

UNIVERSITE DE CONSTANTINE

FACULTE DE MEDECINE

MODULE DE GASTRO-ENTEROLOGIE

ANNEE 2021-2022

TUMEURS BÉNIGNES DU FOIE

Pr N. BOUREGBA

TUMEURS BÉNIGNES DU FOIE

I.Introduction

Les tumeurs bénignes du foie (TBF) se développent généralement sur foie sain, parfois sur foie stéatosique.

Les progrès récents de l'imagerie ont eu deux conséquences majeures:

- Ces tumeurs sont de plus en plus souvent dépistées.
- Elles sont de mieux en mieux caractérisées et identifiées par ces mêmes examens d'imagerie et le recours à la ponction biopsie hépatique devient relativement rare.

Trois tumeurs hépatiques bénignes à reconnaître :

- L'hémangiome : développé à partir des cellules endothéliales.
- L'hyperplasie nodulaire focale. } Développés à partir des hépatocytes
- L'adénome hépatocellulaire. }

II.Hémangiome

1)Généralités

- Tumeurs avec des cavités vasculaires bordées par des cellules endothéliales, dont la taille varie de quelques millimètres à plusieurs centimètres (hémangiome géant).
- Ils peuvent être uniques ou multiples.

2)Épidémiologie : la tumeur la plus fréquente des TBF (2 à 4 %) de la population, avec une nette prédominance féminine.

3)Diagnostic

- Le plus souvent, la découverte est fortuite, car ils sont asymptomatiques
- Le bilan hépatique et l'AFP sont normaux.
- L'échographie montre une zone hyperéchogène bien limitée
- Le scanner montre une zone hypodense qui s'opacifie après injection de produit de contraste de la périphérie vers le centre.
- L'IRM permet de faire le diagnostic de certitude en montrant une image très hyperintense, sur les séquences pondérées en T2, et l'injection de produit de contraste montre une prise de contraste périphérique avec remplissage vasculaire en motte, vers le centre.

4)Complications : elles sont rares

- Rupture spontanée ou après traumatisme avec hémopéritoine
- Coagulation dans l'hémangiome pouvant être responsable d'une thrombopénie et fibropénie (Syndrome de KASABACH-MERRIT).
- Gène mécanique.

- 5) Traitement :** Abstention thérapeutique ++++ et pas de surveillance.
Exérèse chirurgicale en cas d'angiome compliqué

III. Adénome du foie

2) Histologie : tumeur faite d'hépatocytes de taille variable, sans espace porte.

3) Épidémiologie : tumeur rare (0,005%) touchant principalement la femme entre 20 et 50 ans, sa fréquence est augmentée par la prise de contraceptifs oraux fortement dosés en œstrogènes.

4) Diagnostic

- Le plus souvent asymptomatique
- Rarement : douleur de l'HCD, hépatomégalie.
- Le bilan hépatique et l'AFP sont normaux
- A l'échographie, c'est une tumeur arrondie, bien limitée plus ou moins hétérogène, hyperéchogène.
- Scanner: zone hypodense ou isodense, après injection de PC l'opacification est précoce, mais souvent hétérogène.
- IRM :
 - Lésion hétérogène.
 - Iso ou hyperintense en T1.
 - Hyperintense en T2.
 - Hypervascularisée de façon variable au temps artériel.

Il n'y a pas de diagnostic iconographique de certitude d'adénome, de même à l'histologie il est difficile de différencier un adénome d'un carcinome hépatocellulaire très bien différencié.

5) Traitement

- Arrêt des contraceptifs oraux
- La distinction avec un CHC peut être difficile.
- Le traitement consiste en l'exérèse chirurgicale (risque de dégénérescence et rupture).

IV. Hyperplasie nodulaire focale

1) Histologie : Tumeur polylobée, d'un diamètre variable contenant des nodules pseudo cirrhotiques avec travées fibreuses.

2) Épidémiologie

- Tumeur rare 1 à 3 % de la population.
- Elle touche principalement la femme entre 20 et 50 ans
- La prise de contraceptifs oraux ne semble pas favoriser son développement

3)Diagnostic

- Le plus souvent asymptomatique et de découverte fortuite.
- Douleurs possibles en cas de lésion volumineuse.
- Le bilan hépatique est NL sauf parfois une élévation des γ -GT. L'AFP normale
- L'échographie : formation isoéchogène
- TDM : Tm iso ou hypodense avec opacification précoce après injection de PC sous la forme d'une lésion très hypervasculaire au temps artériel et rehaussement tardif de la partie centrale.
- IRM : L'examen de référence pour le diagnostic de l'hyperplasie nodulaire focale qui montre :
 - Lésion homogène discrètement hyperintense en T2.
 - Comportant un élément central très hyperintense.
 - L'injection de produit de contraste confirme l'hypermvascularisation de la lésion et les clichés tardifs montrent la vascularisation de l'élément central

4)Traitement

- Abstention thérapeutique.
- Exérèse exceptionnellement devant les HNF symptomatiques.

V. KYSTE BILIAIRE

Il s'agit d'une formation liquidienne, séparée du parenchyme hépatique par une paroi tapissée par un épithélium identique à celui des voies biliaires.

1) Épidémiologie

- Ce sont des lésions très fréquentes dont la prévalence est estimée de 2 à 3% de la population générale.
- Prédominance féminine.
- Augmente avec l'âge

3)Diagnostic

- Le plus souvent asymptomatique et de découverte fortuite sur un examen d'imagerie.
- Rarement et lorsqu'ils sont volumineux (> 10 cm) peuvent être responsables de douleurs abdominales de l'HCD, voire se compliquer de : hémorragie intrakystique, rupture, infection, compression des organes de voisinage.
- L'échographie suffit à affirmer le diagnostic: lésion sphérique ou ovale, anéchogène, à bords nets avec un renforcement postérieur.
- La TDM et l'IRM ne sont pas nécessaires.
 - La TDM lorsqu'elle est réalisée : formation liquidienne arrondie et bien limitée donc hypodense avant et après injection de produit de contraste iodé.

- L'IRM : formation arrondie très hypo-intense en T1 et très hyperintense en T2.

4)Diagnostic différentiel

Ce sont les autres lésions kystiques hépatiques, à savoir :

- Kyste hydatique.
- Abscess du foie.
- Polykystose hépatocellulaire.
- Rare formes kystiques de tumeurs hépatiques : cystadénome, cystadénocarcinome.
- Métastases hépatiques.

5)Traitement

- Abstention thérapeutique pour les kystes biliaires asymptomatiques sans aucune surveillance.
- En cas de kyste symptomatique ou de complications, une alcoolisation par voie percutanée ou une résection chirurgicale du dôme saillant (sous coelioscopie le plus souvent) sont discutées.

VI. CONCLUSION

Les tumeurs bénignes du foie sont dominées en fréquence par les hémangiomes, les kystes simples et les hyperplasies nodulaires focales. Ces trois lésions sont habituellement asymptomatiques et n'entraînent pas de complication. Elles ne nécessitent donc aucun traitement. Les méthodes d'imagerie modernes permettent un diagnostic non invasif de certitude, dans la majorité des cas. Les adénomes hépatiques et les cystadénomes ont un risque de dégénérescence.

Si doute diagnostique une biopsie percutanée ou chirurgicale (coelioscopique) est indiquée, mais il existe de rares indications d'exérèse à visée diagnostique pour des lésions atypiques.

La chirurgie des tumeurs bénignes doit être justifiée, réfléchie et sûre.