

Hépatomégalie et masse abdominale

Orientation diagnostique

P^r Catherine Buffet, P^r Gilles Pelletier

Service des maladies du foie et de l'appareil digestif, hôpital de Bicêtre, 94275 Le Kremlin Bicêtre Cedex

catherine.buffet@bct.ap-hop-paris.fr

Objectifs

- **Devant une hépatomégalie, une masse abdominale ou la découverte d'un nodule hépatique, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.**

HÉPATOMÉGALIE

Diagnostic positif

L'examen clinique est essentiel pour préciser les caractéristiques de l'hépatomégalie. Celle-ci se recherche chez un malade en décubitus dorsal, le médecin placé à sa droite. Le bord inférieur du foie est palpé en inspiration profonde, la main droite index parallèle au rebord costal. La main doit rester immobile pendant que le malade respire. On sent buter le bord inférieur du foie contre l'index. L'emplacement du bord supérieur du foie est apprécié par la percussion (limite entre la sonorité pulmonaire et la matité hépatique). Dans un second temps, la palpation se porte sur l'épigastre afin d'apprécier le débord hépatique de l'appendice xiphoïde. Trois dimensions sont données: la hauteur totale du foie sur la ligne médioclaviculaire, la hauteur du débord costal et la hauteur du débord xiphoïdien. Dans les très volumineuses hépatomégalies, le foie peut déborder au niveau de l'hypocondre gauche.

Normalement, la hauteur du foie sur la ligne médioclaviculaire est de 12 cm avec un débord costal variant entre 0 et 2 à 3 cm. Le débord xiphoïdien n'excède pas 3 cm.

Déterminer la taille du foie en échographie n'a qu'une valeur relative. Les mesures sont peu reproductibles d'un examen à l'autre et d'un opérateur à l'autre chez un même malade.

À côté de l'hépatomégalie, les caractéristiques du foie et en particulier sa consistance sont tout aussi importantes. L'examen clinique doit apprécier si la consistance du foie est souple (normale) ou ferme, voire dure. Il précise son caractère régulier ou non, son caractère indolore, sensible ou douloureux.

Diagnostic étiologique (fig. 1)

1. Dans le cadre d'une hépatopathie sous-jacente

Il faut d'abord rechercher des signes cliniques de maladie chronique du foie, orientant lorsqu'ils sont présents vers le diagnostic de cirrhose. Les signes sont soit évidents (ascite et [ou]

encéphalopathie hépatique et [ou] ictère), soit à rechercher systématiquement: signes d'insuffisance hépatocellulaire – angiomes stellaires, érythrose palmaire, ongles blancs – et (ou) signes d'hypertension portale – splénomégalie, circulation veineuse collatérale.

Lorsqu'il existe des signes cliniques de maladie chronique du foie, les causes varient selon que le foie est homogène en échographie, ou non.

Lorsqu'il est homogène, le diagnostic de cirrhose est à évoquer. L'échographie peut montrer des éléments très en faveur de ce diagnostic: la présence de signes d'hypertension portale (ascite, splénomégalie, veine porte augmentée de diamètre, veine mésentérique supérieure et veine splénique dilatées). Dans certains cas, les nodules de régénération peuvent être visibles en déformant les contours du foie. Enfin, il existe souvent une hypertrophie du segment I et du lobe gauche avec une atrophie du segment IV.

Lorsque le foie n'est pas homogène, le diagnostic de carcinome hépatocellulaire sur cirrhose est à évoquer. À l'échographie, l'association d'un nodule hépatique au sein d'un foie présentant des signes évoquant une cirrhose doit suggérer fortement le diagnostic de carcinome hépatocellulaire. Le nodule est habituellement hypo-échogène. La tumeur a tendance à envahir la veine porte et l'association à une thrombose porte est quasi pathognomonique du diagnostic.

2. En l'absence d'hépatopathie

Lorsqu'il n'existe pas de signe en faveur d'une maladie chronique du foie, l'étiologie va dépendre du caractère homogène ou non du parenchyme hépatique et de la présence ou non d'hépatalgies.

