

Chapitre 12 - Item 273 - UE 8

Hépatomégalie et masse abdominale

- I. Hépatomégalie
- II. Conduite à tenir devant la palpation d'une masse abdominale

OBJECTIFS PEDAGOGIQUES

- **Devant une hépatomégalie, une masse abdominale, ou la découverte de nodules hépatiques, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.**

I. Hépatomégalie

Une hépatomégalie est définie comme une augmentation de volume du foie.

Il peut s'agir d'une augmentation de volume diffuse, ou d'une augmentation portant sur un lobe, ou sur un secteur du foie. L'hépatomégalie peut être considérée comme homogène ou hétérogène selon l'aspect macroscopique (palpation, examen de la coupe, ou examens d'imagerie).

A- Diagnostic positif et différentiel

Circonstances de découverte :

- perception par le patient lui-même d'une masse de l'hypochondre droit, de l'épigastre ou des deux ;
- palpation par le médecin ;
- examen d'imagerie abdominale.

Le foie est considéré comme augmenté de volume lorsque sa projection sur la ligne médio-claviculaire est supérieure à 12 cm. La projection est la distance entre la limite supérieure de la matité hépatique repérée par la percussion et le bord inférieur du foie repéré par la palpation.

Une masse de l'hypochondre droit ou de l'épigastre peut être rattachée à une hépatomégalie lorsqu'elle est mobile avec la respiration.

Il peut être difficile d'affirmer ou d'écarter le diagnostic d'hépatomégalie en cas de :

- paroi abdominale très musclée ou qui se défend ;
- pannicule adipeux sous-cutané abdominal très épais ;
- ascite abondante.

Dans ces circonstances, l'échographie abdominale permet de préciser le diagnostic d'hépatomégalie en montrant que, sur la ligne médio-claviculaire, la distance entre le sommet du foie et son bord inférieur est de plus de 12 cm.

Outre la mobilité avec la respiration, c'est l'échographie qui permet le diagnostic différentiel avec :

- une tumeur du rein ;
- une tumeur de l'angle colique droit ou du côlon transverse ;
- une tumeur de l'estomac ;
- une tumeur ou un kyste du pancréas.

B- Causes de l'hépatomégalie

La plupart des maladies du foie peuvent être la cause d'une hépatomégalie. Le tableau 12.1 présente les principales causes d'hépatomégalie en fonction de deux caractéristiques principales (diffuse ou sectorielle, homogène ou hétérogène).

Tableau 12.1
Causes d'hépatomégalie

Augmentation de volume diffuse et macroscopiquement homogène	
- Hépatite aiguë	
- Hépatite chronique	
- Stéatose et stéato-hépatite alcooliques ou non alcooliques (syndrome métabolique et obésité)	
- Cholestase prolongée	
- Cirrhose	
- Foie congestif (insuffisance cardiaque droite ou globale, péricardite constrictive)	
- Hémochromatose et surcharges en fer	
- Abscès du foie	
- Causes rares	
Augmentation de volume sectorielle et macroscopiquement homogène	
- Cirrhose	
- Causes rares	
Augmentation de volume macroscopiquement hétérogène	
- Cirrhose	
- Tumeurs bénignes :	
•	•
- kyste biliaire simple	
- kyste hydatique	
•	•
- Polykystose hépatique ou hépatorénale	
- Autres tumeurs bénignes (rares)	
- Abscès du foie	
- Tumeurs malignes :	
•	•
- cancer secondaire du foie (métastases)	
- carcinome hépato-cellulaire	
- autres tumeurs malignes (rares) : cholangio-carcinome	

C- Moyens du diagnostic

1. Examen clinique

L'interrogatoire permet de faire préciser :

- les symptômes ;
- les antécédents ;
- les facteurs de risque de maladie aiguë ou chronique du foie (consommation d'alcool, syndrome métabolique, facteurs de risque de contamination par les virus des hépatites).

