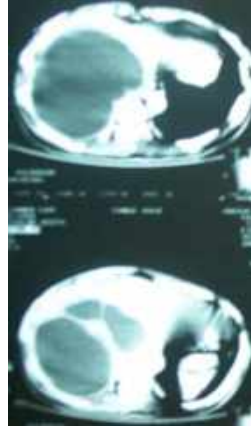


CHAPITRE XII : FOIE – VOIES BILIAIRES – PANCRÉAS – RATE (02 01 22)

- CONTRIBUTEURS :**
- Dr Louis-Franck TÉLÉMAQUE
 - Dr Sylvio Augustin
 - Dr Sosthène Pierre
 - Dr Allan Raphaël

12.1 FOIE

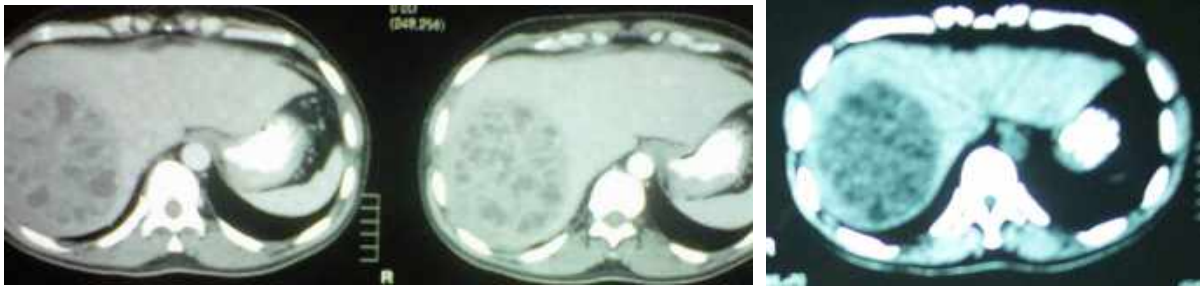
12.1.1 PLANCHE ABCÈS



12.1.1.1 A ABCÈS HÉPATIQUE : La contamination du foie par une infection bactérienne, parasitaire ou fongique est responsable du développement d'un abcès. Elle peut être d'origine biliaire (lithiasique), hémotogène (sepsis), interventionnelle, traumatique ou par contiguïté. Cliniquement, on dénote une hépatomégalie, une fièvre et une douleur à l'ébranlement du foie (Triade de Fontan). L'imagerie (écho/TDM) et la ponction/culture du pus amènent le diagnostic. Après une antibiothérapie bactéricide ciblée, un drainage est effectué. Une équipe multidisciplinaire doit en déterminer l'origine et proposer le traitement approprié à la cause spécifique.



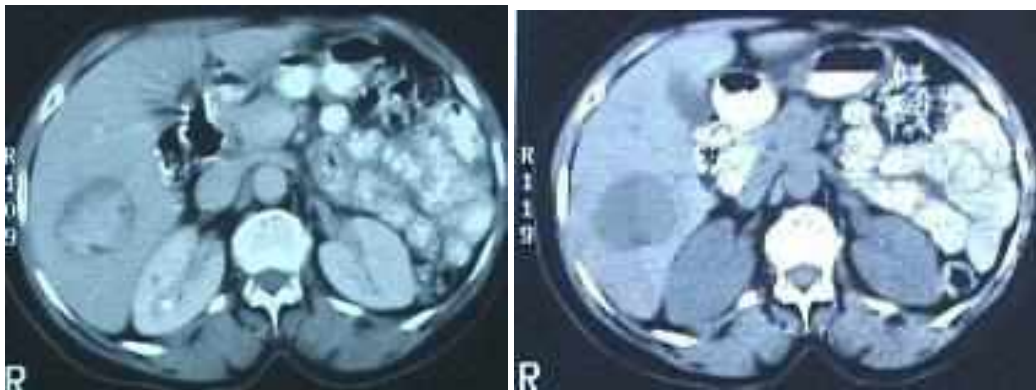
12.1.1.1 B FISTULE HEPATO BRONCHIQUE-VOMIQUE : Il s'agit d'une communication entre un abcès hépatique et les bronches droites. Par extension, un abcès hépatique sous capsulaire droit peut traverser le diaphragme et se vider dans la plèvre et le poumon. D'origine bactérienne ou amibienne, cet abcès provoque un tableau de suppuration profonde et un syndrome phrénique. La vomique survient quand l'abcès se vide brusquement et par à-coups dans une bronche en un matériel purulent qui peut être teinté de bile et/ou strié de sang. Si la vomique améliore l'état général du patient, l'évolution peut être défavorable si un traitement approprié fait de réanimation, d'antibiothérapie, d'anti parasitaire et de chirurgie n'est pas institué.



