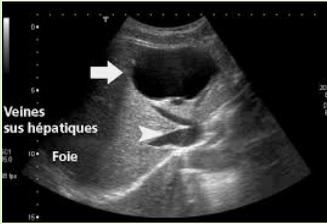
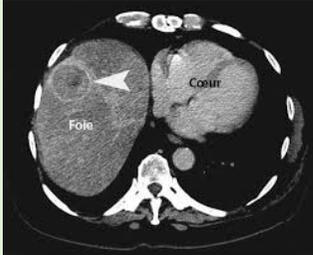


## Item 301 – Tumeurs du foie

Epidémiologie	Kystes biliaire simple > hémangiome bénin > métastase d'adénocarcinome de appareil digestif > autres métastases de tumeurs solides > CHC > tumeurs bénignes hépatocytaires > abcès du foie > kyste hydatique > échinococcose alvéolaire > autres tumeurs malignes (cholangiocarcinome)			
Circonstances de découverte	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Asympto ++ : hépatomégalie</b> à examen clinique, examen d'imagerie, dépistage systématique</li> <li>▪ <u>Signes en rapport avec la maladie associée à la tumeur hépatique :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Signes d'un <b>KC extra-hépatique</b></li> <li>- Complication d'une <b>cirrhose</b> (ictère, ascite, hémorragie digestive...)</li> <li>- <b>Sd infectieux</b> d'un abcès du foie</li> <li>- <b>Sd paranéoplasique</b> (rare)</li> </ul> </li> <li>▪ <u>Signes directs de la tumeur :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensation de <b>gêne</b> ou de <b>pesanteur</b>, <b>franche dlr hypochondre D</b> ou <b>épigastre</b></li> <li>- Perception d'une <b>masse hypochondre D</b> ou <b>épigastre</b></li> <li>- <b>AEG, sd inflammatoire</b></li> <li>- <b>Ictère</b> ou <b>sd de cholestase biologique</b></li> <li>- <b>Hémopéritoine</b> (rupture d'un CHC)</li> </ul> </li> </ul>			
Tumeurs bénignes		<b>Définition et généralités</b>	<b>Aspect imagerie</b>	<b>Traitement et surveillance</b>
	<b>Kyste biliaire simple</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Cavité liquidienne pure</b></li> <li>▪ <b>Liquide kystique limpide</b></li> <li>▪ +/- multiples (si &gt; 5 : polykystose hépatique ou polykystose hépatorenale ⇔ affections héréditaires)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Contenu <b>homogène</b>, anéchogène avec <b>renforcement post des échos</b>, <b>hypodense</b> sur TDM non injecté, <b>hyperintense en T2</b></li> <li>▪ <b>Pas de paroi ni de cloisons / nodules</b> muraux décelables</li> <li>▪ Limite régulière avec parenchyme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ∅ </li> </ul>
	<b>Hémangiome bénin</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fréquente</li> <li>▪ <b>Prolifération de capillaires vasculaires dilatés</b></li> <li>▪ +/- multiples mais &lt; 5</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>Echo</u> : <b>hyperéchogène</b> avec <b>renforcement post</b> (ssi ∅ de maladie chronique du foie)</li> <li>▪ <u>TDM non i</u> : <b>homogène</b> et <b>hypodense</b></li> <li>▪ <u>IRM sans i</u> : <b>homogène, hypo T1, hyper T2</b></li> <li>▪ <u>Injection</u> : <b>rehaussement</b> par « mottes » <b>périphériques</b> centripètes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ∅ </li> </ul>
<b>Hyperplasie nodulaire focale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rare</li> <li>▪ <b>Tumeur bénigne polyclonale</b> = réorganisation nodulaire d'une zone de parenchyme hépatique</li> <li>▪ Femme en période d'activité génitale</li> <li>▪ Découverte <b>fortuite</b> ++</li> <li>▪ Aucun risque de transfo maligne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Rehaussement très intense au temps artériel</b>, lavage progressif au temps portal + <b>aspect de cicatrice centrale</b> (⇔ artère centrale)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ∅</li> </ul>	

