

TUMEURS DU FOIE ET DES VOIES BILIAIRES

⇒ **Tumeurs intra-hépatiques**

⇒ **Tumeurs des voies biliaires extra-hépatiques**

CLASSIFICATION HISTOLOGIQUE DES TUMEURS DU FOIE (INTRA-HEPATIQUES)

TUMEURS EPITHELIALES

Bénignes

Adénome hépatocellulaire

Adénome biliaire intra-hépatique

Cystadénome biliaire

Séreux

Mucineux (à stroma mésenchymateux ou non)

Papillomatose biliaire

Malignes

Carcinome hépatocellulaire

Cholangiocarcinome intra-hépatique

Cystadénocarcinome biliaire

Hépatocholangiocarcinome

Hépatoblastome

Carcinome indifférencié

CLASSIFICATION HISTOLOGIQUE DES TUMEURS DU FOIE

LESIONS PRECANCEREUSES

Nodules dysplasiques

Bas grade

Haut grade

Dysplasie hépatocytaire

Grandes cellules

Petites cellules

Hyperplasie biliaire

Dysplasie biliaire

CLASSIFICATION HISTOLOGIQUE DES TUMEURS DU FOIE

TUMEURS MESENCHYMATEUSES

Bénignes

Hémangiome

Lymphangiomes et lymphangiomatose

Angiomyolipome

Hémangioendothéliome infantile

Malignes

Angiosarcome

Hémangioendothéliome épithélioïde

Sarcome de Kaposi

Sarcome indifférencié (embryonnaire)

Rhabdomyosarcome

Leiomyosarcome, fibrosarcome, liposarcome

Lymphome

CLASSIFICATION HISTOLOGIQUE DES TUMEURS DU FOIE

TUMEURS MIXTES

Bénignes : Hamartome mésoenchymateux

Malignes : Carcinosarcome

TUMEURS DIVERSES

Tumeur fibreuse solitaire

Tératome

Tumeur du sac vitellin

Tumeur rhabdoïde

PSEUDO-TUMEURS

Hyperplasie nodulaire focale

Pseudotumeur inflammatoire

Transformation nodulaire partielle

Kyste biliaire solitaire

TUMEURS DU FOIE

A QUOI PENSER DEVANT ...

Tumeur unique

Hémangiome

Métastase unique

HNF

CHC (sur cirrhose)

Cholangiocarcinome

Adénome

Angiomyolipome

Foie multinodulaire

Métastases

CHC (sur cirrhose)

Cholangiocarcinome

Hémangioendothéliome épith.

Lymphome

Adénomatose

Gros foie tumoral

CHC diffus

Cholangiocarcinome

Lymphome, leucémie

Métastases diffuses

Tumeur kystique

Kyste biliaire

Kyste parasitaire

Cystadénome biliaire

Cystadénocarcinome

Hamartome mésenchymateux

TUMEURS DU FOIE

- Large éventail de lésions mais 5 ou 6 types regroupent 95% des tumeurs
- Diagnostic de certitude ou au moins d'orientation fréquemment obtenu par le contexte clinique et l'imagerie
- Problèmes diagnostiques assez stéréotypés en pratique pour le pathologiste

Adénome /HNF

CHC / Cholangiocarcinome / Métastase

QUE REÇOIT LE PATHOLOGISTE?

- **Cytoponction**
- **PBH guidée +/- PBH en foie non tumoral***
- **Prélèvement biopsique extemporané**
- **Pièce opératoire**

LES DIFFERENTS TYPES DE PRELEVEMENT

Cytoponction guidée à l'aiguille fine

- étalements + microbiopsie
- peu risquée
- rentabilité diagnostique inégale
- non recommandée pour les petits nodules sur cirrhose

*CHC : cellules endothéliales enveloppant les nids et les travées d'hépatocytes

LES DIFFERENTS TYPES DE PRELEVEMENT

Ponction- biopsie guidée

Nodule unique de type hépatocytaire sur l'imagerie chez une femme jeune

⇒ HNF non typique / Adénome

Nodule unique sur foie sain

⇒ CHC / Cholangiocarcinome / Métastase / Autre

Nodule unique sur foie cirrhotique

⇒ Macronodule / Nodule dysplasique / CHC / cholangiocarcinome

Nodules multiples

⇒ Type de la tumeur primitive?

- risques hémorragiques
- mauvaise rentabilité pour les tumeurs bénignes
- risque d'ensemencement du trajet dans les tumeurs malignes (2%)
- intérêt de la biopsie en foie non tumoral pour les tumeurs hépatocytaires
- apport de l'immunomarquage pour les tumeurs malignes

LES DIFFERENTS TYPES DE PRELEVEMENT

Pièce d 'hépatectomie partielle ou totale (transplantation)

- **Peser - Mesurer - Encrer la tranche de section**
- **Identification des segments hépatiques, des gros vaisseaux et des grosses voies biliaires**
- **Tumeur uninodulaire, limitation, capsule, étoile fibreuse?**
- **Tumeur multinodulaire ou diffuse?**
- **Mode d 'infiltration expansif ou infiltrant**
- **Capsule? , envahissement des vaisseaux , des voies biliaires, métastases gg hilaires?**
- **Distance minimale Tumeur / Tranche de section**
- **Parenchyme non tumoral**