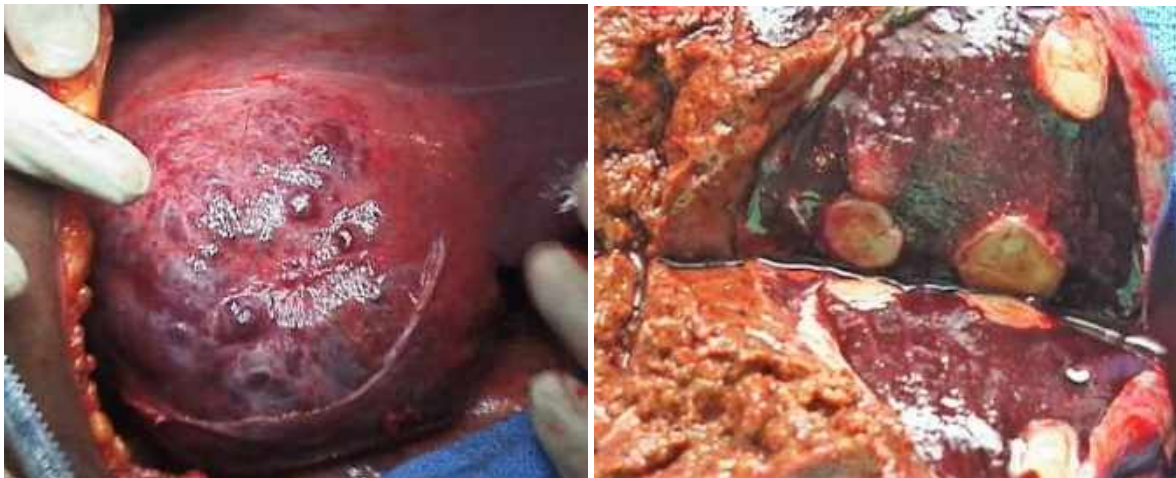
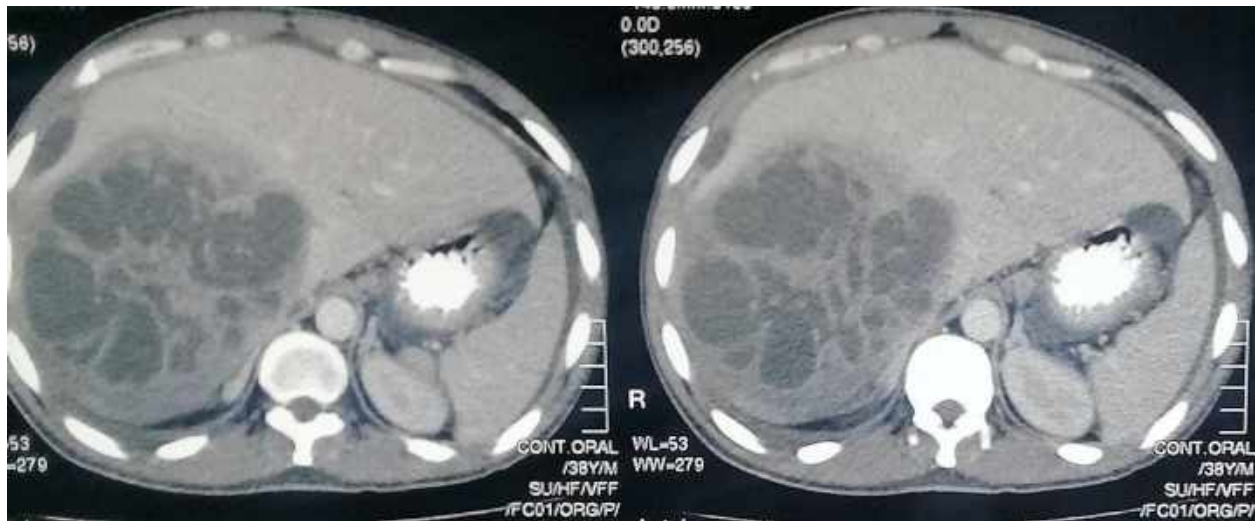
12.1.1.1 C ABCES HEPATIQUE PYOGENIQUE VS HYDATIDOSE- IMAGERIE : La Sono, la TDM et l'IRM apportent des précisions sur la localisation et l'aspect des abcès pyogéniques, amibiens et hydatiques qui permettent de les différencier. Une masse hypodense unique, à contours réguliers, finement lobulée, délimitée par une mince capsule qui se rehausse au temps portal avec un œdème hypodense périphérique est plus en faveur d'un abcès pyogénique ou amibien qu'un kyste hydatique. Ce dernier a des aspects multiformes (classification de Gharbi) : formation liquide arrondie, anéchogène (1), kyste uni vésiculaire avec dédoublement de membrane (2), kyste multi vésiculaire (3), aspect pseudo tumoral hétérogène (4), kyste calcifié (5).

