

# Diagnostic et traitement des tumeurs kystiques non parasitaires du foie

**Ciprian Cirt**

**Département de Chirurgie Viscérale - Rennes**

- **kyste simple**
- **polykystose hepato-renal**
- **hamartome biliaire**
- **kyste à revêtement cilié**
- **cystadénome et cystadénocarcinome**
- **syndrome de Caroli**
- **métastases hépatiques**
- **autres lésions hépatiques**

# Diagnostic

- **contexte clinique ( age, sexe, histoire de la maladie, symptômes )**
- **imagerie ( aspect général, paroi, contenu )**
  - **échographie**
  - **TDM**
  - **IRM**
- **affirmer la nature kystique de la lésion**
- **kyste simple ou autre**

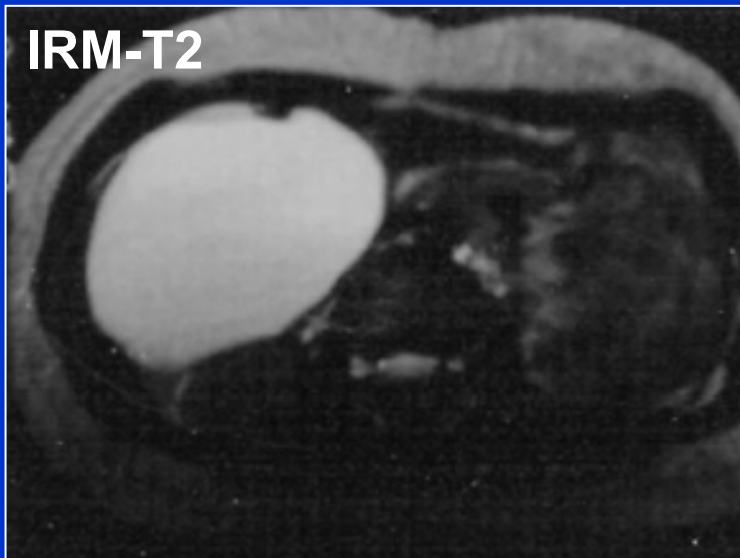
# Traitement

- **aspiration**
- **sclérothérapie**
- **fenestration**
- **résection hépatique**
- **transplantation**

# Kyste simple (1)

- **asymptomatique**
- **CA 19.9 ↑**
- **échographie :**
  - **lésion anéchogène**
  - **bords nets et paroi fine**
  - **lésion sphérique/ovale**
  - **renforcement postérieur des échos**
  - **absence de cloison, de végétation endokystique, de calcification**
- **TDM** : lésion bien limité, hypodense avant/après injection
- **IRM** : lésion arrondie, homogène, hypo-T1, hyper-T2
- **ponction** : liquide clair, pauvre en cellules, ACE ↓, CA 19.9 ↑
- **"angiographie"**

# Kyste simple (2)



# Kyste simple (3)

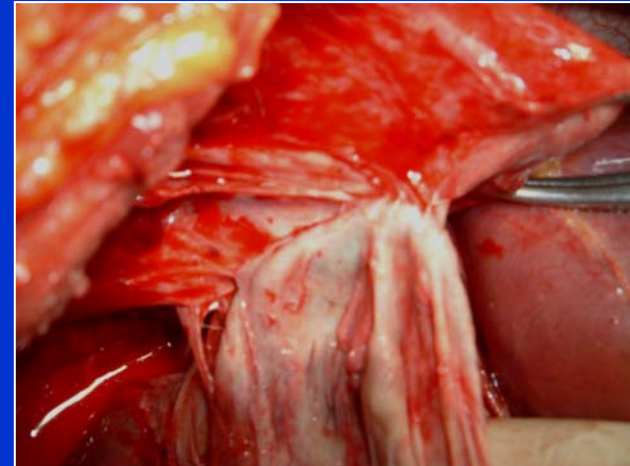
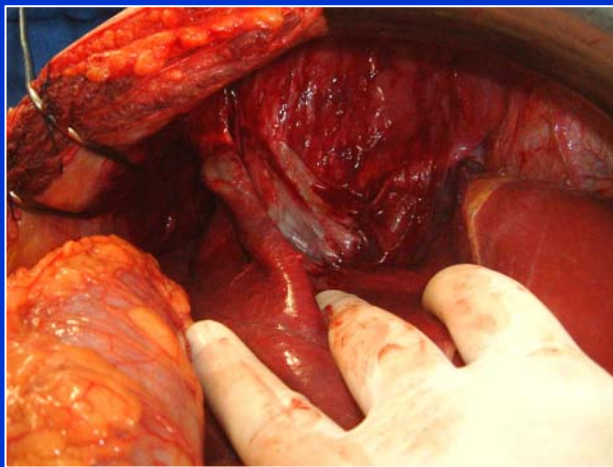
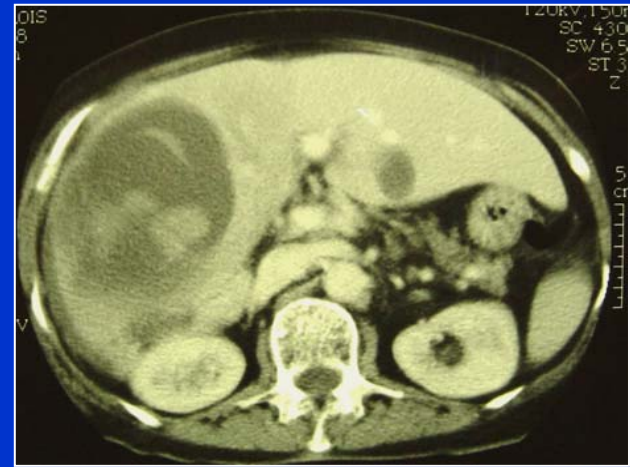
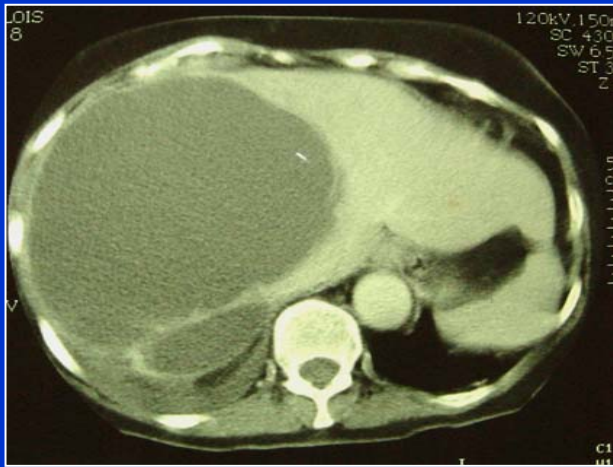
## complications :

