

Item 151 : Tumeurs du foie primitives et secondaires

Date de création du document 2008-2009

Table des matières

1 Définition.....	1
2 Epidémiologie.....	2
3 Circonstances de découverte.....	3
4 Eléments de caractérisation	4
4 . 1 Tumeurs bénignes.....	1
4 . 2 Tumeurs infectieuses et parasitaires (abcès et kystes).....	1
4 . 3 Tumeurs malignes.....	1
5 Démarche diagnostique.....	5
5 . 1 Première étape : y a-t-il une maladie chronique du foie ?.....	1
5 . 2 En cas de maladie chronique du foie : est-ce un carcinome hépatocellulaire ?.....	1
5 . 3 En l'absence de maladie chronique du foie documentée : l'échographie permet de déterminer la nature kystique ou solide.....	1

OBJECTIFS

ENC :

- Diagnostiquer une tumeur du foie primitive et secondaire.

I DÉFINITION

Une tumeur est une grosseur anormale sans préjuger de son caractère bénin ou malin, ni de sa nature néoplasique ou non néoplasique (infectieuse ou parasitaire par exemple). Dans le foie, une tumeur se caractérise le plus souvent par un nodule de texture différente de celle du parenchyme normal. Rarement, le tissu tumoral infiltre le parenchyme normal sans prendre un aspect nodulaire ; dans ce cas sa nature est presque toujours maligne. Ce chapitre sera donc principalement centré sur la discussion des lésions nodulaires du foie, bénignes ou malignes, néoplasiques ou non néoplasiques.

II EPIDÉMIOLOGIE

Les tumeurs du foie les plus fréquentes sont listées dans le **tableau 11.I**, par ordre de fréquence décroissante dans la population générale de notre pays.

Tableau 11.I. Tumeurs du foie les plus fréquentes

Kyste biliaire simple
Hémangiome bénin
Métastase d'adénocarcinome de l'appareil digestif
Autres métastases de tumeurs solides
Carcinome hépatocellulaire
Tumeurs bénignes hépatocytaires (hyperplasie nodulaire focale et adénome)
Abcès du foie (bactérien ou amibien)

suite du tableau 11.I.

Kyste hydatique
Echinococcose alvéolaire
Autres tumeurs malignes (en particulier, le cholangiocarcinome)

La fréquence de certaines de ces tumeurs est très augmentée en présence des facteurs de risque suivants :

- **métastases de tumeurs solides : cancer extrahépatique, connu ou non ;**
- **carcinome hépatocellulaire : hépatopathie chronique au stade de cirrhose ou de fibrose avancée ;**
- **carcinome cholangiocellulaire (cholangiocarcinome) : maladie chronique du foie ou maladie chronique des voies biliaires en particulier, cholangite sclérosante primitive) ;**
- **kyste hydatique : sujets exposés par contact avec des chiens en zone d'endémie (sud de la France jusqu'au Massif Central, Afrique du Nord) ;**
- **échinococcose alvéolaire : habitants des zones rurales du Jura, des Alpes, du Massif Central, des Vosges et des Ardennes ;**
- **abcès à pyogène : foyer infectieux intra-abdominal (par exemple sigmoïdite, appendicite, pancréatite, maladie inflammatoire chronique de l'intestin, obstruction biliaire), foyer infectieux extra-abdominal, diabète ;**
- **abcès amibien : antécédent même lointain, même inapparent d'amibiase digestive ;**
- **tumeur bénigne primitive hépatocytaire : sexe féminin, et, pour l'adénome, prise prolongée de contraceptifs oraux.**

Chez un patient pris en charge pour tumeur du foie, la mise en évidence de ces facteurs de risque influence fortement la démarche diagnostique. Pour certains de ces facteurs de risque, des programmes de dépistage peuvent être mis en place avant même qu'une tumeur du foie ne se soit dépistée.

C'est le cas :

- **du carcinome hépatocellulaire chez les sujets atteints de cirrhose ;**
- **des métastases hépatiques chez les patients atteints de cancer, et en particulier de cancer de l'appareil digestif, du sein, ou de l'ovaire ;**
- **des abcès du foie au cours d'un syndrome septique d'origine indéterminée ou suspecté.**

III CIRCONSTANCES DE DÉCOUVERTE

Elles sont très variées.