TECHNIQUES UTILES AU DIAGNOSTIC DES TUMEURS HEPATIQUES

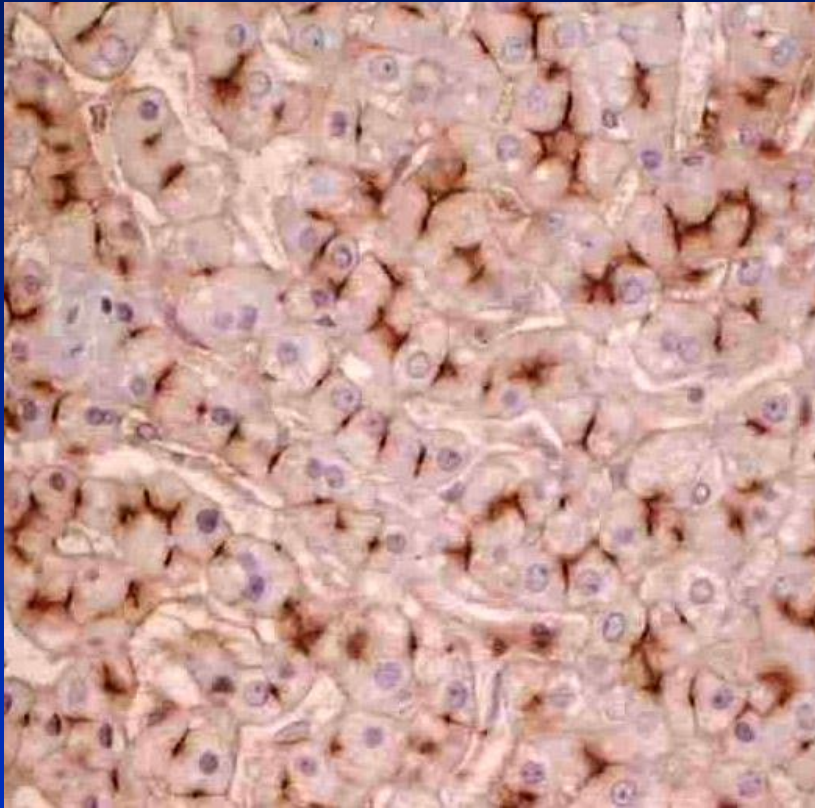
Colorations spéciales

**PAS - Bleu Alcian
Réticuline**

Immunomarquage

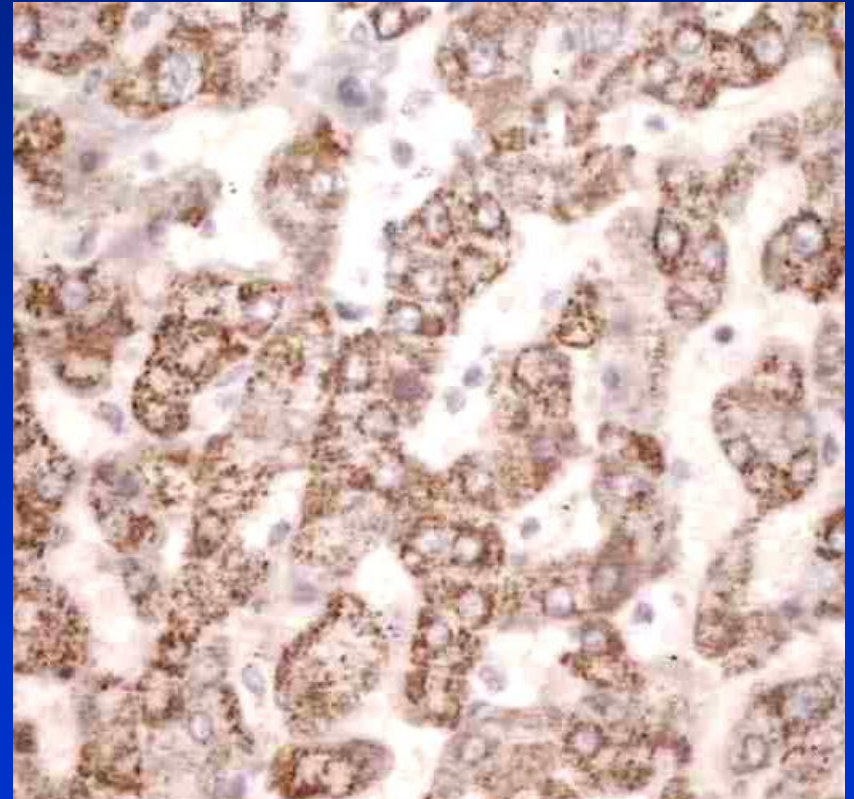
**KL1, CK 7, CK8, CK 18, CK 19, CK 20, EMA, AFP, ACEp, anti-hépatocyte
Chromogranine, NSE, synaptophysine, thyroglobuline, RE, RP,
PSA
LC, CD20, CD3, AML, HMB45, F VIII, CD34, vimentine**

