

## LES HEPATOMEGALIES

### I) Diagnostic positif

Le foie normal chez l'adulte, mesure moins de 12 cm sur la ligne médio claviculaire droite. Son bord inférieur peut être normalement perçu à droite chez certains sujets lors de l'inspiration. Le débord xiphôïdien du foie gauche ne dépasse pas 3 cm. Au-delà de ces limites, on parle d'hépatomégalie.

### II) Diagnostic différentiel

Un gros foie doit être distingué d'une tumeur de l'hypochondre droit ou de l'épigastre (estomac, pancréas, côlon, adénopathie), habituellement non mobile lors de la respiration. Si besoin, l'échographie confirme aisément l'hépatomégalie.

### III) Diagnostic étiologique

#### A) LES MOYENS

L'enquête étiologique est orientée en premier lieu par la clinique

1) *L'interrogatoire* recherche les facteurs de risque d'hépatopathie : un éthylisme, une prise de médicaments hépatotoxiques, un contage avec un virus responsable d'hépatite, une hémorragie digestive. Il précise par ailleurs les autres antécédents (cancer, cardiopathie, sérologie VIH, maladie infectieuse ou systémique...).

#### 2) L'examen clinique

##### Les caractères de l'hépatomégalie

Il consiste à rechercher le bord inférieur du foie par la palpation abdominale et la limite supérieure par la percussion thoracique antérieure.

##### **Détermination du bord inférieur.**

Le malade est allongé en décubitus strict, les membres supérieurs bien allongés

Le long du corps

Le médecin est assis à la droite du patient. Il palpe l'abdomen avec les deux mains jointives (ou avec une seule main) bien posée(s) à plat et enfoncée(s) avec une pression dosée. Tout doit être fait pour obtenir la décontraction abdominale

On commence la manoeuvre de palper hépatique en partant de la région de la fosse iliaque droite en direction du rebord costal jusqu'à ce que les pulpes viennent éventuellement buter contre le bord inférieur du foie (qui lui descend à l'inspiration).

**Détermination de la limite supérieure du foie.** Elle consiste, le patient étant toujours en décubitus, à percuter la face antérieure de l'hémi thorax droit en appliquant bien les doigts d'une des deux mains au niveau des espaces intercostaux (main située à peu près au niveau de la ligne médio claviculaire) et en descendant progressivement cette main de haut en bas jusqu'au rebord costal droit. *La hauteur totale du foie correspond à la taille mesurée entre le niveau du bord inférieur et le niveau de la limite supérieure.*

#### **Les résultats**

##### **L'état normal :**

Le bord inférieur du foie est le plus souvent non perçu dans l'abdomen. La limite supérieure du foie se situe au niveau du 4<sup>e</sup> ou du 5<sup>e</sup> espace intercostal droit,

Les mensurations du foie se prennent avec un mètre ruban ou une réglette

**La flèche hépatique est située entre 10 à 12 cm.** Le débord xiphoïdien du foie gauche ne dépasse pas 3 cm.

Lorsque le bord inférieur est palpé on peut apprécier **ses caractères normaux** : il est **régulier**, sa consistance **élastique** sa surface est **lisse**, **arrondi**, **indolore**, **mobile** avec les mouvements respiratoires.

**L'état pathologique :** Trois situations sont possibles

a) **Le foie est hypertrophié** (taille supérieure à 12cm) : il y a hépatomégalie. Il convient alors non seulement de mesurer précisément ce foie mais aussi d'en apprécier les caractéristiques palpatoires

➤ Les caractéristiques palpatoires consistent à apprécier :

- **Son type** : global ou localisé
- **L'aspect de sa surface** : régulier ou irrégulier
- **Sa consistance** : molle, ferme ou dure
- **Sa mobilité** avec le mouvement respiratoire
- **Sa sensibilité** à la palpation
- **L'aspect de son bord inférieur** : mousse ou tranchant
- **L'existence de signes vasculaire** : reflux hépatojugulaire, expansion systolique du foie

b) **Le foie est de taille normale.** L'absence d'hépatomégalie ne signifie pas obligatoirement absence de maladie hépatique sous-jacente.

L'hépatomégalie (en dehors des hépatites aiguës et du foie cardiaque) est en effet, en cas d'hépatopathie chronique, souvent un signe tardif traduisant déjà une évolution fibreuse du foie.

c) **Le foie est petit** : on parle d'hypotrophie ou d'atrophie hépatique. La hauteur totale du foie est inférieure à 10 cm en raison d'une diminution de l'aire de matité hépatique. Ce phénomène d'**atrophie** hépatique peut se voir soit dans une situation aiguë : l'hépatite fulminante soit dans une situation chronique : la cirrhose. Quoi qu'il en soit, l'atrophie hépatique est toujours un signe de gravité (car elle correspond à une diminution de la masse fonctionnelle hépatique).

### 3) Signes cliniques associés.

On recherche particulièrement des signes :

- généraux : fièvre, frissons, asthénie, amaigrissement ;
- locaux : douleurs dans l'hypochondre droit, en précisant leur caractère (coliques hépatiques, douleurs continues, hépatalgies spontanées ou d'effort) ;
- d'hypertension portale : circulation collatérale, une ascite, œdèmes des membres inférieurs ;
- d'insuffisance hépato-cellulaire : angiomes stellaires, érythrose palmaire, hippocratisme digital
- de cholestase : un ictère, un prurit, une grosse vésicule ;
- d'insuffisance cardiaque droite : hépatalgie provoquée, turgescence jugulaire, reflux hépato-jugulaire ;
- de dissémination tumorale : creux sus-claviculaire gauche : adénopathie de Troisier ; touchers pelviens : tumeur rectale, génitale ou nodule au niveau du cul-de-sac de Douglas.

