

**Diagnostic et prise en charge  
thérapeutique des tumeurs  
bénignes non kystiques du foie**

DESC / SCVO

Rennes

15 et 16 janvier 2004

Marie-Line Barussaud (Nantes)

# Trois grands types de tumeurs bénignes

- **Hémangiome (HG) :**
  - Tumeur d'origine conjonctive
  - La plus fréquente : 0,7 à 7 % de prévalence
- **Hyperplasie Nodulaire Focale (HNF) :**
  - Tumeur d'origine épithéliale
  - Touche la femme +++ entre 20 et 50 ans
- **Adénome Hépato-cellulaire (AD) :**
  - Tumeur d'origine épithéliale
  - Contraception orale +++

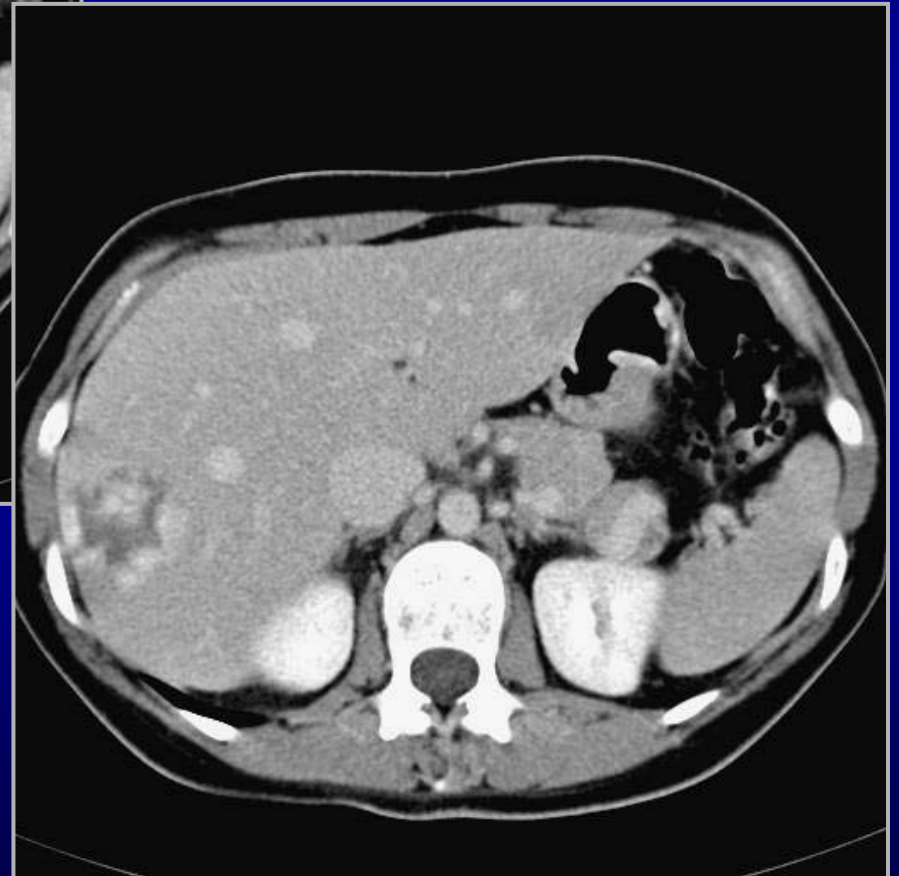
# Hémangiome

- Clinique :
  - Souvent asymptomatique, d'évolution lente
  - Si grande taille : douleurs abdominales, cholestase, syndrome inflammatoire
- Risque :
  - Rupture hémorragique rare mais grave (60 à 75 % de mortalité)
  - Pas de dégénérescence
- Anatomo-pathologie :
  - Cavités vasculaires dilatées bordées par un revêtement endothélial séparées par des cloisons fibreuses

