

ITEM 42 : TUMEFACTION PELVIENNE

- Chez la femme ménopausée : éliminer en priorité un **cancer de l'ovaire**
- Chez la femme en période d'activité génitale : éliminer en priorité une GEU
- 2 principales causes (en dehors de la grossesse) : fibrome utérin et kyste de l'ovaire

Diagnostic

SF	<ul style="list-style-type: none">- Fièvre, amaigrissement, AEG- SF urinaires : pollakiurie, urgenturie, dysurie, hématurie- SF gynécologique : douleur pelvienne, dyspareunie, aménorrhée, métrorragie, leucorrhée, signes de grossesse- SF digestifs : trouble du transit (constipation, dyschésie), rectorragie...- SF vasculaires : claudication intermittente, œdème- Caractéristique de la tuméfaction : ancienneté, mode de survenue ou de découverte, sensibilité...			
SC	<ul style="list-style-type: none">- Palpation abdominale : localisation, taille, consistance, sensibilité de la tumeur- Examen des orifices herniaires- Inspection vulvaire et examen au spéculum (avec et sans poussée abdominale)- TR : muqueuse rectale, caractéristiques de la tumeur			
	TV	= Examen essentiel : caractéristiques et origine de la tumeur (utérine ou annexielle)		
		Augmentation globale du volume utérin	<ul style="list-style-type: none">- Fibrome interstitiel ou sous-séreux (unique ou multiples) : dimensions en cm, régularité des contours ou existence de voussures déformant les contours- Utérus gravide : ↗ de volume, mou, contexte de retard de règles	
		Masse latéro-utérine	Dépendante de l'utérus	<ul style="list-style-type: none">= Solidaire des mouvements de l'utérus (sauf en cas de fibrome sous-séreux pédiculé), sans signe du sillon- Contours réguliers : fibrome sous-séreux sessile- Contours irréguliers : pathologie adhérente à l'utérus, cancer de l'ovaire, endométriose, bloc adhérentiel infectieux
			Annexielle	<ul style="list-style-type: none">= Signe du sillon (espace entre la masse et la paroi utérine), non solidaire des mouvements de l'utérus- Masse régulière mobile : kyste ovarien, fibrome pédiculé- Masse irrégulière fixée : cancer de l'ovaire, endométriose, infection
				Masse du cul de sac de Douglas
PC	Bilan minimal	<ul style="list-style-type: none">- Dosage quantitatif du taux d'hCG chez la femme en âge de procréer		
		Echographie pelvienne	Tumeur utérine	<ul style="list-style-type: none">- Solide : fibrome ++, polype, masse cancéreuse- Hétérogène, mixte ou multiloculaire solide : dégénérescence de myome (nécrobiose ou après traitement), sarcome, adénomyome
			Tumeur annexielle	<ul style="list-style-type: none">- Solide (suspect ++) : cancer ovarien, tumeur séreuse, fibrome ovarien, fibrothécome- Hétérogène, mixte ou multiloculaire solide : tumeur maligne, ou kyste dermoïde, bloc adhérent de dystrophie ovarienne- Liquide (uni- ou multiloculaire) : kyste sous-tubaire ou vestigial, hydrosalpinx, kyste fonctionnel, tumeur bénigne de l'ovaire, cystadénome séreux ou mucineux, endométriome
				Selon le contexte

