

Lésions focales hépatiques

- Tumeurs bénignes

- Angiomes
- Hyperplasie nodulaire focale
- Adénomes

lésions hépatocytaires de la
femme jeune

- Tumeurs malignes

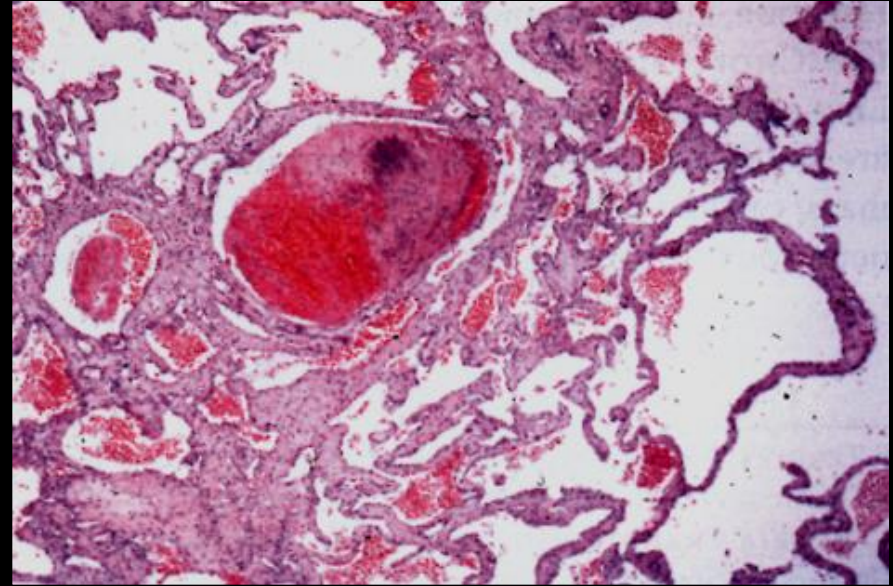
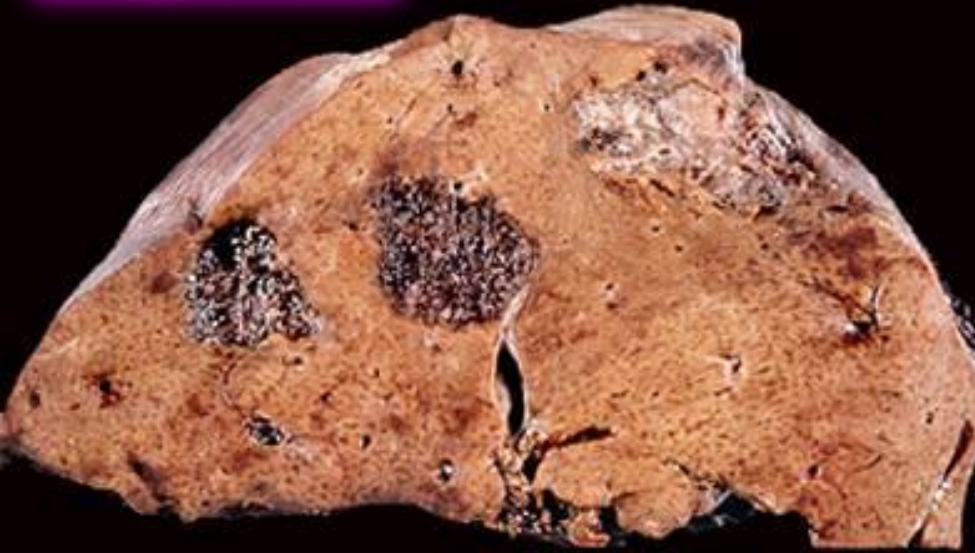
- Primitives
- Secondaires

- Lésions kystiques

Angiomes

- Lésion bénigne hépatique non kystique la plus fréquente
- S'observe à tout âge
- Asymptomatique
- Pas de dégénérescence
- Diagnostic certain par imagerie : arrêt
 - pas de biopsie
 - pas de surveillance
- Attention : contexte de cancérologie , à ne pas porter la diagnostic d'angiome par excès ou par défaut , nécessité d'une certitude diagnostique grâce aux données de l'imagerie
- **en pratique cause la plus fréquente d'erreurs diagnostiques ++++**

Angiomes

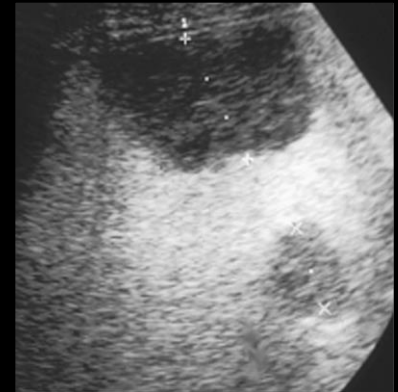
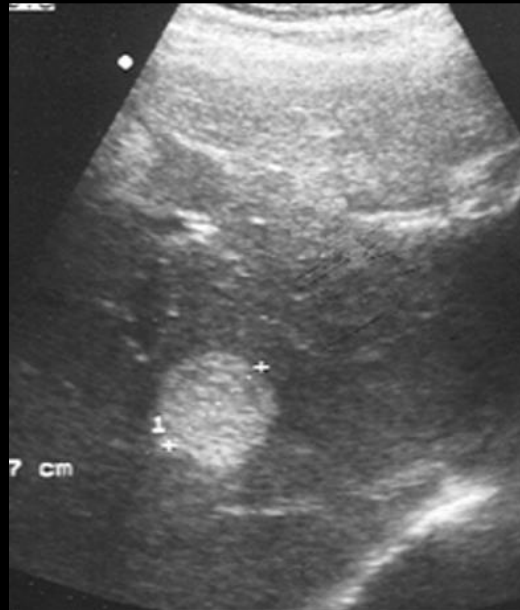


- Macroscopie : lésion unique de couleur rouge foncée , sous capsulaire
- Micro : lacs sanguins de taille et de forme variable (caverneux, capillaires, hémangiomes , hémolymphangiomes)
- contingents tissulaires variables : collagène (angiomes sclérosant et sclérosés), transformation hyaline....+++ dans les angiomes "géants"

Angiomes : échographie

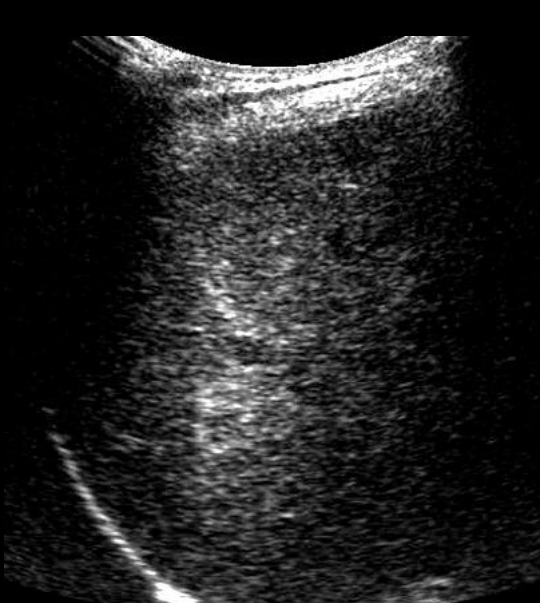
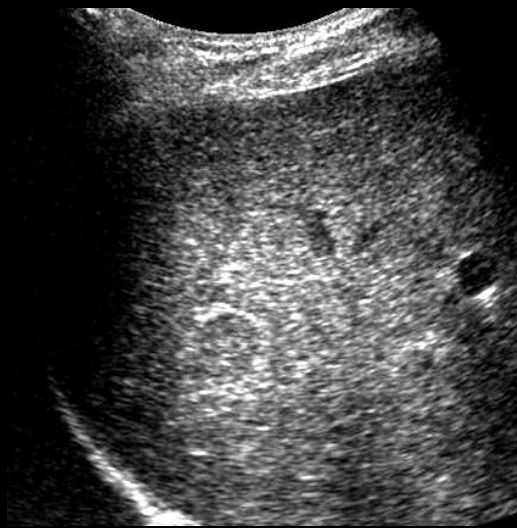
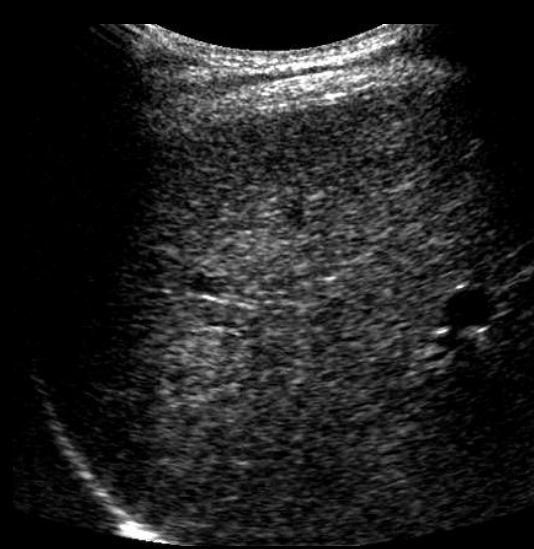


