

CANCERS DU FOIE

CANCERS DU FOIE

Définition

Ensemble des proliférations malignes se développant :

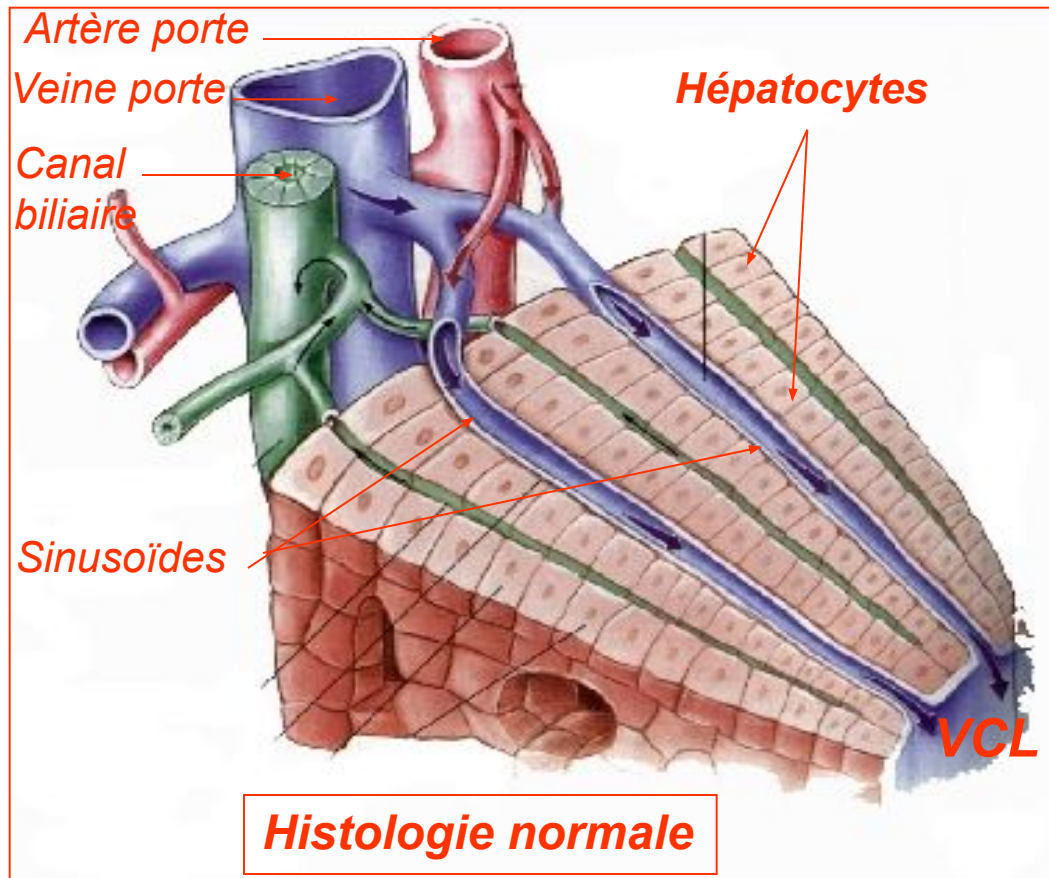
- Soit au dépend d'un des constituants histologiques normaux du foie (hépatocytes, C biliaire, vaisseaux.)

↳ Cancers primitifs

- Soit à partir d'un cancer à distance (extrahépatiques)

