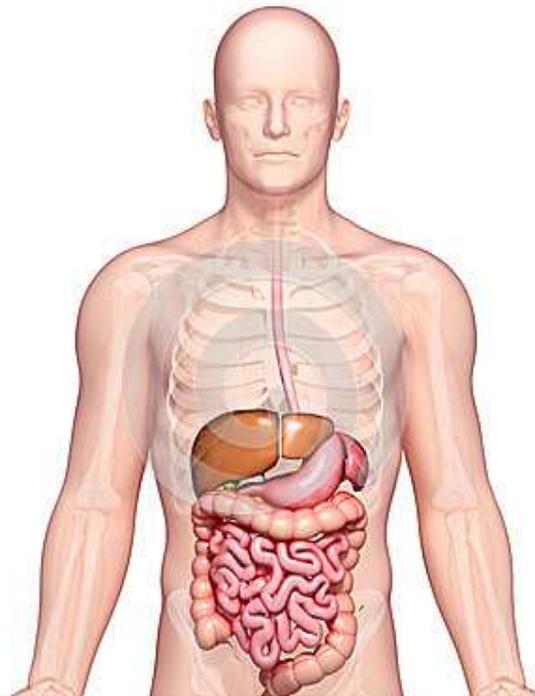


# Tumeur du Foie

**Gilles Boschetti**

Praticien Hospitalo-Universitaire

UE 2.9 « processus tumoraux »