Souvent, il n'y a aucun signe :

- mise en évidence d'une hépatomégalie par l'examen clinique ;
- examen d'imagerie abdominale fait pour des manifestations qui ne sont pas liées à la tumeur (douleur abdominale par exemple) ;
- dépistage systématique dans une population à risque.

Souvent encore, les signes sont en rapport avec la maladie cause de la tumeur du foie :

- manifestations d'un cancer extrahépatique ;
- complication, révélatrice ou non, d'une cirrhose ;
- syndrome infectieux d'un abcès du foie.

Parfois, les signes sont directement en rapport avec la tumeur :

- sensation de gêne ou de pesanteur, ou franche douleur de l'hypochondre droit ou de l'épigastre ;
- perception d'une masse de l'hypochondre droit ou de l'épigastre par le patient ou le médecin ;
- altération de l'état général ou syndrome inflammatoire (clinique ou biologique) ;
- ictère ou syndrome de cholestase biologique pouvant se limiter à une augmentation de la Gamma Glutamyl Transpeptidase.

IV ELÉMENTS DE CARACTÉRISATION

IV.1 TUMEURS BÉNIGNES

Les tumeurs bénignes du foie non infectieuses (en particulier les plus fréquentes : kyste biliaire simple, hémangiome bénin) :

- ne donnent pas de manifestations cliniques, d'anomalies des tests hépatiques, ou de syndrome inflammatoire ;
- excepté dans les rares cas où elles sont très volumineuses (plus de 5 cm de diamètre).

Deux situations difficiles sont fréquentes :

- la tumeur bénigne est découverte par un examen fait pour élucider la cause de manifestations cliniques ou biologiques qui, en fait, ne lui sont pas liées ;
- la tumeur bénigne est découverte dans le contexte d'un programme de dépistage d'une tumeur maligne.

1. Kyste biliaire simple

Définition : c'est une cavité liquidienne pure dont la paroi, faite d'une couche unicellulaire d'épithélium biliaire, est invisible à l'imagerie avec ou sans injection de produit de contraste vasculaire. La cavité ne communique pas avec l'arbre biliaire. Le liquide kystique est parfaitement limpide : il ne contient ni cellule ni bilirubine. Les kystes biliaires simples sont parfois multiples bien qu'en nombre limité (< 5). Lorsqu'ils sont innombrables, il s'agit d'une polykystose hépatique ou d'une polykystose hépatorénale, qui sont des affections héréditaires.

Le diagnostic est établi sur les données de l'imagerie et, en cas de possible exposition à l'hydatidose, sur les résultats négatifs des tests sérologiques correspondants :

- le contenu du kyste apparaît :
 - parfaitement homogène, (**fig. 11.1 et 11.2**),
 - parfaitement anéchogène avec un renforcement postérieur des échos (**fig. 11.1**),
 - hypodense sur les images de tomodensitométrie sans injection,
 - fortement hyperintense sur les séquences d'IRM pondérées en T2 (**fig. 11.2**).
- il n'y a pas de paroi décelable avant ou après injection de produit de contraste et la limite avec le parenchyme hépatique est parfaitement régulière.

Les kystes biliaires ne nécessitent aucun traitement ni aucune surveillance.

Fig. 11.1. Échographie d'un kyste biliaire

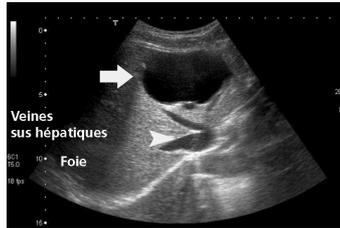
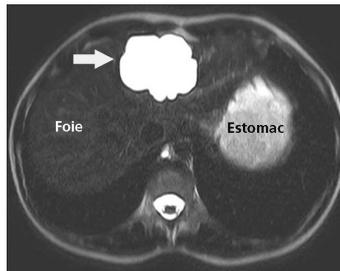


Fig. 11.2. Kyste biliaire (flèche) en IRM pondérée T2



2. Hémangiome bénin

Cette tumeur bénigne est fréquente (5 % de la population générale). Elle est faite d'une prolifération de capillaires vasculaires dilatés. Elle est homogène, hyperéchogène et hypodense sur les images de tomodensitométrie sans injection, fortement hyperintense en T2 sur les images d'Imagerie par résonance magnétique (**fig. 11.3**). Cette tumeur se rehausse de façon très particulière après injection de produit de contraste par des « mottes » périphériques progressant vers le centre de la tumeur après injection et finissant par la remplir totalement (**fig. 11.4 à 11.7**). Les hémangiomes bénins sont parfois multiples bien qu'en nombre limité (< 5). Les hémangiomes ne nécessitent aucun traitement ni aucune surveillance.

