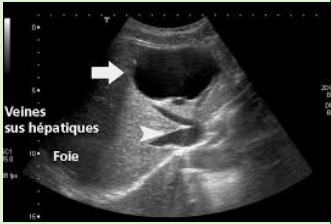
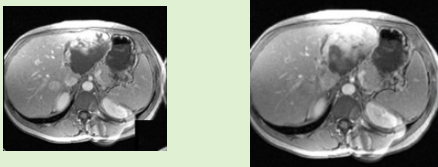
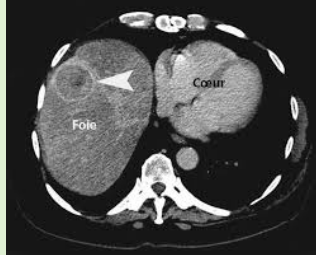


Item 301 – Tumeurs du foie

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	▪ Asympto ++ : hépatomégalie à examen clinique, examen d'imagerie, dépistage systématique ▪ <u>Signes en rapport avec la maladie associée à la tumeur hépatique :</u> - Signes d'un KC extra-hépatique - Complication d'une cirrhose (ictère, ascite, hémorragie digestive...) - Sd infectieux d'un abcès du foie - Sd paranéoplasique (rare) ▪ <u>Signes directs de la tumeur :</u> - Sensation de gêne ou de pesanteur, franche dlr hypocondre D ou épigastre - Perception d'une masse hypocondre D ou épigastre - AEG, sd inflammatoire - Ictère ou sd de cholestase biologique - Hémopéritoine (rupture d'un CHC)			
Tumeurs bénignes		Définition et généralités	Aspect imagerie	Traitement et surveillance
	Kyste biliaire simple	▪ Cavité liquidienne pure ▪ Liquide kystique limpide ▪ +/- multiples (si > 5 : polykystose hépatique ou polykystose hépato-rénale ⇔ affections héréditaires)	▪ Contenu homogène, anéchogène avec renforcement post des échos, hypodense sur TDM non injecté, hyperintense en T2 ▪ Pas de paroi ni de cloisons / nodules muraux décelables ▪ Limite régulière avec parenchyme	▪ Ø 
	Hémangiome bénin	▪ Fréquente ▪ Prolifération de capillaires vasculaires dilatés ▪ +/- multiples mais < 5	▪ <u>Echo</u> : hyperéchogène avec renforcement post (ssi Ø de maladie chronique du foie) ▪ <u>TDM non i</u> : homogène et hypodense ▪ <u>IRM sans i</u> : homogène, hypo T1, hyper T2 ▪ <u>Injection</u> : rehaussement par « mottes » périphériques centripètes	▪ Ø 
	Hyperplasie nodulaire focale	▪ Rare ▪ Tumeur bénigne polyclonale = réorganisation nodulaire d'une zone de parenchyme hépatique ▪ Femme en période d'activité génitale ▪ Découverte fortuite ++ ▪ Aucun risque de transfo maligne	▪ Rehaussement très intense au temps artériel, lavage progressif au temps portal + aspect de cicatrice centrale (⇔ artère centrale)	▪ Ø