- Lésion hyperéchogène
- Limites nettes , **effet de masse +++ (DD stéatose focale nodulaire)**
- Renforcement acoustique postérieur paradoxal pour une lésion hyperéchogène
- Qd lésion volumineuse : hétérogène
- Si doute : Echo de contraste

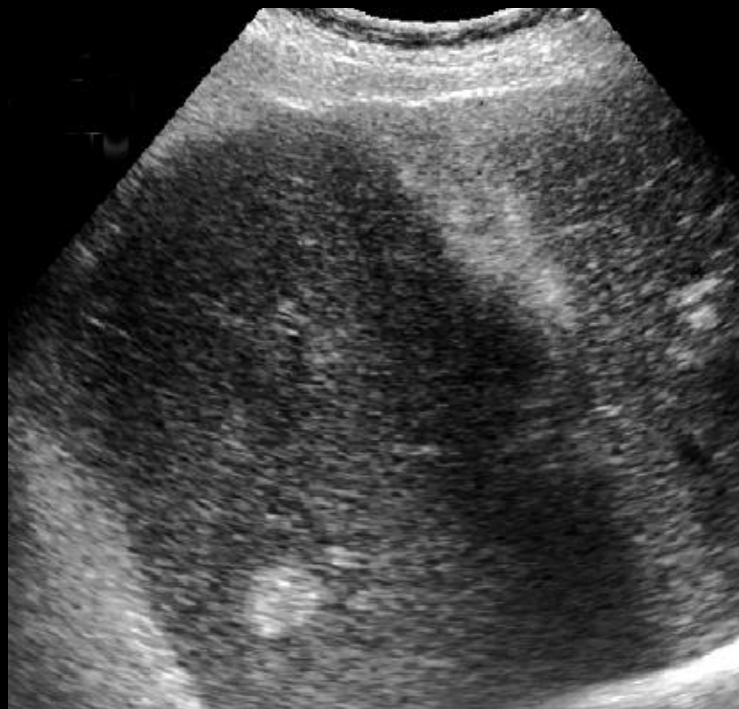


**Attention foie stéatosique
, angiomes hypoéchogènes**

Angiomes: échographie avec injection de produit de contraste



Angiomes: échographie avec injection de produit de contraste



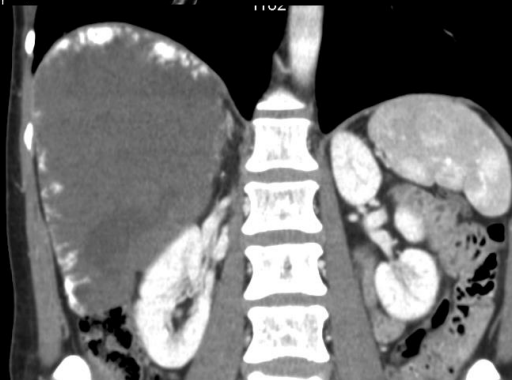
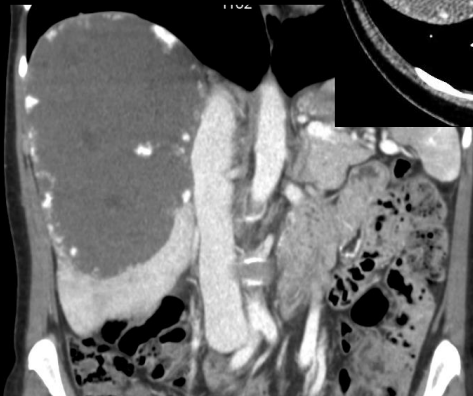
Sans injection



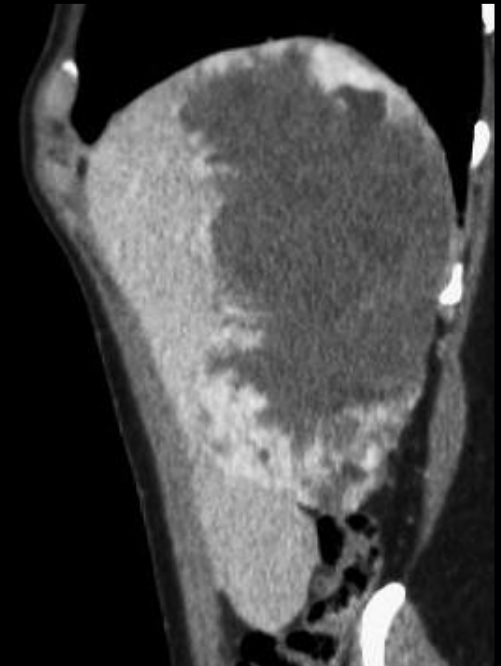
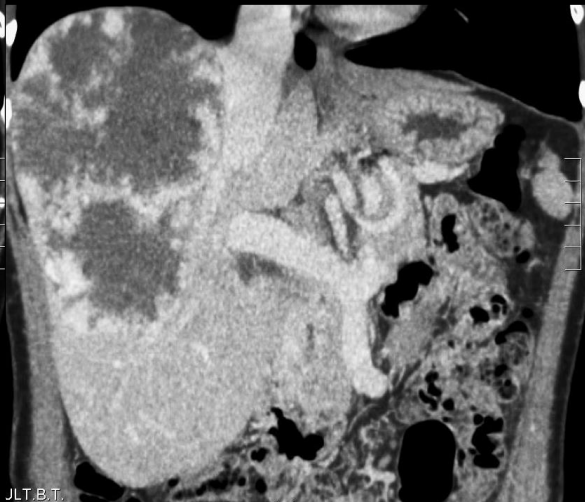
60 secondes

Angiomes : aspects scanographiques

- Lésion hypodense avant injection
- **Prise de contraste périphérique en plaques (mottes) +++++** et remplissage centripète
- Persistance de rehaussement au temps tardif
- Parallélisme de rehaussement entre l'angiome et structures vasculaires après la phase d'équilibre



Angiomes : aspects scanographiques



ISULT.B.T.