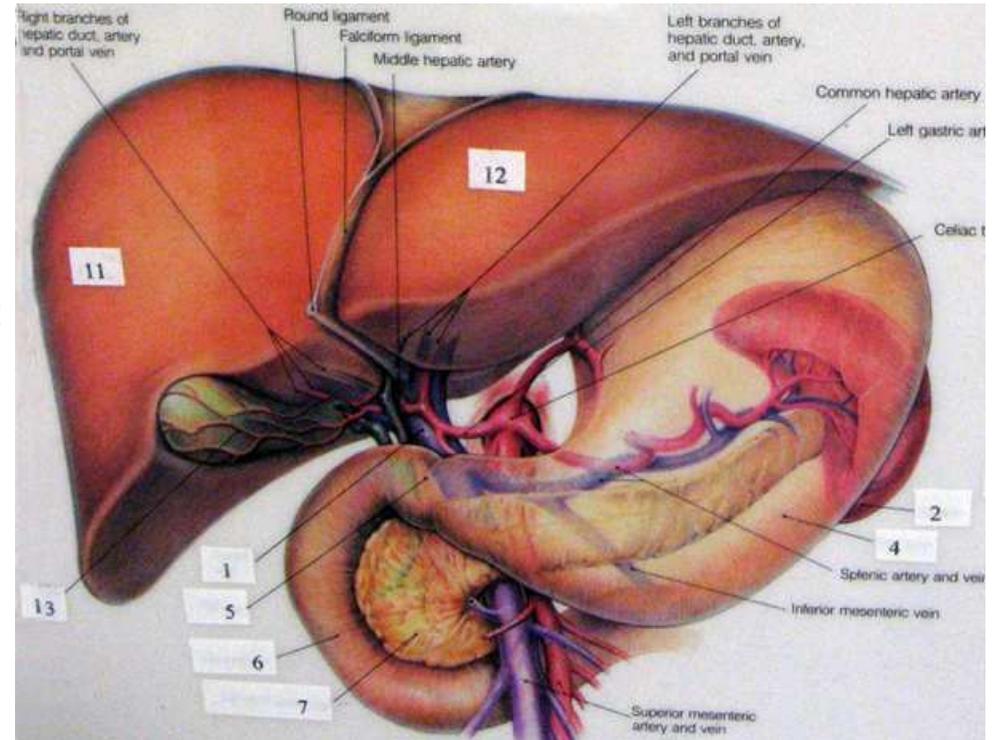


# PLAN

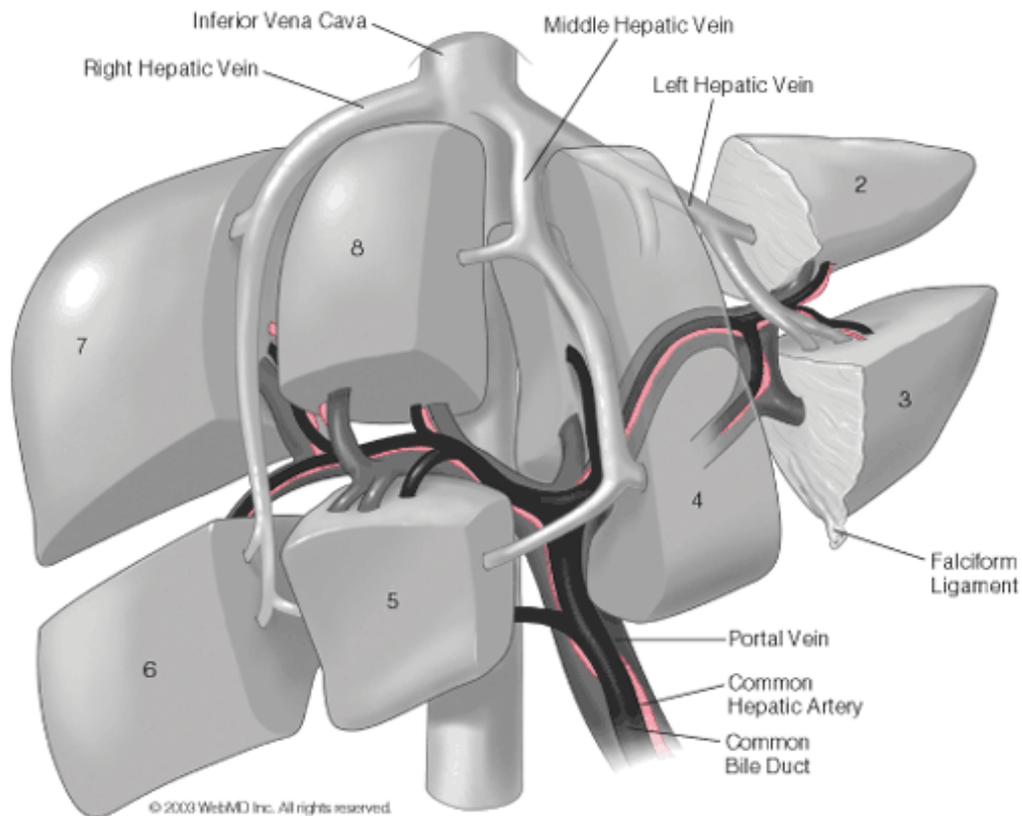
- Généralités : anatomie, physiologie, carcinogenèse
- Epidémiologie ciblée à la pathologie, prévention, dépistage
- Facteurs de risque
- Signes cliniques
- Examens complémentaires (diagnostic et bilan d'extension)
- Pronostic
- Stratégies thérapeutiques
- Synthèse
- Références, bibliographie, liens utiles

# GENERALITES : anatomie

- Le foie est **l'organe solide le plus volumineux du corps humain**. Il peut peser jusqu'à **1,5 kg**. Il est situé dans la partie supérieure droite de l'abdomen.
- Le foie est divisé en **2 lobes**, le **lobe droit** (le + volumineux) et le **lobe gauche**. Chaque lobe est divisé en plusieurs **segments**.
- Le foie est recouvert par une **couche de tissu conjonctif** appelée **capsule** ou **capsule de Glisson**.