FOIE NORMAL



Anti-ACE polyclonal

Anti-hépatocyte



TUMEURS BENIGNES DU FOIE

Adénome

Hyperplasie nodulaire focale

Adénome biliaire

Cystadénome biliaire

Angiome

Angiomyolipome

TUMEURS BENIGNES DU FOIE

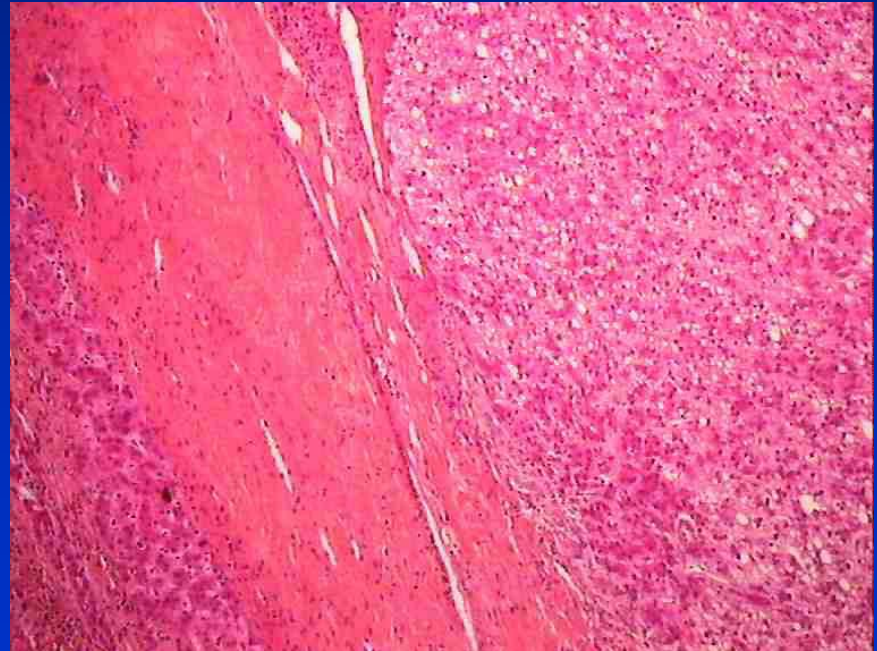
ADENOME

Incidence annuelle	3/100 000 femmes CO
F/M	10/0
Age moyen	30 ans*
Symptômes	9/10
Fact étiologiques	CO, androgènes,
glycogénose	
Imagerie	NS
Tumeur unique	80%*

TUMEURS BENIGNES DU FOIE

ADENOME

- Tumeur sous-capsulaire
- Parfois pédiculée (10%)
- Bien limitée \pm encapsulée
- Taille 5-15 cm
- Pas de cicatrice fibreuse
- Aspect homogène
- Teinte chamois
- Nécrose et hémorragies ++



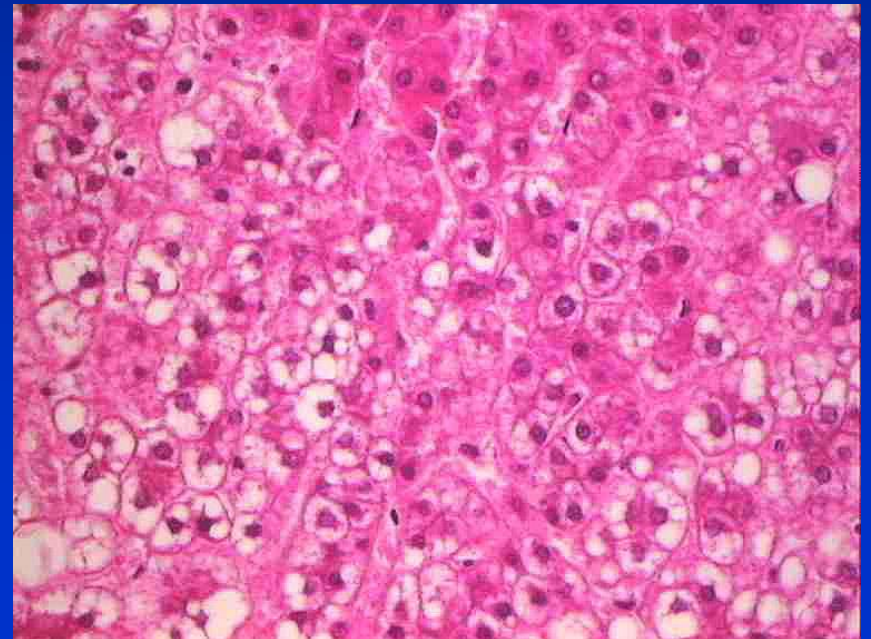
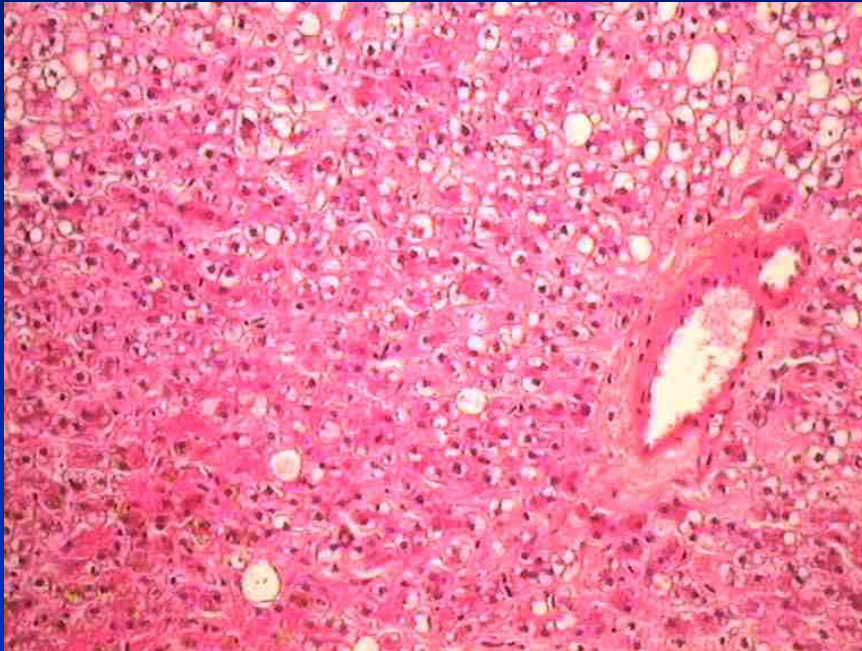
TUMEURS BENIGNES DU FOIE

ADENOME

- **Pas de fibrose importante**
- **Vaisseaux à paroi fine**
- **Pas de canaux biliaires**
- **Hépatocytes clairs ou stéatosiques**
- **Hématopoïèse extramédullaire**
- **Travées épaissies - Réticuline +**
- **Nécrose et hémorragies ++**
- **Bile**

