

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

**3<sup>e</sup> édition actualisée**

**R  
2  
C**

- Le nouveau 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

3<sup>e</sup> édition actualisée

**R 2 C**

Préface

**Pr Olivier Farges**

Président du Collège

**Pr Olivier Soubrane**

Président du CNU

**Pr Jérémie Lefèvre**

Coordinateur de l'ouvrage

**MED-LINE**  
Editions

**Éditions MED-LINE**  
Tél. : 09 70 77 11 48  
e-mail : inline75@aol.com  
**www.med-line.fr**

*CHIRURGIE GÉNÉRALE, VISCÉRALE ET DIGESTIVE - 3<sup>E</sup> ÉDITION ACTUALISÉE*

ISBN : 978-2-84678-306-4

© 2022 ÉDITIONS MED-LINE

Maquette : Lorraine Desgardin

Achévé d'imprimer par Printcorp en décembre 2021.

Dépot légal : janvier 2022.

Toute représentation ou reproduction, intégrale ou partielle, faite sans le consentement des auteurs, ou de leurs ayants droit ou ayants cause, est illicite (loi du 11 mars 1957, alinéa 1<sup>er</sup> de l'article 40). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code Pénal.

## Sommaire

---

Préface.....	5
Les auteurs.....	7
Chapitre 1 : <b>Tuméfaction pelvienne chez la femme</b> .....	9
<i>Item 44</i>	
Chapitre 2 : <b>Transplantation d'organes : Aspects épidémiologiques et immunologiques ; principes de traitement et surveillance ; complications et pronostic ; aspects éthiques et légaux</b> .....	23
<i>Item 201</i>	
Chapitre 3 : <b>Goitre, nodule thyroïdien et cancers thyroïdiens</b> .....	33
<i>Item 241</i>	
Chapitre 4 : <b>Obésité de l'enfant et de l'adulte</b> .....	43
<i>Item 253</i>	
Chapitre 5 : <b>Hépatomégalie et masse abdominale</b> .....	53
<i>Item 276-1</i>	
Chapitre 6 : <b>Adénomes surrenaliens</b> .....	71
<i>Item 276-2</i>	
Chapitre 7 : <b>Lithiase biliaire et complications</b> .....	79
<i>Item 277</i>	
Chapitre 8 : <b>Carcinose péritonéale</b> .....	99
<i>Item 280</i>	
<i>Items 291, 292, 294</i>	
Chapitre 9 : <b>Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin (MICI) chez l'adulte et l'enfant</b> .....	107
<i>Item 282</i>	
Chapitre 10 : <b>Diverticulose colique et diverticulite aiguë du sigmoïde</b> .....	115
<i>Item 287</i>	
Chapitre 11 : <b>Pathologie hémorroïdaire</b> .....	127
<i>Item 288</i>	
Chapitre 12 : <b>Hernie pariétale chez l'enfant</b> .....	137
<i>Item 289-1</i>	
Chapitre 13 : <b>Hernie pariétale chez l'adulte</b> .....	145
<i>Item 289-2</i>	
Chapitre 14 : <b>Traitement des cancers : chirurgie</b> .....	153
<i>Item 294-1</i>	

Chapitre 15 : <b>Traitement des cancers : traitements médicaux des cancers (chimiothérapie, thérapies ciblées, immunothérapie)</b> .....	163
<i>Items 294-2, 295</i>	
Chapitre 16 : <b>Traitement des cancers : radiothérapie</b> .....	169
<i>Item 294-3</i>	
Chapitre 17 : <b>Tumeurs du côlon</b> .....	175
<i>Item 301-1</i>	
Chapitre 18 : <b>Tumeurs du rectum</b> .....	199
<i>Item 301-2</i>	
Chapitre 19 : <b>Tumeurs de l'estomac</b> .....	209
<i>Item 303</i>	
Chapitre 20 : <b>Tumeurs primitives du foie</b> .....	221
<i>Item 304-1</i>	
Chapitre 21 : <b>Tumeurs secondaires du foie</b> .....	241
<i>Item 304-2</i>	
Chapitre 22 : <b>Tumeurs de l'œsophage</b> .....	253
<i>Item 305</i>	
Chapitre 23 : <b>Tumeurs du pancréas</b> .....	267
<i>Item 308</i>	
Chapitre 24 : <b>Polytraumatisé, traumatisé abdominal</b> .....	285
<i>Item 334</i>	
Chapitre 25 : <b>Syndrome occlusif de l'adulte</b> .....	295
<i>Item 354</i>	
Chapitre 26 : <b>Appendicite de l'enfant et de l'adulte</b> .....	307
<i>Item 356</i>	
Chapitre 27 : <b>Péritonite aiguë</b> .....	317
<i>Item 357</i>	
Chapitre 28 : <b>Pancréatite aiguë</b> .....	325
<i>Item 358</i>	
Chapitre 29 : <b>Prise en charge médico-chirurgicale des ingestions de caustique du tube digestif haut</b> .....	341
<i>Item 273</i>	
<i>Items 353, 357</i>	