Etiologie	Utérine	<ul style="list-style-type: none"> - Fibrome utérin = cause la plus fréquente de tuméfaction pelvienne (20-30% des femmes > 35 ans) : unique ou multiple, de type sous-séreux ++ (type 5,6 et 7), interstitiel, ou plus rarement sous-muqueux (type 2-5) - Sarcome utérin (1/2000 myomes) : tumeur maligne de mauvais pronostic, diagnostic souvent fortuit (sur examen histologique de myomectomie ou hystérectomie) → Doit être évoqué de principe devant tout fibrome utérin augmentant rapidement de volume, surtout après la ménopause - Adénomyose : rarement palpable (l'utérus ne dépasse pas le double de sa taille habituelle) - Cancer de l'endomètre : exceptionnellement découvert par une tuméfaction pelvienne (tumeur évoluée), tumeur endocavitaire avec sténose du col et rétention intra-utérine entraînant la palpation d'une masse pelvienne par hématométrie et/ou pyométrie - Grossesse
	Ovarienne	<p>Tumeur ovarienne découverte dans 50% de manière fortuite, dans les autres cas les signes principaux sont des douleurs pelviennes unilatérales modérées, des métrorragies, une pollakiurie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Maligne : cancer de l'ovaire (cf item) - Bénigne : <ul style="list-style-type: none"> . Kyste fonctionnel : cause la plus fréquente en période génitale, kystes folliculaires ou lutéinique dont la régression est spontanée . Kyste organique : 80% sont bénins <p>Cancer de l'ovaire (rare avant la ménopause) Endométriose ovariens</p>
Etiologie	Tubaire	<ul style="list-style-type: none"> - GEU - Pyosalpinx : complication de salpingite aiguë (fièvre, leucorrhées purulentes) - Hydrosalpinx : séquellaire d'une infection génitale haute - Cancer de la trompe : rare, de diagnostic difficile - Kyste vestigial sous-tubaire ou du mésosalpinx
	Masse digestive	<ul style="list-style-type: none"> - Cancer du colon - Tumeur péritonéale - Sigmoïdite
	Masse vésicale/urétrale	<ul style="list-style-type: none"> - Globe vésical aigu ou chronique - Tumeur vésicale à un stade très avancé - Autres (rares) : kyste de l'ouraue ± ADK, diverticule urétral, abcès urétral sur diverticule.
	Origine vasculaire	<ul style="list-style-type: none"> - Anévrisme iliaque (associé ou non à un anévrisme de l'aorte sous-rénale) - ADP néoplasique ou infectieuse : principalement iliaque

