

# Hépatomégalie et masse abdominale IC-276

- Connaître la définition d'une masse abdominale
- Connaître les principales causes d'hépatomégalie et de masse abdominale
- Connaître la démarche diagnostique devant une hépatomégalie et une masse abdominale
- Connaître les éléments de l'interrogatoire et de l'examen physique aidant au diagnostic d'hépatomégalie et de masse abdominale
- Connaître les différents examens biologiques et radiologiques à réaliser en première intention devant une masse abdominale en fonction de l'étiologie suspectée
- Connaître les indications et contre-indications de la ponction et de la biopsie de foie
- Tomodensitométrie de carcinome hépatocellulaire (CHC) typique chez un patient porteur d'une cirrhose
- Tomodensitométrie de métastases hépatiques
- Tomodensitométrie de kyste hépatique typique

## Connaître la définition d'une masse abdominale OIC-276-01-A

Une masse abdominale est définie par une augmentation de volume d'un organe intra-abdominal.

L'hépatomégalie est habituellement définie par une augmentation du volume du foie. En pratique clinique, l'hépatomégalie est définie par un foie palpable. Le plus souvent, un foie palpable est pathologique. Mesurer la taille du foie n'a aucun intérêt clinique.

## Connaître les principales causes d'hépatomégalie et de masse abdominale OIC-276-02-B

L'hépatomégalie est un signe peu spécifique. Les principales causes, sont regroupées selon le mécanisme dans le tableau 1. Les causes les plus fréquentes sont : la stéatose hépatique, la cirrhose, et les métastases hépatiques des cancers digestifs.

Tableau 1. Principales causes d'hépatomégalie

Catégorie/mécanisme	Pathologies
Maladies hépatiques primitives aiguës ou chroniques	Stéatose / stéatohépatite liée à l'alcool ou métabolique Cirrhose (l'hépatomégalie est inconstante) Hépatites aiguës ou chroniques
Congestion par obstacle au retour veineux hépatique	Insuffisance cardiaque droite, péricardite constrictive Syndrome de Budd-Chiari (exceptionnel)
Tumeurs hépatiques	<b>Tumeurs hépatiques malignes</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Primitive : carcinome hépatocellulaire, cholangiocarcinome</li><li>- Secondaires : Métastases</li><li>- Hémopathie maligne : très rare</li></ul> <b>Tumeurs hépatiques bénignes</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Polykystose hépatique ou hépatorénale</li><li>- Autres tumeurs bénignes (hépatomégalie exceptionnelle)</li></ul>
Atteintes infectieuses	<b>Abcès</b> hépatiques amibiens ou bactériens Lésion parasitaire (hydatidose)

Les principales causes des masses abdominales sont résumées dans le tableau 2. Les causes tumorales sont les plus fréquentes. Les causes varient en fonction de l'organe atteint.

Tableau 2. Principales causes de masse abdominale palpable, selon la localisation

Siège de la masse	Organe atteint	Cause
Epigastre	Estomac	Tumeur gastrique
	Pancréas	Tumeur pancréatique (rarement palpable) Pseudo-kyste pancréatique (rarement palpable)
	Foie	Hépatomégalie aux dépens du foie gauche (cf. Tableau 1)
Hypochondre droit	Foie	Hépatomégalie Cf. Tableau 1
	Vésicule biliaire	Obstacle biliaire du bas cholédoque (par exemple : cancer tête du pancréas) Tumeur maligne de la vésicule
Hypochondre gauche et flanc gauche	Rate	Splénomégalie
Fosse iliaque droite	Cæcum	Tumeur (cancer du côlon droit) Maladie de Crohn (iléite, abcès)

		Abcès appendiculaire (rare)
	Ovaire droit	Kyste ovarien Tumeur ovarienne (cancer primitif ou métastase)
Fosse iliaque gauche	Sigmoïde	Constipation Tumeur du sigmoïde Sigmoïdite
	Ovaire gauche	Kyste ovarien Tumeur ovarienne
Région ombilicale	Aorte	Anévrisme de l'aorte abdominale
	Côlon transverse Intestin grêle	Cancer colique Tumeur du grêle (rare)
Hypogastre	Utérus  Vessie	Grossesse Fibromyome utérin  Cancer de l'endomètre  Globe vésical Tumeur vésicale
Ubiquitaire	Péritoine	Carcinose péritonéale (toute localisation, dont métastase ombilicale)
	Ganglions	Adénopathies (lymphome, métastases)
	Paroi	Hernies, éventrations

# Connaître la démarche diagnostique devant une hépatomégalie et une masse abdominale OIC-276-03-B

## a. Hépatomégalie

Une échographie abdominale doit être réalisée en 1<sup>ère</sup> intention, et éventuellement complétée par une tomodensitométrie (TDM) ou une IRM hépatique.

En cas d'hépatomégalie sans lésion focale, une maladie primitive hépatique (aiguë ou chronique) doit être suspectée en priorité.