- hémorragie intra-kystique
- infection bactérienne
- compression digestive / vasculaire / biliaire
- fistulisation / rupture
- torsion
- carcinome ( exceptionnel )

# Kyste simple (4)

- **traitement si volumineux, symptomatique, compliqué ou incertitude diagnostique**
  - **aspiration – récursive**
  - **sclérothérapie – si risque chirurgical élevé**
  - **fenestration – classique/ cœlioscopique**
  - **résection**
  - **TH – si la totalité du foie envahie**

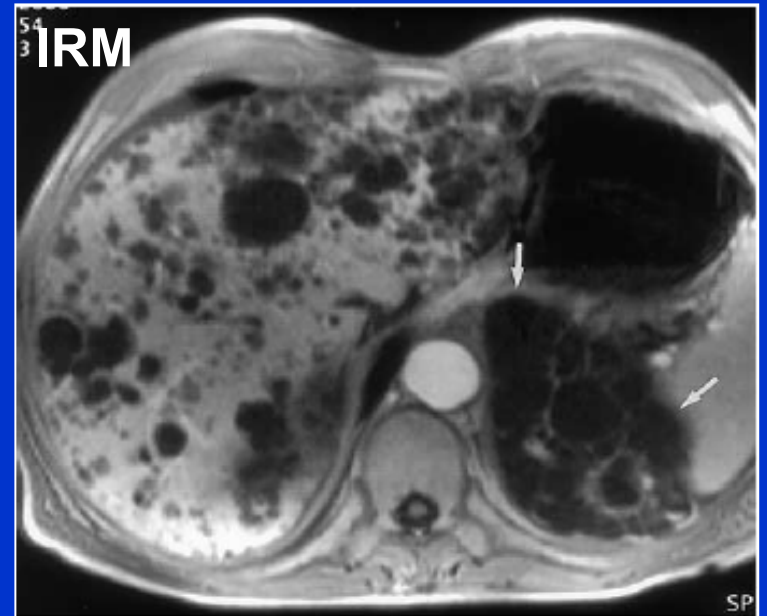
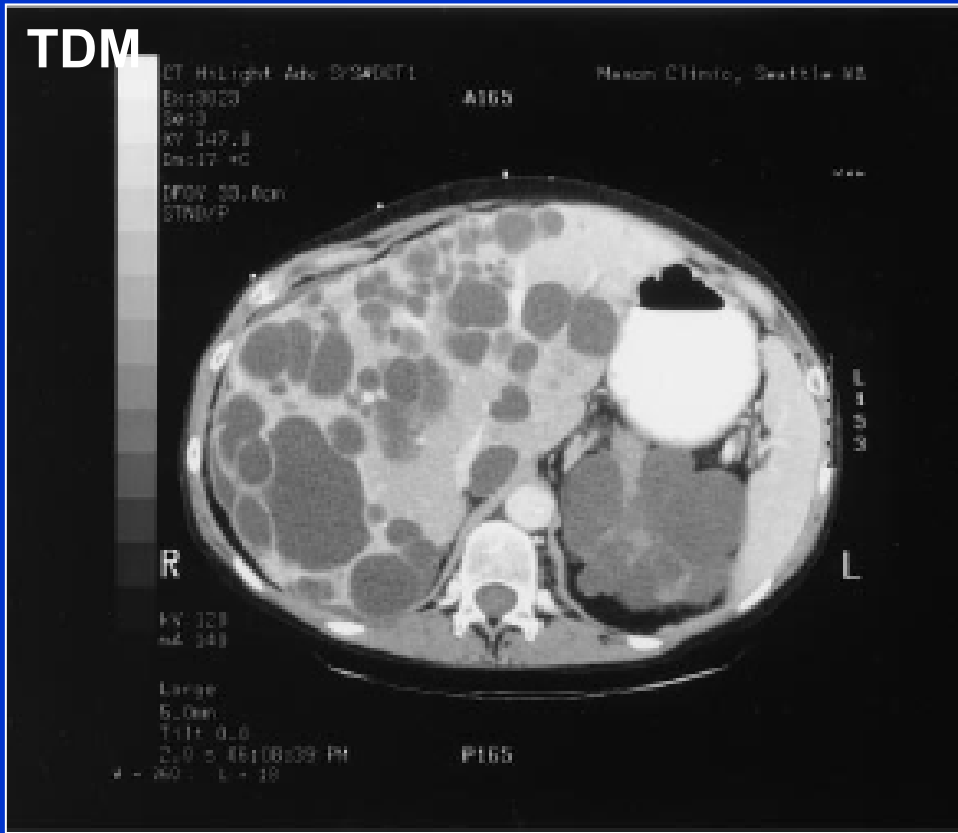
# Cas 1