FIBROME UTERIN	
Clinique	<p>→ 50% des fibromes sont asymptomatiques</p> <p>→ Symptômes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ménorragies : signe pathognomonique ++ (soit en rapport avec le fibrome s'il est sous muqueux, soit suite à la modification de la cavité utérine) - Métorragies : rarement isolées (souvent des ménométrorragies) - Syndrome de masse pelvienne : <ul style="list-style-type: none"> . pesanteur ou signes de compression des organes de voisinage (pollakiurie, constipation) . Masse abdominale d'apparition progressive ou augmentation du volume abdominal . Douleurs pelviennes liées aux complications des myomes - Dysménorrhées
Complications	<p>→ Hémorragique : Des fibromes sous muqueux (surtout en présence de DIU)</p> <p>→ Algiques : en cas de nécrobiose aseptique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Douleurs pelviennes ± intenses - Fièvre entre 38 et 39°C - Quelques fois métorragies noirâtres - Fibromes douloureux à la palpation et augmenté de volume - Image en cocarde à l'échographie avec une hyperéchogénicité centrale - Prise en charge : repos au lit et glace sur le ventre + AINS (si BHCG négatif) ± ATB si suspicion d'infection <p>→ Mécanique : par compression vésicale (RAU), rectale (faux besoins), veineuses pelvienne (TVP), nerveuses (Sciatalgies), urétérale (urétéro-hydronéphrose voire des coliques néphrétique ou des PNA)</p> <p>→ Transformation maligne : en sarcome ? pas de lien démontré à ce jour</p> <p>→ Gravidiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stérilité et fausse couche à répétition (++) si sous muqueux) - Nécrobiose avec MAP et risque de prématurité - Localisation preavia - Présentation dystocique en cas de fibrome interstitiel volumineux - Dystocie dynamique ou l'hémorragie de la délivrance liée à une mauvaise rétractation utérine
Prise en charge	<p>Abstention si : asymptomatique et < 10 cm (pas de surveillance par imagerie non plus)</p> <p>Progestatifs de J15 à J25 (du 5^e au 25^e J si un effet contraceptif est souhaité)</p> <p>→ Dérivés de la 17-OH progestérone (Lutéran) ou les dérivés de la 19-norprogestérone (norprégnane, Lutényl, Surgestrone)</p> <p>± associés à l'acide tranexamique (Exacyl) pendant les règles</p> <p>Traitement pré-chirurgical si volume trop important ou d'anémie sévère :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Agnostique de la GnRH pendant 2 à 3 mois - Réduction de la taille de 10 à 40% <p>Traitement chirurgical :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Indications : <ul style="list-style-type: none"> . Ménométrorragies fonctionnelles résistantes aux ttt médical (++) si retentissement) . Compression des organes de voisinage . Myome sous séreux pédiculés tordus ou en nécrobiose responsable de douleurs pelviennes - Conservateur : <ul style="list-style-type: none"> . Myomectomie par voie abdominale pour les myomes non sous-muqueux, ou pour les sous-muqueux de plus de 4 cm . Résection du fibrome endo- cavitare sous hystéroscopie si myomes de type 0, 1 ou 2 dont la taille est < 4cm - Non conservateur : <ul style="list-style-type: none"> . Hystérectomie par voie vaginale si la taille le permet . Si impossible, coelio-chirurgie (++) si masse annexielle associée ou si adhérences) <p>-Myolyse :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Indications : (ne nécessite pas l'absence de désir de grossesse) <ul style="list-style-type: none"> . A visée thérapeutique seule . A visée préopératoire afin de diminuer le saignement - 2 méthodes : <ul style="list-style-type: none"> . Embolisation des artères utérines +++ : <ul style="list-style-type: none"> - Succès dans 80 à 90% des cas à 5 ans - A proposer systématiquement en cas de myome sous muqueux interstitiels ou séreux . Myolyse par thermo coagulation (ultrasons, radiofréquence, coagulation ou cryothérapie) <p>Pas une bonne indication pour les types 0, 1 et 2</p>

COMPLICATIONS DES KYSTES DE L'OVAIRE

Torsion	<ul style="list-style-type: none"> - Sur kystes lourds (dermoïdes, mucineux), ou si pédicule très fin (kyste du para-ovaire) - Douleur pelvienne aiguë à type de coup de tonnerre, avec une tendance à s'amplifier associées à des nausées, vomissements (souvent tableau de sub-torsion en amont de l'épisode) - Défense abdomino-pelvienne généralisée - Au TV : cul-de-sac extrêmement douloureux - A l'échographie : image liquidienne latéro-utérine ± arrêt de la vascularisation au niveau des pédicules utéro-ovariens et infundibulo-pelviens - Pas de troubles de l'hémostase - Prise en charge chirurgicale conservatrice (même si l'aspect de l'ovaire est inquiétant)
Hémorragie intrakystique	<ul style="list-style-type: none"> - Syndrome douloureux pelvien à début rapide - Défense dans l'une des 2 fosses iliaques - Un cul-de-sac douloureux - A l'échographie : kyste à contenu finement échogène (hétérogène si examen réalisé à distance) ± épanchement péritonéal associé - Prise en charge médicale suffisante (sauf si doute avec une torsion, ou troubles de l'hémostase)
Rupture du kyste de l'ovaire	<ul style="list-style-type: none"> - Complique l'hémorragie ou la torsion - Tableau superposable à l'hémorragie intra-kystique - Echographie : épanchement péritonéal peu abondant, voire un hémopéritoine - Amélioration progressive sans déglobulisation, surveillance de 24H nécessaire si doute sur un hémopéritoine - Coelioscopie en cas d'hémopéritoine diagnostique et thérapeutique
Infection ovarienne	<ul style="list-style-type: none"> - Très rare (contrairement à l'abcès tubaire) - Secondaire à une pelvi-péritonite d'origine génitale ou à une ponction ovarienne échoguidée - Hyperthermie, contractures pelvienne, syndrome inflammatoire biologique - Traitement chirurgical : toilette péritonéale et drainage de l'abcès
Compression	<ul style="list-style-type: none"> - Compression des organes de voisinage rare
Complications obstétricales	<ul style="list-style-type: none"> - Obstacle preavia si un gros kyste est enclavé dans le cul-de-sac de Douglas N.B : En cas kyste ovarien découvert lors d'une grossesse : abstention thérapeutique jusqu'à 16 SA, en cas de persistance avec critères de malignité, exploration par coelioscopie à partir du 2^e trimestre
Prise en charge des kystes ovariens	<p><u>Abstention</u> : si kyste uniloculaire liquide < 7 cm et asymptomatique (surveillance échographique à 1 et 3 mois puis à un an)</p> <p><u>Traitement médical</u> : En cas de kyste sous Tamoxifène → Agoniste de la GnRH pendant 2-3 mois</p> <p><u>Traitement chirurgical</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Indications : <ul style="list-style-type: none"> . Kyste symptomatique ou compliqué . Kyste > 5 cm . Kyste complexe ou suspect de malignité - Conservateur : kystectomie par voie abdominale, par laparotomie ou pas coelioscopie (possible aussi en cas de kyste borderline) - Radical : Ovariectomie simple avec conservation tubaire si tumeur borderline ou annexectomie si tumeur maligne ou borderline par coelioscopie <p><u>Destruction</u> : ponction simple pour les endométrïomes, et ponction avec injection d'alcool pour détruire l'endométrïose et éviter la reproduction du kyste</p>

