

LES TUMEURS DU FOIE

I/INTRODUCTION

- ❖ Le foie est le siège de diverses tumeurs malignes primitives et secondaires
- ❖ 95% des tumeurs malignes primitives sont des tumeurs épithéliales:-Carcinome hépatocellulaire 85-92%. Le Cholangiocarcinome représente 8-13%
- ❖ Les métastases hépatiques sont les plus fréquentes des tumeurs du foie, elles compliquent surtout les Kc drainés par la circulation splanchnique et au 1^{er} rang les Kc colorectaux.
- ❖ Tumeurs Malignes mésenchymateuses très rares: angiosarcome, lymphome
- ❖ Diagnostic histologique est posé sur :
 - Critères morphologiques
 - Étude immuno- histochimique qui permet d'identifier le site primitif d'une tumeur indifférenciée.
- ❖ **Le pronostic est généralement mauvais même après traitement**

II/ DIAGNOSTIC POSITIF :

1-Examen clinique:

- Le CHC sur foie cirrhotique est rarement diagnostiqué par ses manifestations cliniques : douleur de l'hypochondre , distension abdominale, anorexie et perte de poids , ictère, hémorragie, ascite (50%).

-Au stade tardif :HPM irrégulière (90%) , bruit artériel hépatique ; Budd-Chiari

-Manifestations paranéoplasique & sécrétion ectopique : hypoglycémie (5-25%)

2- Examen biologique :

Taux élevé d'alphafoetoprotéine (>500 ng/ml)

3-Examen radiologique :

- ❖ L'échographie couplée à l'examen doppler reste l'examen de choix pour le dépistage et le diagnostic du CHC, Il permet de dépister des tumeurs asymptomatiques et de petite taille
- ❖ la lésion hypo-échogène est l'aspect le plus fréquemment observée.
- ❖ Surtout l'échographie permet la réalisation d'une ponction biopsie hépatique dirigée
- ❖ TDM abdominale, angioscanner, IRM (fiabilité de 80% :nodule hypervascularisé au temps artériel.)

III/ETUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE : (OMS)

A-LES TUMEURS PRIMITIVES:

1 – TUMEURS BENIGNES :

- ADENOME HEPATO-CELLULAIRE :

2-Un type pseudo-glandulaire : réalisé par des dilatations sinusoidales, des nécroses centrales au sein de massifs cellulaires compacts.

3-Un type compact : où la structure trabéculaire de base est difficile à mettre en évidence, les sinusoides sont peu visibles.

4-Un type squirrheux : où le stroma est très développé, fibreux et dur.

B) - CARCINOME CHOLANGIO-CELLULAIRE : Prend l'allure d'un adénocarcinome dont les cellules se rapprochent dans les cas typiques de celles des revêtements excréto-biliaires.

C) - CARCINOME HEPATO-CHOLANGIOCELLULAIRE : Associe les deux variétés dans une même tumeur.

D) - AUTRES TUMEURS MALIGNES :

- Hépatoblastome
- Hémangio-endothéliome malin
- Mésenchymome malin
- Tératome malin.

B-LES TUMEURS SECONDAIRES

- Tumeurs malignes du foie les plus fréquentes , elles représentent parfois le seul site métastatique ou la seule cause menaçant la survie du patient.
- C'est le site métastatique de prédilection des Tms du tube digestif qui est expliqué par le drainage veineux portal : estomac, vésicule , pancréas : 44-78 % Colon : 56-58 %/ Oesophage : 24-38%
- le pronostic des métastases hépatiques est en générale très sombre.
- Diagnostic en règle facile surtout quand la tumeur primitive est connue , ces Tumeurs sont le plus souvent fibreuses,rarement kystiques

MACROSCOPIE :

1-forme nodulaire : la plus fréquente, soit un nodule isolé (10%), soit des nodules multiples (90%). A la coupe, il apparaît blanchâtre, à l'exception du mélanome qui donne des métastases pigmentées maron ou noir.

2-La forme diffuse intra-sinusoidale : rare, réalise une hépatomégalie diffuse, elle correspond dans 30% des cas à un mélanome.

HISTOLOGIE :

Le diagnostic de tumeur maligne est le plus souvent facile, il peut être beaucoup plus difficile d'affirmer le caractère secondaire de la tumeur. Les métastases peuvent reproduire plus ou moins bien, les caractéristiques histologiques de la tumeur primitive ; quand les caractères de différenciation de la tumeur primitive sont conservés, il est possible de distinguer soit un adénocarcinome, soit un cancer malpighien ou excréto-urinaire soit une variété histologique particulière.

Rôle fondamentale de IHC dans la détermination du type histologique permettant de préciser le site primitif des tumeurs métastatiques.

Microscopie: il est fait de travées régulières d'hépatocytes mono ou le plus souvent bi stratifiées, convergent vers des veines de drainage. A aucun endroit on ne distingue d'espaces portes, ni de canaux biliaires.

B) ADENOME BILIAIRE :

- Macro: Ce sont de petits nodules fermes, blanchâtres, situés sous la capsule de GLISSON.
- Histo: constitué de tubules revêtus d'un épithélium de type biliaire, situé dans un stroma fibreux modérément abondant.

C) CYSTADENOME BILIAIRE : Tumeur solitaire, rencontrée chez la femme, d'âge moyen, habituellement dans le lobe droit. Sa taille varie de quelques cm à 20 cm. Il est multiloculaire et contient un matériel mucoïde.

D) - HEMANGIOME BENIN : Tumeurs les plus fréquentes du foie.

- Angiome capillaire : qui est rare.
- Angiome caverneux.

E) - HEMANGIO-ENDOTHELIOME INFANTILE : Rare.

F) - AUTRES TUMEURS :

- Lymphangiome
- Fibrome
- Lipome
- Leiomyome
- Myxome
- Mésothéliome bénin
- Tératome ou Dysembryome: touché l'enfant avant 8 ans, le plus souvent de sexe masculin. Ce sont des tumeurs composées de tissus multiples qui ne se trouvent pas normalement dans le foie.

2 - LES TUMEURS MALIGNES

A) - CARCINOME HEPATOCELLULAIRE :

MACROSCOPIE :

Il réalise une tumeur unique ou multiple, plus ou moins bien limitée, rarement encapsulée, nodulaire ou massive, dont l'aspect varie beaucoup selon la taille.

Les petits carcinomes dont le diamètre reste inférieur à 5 cm, sont en règle homogène, assez ferme et de couleur beige, voire verdâtre en cas de bilisécration.

Les carcinomes de plus de 5 cm de diamètre sont beaucoup plus hétérogènes

Consistance molle

Teinte polychrome avec cholestase et remaniements nécrotico-hémorragiques

HISTOLOGIE :

La classification de l'OMS individualise selon le type architectural :

1-Un type trabéculaire : correspondant à des cellules tumorales disposées en lames d'épaisseur variable, séparées par des sinusoides limitées par un endothélium aplati.