**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.

Cette troisième 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<sup>e</sup> 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 Olivier Farges et Pr Olivier Soubrane,**

Collège de Chirurgie Viscérale et Digestive

Conseil National des Universités de Chirurgie Viscérale et Digestive (52.02)

## 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** adopte le nouveau 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 suppression des unités d'enseignement (UE), 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 Catherine Arvieux (CHU Grenoble)
- Dr Sandrine Barbois (CHU Grenoble)
- Dr Clément Baratte (CHU Pitié-Salpêtrière, Paris)
- Pr Daniel Benchimol (CHU Nice Archet 2)
- Pr Emmanuel Benizri (CHU Nice Archet 2)
- Pr Stéphane Berdah (CHU Nord, Marseille)
- Pr Laura Beyer-Berjot (CHU Nord, Marseille)
- Pr Thomas Blanc (CHU Necker, Paris)
- Pr Emmanuel Boleslawski (CHRU Lille)
- Pr Karim Boudjema (CHU Rennes)
- Pr Laurent Brunaud (CHU de Nancy)
- Pr Laurent Bresler (CHU Nancy)
- Pr Pierre Cattan (CHU Saint-Louis)
- Dr Antoine Cazelles (Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris)
- Dr Alexandre Challine (CHU Saint-Antoine, Paris)
- Dr Amélie Chau (CHRU Lille)
- Dr Nathalie Chereau (CHU Pitié-Salpêtrière, Paris)
- Pr Laurence Chiche (CHU Haut-Lévêque, Bordeaux)
- Pr Mircea Chirica (CHU Grenoble)
- Pr Jean-Robert Delpero (Institut Paoli-Calmettes, Marseille)
- Dr Damien Dousse (CHU Toulouse)
- Dr Côme Duclos (CHRU Besançon)
- Dr Bénédicte Durand (CHU Tenon, Paris)
- Dr Sanaa El-Mouhadi (CHU Saint-Antoine, Paris)
- Pr Sébastien Gaujoux (CHU Pitié-Salpêtrière, Paris)
- Dr Laurent Genser (CHU Pitié-Salpêtrière, Paris)
- Pr Olivier Glehen (CHU Lyon Sud)
- Dr Claire Goumard (CHU Pitié-Salpêtrière, Paris)
- Pr Florence Huguet (CHU Tenon, Paris)
- Dr Florence Jeune (CHU Saint-Louis, Paris)
- Pr Mehdi Karoui (Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris)
- Dr Zaher Lakkis (CHRU Besançon)
- Pr Jérémie Lefèvre (CHU Saint-Antoine, Paris)
- Pr Paul-Antoine Lehur (CHU Nantes)
- Pr Léon Maggiori (CHU Saint-Louis, Paris)
- Dr Gilles Manceau (Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris)
- Dr Arthur Marichez (CHU Haut-Lévêque, Bordeaux)
- Dr Alexandre Maubert (CHU Nice Archet 2)
- Dr Clémentine Mazoyer (CHU de Nantes)
- Pr Fabrice Ménégau (CHU Pitié-Salpêtrière, Paris)
- Dr Mathieu Messenger (CHRU Lille)
- Dr David Moszkowicz (CHU Louis-Mourier, Colombes)
- Pr Pablo Ortega-Deballon (CHU Bocage Central, Dijon)
- Pr Yves Panis (CHU Beaujon, Clichy)
- Pr Guillaume Passot (CHU Lyon Sud)
- Pr François Pattou (CHRU Lille)
- Pr François Paye (CHU Saint-Antoine, Paris)
- Dr Florian Pequenard (CHRU de Lille)
- Pr Frédérique Peschaud (CHU Ambroise Paré, Boulogne Billancourt)
- Pr Guillaume Piessen (CHRU Lille)
- Dr Marie Pigeyre (CHRU Lille)
- Pr Guillaume Portier (CHU Purpan, Toulouse)
- Dr Fabien Robin (CHU de Rennes)
- Pr Emile Sarfati (CHU Saint-Louis, Paris)
- Pr Alain Sauvanet (CHU Beaujon, Clichy)

Pr Olivier Scatton (CHU Pitié-Salpêtrière,  
Paris)

Pr Laurent Siproudhis (CHU Pontchaillou,  
Rennes)

Dr Edouard Vaucel (CHU Nantes)

Dr Nicolas Vinit (CHU Necker, Paris)

Dr Mathilde Wagner (CHU Pitié-Salpêtrière,  
Paris)

Dr Jean-David Zeitoun (CHU Saint-Antoine,  
Paris)