L'examen clinique tente de préciser si :

- le foie est douloureux ;
 - il y a un syndrome inflammatoire (fièvre, sueurs nocturnes) ;
 - il y a des signes de maladie chronique du foie : angiomes stellaires, signes d'hypertension portale ;
 - il y a un reflux hépato-jugulaire, une expansion systolique du foie.
-

La consistance du foie peut être appréciée par la palpation. Le foie cirrhotique est habituellement dur alors que le foie normal est ferme. Cette dureté est particulièrement perceptible au niveau du bord inférieur (alors dit « tranchant »). Toutefois, la sensibilité et la spécificité de ce signe sont insuffisantes pour permettre de faire le diagnostic de cirrhose ou de l'écarter en se fondant sur lui seul. On peut parfois percevoir des nodules à la surface du foie.

2. Échographie

C'est un véritable prolongement de l'examen clinique qui doit être obtenu sans attendre pour orienter le reste de la démarche diagnostique.

L'échographie permet de préciser si :

- l'hépatomégalie est diffuse ou sectorielle, et homogène ou hétérogène ;
 - il existe des signes de cirrhose (irrégularité des contours du foie, signes d'hypertension portale) ;
 - il existe des signes de stéatose (foie hyperéchogène) ;
 - il existe des signes d'insuffisance cardiaque droite (dilatation des veines hépatiques) ;
 - il existe une dilatation des voies biliaires intrahépatiques.
-

3. Examens de laboratoire

Un premier groupe d'examens est utile dans tous les cas :

- hémogramme ;
- transaminases, phosphatases alcalines, γ -GT, taux de prothrombine, bilirubinémie, électrophorèse des protéines plasmatiques.

Les examens d'un second groupe ne doivent être demandés que s'ils sont pertinents au vu des résultats de l'anamnèse, de l'examen clinique et de l'échographie, pour préciser le diagnostic étiologique :

- tests sérologiques d'hépatites virales ou auto-immunes, de surcharge en fer ;
- en cas de nodule(s) : alphafœtoprotéine sérique ;
- en cas d'abcès : tests sérologiques d'amibiase, et hémocultures ;
- en cas de kystes : tests sérologiques d'hydatidose.

4. Autres examens d'imagerie

Pour préciser la cause d'une hépatomégalie homogène, l'échographie-Doppler, la tomodensitométrie ou l'IRM sont souvent utiles.

Pour préciser la cause d'une hépatomégalie hétérogène, l'échographie de contraste, la tomodensitométrie ou l'IRM sont souvent utiles.

Dans tous les cas, la tomodensitométrie et l'IRM doivent comprendre une étude triphasique après injection intraveineuse de produit de contraste vasculaire (aux temps artériel, portal et tardif).

En cas de dilatation des voies biliaires intrahépatiques, la cholangio-IRM permet de visualiser les voies biliaires et d'en préciser la cause.

L'échographie cardiaque doit être faite pour préciser la cause d'une atteinte cardiaque évoquée en raison de la dilatation des veines hépatiques et de la veine cave inférieure.

5. Ponction-biopsie hépatique

Elle est incontournable lorsque la combinaison des données cliniques, de laboratoire et d'imagerie ne permet pas d'établir la cause de l'hépatomégalie.

Elle peut être faite en tout point du foie si l'hépatomégalie est diffuse.

Elle doit porter sur les lésions focales et en un point du reste du parenchyme, en cas d'hépatomégalie hétérogène.

Elle peut être guidée :

- par échographie dans la plupart des cas ;
- par tomodensitométrie lorsque les lésions sont peu visibles en échographie ;
- par cœlioscopie, exceptionnellement.

Elle ne peut pas être effectuée par voie transpariétale transcapsulaire lorsque des troubles de l'hémostase non corrigés sont présents (plaquettes < 60 000/mm³, taux de prothrombine < 50 %, allongement du TCA) ou s'il existe une dilatation diffuse des voies biliaires intrahépatiques ou une ascite.

En cas d'ascite ou de trouble de l'hémostase on peut avoir recours à la biopsie hépatique par voie transjugulaire.

D- Démarche diagnostique

Elle consiste à réunir dans un premier temps :

- d'une part toutes les données cliniques et les résultats des examens de laboratoire de première ligne ;
- et d'autre part les données échographiques.