✓ **Hépatomégalie homogène et douloureuse:** le diagnostic de foie vasculaire est évoqué. Parmi les causes de foie vasculaire, la plus fréquente est le foie cardiaque. L'insuffisance ventriculaire droite

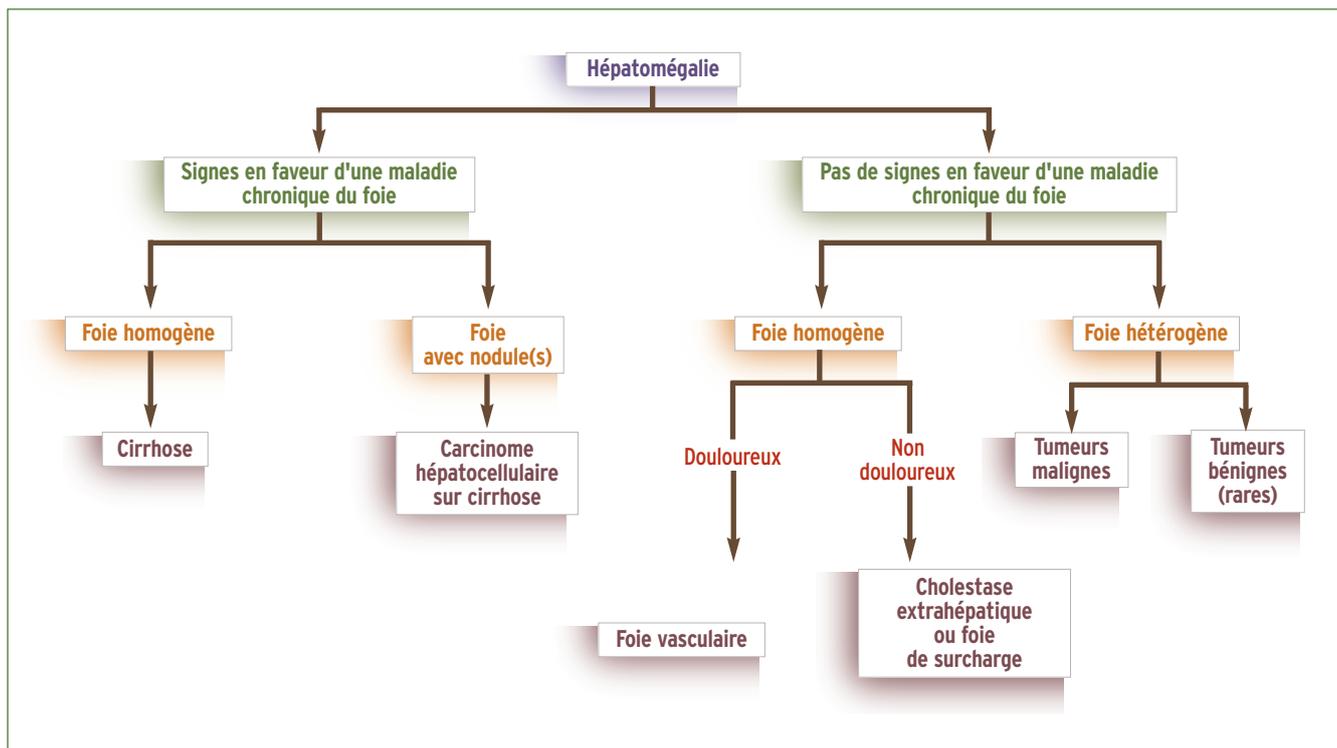


Figure 1 Causes des hépatomégalies.

est la cause la plus fréquente. On recherche un reflux hépatojugulaire. L'échographie met en évidence une dilatation des veines sus-hépatiques et de la veine cave inférieure. Les autres causes de foie vasculaire sont plus rares: syndrome de Budd-Chiari (fig. 2) et maladie veino-occlusive. L'échographie couplée à l'écho-doppler met en évidence dans le syndrome de Budd-Chiari, une thrombose des veines sus-hépatiques avec souvent une hypertrophie du lobe de Spiegel.

✓ **Hépatomégalie homogène et non douloureuse** : le tableau évoque soit une cholestase extrahépatique par compression progressive et prolongée au niveau de la voie biliaire principale, soit un foie de surcharge, dont la principale cause est la stéatose. Dans ce cas, à l'échographie, le foie est brillant, hyperéchogène. Parmi les autres causes d'hépatomégalie de surcharge, citons l'amylose, la maladie de Gaucher, les hémopathies, l'hémochromatose et la maladie de Wilson.