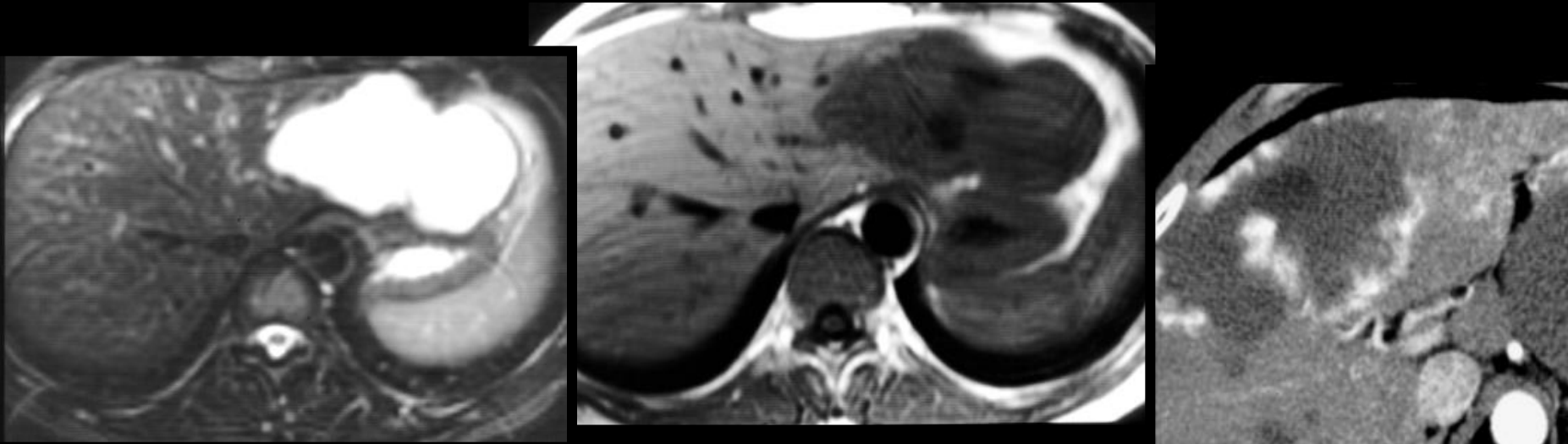
JLT.B.T.

Angiomes : aspects scanographiques

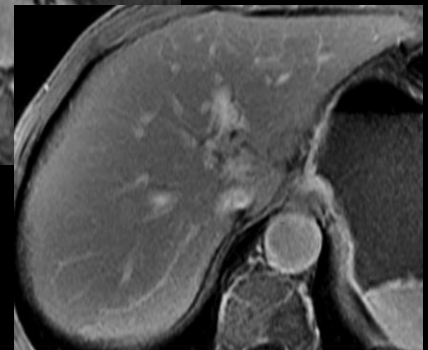
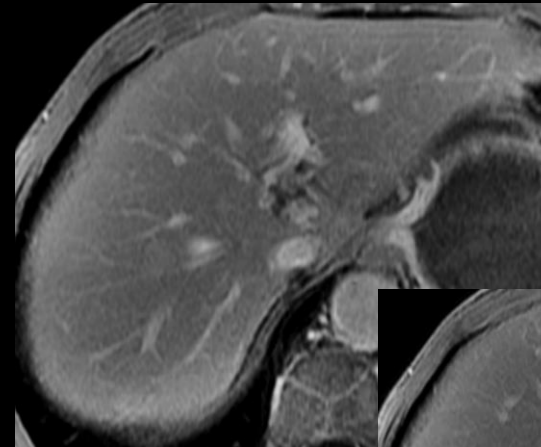
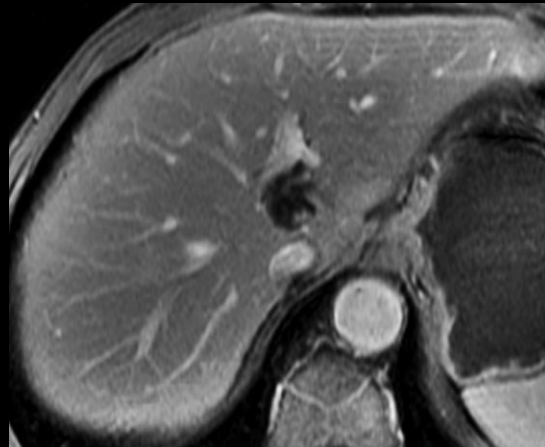
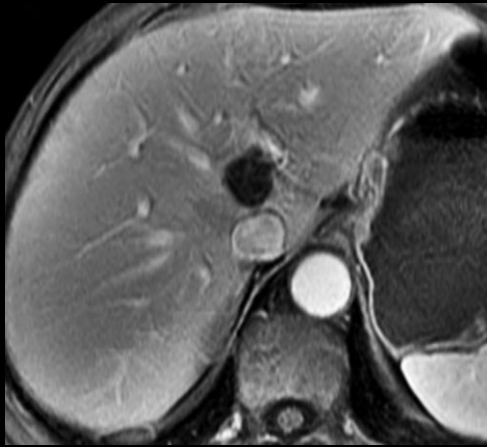
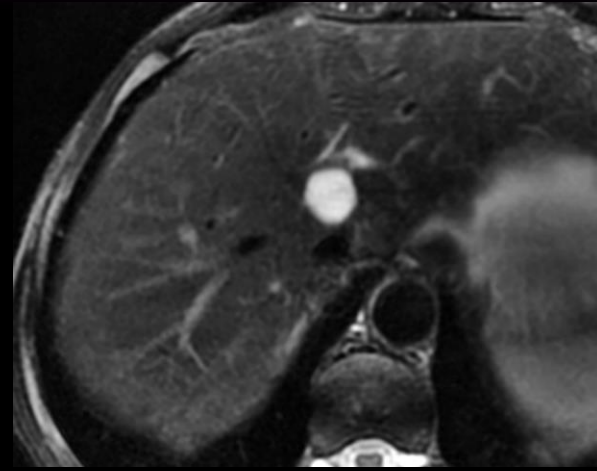
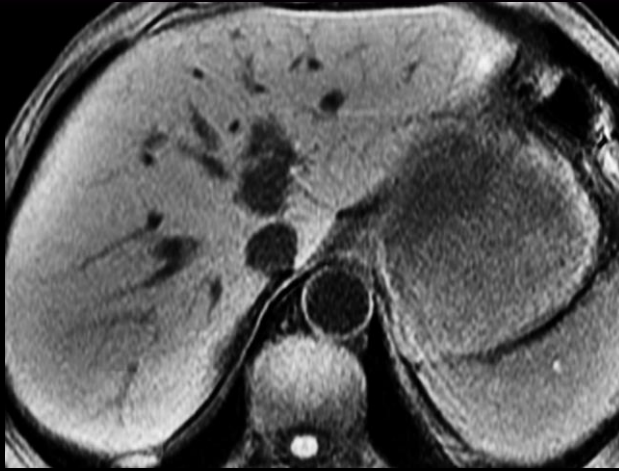


Angiomes : aspects en IRM

- Hypointense en pondération T1
- Hyperintense en pondération T2 (signal équivalent à celui du LCR)
- Prise de contraste périphérique en plaques (mottes) et remplissage centripète
- Persistance de rehaussement au temps tardif
- Parallélisme de rehaussement entre l'angiome et structures vasculaires



Angiomes : aspects en IRM

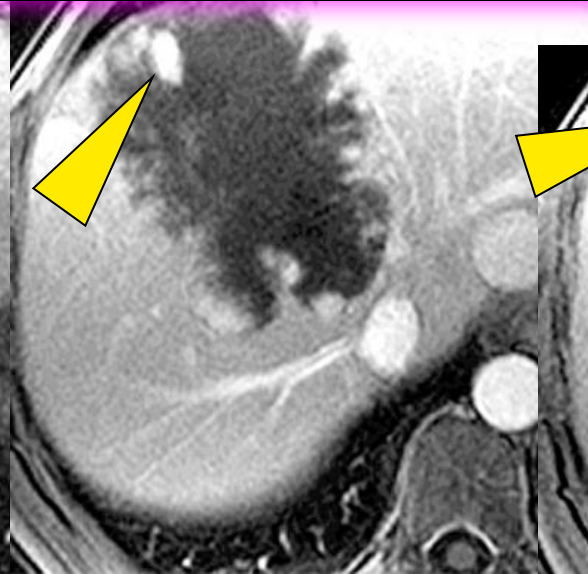


- plus la taille est petite, moins les éléments sémiologiques fiables : prise de contraste "en mottes" périphériques au premier passage sont évidentes