# Tuméfaction pelvienne chez la femme

Dr Clémentine Mazoyer<sup>1</sup>, Dr Edouard Vaucel<sup>2</sup>, Pr Paul-Antoine Lehur<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Clinique Chirurgicale Digestive et Endocrinienne, CHU de Nantes

<sup>2</sup>Service 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	Prévalence, 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	Eléments 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	Eléments 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>B</b>	Examens complémentaires	Connaître les 2 principaux examens radiologiques complémentaires à réaliser en cas de tuméfaction pelvienne et leur hiérarchisation (1 <sup>e</sup> - 2 <sup>e</sup> intention)	Échographie et IRM
<b>A</b>	Définition	Définir le prolapsus génital de la femme	
<b>B</b>	Définition	Définir les différents compartiments du prolapsus	Cystocèle, hystérocèle ou prolapsus utérin, rectocèle, élytocèle
<b>B</b>	Diagnostic positif	Citer les diagnostics différentiels du prolapsus génital de la femme	
<b>B</b>	Prévalence, épidémiologie	Connaître la fréquence du prolapsus	Beaucoup de prolapsus sont non symptomatiques
<b>A</b>	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

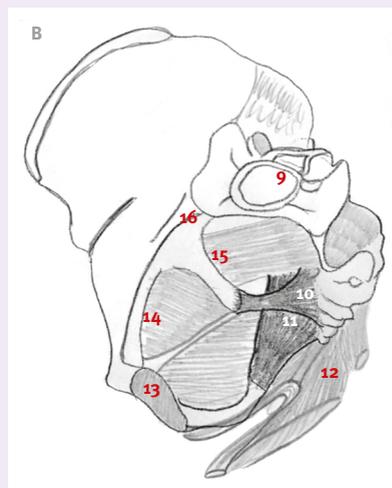
## A 1. Rappels anatomiques

- 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 cœlioscopique (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-FCS...), 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: adénocarcinome de l'endomètre, carcinome épidermoïde du col utérin, 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**: infection utéro-annexielle abcédée, hydrosalpinx, kyste paratubaire.
- **Actinomyose pelvienne** (contexte: DIU depuis plusieurs années).
- **Hématocolpos** (rétention vaginale du sang menstruel par imperforation hyménale – adolescente).

### 2.3. Digestives

- **Tumeur**:
  - cancer colorectal, sigmoïdien;

- tumeur digestive haute avec métastase ovarienne (tumeur de Krukenberg);
- tumeur desmoïde, autre tumeur du mésentère.
- **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;
  - 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 (col lilas de début de grossesse), **leucorrhées** et leurs aspects (fétides: infections utéro-annexielles hautes, nécrotiques: adénocarcinome de l'endomètre...), 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**.

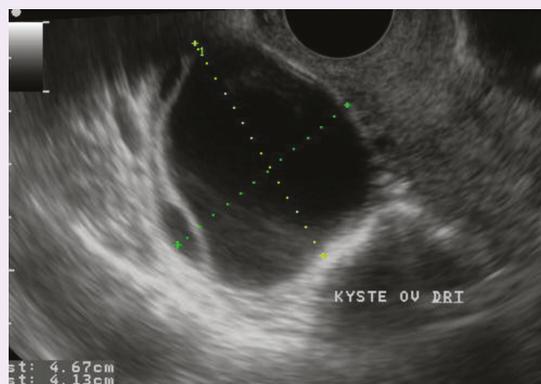
**Figure 2.** Jeune femme, augmentation de volume de l'abdomen liée à un volumineux kyste de l'ovaire.



### 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.

**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).

## **A 3.4. Exemples de stratégie et conduites à tenir pratiques**

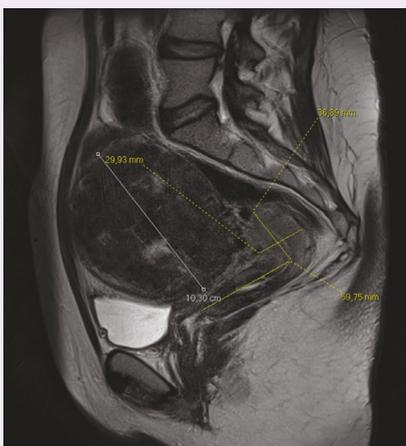
### **3.4.1. Situations évidentes**

- 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: hystéroscopie 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