✓ **Hépatomégalie hétérogène** : il s'agit le plus souvent de tumeurs du foie, soit malignes, soit bénignes. Les tumeurs malignes sont fréquemment des métastases, qui apparaissent à l'échographie sous l'aspect de nodules hypo-échogènes arrondis, avec parfois un halo périphérique. Plus rarement, dans ce cas, il peut s'agir d'un carcinome hépatocellulaire ou d'un cholangiocarcinome se développant à partir des voies biliaires intra-hépatiques. Les lésions bénignes sont représentées par les abcès, les kystes, les autres tumeurs bénignes (hémangiomes géants [fig. 3], adénomes, hyperplasies nodulaires focales). À l'échographie, les abcès à pyogènes ou amibiens se présentent comme des masses hétéro-

gènes plus ou moins échogènes avec un renforcement postérieur. Les kystes biliaires simples n'entraînent une hépatomégalie que lorsqu'ils sont volumineux. À l'échographie, leur aspect est anéchogène, aux contours nets. Les polykystoses hépatorénales entraînent des hépatomégalies très volumineuses. Les hémangiomes géants sont peu fréquents. Lorsqu'ils sont très volumineux, ils peuvent entraîner une hépatomégalie indolore, à consistance de mousse. Les adénomes et les hyperplasies nodulaires focales sont des tumeurs bénignes plus fréquentes chez la femme que chez l'homme. Il est rare qu'elles soient palpables cliniquement.

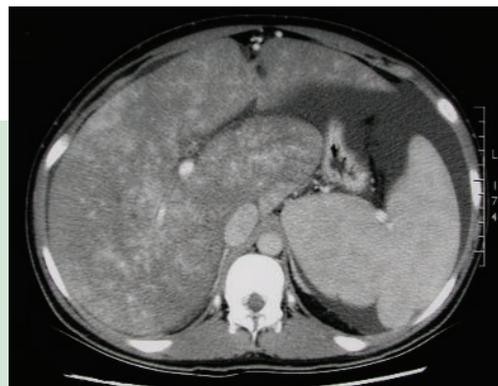


Figure 2 Hépatomégalie : syndrome de Budd-Chiari.



Figure 3 Hépatomégalie : angiome géant.

MASSE ABDOMINALE

Lorsqu'une masse abdominale est découverte, il faut préciser son caractère pariétal ou intra-abdominal, préciser son siège, son caractère mobile ou non, si elle suit les mouvements respiratoires, sa consistance, son caractère régulier ou non, douloureux ou non. Des signes d'accompagnement digestifs, urinaires, gynécologiques sont recherchés et le contexte de survenue est précisé. Le diagnostic des tumeurs abdominales a été beaucoup facilité par le développement de l'échographie et de la tomodensitométrie (TDM) abdominales.

Les différentes masses abdominales sont décrites selon les 7 secteurs de l'abdomen où elle siègent le plus souvent.

Masse de l'hypocondre droit

1. Hépatomégalie

(voir ci-dessus)

2. Grosse vésicule palpable

Il s'agit d'une masse piriforme appendue sous le foie, pouvant correspondre à un hydrocholécyste ou à une cholécystite aiguë ou à un cancer de la vésicule ou lorsqu'elle est associée à un ictère à un obstacle de nature tumorale situé au dessous du confluent hépatocystique.

✓ **L'hydrocholécyste** : elle correspond à la mise sous tension de la vésicule secondaire au blocage d'un calcul au niveau du collet de la vésicule ou du canal cystique. La douleur est de type biliaire. Il n'y a pas de fièvre ni de signes biologiques d'infection. La masse est piriforme, régulière. L'échographie montre une grosse vésicule lithiasique avec présence d'un calcul bloqué au niveau du collet vésiculaire ou du canal cystique. La paroi vésiculaire n'est pas épaissie.

L'évolution spontanée est soit favorable (le calcul se désenclave) soit se complique d'une infection vésiculaire aboutissant à la cholécystite aiguë.