	<p><b>Adénome hépatocellulaire</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rare</li> <li>▪ <b>Tumeur bénigne monoclonale hépatocytaire</b></li> <li>▪ F&gt;H</li> <li>▪ <u>FdR</u> : prise <b>prolongée de contraceptifs oraux</b> (œstrogènes)</li> <li>▪ Si &gt; 5 cm : <b>risque de complications</b> (hémorragie, nécrose, rupture ou transfo maligne)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Hypervasculaire</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ &lt; 5 cm : IRM annuelle</li> <li>▪ &gt; 5 cm : réséquer</li> <li>▪ Arrêt des œstrogènes</li> <li>▪ Chez H : résection</li> </ul>
<p><b>Tumeurs infectieuses et parasitaires</b></p>	<p><b>Abcès amibien ou bactérien (pyogènes)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Collection <b>purulente</b> originaire d'un embole septique (portal, artériel hépatique, biliaire)</li> <li>▪ <u>Rech porte d'entrée</u> : foyer dig, si pyogènes ORL et stomato</li> <li>▪ <b>Sd septique marqué, dlr hépatiques</b></li> <li>▪ <u>Dg</u> : <b>ponction échoguidée, sérologie amibiase</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Images petites ou grandes, uniques ou multiples</li> <li>▪ Homogènes, <b>hypoéchogènes, hypodenses au scanner</b></li> <li>▪ Rehaussement périph après pdc</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪</li> </ul>
	<p><b>Kyste hydatique</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Cestode Echinococcus granulosus</b></li> <li>▪ Formation parasitaire à contenu <b>liquidien</b>, avec mb parasitaire + coque</li> <li>▪ Scolex se dvp sur mb parasitaire</li> <li>▪ H = hôte intermédiaire accidentel</li> <li>▪ Hôte définitif = chien</li> <li>▪ <u>Dg</u> : <b>ctxt épdémio (contact avec chien Afrique du Nord, sud France -&gt; Massif central)</b> + aspect imagerie + sérologies</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Petite ou grande taille, différents aspects : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identique à <b>kyste biliaire simple</b></li> <li>- Aspect typique : <b>mb décollée de la coque ou flottant dans le liquide</b> du kyste, ou formant des cloisons (écho ou IRM ++)</li> <li>- Aspect très classique : <b>paroi calcifiée</b></li> </ul> </li> </ul>	<p><b>NE PAS PONCTIONNER</b> (risque de dissémination intra-péritonéale)</p>
	<p><b>Echinococcose alvéolaire</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Cestode Echinococcus multilocularis</b></li> <li>▪ Formation parasitaire à contenu <b>mixte</b> (tissulaire + liquidien) vésicules de petite taille</li> <li>▪ Hôte définitif : renard ou chien</li> <li>▪ H = hôte intermédiaire accidentel</li> <li>▪ <u>Ctx</u> : profession <b>rurale, contact permanent avec chien dans zones d'endémie</b> (Franche-Comté, Alpes, Massif central, Vosges, Ardennes)</li> <li>▪ <u>Dg</u> : <b>imagerie + ctxt / sérologie</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Echo, TDM, IRM</b></li> <li>▪ <b>Images nodulaires ou infiltrantes</b>, aspect <b>solide</b>, simulent tumeur maligne qd compression des vaisseaux et/ou des voies biliaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪</li> </ul>

Tumeurs malignes	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Asympto</b></li> <li>▪ <b>Sd tumoral</b> (dlr hépatiques, hépatomégalie, ictère)</li> <li>▪ <b>Décompensation</b> d'une maladie chronique du foie (ascite, ictère, hémorragie dig)</li> <li>▪ <b>Nécrose tumorale</b></li> <li>▪ <b>Hémorragie</b> (intrahépatique, sous-capsulaire ou intrapéritonéale)</li> </ul>			
	<b>Métastases hépatiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>Cancers</u> : adénocarcinomes du TD et d pancréas, sein, carcinomes anaplasiques, mélanomes malins, tumeurs endocrines</li> <li>▪ Uniques ou multiples</li> <li>▪ <i>Pas de biopsies si</i> : tumeur primitive connue et &lt; 5 ans, nodules hépatiques se sont dvpés après dg de tumeur primitive, aspect hautement compatible avec le dg</li> <li>▪ Sinon =&gt; Biopsie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Mise en évidence de paroi</b></li> <li>▪ <b>Nodules hypoéchogènes, hypodenses sans i</b></li> <li>▪ <b>Pas de rehaussement</b></li> </ul>	
	<b>Carcinome hépatocellulaire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>Fdr</u> : <b>maladie chronique du foie</b> (stade de cirrhose ou fibrose avancée), <b>hépatite B</b></li> <li>▪ <u>Fdr chez les cirrhotiques</u> : H, âge, durée évolution de la maladie du foie, association de pls causes de maladie chronique du foie, sd métabolique, abs de contrôle de la maladie causale</li> <li>▪ <b>AFP</b> à visée pronostique</li> <li>▪ <u>Dg</u> : ponction-biopsie <i>Dg peut être posé sans biopsie si :</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Patient atteint de cirrhose ou de fibrose avancée</i></li> <li>- <i>Nodule &gt; 1 cm de diamètre : rehaussement artériel + wash-out au temps portal ou veineux</i></li> <li>- <i>Lésion &lt; 10 mm : imagerie refaite à M3</i></li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nodule prenant le contraste</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Dépistage semestriel chez cirrhotiques</b></li> <li>▪ Dépistage même si éradication de la cause</li> <li>▪ <u>Facteurs pronostiques</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Etat général et comorbidités</li> <li>- Sévérité de la maladie chronique du foie et HTP</li> <li>- Nombre de nodules</li> <li>- Taille des plus gros nodules</li> <li>- Invasion vasculaire macroscopique</li> <li>- Analyse histologique</li> </ul> </li> <li>▪ <u>Tt curatifs</u> : <b>ablation percutanée de la tumeur, résection chirurgicale, TH</b></li> <li>▪ <u>Tt palliatifs</u> : <b>chimioembolisation artérielle hépatique, thérapies anticancéreuses ciblées</b></li> </ul>

	<b>Carcinome cholangiocellulaire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tumeur des voies biliaires extra-hépatiques révélée par <b>ictère</b></li> <li>▪ Fréquence ↑ si maladie chronique du foie ou des grosses voies biliaires (cholangite sclérosante, lithiase intra-hépatique, kyste du cholédoque)</li> <li>▪ Bilan extension ++</li> </ul>	▪	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ +/- <b>résécabilité</b></li> <li>▪ +/- <b>drainage</b> si ictère +/- <b>chimiothérapie</b></li> </ul>
--	--	--	---	--

*CI à la ponction biopsie :*

- *Risque de saignement de la ponction hépatique : thrombopénie < 60 000, TP < 50%, TCA normal*
- *Ascite abondante*
- *Possibilité que la zone anormale ne soit pas visible en échographie ou inaccessible à la ponction*
- *Possibilité que la ponction ramène du tissu non tumoral*
- *Risque d'ensemencement du trajet du ponction*