↳ Cancers secondaires

Origine tissulaire du cancer primitif du foie



Structures hépatocytaires

**Carcinome hépatocellulaire
=
hépatocarcinome**

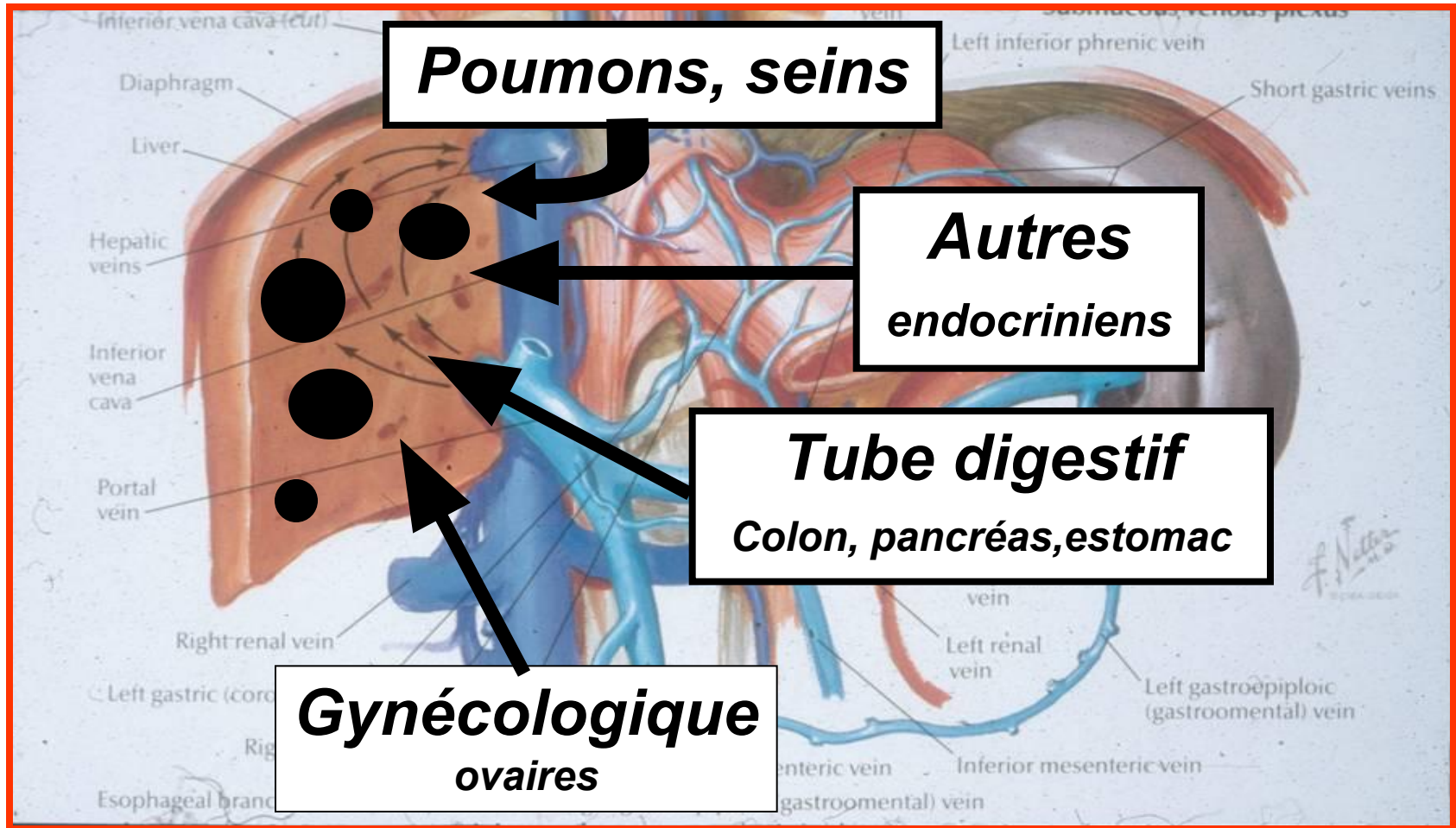
Structures biliaires

cholangiocarcinome

Structures vasculaires

hémangiosarcome

Origine tissulaire du cancer secondaire du foie



CANCERS PRIMITIFS DU FOIE

- ***CARCINOME HEPATOCELLULAIRE + + +***
- ***AUTRES : - CHOLANGIOCARCINOME +
- ANGIOSARCOME***

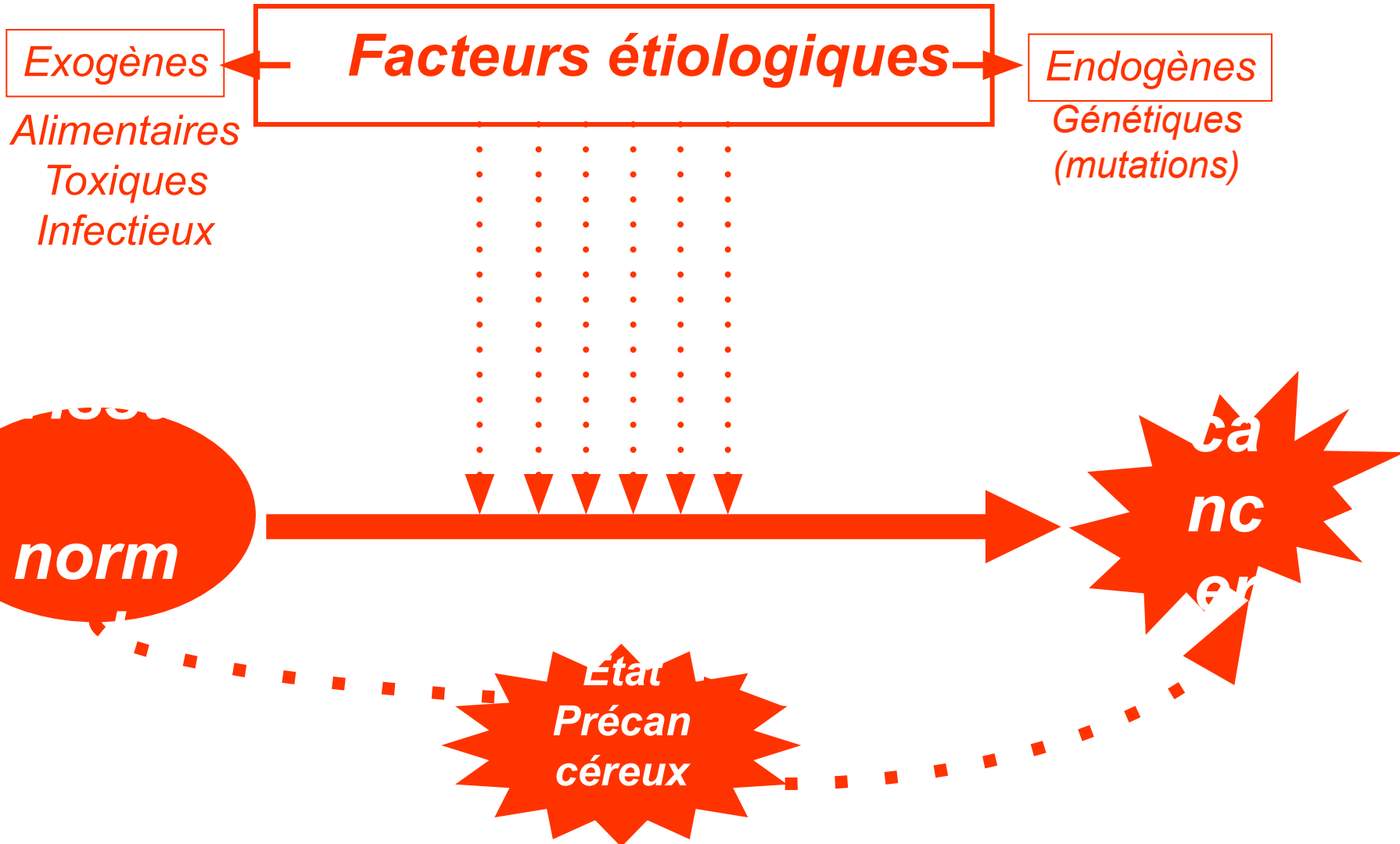
CARCINOME HEPATOCELLULAIRE

=

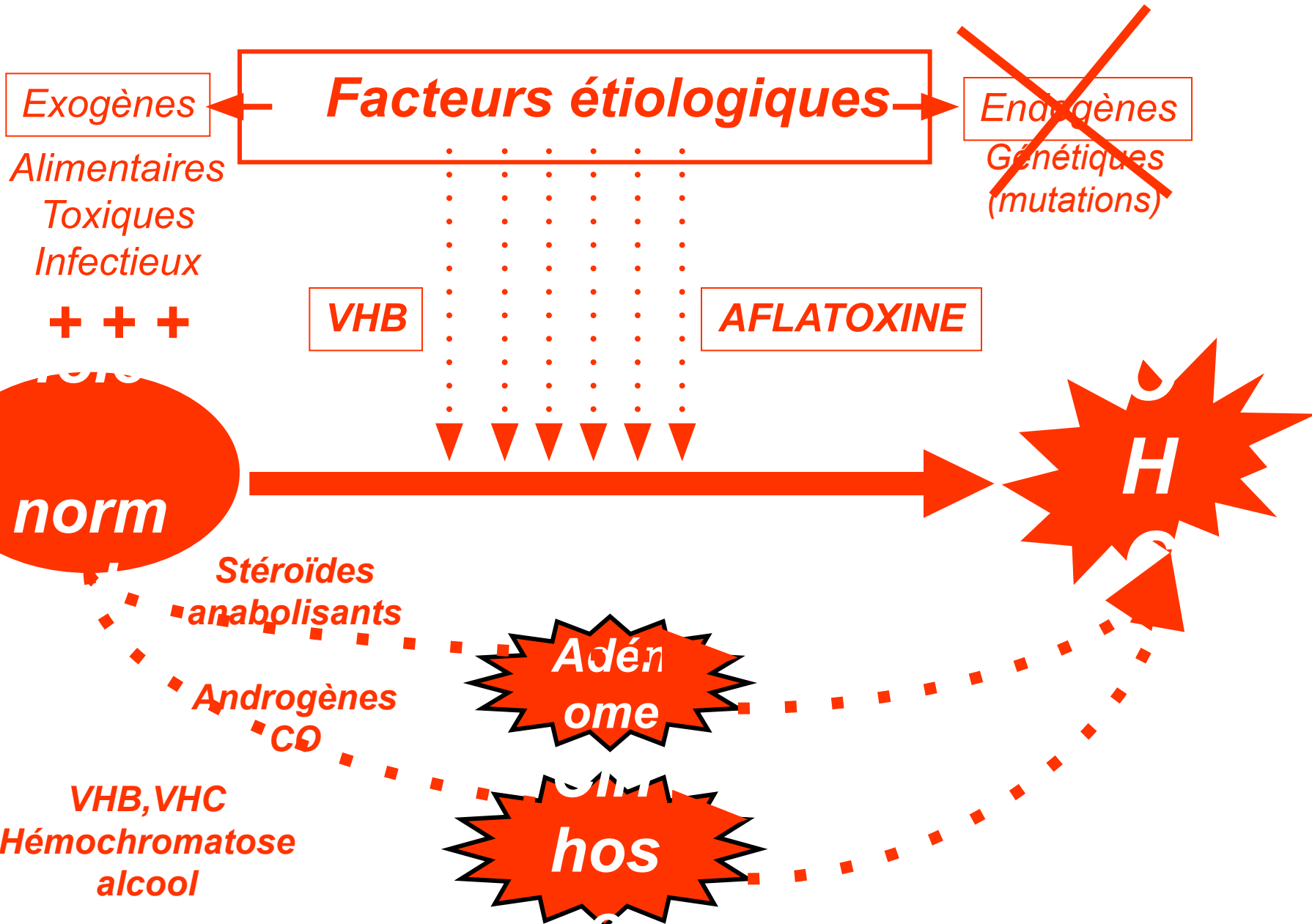
HEPATOCARCINOME

ETIOPATHOGENIE

Carcinogénèse générale



Carcinogénèse du CHC



ANATOMO-PATHOLOGIE

ANATOMIE PATHOLOGIE

Extension tumorale

Contiguïté
Vasculaire
Lymphatique

Voies de dissémination

Extension intrahépatique

1. Métastases hépatiques
2. Compression et envahissement des structures vasculaires et biliaires

Extension régionale

1. Thrombose porte.
++++
2. Adénopathies régionales:
Hile, coelimésentériques

Extension à distance

1. Poumons
2. Adénopathies

MANIFESTATIONS CLINIQUES

MANIFESTATIONS CLINIQUES

Deux grandes situations

```
graph TD; A[Deux grandes situations] --> B[CHC sur foie de cirrhose<br/>(Cirrhose connue ou non)]; A --> C[CHC sur foie sain];
```

CHC
sur foie de cirrhose

(Cirrhose connue ou non)

CHC
sur foie sain

CHC sur foie de cirrhose

1 Stade précoce

- *Diagnostic petit CHC est un objectif PEC cirrhotique.*
- *Ceci possible ☐ dépistage systématique.*
 - Echo hépatique + α FP / 6 mois*
- *signes cliniques de l'hépatopathie sont au 1^{er} plan*

CHC sur foie de cirrhose

2

Stades tardifs

- ***Modification du tableau clinique :***
 - 1-Altération état général (amaigrissement)*
 - 2-Fièvre inexpliquée*
 - 3-Augmentation du volume du foie*
 - 4-Douleurs hypochondre droit*
 - 5-Ascite*