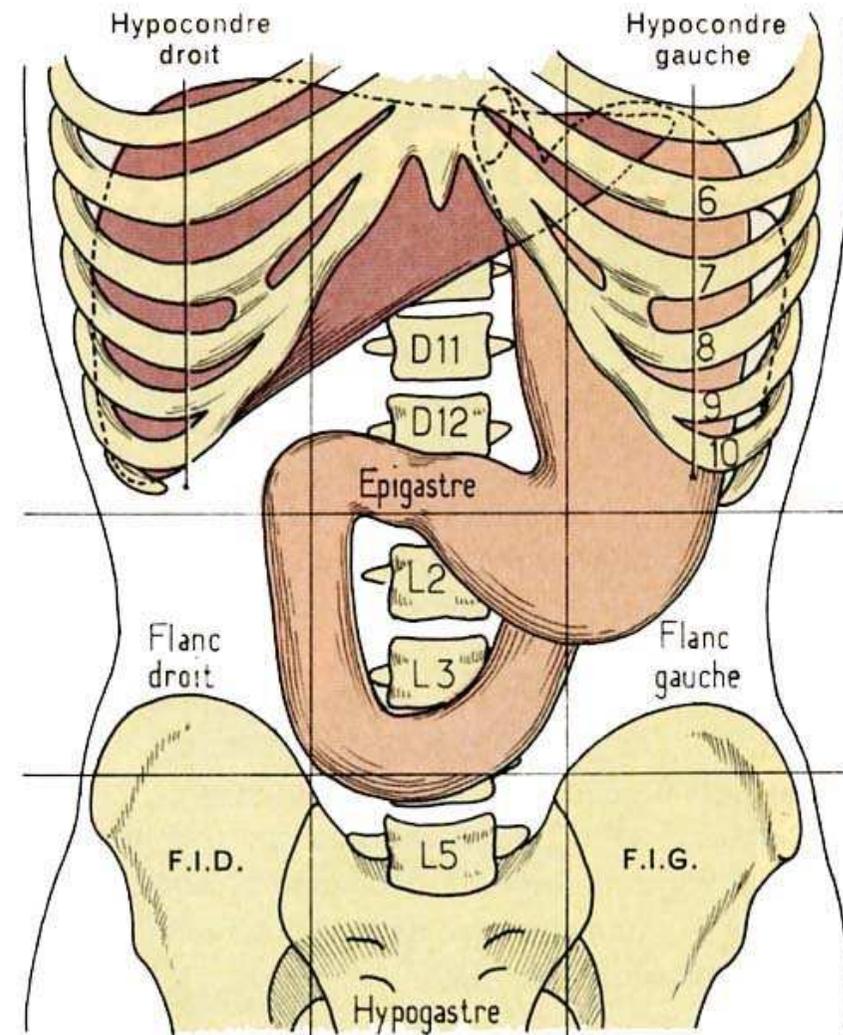
# GENERALITES : anatomie, physiologie, carcinogénèse



- Contrairement à la plupart des autres organes, **le foie est approvisionné en sang par 2 sources principales** :
  - La **veine porte** – elle transporte le sang de l'appareil digestif au foie
  - **L'artère hépatique** – elle fournit au foie un sang riche en oxygène qui provient du cœur
- Le sang est expulsé du foie par les **3 veines sus-hépatiques**
- La **bile** provenant du foie s'accumule dans les **canaux hépatiques** qui se rejoignent pour former le canal hépatique commun
- Le **canal cystique part de la vésicule biliaire** et rejoint le **canal hépatique commun** pour former le **canal cholédoque**
- Le canal cholédoque évacue la bile dans le **duodénum** (première partie de l'intestin grêle)

# GENERALITES : anatomie

- Le foie participe a de nombreuses **fonctions métaboliques** :
  - Synthèse de la **bile**
  - Absorption et métabolisme de la **bilirubine**
  - Production de **facteurs de coagulation**
  - Métabolisme des **graisses**
  - Synthèse de **protéines**
  - Métabolisme des **glucides**
  - Stockage de **vitamines**
  - **Filtration sanguine**



Boschetti - PHU - 14/12/2014

# GENERALITES : anatomie, physiologie, carcinogénèse

- **Les tumeurs du foie** se développent à partir des différentes cellules le constituant : **hépatocytes, cellules des canaux biliaires, cellules des vaisseaux sanguins.**
- Il existe des **tumeurs bénignes** (certaines d'entre elles peuvent dégénérer) et des **tumeurs malignes** (primitives ou secondaires).
- Les tumeurs malignes du foie les plus fréquentes sont des **lésions secondaires (=métastases)** d'autres cancers .