Angiomes : aspects en IRM



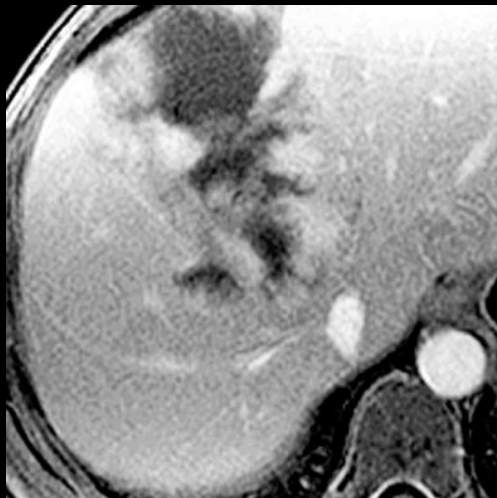
T1 gado 50 ‘



T1 gado 1' 30

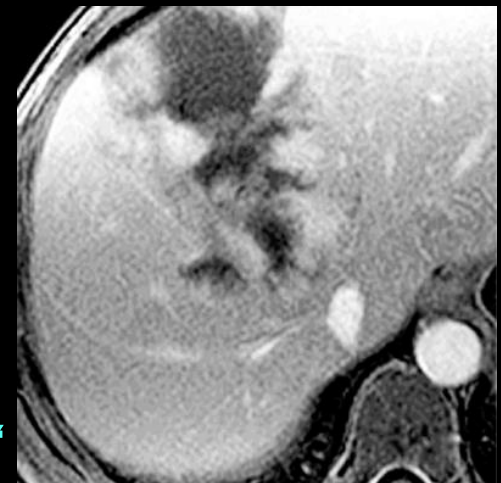


T1 gado 1' 30



T1 gado 3 ‘

angiome géant



T1 gado 30 ‘

Angiomes : Difficultés diagnostiques

- **Angiome de petite taille (10-20 mm) :**
 - Délicat de mettre en évidence le rehaussement en plaques
 - Contexte de bilan d'extension cancer, attention à ne pas confondre angiome de petite taille et métastase (compléter par autres examens écho et ou IRM)

■ Angiome à circulation rapide :

- Lésions de petite **taille inférieure à 20 mm**
- Prise de contraste intense et homogène à la phase artérielle
- **Critères diagnostiques**
 - Rehaussement parallèle à celui des structures vasculaires
 - Persistance au temps tardif (pooling)
 - Hypersignal T2 franc +++

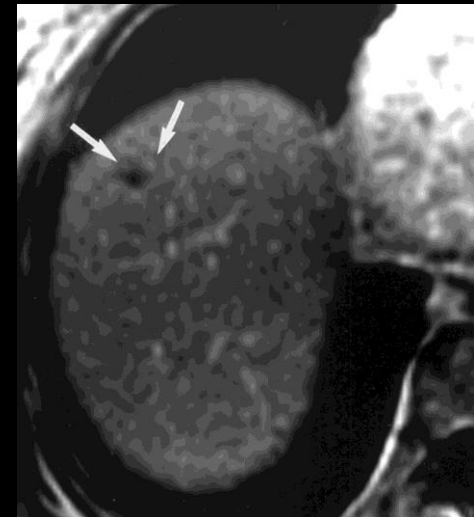
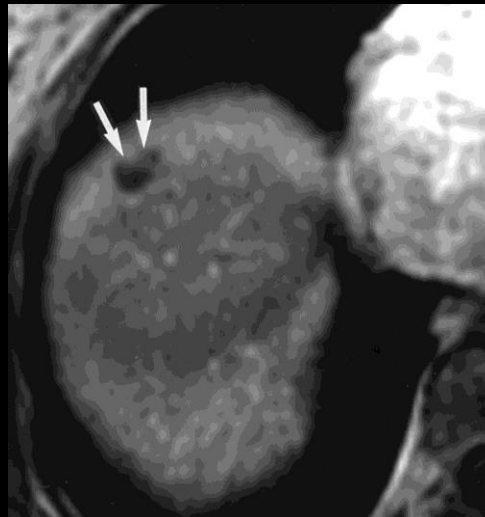
Angiomes : Difficultés diagnostiques



Homme 56 ans, surveillance post chirurgicale d'un K sigmoïdien

Difficultés diagnostiques

Contextes
néoplasiques



Angiomes : Difficultés diagnostiques

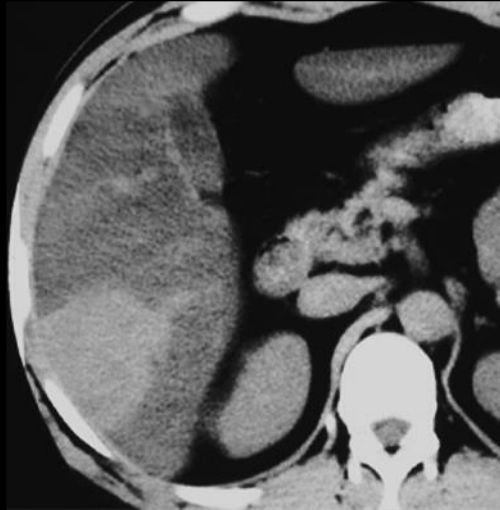
- **Angiome avec shunt artério veineux**
 - Plus fréquent pour les angiomes à flux rapide
 - Rehaussement artériel en périphérie de la lésion
- **Angiomes géants**
 - Aspect hétérogène en pondération T2
 - Signal T2 pas complètement homogène
- **Angiomes à flux lent**
 - Rehaussement très tardif
 - Absence de rehaussement au temps précoce

Angiomes : Difficultés diagnostiques

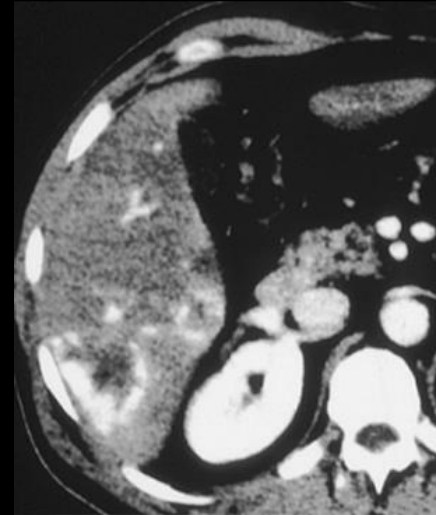
- **Angiomes scléreux**
 - Tissu fibreux prépondérant ++++
- **Angiomes sur stéatose**
 - Hyperdense en scanner : analyse du rehaussement
 - Aspect en hypersignal T2 ++++++

Angiomes : Difficultés diagnostiques

CT avt inj

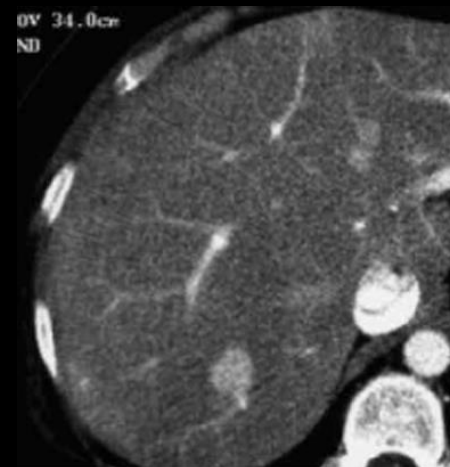
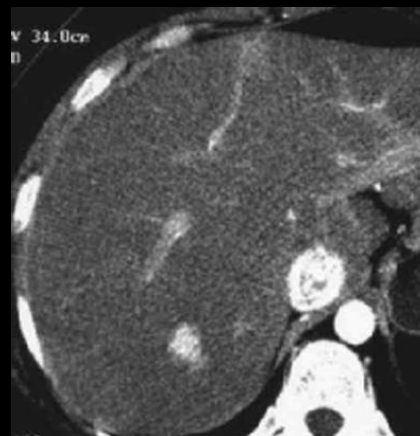