CHC sur foie de cirrhose

3 ***Autre situation***

- *Parfois la cirrhose n'est pas connue.*
- *Le CHC révèle la maladie hépatique*
- *Tableau clinique associe :*
 - *Signes d'hépatopathie chronique*
 - *Foie tumoral*
- *Diagnostic souvent tardif*

CHC sur foie sain

5 Tableaux cliniques

1) **F. tumorale**: fréquente

hépatomégalie tumorale →

- Visible
- Palpable
- Evolutive

2) **F. fébrile**: tableau d'abcès hépatique (nécrose tumorale)

3) **F. douloureuse**: douleurs intenses hypochondre droit

Hémorragie sous capsulaire □ rupture □ hémopéritoine □ décès

4) **F. ictérique**: ictère franc domine le tableau clinique

Tumeur infiltrant tout le foie OU envahissement /compression VBP

5) **F. asymptomatique**: découverte fortuite, Tumeur petite taille

Dans toutes Ces situations

1- Anamnèse: minutieuse

- ***Maladie hépatique***: ancienneté et étiologie
- ***Facteurs de risque de CHC***: VHB/ aflatoxine/Autres
- ***Autres tares***: Cardiovasculaire / Respiratoire / Métabolique
- ***Signes d'appel***

2- Examen clinique: complet

- ***Evaluation état général***: IMC, pâleur, T°, TA
- ***Evaluation hépatopathie*** :Complications (EH, ascite, Hgie)
- ***Rechercher localisations secondaires***

3- Examens complémentaires: bilan plus précis

État fonction hépatique, confirme CHC et son extension

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Biologie

1. Exploration fonctionnelle hépatique:

- Fonction hépatique :
 - IHCaire (Cirrhose / Tumeur étendue)
 - conservée (Petit CHC sur foie sain)
- Syndrome de cholestase :
 - PA, GGT et bilirubine

2. Marqueurs tumoraux : **Alphafoetoprotéine(α FP)**

- Protéine foétale, état de trace chez l'adulte, élevée au cours CHC

Seuil significatif > 500ng/ml

- Remarque: Normale : Petit CHC. Augmentée: Hépatite aigue, Grossesse

3. Syndrome paranéoplasique: Polyglobulie, hypercalcémie, hypoglycémie

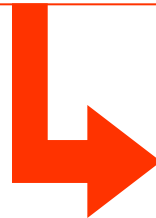
EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Imagerie □ ***3 Examens***

***ECHOGRAPHIE
ABDOMINALE***



***TOMODENSITOMETRIE
ABDOMINALE
(SCANNER)***



IRM ABDOMINALE

IMAGERIE

Echo abdominale

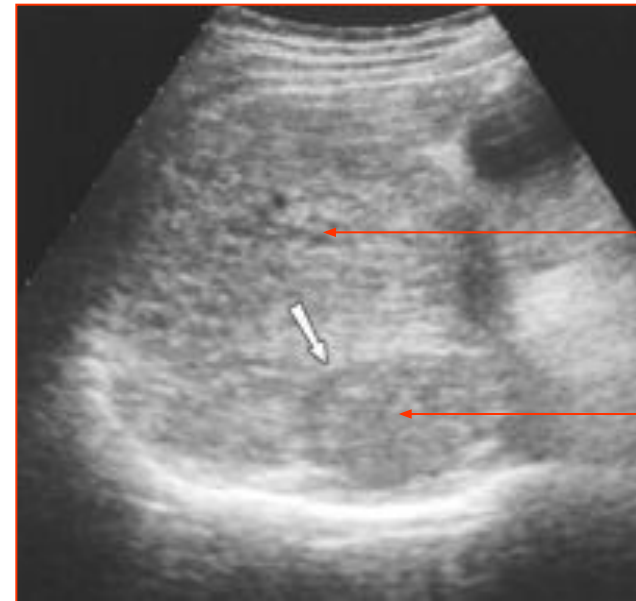
simple, non invasif, peu coûteux, répétitif □ 1ère intension dans le dépistage

A Renseigne sur la tumeur

1. Taille: Petite(<2cm), Grande(>5cm)
2. Echogénécité : Hypoéchogène
3. Siège: Variable
4. Nombre: Unique / multiple (n>3)

B Renseigne sur son extension

1. Compression ou envahissement des structures de voisinage(Vx, biliaires)
□ **thrombose porte** très évocatrice
2. Adénopathies profondes



