

Cancer du foie du foie

1. Introduction

1.1.1. Carcinome hépatocellulaire (CHC)

- Variations géographiques de prévalence
- Incidence en France : 1 - 5 / an / 100 000
- Variations d'incidence liées à l'infection par les virus VHB et VHC, la
- présence d'une cirrhose, des substances toxiques (Aflatoxine B1)

1.1.2. carcinome fibrolamellaire : rare, atteint plutôt la femme

1.1.3. hépatoblastome : enfant, hépatocytes foetaux

1.1.4. angiosarcome : thorotrast, chlorure de Vinyle, stéroïdes androgènes

2. Clinique des tumeurs du foie

2.1. Forme type : CHC

2.1.1. Circonstances de découverte

- douleurs de l'hypochondre droit
- altération de l'état général avec amaigrissement et asthénie
- découverte systématique chez un patient, porteur d'une cirrhose
- décompensation d'une cirrhose sous-jacente

2.1.2. Diagnostic positif

2.1.2.1. Examen clinique

hépatomégalie ± irrégulière, volumineuse, nodulaire, sensible, parfois soufflante

2.1.2.2. Examens biologiques

- l'alpha-foeto-protéine : augmentée dans 60 à 95 % des CHC (> 20 ng/ml).

- Taux supérieur ou égal 500 ng/ml spécifiques de CHC
- autres marqueurs peu utiles

2.1.2.3. Examens morphologiques

- L'échotomographie abdominale : méthode plus spécifique que sensible : la lésion est hypoéchogène, hyperéchogène ou mixte, unique ou multiple à contours nets ou mal définissables. Les formes les plus fréquentes sont la forme infiltrante isoéchogène, la forme nodulaire de petite taille hypoéchogène et la forme nodulaire de grande taille hyperéchogène avec en son sein des zones hypoéchogènes. Ces aspects ne sont pas spécifiques du CHC. Seule en fait la découverte d'un thrombus porta, visualisable lorsqu'il atteint les grosses bronches portes permet d'évoquer le diagnostic.
- La tomодensitométrie (TDM) réalisée selon le mode hélicoïdal montre avant injection, une lésion hypodense ou rarement isodense. L'injection met en évidence le caractère hypervascularisé de la tumeur qui prend rapidement le produit de contraste.
- L'artériographie avec injection intra-artérielle hépatique d'une émulsion de lipiodol suivie 15 jours plus tard d'un examen tomодensitométrique. Le lipiodol injecté par voie artérielle hépatique a comme particularité de se fixer au niveau du tissu tumoral et d'y rester plusieurs semaines à haute concentration.
- L'IRM avec injection de ferrites montre des nodules vides de fer.
- L'IRM avec injection de gadolinium est parfois plus sensible pour dépister des CHC de petite taille et faire le diagnostic différentiel avec nodule de régénération.
- La ponction biopsie échoguidée à l'aiguille fine apporte une certitude diagnostique dans 60 à 90 % des cas. Elle est indiquée dès qu'un doute persiste quant à la nature de la tumeur.

2.1.2.4. Difficultés diagnostiques

- Nodules de régénération, dits "trop visibles" sur foie cirrhotique dont on sait qu'ils font le lit du cancer.
- Formes infiltrantes pour lesquelles l'imagerie peut être prise en défaut et qui relèvent de la biopsie hépatique échoguidée.

2.2. Diagnostic différentiel

Tumeurs bénignes :

2.2.1. Adénome

- femme prenant des contraceptifs
- absence le plus souvent de symptôme
- échographie = lésion hypoéchogène

- scanner = hypodense ou isodense, opacification massive après injection
- traitement = surveillance et exérèse chirurgicale cytopathologique

2.2.2. Hyperplasie nodulaire focale

- absence de symptôme
- échographie zone hypo ou hyperéchogène bien limitée
- scanner : zone hypo ou isodense
- IRM : cicatrice centrale hyperintense en T2+++
- traitement : arrêt des contraceptifs, surveillance, exérèse chirurgicale si doute diagnostique

2.2.3. Angiomes

- Échographie = zone hyperéchogène bien délimitée mais moins nette si de grand volume
- Scanner avec injection : hypodense, opacifications de la périphérie vers le centre
- IRM = permet le diagnostic des angiomes atypiques