CT 1 ' 30



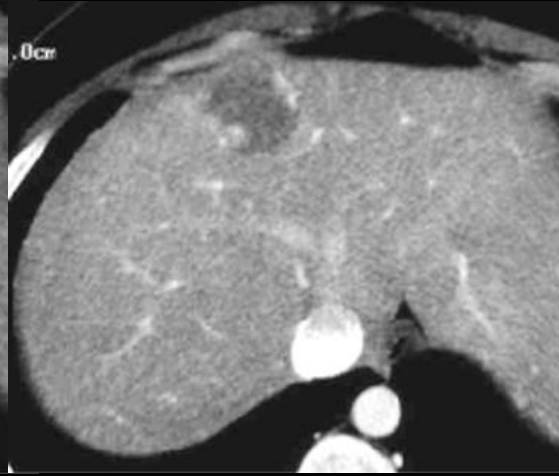
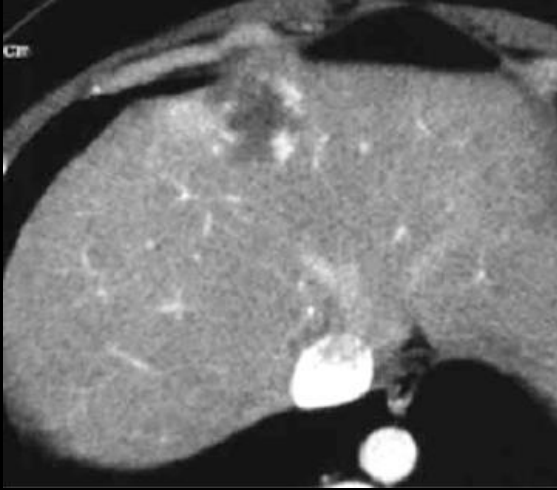
angiomes sur foie stéatosique !!

CT avt inj

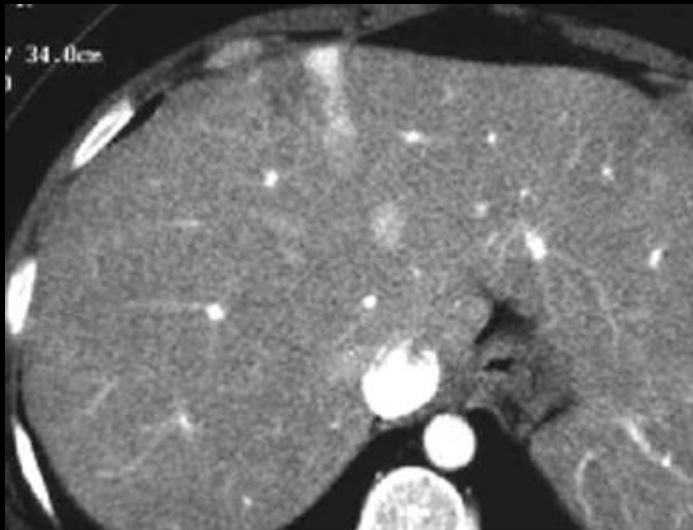


Angiomes : Difficultés diagnostiques

Angiomes avec shunt artério veineux



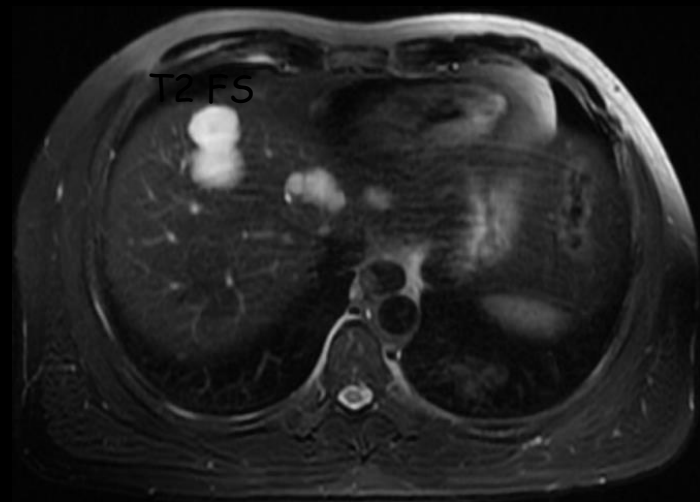
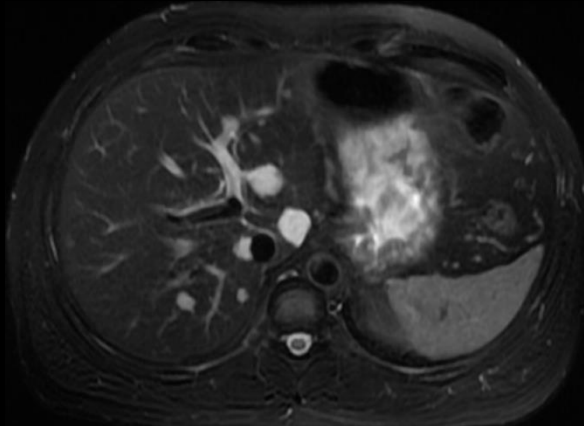
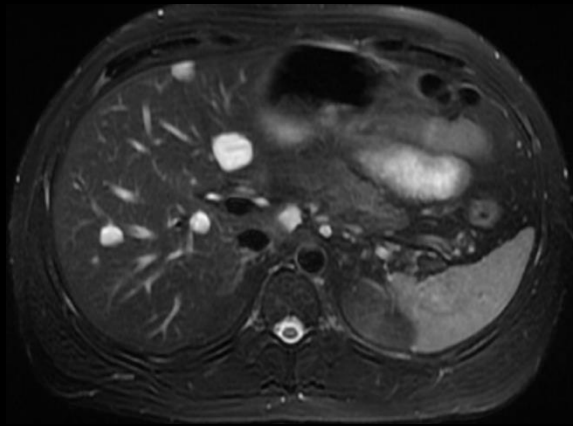
CT 50 "



CT 3 '

Angiomes : Difficultés diagnostiques

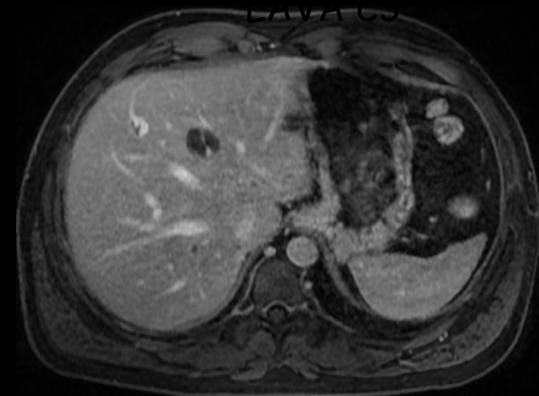
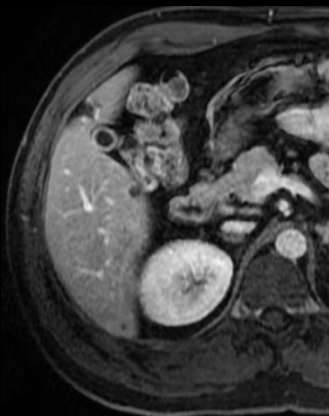
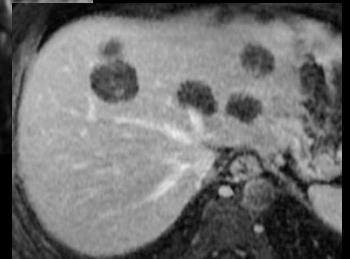
Angiomes à flux lent