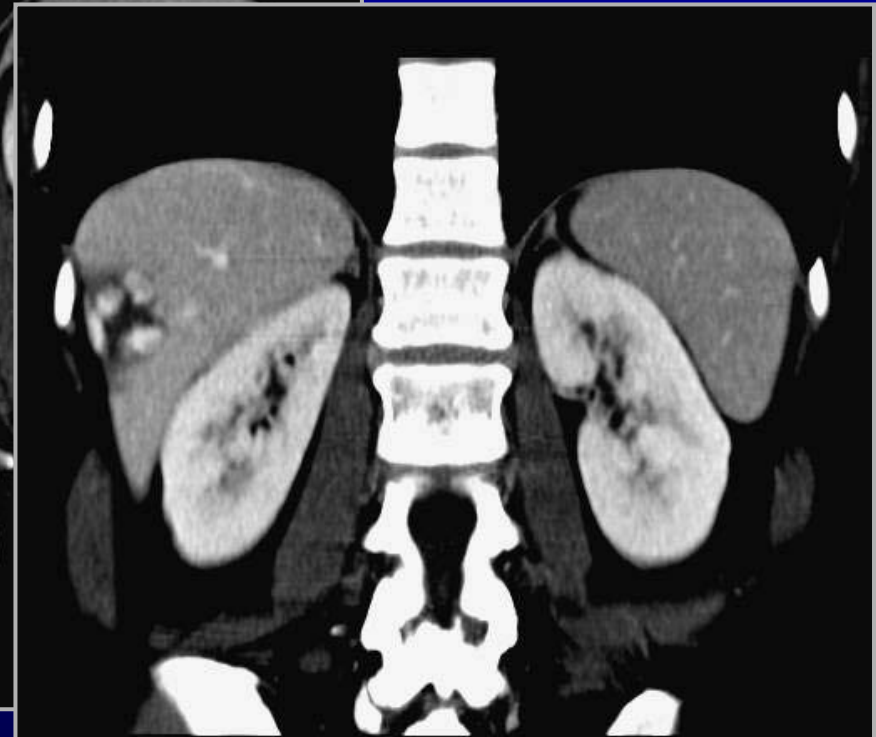
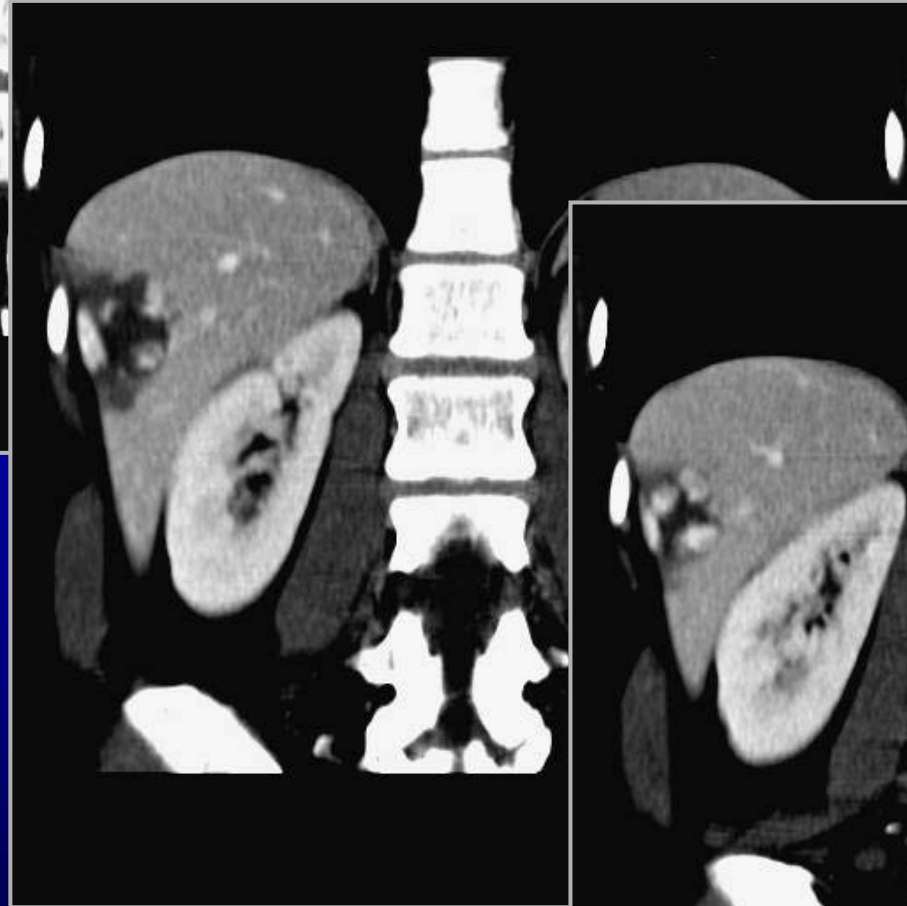