12.1.2 PLANCHE TUMEURS BÉNIGNES

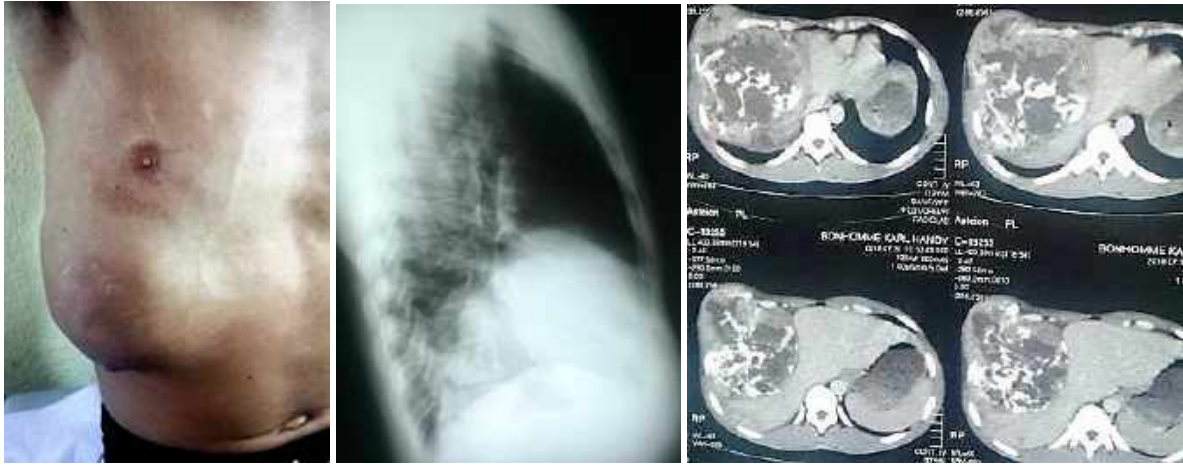
12.1.2.1 ANGIOME HEPATIQUE



12.1.2.1 A ANGIOME HEPATIQUE : Appelé aussi hémangiome, cette tumeur bénigne se développe à partir d'anomalies vasculaires intra hépatiques. C'est la tumeur la plus fréquente du foie après les métastases. Son origine peut être congénitale ou hormonale. Plus souvent rencontrée chez les femmes, unique ou multiple, elle atteint une taille inférieure à 4 cms. Elle est de découverte fortuite (asymptomatique), révélée par une échographie comme une masse ronde, nodulaire, bien délimitée et hyper échogène dans un parenchyme sain. Sans contexte néoplasique, la lésion ne nécessite ni suivi particulier ni traitement. Cependant, elle peut grossir remarquablement au cours d'une grossesse et coexister avec un adénome ou une hyperplasie focale du foie.