Diffusion

Angiomes : Difficultés diagnostiques

Angiomes à flux lent

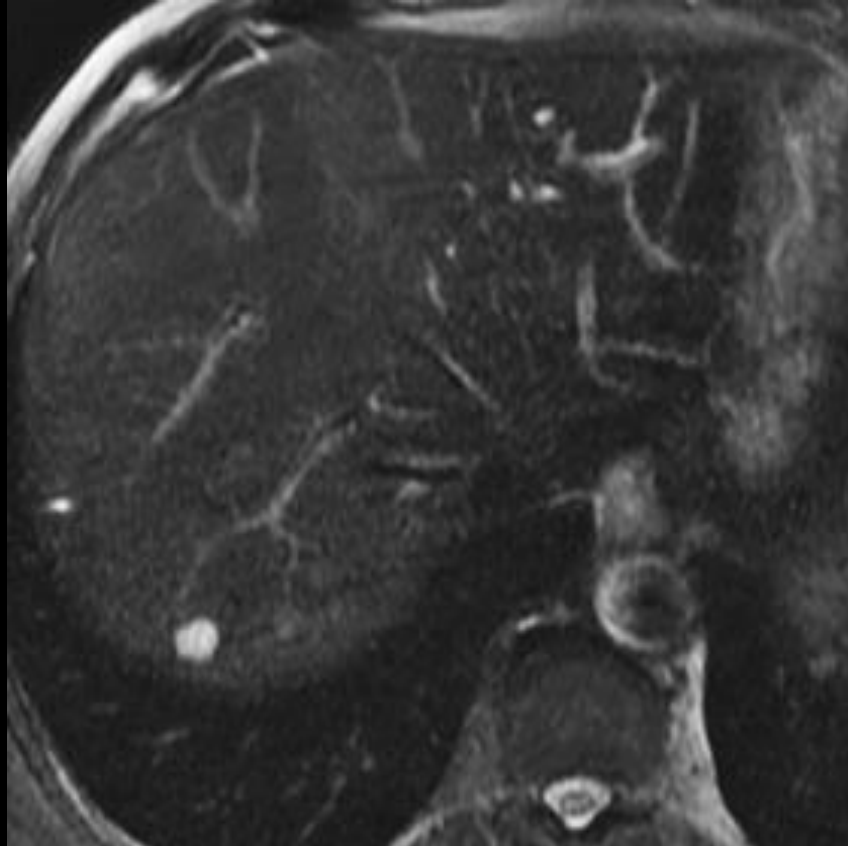


Angiomes : Difficultés diagnostiques

Angiomes à flux lent



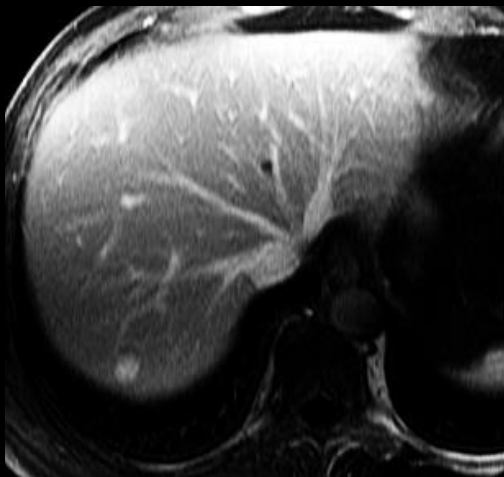
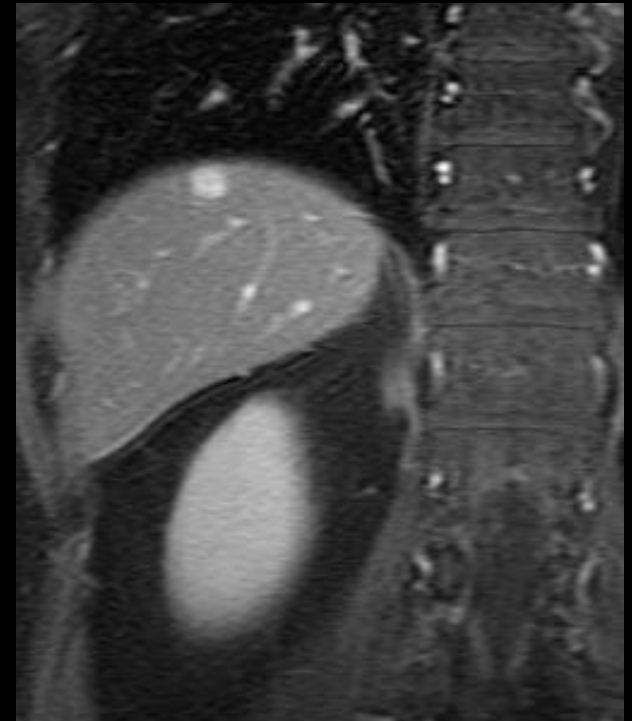
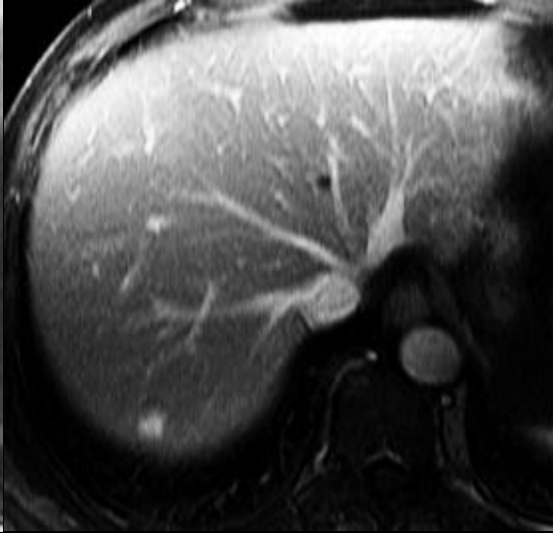
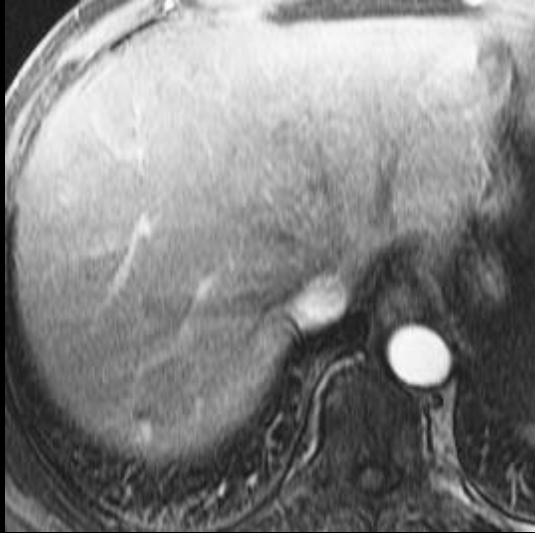
Angiomes de petite taille



