



CHU Rennes

Traitement Chirurgical des Tumeurs Bénignes du Foie: Quoi, Qui et Comment ?

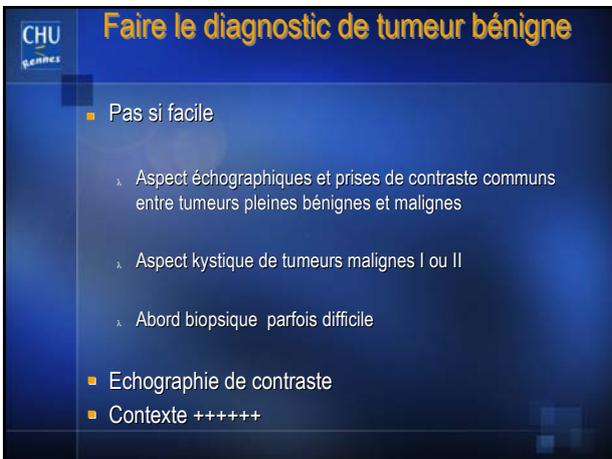
Karim Boudjema,
Service de chirurgie hépato-biliaire et digestive,
Hôpital Pontchaillou,
Rennes, France.



CHU Rennes

Tumeurs Bénignes du Foie

- Tumeurs pleines
 - ⌘ Angiomes
 - ⌘ Hyperplasie nodulaire focale
 - ⌘ Adénomes
 - ⌘ Hamartomes
- Tumeurs kystiques
 - ⌘ Kyste biliaires
 - ⌘ Cystadénomes
 - ⌘ Kystes dysembryoplasiques



CHU Rennes

Faire le diagnostic de tumeur bénigne

- Pas si facile
 - ⌘ Aspect échographiques et prises de contraste communs entre tumeurs pleines bénignes et malignes
 - ⌘ Aspect kystique de tumeurs malignes I ou II
 - ⌘ Abord biopsique parfois difficile
- Echographie de contraste
- Contexte +++++

CHU
genève

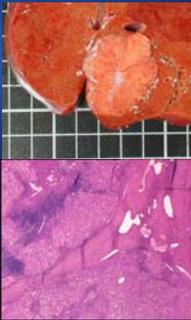
Les pièges

- Adénome et CHC bien différencié
- HNF et Adénome
- Angiome et angiosarcomes
- Angiome à haut débit – petit CHC
- Kyste biliaire et autres kystes

CHU
genève

HNF

- Aucun symptôme
- Aucune complication
- Tests hépatiques normaux ($\pm\gamma$ GT)
- Aucun traitement



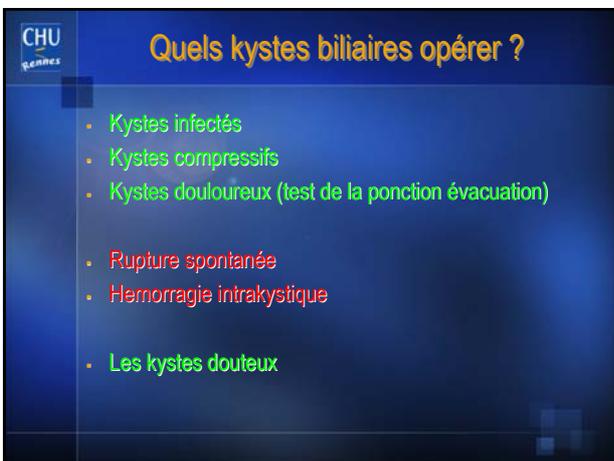
CHU
genève

Diagnostic

- Imagerie non invasive: IRM; Echo de contraste
Caractéristique dans 80% des cas
- Biopsie des cas d'aspect non caractéristique (sous coelioscopie)
Caractéristique dans 50% des cas
- Pas de traitement







