

# **Masses abdominales de l'enfant**

**Pr. BOUMEDDANE**

**Chef de service d'oncologie pédiatrique**

**Emir Abdelkader CEA ORAN**

# Objectifs pédagogiques

- Reconnaître une tumeur abdominale chez un enfant
- Etablir le diagnostic positif
- Etablir le diagnostic étiologique
- Eliminer ce qui n'est pas tumeurs
- Reconnaître les différentes tumeurs maligne de l'enfant

# Introduction-généralités

- La découverte d'une masse abd=situation fréquente chez l'enfant
- Il peut s'agir selon l'âge de l'enfant:
  - \*--masse d'origine malformative
  - \*--masse bénigne
  - \*--tumeur maligne

# Circonstances de découverte

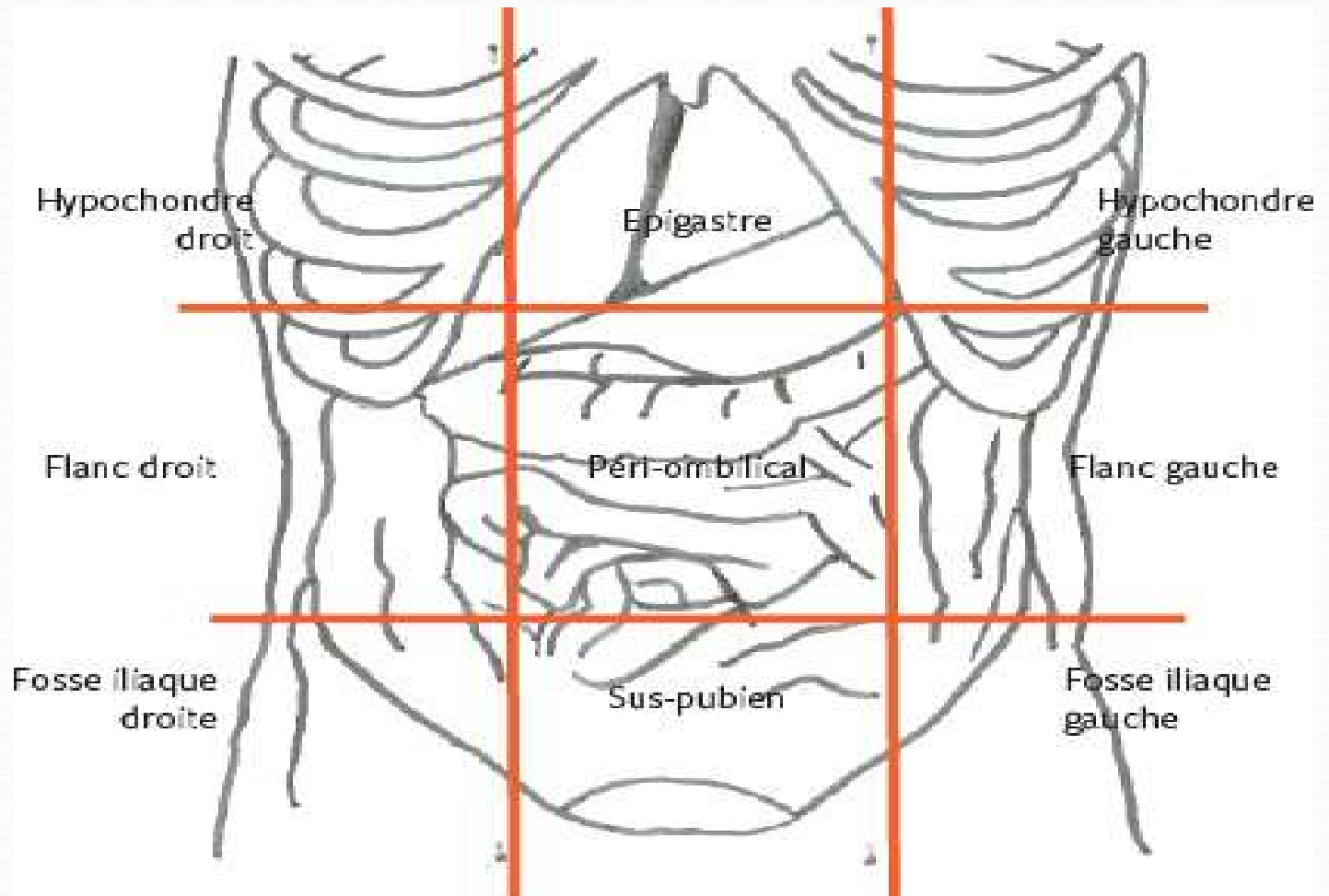
- \*--Découverte fortuite(lors d'examen systématique,ou par les parents)
- \*--Symptomatique:
  - -augmentation du volume de l'abdomen
  - -signes de compression(rétention d'urine,constipation,trouble de transit)
  - -signes non spécifiques(alteration de l'état général,HTA,fièvre inexpliquée)