✓ **Cholécystite aiguë** : il existe une douleur de type biliaire qui perdure et s'accompagne de fièvre à 38-39 °C avec, à l'examen clinique une douleur provoquée sous-costale droite et une défense. Il n'y a pas d'ictère. Cependant, contrairement au cas de l'hydrocholécyste, il est exceptionnel que l'on palpe une masse. L'échographie confirme le diagnostic clinique : vésicule lithiasique à paroi épaissie, voire dédoublée avec une douleur provoquée au niveau de la vésicule au passage de la sonde.

✓ **Cancer de la vésicule** : l'état général est souvent altéré. Lorsque le cancer se propage vers la voie biliaire, il s'y associe un ictère. La masse est dure, pierreuse. À l'échographie, il s'agit d'une masse siégeant au niveau de la vésicule biliaire, de structure hétérogène, souvent associée à des calculs intravésiculaires ou à des calcifications de la paroi. Lorsque la tumeur envahit la voie biliaire, les voies biliaires intrahépatiques sont dilatées. Elle s'étend aussi souvent par contiguïté vers les segments IV et V du foie. Le diagnostic est le plus souvent confirmé également par un examen tomodensitométrique (fig. 4).



Figure 4 Cancer de la vésicule.

✓ **Obstacle tumoral situé au dessous du confluent hépatocystique** : une grosse vésicule est palpable sous la forme d'une masse piriforme régulière et indolore associée à un ictère de type cholestatique. Il s'agit le plus souvent d'un cancer de la tête du pancréas et moins souvent d'une tumeur maligne de l'ampoule de Vater ou d'un cholangiocarcinome de la partie basse de la voie biliaire principale. On note un ictère, nu, souvent prurigineux et intense, et s'y associe souvent une altération de l'état général.

La masse est piriforme, régulière, indolore. L'examen tomodensitométrique montre la grosse vésicule, la dilatation de la voie biliaire principale et la masse tumorale responsable de l'ictère.

Masse de l'hypocondre gauche

Il s'agit quasiment toujours d'une splénomégalie à intégrer dans un contexte d'hypertension portale ou d'hémopathie, ou de maladie virale, infectieuse ou parasitaire (fig. 5).



Figure 5 Splénomégalie.

✓ **Hypertension portale:** elle est découverte devant des signes de décompensation d'hépatopathie (ascite, ictère, rupture de varices œsogastriques) ou, en cas d'hépatopathie bien compensée. Mais le foie est de consistance et de taille anormales. La splénomégalie est le plus souvent modérée. L'échographie confirme la splénomégalie et peut mettre en évidence d'autres signes d'hypertension portale (ascite, circulation veineuse collatérale, augmentation du diamètre de la veine porte). La numération sanguine peut révéler une pancytopenie par hypersplénisme prédominant sur les leucocytes et les plaquettes.

✓ **Hémopathies:** il peut s'agir d'une maladie lympho- ou myéloproliférative ou d'une hémolyse dans le cadre d'une anémie hémolytique ou d'une drépanocytose, etc. La présence d'adénopathies, d'une altération de l'état général, d'une fièvre ou d'une anémie oriente vers le diagnostic d'hémopathie. La splénomégalie est d'importance variable. Elle peut être très volumineuse.

La numération sanguine et le frottis sanguin peuvent révéler la présence de lymphocytes anormaux ou d'une érythromyélie. Une exploration médullaire est souvent nécessaire.

✓ **Autres causes:**

- maladies virales: hépatites, infections à Epstein-Barr virus ou à cytomégalovirus;
- infections bactériennes: endocardites, septicémies, brucellose, salmonellose, tuberculose;
- infections parasitaires: paludisme, leishmaniose, trypanosomiase;
- infections fongiques: l'histoplasmosse;
- la sarcoïdose, le lupus érythémateux disséminé, le syndrome de Felty peuvent s'accompagner d'une splénomégalie;
- maladies de surcharge: maladie de Gaucher, Niemann-Pick;
- kystes, abcès spléniques, tumeurs de la rate (exceptionnels).

Masse de l'épigastre

L'hypertrophie du lobe gauche du foie peut être palpable, en particulier au cours de la cirrhose du foie, où le lobe droit est souvent atrophique et le lobe gauche hypertrophique (cirrhose atropho-hypertrophique).

✓ **Affections pancréatiques:** une tumeur du pancréas peut être suffisamment grosse pour être palpable. Elle s'accompagne d'une importante altération de l'état général. Lorsque la tumeur intéresse la tête du pancréas, il s'y associe un ictère prurigineux de type cholestatique. La masse est d'allure tumorale, c'est-à-dire dure, sensible. Le diagnostic est confirmé par l'examen tomodensitométrique.