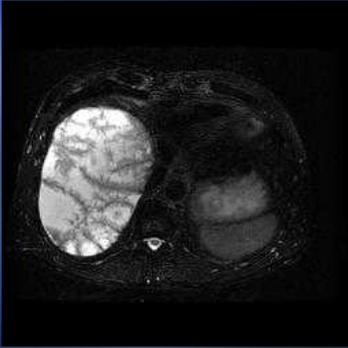
Règne de la coelioscopie

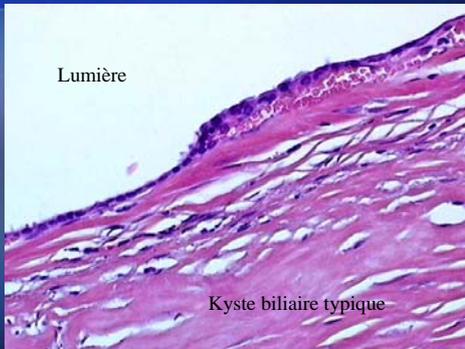
- Fenestration (deroofting)
 - ⌘ Cautérisation de l'épithélium
 - ⌘ Attention aux fuites biliaires (surjet sur les berges)

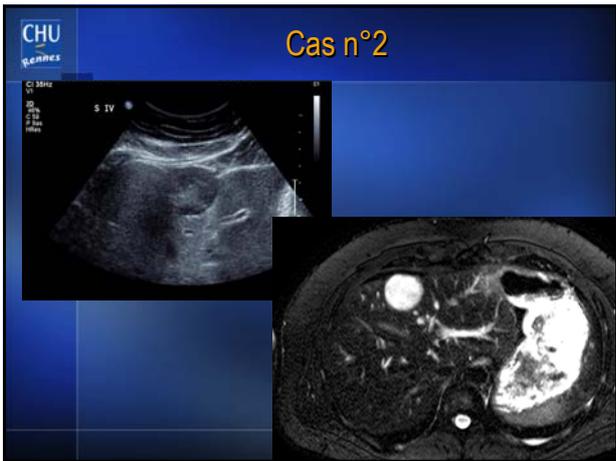
- Facteurs associés à un mauvais résultat *:
 - ⌘ Fenestration insuffisante
 - ⌘ Kystes des segments postérieurs
 - ⌘ Récidives
 - ⌘ Kystes centraux