TUMEURS BENIGNES DU FOIE

ADENOME



TUMEURS BENIGNES DU FOIE

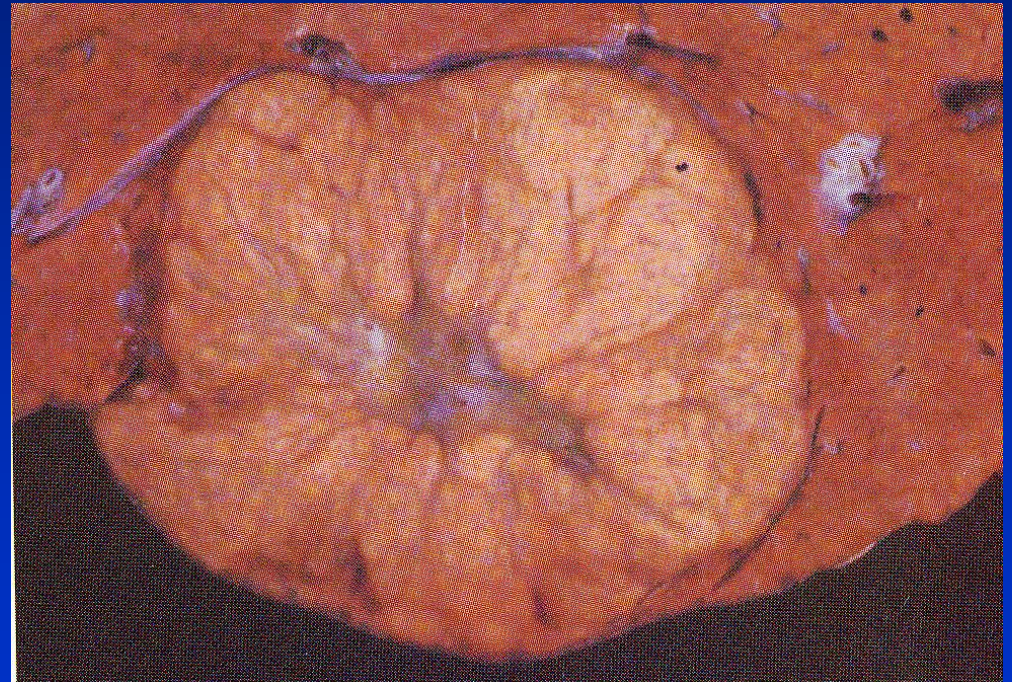
HNF

Prévalence	0,9%
F/M	8/1
Age moyen	38 ans
Symptômes	20 à 60%
Fact étiologiques	0
Imagerie diagnostique	2/3
Tumeur unique	75%

TUMEURS BENIGNES DU FOIE

HNF classique

- Tumeur lobulée
- Rarement pédiculée
- Bien limitée, non encapsulée
- Taille 1-17 cm (med 5cm)
- Cicatrice fibreuse centrale ++
- Aspect multinodulaire
- Teinte chamois
- Nécrose, hémorragies rares



TUMEURS BENIGNES DU FOIE

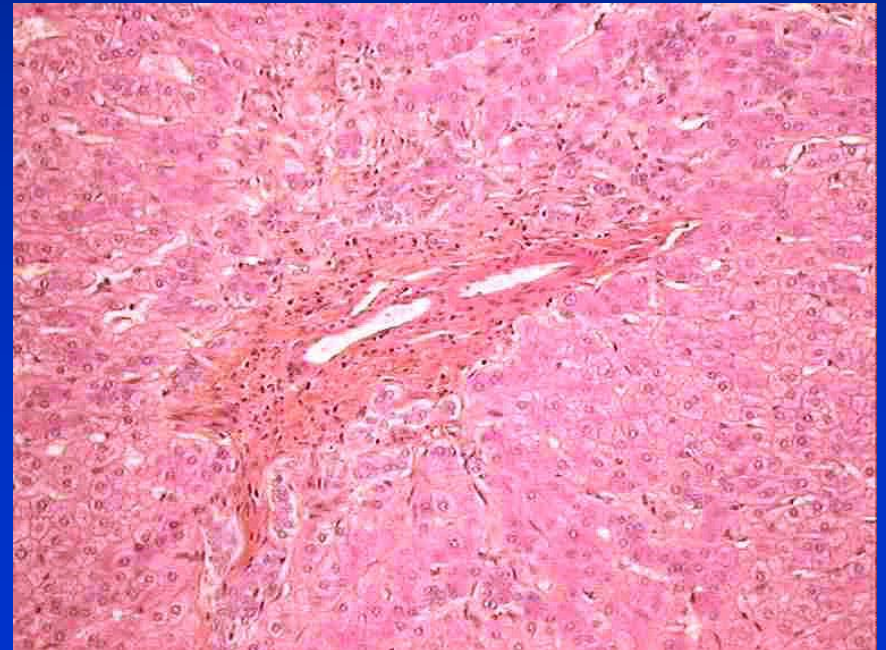
HNF classique

- Architecture nodulaire
- Septa fibreux
- Vaisseaux tortueux à paroi épaisse
- Prolifération néoductulaire
- Inflammation mononucléée
- Hépatocytes normaux
- Travées de 2 à 3 hépatocytes
- Stéatose (50%)