De volumineux faux kystes du pancréas peuvent être palpables: ils succèdent à une poussée de pancréatite aiguë, qui s'est manifestée dans les semaines précédant la constitution du faux kyste par des douleurs de type pancréatique qui sont rarement passées inaperçues. La masse est régulière, ferme et rénitente. L'examen tomodensitométrique confirme le diagnostic.

Des tumeurs du pancréas autres que les adénocarcinomes peuvent également être palpables. La pancréatite auto-immune, entité peu fréquente, peut se manifester par une masse palpable contrastant avec un état général conservé.

✓ **Affection gastrique:** le cancer de l'estomac est très exceptionnellement diagnostiqué devant une masse épigastrique isolée. En effet, avant d'entraîner une masse palpable, la tumeur a donné auparavant d'autres symptômes à type de vomissements alimentaires ou d'hémorragie digestive. Dans ce cas, elle est dure, pierreuse. Le diagnostic est confirmé par la fibroscopie œsogastroduodénale et les biopsies.

Masse de la fosse iliaque droite

1. Cancer du cæcum

Un cancer du cæcum peut se développer sans entraîner de troubles du transit. Il peut alors être découvert à l'occasion d'une anémie ferriprive (une hémorragie digestive est plus rarement révélatrice), d'un syndrome inflammatoire ou par la découverte fortuite d'une masse abdominale. Il s'agit d'une tuméfaction dure, indolore, souvent mobile. Elle peut avoir un aspect inflammatoire (douloureuse, fixée) en cas d'abcès péritumoral. Le diagnostic est suspecté sur la tomodensitométrie. La coloscopie apportera la certitude diagnostique et la preuve anatomopathologique. À noter que les autres localisations de cancer du côlon entraînent plus rarement l'apparition d'une masse abdominale palpable.

2. Plastron appendiculaire

Il correspond à une agglutination d'anses grêles autour de l'appendice inflammatoire. Il existe des douleurs de la fosse iliaque droite (FID), une fièvre et souvent des troubles du transit intestinal.

La masse est mal limitée, douloureuse, fixée. Il existe une polynucléose neutrophile, un syndrome inflammatoire. En cas de doute diagnostique, une tomodensitométrie abdominale sera réalisée, elle montrera éventuellement l'existence d'un abcès qui serait une indication à un drainage.

3. Appendicite pseudo-tumorale

Chez le sujet âgé, l'appendicite peut se présenter comme un cancer du cæcum. L'existence d'un syndrome infectieux ne permet pas à elle seule le diagnostic qui peut nécessiter une exploration colique (coloscopie ou lavement baryté) ou plutôt maintenant une tomodensitométrie.

4. Maladie de Crohn

Une masse inflammatoire palpable peut se former en cas de fistulisation (fistule borgne ou entre 2 segments digestifs). Le diagnostic est facile si la maladie de Crohn est déjà connue, mais la fistule peut révéler la maladie. Il existe souvent des douleurs lancinantes, de la fièvre et une diarrhée. La masse est inflammatoire et douloureuse. La tomographie permet de distinguer une masse tissulaire inflammatoire d'un abcès collecté. Les opacifications digestives permettent de localiser les segments digestifs atteints et de montrer éventuellement la fistule.

Masse de la fosse iliaque gauche

1. Sigméïdite diverticulaire et abcès péricolique.

Ils ne donnent habituellement pas de masse abdominale, mais une défense ou un empatement de la fosse iliaque gauche, dans un contexte de douleur, de fièvre et de troubles du transit. Dans un petit nombre de cas, un aspect de masse inflammatoire peut être observé. Le diagnostic repose sur la tomographie (TDM) abdominale avec injection de produits radio-opaques hydrosolubles dans la lumière colique.

2. Cancer du côlon gauche

Les tumeurs du côlon gauche se révèlent rarement par une masse abdominale, mais plutôt par rectorragies et troubles du transit. Il peut être très difficile de distinguer un abcès sur sigméïdite diverticulaire d'un cancer abcédé, le diagnostic n'étant fait que sur la pièce opératoire.