# Polykystose hépato-renal (1)

- **échographie :**
  - multiples lésions kystiques
  - remaniements à l'intérieur
  - perte de l'architecture interne du foie
- **TDM :**
  - taille + localisation variable
  - pas de corrélation foie/rein
  - la paroi ne se rehausse pas après injection
- **IRM :** si hémorragie → hyper T1, hyper T2
- **ponction :** si infecté

# Polykystose hépato-renal (2)



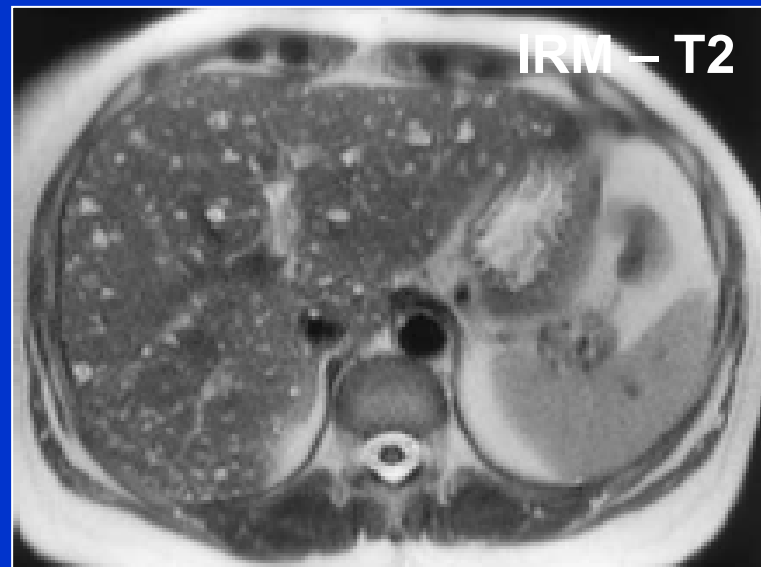
# Polykystose hépato-renal ( 3 )

- sclérothérapie ( alcool, minocycline )
- fenestration classique/cœlioscopique
- résection hépatique
- transplantation hépatique +/- rénale
  - hypertension portale
  - ictère
  - récurrence après résection
  - symptomatique ( compression )

# Hamartome biliaire (1)

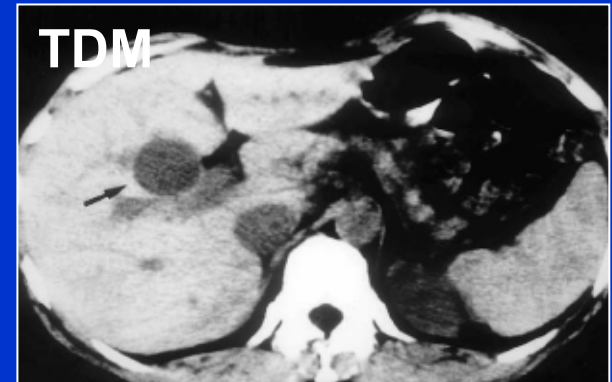
- **échographie** : lésions hétérogènes hypo et hyper-échogènes
- **TDM** :
  - lésions hypodenses, < 1,5 cm
  - prédominance périphérique
  - rehaussement nodulaire partiel après injection
- **IRM** :
  - hypo T1
  - fortement hyper T2
  - rehaussement périphérique après injection, persistant au temps tardif
- **ponction-biopsie**

# Hamartome biliaire (2)



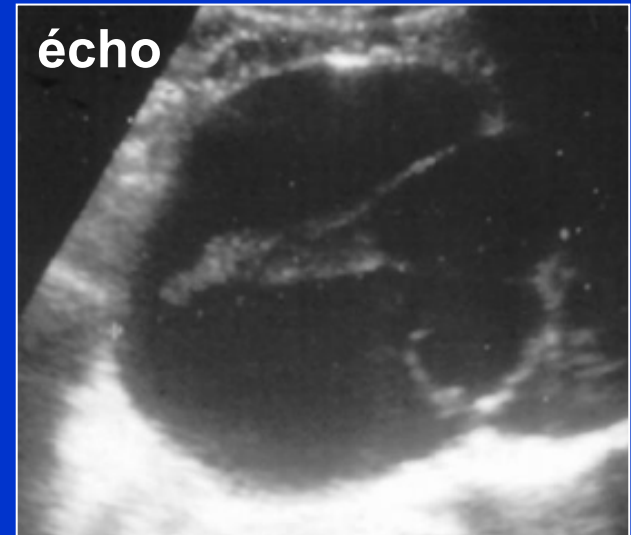
# Kyste à revêtement cilié

- **échographie** : formation hypo-échogène, +/- renforcement postérieur, bien limitée, < 4 cm, siège toujours sous-capsulaire, située souvent dans le segment IV
- **TDM** :
  - hypodense
  - ne se rehausse pas après injection
- **IRM** :
  - fortement hyper T2
  - T1 variable ( 50% hypo )
  - pas de rehaussement
  - exceptionnellement calcification
- **ponction**
- **surveillance**