Foie non tumoral

Nodule hépatique

C Autres renseignements

Anomalies observées dans la cirrhose

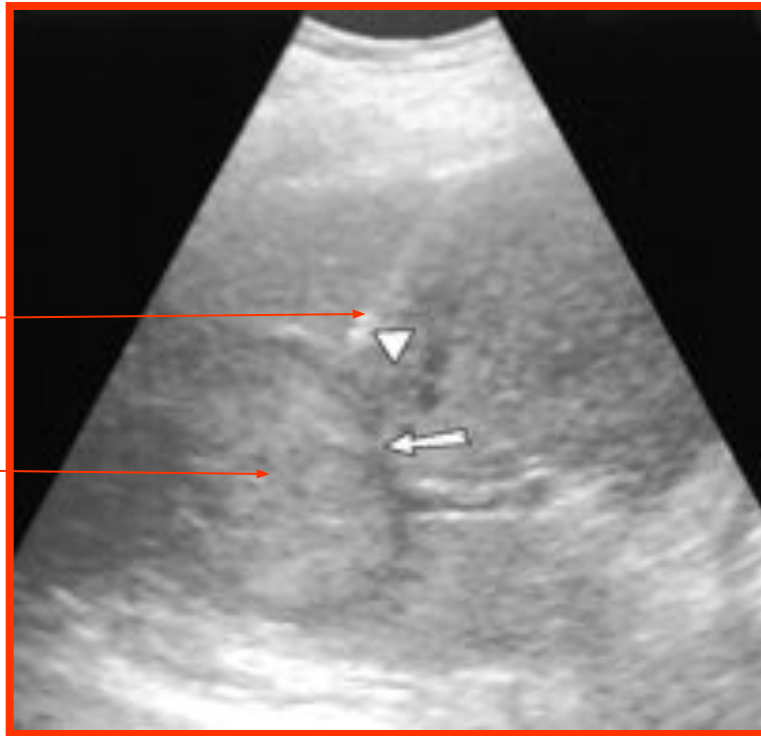
ECHOGRAPHIE HEPATIQUE

*Autre intérêt ☐ **biopsie échoguidée***

La biopsie n'est pas systématique

L'aiguille à biopsie

La tumeur



TDM hépatique

Plus coûteux, injection produit contraste □ 2^{ème} intention

Conditions d'examen rigoureuses

matériel adéquat = scanner multibarrette

1^{er} temps : avant injection du produit de contraste (iodé)

2^{ème} temps : après injection du produit de contraste

- *Coupes précoces (temps artériel)*
- *Coupes tardives (temps portal)*

Principes radiologiques

La vascularisation hépatique est portale:

foie □ Prise du contraste au stade tardif

La vascularisation du CHC est artérielle:

CHC □ prise du contraste est précoce

TDM hépatique

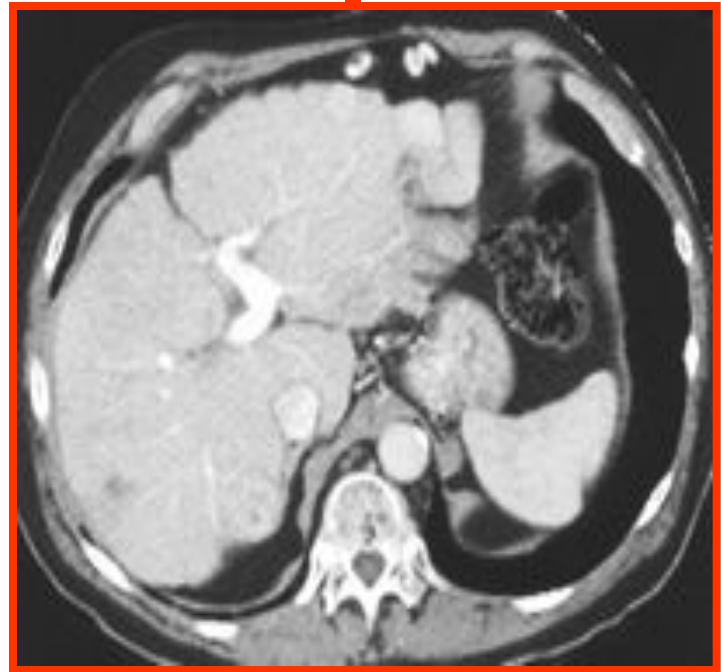
CHC multiple sur foie de cirrhose

Après injection du produit de contraste

Temps précoce (artériel)



Temps tardif (portal)



Une prise du PDC précoce avec nettoyage rapide

CHC \approx 100%

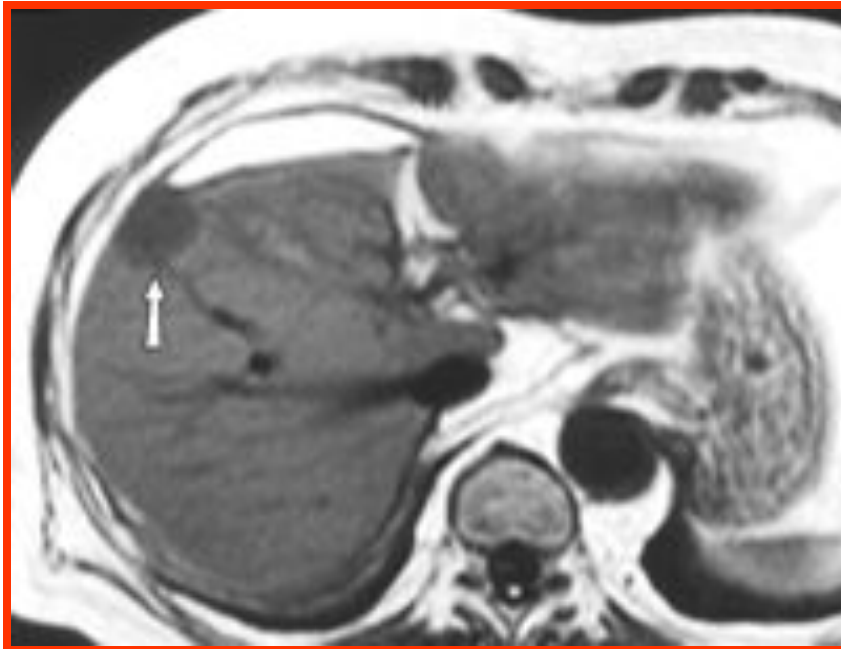
IRM hépatique

Très coûteux, n'est pas toujours disponible, très sensible □ 3^{ème} intention

Conditions d'examen rigoureuses

PDC= gadolinium

Avant injection du PDC



Tumeur Hyposignal en T1

Après injection du PDC



Tumeur Hypersignal en T2

DIAGNOSTIC

Prise en charge générale du CHC

3 étapes

Diagnostic précis

Positif

Différentiel

2

Bilan préthérapeutique

Extension tumorale

Foie non tumoral

État du malade

3

Traitement

Curatif

Palliatif

Comment poser le diagnostic d'un CHC ?