Fig. 11.3. Angiome en IRM pondérée T2 (dans la partie postérieure et droite du foie)

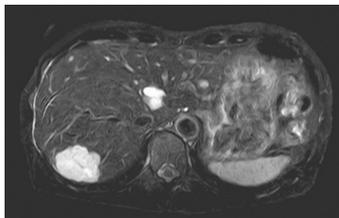


Fig. 11.4. Angiome en IRM pondérée T1

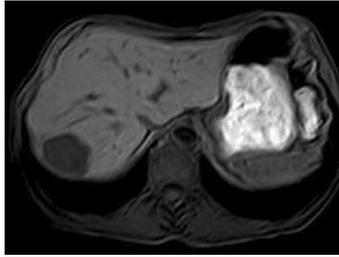


Fig. 11.5. Angiome en IRM pondérée T1 au temps artériel

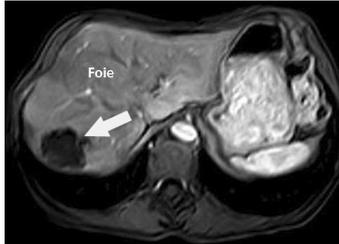


Fig. 11.6. Angiome en IRM pondérée T1 au temps portal

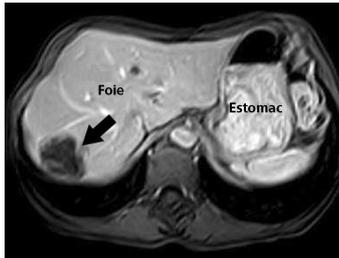


Fig. 11.7. Angiome en IRM pondérée T1 au temps tardif



3. Hyperplasie nodulaire focale

Cette tumeur est rare (prévalence estimée à 1 %). Il s'agit d'une tumeur bénigne non néoplasique (polyclonale), correspondant à une réorganisation nodulaire d'une zone de parenchyme hépatique recevant uniquement du sang artériel (et donc privée d'apport portal). C'est une tumeur rare atteignant électivement la femme en période d'activité génitale. Son diagnostic peut-être fait sur la base d'images caractéristiques après injection de produit de contraste vasculaire. Il n'y a aucun risque de transformation maligne. L'hyperplasie nodulaire focale ne nécessite aucun traitement ni aucune surveillance.

4. Adénome hépatocellulaire

Cette tumeur est exceptionnelle (prévalence estimée à 0,1 %) Il s'agit d'une tumeur bénigne néoplasique (monoclonale) d'origine hépatocytaire. C'est une tumeur très rare favorisée par la prise prolongée de contraceptifs oraux. Lorsque sa taille dépasse 5 cm de diamètre, une transformation maligne est possible. Certaines caractéristiques d'imagerie avant et après injection de produit de contraste vasculaire peuvent permettre de faire le diagnostic sans biopsie.

IV.2 TUMEURS INFECTIEUSES ET PARASITAIRES (ABCÈS ET KYSTES)

1. Abscès amibien ou bactérien (pyogène)

Il s'agit d'une collection purulente dont l'origine est :

- un embol septique d'origine portale (amibien ou bactérien) ;
- un embol septique d'origine extraportale, acheminé par voie artérielle hépatique (bactérien) ;
- l'infection d'une voie biliaire obstruée (bactérien).

La porte d'entrée n'est pas toujours cliniquement manifeste. Elle doit être cherchée par l'analyse des antécédents, la recherche de signes fonctionnels et de facteurs de risque, l'examen clinique et les examens d'imagerie. En l'absence d'orientation particulière, il convient de commencer par la recherche d'un foyer intra-abdominal biliaire ou extra-biliaire.

Un syndrome septique marqué et des douleurs hépatiques, spontanées ou provoquées par la palpation, sont habituels.

