

# LE CAS CLINIQUE DU MOIS

## Les masses rétro-péritonéales chez l'enfant : à propos d'une tumeur de Wilms et d'un neuroblastome

O. MALAISE (1), K. VANDENBOSCH (2), A. UYTTEBROECK (3), M. RENARD (3), G. BRICTEUX (4)

**RÉSUMÉ :** La découverte d'une masse rétro-péritonéale chez l'enfant nécessite une mise au point rapide et précise. Nous présentons l'histoire clinique de deux enfants de moins de cinq ans, admis au CHU de Liège, présentant chacun une masse rétro-péritonéale, qui s'avéreront être une tumeur de Wilms dans le premier cas et un neuroblastome dans le second.

**MOTS-CLÉS :** Tumeur rétro-péritonéale - Enfant - Wilms - Neuroblastome

Nous présentons l'histoire clinique de deux enfants, âgés de 6 et 8 mois, admis au CHU de Liège, chez qui une masse rétro-péritonéale a été mise en évidence. Il s'agit respectivement d'une tumeur de Wilms et d'un neuroblastome, deux tumeurs malignes, alors qu'en dessous de l'âge de 12 mois, les masses rétro-péritonéales sont le plus souvent bénignes. Dans un autre article de ce même numéro (1), nous aborderons plus en détail les caractéristiques cliniques et biologiques qui doivent permettre d'établir un diagnostic différentiel précoce, essentiel pour le choix des examens complémentaires et la première prise en charge thérapeutique.

### CAS CLINIQUE n°1

Sam, six mois, est admis aux urgences pédiatriques suite à la découverte d'une masse abdominale gauche par sa maman lors du bain.

A l'admission, l'enfant est en bonne santé sans fièvre ni perte de poids. Il s'alimente bien. Aucun antécédent familial particulier n'est noté. A l'examen clinique, à part un souffle cardiaque connu, on retrouve au niveau du flanc gauche une grande masse dure et indolore qui descend jusqu'au creux inguinal et transgresse la ligne médiane. Il n'y a pas d'hépatomégalie.

Un abdomen à blanc est réalisé et montre une large opacité sans calcification dans l'hypo-chondre et le flanc gauches, refoulant les structures digestives. Une échographie abdominale identifie une masse charnue rétro-péritonéale de 11 x 8 cm, qui comprime le pôle inférieur du

**RETROPERITONEAL MASS IN CHILDREN : ABOUT TWO CLINICAL CASES  
OF WILMS TUMOR AND NEUROBLASTOMA**

**SUMMARY :** Detection of a retroperitoneal mass in children needs a fast and accurate exploration. We present the case-reports of 2 children under the age of 5 years admitted to the University Hospital of Liège, one with a Wilms tumor and one with a neuroblastoma.

**Keywords :** Retroperitoneal tumor - Child - Wilms - Neuroblastoma

rein gauche. En mode Doppler, il n'y a pas d'hypervascularisation. L'hémogramme est normal. L'analyse des urines ne montre pas d'hématurie.

Un diagnostic de tumeur de Wilms est suggéré. L'enfant est transféré le lendemain dans un service d'oncologie pédiatrique. Le CT-scanner abdominal réalisé décrit une grande masse tissulaire sphérique, inhomogène, nodulaire en périphérie et linéaire au centre, qui capte le contraste et s'étend ventralement à partir du rein gauche (Fig. 1). Les intestins, l'aorte et la veine cave inférieures sont refoulés vers la droite. Le rein droit est d'aspect normal. Il n'y a pas de métastases rétro-péritonéales. Le CT-scanner thoracique ne démontre pas de métastases pulmonaires. Sam sera d'abord traité par une chimiothérapie pré-opératoire pendant deux semaines (vincristine et actinomycine). Une résection chirurgicale de la tumeur et une chimiothérapie post-opératoire compléteront le traitement. L'examen anatomopathologique confirmera le diagnostic de tumeur de Wilms.



Figure 1. CT-scanner abdominal (coupe transversale). Cas n°1

(1) Etudiant, Université de Liège.

(2) Chef de Clinique, Pédiatre Hémato-Oncologue, (4) Professeur, Chef de Service, Service de Pédiatrie, CHU-NDB.