# Cystadénome (1)

- **clinique :**
  - masse abdominale
  - inconfort / douleur abdominale
  - nausées, vomissements, ictère, anorexie
- **échographie :**
  - lésion macrokystique bien limitée
  - paroi épaisse
  - contenu liquidien
  - renforcement postérieur
  - échos internes
  - cloisons irrégulières
  - ! le caractère multiloculaire peut manquer



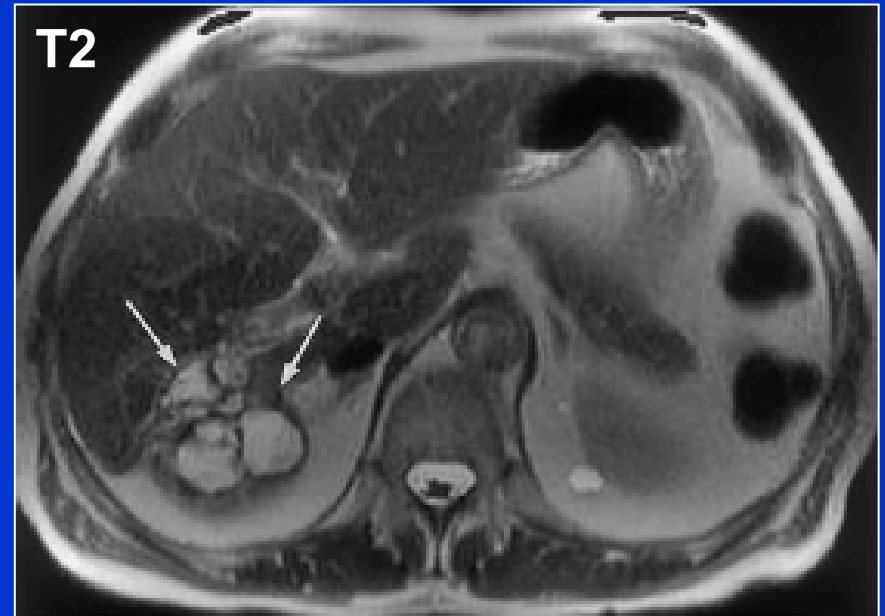
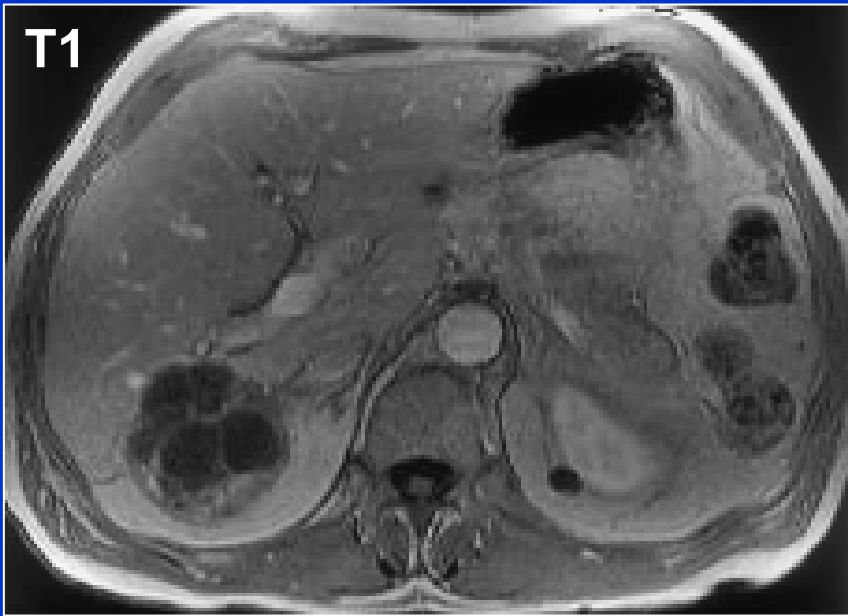
# Cystadénome (2)

- **TDM** : lésion hypodense, cloisonnée, paroi épaisse, rehaussée après injection, +/- nodules muraux, projections papillaires intrakystiques



# Cystadénome (3)

- **IRM :**
  - **hypo T1 ( sauf si hémorragie ou liquide riche en mucines )**
  - **fortement hyper T2**



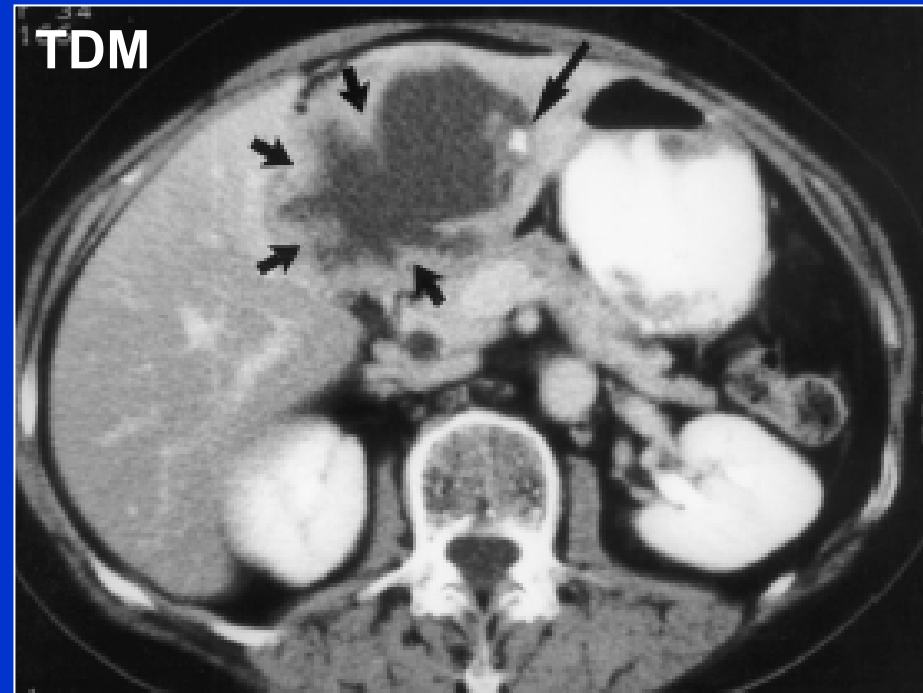
# Cystadénome ( 4 )

