

# Diagnostic d'un nodule non vascularisé du foie

DESC-SCVO Rennes 2007



## 2 types

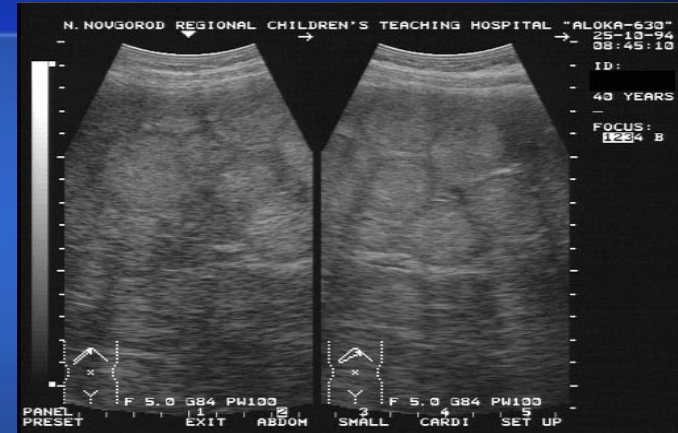
- Tumeur primitive : - cholangiocarcinome  
- CHC
- Localisations secondaires :
  - CCR 40%
  - autre digestif (estomac, pancréas) 10%
  - poumon 15%
  - sein 5%, vessie, utérus

# Importance du contexte clinique

- Découverte fortuite chez patient sain
- Cancer de diagnostic simultané ou déjà traité
- Hépatopathie chronique

# Arsenal diagnostique (Imagerie)

- Echographie
  - plutôt examen de découverte
  - image anéchogène ou hypoéchogène
  - nécessite toujours TDM voire IRM complémentaire
  - visualisation thrombose porte, dilatation VB, adénopathies  
(pédicule hépatique, coeliaque)
- TDM +++
- IRM



# Arsenal diagnostique (2)

- Ponction biopsie hépatique ciblée
- Marqueurs tumoraux :
  - sériques: ACE (CCR), CA 19-9 (estomac, pancréas, voies biliaires), CA 15-3 (sein)
  - immunomarqueurs : CK7, CK20, TTF 1