## B) Examens complémentaires

### 1) Biologie

Des examens biologiques simples fournissent souvent des éléments d'orientation importants. On recherche notamment :

- NF : une hyperleucocytose ou une leuco-neutropénie, une hyper-éosinophilie, une thrombopénie ;
- **une cytolyse** : élévation des transaminases (alanine - et aspartate - aminotransférases : ALAT et ASAT), en précisant le rapport ALAT/ASAT ;
- **une insuffisance hépato-cellulaire** : TP, albumine ;
- **une cholestase** : bilirubine, phosphatases alcalines et GGT ;
- **électrophorèse des protides** : une hypergammaglobulinémie ou un bloc bêta-gamma.

### 2) Imagerie.

L'échographie est l'examen de première intention ; si besoin, elle est complétée par une tomodensitométrie (TDM). D'autres explorations (échoendoscopie, imagerie par résonance magnétique...) ont des indications plus spécifiques.

### 3) Anatomie pathologique

Lorsqu'une preuve anatomo-pathologique est nécessaire, une ponction biopsie du foie (PBH) doit être effectuée.

En cas de lésion focalisée du foie, après avoir éliminé une tumeur hypervasculaire et un kyste hydatique (sérologie), la ponction doit être guidée par l'échographie, la TDM ou, rarement, la laparoscopie

## **B) LES CAUSES**

Une hépatomégalie peut être diffuse ou correspondre à une lésion focale du foie.

Les causes d'hépatomégalie diffuse : trois grandes classes : maladies du parenchyme hépatique, affections biliaires et affections vasculaires.

Les causes de lésions focales du foie sont dominées par les tumeurs, kystes et abcès :

### **1) Hépatopathies parenchymateuses**

Il y a 3 grands types de présentations : hépatites aiguës, hépatites chroniques, cirrhoses.

Au cours des hépatites aiguës, le foie est homogène, de volume variable, de consistance normale ou ferme, à bord inférieur mousse, parfois sensible. Les enzymes hépatiques peuvent être très augmentés ( $> 10 N$ ).

Au cours des hépatites chroniques, l'hépatomégalie est homogène, souvent modérée, de consistance ferme, à bord inférieur mousse. Les signes associés sont une asthénie, arthralgies, Les signes biologiques les plus constants sont l'élévation chronique des transaminases à des taux variables mais modérés ( $< 5 N$ ) et l'hypergammaglobulinémie.

Au cours des cirrhoses, le foie est de volume variable, de consistance **dure** sa surface est homogène ou parfois nodulaire ; son bord inférieur est tranchant. En pratique, lorsque le foie possède ces caractères et qu'il existe à la fois des signes d'insuffisance hépato-cellulaire et d'hypertension portale (avec en particulier une ascite), on peut retenir cliniquement le diagnostic de cirrhose.

#### **a) Infectieuses**

HPM globale, régulière, mole, douloureuse

Signe accompagnateur : fièvre

Hyperleucocytose, sérologie

Hépatites virales : virus de l'hépatite B, C, D.....

Parasitaires : amibiase, kyste hydatique ....

Bactériennes : tuberculose, syphilis.....

#### **b) Toxiques**

**Alcool**

**Médicaments**

#### **c) Hépatopathies auto-immunes**

**Hépatite auto-immune**

***Cirrhose biliaire primitive***

#### **d) Surcharges**

Elles se manifestent par une hépatomégalie sans signe d'insuffisance hépato-cellulaire ou d'hypertension portale. Les anomalies des tests hépatiques sont inconstantes et modérées.

**Hémochromatose génétique**

**Maladie de Wilson**

**Stéato-hépatite non alcoolique (NASH)**

Elle est observée chez le sujet avec diabète ou dyslipidémie. L'hépatomégalie est variable, s'associe souvent à une élévation modérée des transaminases, des gamma-GT et des phosphatases alcalines. À l'échographie, le foie apparaît «brillant».

## 2) Hépatopathies biliaires

Un gros foie peut accompagner toutes les cholestases d'origine extra-hépatique suffisamment prolongées, dues à un obstacle sur la voie biliaire principale : lithiase, tumeur, compression extrinsèque, inflammation

Hépatomégalie globale à surface lisse, régulière, ferme, insensible

Rechercher un ictère rétionnel

Exploration fonctionnelle hépatique, échotomographie

## 3) Hépatopathies vasculaires

Une hépatomégalie d'origine «vasculaire» survient en cas d'obstacle à la circulation veineuse au niveau des cavités cardiaques, de la veine cave inférieure ou des veines sus-hépatiques.

Hépatomégalie globale à surface lisse, régulière, ferme, douloureuse spontanément et lors de la palpation

Rechercher un reflux hépatojugulaire, des signes d'insuffisance cardiaque droite

ECG et télé thorax

## 4) Lésions focales

**Tumeur bénigne :**

a) kyste hydatique

Formation localisée arrondie, régulière, lisse, de consistance rénitente insensible

Exploration fonctionnelle normale, L'échographie montre une formation liquidienne

Sérologie hydatique

b) angiome : dilatation vasculaire

c) adénome : tumeur bénigne

## **Tumeurs malignes**

Altération de l'état général, ictère, ascite .....

Augmentation des phosphatases alcalines

Faire : Echographie, PBF, dosage de l'alpha 1 foetoprotéine

Cancer primitif HPM globale ou localisée

Surface régulière»

Consistance dure pierreuse

Sensible ou douloureuse

Fixe

Cancer secondaire HPM globale

Surface irrégulière parsemée de gros nodules durs

« Foie marronné >>

Consistance dure Sensibilité variable

Mobile