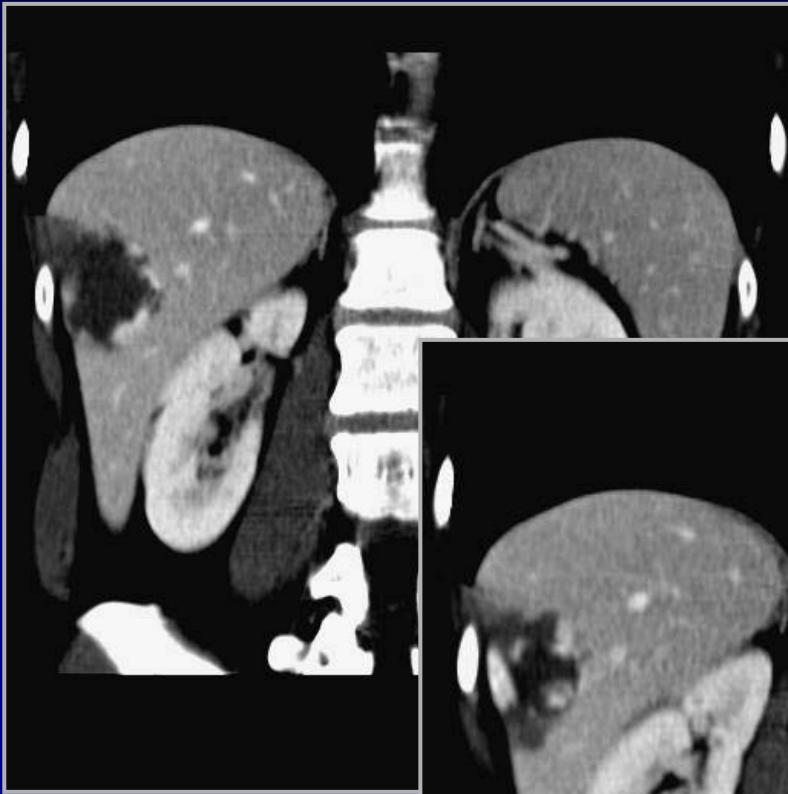
# Diagnostic d'Hémangiome