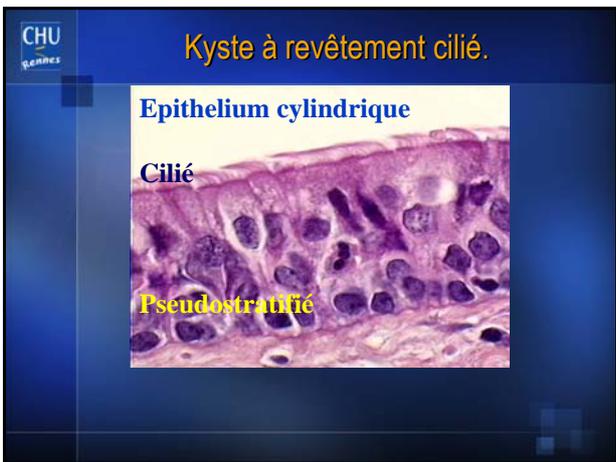
* Gigot et al. World J Surg 1996

Cas n°1

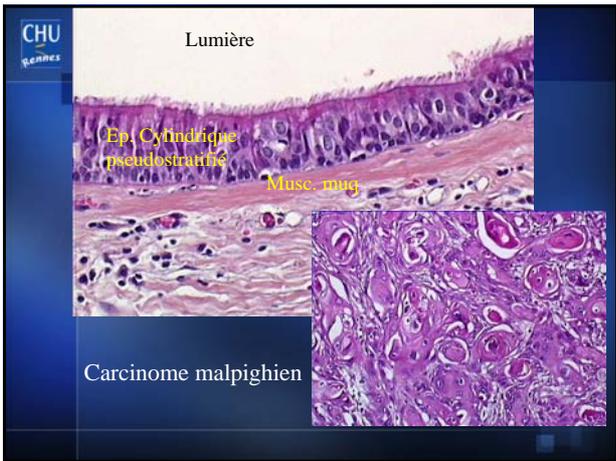


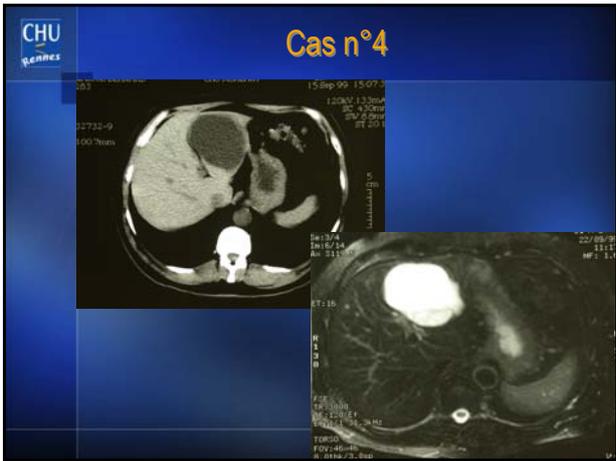














Cystadénomes

- Rares
- Cloisons (kystes dans les cloisons)
- Parfois géants ou intrabiliaires (ictère)
- Risque de dégénérescence confirmé
- Chirurgie dans tous les cas
- Excellents résultats si l'exérèse est complète

Quand affirmer le kyste biliaire ?

- Un kyste biliaire simple est
- Presque jamais unique (foie, rein)
 - Anéchogène, avec un beau renforcement postérieur
 - vide de toute structure
 - Sans paroi individualisable

Lorsque ces critères ne sont pas réunis, la méfiance s'impose et l'exérèse est recommandée.
Exérèse d'emblée large plutôt que fenestration

Polykystose hépatique (PKH)

- Souvent associé à atteinte rénale
- Transmission autosomique dominante
- Jamais d'insuffisance hépatique
- Symptomatologie:
 - × Dysmorphophobie
 - × Compression
 - Digestive
 - Respiratoire
 - Vasculaire (sus hépatique)

CHU Rennes

Traitement chirurgical



Type B
Coelioscopique
Risque biliaire



Type C
Coeliotomie
Risque pédiculaire

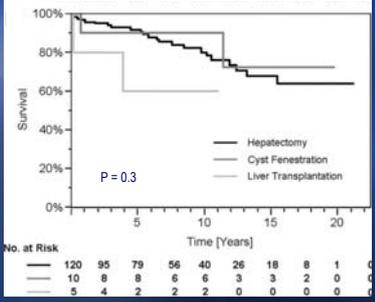


Type D
Transplantation

Schnelldorfer et al. Ann Surg 2009

CHU Rennes

Résultats du traitement chirurgical des PKH



	0	5	10	15	20					
Hepatectomy	120	95	79	56	40	26	18	8	1	0
Cyst Fenestration	10	8	8	6	6	3	3	2	0	0
Liver Transplantation	5	4	2	2	2	0	0	0	0	0

Schnelldorfer et al. Ann Surg 2009

CHU Rennes

Adénomes hépatocellulaires (AHC)

- Touche essentiellement la femme jeune qui prend la pilule depuis au moins 10 ans
- Incidence 1/100 000 (HNF = 1/10 000)
- Diagnostic approché par
 - ↳ Le contexte : femme, hémorragie
 - ↳ La radiologie
 - ↳ Flash au temps artériel
 - ↳ Contenu graisseux en hémorragique à l'IRM
- Ne peut être affirmé que par l'histologie
 - ↳ D'une biopsie
 - ↳ D'une pièce d'exérèse

Difficulté n°1 HNF vs. Adénome

- 51 femmes recrutées pour tumeur présumée bénigne
- Biologie + Echo + CT Scan (100%)
- IRM; Scin; Angiography (50%)

Diagnostic pré op		Diagnostic post op	
HNF	18	HNF	18 + 18
Adénome	11	Adénome	12
Inconnu	22	CHC	3

Belghiti et al. BJS 1993

Pourquoi les opérer ?