1 Cas faciles

Cirrhose + nodule hépatique (critères morphologiques) + α FP > 500 ng/ml

CHC \approx 100%

La preuve histologique n'est pas nécessaire

2 Cas difficiles

cirrhose(-) / nodule atypique à l'imagerie / α FP Nle

La preuve histologique est nécessaire

*Biopsie hépatique
échoguidée*

Il faudra éliminer ce qui n'est CHC

Surtout dans les cas difficiles

1. Ce qui n'est pas lésions tumorales

- *Pseudotumeurs*
- *Lésions kystiques*

2. Ce qui n'est pas tumeur maligne

Tumeurs bénignes ➡ *Angiome, adénome, hyperplasie nodulaire focale*

3. Ce qui n'est pas tumeurs malignes primitives

Métastases = Cancers secondaires ➡ *Digestifs, gynécologiques, etc.*

4. Ce qui n'est pas hépatocarcinome

Autres tumeurs primitives ➡ *Cholangiocarcinome, hémangiosarcome*

TRAITEMENT

Buts du traitement

3 buts

1. Traitement radical de la tumeur:

☐ *Améliorer la survie*

2. Traitement de l'hépatopathie à l'origine de la tumeur:

☐ *Prévenir la récurrence tumorale*

3. Traitement des symptômes:

☐ *Améliorer la qualité de vie du malade*

BILAN PRETHERAPEUTIQUE

Clinique, biologique et morphologique

1

La tumeur

Nombre, taille, siège, extension locorégionale et générale

2

Etat du foie non tumoral

Score de Child en cas de cirrhose

3

Etat du malade

Opérabilité: âge, fonction respiratoire et cardiaque

ARMES THERAPEUTIQUES

2 moyens de principes différents

**TRAITEMENT
CURATIF**

*Guérir le malade
et
améliorer sa survie*

1-Transplantation hépatique

2-Exérèse chirurgicale

3-Radiofréquence

Principe

**TRAITEMENT
PALLIATIF**

*Améliorer la qualité de vie
Sans
augmenter la survie*

1-Alcoolisation

3-Chimio-embolisation

4-Chimiothérapie

Alcoolisation

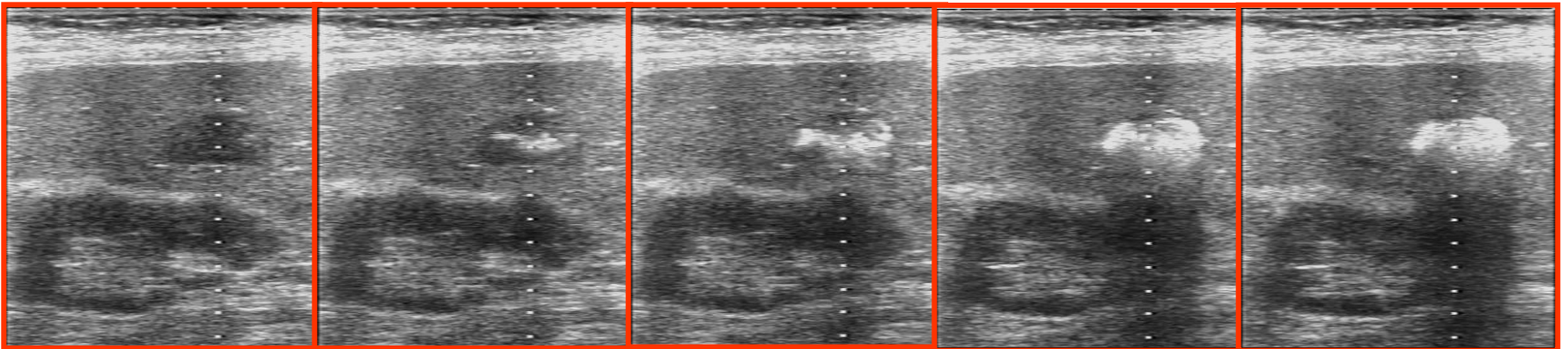
-Principe:

Injection intratumorale d'alcool absolu sous échographie □ nécrose de coagulation

-Indication petit CHC 3cm

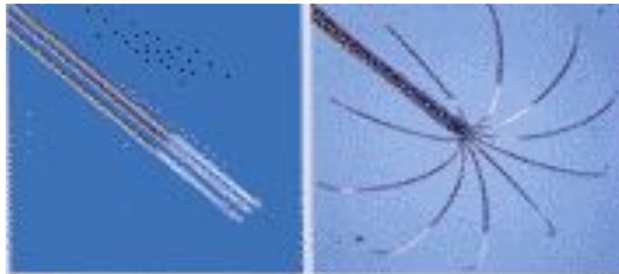
-Complications

Abcès, fièvre, Hgie.