(3) Chef de Clinique, Pédiatre Hémato-Oncologue, Kliniekhoofd Kinderhemato-Oncologie, UZ Leuven.

## CAS CLINIQUE N°2

Eva, huit mois, est adressée par son pédiatre pour mise au point d'hyperthermie et suspicion de point costomusculaire gauche à la palpation.

A l'admission aux urgences pédiatriques, l'enfant est fébrile mais non septique, avec un appétit conservé. Aucun antécédent personnel ou héréditaire particulier n'est décrit. Le premier examen clinique ne démontre aucun foyer infectieux.

La biologie met en évidence une leucocytose à 21.000 globules blancs/mm<sup>3</sup> avec une prédominance de polymorphonucléaires, une élévation du fibrinogène à 7,26 g/l et de la CRP à 78,9 mg/l. Le fer sérique est diminué à 2 µmol/l. A l'examen direct des urines, on observe une pyurie et des bacilles Gram négatif. La culture nous apprendra qu'il s'agit d'E. Coli à plus de 100.000 CFU/ml.

Suite au diagnostic d'infection urinaire, Eva est hospitalisée pour un traitement antibiotique par voie intra-veineuse. L'évolution est favorable avec une diminution du syndrome inflammatoire.

Une échographie abdominale réalisée au cours de l'hospitalisation montre une dilatation modérée des voies excrétrices gauches avec un rein gauche légèrement globuleux sans anomalie d'échostructure. Le néphrogramme isotopique au DTPA-Tc99 décrit un rein gauche nettement hyperplasié associé à une importante stase localisée d'abord au pôle supérieur, puis s'étendant au reste du rein avec absence de vidange spontanée. La diurèse forcée au furosémide est normale, ce qui fait suspecter une compression extrinsèque. Un CT-scanner abdominal permet de confirmer une compression pyélique gauche extrinsèque par un volumineux processus expansif rétro-péritonéal de cinq centimètres avec infiltration péri-aortique, artérielle rénale gauche et sans doute de la partie haute du psoas gauche (Fig. 2). On note la présence de micro-calcifications éparées.

Un nouvel examen clinique permet à la palpation profonde de percevoir la masse. Une biologie sanguine supplémentaire montre des NSE (Neurone Specific Enolase) à 43 ng/ml (N = <15).

Un diagnostic de neuroblastome est suspecté et l'enfant est transféré dans un service d'oncologie pédiatrique. Les acides vanylmandélique et homovanylique sont augmentés dans les urines de 24h. La scintigraphie au MIBG (Méta-IodoBenzylGuanidine) est compatible avec un neuroblastome et confirme sa localisation sans autre foyer visualisé. La ponction bilatérale de moelle osseuse ne montre aucun signe d'invasion et la biopsie de la tumeur confirme le neuroblastome sans anomalie du caryotype ni amplification de l'oncogène N-myc.

Un diagnostic de neuroblastome non résecable de stade III, N-myc négatif, est posé. Eva recevra



Figure 2. CT-scanner abdominal (coupes frontales). Cas n°2

deux cures de cyclophosphamide et de vincristine. Ensuite, les possibilités d'exérèse de la tumeur seront réévaluées, de même que l'administration de chimiothérapies complémentaires.

## CONCLUSION

Retenons surtout de ces deux cas l'importance de la palpation de l'abdomen chez l'enfant, dans de bonnes conditions de relaxation, à la recherche d'une masse abdominale. Cet examen doit faire partie intégrante de l'examen clinique de base, indépendamment de tout signe d'appel. La découverte d'une masse nécessitera toujours une mise au point rapide et précise, orientée en fonction des premiers examens cliniques, biologiques et radiologiques. La démarche diagnostique et le diagnostic différentiel d'une masse rétro-péritonéale chez l'enfant de moins de cinq ans sont abordés plus en détail dans la rubrique «Comment j'explore ...» de ce même numéro (1).

## BIBLIOGRAPHIE

1. Malaise O, Vandenbosch K, Uyttbroeck A, et al.— Comment j'explore ... une masse rétro-péritonéale chez l'enfant. *Rev Med Liège*, 2010, **65**, 3, 156-162.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Pr. G. Bricteux, Service de Pédiatrie, CHU de Liège, Site Notre Dame des Bruyères, 4000 Liège, Belgique.