- **ponction :**
  - liquide mucineux
  - dosage ACE ( risque dissémination )
- **artériographie :**
  - lésion avasculaire
  - multiples amas de vaisseaux à la périphérie
  - accumulation du produit du contraste dans les parois des septa et des projections papillaires
- **CPRE :**
  - déplacement des canaux biliaires
  - absence de communication
- **traitement :** exérèse complète ( même asymptomatique )

# Cystadénocarcinome (1)

- **sur un cystadénome préexistant**
- **échographie + TDM :**
  - **projections nombreuses et volumineuses pénétrant dans la lumière des lobules**
  - **calcifications septales**
- **traitement : excision complète**

# Cystadénocarcinome (2)



# Syndrome de Caroli (1)

- **clinique :**
  - **angiocholite récurrente ( souvent fièvre isolée )**
  - **si fibrose → hypertension portale**
- **imagerie : multiples kystes intra-hepatiques communiquant avec les voies biliaires**
- **échographie :**
  - **comme les kystes simples, contour moins arrondi**
  - **dilatation des VB**
  - **protrusion nodulaire endoluminale**
  - **formation en pont autour de lumière dilatée**
  - **développement de VB d'une part et de l'autre des branches portales**

# Syndrome de Caroli (2)

- **TDM** :
  - lésions hypodenses avant / après injection
  - "dot sign " ( pathognomonique, non spécifique )
  - communication avec les VB
- **cholangioscan** : opacification des kystes et des canaux biliaires segmentaires dilatés
- **IRM** :
  - +/- lithiase vésiculaire ( 95% )
- **opacification** : dilatations irrégulières et sacculaires des VBH + lacunes ( risque angiocholite )
- **scintigraphie** : zones "froides" à la phase précoce et "chaudes" à une phase tardive

# Syndrôme de Caroli (3)



# Syndrome de Caroli (4)

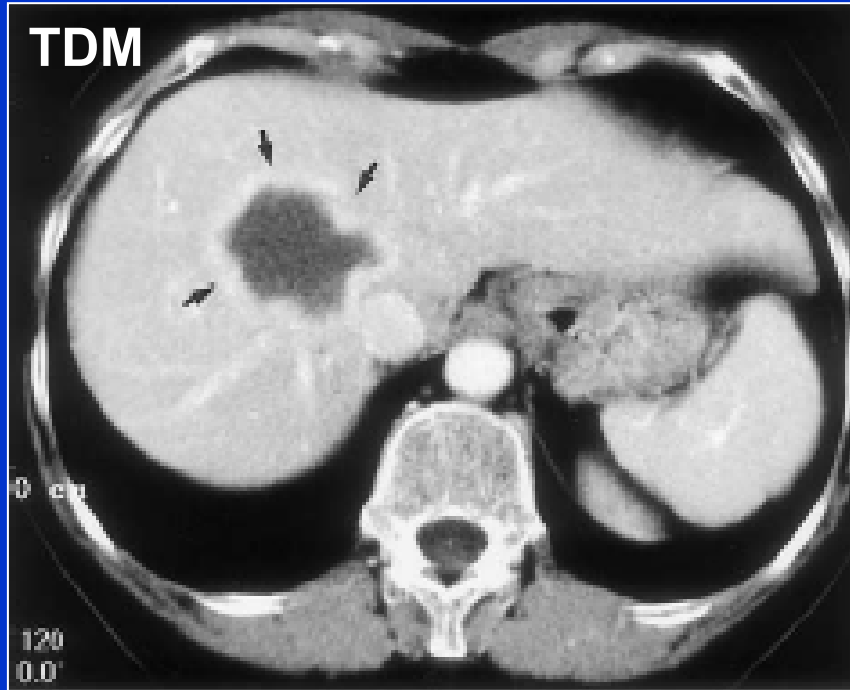
**traitement :**

- **antibiothérapie**
- **prévention de l'angiocholite**
- **acide chénodésoxycolique**
- **intubation trans-hépatique + drainage de l'arbre biliaire**
- **anastomose bilio-digestive**
- **papillotomie endoscopique**
- **hépatectomie partielle + cholédoco-jejunostomie**
- **transplantation**

# Métastase kystique (1)

- **étiologie :**
  - nécrose de la lésion
  - différenciation kystique
- **échographie :**
  - paroi tumorale irrégulière souvent épaisse
  - contenu anéchogène
  - renforcement postérieur
- **TDM :**
  - lésion hypodense ( avant / après injection )
  - rehaussement de la paroi ( inconstant )
- **IRM :**
  - fortement hypo T1
  - fortement hyper T2
  - ! anomalies pariétales

