

Les tumeurs bénignes du foie

OBJECTIFS PEDAGOGIQUES

- Définir les tumeurs bénignes.
- Citer les classifications.
- Citer les circonstances de découverte.
- Décrire les aspects anatomo-cliniques des principales tumeurs bénignes.
- Préciser les principes du traitement, les complications et le suivi au long cours.

I/ Introduction /Définition :

- L'ensemble des proliférations cellulaires bénignes développées à partir de l'un des types cellulaires du foie : cellules épithéliales ou cellules mésenchymateuses.

Les tumeurs hépatiques bénignes sont rares, surviennent presque toujours sur foie sain (sans hépatopathie chronique sous-jacente), asymptomatiques, très souvent de découverte fortuite (échographie) chez des femmes jeunes.

II/ Diagnostic:

- Les tumeurs bénignes du foie ne donnent pas de manifestations cliniques, d'anomalies des tests hépatiques, ou de syndrome inflammatoire à l'exception des rares cas où elles sont très volumineuses (plus de 5 cm de diamètre) ou compliquées (nécrose, hémorragie pour les adénomes ou les kystes).
- Le diagnostic repose sur l'imagerie : échographie, scanner et IRM hépatique.
Lorsque l'imagerie n'est pas concluante (en cas de forme atypique ou tumeur volumineuse), une ponction biopsie écho ou scanno-guidée de la tumeur est indiqué avec étude immunohistochimique.

III/ Classification:

Tm Epithéliales	Tm Conjonctives	Pseudotumeurs Epithéliales	Pseudotumeurs Conjonctive
- Adénome - Hyperplasie nodulaire focale (HNF) - Cystadénome biliaire - Tumeurs kystiques	- Hémangiome - Lymphangiome - Lipome - Fibrome - Angiomyolipome	- Hamartome - Nodule stéatosique - Nodule de régénération	- Pseudo lipomes - Pseudotumeurs inflammatoires

1- Hémangiome hépatique =Angiome

- La plus fréquente des tumeurs bénignes du foie, survient chez la femme 30-50 ans, dans 2/3 des cas.
- Conséquence d'une malformation vasculaire non héréditaire
- Taille souvent réduite <4 cm mais il y a des angiomes géants (10-20 cm)
- Souvent asymptomatique, parfois douleurs abdominales, nausées ou complications: thrombose, hémorragie si angiome volumineux. Bilan biologique normal
- Histologie : Sinusoïdes gorgés de sang, bordées par un endothélium et séparées par des septas fibreux
- Imagerie:
 - Forme typique : l'échographie est suffisante pour les lésions < 3 cm, hyper échogène, homogène, bien limitée, avec un renforcement acoustique postérieur
 - Forme atypique : scanner, IRM ++ : Prise de contraste périphérique suivie d'un renforcement central tardif
- Biopsie rarement nécessaire
- Aucun traitement sauf complication ou tumeur volumineuse symptomatique (traitement chirurgical).
Pas de surveillance. Cette tumeur ne dégénère jamais

2- Hyperplasie nodulaire focale (HNF)

- 2ème tumeur bénigne du foie après l'angiome. Elle survient chez une femme entre 30 et 50 ans.
- Conséquence d'une prolifération bénigne d'hépatocytes secondaire à une malformation vasculaire.
- La contraception orale n'augmente ni la fréquence ni la taille ni le risque de complications.
- Le plus souvent asymptomatique. Bilan hépatique normal, parfois élévation minimale des GGT, PAL.
- Histologie: amas d'hépatocytes agencées dans des nodules fibreux regroupés autour d'un pédicule central fibro-vasculaire
- Le diagnostic est radiologique (IRM injecté ou échographie de contraste ou TDM): Image caractéristique dans plus de 80% des cas, rehaussement massif au temps artériel, excepté au niveau de la cicatrice fibreuse centrale. La biopsie est rarement nécessaire (si image non caractéristique).
- Aucun traitement et aucune surveillance. Evolution bénigne et ne dégénère pas.
- Ne constitue pas une contre-indication à la contraception orale ni à une grossesse.

3- Adénome hépatocellulaire (AHC) :

- Rare: 10 fois plus faible que celle de l'HNF
- Prolifération hépatocytaire monoclonale bénigne (lésion souvent hétérogène remaniée par l'hémorragie et/ou nécrose)
- Prédominance féminine 35-40ans, sous contraception orale depuis plus de 5ans
- Facteurs favorisants : hormonaux (œstrogènes et androgènes), génétiques (glycogénoses de type 1 ou 3 principalement, tyrosinémie et diabète juvénile de type MODY 3), ou plus récemment métaboliques (obésité et diabète)
- On distingue 4 types d'AHC dont la caractérisation repose sur l'imagerie et l'étude immunohistochimique :
 - a- Les adénomes hépatocellulaires télangiectasiques inflammatoires : 50%
 - b- Les adénomes hépatocellulaires HNF1a inactives : 30 à 40%
 - c- Les adénomes b-caténine actives : représente 10 à 15 % des AHC. A la différence des autres sous-types, ces AHC sont préférentiellement observés chez les sujets masculins et associés avec un risque plus important de transformation maligne.
 - d- Les adénomes hépatocellulaires non classés : < 10%
- Symptomatique une fois sur 2: pesanteur, douleurs aiguës si hémorragie intra tumorale
- Biologie normale ou légère cholestase anictérique (augmentation des PAL)
- Complications: hémorragie intra tumorale et transformation maligne +++
- Association à différentes mutations génétiques: Béta caténine (Surtout si l'adénome survient chez un homme, haut potentiel de malignité)
- Imagerie (IRM++): pas de cicatrice centrale, rehaussement rapide et précoce au temps artériel, du centre vers la périphérie au scanner. La biopsie est indiquée si l'imagerie n'est pas concluante.
- Principal diagnostic différentiel: Carcinome hépatocellulaire (CHC) +++
- Conduite à tenir:
 - l'arrêt des contraceptifs oraux ou androgènes ainsi que la correction des facteurs de risques métaboliques (poids, diabète, etc.),
 - Un traitement chirurgical (résection de la tumeur) en cas de : sexe masculin (quelque soit la taille de la tumeur), adénome symptomatique ou compliqué, adénome > 5cm et adénome b-caténine active.
 - Dans les autres cas, surveillance par l'imagerie /6 mois pendant 2 ans puis / ans.

4-Kyste biliaire:

- La plus fréquente des lésions kystiques du foie, souvent unique, de contenu liquidien.
- Dilatation kystique d'une voie biliaire aberrante ne communiquant pas avec le reste de l'arbre biliaire
- Le plus souvent asymptomatique de découverte fortuite chez une femme entre 50 et 60 ans.
- Parfois symptomatique (kyste volumineux ou complications : hémorragie intra kystique, compression des organes de voisinage, rupture...)
- L'échographie suffit au diagnostic: Lésion sphérique anéchogène à bords nets avec renforcement postérieur
- Diagnostic différentiel: autres lésions kystiques (kyste hydatique, abcès du foie, polykystose hépatorénale, cystadénome)
- Abstention thérapeutique, pas de surveillance