- Échographie :
  - Image hyper-échogène, homogène, bien limitée, avec renforcement postérieur, surtout si  $< 3$  cm
  - Difficile si remaniement hémorragique, grande taille ou tumeur hypo-échogène ( 10 % )
- Écho-doppler :
  - N'améliore pas la caractérisation tissulaire
- Scanner hélicoïdal :
  - Hypo-densité sans injection et prise de contraste en mottes périphériques discontinues avec un remplissage centripète +++
  - Diagnostic dans seulement 55 % des cas

Coupes horizontales :

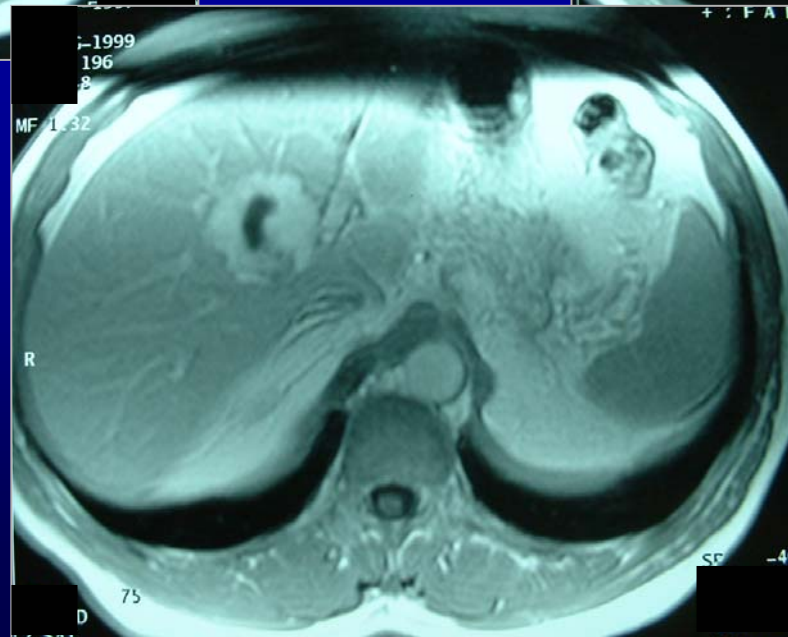
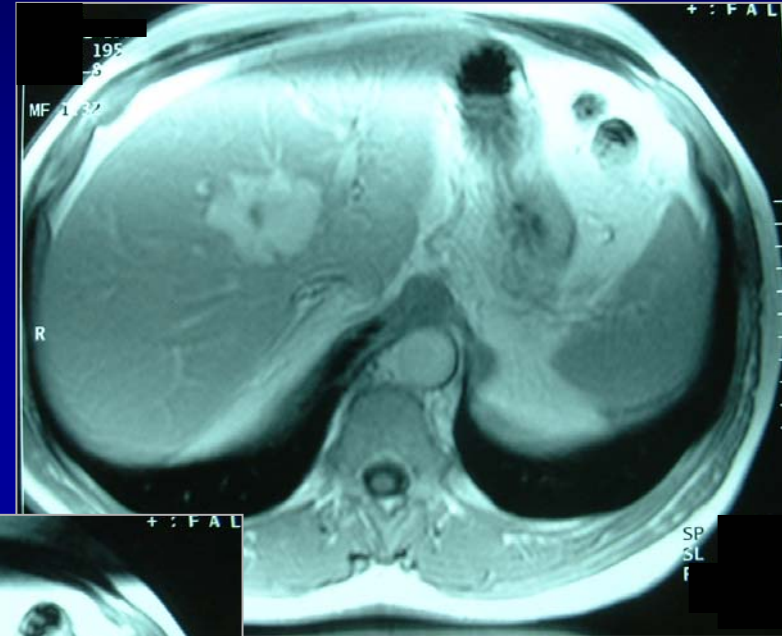
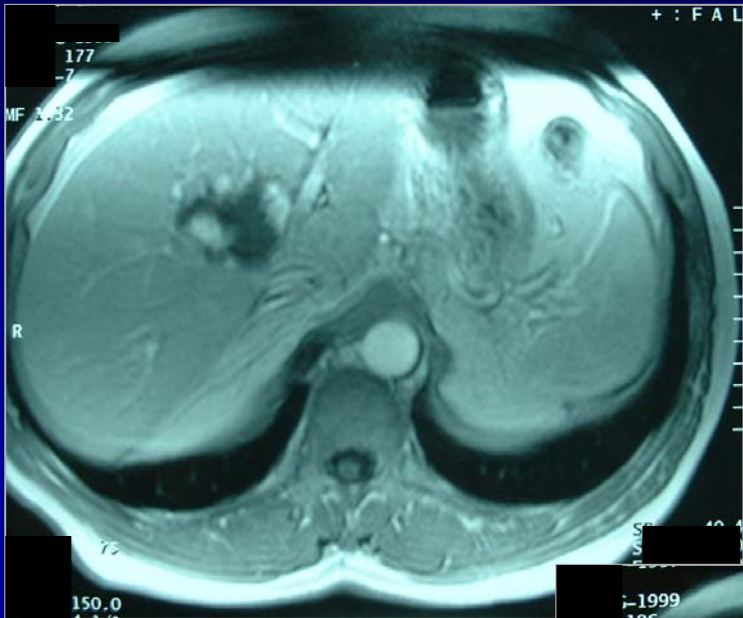


## Reconstructions :



- IRM +++ :
  - Hyposignal en T1, hypersignal homogène en T2
  - Peut confirmer les formes douteuses au scanner
  - Diagnostic de certitude dans 90 % des cas
  - MAIS : certaines métas hypervascularisées peuvent donner le même aspect
- Artériographie : n'a plus d'indication diagnostique
- Hématies marquées au Tc 99m :
  - Peu utilisée en France, performante pour les HG > 2,5 cm
  - Sensibilité 85 %, spécificité 100 %
- Biopsie hépatique :
  - Pour certifier le diagnostic si doute (rare)
  - Per cutanée ou chirurgicale (coelio)

# IRM d'angiome :



# Prise en charge thérapeutique

Pas d'indication chirurgicale => surveillance

Chirurgie discutée si :

- certaines formes symptomatiques
- la taille de la tumeur est  $> 4$  cm (risque hémorragique)

Pas d'arrêt des contraceptifs oraux

# Hyperplasie Nodulaire Focale (HNF)

- Clinique :
  - Asymptomatique dans 80 à 90 % des cas
  - Gamma-GT et transaminases parfois augmentées
- Risque :
  - Hémorragie intra tumorale exceptionnelle (0,3 %)
  - PAS de dégénérescence observée
- Anatomo-pathologie :
  - Nodules d'hépatocytes normaux séparés par des cloisons fibreuses contenant des vx sanguins et des canaux biliaires
  - Zone fibreuse centrale étoilée contenant une artère à parois épaissies dans son centre