T2

Angiomes de petite taille

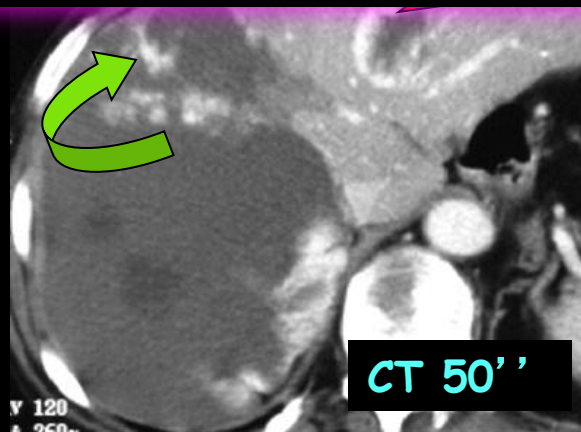
Dynamiques
ap. injection



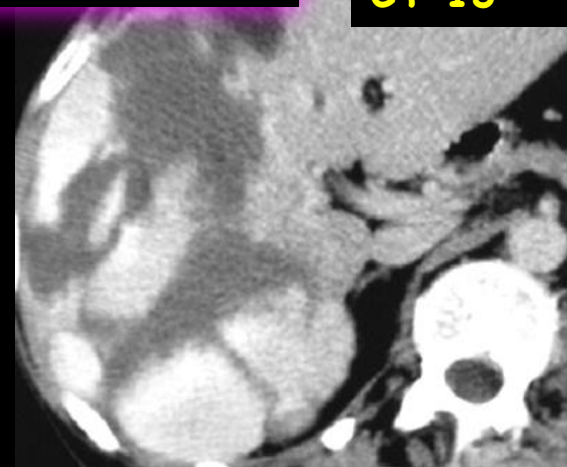
Tardives

Angiomes : Difficultés diagnostiques

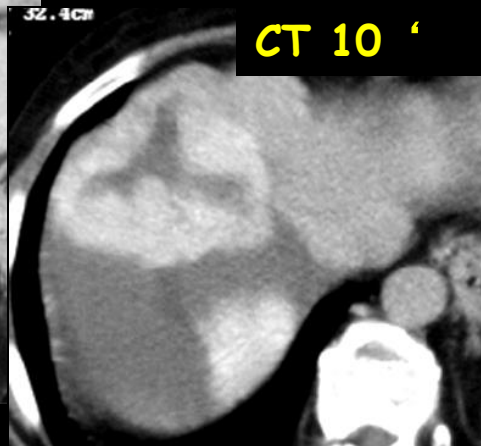
CT 13'



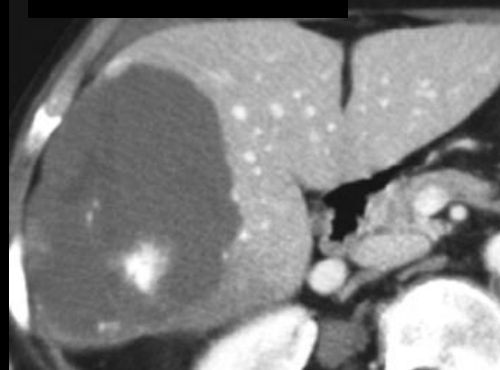
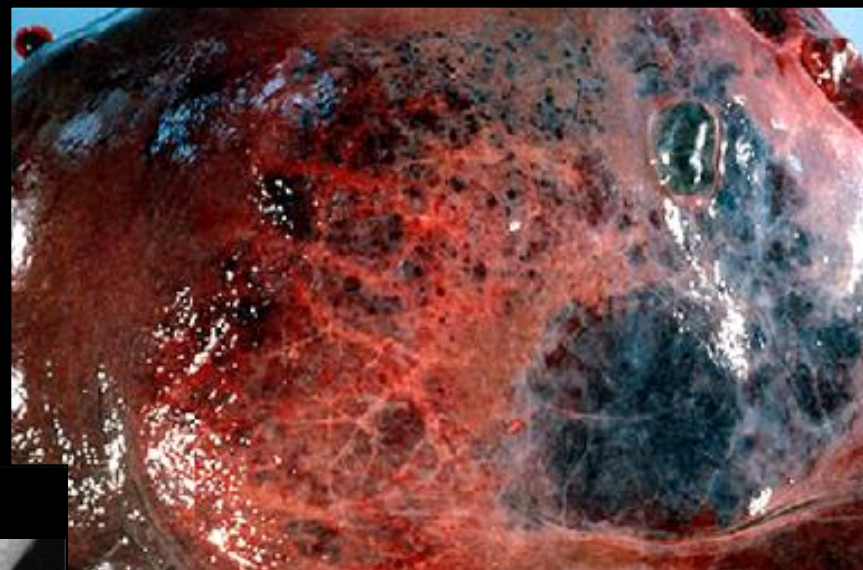
CT 50''



CT 1'30



CT 10'

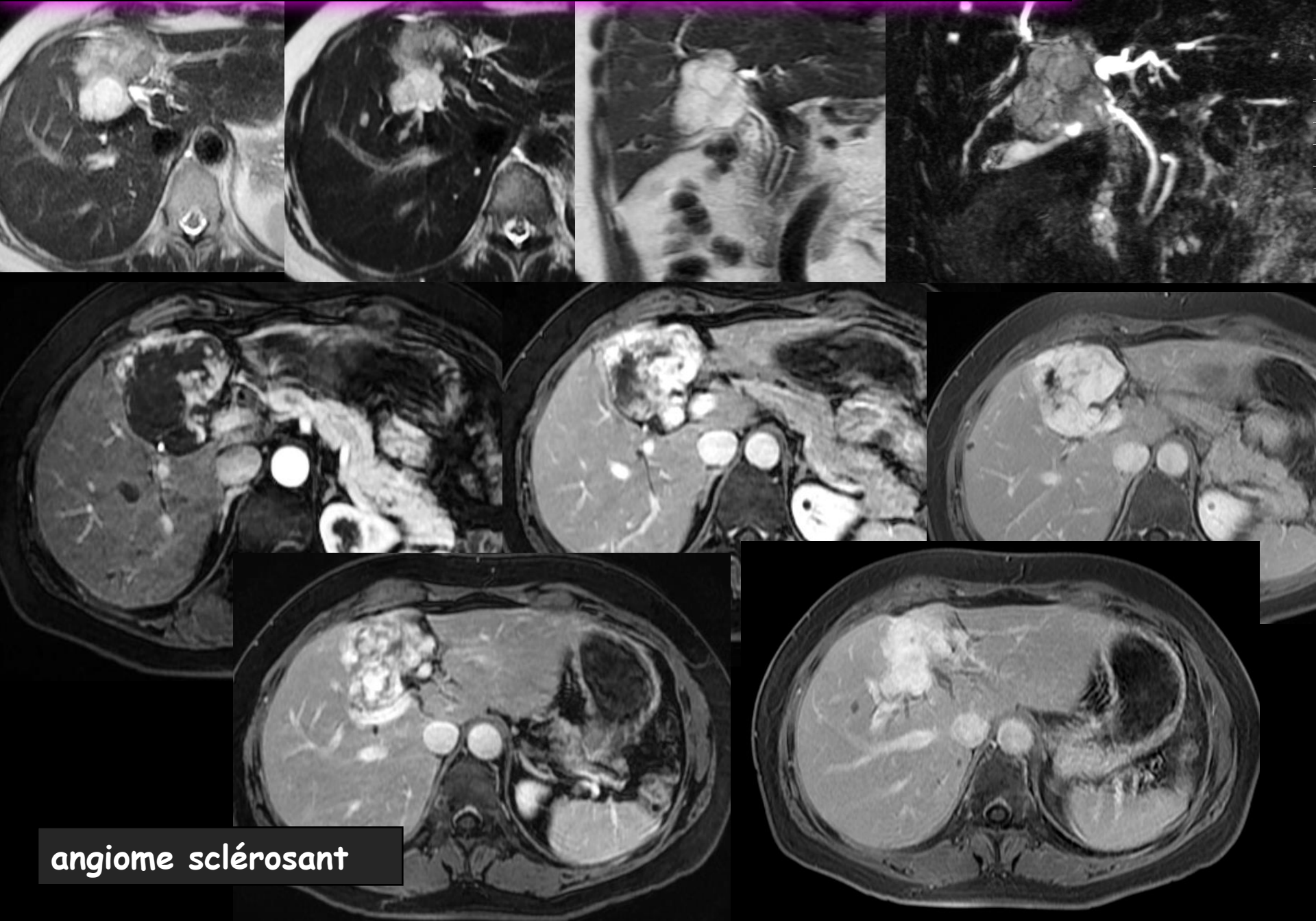


CT 5'