Tumeurs bénignes	Tumeurs malignes
Kyste Angiome Adénome Hyperplasie nodulaire focale	<b>Carcinome hépatocellulaire = CHC ++</b> Cholangiocarcinome <b>Métastases hépatiques ++</b>

# EPIDEMIOLOGIE Carcinome Hépatocellulaire (=CHC)

- **5<sup>ème</sup> cancer dans le monde**
- **Près de 9000 nouveaux cas par an en France**
- **Mortalité de plus de 90 % à 5 ans**
- **Incidence plus forte dans les pays où l'incidence de l'hépatite B et C est plus forte**
- **Sexe ratio H/F et âge moyen dépendant de l'origine de la cirrhose**

# FACTEURS DE RISQUE

## **Cirrhose +++**

- La plupart des CHC se développent sur un foie de cirrhose
- Toutes les causes de cirrhose :
  - **Alcool**
  - **Hépatite chronique B** (peut donner un CHC sans passer par la cirrhose)
  - **Hépatite chronique C**
  - Hémochromatose

Rarement le CHC se développe **chez un sujet au foie sain**

## **Aflatoxine B1**

- Toxine cancérigène sécrétée par des champignons qui contamine les céréales
- Touche principalement les pays en voie de développement (Asie, Afrique)

# PREVENTION, DEPISTAGE

## **Prévention des maladies hépatiques :**

Vaccination contre l'hépatite B +++

Lutte contre l'alcoolisme ++

## **Dépistage systématique du CHC chez les sujets cirrhotiques :**

Tous les 6 mois

Surveillance clinique

**Surveillance biologique (dosage  $\alpha$ -Foetoprotéine)**

**Surveillance radiologique (échographie ou scanner ou IRM)**

# SIGNES CLINIQUES

Découvert le plus au cours de la surveillance d'une cirrhose ++

- Longtemps asymptomatique ++
- **Douleurs abdominales** (hypocondre droit)
- **Altération de l'état général**
- **Complication de la cirrhose** : décompensation oedémato-ascitique, hémorragie digestive, encéphalopathie hépatique, ascite hémorragique
- **Hépatomégalie indurée irrégulière**



Boschetti - PHU - 14/12/2014

# EXAMENS COMPLEMENTAIRES (DIAGNOSTIC ET BILAN D'EXTENSION)

## Biologie

- **$\alpha$ -foetoprotéine élevée** (mais un taux normal n'élimine pas le diagnostic)

## Morphologie

- **Scanner abdominal** avec injection de produit de contraste
- **IRM** avec injection
- **Echographie de contraste**
  - prise de **contraste au temps artériel** et **lavage du nodule au temps veineux portal (wash out)** = aspect vasculaire typique

## Histologie

- Biopsie de la lésion



→ Le diagnostic histologique n'est pas nécessaire si l'imagerie est typique

Boschetti - PHU - 14/12/2014

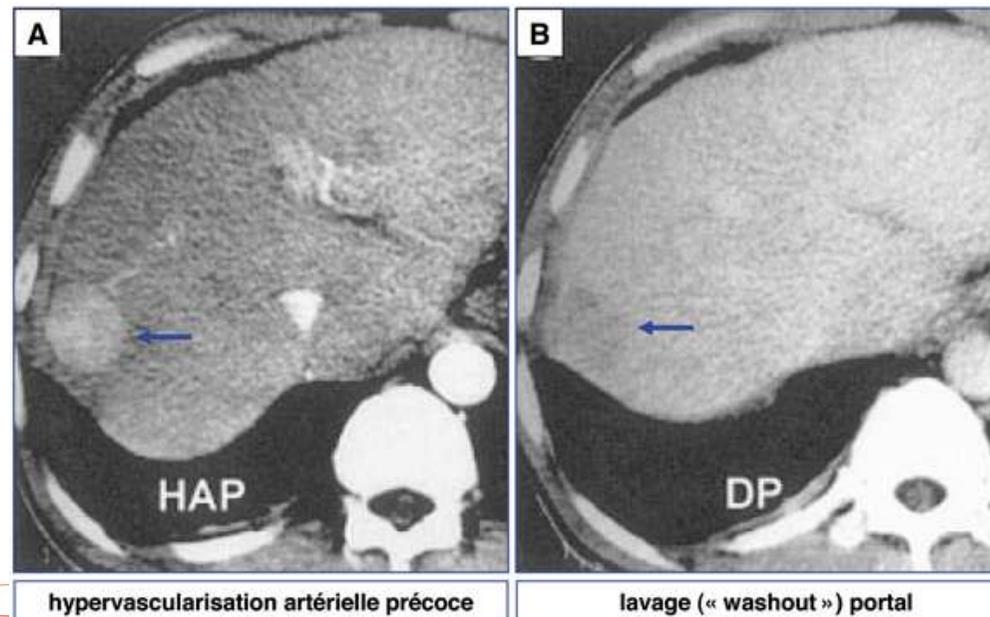
## EXAMENS COMPLEMENTAIRES (DIAGNOSTIC ET BILAN D'EXTENSION)

