

## Sémiologie des hépatomégalies

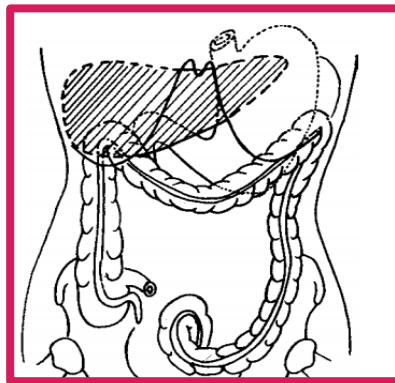
### Définir une hépatomégalie

Une hépatomégalie se définit par l'augmentation de volume du foie portant sur l'ensemble ou sur une partie du foie, ce qui permet ainsi de distinguer les hépatomégalies globales et les hépatomégalies localisées.

### Connaitre les notions de bases et les rapports anatomiques du foie (pré requis)

Le foie est situé dans l'hypochondre droit, il est limité en haut par le diaphragme, en bas par l'angle colique droit et le côlon transverse, il se prolonge dans la région épigastrique vers l'hypochondre gauche, où il est en rapport avec la petite courbure gastrique.

Il est constitué de deux lobes principaux droit et gauche séparés par l'insertion du ligament rond.



### Examen clinique du foie

#### Technique

**La percussion** : est exécutée sur le malade en décubitus dorsal, elle permet essentiellement de délimiter le bord supérieur du foie, elle se fait de haut en bas, les doigts de la main de l'examineur sont placés à plat parallèlement aux espaces intercostaux.

La partie supérieure de la matité hépatique dessine une courbe convexe en haut.

A gauche, elle se confond avec la matité cardiaque.

Lorsque le bord inférieur n'est pas palpable, il peut être étudié par la percussion douce pratiquée de bas en haut en commençant par l'hypochondre droit.

**La palpation** : est la méthode de choix pour délimiter le bord inférieur du foie et en préciser les caractères.

Différents procédés de palpation peuvent être utilisés mais toujours l'examineur se place à la droite du malade, ce dernier étant en décubitus dorsal.

#### La palpation unimanuelle :

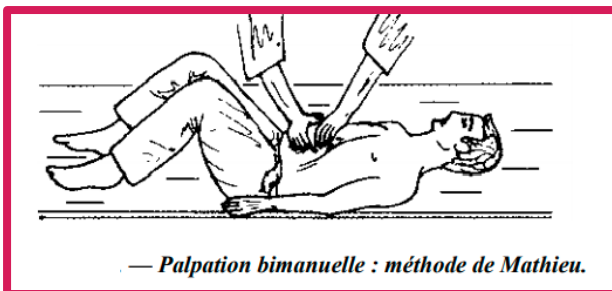
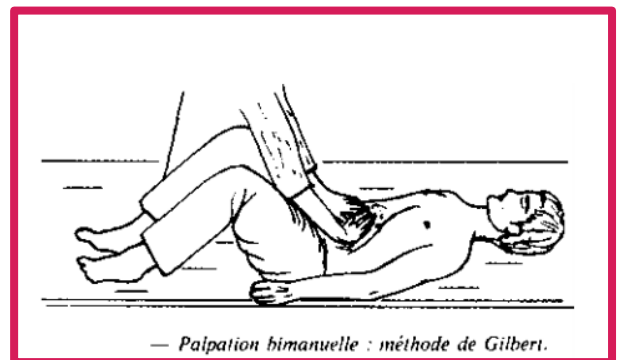
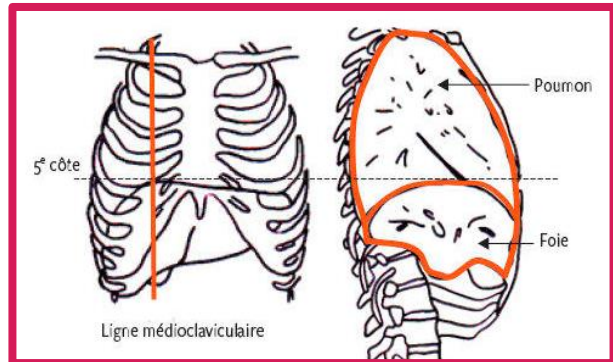
**Méthode de Chauffard** : l'examineur se place face au malade, la main gauche est glissée dans la région lombaire droite, la main droite est placée bien à plat sur l'abdomen, doigts dirigés vers le haut un peu obliques par rapport au rebord costal, on demande au malade de respirer profondément, le foie s'abaisse à chaque mouvement respiratoire et son bord inférieur vient buter sur la pulpe des doigts en attente