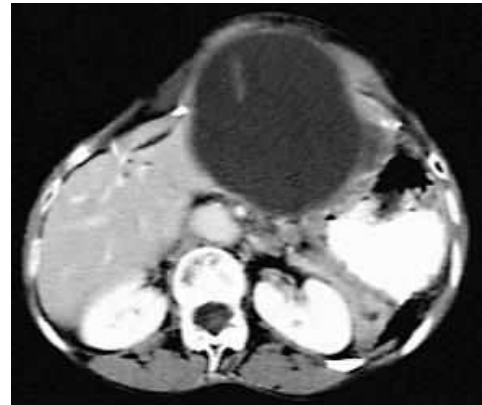
12.1.2.1 B HEMANGIOME HEPATIQUE GÉANT : Il est dit “géant » à partir de 4 cm³ pour atteindre 15 cm³. Il va provoquer progressivement, par effet de sa masse et de son poids, de la satiété précoce, de la gêne et des douleurs abdominales. L’imagerie radiologique objective : à la sono, une masse bien délimitée, hyper échogène souvent au foie droit, en sous capsulaire ; à la TDM, hypodense sans contraste, mais prenant le contraste en périphérie (temps artériel), puis progressivement de manière centripète ; à l’IRM, hypo intense en T1 mais hyper intense en T2. Le diagnostic histologique, par ponction dirigée à l’aiguille fine, est rarement requis en pré op. A ce stade, on note comme complications : de la thrombose, une hémorragie intra tumorale ou intra péritonéale par rupture et un syndrome de Kasabach-Meritt. L’embolisation artérielle de la masse, les corticoïdes, la radiothérapie à dose sclérosante évitent une chirurgie qui consisterait en une énucléation.



12.1.2.1 C HEMANGIOMES HEPATIQUES « SUPER » GEANTS : Supérieurs à 15 cm³ ces tumeurs ont évolué longtemps, supportées pour des raisons socio culturelles, économiques et d'accès à l'équipe de spécialistes. Elles peuvent prendre des proportions gigantesques, repoussant tous les organes de la cavité abdominale dans le petit bassin, effondrant la paroi thoracique, remontant le diaphragme jusqu'au niveau du 4^e espace inter costal. Elles sont remaniées avec des zones de nécrose et de thrombose. Les vaisseaux hépatiques sont souvent inaccessibles à la chirurgie anéantissant l'espoir d'une issue thérapeutique à titre d'énucléation. Non résécables, elles sont des indications de greffe de foie.