1. L'hépatomégalie est diffuse et homogène

Les données cliniques, biologiques et échographiques permettent habituellement de suspecter fortement certains diagnostics :

- *cirrhose* parce qu'il existe des signes cliniques, biologiques et échographiques indiscutables d'insuffisance hépatique et d'hypertension portale ;

- *stéatose ou stéato-hépatite* parce que le foie est hyperéchogène et qu'une cause de stéatose est documentée : consommation excessive d'alcool ou syndrome métabolique. Le syndrome métabolique est caractérisé par l'association de plusieurs des éléments suivants : une hypertension artérielle, une adiposité abdominale, une hypertriglycéridémie, une hyperglycémie ou un diabète, une diminution du cholestérol HDL ;
- *foie cardiaque* parce que les veines hépatiques sont dilatées ;
- *hépatite aiguë ou chronique* parce qu'il y a des anomalies des tests hépatiques et qu'une cause d'hépatite est documentée (hépatite virale ou auto-immune, hépatite aiguë médicamenteuse) ;
- *hémochromatose* parce qu'il existe une hyperferritinémie avec une augmentation du coefficient de saturation de la sidérophiline supérieure à 45 %, sans syndrome inflammatoire ni augmentation marquée des transaminases. Une IRM permet de s'assurer de l'excès de fer hépatique ;
- *cholestase chronique* parce qu'il y a un ictère cholestatique ou que les voies biliaires sont dilatées (cf. chapitre 14).

Quand aucun de ces diagnostics ne peut être fait avec certitude, une ponction-biopsie hépatique est souvent nécessaire.

2. L'hépatomégalie est sectorielle mais homogène

Le diagnostic de *cirrhose* reste le plus fréquent dans cette circonstance. Il s'appuie sur les arguments donnés ci-dessus.

Plus rarement, l'augmentation d'un secteur du foie peut être la réponse à une atrophie des autres secteurs, elle-même conséquence d'une obstruction des voies biliaires, des veines hépatiques, ou des veines portes du secteur atrophique.

3. L'hépatomégalie est hétérogène

L'hétérogénéité est habituellement due à la présence de nodules ou de plages de parenchyme anormal. La discussion se confond alors avec celle d'une tumeur du foie.

a -La première étape : y a-t-il une maladie chronique du foie ?

Il faut déterminer par des moyens simples s'il y a une maladie chronique du foie (facteurs de risque, signes cliniques, biologiques et échographiques).

b- En cas de maladie chronique du foie : y a-t-il un carcinome hépato-cellulaire ?

S'il y a des arguments pour une maladie chronique du foie, le patient doit être adressé en milieu spécialisé dont le rôle sera d'affirmer ou d'écarter le diagnostic le plus fréquent : celui de carcinome hépato-cellulaire, mais aussi de prendre en charge la maladie causale et le cancer.

Le cholangio-carcinome est plus rare, suspecté s'il existe une dilatation des voies biliaires intrahépatiques.

c- En l'absence de maladie chronique du foie documentée : l'échographie permet de déterminer la nature kystique ou solide

En cas de lésion kystique : est-elle parfaitement liquidienne et sans paroi ni cloison ?

Le point essentiel est de vérifier l'absence de toute paroi ou cloison interne et le caractère parfaitement liquidien. Dans ce cas, le diagnostic de kyste biliaire simple est établi. Même lorsque

ces conditions sont réunies, des tests sérologiques d'hydatidose doivent être effectués chez les sujets ayant vécu en zone d'endémie au contact avec des chiens.

Lorsque l'échographie répond négativement à ces questions, la tomodensitométrie, l'IRM ou l'échographie de contraste permettent de le préciser. Lorsque ces conditions ne sont pas réunies, le patient doit être adressé en milieu spécialisé pour poursuite des investigations. Il peut s'agir *d'une tumeur bénigne à potentiel malin ou d'une tumeur maligne ou d'un kyste hydatique ou d'un kyste biliaire simple modifié par une hémorragie intrakystique.*

En cas de tumeur solide, même partiellement liquidienne : quelle est la cinétique de rehaussement vasculaire ? Y a-t-il un contexte de cancer ?

Les points essentiels sont de :

- préciser la cinétique de prise du produit de contraste vasculaire par une échographie de contraste, une tomodensitométrie ou une IRM ;
- confronter ces données avec le contexte clinique, et en particulier le sexe et l'âge, la notion de cancer extrahépatique.