Ils apparaissent sous la forme d'images de petite ou grande taille, uniques ou multiples, généralement homogènes, hypoéchogènes, hypodenses au scanner. Un rehaussement périphérique après injection de produit de contraste traduit l'état inflammatoire du parenchyme avoisinant.

La ponction guidée par échographie permet de confirmer la collection, de prélever du matériel pour examen bactériologique et antibiogramme, et de vider la collection. Des tests sérologiques d'amibiase doivent être effectués systématiquement. En cas d'abcès amibien, une diminution rapide de la fièvre après administration de métronidazole est habituelle ; la diminution de la fièvre après traitement antibiotique est lente en cas d'abcès bactérien.

2. Kyste hydatique

Il est dû au cestode *Echinococcus granulosus*.

Il s'agit d'une formation parasitaire à contenu liquidien, limitée par une membrane parasitaire et par une coque. Sur la membrane parasitaire se développent les scolex, source de la contamination de l'hôte définitif (principalement le chien). L'homme est un hôte intermédiaire accidentel et le mouton l'hôte intermédiaire habituel.

Un contact même très ancien, avec un chien ayant séjourné en zone d'endémie est un élément d'orientation.

Le diagnostic est établi par l'association d'au moins deux des critères suivants :

- un contexte épidémiologique de contact avec un chien vivant en zone d'endémie (Afrique du Nord, sud de la France jusqu'au Massif Central) ;
- un aspect compatible en imagerie ;
- les résultats des tests sérologiques spécifiques.

À l'imagerie, il s'agit de tumeurs de petite ou grande taille, uniques ou multiples pouvant prendre différents aspects d'un patient à l'autre et, chez le même patient, d'un kyste à l'autre, notamment :

- un aspect identique à celui d'un kyste biliaire simple ;
- un aspect typique lorsque la membrane est décollée de la coque, ou flotte dans le liquide du kyste, ou forme des cloisons mieux visualisées par l'échographie ou l'IRM que par la tomодensitométrie ;
- un aspect très classique, lorsque la paroi du kyste est calcifiée, totalement (le kyste est alors mort) ou partiellement.

Les tests sérologiques consistent en la mise en évidence d'anticorps dirigés contre des antigènes parasitaires. Leur sensibilité approche 90 % mais n'est pas parfaite. La spécificité est également imparfaite en raison de réactions croisées avec d'autres cestodes. De plus, la plupart des tests ne permettent pas de différencier une infection par *Echinococcus multilocularis*, d'une infection par *Echinococcus granulosus*, responsable de l'échinococcose alvéolaire dont l'aspect en imagerie est très différent (voir ci-après). Lorsque les kystes sont morts, les tests sérologiques diminuent d'intensité ou deviennent négatifs.

La ponction du kyste expose au risque de dissémination intrapéritonéale, extrêmement grave. C'est pourquoi aucune image kystique intrahépatique ne peut être ponctionnée sans avoir éliminé au préalable un kyste hydatique par des tests sérologiques et l'anamnèse.

3. Échinococcose alvéolaire

Elle est due au cestode *Echinococcus multilocularis*.

Elle consiste en une formation parasitaire à contenu liquidien, constituée de vésicules de très petite taille (quelques mm). L'hôte définitif est le renard ou le chien. L'homme est un hôte intermédiaire accidentel. Les petits rongeurs sont les hôtes intermédiaires habituels.

Une profession rurale ou un contact permanent avec un chien, pour les habitants des zones d'endémie (habitants des zones rurales du Jura, des Alpes, du Massif Central, des Vosges et des Ardennes) sont des éléments forts d'orientation. On ne parle plus de la consommation de baies situées au ras du sol.

Le diagnostic est établi par l'association d'un aspect compatible en imagerie et d'un contexte épidémiologique compatible ou des résultats des tests sérologiques spécifiques.

Les images, mises en évidence par échographie, tomodensitométrie ou IRM, sont nodulaires ou infiltrantes, d'aspect solide en raison de la petite taille des vésicules, et simulent une tumeur maligne quand il y a invasion ou constriction des vaisseaux sanguins et/ou des voies biliaires.

Les tests sérologiques consistent en la mise en évidence d'anticorps dirigés contre des antigènes parasites. Leur sensibilité approche 90 % mais n'est pas parfaite. La spécificité est également imparfaite en raison de réactions croisées avec d'autres cestodes. De plus, la plupart des tests ne permettent pas de différencier une infection par *Echinococcus multilocularis*, d'une infection par *Echinococcus granulosus* [redite].