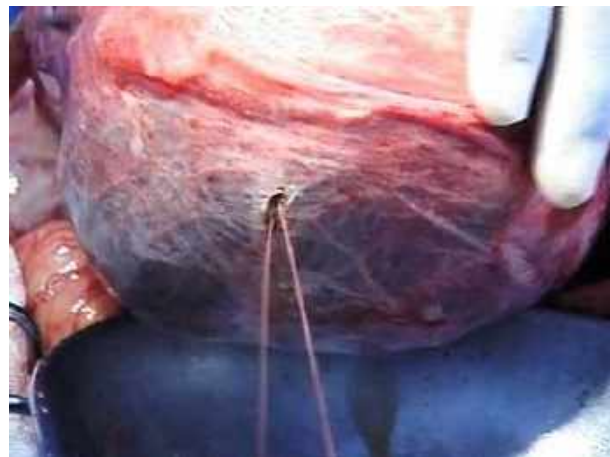
12.1.2.2 KYSTES HEPATIQUES DITS KYSTES BILIAIRES DU FOIE

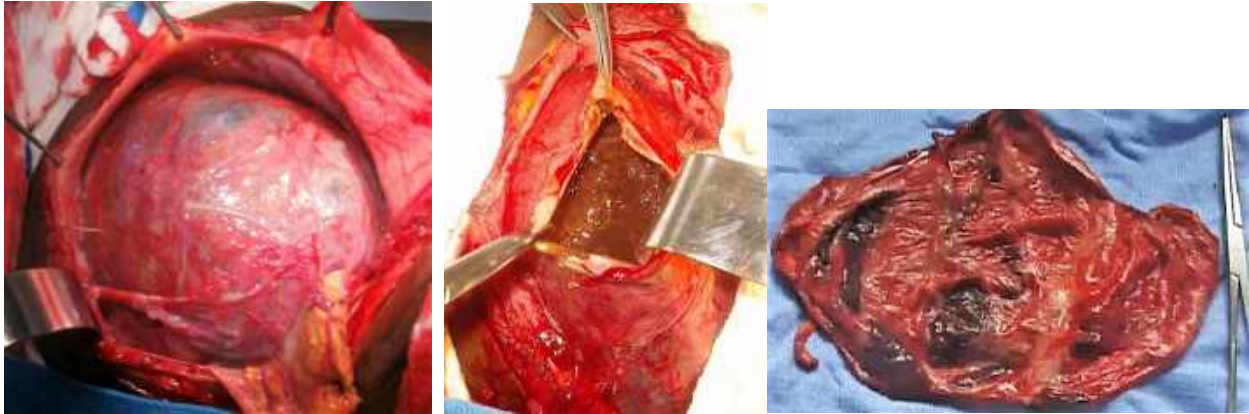
12.1.2.2 A KYTE BILIAIRE SIMPLE : L'origine est une formation liquidienne qui se développe aux dépens d'une dilatation kystique d'un canal biliaire non communiquant. Il est la plus fréquente des lésions kystiques du foie chez l'adulte. Souvent asymptomatique, la découverte est fortuite à la sono qui objective une lésion sphérique anéchogène, à bords nets avec renforcement postérieur. Il n'existe jamais de cloisons, d'images endo kystiques ou de calcifications, mais, dans les cas douteux, le diagnostic différentiel se fait avec d'autres lésions kystiques (kyste hydatique, abcès du foie, polykystose hépato-rénale, cystadénome). Sans complications évolutives, l'abstention thérapeutique est la règle.





12.1.2.2 B KYTE HEPATIQUE UNICELLULAIRE GÉANT : Des circonstances socio culturelles, sanitaires et économiques, alliées à la croissance lente et asymptomatique du kyste favorisent son accroissement jusqu'à atteindre une taille volumineuse dépassant souvent 8 à 10 cm de diamètre. Cliniquement, à cette période, les malades souffrent de douleurs abdominales et d'un syndrome de masse épigastrique ou de l'hypochondre (refoulement et compression d'organes de voisinage). On voit et on palpe une grosse masse abdominale non mobile, mate à la percussion qui peut comprimer la veine cave inférieure et provoquer une insuffisance du cœur droit. Non compliqué, à l'échographie, le kyste hépatique géant garde sa structure bien délimitée, anéchogène, avec le renforcement postérieur. Au scanner, il a une densité comprise entre 0 et 15 unités de Hounsfield (UH) et ne se rehausse généralement pas après injection IV de contraste iodé. En IRM, les signaux en T1 et T2 sont semblables à ceux de l'eau.