# Diagnostic positif

- 1) Anamnèse:
  - mode de début: brutal, progressif
  - Signes d'accompagnements
  - date de début
- 2) Clinique:
  - Soigneux à la recherche d'une tumeur palpable
  - Élimine :
    - olive pylorique,
    - Boudin d'invagination,
    - globe vésical,
    - fécalome,
    - utérus gravide,
    - hépato-splénomégalie
  - préciser ses caractères:
    - dure,
    - ferme,
    - fluctuante,
    - Douloureuse ou pas

# • Diagnostic positif

Préciser ces limites, son siège par rapport au 04 quadrans de l'abdomen



# Diagnostic positif

Toucher rectal

Signes cliniques révélateurs d'une étiologie:  
hémi-hypertrophie corporelle, aniridie,.....

- 3° Radiologie:
- -ASP(F+P): situe la tumeur qui refoule les anses intestinales, contours rénaux parfois visibles,
- calcifications(fines et poudreuses=NRB, Lamellaire ou en coquille=NPB)

- -UIV
- \*rein avec désorientation pyélo-calicielle (NPB),
- rein infiltré(LMNH, leucémie)
- -cystographie
- -échographie demeure un examen très important donnant à lui seul parfois le diagnostic
- -TDM abdominal-
- -opacification digestives
- -artériographie



- 4) Cytoponction et ponction biopsie

- 5) Examens biologiques:

à visé

diagnostic positif (LDH)

diagnostic  
étiologique (VMA,  $\beta$ HCG,  
 $\alpha$  FP)

bilan de retentissement (rénal,  
hépatique,

# Diagnostic étiologique

- \*-Nouveau-né
- -malformation congénitale causes les plus fréquentes (polykystose, hydronéphrose, kyste solitaire, hydroméetrocolpos)
- -cause tumorale (NPB, NRB, tératome,)

- -\*Nourisson et grand enfant

# tumeurs rétropéritonéales extra-rénales:

## 1) Neuroblastome=sympathoblastome

Tm spécifique à l'enfant, de 0 à 5 ans (90%)

intéresse le tissu sympathique d'où localisation multiple  
dont la plus fréquente est abd 50%,

Thoracique, cérébrale, osseuse, médullaire,

la symptomatologie est variable en fonction de la tm  
primitive et des métastases souvent fréquentes dès le  
dg