IV.3 TUMEURS MALIGNES

Elles peuvent être :

- totalement asymptomatiques ;
- ou donner les manifestations suivantes, parfois sévères :
 - de syndrome tumoral (douleurs hépatiques, hépatomégalie, ictère),
 - de décompensation d'une maladie chronique du foie (ascite, ictère, hémorragie digestive par hypertension portale),
 - de nécrose tumorale (simulant un abcès du foie),
 - d'hémorragie (intrahépatique, sous capsulaire ou intrapéritonéale).

1. Métastases hépatiques

Les cancers primitifs en cause en cas de métastases hépatiques sont, par ordre de fréquence décroissante :

- les adénocarcinomes du tube digestif et du pancréas ;
- le cancer du sein ;
- les carcinomes anaplasiques (bronchiques en particulier) ;
- les mélanomes malins ;
- les tumeurs endocrines.

Les métastases hépatiques peuvent être uniques ou multiples. Leur aspect varie en fonction de la tumeur primitive. Tous les aspects sont possibles, y compris un aspect kystique. Toutefois, il est exceptionnel qu'une métastase kystique n'ait pas une paroi décelable en imagerie. La mise en évidence de cette paroi est donc un élément crucial du diagnostic différentiel avec un kyste simple. L'aspect habituel d'une métastase d'adénocarcinome digestif est celui de nodules hypoéchogènes, hypodenses avant injection de produit de contraste, ne se rehaussant pas au temps artériel après injection de produit de contraste vasculaire (**fig. 11.8 à 11.9**). Le caractère multiple de ces lésions est un fort argument en faveur du diagnostic, a fortiori s'il existe d'autres métastases ailleurs (poumon, péritoine, ganglions).

Fig. 11.8. Métastases d'adénocarcinome (flèches noires). TDM au temps portal

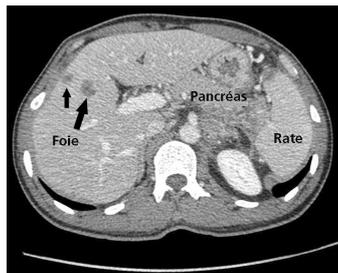


Fig. 11.9. Métastases d'adénocarcinome (flèches blanches). TDM au temps tardif



Il n'est pas nécessaire d'effectuer de biopsie lorsque toutes les conditions suivantes sont réunies :

- **la tumeur primitive est connue et récente (< 5 ans) ;**
- **les nodules hépatiques se sont clairement développés après le diagnostic de la tumeur primitive ;**
- **leur aspect est hautement compatible avec le diagnostic.**

En revanche, lorsque toutes ces conditions ne sont pas réunies, une biopsie dirigée est nécessaire pour un diagnostic de certitude, en particulier si les conséquences pour la prise en charge sont notables.

2. Carcinome hépatocellulaire

a. Facteurs de risque

Il se développe pratiquement toujours sur une maladie chronique du foie, habituellement au stade de cirrhose ou de fibrose avancée, quelle que soit la cause de l'hépatopathie. Au cours de la cirrhose l'incidence du carcinome hépatocellulaire est de l'ordre de 2 à 5 % par an.

Les facteurs de risque sont le sexe masculin, l'âge, la durée d'évolution de la maladie du foie, l'association de plusieurs causes de maladie chronique du foie (par exemple alcool et hépatite C), la présence d'un diabète.

b. Manifestations cliniques et radiologiques, examens de laboratoire

Le carcinome hépatocellulaire se manifeste habituellement par une complication de la cirrhose, plus rarement par un syndrome tumoral.

Cette tumeur est vascularisée exclusivement par l'artère hépatique, à la différence du parenchyme hépatique non tumoral, également vascularisé par la veine porte. Ces particularités expliquent les aspects caractéristiques en imagerie (tomodensitométrie, IRM ou échographie de contraste) : nodule qui après injection de produit de contraste vasculaire se rehausse plus que le parenchyme voisin au temps artériel de l'administration (**fig. 11.10**), mais devient moins dense que le parenchyme voisin au temps portal ou veineux (« wash out ») (**fig. 11.11 à 11.13**).