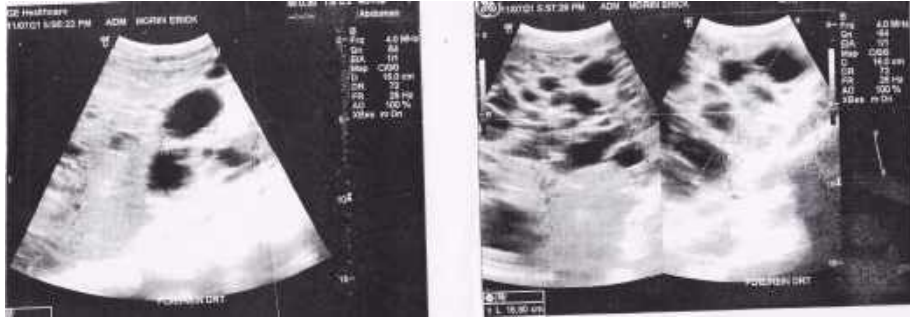




12.1.2.2 C KYSTES HEPATIQUES UNICELLULAIRES GEANTS - COMPLICATIONS : Elles concernent les volumineux kystes. On enregistre de la compression d'organe de voisinage, de l'hémorragie intrakystique, de l'infection, de la rupture et de la dégénérescence maligne. Ces kystes deviennent complexes et développent des cloisons internes et des calcifications pariétales. La densité augmente au scanner et les signaux trouvés à l'IRM, en T1 et T2, indiquent un diagnostic différentiel avec d'autres kystes. Le traitement consiste en un drainage percutané (test thérapeutique) avec sclérothérapie, une résection chirurgicale du dôme saillant (fenestration) ou une marsupialisation. Les indications de kystectomie totale ou de résection hépatique sont justifiées en cas de cystadénocarcinome.



12.1.2.2 D KYSTES HEPATIQUES – RECIDIVE : Elle peut survenir chez des malades ayant présenté de petits kystes masqués par le gros kyste solitaire, surtout compliqué ou chez des malades porteurs de maladie polykystique. Elle se rencontre au décours d'un traitement chirurgical par aspiration, excision partielle et drainage interne et externe par cathétérisme. La récurrence requiert la réintervention avec la fenestration extensive de tous les kystes accessibles, la ponction évacuatrice avec alcoolisation des kystes profonds et la lobectomie hépatique pour prévenir la survenue d'un cystadénome biliaire.



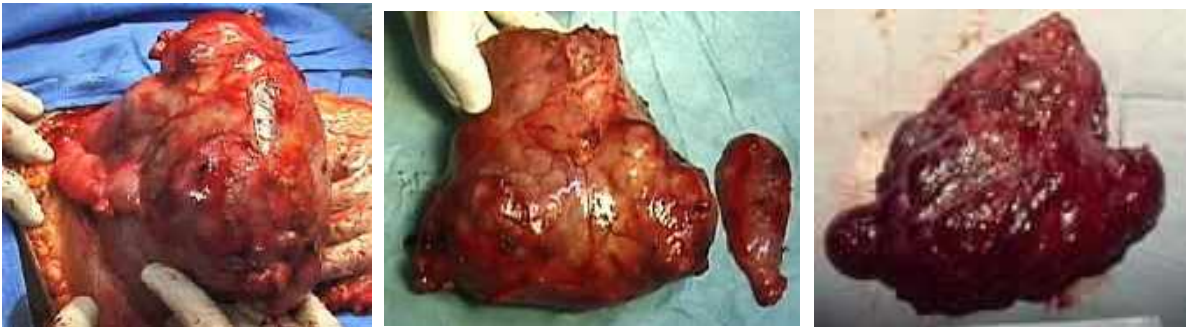
12.1.2.2 E : POLYKYSTOSE HEPATIQUE Les polykystoses hépatiques sont définies par l'existence de multiples kystes au sein du parenchyme hépatique et/ou des glandes péri biliaires ; elles sont transmises sur un mode autosomique dominant, le plus souvent en association avec une polykystose rénale. Seules les formes massives, le plus souvent chez des femmes après la quatrième décade, sont symptomatiques, avec douleurs abdominales, réduction de l'activité et de la prise alimentaire, et risque d'évolution vers la cachexie. Exceptionnellement, peuvent survenir un ictère, une hypertension portale ou un syndrome de Budd-Chiari. Dans les formes symptomatiques à gros kystes et en l'absence d'insuffisance rénale importante, une résection-fenestration peut être envisagée. En cas de polykystose à petits kystes multiples disséminés à l'ensemble du foie ou d'insuffisance rénale sévère, une transplantation hépatique isolée ou associée à une transplantation rénale doit être discutée.

