

LES HÉPATOMÉGALIES

Objectifs pédagogique

1. Différencier, par les caractères cliniques, les types d'hépatomégalies.
2. Reconnaître les principaux examens complémentaires pour asseoir le diagnostic
3. Décrire les différentes étiologies

PLAN

1. *Définition*
2. *Rappel anatomique*
3. *Examen clinique du foie normal*
4. *Diagnostic positif d'une hépatomégalie*
5. *Diagnostic différentiel d'une hépatomégalie*
6. *Diagnostic étiologique d'une hépatomégalie*
7. *Les différentes causes d'hépatomégalie*

1. Définition

On appelle hépatomégalie une 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.

2. Rappel anatomique

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'hypocondre 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.

3. Examen clinique du foie normal

3.1. Technique

— **l'inspection** : l'hépatomégalie se manifeste par une voussure au niveau de l'hypochondre droit ou un évasement de la base du thorax.

— **La percussion** : doit être douce, avec les mains de l'examineur réchauffées. La main gauche, doigts écartés et tendus, est posée à plat contre la paroi de l'abdomen. Le médius de la main droite recourbé, percute la face dorsale des doigts de la main gauche. La percussion se fait de haut en bas, à partir de la clavicule, sur la ligne medio claviculaire après la sonorité pulmonaire normale, on perçoit la matité hépatique. La limite entre la zone sonore pulmonaire et la zone mate hépatique correspond au bord supérieur du foie. On percute ensuite de bas en haut la limite entre zone sonore du colon et la matité hépatique, qui détermine la limite inférieure du foie.

Les difficultés de la percussion : en cas de distension colique, de pneumo-péritoine, d'épanchement pleural droit : intérêt de la percussion en position assise, en cas d'épanchement la matité s'élève.

— **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

3.2. 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.

4. Diagnostic positif d'une hépatomégalie

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.

4.1. Hépatomégalie diffuse : elle est reconnue sur les caractères suivants : 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.

4.2. 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.

5. Diagnostic différentiel d'une hépatomégalie

Il se posera différemment en cas d'hépatomégalie diffuse et d'hépatomégalie localisée.

5.1. Hépatomégalie diffuse : elle devra être différenciée :

— **Du foie ptôse** : le bord inférieur du foie est palpable, parfois un peu sensible à la pression mais *la flèche hépatique est normale*.

— **Du foie luxé** : le foie est refoulé vers le bas par un processus thoracique pathologique le plus fréquent est un épanchement pleural liquidien.

— **Du lobe de Riedel** : languette qui occupe le flanc droit en continuité avec le foie. Il s'agit d'un prolongement inférieur du lobe droit.

5.2. Hépatomégalie localisée à développement abdominal

a) 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 : qui donne une tuméfaction à bord inférieur arrondi et rénitente.

— D'un gros rein : qui donne le contact lombaire et qui s'accompagne le plus souvent de signes fonctionnels urinaires, importance de l'urographie intraveineuse qui permet de trancher dans les cas difficiles.

— D'une tumeur de l'angle colique droit : qui n'est pas mobile lors des mouvements respiratoires, qui s'accompagne le plus souvent de troubles du transit, importance du lavement baryte dans les cas difficiles.

b) 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 : intérêt de la fibroscopie qui montrera la tumeur gastrique remplacée par une compression de la petite courbure gastrique en cas d'hépatomégalie.

— 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.

5.3. Hépatomégalie localisée à développement thoracique : qui est décelée à la percussion comme une ascension du bord supérieur de la matité et au téléthorax qui réalise une surélévation de la coupole diaphragmatique droite qui doit être différenciée d'une pleurésie surtout diaphragmatique; dans les cas difficiles, intérêt de la création d'un pneumo péritoine.

6. Diagnostic étiologique d'une hépatomégalie : Il repose :

6.1. Sur l'interrogatoire : notion d'éthylisme, d'antécédents d'ictère, d'hémorragies digestives.

6.2. Sur l'examen clinique qui va préciser :

— Les caractères de l'hépatomégalie :

- -Son type : globale ou localisée.
- L'aspect de sa surface : régulière ou irrégulière.
- Sa consistance : molle, ferme ou dure.
- Sa mobilité avec les mouvements respiratoires.
- Sa sensibilité à la palpation.
- -L'aspect de son bord inférieur : mousse ou tranchant.

- -L'existence de signes vasculaires : reflux hépato-jugulaire, une expansion systolique du foie, l'existence d'un souffle à l'auscultation hépatique.

— L'existence de signes accompagnateurs évocateurs : *ictère, ascite, splénomégalie, circulation veineuse collatérale abdominale, angiomes stellaires, signes d'insuffisance cardiaque droite ou globale.*

6.3. Sur les examens complémentaires :

— Biologiques : exploration fonctionnelle hépatique, sérologie hydatique et intradermoréaction de Casoni, sérologie amibienne.

— Radiologiques : ASP à la recherche de calcifications.

— L'échotomographie abdominale.

— La scintigraphie hépatique

— La laparoscopie et la PBF.

7. Les différentes causes d'hépatomégalie

7.1. Hépatomégalie vasculaire

— Globale.

— Surface lisse, régulière.

— Consistance ferme.

— *Douloureuse* spontanément et 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 et téléthorax.

7.2. 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**.

7.3. Hépatomégalie cirrhotique :

— Globale ou prédominant sur un lobe ou localisée à un lobe (à noter que lors d'une cirrhose, le foie peut également être de volume normal ou au contraire atrophique).

— 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 hépato-cellulaire 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.

7.4. Hépatomégalies tumorales

a) 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 et IDR de Casoni positives.

b) Tumeurs malignes :

— 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 I-foetoprotéine.

— Cancer secondaire du foie :

- Hépatomégalie globale.

- Surface irrégulière parsemée de gros nodules durs d'où aspect de « foie marronne ».

- 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.

7.5. Hépatomegalies 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.-

7.6. 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

BIBLIOGRAPHIE

1. R.M Hamladji, Précis de sémiologie, OPUA
2. David Gray , Department of Medicine, Queen's Medical Centre, Nottingham, UK, Sémiologie médicale. Masson.
3. Société Nationale Française de Gastro-Entérologie. Cours intensif de cancérologie digestive 2005 (FFCD - FNCLCC - GERCOR - SNFGE). Cancer du pancréas-Cas Clinique [en ligne]. : <http://www.snfge.asso.fr/01-bibliotheque/0b-conferencesflash/2005/arc-et-senans/index.asp>