Schématiquement :

- rehaussement en mottes périphériques, progressif, de la périphérie vers le centre : parfaitement spécifique *d'hémangiome bénin* (qui est également très hyperintense et homogène sur les images d'IRM pondérées T2) ;
- rehaussement périphérique au temps artériel avec centre non rehaussé : *abcès ou tumeur nécrosée (maligne ou bénigne)*. En cas de syndrome inflammatoire marqué, une ponction pour analyse microbiologique doit être effectuée dans la zone nécrotique ;
- absence de rehaussement au temps artériel et portal (par comparaison au parenchyme voisin) : *métastase ou adénome hépato-cellulaire*. La notion d'un cancer extrahépatique pèse fortement ;
- rehaussement net au temps artériel (adresser en milieu spécialisé où une biopsie sera peut-être indiquée) :
 - avec élimination du produit de contraste plus marquée dans le nodule que dans le foie adjacent au temps portal ou tardif (« wash out ») : carcinome hépato-cellulaire,
 - sans « wash out » : adénome, hyperplasie nodulaire focale, certaines métastases, certaines tumeurs malignes primitives autres que le carcinome hépato-cellulaire.

II. Conduite à tenir devant la palpation d'une masse abdominale

Une masse abdominale correspond à l'augmentation de volume d'un organe ou d'une région de l'abdomen. La stratégie diagnostique aura pour but d'identifier l'organe ou la structure étant à l'origine de cette masse, puis d'en affirmer la nature. L'échographie, la tomodensitométrie et l'IRM ont facilité le diagnostic. Toutefois, un examen clinique bien conduit permet souvent d'orienter le diagnostic avant la réalisation de ces examens complémentaires.

A- Examen d'une masse abdominale

1. Interrogatoire

Il faut préciser :

- les circonstances de découverte : au cours d'un syndrome douloureux, occlusif, ou infectieux, de découverte fortuite, ou à l'occasion d'un traumatisme révélateur ;
- la date d'apparition et l'évolution dans le temps : augmentation plus ou moins rapide de volume ;
- les signes fonctionnels associés : fièvre, altération de l'état général, troubles digestifs, urinaires, gynécologiques... ;

- les antécédents médicaux et chirurgicaux ;
- les traitements en cours : la prise d'anticoagulants peut favoriser l'apparition d'un hématome de la paroi abdominale.

2. Examen physique

L'inspection peut permettre parfois de voir la masse mais c'est principalement la palpation qui permet de préciser ses caractéristiques.

L'examen permet d'éliminer les éventrations, hernies et distensions abdominales (*cf.* chapitre 25). Il faut préciser sa localisation dans l'un des quadrants de l'abdomen, sa taille, sa forme (arrondie ou polylobée), ses contours (réguliers, irréguliers, nets ou mal définis), sa consistance (rénitente, ferme ou dure, homogène ou non), son caractère mobile ou fixé, indolore ou au contraire douloureux. La percussion évalue la sonorité ou la matité de la tuméfaction et du reste de l'abdomen. L'auscultation cherche un souffle. Les touchers pelviens (toucher vaginal, toucher rectal) font partie intégrante de l'examen clinique abdomino-pelvien.

L'examen clinique est complété par la recherche de métastases (hépatiques, palpation des aires ganglionnaires avec recherche du ganglion de Troisier [sus-claviculaire gauche], nodules de carcinose).

B- Place des examens d'imagerie

1. Objectifs des examens

Préciser :

- les dimensions de la lésion ;
- la nature solide, kystique, ou mixte de la masse ;
- l'organe d'origine ;
- le retentissement sur les organes de voisinage (compression, envahissement) ;
- l'existence de lésions associées et le bilan d'extension en cas de tumeur maligne.

2. Quels examens d'imagerie faut-il faire ?

Le *cliché d'abdomen sans préparation* apporte des informations limitées. Dans la majorité des cas, il est inutile et ne doit pas être fait.

L'*échographie abdomino-pelvienne* est demandée en première intention. Le couplage au Doppler couleur précise l'existence d'une vascularisation intratumorale et la perméabilité des gros vaisseaux. L'échographie est souvent peu contributive en cas de présence d'air importante dans le grêle ou d'obésité.

La *tomodensitométrie* (TDM) est l'examen clé du bilan des masses abdominales. En cas de masse hypogastrique chez une femme en âge de procréer, une grossesse devra d'abord être éliminée par un dosage des β -HCG.