### Bilan d'extension

- **Clinique** : recherche ganglion de Troisier, douleur osseuse (métastase)...
- **Local** : scanner ou IRM hépatique (nombre de lésion, taille...)
- **A distance** : scanner thoraco-abdomino-pelvien +/- scintigraphie osseuse si douleur

### Bilan des fonctions hépatiques +++

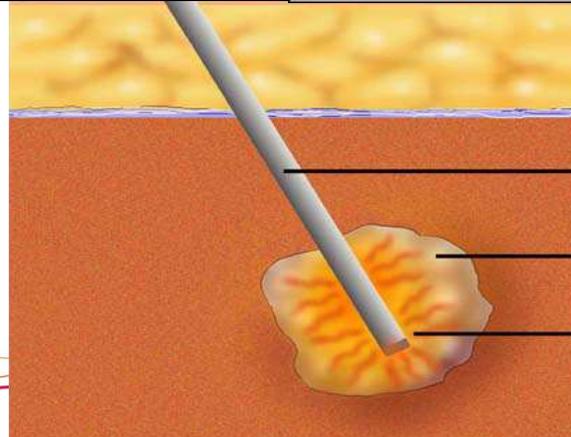
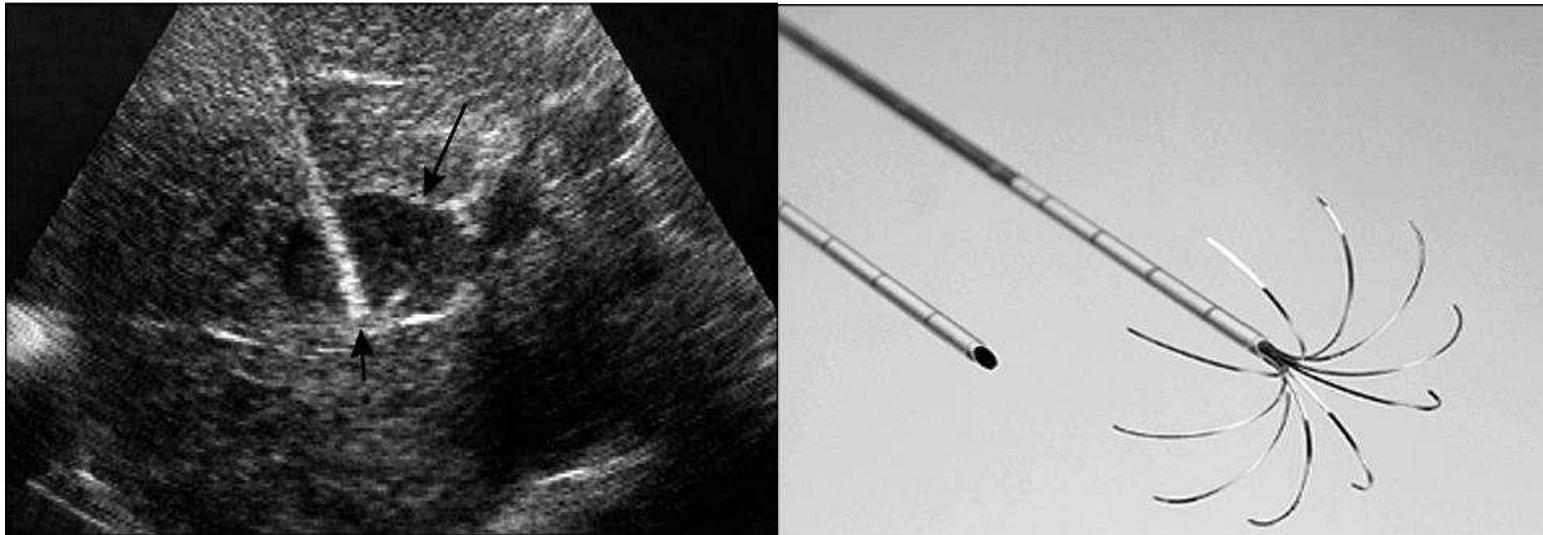
### Bilan d'opérabilité (échographie cardiaque, état général OMS...)