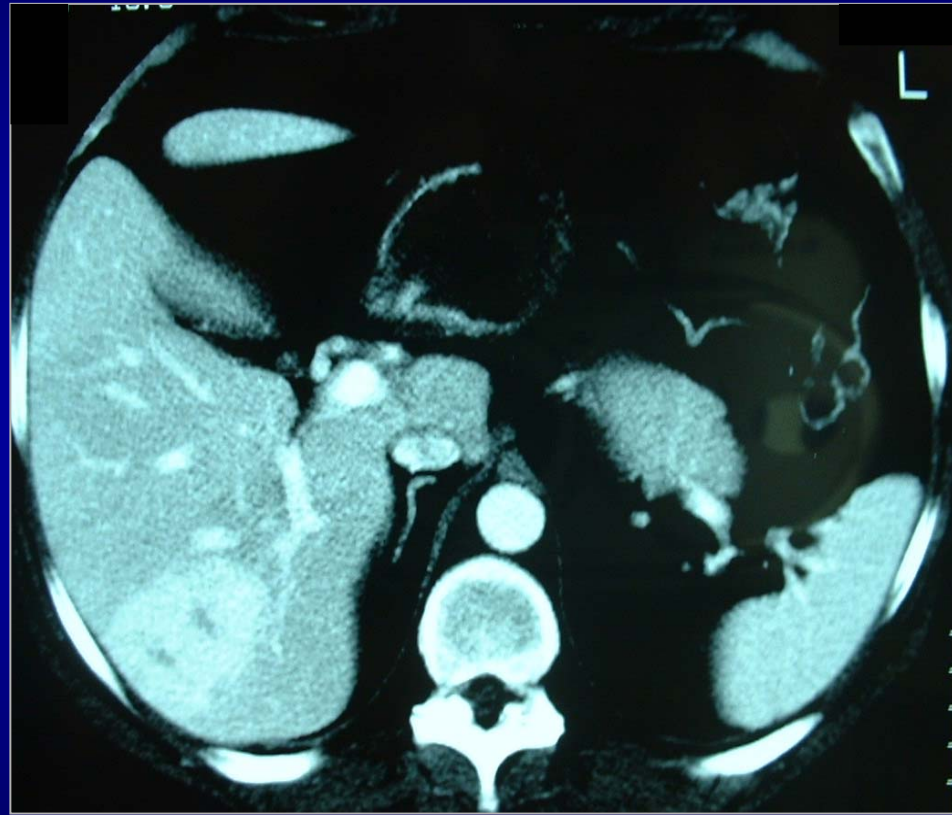
# Diagnostic d'HNF

- Écho : peu performante . Surveillance ++
- Écho-doppler : flux artériel intra-tumoral prédominant au centre de la lésion (70 %) => *NON Spécifique*
- Scanner hélicoïdal :
  - Lésion hypervascularisée avec un élément central à rehaussement tardif (spécificité 100% dans formes typiques)
- IRM :
  - Élément central hypo intense en T1, hyper intense en T2, se rehaussant tardivement en T1 après injection de gadolinium
  - Affirme le diagnostic de HNF dans 70 % des cas
- Biopsie hépatique :
  - Réservée aux doutes diagnostiques



Temps artériel

Scanner d' HNF :



Temps portal

# Prise en charge thérapeutique des HNF

Pas d'indication chirurgicale => surveillance

Chirurgie discutée en cas de :

- Doute diagnostique
- HNF symptomatique

PAS d'arrêt des contraceptifs oraux

# Adénome hépato-cellulaire (AD)

Unique ++, 10-20% : 2 ou 3 adénomes, rarement polyadénomatosose

- Clinique :

- Douleur ou gêne dans 50 % des cas
- Augmentation des PAL et gamma-GT dans 30 à 60 % des cas

- Risque :

- Hémorragique +++ intra-tumoral, intra-hépatique ou intra-péritonéale ( mortalité 6 à 10 %)
- La dégénérescence en carcinome hépato-cellulaire semble **rare**