CLASSIFICATION FIGO DES MYOMES

Sous muqueux	<ul style="list-style-type: none"> - 0 : pédiculé intra-cavitaire - 1 : > 50% intra-cavitaire - 2 : < 50% intra-cavitaire
Interstitiel	<ul style="list-style-type: none"> - 3 : contact avec l'endomètre - 4 : intramural
Sous séreux	<ul style="list-style-type: none"> - 5 : > 50% intramural - 6 : < 50% intramural - 7 : Pédiculé sous-séreux
Sous muqueux et sous séreux	<ul style="list-style-type: none"> - < 50% sous muqueux et sous séreux
Autres	<ul style="list-style-type: none"> - 8 : cervicaux ectopiques

TROUBLE DE STATIQUE PELVIENNE : PROLAPSUS

Prolapsus = chute d'un organe ou d'une partie d'un organe par suite du relâchement de ses moyens de fixité

- **Colpocèle** = saillie anormale d'une ou de plusieurs faces vaginales
- **Cystocèle** = prolapsus vésical : colpocèle antérieure contenant la vessie → prolapsus de l'étage antérieur du périnée
- **Hystérocele** = prolapsus utérin (ou **hystéroptose** : allongement de l'utérus) → prolapsus de l'étage moyen du périnée
- **Elytrocele** = prolapsus du cul-de-sac de Douglas et des anses digestives → prolapsus de l'étage postérieur du périnée
- **Rectocèle** = prolapsus du rectum → prolapsus de l'étage postérieur du périnée