- Deux raisons
 - ⌘ La rupture hémorragique
 - ⌘ La transformation en CHC
- Mais
 - ⌘ Beaucoup d'AHC ne se compliquent jamais
 - ⌘ Les adénomatoses multiples compliquent la résection
- Donc recherche de facteurs prédictifs de dégénérescence ou d'hémorragie

Facteurs prédictifs de complication Critères conventionnels

- Risque de dégénérescence:
 - ⌘ Homme, prise d'anabolisants stéroïdiens
 - ⌘ Obésité
 - ⌘ Taille > 8 cm
 - ⌘ Foie de surcharge (glycogène, fer)
- Risque hémorragique :
 - ⌘ taille > 5 cm
 - ⌘ Forme télangiectasique (inflammatoire)
- Peu de risques
 - ⌘ Adénomes graisseux

CHU
Gennes

Nouvelle classification Bioulac-Sage (Bordeaux)

- Intérêt pronostic
- Basée sur caractéristiques histologique / moléculaire
 - ⌘ Mutation HNFα1 (Hepatocyte nuclear factor).
 - ↳ 30 à 50% des adénomes
 - ↳ Associée à l'inactivation de la LFABP (Stéatose, Hypo en T2 Fat sat)
 - ⌘ Mutation de β Caténine
 - ↳ 10 à 15 % des adénomes
 - ↳ Plus fréquent chez l'homme
 - ↳ Atypie nucléaires +++
 - ⌘ Adénomes inflammatoires
 - ↳ Ex HNF télangiectasique
 - ↳ Sans mutation (35% des adénomes)
 - ↳ Ou avec mutations (5% des adénomes)

CHU
Gennes

En pratique

- Adénomes uniques
 - ⌘ > 5 cm
 - ⌘ Obèses
 - ⌘ Télangiectasiques (biopsie)
- Adénomes multiples
 - ⌘ Tout résequer si possible
 - ⌘ Sinon résequer > 5 cm et surveillance

CHU
Gennes

Comment ?

- Il n'y a pas d'approche spécifique aux adénomes du foie.
 - ⌘ Enucléation des lésions superfiteilles et uniques
 - ⌘ Hépatectomie réglée si facile
 - ↳ Intérêt de la ceolioscopie
 - ↳ Obésité
 - ↳ Tumeur bénigne
 - ⌘ Hépatectomie en 2 temps si nécessaire
 - ⌘ Recours à l'embolisation portale et à la radiofréquence

Formes rompues

- Ne jamais tenter la résection en urgence
- Si stabilité hémodynamique : observation
- Si instabilité: Remplissage et embolisation artérielle
- Chirurgie réglée à distance

Angiomes

La plus fréquente des tumeurs bénignes du foie

2% des séries échographique

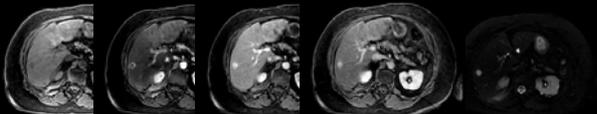
3,3% des autopsies (> 2.10⁶ français)

Parfois géant (> 5 cm et jusque ...30 cm)

C'est une éponge dans le foie, souple, cavitaire
Non hormono-dépendante, clivable, sans capsule

Tentante

Diagnostic facile



Malade jeune

Foie sain

Unique 8 fois sur 10

Enucléation aisée

Propice à l'apprentissage

Complications possibles des hémangiomes

1. Douleurs...lien de causalité ?
2. Compression des voies biliaires...1 cas ?
3. Hémobilie ...1 cas ?
4. Volume ?
5. Rupture spontanée !
6. Coagulation intravasculaire localisée !
7. Doute diagnostic

Rupture spontanée ?

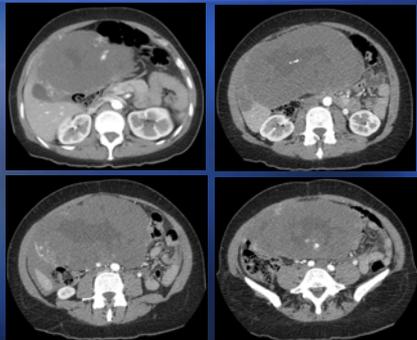
Hemoperitonum from a Spontaneous Rupture of a Giant Hemangioma of the Liver: Report of a Case

NEOLA CORDEANA, PAVLO MERASINGI, PEDRO MARIA AMORIM, GENESIEFFA BALDEVEL, SAUVADRE CATERINO, GIOVANNI RAMOLICATO, and VINCENZO ZIBARDI