Carcinome hépatocellulaire. TDM sans injection (dans la partie antérieure et droite du foie)

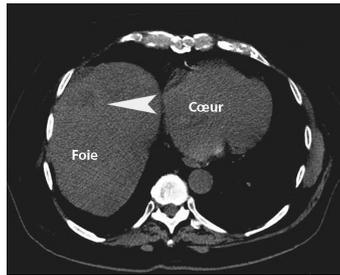


Fig. 11.11. Carcinome hépatocellulaire. TDM au temps artériel

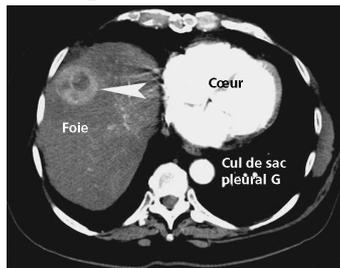


Fig. 11.12. Carcinome hépatocellulaire. TDM au temps portal

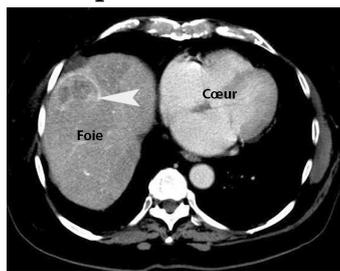
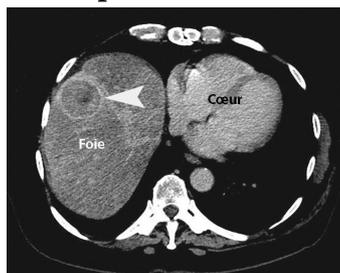


Fig. 11.13. Carcinome hépatocellulaire. TDM au temps tardif



L'augmentation de l'alphafoetoprotéine est un marqueur peu sensible et peu spécifique de carcinome hépatocellulaire. Toutefois, un taux sérique très élevé (> 500 ng/mL) chez un patient atteint de cirrhose suggère fortement qu'un carcinome hépatocellulaire est présent.

c. Diagnostic

Le diagnostic de carcinome hépatocellulaire est au mieux porté par une ponction-biopsie hépatique dirigée par une échographie sur les images anormales. Toutefois, il y a de nombreuses limites à la ponction-biopsie dirigée, notamment des contre indications et des complications du geste :

- le risque de saignement de la ponction hépatique. Ce risque est augmenté en cas de troubles de l'hémostase (thrombopénie $< 50\ 000/\text{mm}^3$, taux de Quick $< 50\ %$), fréquents en cas de cirrhose sévère et qui contreindiquent la biopsie ;
- une ascite abondante gêne le geste ; la biopsie peut-être effectuée après son évacuation ;
- la possibilité que la zone anormale ne soit pas visible sur les images d'échographie ou soit inaccessible à la ponction ;
- la possibilité que la ponction ramène du tissu non tumoral (faux négatif) ;
- le risque (faible) d'ensemencement du trajet de ponction par des cellules malignes.

Un diagnostic de carcinome hépatocellulaire peut aussi être porté sans examen invasif lorsque *toutes* les conditions suivantes sont réunies :

- patient atteint de cirrhose ou de fibrose avancée ;
- nodule de plus de 2 cm de diamètre, avec rehaussement artériel net et « wash out » au temps portal ou veineux ; *ou* nodule de plus de 2 cm de diamètre - concentration sérique de l'alphafoetoprotéine $> 500\ \text{ng/mL}$.

Lorsque le nodule mesure moins de 2 cm de diamètre, le diagnostic de carcinome hépatocellulaire reste possible ; un avis spécialisé est nécessaire.

d. Pronostic et traitement

Les facteurs pronostiques sont :

- l'état général du patient (index de performance) et comorbidités ;
- la sévérité de la maladie chronique du foie (score de Child ou MELD) et hypertension portale ;
- le nombre de nodules ;
- la taille des plus gros nodules ;
- l'invasion vasculaire macroscopique (veine porte et veines hépatiques).

Les traitements actuellement disponibles sont l'ablation de la tumeur par résection ou radiofréquence ; les traitements palliatifs par chimioembolisation ou thérapie anti-cancéreuse ciblée ; et la transplantation. Les indications de ces traitements sont fonction des facteurs pronostiques.