Physiopathologie	<p>Plancher pelvien = ensemble des structures musculo-aponévrotiques fermant en bas le pelvis</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 points de faiblesse chez la femme : hiatus uro-génital et hiatus rectal <p>Statique pelvienne = maintien des organes pelviens en place : soutènement, suspension et angulation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Soutènement : parois du bassin osseux (insertion des muscles piriformes, obturateur interne et élévateur de l'anus) - Suspension : ligaments viscéraux sagittaux (pubo-vésicaux, vésico-utérins, utérosacrés) et latéraux (latéro-vésicaux, latéro-rectaux, paramètre, paracervix), et septas (vésico-utérin, vésico-vaginal, uréthro-vaginal, recto-vaginal) - Angulation : angulation de 60° du vagin par rapport à l'horizontal, antéversion de l'utérus sur le dôme vésical <p>Trouble de la statique pelvienne : rupture de l'équilibre anatomique et mécanique entre la pression abdominale et la force de résistance périnéale</p>	
	<p>FdR</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terrain : âge > 50 ans, obésité - FdR gynécologiques : ménopause, hypo-œstrogénie (atrophie des tissus de soutien) - FdR obstétricaux : multiparité, accouchement par voie basse d'enfant(s) macrosome(s), accouchement par extraction instrumentale (spatule, forceps) et manœuvres obstétricales - Régime amaigrissant massif - Constipation chronique et ancienne - Antécédents de chirurgie pelvienne (chirurgie par voie vaginale, hystérectomie...) 	
Diagnostic	SF	<ul style="list-style-type: none"> - Sensation de perte des organes pelviens, tuméfaction vulvaire, pesanteur pelvienne - SF urinaire : incontinence urinaire d'effort (dans 70% des cas), dysurie, résidu post-mictionnel, infections urinaires récidivantes, jusqu'à la rétention urinaire avec mictions par regorgement - SF digestifs : constipation terminale (dyschésie : nécessité de manœuvre digitale pour l'exonération), faux besoins, incontinence fécale, fausse diarrhée du constipé - SF génito-sexuelles : dyspareunie, sensation de béance vulvaire, arrêt de l'activité sexuelle → Un prolapsus génital est normalement indolore : rechercher une pathologie pelvienne en cas de douleurs → Evocateur : majoration des symptômes en position debout et en fin de journée
	SC	<p>= Patiente en position gynécologique, vessie pleine, puis debout, au repos puis lors d'un effort de poussée (toux)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stade : - Stade 1 = prolapsus intravaginal - Stade 3 = prolapsus extra-vulvaire - Stade 2 = prolapsus affleurant l'orifice vulvaire - Stade 4 = déroulement complet du vagin → Classification de Baden-Walker : cotation de chaque compartiment prolapsé (C x H x R) - Recherche d'incontinence urinaire masquée par le prolapsus : test d'effort vessie pleine et prolapsus réduit - Touchers pelviens (TV-TR) systématiques : qualité de la musculature périnéale (testing des releveurs de l'anus)
	PC	<p>→ Non systématique : le diagnostic est clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Echographie pelvienne : volume utérin, recherche de pathologie utéro-annexielle, recherche d'ascite aggrave - Bilan urodynamique : recherche/exploration de troubles urinaires associés - Bilan dynamique pelvien : - Colpo-cysto-défécographie dynamique = examen de référence - IRM dynamique : moins invasive mais moins performante
TTT	Abstention	= Surtout chez la femme âgée, en cas de prolapsus ancien et bien toléré
	TTT médical	<ul style="list-style-type: none"> - RHD : réduction de l'obésité, régularisation du transit, hygiène de vie - TTT hormonal substitutif (en l'absence de contre-indication) ou œstrogènes locaux (Colpotrophine®...) : traitement de l'atrophie cutanéomuqueuse et musculaire - Rééducation pelvi-périnéale : renforcement musculaire (ne corrige pas le prolapsus mais améliore la fonction périnéale) → inefficace aux stades 3 et 4
	TTT chirurgical	<p>= Indiquée : - En 2nd intention après échec de rééducation pelvi-périnéale</p> <ul style="list-style-type: none"> - D'emblée si prolapsus sévère (stade ≥ 2) et/ou gêne fonctionnelle importante - Par voie abdominale (femme active physiquement et sexuellement) : promonto-fixation - Par voie vaginale (femme plus âgée) : fixation, prothèse de soutien, hystérectomie
	Pessaire intra-vaginal	<p>= A proposer en alternative à la chirurgie pour les prolapsus de stade ≥ 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - En anneau : mis en place par le médecin, changement tous les 2 à 6 mois - En cube : mis en place par la patiente le matin et enlevé le soir