TUMEURS BENIGNES DU FOIE

HNF classique



TUMEURS BENIGNES DU FOIE

HNF non classique

Forme téléangiectasique

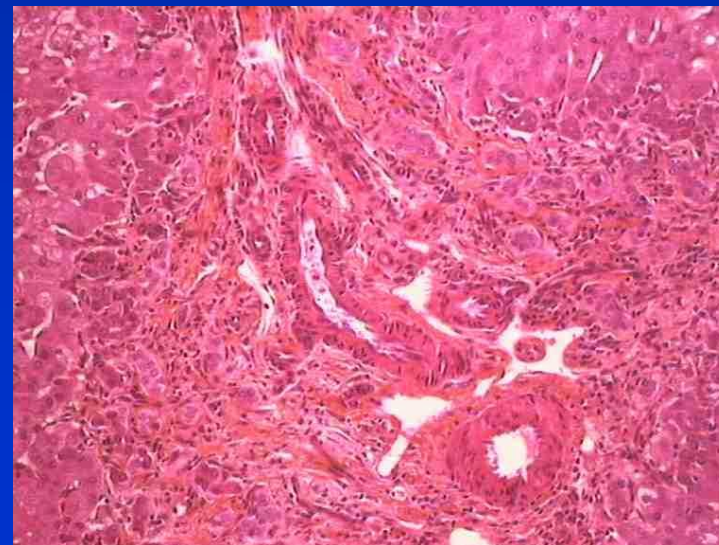
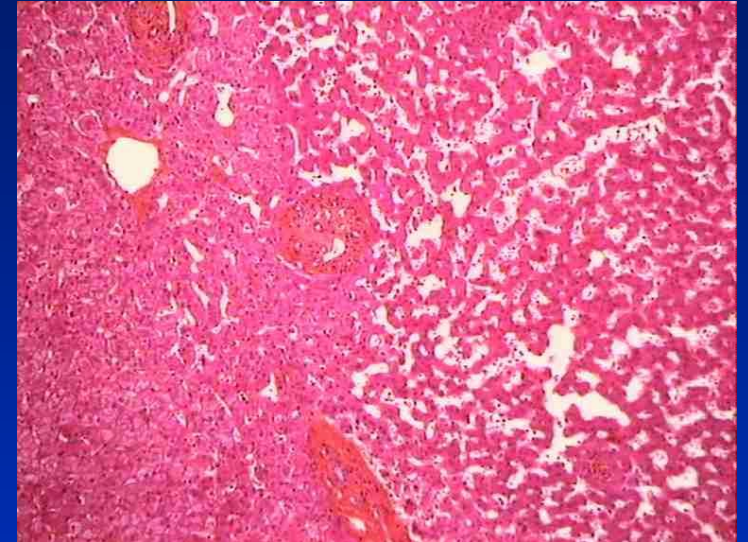
- **15% des cas**
- **Masse lobulée sans cicatrice centrale**
- **Foyers congestifs ou hémorragiques**
- **Taille médiane de 2 cm**
- **HNF multiples**

- **Pas d 'architecture nodulaire**
- **Foyers de dilatations sinusoidales**
- **Courts septa fibreux contenant des artères anormales**
- **Foyers de prolifération ductulaire**