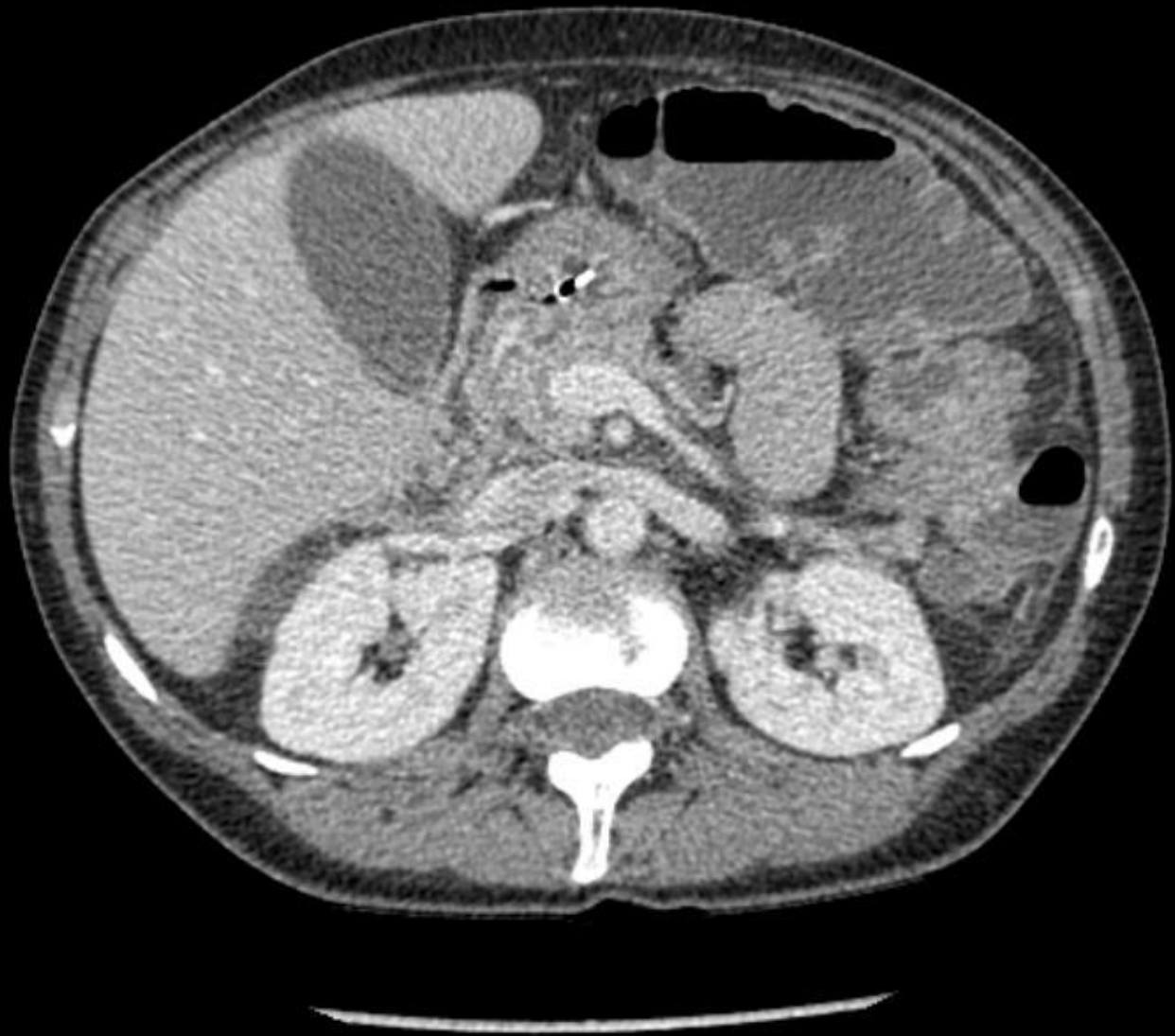


- Chirurgie



# Mme T

- 52 ans
- Admise aux urgences pour syndrome occlusif
- TDM: - occlusion sévère sur tumeur angle G  
- nodule non vascularisé segment II





- Relation évidente
- Pas d'explorations complémentaires pour diagnostic de la lésion hépatique
- Prise en charge occlusion avec biopsie voire exérèse tumorale per-opératoire lors chirurgie
- Discussion en UCPS

- 72 ans
- Résection antérieure du rectum en 2004 pour ADK classé pT3N2M0; chimiothérapie adjuvante
- TDM contrôle 2006:
  - nodules non vascularisés segments VI, VII, VIII
- ACE 84 ng/mL



- Contexte évident, image évocatrice
- Pas d'explorations
- Discussion en UCPS pour stratégie thérapeutique

- 68 ans
- DPC pour ADK tête pancréas pT2N0
- Ethylisme chronique. Cirrhose Child A6
- Surveillance régulière:
  - A 6 mois Echo puis TDM : nodule segment IV 3cm
  - alphaFP normale

➔ Métastase? CHC non vascularisé?  
Intérêt PBH tumorale et foie « sain »

- 64 ans
- Douleurs abdominales depuis 3 mois
- Ictère débutant
- Bilan par MT
- TDM: nodule volumineux du foie droit, hétérogène, hypodense



- Pas de contexte
- Suspicion de cholangiocarcinome sur caractéristiques radiologiques
- PBH? Chirurgie première?

# Ponction biopsie tumorale

- En cas d'absence de contexte évocateur
- En cas de lésion non opérable, (foie multi métastatique, maladie dépassée, terrain...), pour histologie avant chimiothérapie



## Cas particuliers :

- Éventuellement au cours anesthésie d'un ex fibroscopique (oesogastrique et colique) si celui-ci n'est pas informatif
- En cas d'intox OH, même si contexte tumoral : ne pas méconnaître petit CHC hypovascularisé, donc biopsie tumorale + PBH foie « sain », surtout si alphaFP élevée

# Tumeur isolée : Ponction biopsie tumorale

- Le plus rapide
- Précise caractère malin ou non, métastatique ou primitif
- Si secondaire, orientation difficile vers primitif
- Immunohistochimie : précise différenciation épithéliale des carcinomes (ADK +++)
- Immunomarqueurs :
  - CK7-/CK20+      origine colorectale 80%
  - CK7+/CK20+      origine biliopancréatique ou gastrique
  - TTF 1              origine pulmonaire

# Conclusion

- Peu d'étiologies. Métastases+++
- Discussion au cas par cas (UCPS)
- Si contexte évident pas d'explorations complémentaires
- PBH si faisceau d'arguments cliniques, radiologiques et biologiques insuffisant

# Démarche diagnostique

Arguments cliniques, radiologiques, biologiques

*Tumeur « identifiée »*

↓  
biopsie si et seulement si ttt  
susceptible d'être modifié  
par le résultat

*Tumeur non « identifiée »*

↙  
résécable

↓  
chirurgie plutôt que  
biopsie

↘  
non résécable

↓  
biopsie pour  
recherche primitif  
et ciblage ttt