# Métastase kystique (2)



**cancer du sein**



**cancer de l'ovaire**

# AUTRES LESIONS (1)

- **biliome**
- **hématome**
- **hamartome mésenchymateux kystique**
- **pseudo-kyste ( origine pancréatique )**
- **kyste endométriotique**
- **lymphangiomyomatose hépatique**
- **tumeurs primitives du foie :**
  - **cholangiocarcinome**
  - **carcinome hépatocellulaire**
  - **sarcome primitif du foie**

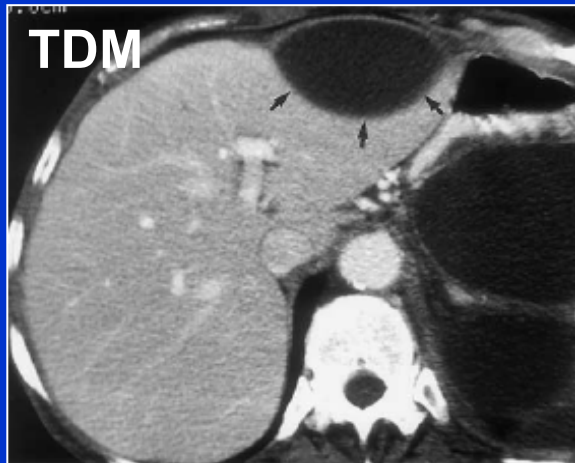
# AUTRES LESIONS (2)



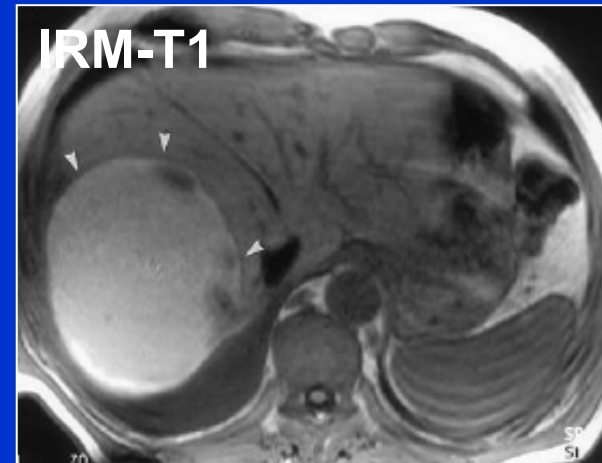
sarcome



CHC

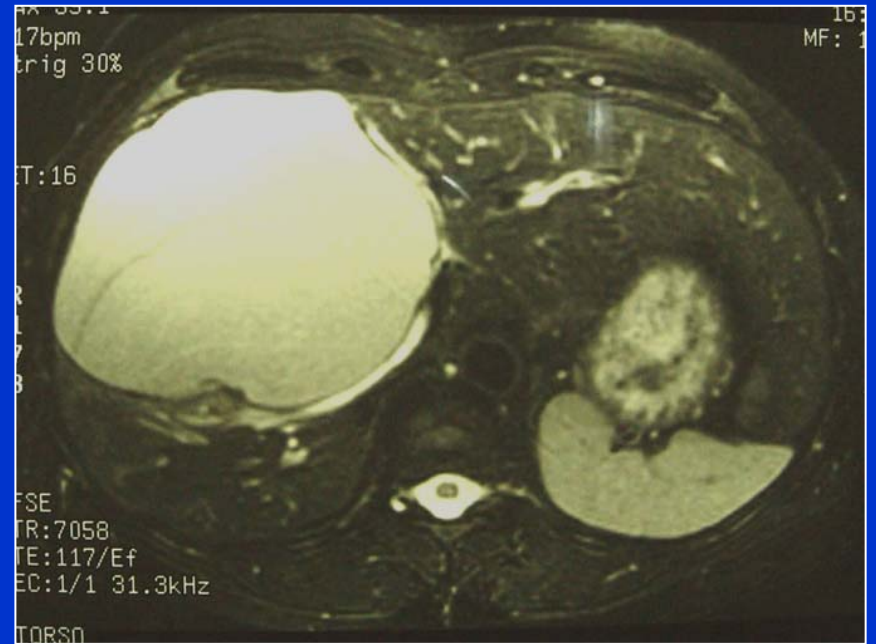
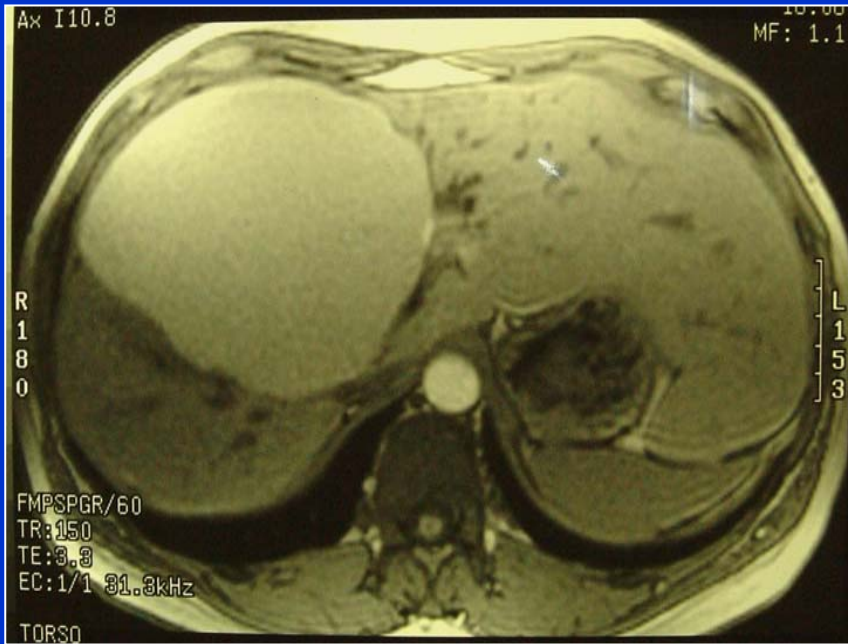