(En savoir plus : (1) TAIEB J., BARBARE JC. et al. *Prise en charge thérapeutique du carcinome hépatocellulaire. Où en sommes-nous ? Où allons-nous ?*. Bulletin du Cancer. Janvier 2009, Vol. 96, Numéro 1, 19 -34 p.) (1) Prise en charge thérapeutique du carcinome hépatocellulaire.

(En savoir plus : (2) Canal - U. AUDET Maxime et al. *Transplantation hépatique [en ligne]*.) (2) Vidéo : Transplantation hépatique.

(Recommandation : (1) Haute Autorité de Santé. *Indications de la transplantation hépatique [en ligne]. Conférence de consensus. Mars 2005.*) (1) Indications de la transplantation hépatique.

e. Dépistage

Le dépistage systématique du carcinome hépatocellulaire chez les malades atteints de cirrhose est justifié par :

- le risque élevé dans cette population ;
- la gravité spontanée ;
- la possibilité d'un traitement curatif lorsqu'il est appliqué à un stade précoce ;
- la possibilité d'une détection par échographie répétée.

Le dépistage du carcinome hépatocellulaire chez ces patients est effectué par une échographie semestrielle à condition que l'état du patient permette d'envisager un traitement si un carcinome hépatocellulaire était trouvé.

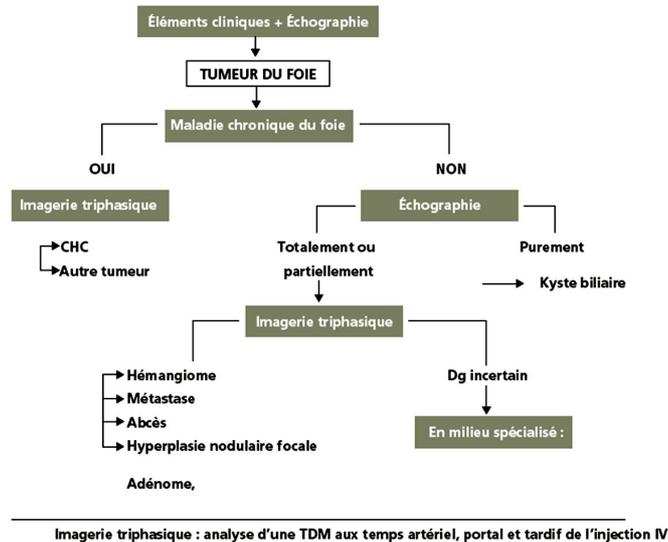
(Recommandation : (2) Haute Autorité de Santé. *Prise en charge des complications chez les malades atteints de cirrhose [en ligne]. Septembre 2007.*) (2) Prise en charge des complications chez les malades atteints de cirrhose.

3. Carcinome cholangiocellulaire (cholangiocarcinome)

Cette tumeur prend parfois la forme d'une tumeur hépatique lorsqu'elle prend naissance dans les voies biliaires intrahépatiques. Elle se présente plus souvent sous forme d'une tumeur des voies biliaires extrahépatiques. Sa fréquence est augmentée en cas de maladie chronique du foie ou des grosses voies biliaires (cholangite sclérosante en particulier). Elle peut simuler l'aspect d'une métastase ou celui d'un carcinome hépatocellulaire.

V DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE

Fig. 11.14. Discussion diagnostique d'une tumeur du foie



V.1 PREMIÈRE ÉTAPE : Y A-T-IL UNE MALADIE CHRONIQUE DU FOIE ?

La première étape est de déterminer par des moyens simples s'il y a une maladie chronique du foie (facteurs de risque, signes cliniques, biologiques et échographiques).

V.2 EN CAS DE MALADIE CHRONIQUE DU FOIE : EST-CE UN CARCINOME HÉPATOCELLULAIRE ?

S'il y a des arguments pour une maladie chronique du foie, le patient doit être adressé en milieu spécialisé dont le rôle sera d'affirmer ou d'écarter le diagnostic le plus fréquent : celui de carcinome hépatocellulaire, mais aussi de prendre en charge la maladie causale et le cancer.