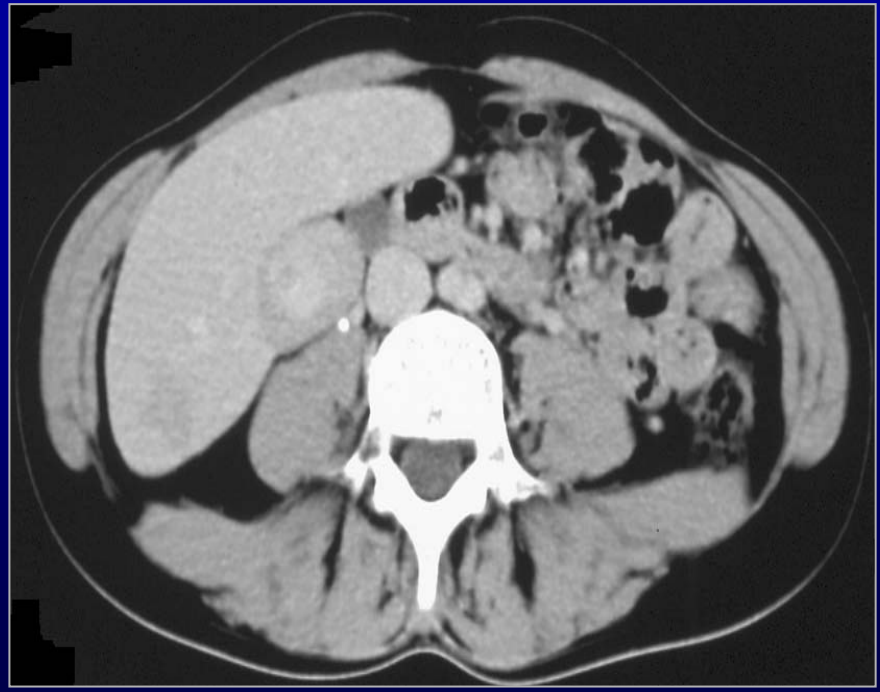
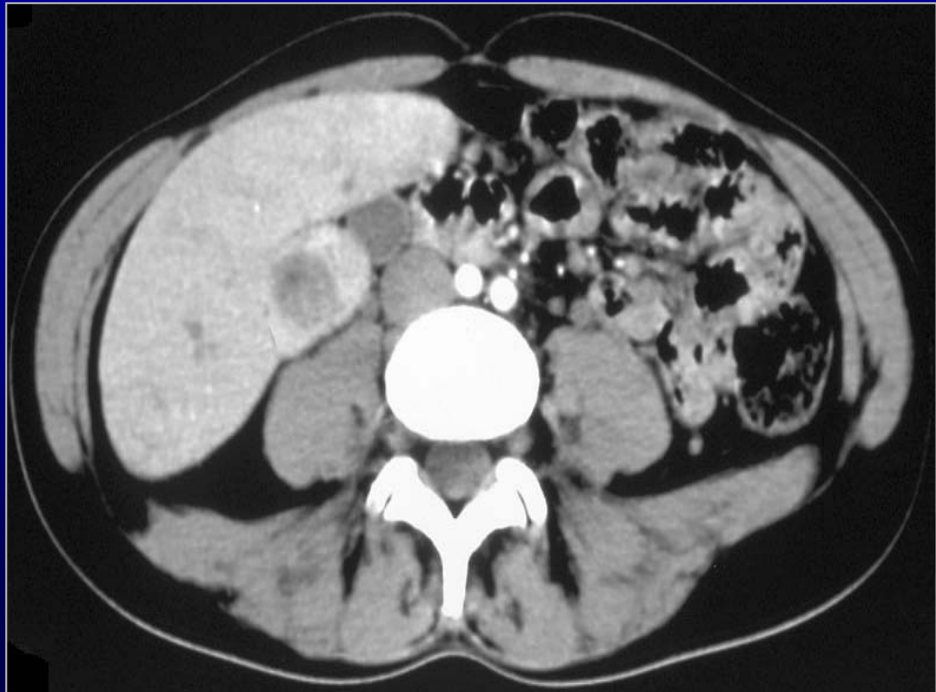
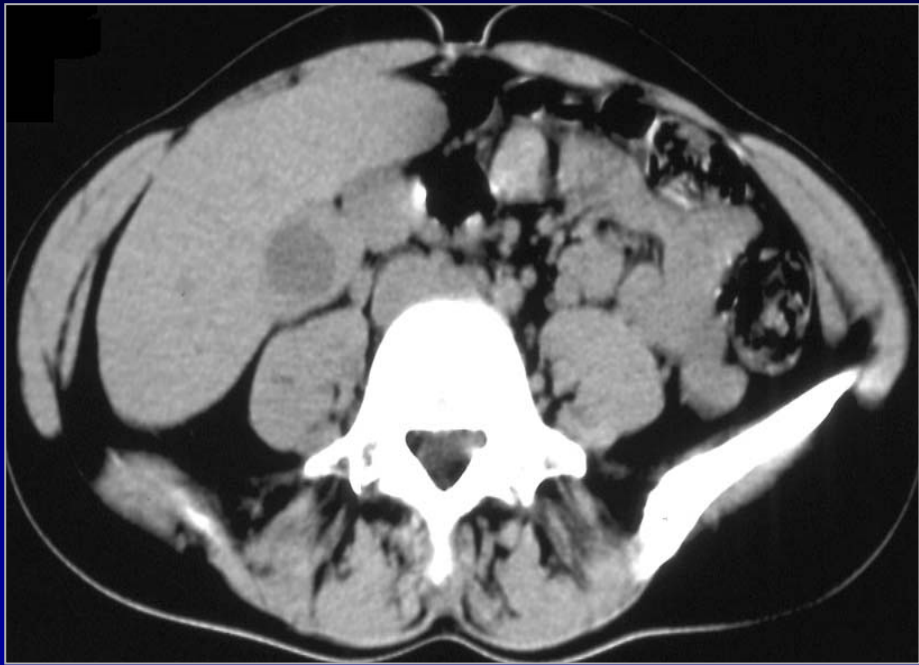
- Anatomo-pathologie :