Masse de la région ombilicale

1. Tumeurs mésentériques

Lorsqu'elles n'obstruent pas le tube digestif, elles peuvent être découvertes quand elles sont très volumineuses. Il existe des douleurs atypiques, associées à un inconfort abdominal. La masse est indolore, mobile, typiquement rénitente lorsqu'il s'agit d'une tumeur kystique, cas le plus fréquent. Le diagnostic est suspecté par la TDM abdominale et confirmé par l'analyse de la pièce opératoire. L'existence en TDM de végétations intrakystiques et de densités graisseuses est en faveur d'un lymphangiome kystique, les tumeurs solides (fibrome, sarcome) sont plus rares.

2. Anévrisme de l'aorte abdominale

Il est rare de le découvrir par la palpation abdominale. En effet, étant donné leur situation rétro-péritonéale, seuls les anévrismes de plus de 5 cm chez des patients non obèses peuvent être palpés. Ils surviennent typiquement chez des hommes de plus de 65 ans, fumeurs, hypertendus, ayant une artérite des membres inférieurs (et éventuellement un anévrisme poplité). L'existence de douleurs doit faire craindre une rupture de l'anévrisme. Il s'agit d'une masse médiane, pulsatile et dure. Le signe de De Bakey consistant à glisser les mains sous l'aube costale permet théoriquement d'affirmer le caractère sous-rénal de l'anévrisme. L'écho-doppler est l'examen de 1^{re} intention. L'angiographie permet de mieux préciser le siège et l'extension de l'anévrisme et guide les indications opératoires (chirurgie ou endoprothèse).

POINTS FORTS

à retenir

- La taille normale du foie est de 12 cm sur la ligne médio-claviculaire avec un débord costal variant entre 0 et 2 à 3 cm. Le débord xiphoidien n'excède pas 3 cm.
- À côté de la taille, les caractéristiques du foie (consistance, caractère régulier ou non, caractère indolore ou douloureux) sont essentielles.
- Dans toutes les hépatomégalies et dans la plupart des cas de masse abdominale, l'échographie est l'examen morphologique de 1^{re} intention.
- L'orientation diagnostique doit tenir compte des signes d'accompagnement et du contexte de survenue.
- Dans les masses abdominales, ses caractères ainsi que le contexte de découverte et le retentissement sur le transit digestif, doivent être précisés. L'échographie ou l'examen tomographique sont les examens clés.

Masse de la région hypogastrique

1. Fibrome utérin

Le signe classique est la ménorragie. Plus rarement, il peut exister des pesanteurs pelviennes ou des troubles mictionnels. Le fibrome utérin est souvent asymptomatique et découvert lors d'un examen systématique. En cas de torsion d'un fibrome pédiculé, celui-ci devient douloureux et donne un syndrome abdominal aigu avec douleurs, vomissements. La masse est lisse, régulière, bien limitée, ferme, médiane. Le toucher vaginal combiné au palper abdominal montre que la masse palpée fait corps avec l'utérus. Cependant, en cas de myome pédiculé, la masse peut être latéralisée et paraître indépendante de l'utérus. L'échographie suffit souvent à confirmer l'impression clinique. Mais en cas de myome sous-séreux pédiculé, une coelioscopie peut être nécessaire.

2. Tumeurs de l'ovaire

Les circonstances de découverte sont variées: gêne ou pesanteur pelvienne, dysménorrhée, découverte d'une masse pelvienne lors d'un examen systématique ou à l'occasion de complications (compression vésicale, torsion, infection). L'existence d'une altération de l'état général, de douleurs pelviennes ou d'une ascite fait suspecter une tumeur maligne. La masse est souvent latéralisée, à la limite d'une fosse iliaque, mobile (caractère qui disparaît en cas de gros kyste), de surface régulière et rénitente en cas de kyste bénin. Le toucher vaginal combiné à la palpation abdominale montre une masse indépendante de l'utérus. L'échographie est l'examen de 1^{re} intention. Elle est réalisée par voie abdominale et endovaginale. Elle permet de préciser le caractère plus ou moins liquidien de la tumeur, l'existence de cloisons plus ou moins épaisses ou d'éléments échogènes (évoquant d'un kyste dermoïde). La tomographie est surtout utile en cas de suspicion de malignité, d'ascite. L'intervention chirurgicale (éventuellement précédée d'une coelioscopie) avec ablation de la tumeur est nécessaire et permet le diagnostic anatomopathologique de la tumeur.