dlrs osseuses, altération de l'état général,

Syndrome de Hutchinson (ecchymoses périorbitaire  
spontanées, Tm en sablier

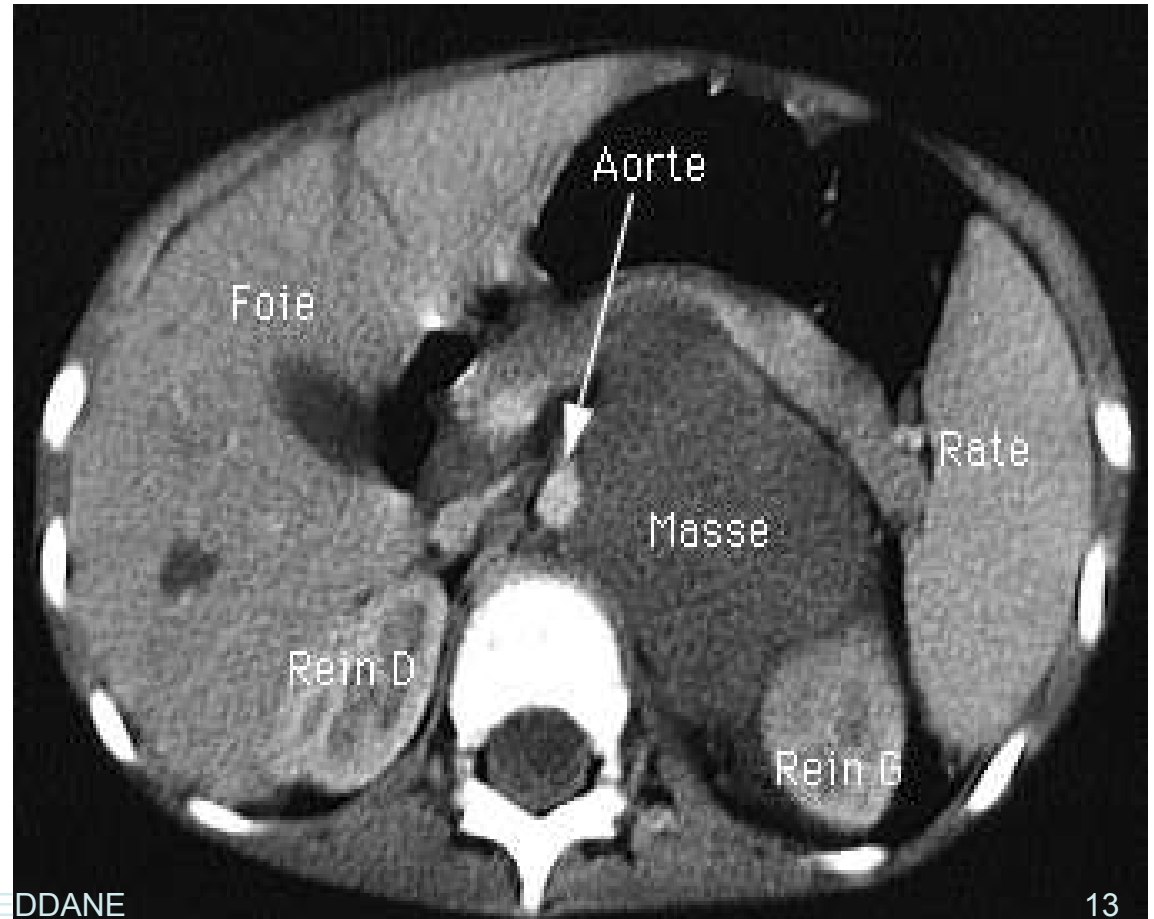
- le diagnostic repose sur :
- données radiologique:abd(masse rétro péritonéale +-intra péritonéale,calcifications poudreuses
- thoracique:masse médiastinal postérieur +-ant
- données biologiques:dosage des
- catécholamines(VMA,HVA,DOPAMINE)
- données cytogénétiques: amplification du N-MYC, CD44, ferrétine, vip(vasoactive-intestinalis Peptide)
- Scintigraphie à la MIBG;
- Données anatomopathologique,
- traitement en fonction du stade,
- pronostic reste mauvais surtout NRB métastatique

# -cause tumorale

## 1)NRB

le diagnostic repose sur :données radiologique :abd  
(masse rétro péritonéale +/-intra  
péritonéale,calcifications

Tomodensitométrie  
abdominale  
montrant une masse  
para-vertébrale  
gauche, s'infiltrant  
autour de l'aorte  
abdominale



## 2)corticosurénalome

- tumeur de la corticosurrénale
- -symptomatologie endocrinienne(signes de virilisation, cushing),masse palpable souvent
- Pc en relation avec le poids et volume de la tm
- Le diagnostic est histologique très délicats surtout bénigne ou maligne
- Trt :chirurgie temps essentiel,+ -Rx,+ -chimiothérapie(op. DDD=mitotane)

- **3)phéochromocytome**
- Tm rare, bénigne dans la majorité des cas
- Associe une HTA, rarement palpable
- Diagnostic biologique: catécholamines élevées
- Trt: chirurgie
- Surveillance prolongée car risque de rechute