pseudo-kyste

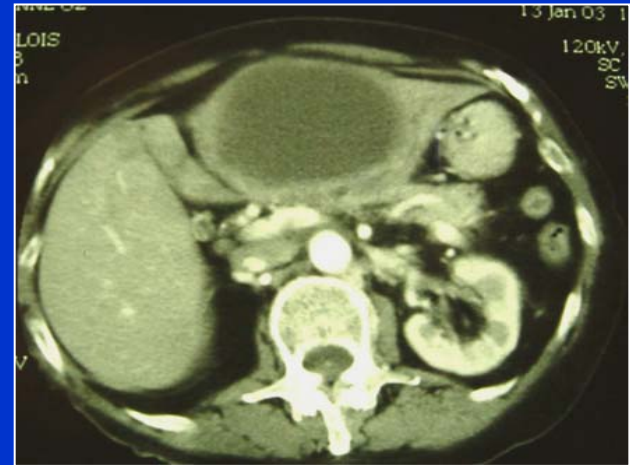


hématome

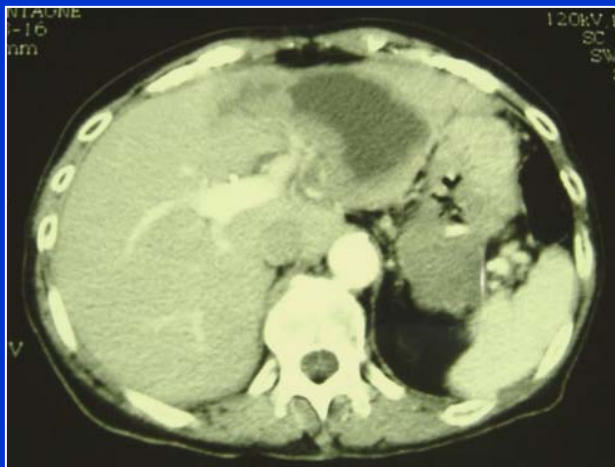
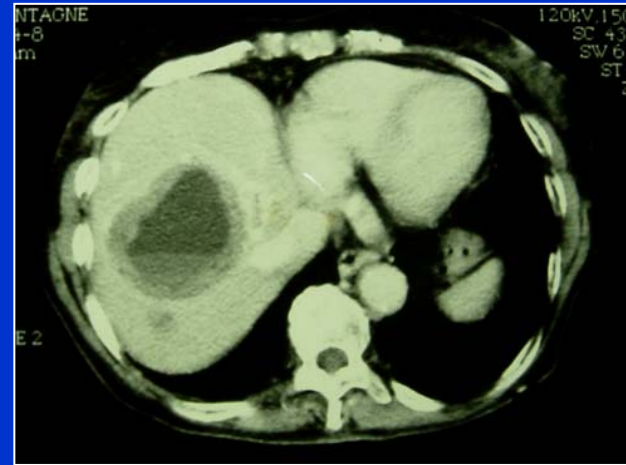
# Cas 2