TUMEURS BENIGNES DU FOIE

HNF non classique

Forme télangiectasique



TUMEURS BENIGNES DU FOIE

Hyperplasie nodulaire focale / Adénome

Même terrain: femme jeune

HNF: malformation hamartomateuse

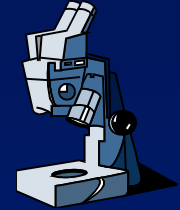
Adénome : véritable tumeur bénigne

HNF → simple surveillance si asymptomatique

Adénome : Hémorragie
Rupture
Transformation maligne

→ chirurgie

TUMEURS BENIGNES DU FOIE



Hyperplasie nodulaire focale non typique en imagerie / Adénome

⇒ Ponction-biopsie hépatique guidée

⇒ Biopsie extemporanée sous coelioscopie

➤ si septa fibreux avec prolifération cholangiolaire ++
± artères dystrophiques

HNF

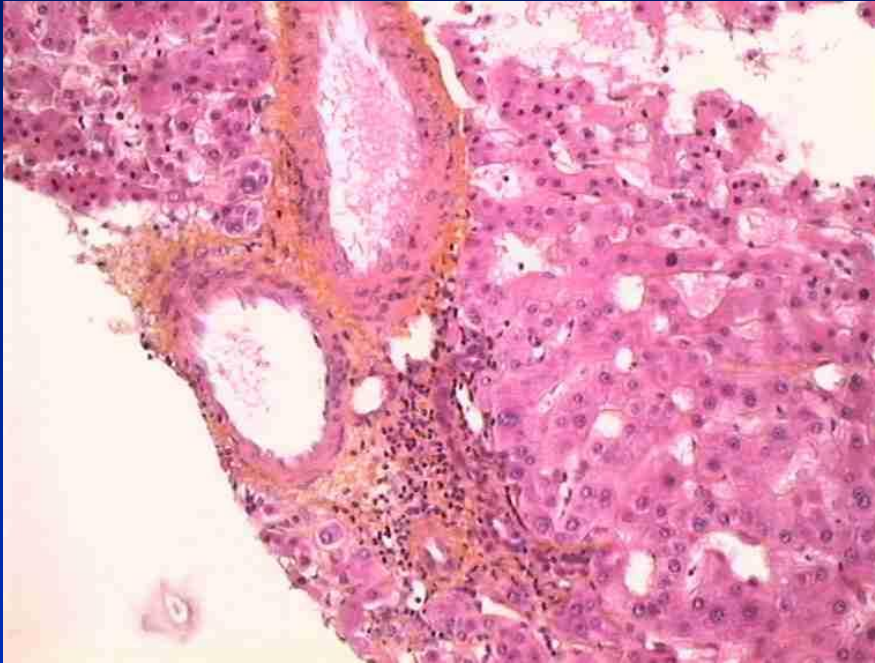
⇒ Pas de résection

➤ si pas de septa fibreux avec prolifération cholangiolaire ++

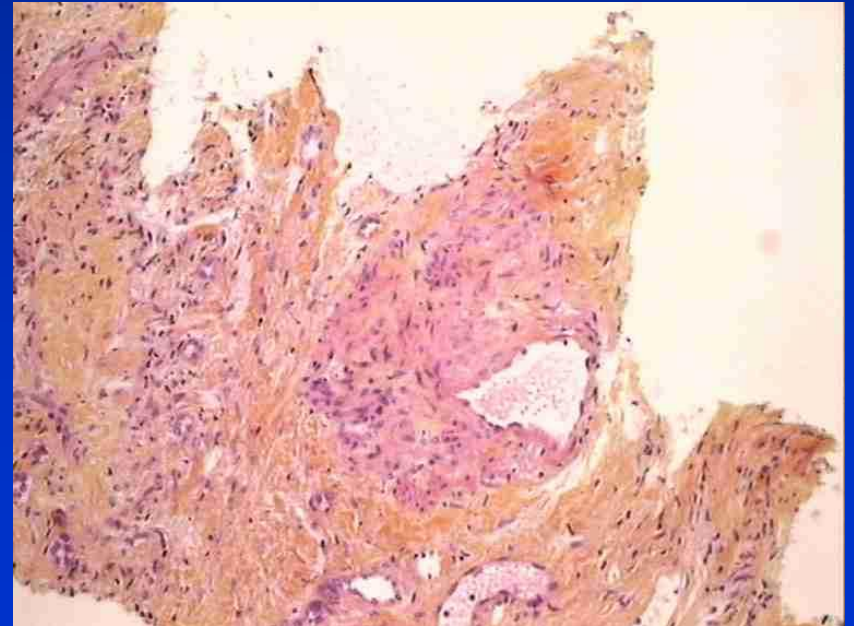
Tumeur hépatocytaire bénigne
Pas de diagnostic

⇒ Pièce opératoire

TUMEURS BENIGNES DU FOIE

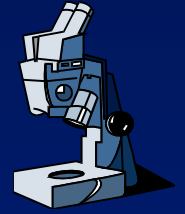


Diagnostic d 'HNF sur PBH



TUMEURS BENIGNES DU FOIE

TUMEURS BILIAIRES

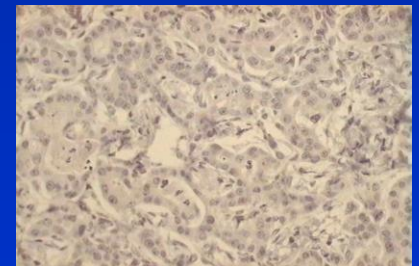
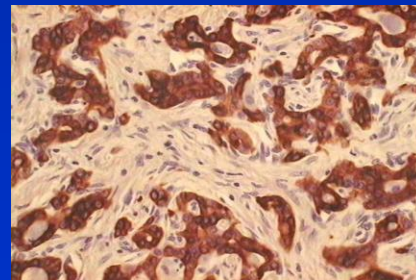
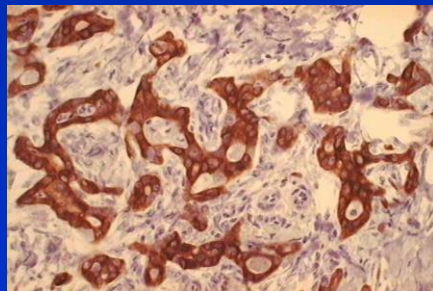
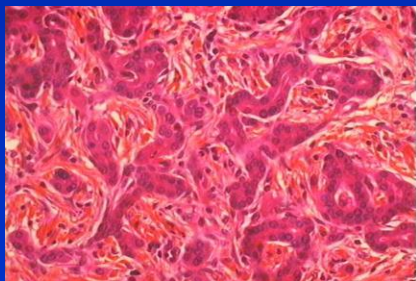
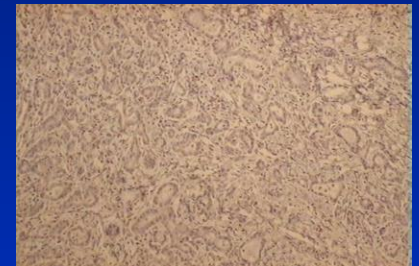
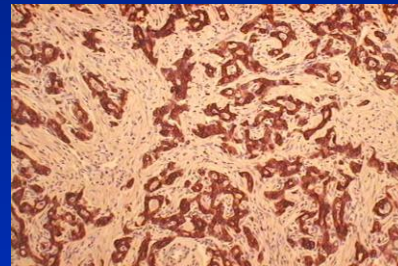
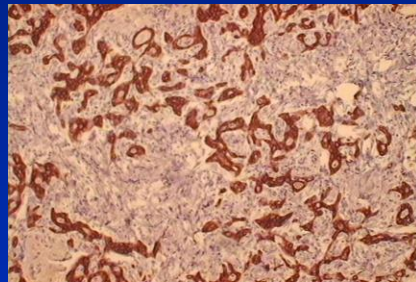
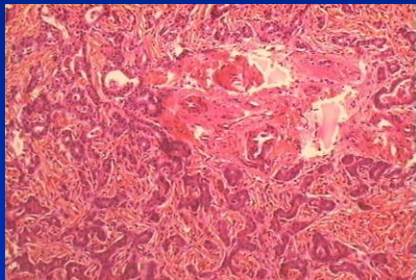
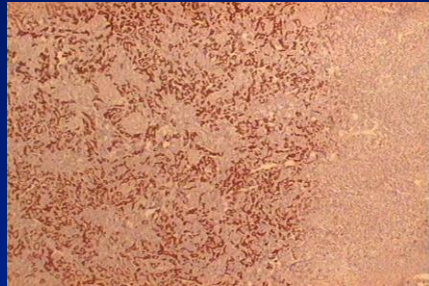
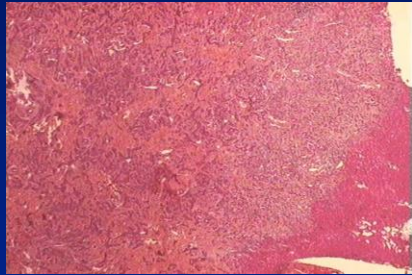