Table 1. Twenty-seven cases of a spontaneous rupture of a hepatic giant hemangioma in adults reviewed from a PubMed Medical search

No.	First author ^a	Year	Age (years)	Sex	Tumor size	Tumor location	Management	Outcome
1	Van Hateren ^b	1898	70	F	n.s.	R	*	Dead
2	Tanner ^c	1922	62	M	n.s.	n.s.	Resection	Alive
3	Kemp ^d	1931	39	F	n.s.	L	Empysemic	Dead
4	Tindler ^e	1935	65	F	n.s.	L	Resection	Alive
5	Markovits ^f	1938	27	F	6 cm	R	Empysemic	Alive
6	Ellner ^g	1939	44	F	6 cm	R	*	Alive
7	Colucci ^h	1950	61	M	n.s.	L	Empysemic	Alive
8	Yokoyama ⁱ	1951	47	M	10 cm	R	Empysemic	Alive
9	Kruppa ^j	1951	15	F	14 cm	R	Surgery	Alive
10	Stahl ^k	1961	71	F	12 cm	R	Surgery	Dead
11	Dessaud ^l	1963	53	M	Whole of right lobe	R	*	Dead
12	Adami ^m	1976	46	F	25 cm	R	Resection	Dead
13	Arborelius ⁿ	1975	55	F	10 cm	R	Resection	Dead
14	Ohgi ^o	1975	43	F	Whole of right lobe + IV segment	R, L	Resection	Alive
15	Nyama ^p	1978	37	M	n.s.	L	Surgery	Alive
16	Cline ^q	1979	n.s.	n.s.	n.s.	L	Resection	Alive
17	Shukla ^r	1980	43	F	25 cm	R	Surgery	Alive
18	Slater ^s	1980	61	F	15 cm	R	*	Alive
19	Dier ^t	1984	44	F	3 cm	n.s.	*	Dead
20	Neuber ^u	1985	46	M	1 cm	n.s.	*	Dead
21	Yamamoto ^v	1991	71	M	n.s.	L	TAE + Resection	Alive
22	Martinez ^w	1995	71	M	6 cm	R	TAE + Resection	Alive
23	Serafin ^x	1995	36	F	n.s.	R	TAE + Resection	Alive
24	Morahan ^y	1996	66	F	15 cm	L	Resection	Alive
25	Schibauer ^z	1996	44	F	6 cm	L	n.s.	n.s.
26	Cappellari ^{aa}	2000	43	M	22 cm	R	Resection	Alive
27	Costantino	2002	53	F	11 cm	L	TAE + Resection	Alive

Angiomes volumineux, superficiels. Mortalité 60%



CHU Nantes

GIANT HEPATIC HEMANGIOMA MIMICKING HEPATOCELLULAR CARCINOMA

IRM ?

Demirtürk et al. J Gastroenterol Hepatol 2003

CHU Nantes

Contexte

Cancers (sein, colo-rectaux * etc...):

1 « faux angiome » sur 290 lésions au scanner. Pas d'IRM

Chez le cirrhotique **

Risque de faux positif sur les tumeurs < 3 cm. 1%.

* Valls et al. Radiology 2001 Compagnon et al. Transplantation 2008

CHU Nantes

Traitement

1. Embolisation
2. Radiothérapie
3. Radiofréquence
4. Chirurgie

Exérèse anatomique }
 Encléation } Laparotomie ou laparoscopie
 Transplantation }

Conclusions

- Il peut être difficile d'affirmer la nature bénigne d'une tumeur du foie. Histologie nécessaire: biopsie percutanée, sous coelioscopie ou exérèse d'emblée
- L'HNF ne s'opère pas, ne se surveille pas
- Les adénomes ne s'opèrent qu'en présence de facteurs de risque d'hémorragie ou de dégénérescence. Les exérèses partielles sont justifiées en cas de polyadénomatose
- Les kystes simples ne s'opèrent que s'ils sont compliqués ou en cas de doute. Exérèse large. Les pièges diagnostic sont fréquents
- Les hémangiomes ne s'opèrent que s'ils se compliquent