- Tumeur arrondie, bien limitée, couleur brune, contenant des hépatocytes normaux

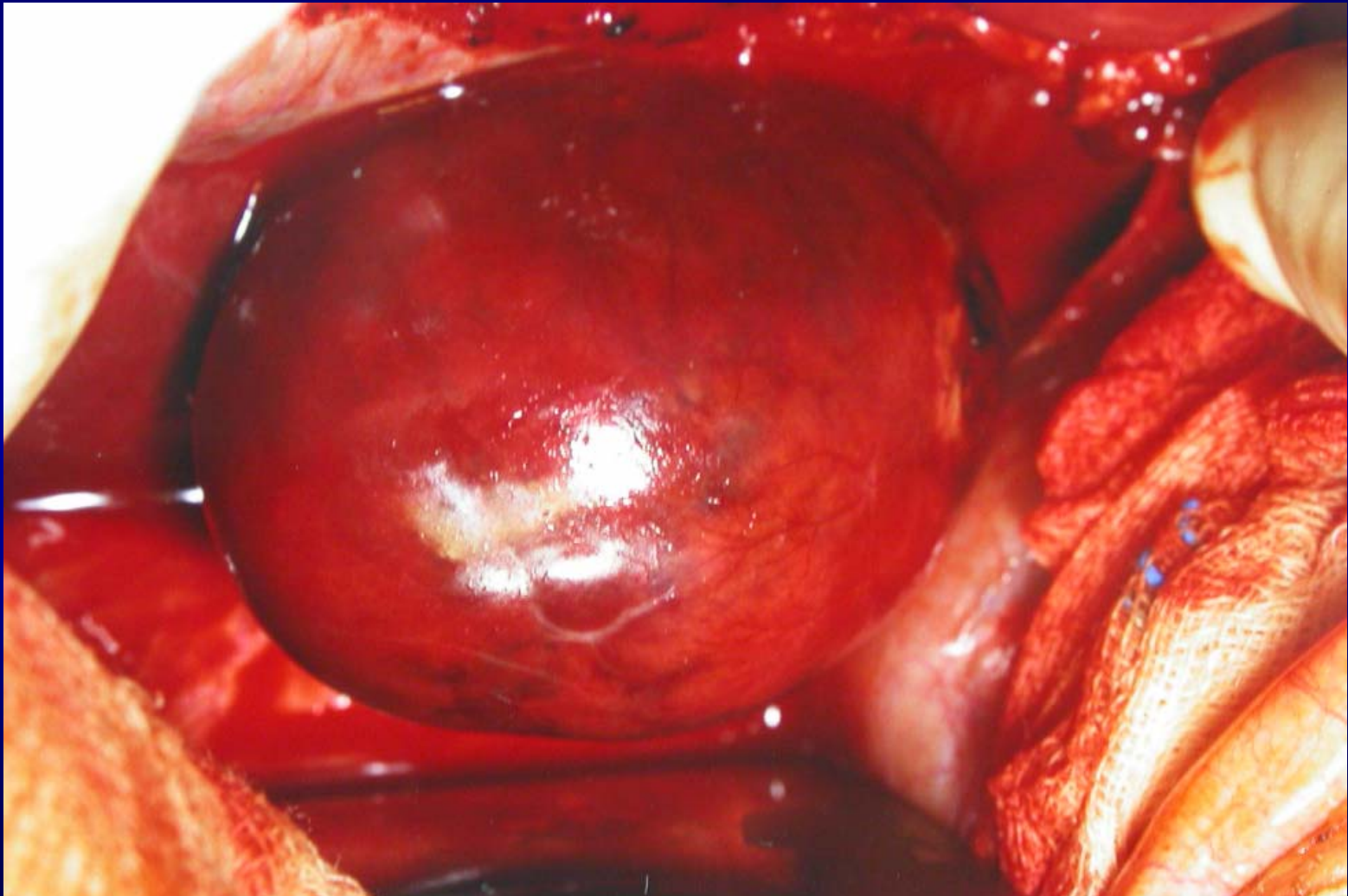
# Diagnostic d'Adénome

- Écho : peu performante, échostructure variée
- Écho-doppler :
  - Dans 70-80 % : flux veineux intra-tumoral (différence HNF/AD)
- Scanner hélicoïdal :
  - Rehaussement précoce et fugace puis hypodensité au temps portal => *Mais diagnostic dans seulement 17 à 43 % des cas*
  - Différenciation difficile entre HNF et AD , impossible entre AD et CHC bien différencié
- IRM :
  - Hyper signal modéré en T1, Hyper signal en T2 => évocateur
  - Non spécifique entre AD et CHC bien différencié
  - Précise la nécrose et l'hémorragie intra-tumorale