Adénome biliaire

Lésion fréquente et banale

**Difficulté diagnostique en extemporané avec une petite
métastase de cancer colique**

ADENOME BILIAIRE



CK7

CK19

CK20

TUMEURS BENIGNES DU FOIE

TUMEURS BILIAIRES

Cystadénome biliaire à stroma mésenchymateux

Tumeur rare (5% des tumeurs kystiques du foie)

Femme - Age moyen 41 ans

Kyste multiloculaire

Revêtement épithélial mucineux

« Stroma » mésenchymateux de type ovarien

Expression des récepteurs hormonaux

Récidive si exérèse incomplète

Transformation carcinomateuse possible

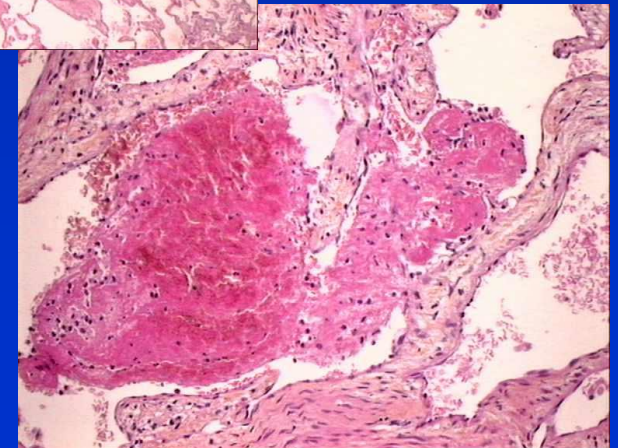
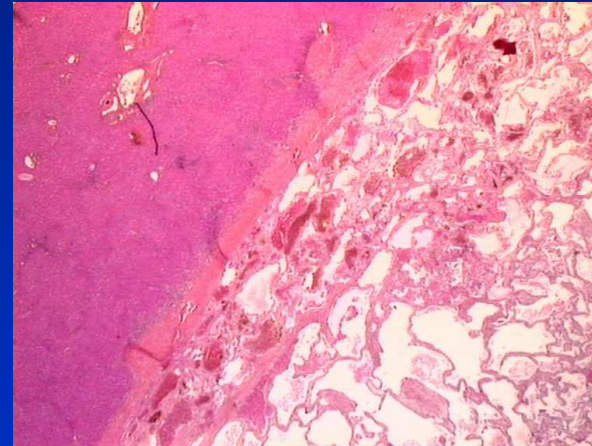
Ectopie vésiculaire?

TUMEURS BENIGNES DU FOIE

TUMEURS VASCULAIRES

Angiome

Tumeur bénigne hépatique la plus fréquente



TUMEURS BENIGNES DU FOIE

TUMEURS VASCULAIRES

Angiomyolipome

Rare , associé à une sclérose tubéreuse dans 6% des cas

M/F= 1/1 , Age moyen 50 ans

Lésions clonales donc de nature néoplasique

Diagnostic par l'imagerie (graisse)

Tumeur unique le plus souvent bien limitée mais non encapsulée

Composante de tissu adipeux

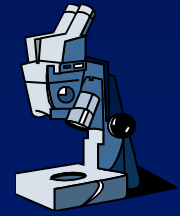
⇒ Tissu adipeux

⇒ Vaisseaux sanguins à paroi épaisse

⇒ Cellules musculaires lisses ± tissu hématopoïétique

TUMEURS BENIGNES DU FOIE

TUMEURS VASCULAIRES



Angiomyolipome variante épithélioïde

Composante monophasique exclusive: cellules épithélioïdes

⇐ **cellules périvasculaires PEC / PECOME**

⇒ **Cellules polygonales avec cytoplasme abondant éosinophile ou clair rétracté autour du noyau**