#### La palpation bimanuelle :

**Méthode de Gilbert** : l'examineur se place face au malade ; les deux mains bien à plat.

Doigts rapprochés dirigés vers le haut, le bord cubital de la main gauche est tourné vers le thorax et la racine de la main droite dirigé vers l'arcade crurale, le bord inférieur du foie vient buter contre la pulpe des doigts à chaque inspiration ;

**Méthode de Mathieu :** l'examineur se place à la tête du malade regardant vers les pieds du sujet examiné. Ses deux mains sont posées sur l'abdomen, « les doigts en crochet » dépassant le rebord costal cherchant à accrocher le bord inférieur du foie lors de l'inspiration



**Résultats :** l'examen clinique (percussion combinée à la palpation) va permettre d'apprécier le volume du foie en mesurant la flèche hépatique qui est la distance qui sépare le bord supérieur du bord inférieur du foie sur la ligne médio-claviculaire.

Chez l'adulte, la flèche hépatique normale est de 10 à 12 cm.

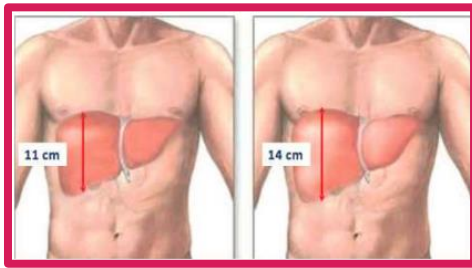
Chez le sujet normal en règle, le bord inférieur du foie ne déborde pas le rebord costal, sauf chez le sujet longiligne. Lorsque le bord inférieur est palpé lors des mouvements respiratoires profonds, on peut alors apprécier ses caractères normaux : il est régulier, parfois une petite encoche marque la séparation entre les lobes droit et gauche, sa consistance est élastique, sa surface est lisse, il est peu épais : mousse (c'est-à-dire arrondi), indolore, mobile avec les mouvements respiratoires

**Diagnostic positif :**

L'examen clinique va permettre de déceler une hépatomégalie qui se manifeste par une augmentation de la **flèche hépatique** supérieure à **12cm** au niveau de la **ligne médio claviculaire**.

Il permettra de distinguer s'il s'agit d'une **hépatomégalie diffuse** ou s'il s'agit d'une **hépatomégalie localisée** développée vers le bas à expression abdominale ou développée vers le haut à expression thoracique.

L'examen sera complété par un calque du foie qui est obtenu en traçant sur l'abdomen du sujet les limites supérieures et inférieures du foie par rapport à des repères anatomiques fixes le rebord costal, l'appendice xyphoïde et l'ombilic.



### Hépatomégalie diffuse :

La flèche hépatique est augmentée

Le foie réalise une tuméfaction de l'hypocondre droit et de l'épigastre mobile avec la respiration, de situation antérieure, dont le bord inférieur est oblique en haut et en dedans

Le diagnostic peut être difficile chez l'obèse et en cas d'ascite, l'hépatomégalie donne dans ce dernier cas le signe du glaçon, parfois elle n'est mise en évidence qu'après ponction évacuatrice lorsque l'ascite est de grande abondance

### Hépatomégalie localisée :

A développement abdominal : qui réalise une masse tumorale de l'hypocondre droit le plus souvent, plus rarement du creux épigastrique.

A développement thoracique : donnant une limite supérieure anormalement haute à la percussion et au téléthorax un aspect de surélévation de la coupole diaphragmatique droite.

#### Hépatomégalie localisée à développement abdominal :

Elle peut poser le problème **d'une masse tumorale de l'hypocondre droit** (hépatomégalie développée aux dépens du lobe droit) qui devra être différenciée :

**D'une grosse vésicule**

**D'un gros rein**

**D'une tumeur de l'angle colique droit**

**Hépatomégalie diffuse** : elle devra être différenciée :

**Du foie ptôsé**

**Du foie luxé**

**Du lobe de Riedel**

Elle peut poser également le problème **d'une masse tumorale épigastrique** (hépatomégalie développée aux dépens du lobe gauche) qui devra être différenciée : **d'une volumineuse tumeur gastrique** et **d'une splénomégalie** dont le bord antérieur est crénelé.

**Que l'hépatomégalie localisée soit développée au niveau de l'hypocondre droit ou au niveau du creux épigastrique**, dans les deux cas, on peut discuter **une tumeur pariétale** qui sera reconnue en faisant redresser le malade ; la palpation de la paroi abdominale contractée montre une disparition de la tuméfaction en cas d'hépatomégalie et sa persistance en cas de tumeur pariétale.