# STRATEGIES THERAPEUTIQUES

## Traitement curatif

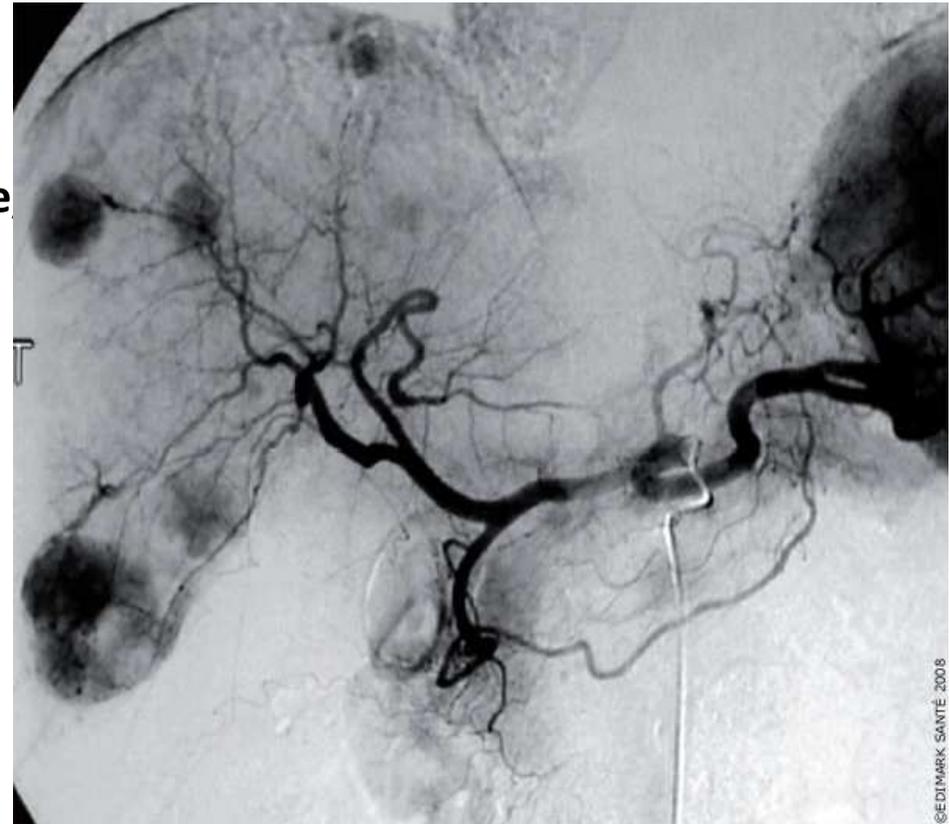
- Chirurgie
- Traitement local : radiofréquence, alcoolisation...
- Transplantation hépatique



# STRATEGIES THERAPEUTIQUES

## Traitement curatif

- Chirurgie
- Traitement local : radiofréquence
- Transplantation hépatique



## Traitement non-curatif

- Chémo-embolisation
- Traitement anti-angiogénique par voie orale (sorafenib)
- Traitement symptomatique

# PRONOSTIC

- **Transplantation**
  - Survie de 70% à 5 ans
- **Résection chirurgicale ou traitement percutané**
  - Survie de 50 à 60 % à 5 ans
  - Récidive fréquente ++
- **Traitement non-curatif**
  - Survie médiane de moins d'un an

# SYNTHÈSE

- Tumeur primitive du foie la plus fréquente (9000 cas/an)
- Facteurs de risque : **cirrhose +++**, **hépatite B...**
  
- Intérêt ++ du **dépistage** chez le patient cirrhotique
- **Diagnostic non invasif (imagerie) ou histologique par biopsie**
- Bilan pré thérapeutique : extension, état général et **fonctions hépatiques+++**
  
- Traitement curatif :
  - **Chirurgie**
  - **Radiofréquence**
  - **Transplantation hépatique**
  
- Traitement non-curatif :
  - **Chémoembilisation**
  - **Anti-angiogénique**
  - **Soins de support**

# REFERENCES, BIBLIOGRAPHIE, LIENS UTILES

---

- [www.tncd.org](http://www.tncd.org)