La démarche diagnostique est en grande partie liée au contexte clinique. Les principaux éléments permettant de les distinguer sont résumés dans le Tableau 3.

En cas d'hépatomégalie avec lésion(s) focale(s), la démarche est celle de la caractérisation des lésions hépatiques (tumeurs bénigne, maligne ou infectieuse) (Tableau 4).

Dans ce cas, la démarche diagnostique repose sur le contexte et l'aspect des lésions à l'imagerie, qui permet de caractériser les lésions dans la majorité des cas.

## b. Masse abdominale

La démarche repose en 1<sup>er</sup> lieu sur la localisation de la masse, permettant de suspecter l'organe atteint. L'enjeu est ensuite d'affirmer la nature de cette masse.

Tableau 3. Démarche diagnostique devant une hépatomégalie sans lésion focale

Cause	Signes évocateurs
Stéatose	Alcool, syndrome métabolique Parenchyme hépatique hyperéchogène
Cirrhose	Causes/facteurs de risque de cirrhose Signes d'insuffisance hépatique et/ou d'hypertension portale  Foie dur à la palpation  Foie de contours bosselés à l'échographie  Hépatomégalie diffuse ou sectorielle, parfois absente
Insuffisance cardiaque	Facteurs de risque, cardiopathie connue Signes d'insuffisance cardiaque (dyspnée, œdèmes des membres inférieurs, reflux hépato-jugulaire...)  Veines hépatiques dilatées à l'imagerie
Cholestase chronique	Prurit, ictère Dilatation des voies biliaires

Infiltration tumorale	Hémopathies (Lymphome), cancer du sein (rare) <a href="#">Altération de l'état général</a>
Syndrome de Budd-Chiari	Ascite <a href="#">Veines hépatiques non visualisées à l'imagerie</a>

**Tableau 4.** Eléments d'orientation en cas d'hépatomégalie avec lésion(s) focale(s)

Tumeur hépatique primitive	Hépatopathie chronique (cirrhose) sous-jacente <a href="#">Augmentation de l'alpha-fœtoprotéine</a>
Tumeur hépatique secondaire	Contexte de cancer connu <a href="#">Signes cliniques en lien avec le cancer primitif</a>
Abcès hépatique	Syndrome septique
Parasitoses	Séjour en zone d'endémie

# Connaître les éléments de l'interrogatoire et de l'examen physique aidant au diagnostic d'hépatomégalie et de masse abdominale OIC-276-04-A

## Interrogatoire :

Circonstances de découverte : fortuite, dépistage, douleur, ictère

Contexte : voyage en zone d'endémie

Recherche de facteurs de risque de cirrhose : consommation d'alcool, éléments du syndrome métabolique, facteurs de risque d'hépatite virale

Antécédents médicaux, chirurgicaux et gynécologiques

Antécédents familiaux de cancers

Signes associés : fièvre, sueurs, amaigrissement, troubles du transit, signes urinaires, gynécologiques

Date des dernières règles (femme non ménopausée)

## Examen clinique

Préciser les caractéristiques de la masse : localisation, taille, consistance, douleur spontanée ou provoquée à la palpation, fixation aux plans profonds, pulsatile,

La palpation d'un foie dur à bord inférieur tranchant est très évocatrice d'une cirrhose.

Recherche d'un syndrome septique : fièvre, frissons

Recherche de signes d'insuffisance hépatique ou d'hypertension portale (cf. item 279)

Recherche d'un syndrome de cholestase : ictère, prurit, selles décolorées et urines foncées

Recherche de métastases : palpation du foie et des aires ganglionnaires (en particulier recherche d'une adénopathie de Troisier), touchers pelviens (selon le contexte).

Recherche des signes d'insuffisance cardiaque droite (reflux hépato-jugulaire, selon le contexte)

Recherche d'une ascite

# Connaître les différents examens biologiques et radiologiques à réaliser en première intention devant une masse abdominale en fonction de l'étiologie suspectée OIC-276-05-B

## a. Hépatomégalie

Le bilan de 1<sup>ère</sup> intention comporte :

Biologie : recherche des signes d'insuffisance hépatique et des anomalies des enzymes hépatiques : plaquettes, albuminémie, TP, transaminases, phosphatases alcalines, gamma-GT, bilirubinémie.

Imagerie : échographie-doppler abdominale

## - En cas de d'hépatomégalie sans lésion focale :

Biologie : le bilan de 1<sup>ère</sup> intention est complété en fonction du contexte clinique. En cas de suspicion d'hépatopathie chronique/cirrhose : voir item 279

Imagerie :

En cas de stéatose, le parenchyme hépatique est hyperéchogène. L'échographie doit être complétée par une évaluation de la fibrose hépatique (élastométrie hépatique, et/ou test sanguin de fibrose).