C- Hypothèses diagnostiques

Les hypothèses diagnostiques sont fonction du contexte clinique, des caractéristiques de la masse abdominale, et de sa localisation.

1. Masse de l'épigastre

Les masses épigastriques peuvent être liées à une hypertrophie du lobe gauche du foie, une lésion gastrique, pancréatique ou du côlon transverse.

a- Tumeur gastrique

La masse est dure, pierreuse. Il existe le plus souvent des signes digestifs hauts à type d'épigastralgies, de lenteur à la digestion et une altération de l'état général. Le diagnostic est affirmé par une endoscopie digestive haute avec biopsies.

b- Tumeur pancréatique

Les symptômes révélant l'adéno-carcinome du pancréas sont fonction de la localisation de la lésion. L'adéno-carcinome de la tête du pancréas est habituellement révélé par un ictère prurigineux lié à une compression de la voie biliaire principale par la tumeur, le cancer du corps pancréatique par des douleurs de type solaire et le cancer de la queue du pancréas, souvent de révélation tardive, par la palpation d'une masse épigastrique ou de l'hypochondre gauche. La masse est alors dure, fixée, sensible et accompagnée souvent de métastases à distance. Une altération de l'état général rapide est présente presque constamment.

c- Pseudo-kystes du pancréas

Lorsqu'ils sont volumineux, ils peuvent être palpables sous la forme d'une tuméfaction régulière, ferme et rénitente. Le contexte de pancréatite aiguë récente ou de pancréatite chronique oriente vers cette hypothèse.

2. Masse de l'hypochondre droit

a- Hépatomégalie

Cf. supra.

b- Grosse vésicule

La vésicule biliaire n'est pas palpable à l'état normal. Une grosse vésicule peut être observée lors d'une compression néoplasique de la voie biliaire principale (cancer de la tête du pancréas ou de la voie biliaire sous la convergence du canal cystique), d'un hydrocholécyste, d'une cholécystite aiguë ou d'une tumeur maligne de la vésicule. La palpation met en évidence une masse située au bord inférieur du foie, piriforme, mobile avec les mouvements respiratoires.

- *Tumeur maligne pancréatique* : la palpation d'une grosse vésicule indolore, dans un contexte d'ictère, de prurit pendant plusieurs semaines avant l'ictère, fait d'abord évoquer le diagnostic de tumeur de la tête du pancréas, comprimant la voie biliaire principale, et responsable d'une dilatation vésiculaire par rétention.
- *Hydrocholécyste* : la vésicule est distendue en raison d'un calcul enclavé dans le collet vésiculaire ou dans le canal cystique. On palpe une masse lisse, régulière, sensible. L'échographie fait le diagnostic en mettant en évidence une vésicule hypoéchogène, distendue, sensible à la pression, avec présence d'un calcul hyperéchogène avec cône d'ombre postérieur au niveau du collet ou du canal cystique.
- *Cholécystite aiguë* : au cours des cholécystites aiguës, la palpation d'une grosse vésicule est une éventualité rare. Dans quelques cas, il est possible de palper une grosse vésicule douloureuse. Le contexte fébrile oriente le diagnostic.
- *Tumeur maligne de la vésicule* : à l'altération de l'état général s'associe la palpation d'une masse dure, fixée, irrégulière. Les examens d'imagerie montrent une vésicule envahie par

une masse hétérogène, parfois associée à des calculs intravésiculaires et, en fonction de l'extension tumorale, une dilatation des voies biliaires.

Une masse de l'hypochondre droit peut aussi provenir d'une lésion de l'angle colique droit, du rein droit ou de la surrénale droite.

3. Masse de l'hypochondre gauche

a- Splénomégalie

Il s'agit d'une masse de l'hypochondre gauche, s'abaissant à l'inspiration, dont le bord antérieur est crénelé. Toute rate palpable doit être considérée comme pathologique. Les causes sont nombreuses. On distingue les splénomégalias homogènes (origine infectieuse, hémopathies, hypertension portale) et les splénomégalias hétérogènes (abcès, kyste hydatique, tumeur).

b- En dehors de la rate

Les masses de l'hypochondre gauche peuvent avoir pour origine la queue du pancréas, l'angle colique gauche, la grosse tubérosité gastrique et le rein gauche.