## 4) TGMNs (tm germinal non séminématose)

Localisation rétro péritonéale moins fréquente que médiastinale et sacro-coccigienne

Dg: RX, anapath,

Dosage des  $\beta$ HCG et alpha-féto-protéine  
(pour les tumeurs sécrétantes)

Traitement: chimiothérapie selon protocole TGMNS  
95, chirurgie, +/- radiothérapie



# Tumeur intra rénale

- **1) NPB** (Wilms): tumeur rénale spécifique à l'enfant
- Se développe à partir du parenchyme rénal
- Clinique pauvre en dehors de la masse palpable au niveau du flanc droit ou gauche
- diagnostic: RX
- pas de signes biologiques spécifiques
- Les métastases les plus fréquentes sont pulmonaires et hépatique
- Trt: chimiothérapie+chirurgie, 2 volets indispensable +-radiothérapie, pc en fct du st et hist., en général bon pour les st I,II,III

REGUIEG SID AHMED 18MOIS

CLINIQUE D'IMAGERIE ORAN

SOMATOM AR

AB3 5

H-SP-CR

VD10C

10:27:37  
17-JUN-1998  
IMAGE 26

Di 1 8.6 cm  
Di 2 10.8 cm



SCAN 26  
TI 3.0 S  
mA 50  
kV 130  
SL 5.0

TP -817  
FoV 182  
CE -2/15  
GT 0

SANS CONTRASTE IODE  
DR. F. TOURABI

W 258  
C 102

- Autres tm intra-rénal
- \*epithélioma à cellules claires:rare,dg\_rx(écho)
- Trt chirurgical
- Rein leucémique ou lymphomateux
- Kyste rénaux unique ou multiple
- Trt :chirurgical



10:32:33  
02-JUL-2006  
IMAGE 34

AB3 5 H-SP CR VD10E

Di 1 10.4 cm  
Di 2 8.4 cm

R

8.4/176

10.4/138

SCAN 34  
TI 3.0 s  
mA 70  
kV 130  
SL 5.0  
TP -845  
FoV 188  
CE -4/28  
GT 0

AVEC CONTRASTE  
DR. MEKAOUCHE  
Dr BOUMEDDANE

W 234  
C 52

# Tumeur intra péritonéale

## 1) lymphome malin non hodgkinien

- Tm du tissu lymphoïdes localisation abd + fte
- Clinique : progression rapide responsable d'un météorisme ascite, altération de l'état général
- Diagnostic par cytoponction ou hist.
- 3 TYPES HISTOLOGIQUE:--Burkit
  - lymphoblastique
  - à grandes cellules
- Trt: chimiothérapie car tm chimio-sensible, de bon pronostic

# Autres tm intra péritonéal

- NRB intra abdominal
- Maladie d'HDK localisation abd
- Duplication digestifs
- Tm du pancréas: rare chez l'enfant, souvent ces des métastases
- Tm hépatique:hépatoblastome:masse du jeune nrs,intéressant une partie ou tout le foie
- Diagnostic;alpha foetoprotéine élevés,RX,hist
- Trt:ct,chirurgie selon protocoleSIOPEL2(cis plat,doxo,cyclo)

0: 3  
N S136.00  
n: 24+C

BENAFIA NESRINE 03 A  
DR RAPHAEL

14 Feb 20

FOV 27.4cm  
TND



7 120  
A 65  
ite mA:N  
arge  
00mm/1.5:1  
it: 0.0

1: n 80.86, ed 5.29, a 119.79  
2: n 51.54, ed 6.22, a 119.79

# Autre tm intra péritonéal

- \* tm de l'ovaire chez les adolescentes
- Hist.:tumeur germinal,tératome,carcinome de plus mauvais pc
- \*Rhabdomyosarcome:tm se développe à partir du tissu mésenchymateux
- Dg :hist.
- TRT: chimiothérapie,chirurgie
- Pc +- mauvais



# conclusion

- Les masses abdominales sont des motifs fréquents de consultation en pédiatrie
- Leur diagnostic précoce permet d'améliorer le pronostic qui reste toujours lié à leur étiologie