

**Evolution de la prise en charge
des tumeurs solides bénignes du foie.
Comparaison de 2 séries consécutives.
Revue de la littérature.**

**J. -C. Le Néel, B. Dupas, E. Letessier, E. Mirallié,
N. Bettini, O. Genet**

C.C.A., CHU Hôtel-Dieu, Nantes

1ère série 1979-1998 = 60 patients :
51 F, 9 H (19-74 ans)

CONTEXTE : 40 F jeunes (21 trt OP),
12 F ménopausées (1 trt substitutif)

CIRCONSTANCES : • découverte fortuite 2/3
• symptomatiques 1/3

45 T uniques, 15 T multiples (2 => 15 adénomatoze)

IMAGERIE : écho ± scanner, IRM, artério ;
15 biopsies (25 %)

TRAITEMENT = chirurgie 53, surveillance 7 (12 %)

Traitement réalisé :

3 hépatectomies G

5 lobectomies G

10 segmentectomies

14 énucléations

10 résections atypiques

2 ligatures Vx

7 biopsies

2 laparotomies simples

0 †, 3 complications mineures (5,5 %)

Histologie :

31 HNF

11 hémangiomes

7 adénomes

4 pseudo tumeurs

2 hémangiopéricytomes

1 cystadénome

1 angiomyolipome

1 hamartome

1 lipome

**2ème série 1999-2003 = 17 patients :
15 F, 2 H (22-57 ans)**

CONTEXTE : 10 F jeunes < 30 ans (pilule > + années)
2 F ménopausées (1 K sein, 1 trt subst)

CIRCONSTANCES :

- 10 «douleurs» (1 menace de rupture)
- 4 surveillance et bilan
- 2 fortuites

15 lésions bénignes, 2 multiples (2)

IMAGERIE : écho + scanner : 17, IRM 5, Echo Doppler 2

Dg Pré OP : 9 HNF, 2 K, 3 adénomes, 3 douteux

Indications chirurgie :

- ▶ 3 adénomes 1 HNF ↗ volume 12 → 23 cm
 - ▶ 2 suspicion K +
 - ▶ 3 douteux 1 hémangiome volumineux compressif
- * *Toutes les HNF « certaines » = surveillance*

Chirurgie réalisée :

- 3 lobectomies G • 5 segmentectomies
 - 1 bisegmentectomie VI VII • 1 ex atypique
- 0 † , 1 hématome résiduel non opéré*

Histologie finale :

6 adénomes, 2 HNF, 2 hémangiomes

* *Patients surveillés 6 mois à > 4 ans : pas d'évolution*

Pb posés par les T bénignes solides du foie

- **Hémangiome très fréquent +++
rarement symptomatique # hémangiomatose**
- **HNF : fréquente. Dg + si cicatrice centrale = abstention
=> mais HNF télangectasique**
- **Adénome + rare avec contraceptifs minidosés
=> mais risque : hémorragie, rupture, cancer**
- **K fibro-lamellaire : très rare, mais...**

Dans la littérature, les T bénignes solides du foie ne représentent que $\approx 5\%$ des indications de résection hépatique [Dimick, Arch Surg 2003]

HNF Télangiectasiques

ATTAL, VILGRAIN, TERRIS,
Radiology 2003 ; 8 : 465-472

- Beaujon de 1993-2001 : 118 HNF opérées
=> 13 HNF télangiectasiques (12 %)
- Femmes : 26-50 ans - 15 ans de contraception
9 asymptomatiques, 4 douleurs
- 10-19 % des HNF sont “télangiectasiques”

HNF “normale”

Cicatrice centrale

Homogène ++

Hypodensité en phase artérielle

HNF “télangiectasique”

Pas de cicatrice centrale

Hétérogène (62 %)

Hyper intensité en T2 (93 %)

Les tumeurs de > 6 cm ont des foyers de nécrose ou d'hémorragie
Association avec HNF normale ou hémangiome 2/13

Comment parvenir au diagnostic ?

IMAGERIE est très faible

- Echo = 80 % Dg+ hémangiomes
 - Scanner = 70 % Dg+ HNF 100 % lipomes
 - IRM = 72 % HNF, 80 % adénomes, 100 % angiomes
- ↳ Associer les méthodes / cas difficiles

+/- biopsie

ASSOCIATIONS POSSIBLES :

- HNF + adénome - *Chuan Yuan World JS 2003, Le Néel*
- HNF + adénome + angiome - *Di Carlo, J G E H 2003*

SURTOUT RISQUE ADENOME et CANCER

- Reddy 1 K / 25 adénomes - *Am Surg 2001*
- Closset 1 K + 2 dysplasies sévères / 16 A - *HGE 2000*

LESIONS MULTIPLES FREQUENTES

Consensus pour l'abstention dans l'HNF et l'hémangiome sauf cas particulier

		Nb	Hémang	HNF	Adénome	Divers	Décès
Yoon	2003	52	52	-	-	-	-
Gillet	2002	68	20	22	4	2	-
Charny	2001	155	97	42	12	4	-
Reddy	"	82	23	27	25	7	1,2 %
Kamula	"	23	10	3	8	2	-
Terkivatan	74	-	-	-	-	-	3 %
Belghitti	2000	146	13	79	51	3	-
Le Néel	1998	53	11	31	7	4	-
Weiman	1997	173	124		44	5	-
Paineau	1994	22	9	12	1	-	-
		848	40 %	40 %	18 %	2 %	

Place de la cœlio dans la prise en charge des tumeurs bénignes solides du foie (1)

- **Exérèse possible des lésions limitées et/ou périphériques**
[Cherqui $\varnothing < 5\text{ cm}$]
 - ↳ **Risque = embolie gazeuse \pm saignement**
- **Possibilité d'aide / Handport** *[Antonetti, Arch Surg 2002]*
- **Farges** *[J H B P Surg 2002]* :
avantage faible/résection ≥ 2 segments (DS - 1,4j)
- **Intérêt d'une biopsie sous contrôle dans cas douteux ?**
[Cherqui]

Place de la cœlio dans la prise en charge des tumeurs bénignes solides du foie (2)

Littérature	Année	Nb	HNF	Adénome	Angiome	Hamartome	Comp	Durée
Descottes	2003	81	48	17	13	3	5 %	4 h
Kahlil	2002	6	1	3	1	1	-	3-4h30
Cherqui	2000	18	-	-	-	-	20 %	3h30
Katkhouda	1999	12	3	9	-	-	14 %	3h

CONCLUSION

- **Indication chirurgicale formelle si adénome**
- **Indications rares dans HNF (atypiques) et hémangiomes (compressifs)**
exceptionnellement : Syn Kasabach-Meritt (CIVD)
Syn Budd-Chiari
- **Si doute entre HNF - adénome - K fibrolamellaire => chirurgie**

Chirurgie “à minima” => sacrifice minime de foie sain

Parois transplantation : - adénomatoses
- hémangiomatose
- hémangiomes géants

Tumeur solide “bénigne” du foie découverte en écho