4. Masse de la fosse iliaque droite

a- Tumeur du cæcum

Une masse abdominale, une anémie ferriprive ou un méléna sont des symptômes révélateurs d'un cancer du cæcum. Plus rarement, les troubles du transit ou un syndrome occlusif révèlent le cancer du cæcum. La masse a alors une consistance dure, mobile ou fixée, et est de caractère inflammatoire en cas de tumeur infectée. La coloscopie avec biopsies (parfois précédée d'une TDM), fait le diagnostic.

b- Appendicite

Dans sa forme abcédée, l'appendicite est perçue comme une tuméfaction douloureuse et fixée de la fosse iliaque droite survenant dans un contexte fébrile. La TDM abdominale est parfois nécessaire pour porter le diagnostic.

c- Maladie de Crohn compliquée d'un abcès (cf. chapitre 18)

Un abcès peut révéler ou compliquer une maladie de Crohn déjà connue. Les constatations cliniques sont identiques à celles de l'abcès survenant sur appendicite. Le diagnostic est évoqué devant la présence en TDM d'une image de collection mixte à prédominance liquidienne associée à des ulcérations, sténoses de l'intestin du grêle, avec parfois mise en évidence d'une image de fistule. Une atteinte iléo-cæcale non inflammatoire avec une sclérolipomatose des méso et un épaississement de la paroi iléale peut être responsable d'une masse de la fosse iliaque droite.

Cette masse peut être indolore.

5. Masse de la fosse iliaque gauche

a- Sigmoïdite avec abcès périsigmoïdien

Au cours de la sigmoïdite, la palpation d'une masse est rare. Les symptômes typiques sont la douleur de la fosse iliaque gauche, les troubles de transit et la fièvre. La TDM fait le diagnostic et recherche des signes de complications.

b- Tumeur sigmoïdienne

Les tumeurs coliques gauches sont rarement révélées par la palpation d'une masse abdominale mais plus souvent par la survenue de troubles du transit ou de rectorragies.

6. Anévrisme de l'aorte abdominale

Une masse abdominale peut être palpée en cas d'anévrisme volumineux survenant chez un sujet de faible corpulence. Il s'agit d'une tuméfaction médiane, battante, expansive, avec à l'auscultation un souffle systolique abdominal. L'angio-scanner fait le diagnostic et le bilan préthérapeutique en précisant le siège, la taille et le caractère rompu ou non de l'anévrisme.

7. Masse de la région lombaire

Une lésion rénale (tumeur maligne, hydronéphrose), surrénalienne (tumeur bénigne ou maligne) ou une tumeur rétropéritonéale primitive (sarcome...) peuvent être révélées par la palpation d'une masse lombaire.

8. Masse de l'hypogastre

Il faut éliminer en premier le fécalome, le globe vésical et la grossesse (méconnue ou cachée), par l'interrogatoire, l'examen clinique avec touchers pelviens, et si besoin l'échographie pelvienne et le dosage des β -HCG. Une matité concave vers le bas fait évoquer le diagnostic de globe vésical. La notion d'anurie manque parfois en raison d'une miction par regorgement.

Chez la femme, la découverte d'une masse hypogastrique (surtout s'il existe des ménorrhagies, des leucorrhées) évoque en premier lieu une lésion développée aux dépens de l'appareil génital, que ce soit une lésion ovarienne ou utérine. L'examen abdominal doit être systématiquement couplé aux touchers pelviens. L'échographie par voie abdominale et endovaginale est primordiale pour caractériser la masse. La TDM est utile pour préciser l'atteinte des organes de voisinage et le bilan d'extension. En présence d'une grosse masse médiane solide, il est parfois difficile de faire la différence entre une tumeur utérine et une tumeur de l'ovaire. L'IRM du pelvis peut alors être utile.

a- Fibromyome utérin

Les symptômes évocateurs sont les ménorrhagies, une pesanteur pelvienne et la pollakiurie. On palpe une masse régulière, bien limitée, ferme, le plus souvent indolore. Le toucher vaginal permet d'apprécier l'origine utérine de la masse, en mobilisant la tuméfaction en même temps que l'utérus. En cas de douleur, il faut évoquer la torsion d'un fibrome pédiculé. L'échographie pelvienne confirme le diagnostic.