# Cas 3 –préop.

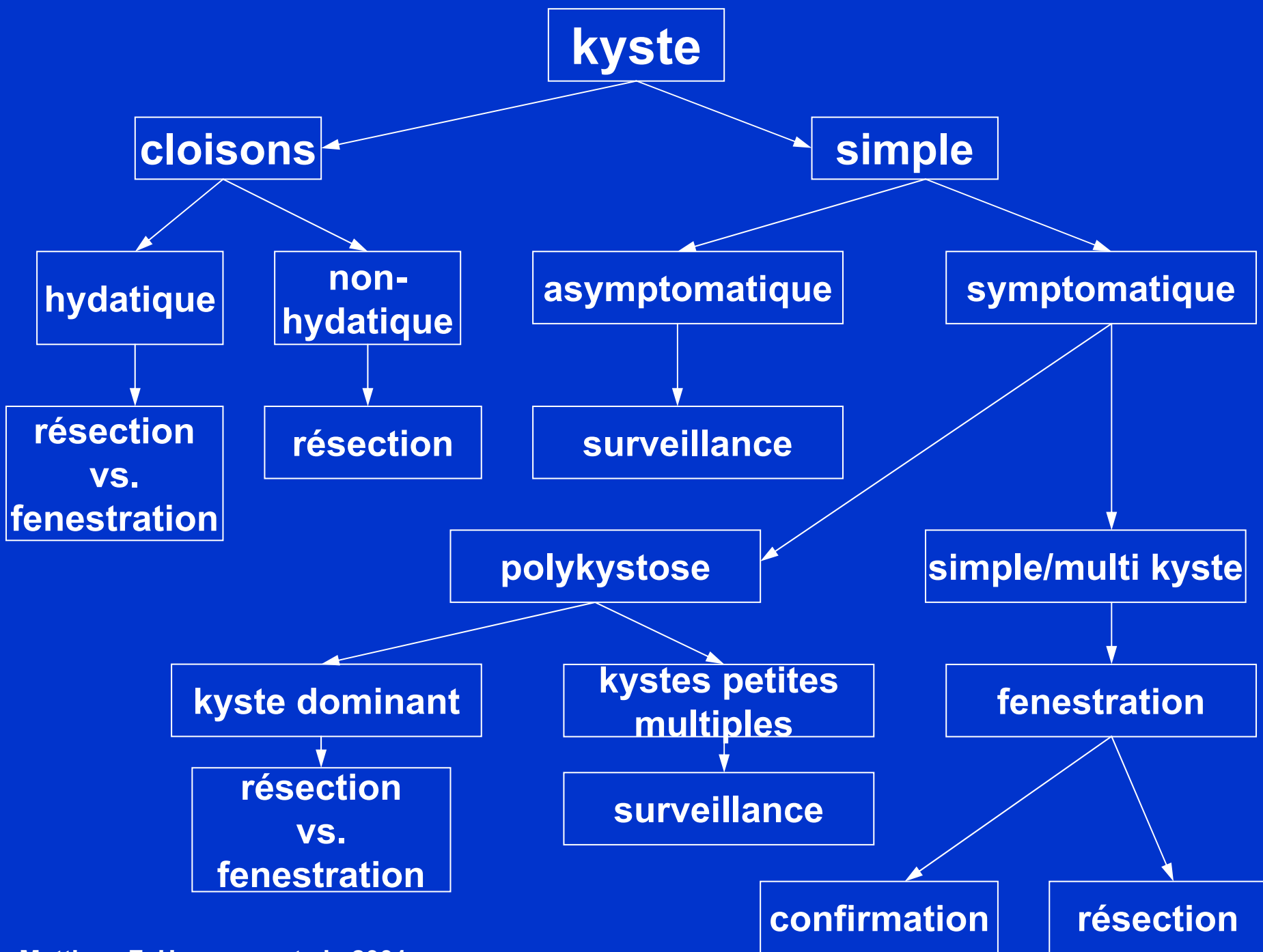


# Cas 3 – postop.



# Conclusions

- il existe un grand nombre de lésions kystiques du foie
- la découverte est fortuite ou orientée par un contexte clinique évocateur
- le diagnostic dépend du nombre, de l'apparence et de l'existence d'autres anomalies
- l'échographie permet d'affirmer le diagnostic dans la majorité des cas
- la TDM et l'IRM sont aujourd'hui indispensables pour la caractérisation d'une lésion complexe, pour rechercher une complication ou si le kyste est symptomatique
- pas de consensus pour le traitement



# Bibliographie

1. Arie Regev, K Rajender Reddy, Mariana Berho, Dan Sleeman, Joe U Levi, Alan S Livingstone, David Levi, Unzila Ali, Enrique G Molina, Eugene R Schiff. Large Cystic Lesions of the Liver in Adults : A 15-Year Experience in a Tertiary Center, American College of Surgeons, 2001
2. Benhamou JP, Menu Y. Maladies kystiques non parasitaires du foie et des voies biliaires intra-hépatiques, in Benhamou JP et al. Hépatologie clinique, 2éme édition, Flammarion
3. Cadranel JF et Pauwels A. Kyste simple et polykystose hepaticque de l'adulte. Cystadenome hépatique. Encycl Méd Chir ( Elsevier, Paris ), Hépatologie, 7-039-A-18, 2001, 8p.
4. B. Descottes, D. Glineur, F. Lachachi, D. Valleix, J. Paineau, A. Hamy, M. Morino, H. Bismuth, D. Castaing, E. Savier, P. Honore et al. Laparoscopic liver resection of benign liver tumors, Results of a multicenter European experience, Surg Endosc ( 2003 ) 17 : 23-30
5. Matthew F. Hansman, John A. Ryan, James H. Holmes IV, Stephen Hogan, Faye T. Lee, Donna Kramer, Thomas Biehl. Management and long-term follow-up of hepatic cysts, The American Journal of Surgery 181 ( 2001 ) 404-410
6. Moorthy K, Mihssin N, Houghton PW. The management of simple hepatic cysts : sclerotherapy or laparoscopic fenestration, Ann R Coll Surg Engl 2001 Nov; 83 ( 6 ) : 409-14
7. Koenraad J. Mortelé, Pablo R. Ros. Cystic Focal Liver Lesions in the Adult : Differential CT and MR Imaging Features, RadioGraphics 2001, 895-910
8. Oberti F, Aubé C, Tuech JJ et Calès P. Conduite à tenir devant une lésion focale hepaticque, Encycl Méd Chir ( Elsevier, Paris ), Hépatologie, 7-007-B-16, 1998, 5p.
9. Owono P et al. Hepatobiliary cystic tumours. Clinical, radiological and histopatological study of 7 cases, Gastroenterol Clin Biol. 2001 Apr; 25 ( 4 ) : 414-21
10. Takahiro Horii et al. Ciliated hepatic foregut cyst, A report of one case and a review of the literature, Hepatology Research 26 (2003) 243-248
11. Vilgrain V. Lésions et tumeurs kystiques du foie, in Vilgrain V et Menu Y, Imagerie du foie, des voies biliaires et de la rate, Flammarion 2002, 71-88