**Hépatomégalie localisée à développement thoracique** : qui est décelée à la percussion comme une ascension du bord supérieur de la matité et au télé thorax qui réalise une surélévation de la coupole diaphragmatique droite qui doit être différenciée d'une pleurésie surtout diaphragmatique

## **Diagnostic étiologique**

### **Hépatomégalie vasculaire :**

Globale

Surface lisse, régulière

Consistance ferme

Douloureuse spontanément

Lors de la palpation : mobile

Bord inférieur mousse

Signes accompagnateurs : reflux hépato-jugulaire, parfois expansion systolique du foie et subictère, signes d'insuffisance ventriculaire droite, d'insuffisance cardiaque globale ou de péricardite.

Examens complémentaires : ECG, télé thorax, écho cœur

### **Hépatomégalie cholestatique :**

Globale

Surface lisse, régulière.

Consistance ferme.

Insensible.

Mobile.

Bord inférieur mousse.

Signes accompagnateurs : ictère rétionnel avec parfois grosse vésicule.

Examens complémentaires : exploration fonctionnelle hépatique : syndrome rétionnel pur, recherche d'un obstacle sur la voie biliaire principale : échotomographie et CPRE

### **Hépatomégalie cirrhotique :**

Globale ou prédominant sur un lobe ou localisée à un lobe

Surface irrégulière parsemée de petits nodules de taille variable : d'où l'aspect de foie clouté

Consistance très ferme

Insensible

Mobile

Bord inférieur tranchant

Signes accompagnateurs : signes d'hypertension portale : splénomégalie, ascite, circulation veineuse collatérale abdominale, hémorragies digestives, un ictère, des angiomes stellaires et parfois des signes neurologiques.

Examens complémentaires : exploration fonctionnelle hépatique : syndrome d'insuffisance hépatocellulaire associé à un syndrome inflammatoire, la laparoscopie montre la présence de nodules de régénération à la surface du foie et permet la PBF qui apporte le diagnostic histologique de certitude de la cirrhose.

### **Hépatomégalies tumorales**

#### **Tumeur bénigne : kyste hydatique :**

Formation localisée arrondie, régulière, lisse, bombant en verre de montre à la surface du foie, de consistance souvent rénitente, insensible.

Absence de signes accompagnateurs.

Examens complémentaires : exploration fonctionnelle hépatique : normale ; échotomographie : met en évidence le kyste hydatique sous forme d'une formation liquidienne ; sérologie hydatique

### **Cancer primitif du foie :**

Hépatomégalie globale ou localisée, augmentant rapidement de volume.

Surface régulière.

Consistance : dureté pierreuse.

Sensible puis douloureuse.

Rapidement fixée.

Signes accompagnateurs : ictère, ascite, altération de l'état général.

Examens complémentaires : augmentation des phosphatases alcalines, hyperleucocytose, importance de la laparoscopie avec PBF et dosage de l'alpha 1-fœtoprotéine.

### **Cancer secondaire du foie :**

Hépatomégalie globale

Surface irrégulière parsemée de gros nodules durs d'où aspect de « **foie marronné** »

Consistance dure

Sensibilité variable

Mobile

Signes accompagnateurs : identiques à ceux du cancer primitif

Examens complémentaires : augmentation des phosphatases alcalines, laparoscopie qui montre des nodules cancéreux et permet d'en faire la biopsie, recherche du cancer primitif surtout digestif ou pulmonaire

### **Hépatomégalias infectieuses :** représentées essentiellement par l'**amibiase hépatique**.

Hépatomégalie globale

Surface régulière

Consistance ferme

Douloureuse : spontanément, lors de la palpation et lors de l'ébranlement : la main gauche placée dans les derniers espaces intercostaux de la région thoraco-abdominale est percutée avec le bord cubital de la main droite

Mobile

Signe accompagnateur : la fièvre

Examens complémentaires : exploration fonctionnelle hépatique normale, hémogramme : hyperleucocytose, sérologie amibienne fortement positive

L'amibiase hépatique non traitée peut évoluer vers l'abcès du foie

**Hépatomégalie de surcharge :** qui est en rapport avec une stéatose, plus rarement avec une amylose ou une hémochromatose

Hépatomégalie globale

Surface lisse régulière

Consistance molle

Bord inférieur mousse

Sensibilité variable

Mobile

Signes accompagnateurs : absents le plus souvent.

Examens complémentaires : laparoscopie qui permet la PBF et le diagnostic précis de surcharge et de son type