b- Cancer de l'endomètre

La présence de métrorrhagies post-ménopausiques doit toujours faire évoquer ce diagnostic. D'autres signes peuvent être présents : leucorrhées, signes urinaires et douleurs pelviennes. L'examen gynécologique avec biopsie de l'endomètre fait le diagnostic. L'échographie abdomino-pelvienne et la TDM complètent le bilan.

c- Tumeur de l'ovaire

La masse palpée est le plus souvent latéralisée à droite ou à gauche. Les symptômes sont fonction de la nature de la lésion, bénigne à type de kystes ou maligne : douleur pelvienne, pesanteur, ascite ou palpation d'une masse pelvienne. L'échographie pelvienne et la tomodensitométrie sont nécessaires au bilan d'extension. Le dosage des marqueurs sériques tumoraux (CA 125, CA 15-3) peut aider au diagnostic. Parfois, le diagnostic n'est certain qu'après exploration chirurgicale sous coelioscopie et prélèvements à visée anatomo-pathologique.

9. Masses ubiquitaires

Certaines lésions peuvent être observées dans diverses régions de l'abdomen.

a- Tuméfactions pariétales

Une masse pariétale est plus facilement mise en évidence lors de la contraction de la sangle abdominale. Il peut s'agir d'un hématome de paroi, d'un lipome (la masse est alors lisse, molle et mobile), ou d'une hernie.

b- Nodules de carcinose péritonéale

Ces nodules peuvent être synchrones du diagnostic de cancer ou apparaître au cours de l'évolution d'un cancer connu. Les nodules sont durs, indolores, fixés, souvent multiples, assez souvent situés dans la région péri-ombilicale ou au niveau d'anciennes cicatrices. Des nodules du cul-de-sac de Douglas peuvent être palpés aux touchers pelviens. Une ascite est parfois présente ainsi que des signes cliniques d'occlusion et des douleurs.

c- Adénopathies

Des adénopathies abdominales peuvent être palpées si elles sont volumineuses et surviennent chez un sujet maigre. Les autres sites ganglionnaires doivent être examinés. Les caractéristiques des adénopathies sont fonction de leur nature bénigne, infectieuse ou maligne.

d- Corps étranger

Une masse abdominale dont on ne trouve pas la cause doit faire évoquer un corps étranger, notamment chez les sujets déjà opérés (compresse, champs opératoires, instruments oubliés).

POINTS CLEFS

- **Pratiquement toutes les maladies aiguës et chroniques du foie peuvent entraîner une hépatomégalie.**
- **L'échographie est l'examen clé pour préciser si l'hépatomégalie est associée à un parenchyme macroscopiquement homogène ou hétérogène.**
- **La stéatose et la cirrhose sont les causes les plus fréquentes d'hépatomégalie homogène.**
- **Les tumeurs du foie bénignes et malignes sont les causes les plus fréquentes d'hépatomégalie hétérogène.**
- **La biopsie hépatique est discutée lorsque la combinaison des données cliniques, de laboratoire et d'imagerie ne permet pas d'établir la cause de l'hépatomégalie. Elle peut être guidée par échographie ou tomodensitométrie.**
- **La biopsie hépatique ne peut pas être effectuée par voie transpariétale lorsque des troubles de l'hémostase non corrigés sont présents (plaquettes < 60 000/mm³, taux de prothrombine < 50 %, allongement du TCA) ou en cas d'ascite.**
- **Les lésions responsables d'une masse abdominale sont nombreuses. Elles sont principalement liées à une pathologie tumorale, infectieuse ou inflammatoire.**
- **Devant une masse abdominale, l'examen clinique permet entre autres d'éliminer grossesse, globe vésical, fécalome, éventrations, hernies et distensions abdominales.**

- **Devant une masse abdominale, les hypothèses diagnostiques sont fonction du contexte clinique, des caractéristiques de la masse abdominale, et de sa localisation.**
- **Les examens d'imagerie tels que l'échographie et surtout la tomodensitométrie sont le plus souvent nécessaires pour apprécier l'organe en cause et la nature de la masse.**