En cas de suspicion de maladie biliaire : cholangio-IRM, TDM abdominale avec injection de produit de contraste (selon le contexte)

En cas de suspicion d'insuffisance cardiaque : avis rapide en cardiologie

En cas de suspicion d'infiltration tumorale hépatique : avis spécialisé urgent

En cas de syndrome de Budd-Chiari : avis urgent en hépatologie

- **en cas d'hépatopathie avec lésion(s) focale(s) :**

Biologie : le bilan biologique de 1<sup>ère</sup> intention sera être complété selon le contexte par :

- o des hémocultures, sérologie *Entamoeba histolytica* en cas d'abcès hépatique
- o une sérologie des échinococcoses (kyste hydatique et échinococcose alvéolaire),

Imagerie : La TDM et/ou l'IRM sont le plus souvent nécessaires. Voir item tumeur hépatique (item 304)

## **b. Masse abdominale :**

La TDM abdominopelvienne avec injection est l'examen de 1<sup>ère</sup> intention en cas de masse abdominale (injection de produit de contraste contre indiqué en cas d'insuffisance rénale ou d'allergie prouvée aux produits de contraste).

Il permet de confirmer l'organe atteint, la nature de la masse (liquidienne, tissulaire) et ses rapports avec les organes de voisinage. Il permet également de rechercher l'extension à distance en cas de suspicion de cancer (métastases).

Le résultat de cet examen conditionnera la suite de la prise en charge

---

# Connaître les indications et contre-indications de la ponction et de la biopsie de foie OIC-276-06-B

## **a. Indications**

**La ponction-biopsie hépatique** est indiquée lorsque les données de l'examen clinique, des examens biologiques et d'imagerie ne permettent pas d'établir la cause de l'hépatomégalie et/ou en cas de lésion focale non étiquetée par l'imagerie.

Elle nécessite l'information du patient sur les modalités et risques, et un consentement éclairé.

## **b. Modalités**

En l'absence de lésion hépatique focale, la ponction-biopsie hépatique peut être effectuée par voie transpariétale (sous guidage échographique le plus souvent et sous anesthésie locale), transveineuse (abord transjugulaire et sous anesthésie locale), ou chirurgicale.

La voie trans pariétale sera contre indiquée et la voie transveineuse sera choisie si l'une des conditions suivantes est présente :

- troubles de l'hémostase (thrombopénie < 60.000/mm<sup>3</sup> ou taux de prothrombine < 50% ou TCA > 1,5 fois le témoin)
- prise d'anticoagulants, d'anti-agrégants plaquettaires ou d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)
- hémodialyse
- ascite (même minime)

En cas de lésion focale, la ponction-biopsie hépatique devra intéresser la lésion focale et le parenchyme hépatique non lésionnel (2 prélèvements). Elle sera réalisée par voie transpariétale, a voie trans veineuse ne permettant pas de biopsier une lésion focale, et impérativement guidée par l'imagerie (échographie abdominale voire TDM).

En cas d'abcès hépatique volumineux, une **ponction +/- associée à un drainage** de l'abcès est effectuée, sous contrôle échographique, avec une analyse bactériologique et éventuellement parasitologique selon le contexte (PCR *Entamoeba histolytica*).

## **c. Contre-indications :**

- La dilatation des voies biliaires intra hépatiques
- La thrombose des 3 veines sus-hépatiques ne permet pas de réaliser de biopsie par voie trans transjugulaire.
- En cas de suspicion d'échinococcose kystique, la ponction à visée diagnostique est contre-indiquée.

Les troubles de l'hémostase, et l'ascite ne sont pas des contre-indications de principe. Ils nécessitent l'adaptation de la modalité de biopsie (trans veineuse). De même, en cas de prise de médicaments qui modifient l'hémostase (anticoagulants, antiagrégants plaquettaires, anti-inflammatoires non stéroïdiens), il faut soit les arrêter au préalable si possible soit adapter la modalité de biopsie (trans veineuse).

## **d. Complications :**

- douleurs abdominales
- saignement (hématome, hémopéritoine, choc hémorragique)
- effraction pleurale ou biliaire

Ces complications potentielles justifient la surveillance étroite du pouls et de la tension pendant au minimum de 6 heures après la procédure ainsi que l'alitement pendant la même durée (voie trans pariétale) et le point de ponction jugulaire (voie trans veineuse).

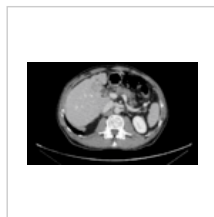
---

## Tomodensitométrie de carcinome hépatocellulaire (CHC) typique chez un patient porteur d'une cirrhose OIC-276-07-B

### TDM du carcinome hépato-cellulaire



TDM temps artériel

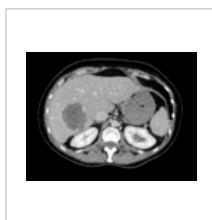


TDM temps portal



TDM sans injection

## Tomodensitométrie de métastases hépatiques OIC-276-08-B



TDM temps portal

## Tomodensitométrie de kyste hépatique typique OIC-276-09-B



TDM temps portal