12.1.3 PLANCHE TUMEURS MALIGNES

12.1.3.1 CARCINOME HEPATO CELLULAIRE



12.1.3.1 A CARCINOME HEPATO CELLULAIRE (CHC) : Survenant sur 80% des foies cirrhotiques, le CHC est le plus fréquent des cancers primitifs du foie. A l'origine, le CHC part d'une tumeur unique ou multiple pour grossir et atteindre un volume important. Les patients se présentent avec un syndrome tumoral de l'hypochondre droit qui peut être accompagné d'altération de l'état général, de complications révélatrices, telles un hémopéritoine aigu par rupture tumorale, de l'hématémèse et des métastases à distance. Une décompensation de la cirrhose et un syndrome para néoplasique peuvent faire partie aussi du tableau. Le diagnostic est confirmé par l'élévation marquée de l'α foeto protéine (>1000 ng/ml), la découverte d'un nodule hypervascularisé au temps artériel précoce, avec hypodensité à la phase portale et la biopsie (scan et IRM). Un bilan d'extension tumorale, une évaluation du foie non tumoral et un bilan général aident à orienter le traitement.



12.1.3.1 B TRAITEMENT : A visée curative, la transplantation hépatique est indiquée pour les tumeurs de moins de 5 cms, sans thrombose portale ou hépatique. Elle se discute avec la résection anatomique, avec deux (2) cms de marge, chez les patients à fonction hépatique conservée, porteurs d'un seul nodule de moins de 5 cms, sans thrombose portale et de la convergence. Une alternative à la chirurgie est la destruction percutanée par radio fréquence et la radiothérapie stéréotaxique, dans des conditions bien précises. Exceptionnellement, des masses accessibles > à 5 cm, n'envahissant pas les structures portales et biliaires principales, ne compromettant pas le volume du foie sain restant, peuvent être reséquées à visée palliative. Cependant, le taux de récurrence locale et de métastases est très élevé.



12.1.3.1 C CARCINOME HEPATO CELLULAIRE IRRESEQUABLE : Dans les cas évolués et après les traitements à visée curative, même quand ils s'accompagnent d'un fort taux de récurrence, un traitement adjuvant est recommandé. Des essais, utilisant les inhibiteurs de la tyrosine kinase (sorafenib), de la chimio embolisation sélective ou hyper sélective avec ou sans lipiodol, la radiothérapie interne sélective à l'Yttrium-90, sont en étude chez des patients à état général et une fonction hépatique conservés.

12.1.3.2 METASTASES



12.1.3.2 A MÉTASTASES HÉPATIQUES : Le foie, filtrant le sang de l'organisme, retient les cellules cancéreuses embolisées dans la circulation sanguine. Ces cellules proviennent en majorité du poumon, du sein, du gros intestin, du pancréas et de l'estomac. Dans le cadre de la maladie primitive, la survenue de métastases au foie provoque des symptômes de perte de poids, d'inappétence et de fièvre. Le foie augmente de volume et est dur, bosselé au palper. Le tableau se complique de jaunisse, d'ascite et d'encéphalopathie hépatique. Le diagnostic est confirmé à l'imagerie (sono, scan et IRM avec injection de produit de contraste) qui permet de visualiser les anomalies parenchymateuses. Une biopsie écho guidée ou par laparoscopie permet de prélever du tissu à analyser. L'étendue du cancer et le type de cancer primitif sont déterminants dans le choix des traitements possibles tels, la chimiothérapie, la radio thérapie hépatique et la chirurgie (métastase isolée). Le pronostic est réservé.