V.3 EN L'ABSENCE DE MALADIE CHRONIQUE DU FOIE DOCUMENTÉE : L'ÉCHOGRAPHIE PERMET DE DÉTERMINER LA NATURE KYSTIQUE OU SOLIDE

1. En cas de lésion kystique : est-elle parfaitement liquidienne et sans paroi ni cloison ?

Le point essentiel est de vérifier l'absence de toute paroi ou cloison interne et le caractère parfaitement liquidien. Dans ce cas, le diagnostic de kyste biliaire simple est établi. Même lorsque ces conditions sont réunies, des tests sérologiques d'échinococcose doivent être effectués chez les sujets ayant vécu en zone d'endémie au contact avec des chiens.

Lorsque l'échographie ne répond pas clairement à ces questions, la tomodensitométrie, l'IRM ou l'échographie de contraste permettent de le préciser. Lorsque ces conditions ne sont pas réunies, le patient doit être adressé en milieu spécialisé pour poursuite des investigations. *Il peut s'agir d'une tumeur bénigne à potentiel malin, ou d'une tumeur maligne, ou d'un kyste hydatique ou d'un kyste simple modifié par une hémorragie intrakystique.*

2. En cas de lésion solide, même partiellement liquidienne : quelle est la cinétique de rehaussement vasculaire ? Y a-t-il un contexte de cancer ?

Les points essentiels sont :

- de préciser la cinétique de prise du produit de contraste vasculaire par une échographie de contraste, une tomodensitométrie ou une IRM ;
- de confronter ces données avec le contexte clinique, et en particulier la notion de cancer extrahépatique, connu ou à préciser.

Schématiquement :

- rehaussement en mottes périphériques, progressif, de la périphérie vers le centre : parfaitement spécifique d'hémangiome bénin (qui est également très hyperintense et homogène sur les images d'IRM pondérées T2) ;
- rehaussement périphérique au temps artériel avec centre non rehaussé : abcès ou tumeur nécrosée (maligne ou bénigne). En cas de syndrome inflammatoire marqué, une ponction pour analyse microbiologique doit être effectuée dans la zone nécrotique ;
- absence de rehaussement au temps artériel et portal (par comparaison au parenchyme voisin) : métastase ou adénome hépatocellulaire. La notion d'un cancer extrahépatique pèse fortement ;
- rehaussement net au temps artériel (adresser en milieu spécialisé où une biopsie sera peut-être indiquée) :
 - avec « wash out » : carcinome hépatocellulaire,
 - sans « wash out » : adénome, hyperplasie nodulaire focale, certaines métastases, certaines tumeurs malignes primitives autres que le carcinome hépatocellulaire.

(En savoir plus : (3) BLANC JF., BALABAUD C., Tumeurs de foie, primitives et secondaires. La revue du praticien. Vol. 56, Fascicule 6, 679-687 p.) (3)Tumeurs de foie, primitives et secondaires.

VI ANNEXES

EN SAVOIR PLUS

- (1) TAIEB J., BARBARE JC. et al. Prise en charge thérapeutique du carcinome hépatocellulaire. Où en sommes-nous ? Où allons-nous ?. Bulletin du Cancer. Janvier 2009, Vol. 96, Numéro 1, 19 -34 p. : <http://www.jle.com/fr/revues/medecine/bdc/e-docs/00/04/45/B2/resume.md>
- (2) Canal - U. AUDET Maxime et al. Transplantation hépatique [en ligne]. : http://www.canal-u.tv/themes_1/sciences_de_la_sante_et_du_sport/clinique_chirurgicale/chirurgie_digestive/transplantation_hepatique
- (3) BLANC JF., BALABAUD C., Tumeurs de foie, primitives et secondaires. La revue du praticien. Vol. 56, Fascicule 6, 679-687 p. : <http://www.bdsp.ehesp.fr/base/Scripts/ShowA.bs?bqRef=342504>

RECOMMANDATION

- (1) Haute Autorité de Santé. Indications de la transplantation hépatique [en ligne]. Conférence de consensus. Mars 2005. : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272409/indications-de-la-transplantation-hepatique
- (2) Haute Autorité de Santé. Prise en charge des complications chez les malades atteints de cirrhose [en ligne]. Septembre 2007. : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_606527/prise-en-charge-des-complications-chez-les-malades-atteints-de-cirrhose

ABRÉVIATIONS

- GGT : Gamma Glutamyl Transpeptidase
- IRM : Imagerie par résonance magnétique