre vagin et rectum, contenant le côlon sigmoïde et/ou des anses grêles.
3. Le bilan clinique s'effectue en position gynécologique et recherche aussi un trouble de la statique antérieure (utéro-vésicale).
4. La déféco-IRM dynamique est l'examen de référence.
5. La chirurgie par voie coelioscopique vise à corriger les anomalies anatomiques pour rétablir un fonctionnement digestif optimal.

Principales situations de départ en lien avec l'item 44 :
« Tuméfaction pelvienne chez la femme »

Situation de départ
En lien avec les symptômes et signes cliniques
1. Constipation
7. Incontinence fécale
95. Découverte d'une anomalie au toucher rectal
99. Douleur pelvienne
103. Incontinence urinaire
104. Leucorrhées
106. Masse pelvienne
107. Prolapsus
112. Saignement génital anormal
229. Découverte d'une anomalie pelvienne à l'examen d'imagerie médicale

Chirurgie générale, viscérale et digestive

R2C**4^e édition actualisée**

- L'ouvrage officiel réalisé par le Collège Français de Chirurgie générale, viscérale et digestive pour les étudiants du DFASM.
- Conçu et rédigé par près de 60 enseignants de la discipline.
- Tout le programme de connaissances de la spécialité pour la R2C et les modules du DFASM.
- Pour chaque item, les objectifs de connaissances hiérarchisés en rang A et rang B (dans un tableau en début d'item et tout au long de l'item grâce à un repérage couleur).
- Toutes les situations de départ en lien avec les différents objectifs de connaissances (tout au long de l'item grâce à un repérage couleur, et à la fin de l'item dans un tableau récapitulatif).
- Une iconographie abondante pour faciliter l'apprentissage.
- Une fiche de synthèse par item pour retenir l'essentiel.

39 € TTC

ISBN : 978-2-84678-353-8

**MED-LINE**
Editionswww.med-line.fr