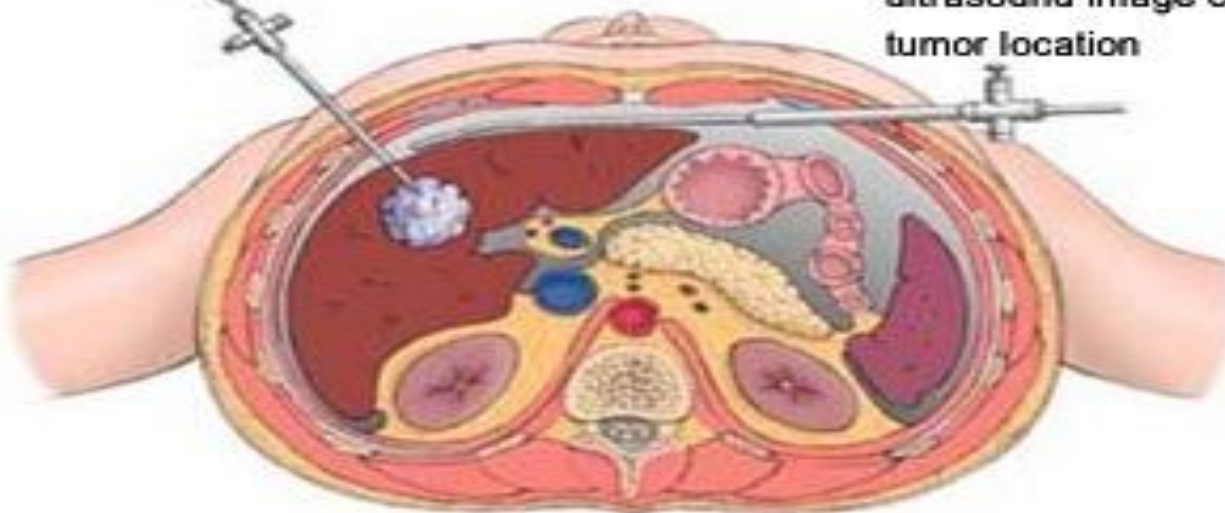
Radiofréquence

Destruction tumorale par un effet thermique



RF probe

Laparoscope for
ultrasound image of
tumor location



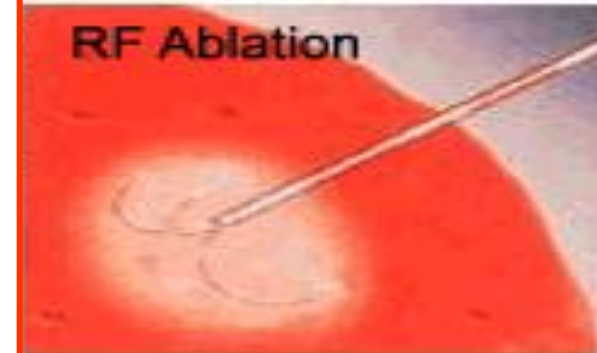
Introduction



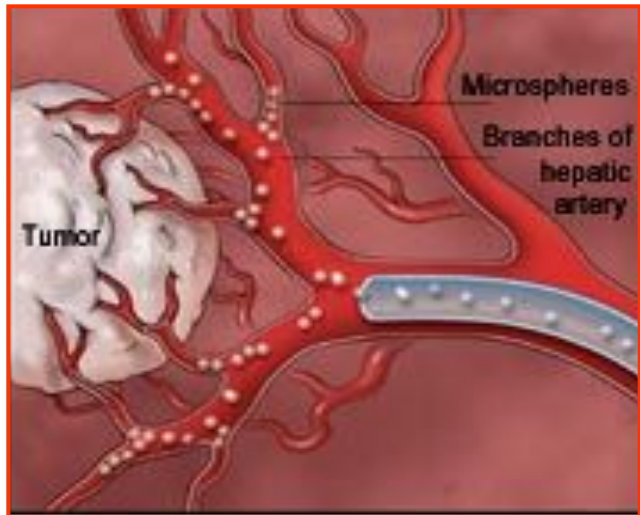
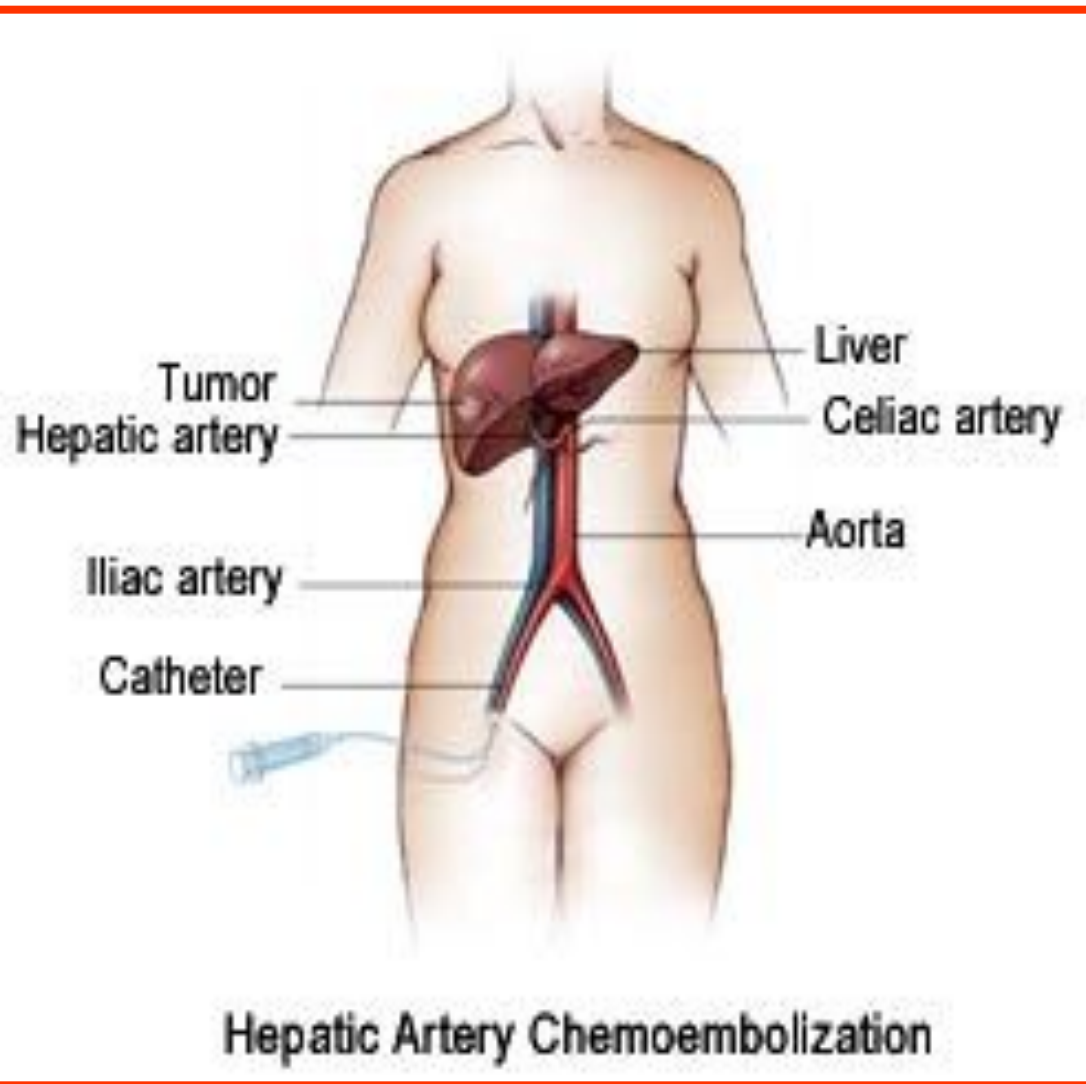
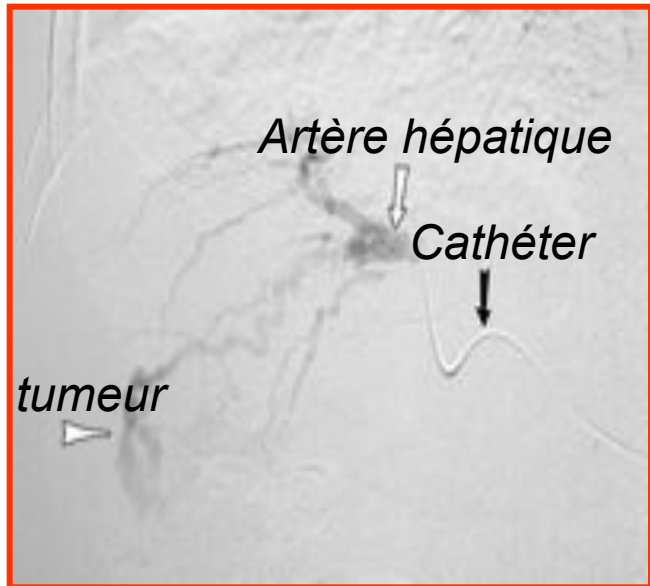
Deployment