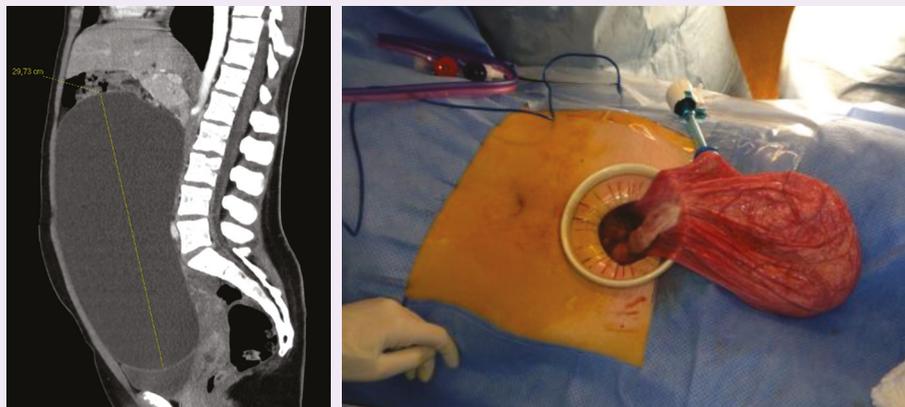


### **B 3.4.3. Tumeur de l'ovaire présumée bénigne (TOPB)**

- 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 chirurgie, préférer la kystectomie chez les femmes non ménopausées lorsque la masse ovarienne n'est pas suspecte afin de préserver la fertilité.

- 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 endométriome, 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 et ACE), examen des seins systématique.
- Diagnostic anatomopathologique et stadification : cœlioscopie exploratrice avec biopsies.
- « 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.

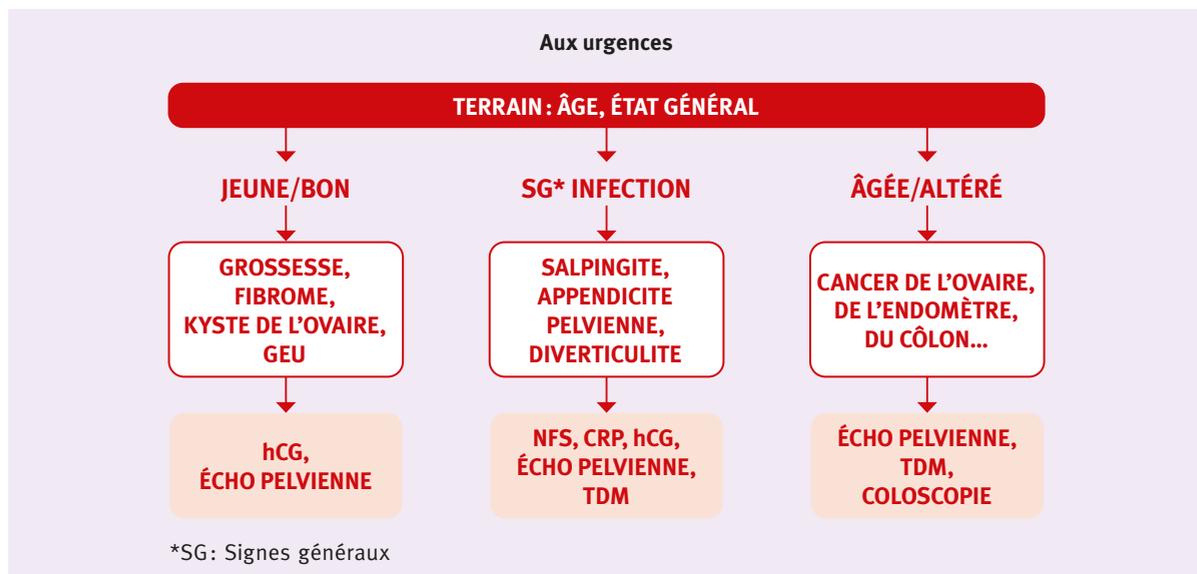


### 3.4.5. Cancer de l'utérus

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;
  - bilan: IRM pelvienne pour mesurer le degré d'envahissement du myomètre, l'extension au col et aux paramètres, l'atteinte ganglionnaire. TDM TAP pour les formes sévères 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-hCH 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.

## 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.

**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 TSP

- Le bilan fonctionnel n'est demandé qu'après avoir éliminé une pathologie organique : hémocult<sup>®</sup> 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**).

TABLEAU 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-anales	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'an

\*PR : prolapsus rectal

- La manométrie et l'échographie endo-anales 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 entéroécèle (C).

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



## B IV. Options thérapeutiques dans les TSPP

- Un traitement conservateur (régularisation du transit, conseils hygiéno-diététiques, rééducation périnéale auprès d'un praticien entraîné) est toujours à recommander.
- 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'entéroçèle (ou élytroçèle)/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
<b>En lien avec les symptômes et signes cliniques</b>
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****3<sup>e</sup> 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 nouveau programme de connaissances de la spécialité pour la R2C et les modules du DFASM, avec la nouvelle numérotation.
- 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.

**Un livre indispensable pour mettre toutes les chances de votre côté.**

38 € TTC

ISBN : 978-2-84678-306-4

**MED-LINE**  
Editions[www.med-line.fr](http://www.med-line.fr)