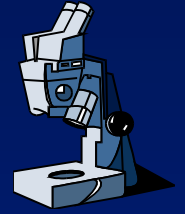
⇒ **Architecture en plages**

± cellules fusiformes myoïdes

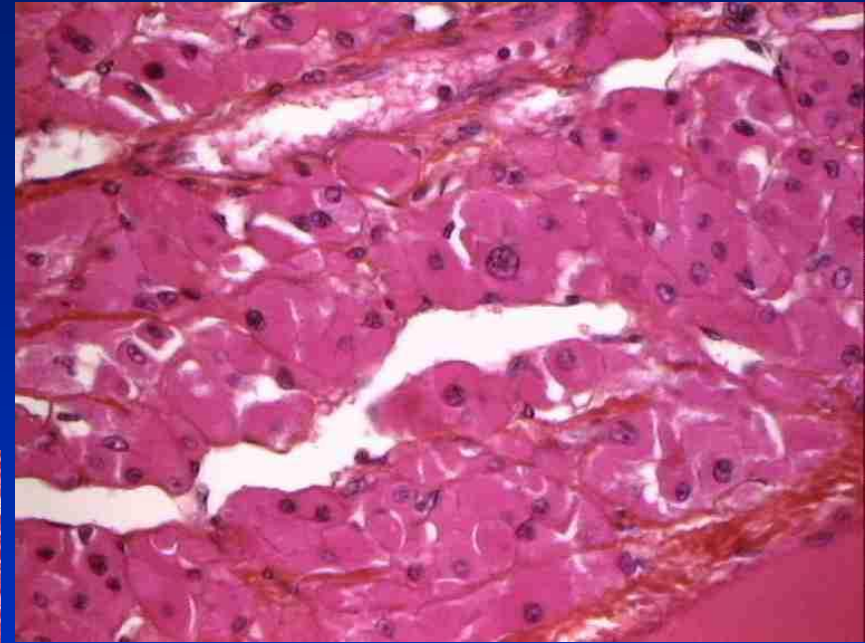
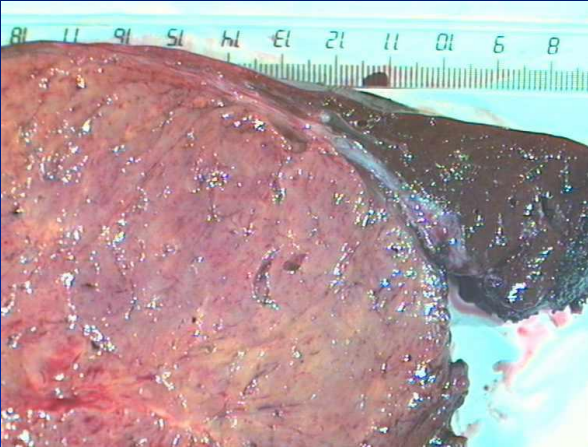
± vaisseaux à paroi épaisse

Diagnostic différentiel: adénome, carcinome hépatocellulaire, métastase d'un carcinome rénal

TUMEURS BENIGNES DU FOIE TUMEURS VASCULAIRES

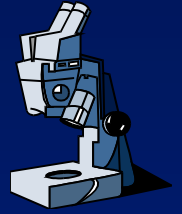


Angiomyolipome variante épithélioïde

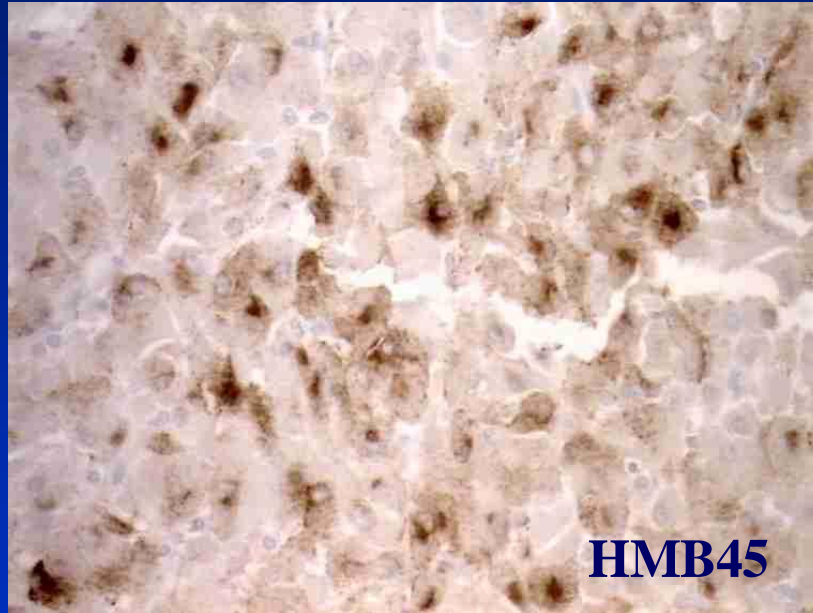


TUMEURS BENIGNES DU FOIE

TUMEURS VASCULAIRES

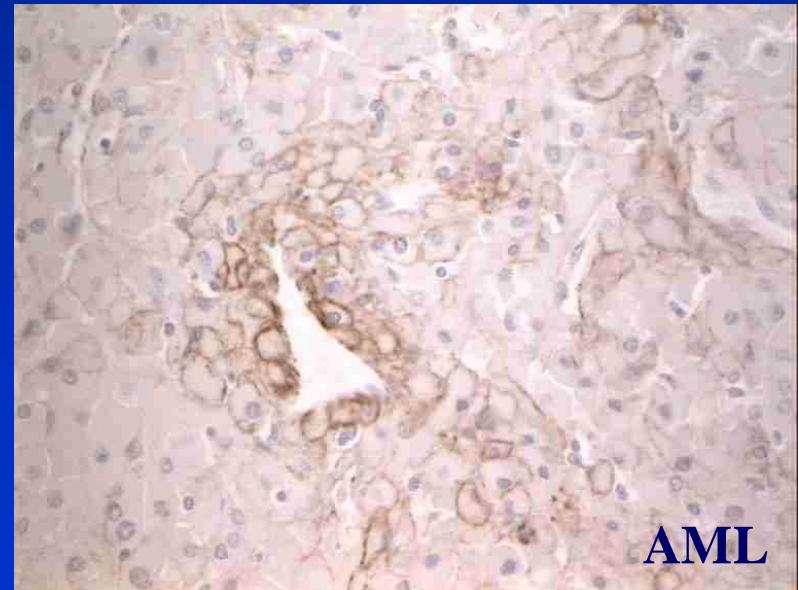


Angiomyolipome variante épithélioïde



Immunohistochimie +++

Vimentine +
Kératines -



PSEUDOTUMEUR INFLAMMATOIRE

Pseudo-tumeur myofibroblastique

Rare dans le foie (<100 cas décrits)

Sujets jeunes

M/F = 3/1

Fièvre, AEG

Masse unique de plusieurs cm

Ferme et bien limitée

Contingent myofibroblastique Vim+ AML+

Contingent inflammatoire (plasmocytes ++)

Fibrose hyaline ou myxoïde

Origine infectieuse?

Sous-groupe de tumeurs à cellules folliculaires dendritiques EBV +