	Adénome hépatocellulaire	▪ Rare ▪ Tumeur bénigne monoclonale hépatocytaire ▪ F>H ▪ <u>FdR</u> : prise prolongée de contraceptifs oraux (œstrogènes) ▪ Si > 5 cm : risque de complications (hémorragie, nécrose, rupture ou transfo maligne)	▪ Hypervasculaire	▪ < 5 cm : IRM annuelle ▪ > 5 cm : réséquer ▪ Arrêt des œstrogènes ▪ Chez H : résection
Tumeurs infectieuses et parasitaires	Abcès amibien ou bactérien (pyogènes)	▪ Collection purulente originaire d'un embole septique (portal, artériel hépatique, biliaire) ▪ <u>Rech porte d'entrée</u> : foyer dig, si pyogènes ORL et stomato ▪ Sd septique marqué, dlr hépatiques ▪ <u>Dg</u> : ponction échoguidée, sérologie amibiase	▪ Images petites ou grandes, uniques ou multiples ▪ Homogènes, hypoéchogènes, hypodenses au scanner ▪ Rehaussement périph après pdc	▪
	Kyste hydatique	▪ Cestode Echinococcus granulosus ▪ Formation parasitaire à contenu liquidien, avec mb parasitaire + coque ▪ Scolex se dvlp sur mb parasitaire ▪ H = hôte intermédiaire accidentel ▪ Hôte définitif = chien ▪ <u>Dg</u> : ctxt épdémio (contact avec chien Afrique du Nord, sud France -> Massif central) + aspect imagerie + sérologies	▪ Petite ou grande taille, différents aspects : - Identique à kyste biliaire simple - Aspect typique : mb décollée de la coque ou flottant dans le liquide du kyste, ou formant des cloisons (écho ou IRM ++) - Aspect très classique : paroi calcifiée	NE PAS PONCTIONNER (risque de dissémination intra-péritonéale)
	Echinococcose alvéolaire	▪ Cestode Echinococcus multilocularis ▪ Formation parasitaire à contenu mixte (tissulaire + liquidien) vésicules de petite taille ▪ Hôte définitif : renard ou chien ▪ H = hôte intermédiaire accidentel ▪ <u>Ctx</u> : profession rurale, contact permanent avec chien dans zones d'endémie (Franche-Comté, Alpes, Massif central, Vosges, Ardennes) ▪ <u>Dg</u> : imagerie + ctxt / sérologie	▪ Echo, TDM, IRM ▪ Images nodulaires ou infiltrantes, aspect solide, simulent tumeur maligne qd compression des vaisseaux et/ou des voies biliaires	▪

Tumeurs malignes	▪ Asympto ▪ Sd tumoral (dlr hépatiques, hépatomégalie, ictère) ▪ Décompensation d'une maladie chronique du foie (ascite, ictère, hémorragie dig) ▪ Nécrose tumorale ▪ Hémorragie (intrahépatique, sous-capsulaire ou intrapéritonéale)			
	Métastases hépatiques	▪ <u>Cancers</u> : adénocarcinomes du TD et d pancréas, sein, carcinomes anaplasiques, mélanomes malins, tumeurs endocrines ▪ Uniques ou multiples ▪ <i>Pas de biopsies si</i> : tumeur primitive connue et < 5 ans, nodules hépatiques se sont dvpés après dg de tumeur primitive, aspect hautement compatible avec le dg ▪ Sinon => Biopsie	▪ Mise en évidence de paroi ▪ Nodules hypoéchogènes, hypodenses sans i ▪ Pas de rehaussement	▪
	Carcinome hépatocellulaire	▪ <u>Fdr</u> : maladie chronique du foie (stade de cirrhose ou fibrose avancée), hépatite B ▪ <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 ▪ AFP à visée pronostique ▪ <u>Dg</u> : ponction-biopsie <i>Dg peut être posé sans biopsie si :</i> - <i>Patient atteint de cirrhose ou de fibrose avancée</i> - <i>Nodule > 1 cm de diamètre : rehaussement artériel + wash-out au temps portal ou veineux</i> - <i>Lésion < 10 mm : imagerie refaite à M3</i>	▪ Nodule prenant le contraste 	▪ Dépistage semestriel chez cirrhotiques ▪ Dépistage même si éradication de la cause ▪ <u>Facteurs pronostiques</u> : - Etat général et comorbidités - Sévérité de la maladie chronique du foie et HTP - Nombre de nodules - Taille des plus gros nodules - Invasion vasculaire macroscopique - Analyse histologique ▪ <u>Tt curatifs</u> : ablation percutanée de la tumeur, résection chirurgicale, TH ▪ <u>Tt palliatifs</u> : chimioembolisation artérielle hépatique, thérapies anticancéreuses ciblées

	Carcinome cholangiocellulaire	▪ Tumeur des voies biliaires extra-hépatiques révélée par ictère ▪ Fréquence ↑ si maladie chronique du foie ou des grosses voies biliaires (cholangite sclérosante, lithiase intra-hépatique, kyste du cholédoque) ▪ Bilan extension ++	▪	▪ +/- résécabilité ▪ +/- drainage si ictère +/- chimiothérapie
--	--	--	---	--

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*