RF Ablation



CHIMIOEMBOLISATION



Traitement curatif

Résection chirurgicale

Geste chirurgical

RESECTION CARCINOLOGIQUE DE LA TUMEUR

Inconvénients

*On laisse en place le foie malade ☐ risque de récidence
Risque d'insuffisance hépatocellulaire en post-opératoire*

Indiquée

CHC sur foie sain , CHC sur cirrhose Child A en attente d'une TH

1 nodule <5 cm ou moins de 3 nodules <3cm sur cirrhose Child A

Traitement curatif

Transplantation hépatique

Constitue le meilleur traitement du CHC sur cirrhose

<10% de récidence à 3 ans

Technique chirurgicale

TH à donneur cadavérique mieux que le donneur vivant

INDICATIONS DU TRAITEMENT

Bilan préthérapeutique

PETIT CHC

- $T \leq 5cm$
- $N \leq 3$ et $T \leq 3cm$
- Veine porte libre
- Métastases = non

curatif

CHC ETENDU

- $T > 5cm$ ou
- $N > 3$ et $T > 3cm$
- thrombose porte
- Métastases = oui

Palliatif

PREVENTION

1

PREVENTION PRIMAIRE

*Lutter contre les facteurs cancérigènes
Vaccination contre VHB*

2

PREVENTION SECONDAIRE

Dépistage et traitement des malades infectés VHC ou VHB

☐ *État précancéreux = Cirrhose*

AUTRES TUMEURS PRIMITIVES DU FOIE

1- Cholangiocarcinome

2- Tumeurs malignes vasculaires

AUTRES TUMEURS PRIMITIVES DU FOIE

1

CHOLANGIOCARCINOME

- Tissus d'origine: Revêtement des canaux biliaires intra-hépatiques → **Cholangiocytes**
- Fréquence: 10% des cancers primitifs du foie
- État précancéreux: Cholangite sclérosante primitive
Maladie de Caroli
- α FP: normale
- Traitement curatif: Chirurgie seule (stade précoce)
- Pronostic: Mauvais

AUTRES TUMEURS PRIMITIVES DU FOIE

2 *Angiosarcome*

3 *Hémangio-endothéliome épithéloïde*

- Tissus d'origine: cellules endothéliale
- Fréquence : rare
- Age: Adulte jeune
- Pronostic : Mauvais , métastases extrahépatiques

TUMEURS SECONDAIRES DU FOIE

Cancers secondaires

DEFINITION

Localisation hépatique de tumeur maligne primitive extra-hépatique.

Origine des métastases

Tumeurs primitives essentiellement du tractus digestif (estomac, vésicule, pancréas, côlon), sein, appareil génito-urinaire.

Manifestations cliniques

Circonstances de découverte

1 Tumeur primitive est connue

Les métastases hépatiques sont découvertes soit dans le cadre:

- Du bilan d'extension □ Métastases synchrones.*
- De surveillance d'un cancer réséqué □ Métastases métachrones*

souvent asymptomatiques, découverte échographique

2 Tumeur primitive n'est connue

*Les métastases hépatiques révèlent la maladie:
souvent symptomatique: Douleurs, Amaigrissement, HPM tumorale.*

Examens complémentaires

Biologie

*Syndrome de cholestase anictérique + + +
PA, GGT*

Morphologie: écho, TDM

*Une ou plusieurs tumeurs intra-hépatiques; la partie
centrale de la tumeur peut être nécrosée
(image en cocarde)*

Traitement

Métastase hépatique n'est plus synonyme d'1 tumeur non curable

Traitement curatif possible

Repose sur le traitement d'abord de la tumeur primitive puis des métastases hépatiques souvent en deux temps associé souvent un traitement adjuvant ou néoadjuvant

Traitement souvent palliatif

Traitement symptomatique