2. Globe vésical

Il survient habituellement dans le contexte de troubles urinaires ou neurologiques, ou en postopératoire ou lors d'un coma.

La masse est convexe vers le haut, fixe. Le diagnostic est confirmé par le sondage urinaire ou l'échographie en cas de doute.

4. Grossesse

Il arrive encore qu'une grossesse soit diagnostiquée lors de la découverte d'un gros utérus!

Masses non systématisées

1. Carcinose péritonéale

Le diagnostic est facilement évoqué si un cancer abdominal est déjà connu. Cependant, la carcinose peut être révélatrice. Les nodules sont durs, indolores, fixés, souvent multiples. Ils peuvent siéger au niveau de l'ombilic ou d'anciennes cicatrices. Le toucher rectal montre parfois une induration nodulaire du cul-de-sac de Douglas. Une ascite peut être associée et sera ponctionnée. L'échographie et le scanner (fig.6) précisent la localisation des masses et montrent éventuellement le cancer primitif. Si le diagnostic n'a pas été établi par l'imagerie et la ponction d'une éventuelle ascite, des biopsies soit guidées par échographie ou scanner, soit sous laparoscopie apportent la certitude.

2. Tumeurs desmoïdes

Ces tumeurs fibromateuses se développent dans le mésentère des malades atteints de polypose familiale (surtout du syndrome de Gardner), le plus souvent après une laparotomie. Elles se manifestent par des troubles occlusifs. Le diagnostic est évoqué sur le scanner et le contexte de survenue.

3. Adénopathies

De volumineuses adénopathies abdominales peuvent être palpables chez des malades amaigris. Elles sont dures et fixées et siègent surtout sur la ligne médiane.



Figure 6 Carcinose péritonéale. Gâteau épiploïque.

MINI TEST DE LECTURE

A / VRAI ou FAUX ?

- 1 Une hépatomégalie de consistance dure associée à des angiomes stellaires évoque le diagnostic de cirrhose.
- 2 Une hépatomégalie homogène et douloureuse associée à une dilatation des veines sus-hépatiques à l'échographie évoque le diagnostic d'insuffisance cardiaque droite.
- 3 La palpation d'une grosse vésicule indolore évoque le diagnostic de lithiase vésiculaire.

B / VRAI ou FAUX ?

- 1 En cas d'hypertension portale, la splénomégalie atteint souvent la région sus-pubienne.
- 2 Tuméfaction dure ou ferme de la fosse iliaque droite associée à une anémie ferriprive évoque le diagnostic de cancer du cæcum.
- 3 Chez le sujet âgé l'appendicite peut se présenter comme un cancer du cæcum.

C / QCM

Parmi les propositions suivantes, concernant l'échographie abdominale, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- 1 Un nodule sur foie cirrhotique évoque le diagnostic de carcinome hépatocellulaire.
- 2 Un nodule de carcinome hépatocellulaire est habituellement hyperéchogène.
- 3 En cas de stéatose, le foie est brillant, hyperéchogène.
- 4 L'échographie suffit le plus souvent pour faire le diagnostic d'abcès péri-sigmoïdien.
- 5 L'échographie-doppler est l'examen de première intention en cas d'anévrisme de l'aorte abdominale.

Réponses : A : V, V, V, F / B : F, V, V / C : 1, 3, 5

L'échographie ou la tomодensitométrie suggèrent le caractère ganglionnaire de la masse. Si le diagnostic étiologique n'est pas déjà connu, étant donné le contexte, une biopsie guidée précise la nature de l'atteinte ganglionnaire.

4. Matières fécales

Chez un malade amaigri et constipé, des matières fécales dures peuvent être perçues à travers la paroi. Elles sont mobiles d'un jour à l'autre et disparaissent avec le traitement de la constipation.

5. Masses pariétales

Typiquement, une masse pariétale est palpable lorsque le malade contracte sa paroi abdominale. La plus fréquente est le lipome, mou, mobile, facile à reconnaître. Il s'agit plus rarement de tumeurs indurées, d'un hématome. Une hernie, réductible si elle n'est pas compliquée, est habituellement de diagnostic facile. ■