## Scanner d'Adénome



- Biopsie hépatique : souvent nécessaire, per cutanée ou chirurgicale



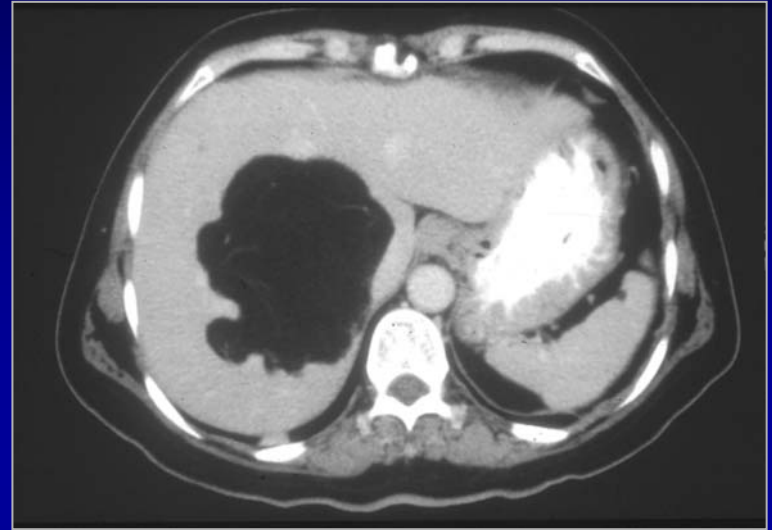
# Prise en charge thérapeutique des adénomes

- Arrêt des contraceptifs oraux
- Chirurgie :
  - Si lésion < 3 cm, surveillance possible
  - Sinon, chirurgie d'exérèse car risque hémorragique et de CHC
- Urgence vitale :
  - L'hémorragie intra-péritonéale est la seule : chirurgie en urgence mais risque d'exérèse incomplète
  - Hématomes intra-tumoraux ou hépatiques : chirurgie à distance après résorption
- Embolisation artérielle :
  - Hémorragie intra-hépatique ou AD non résécables
  - Peut diminuer le volume tumoral

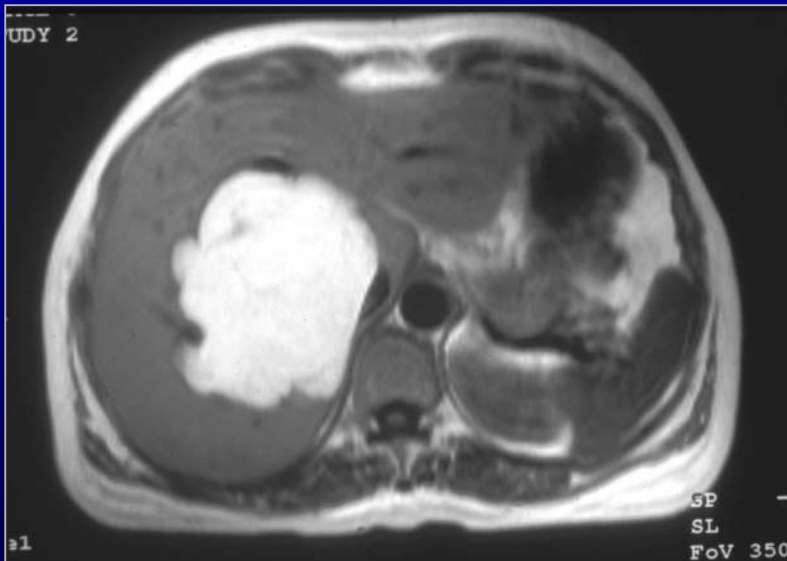
# Cause rare de tumeur bénigne hépatique

- Lipome :

TDM :



IRM T1 :



T2 :



# Conclusion

- L'adénome :
  - Est la tumeur la plus souvent symptomatique
  - Se complique le plus fréquemment d'hémorragie
  - Possède un risque de dégénérescence (glycogénose type I ou III)
- Diagnostique :
  - Pas de diagnostic précis à l'échographie
  - TDM : diagnostic d'HG et HNF typiques mais insuffisant pour AD
  - IRM+++ mais problème de différenciation AD / CHC bien #
- Traitement :
  - AD : résection chirurgicale (cœlioscopie ?)