2.2.4. Kystes

- Absence de symptôme
- Anéchogène en échographie

3. Traitement

Il se discute en fonction de l'évaluation pré-thérapeutique ayant comporté le bilan d'extension et l'appréciation du terrain (classification de Child Pugh et d'Okuda)

3.1. Le traitement médical

- la chimiothérapie par voie générale ou le traitement hormonal sont très décevants
- la chimiolipioembolisation. Le lipiodol injecté par voie artérielle hépatique se fixe pour plus de 75 % au niveau du foie et persiste plusieurs semaines au niveau de la tumeur. Il peut être associé à différentes substances cytotoxiques comme l'Adriamycine. Couplée à l'embolisation cette technique permet de réduire le volume tumoral chez plus de 50 % des patients. La chimiolipioembolisation peut être renouvelée tous les deux mois. Elle s'adresse aux patients n'ayant pas d'insuffisance hépatocellulaire ni de thrombose portale. Elle nécessite une surveillance clinique et biologique stricte. L'efficacité n'est pas prouvée. L'injection intra-artérielle de lipiodol radioactif marqué à l'iode 131 (lipiosis) permet de traiter des tumeurs de taille variable, éventuellement associées à une thrombose portale. Son efficacité est équivalente à celle de la chimiolipioembolisation et sa morbidité plus faible. Elle peut être répétée à plusieurs reprises, avec un intervalle de 2 à 3 mois.
- l'injection intratumorale d'Ethanol répétée plusieurs fois au sein d'un CHC peut permettre une destruction de la lésion, en particulier lorsque le CHC a une petite taille inférieure à 5 cm, est visible en échographie, est accessible à la ponction et de localisation non immédiatement sous-capsulaire. 5 à 10 cc sont injectés et répétés tous les 2 à 4 jours (ou

un gros volume en une fois).

- le traitement par hyperthermie ou radiofréquence permet de détruire les tumeurs de taille inférieure à 4 cm, soit par voie radiologique lorsqu'elles sont accessibles sous échographie, soit par voie chirurgicale. La radiofréquence peut être répétée.
- dans l'avenir, il devrait être possible d'associer ces différentes techniques médicales.

3.2. Le traitement chirurgical

En cas de CHC sur cirrhose, seuls sont opérables les CHC de petite taille et d'extension intra-hépatique limitée, non compliqués de thrombose portale, non métastasés et chez un patient n'ayant pas d'insuffisance hépatocellulaire (Child Pugh A et Okuda I), ce qui représente actuellement moins de 10 % des CHC. Les principaux facteurs influençant la survie sont le stade de Pugh, la taille de la tumeur et son caractère encapsulé ou non. Le risque de récurrence est important (+ de 50 % à 3 ans).

La transplantation hépatique : S'adresse en pratique aux malades ayant une tumeur unique de taille inférieure à 5 cm soit moins ou égale à trois tumeurs de taille inférieure à 3cm. Les malades ayant une insuffisance hépatique cellulaire peuvent être transplantés. Il est important de considérer le délai entre la mise sur liste de transplantation et la pratique de celle-ci. Dans l'intervalle, une chimioembolisation lipiodolée peut être réalisée.

La place de la transplantation hépatique dans le traitement des CHC reste à définir compte-tenu du risque de récurrence qui semble important à 3 ans. Les indications de la transplantation semblent pratiquement les mêmes que celles de la résection.

Les CHC sur foie sain sont rares, permettant de réaliser une large hépatectomie ou une transplantation.

3.3. Le traitement préventif

Prévention primaire : vaccination contre l'hépatite B des sujets à risque, de l'environnement familial, identification chez les donneurs de sang des porteurs du VHC, lutte contre l'alcoolisme et dépistage et traitement de l'hémochromatose génétique.

Prévention secondaire : dépistage précoce du CHC chez les patients porteurs d'une hépatopathie chronique par le dosage systématique de l'alpha-foeto-protéine et pratique d'une échographie hépatique tous les 6 mois.

Malgré l'ensemble de ces thérapeutiques et les mesures de prévention, le pronostic du CHC reste redoutable avec survie rarement supérieure à 12 mois.