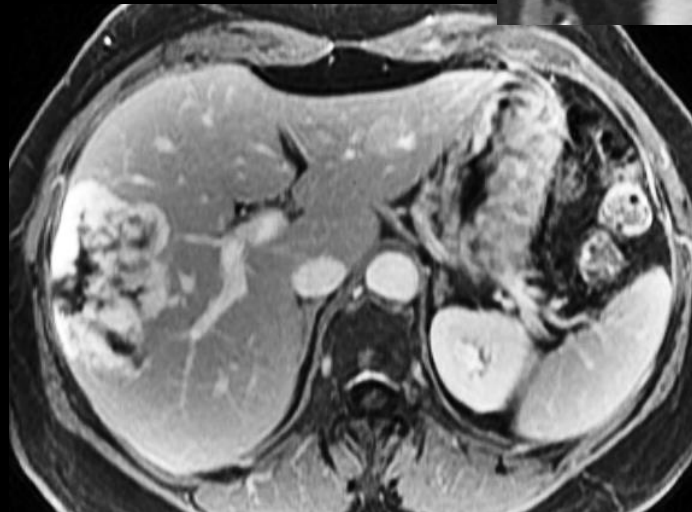
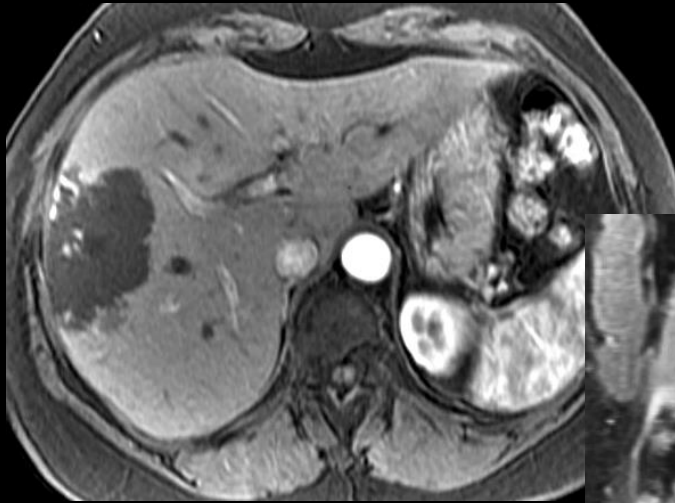
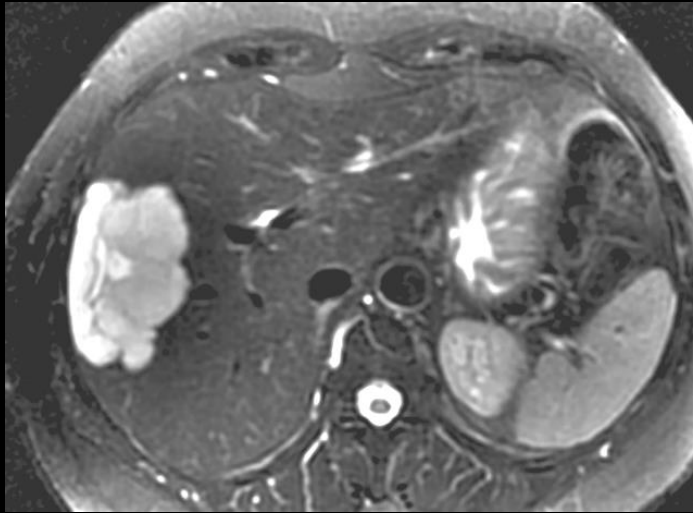
angiomes géants; cinétique de rehaussement +++

Angiomes : Difficultés diagnostiques



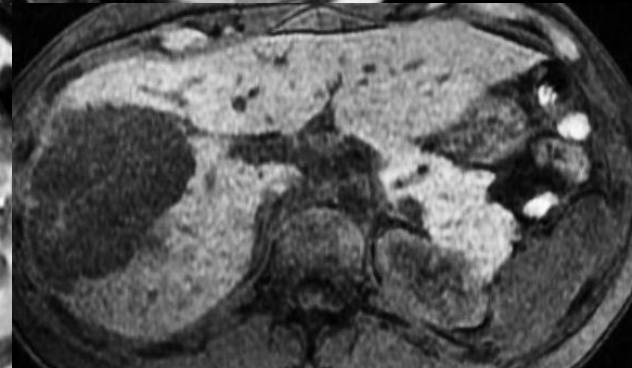
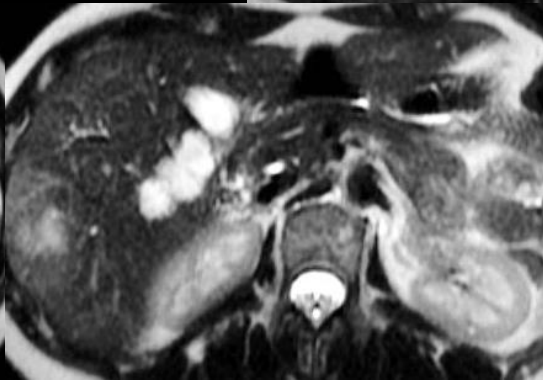
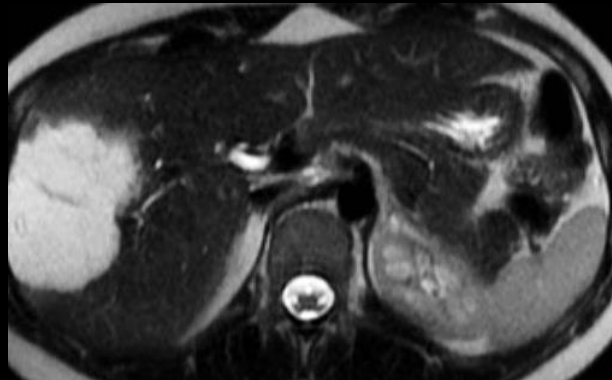
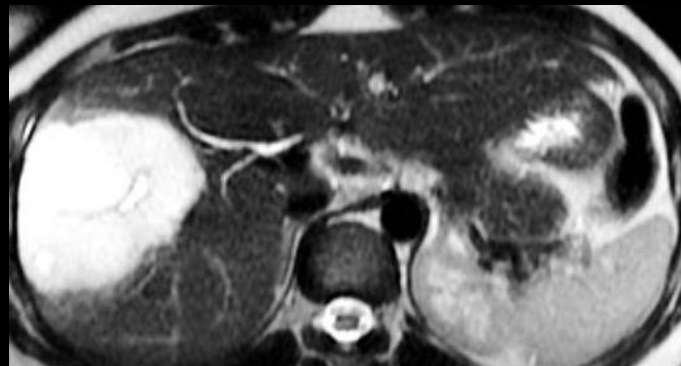
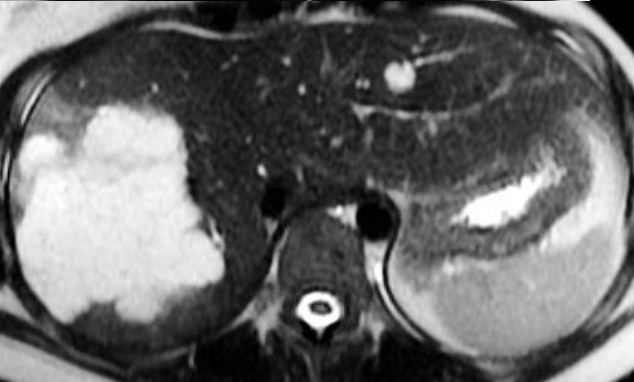
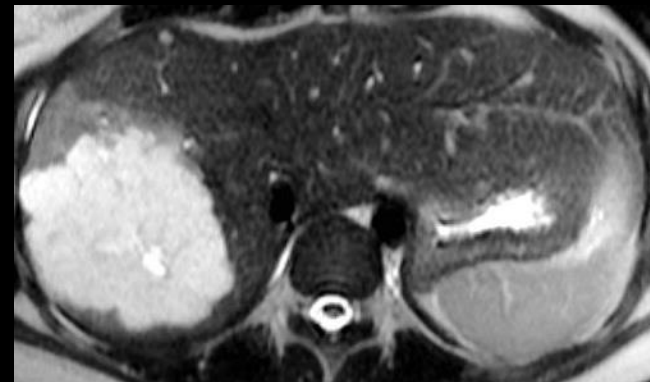
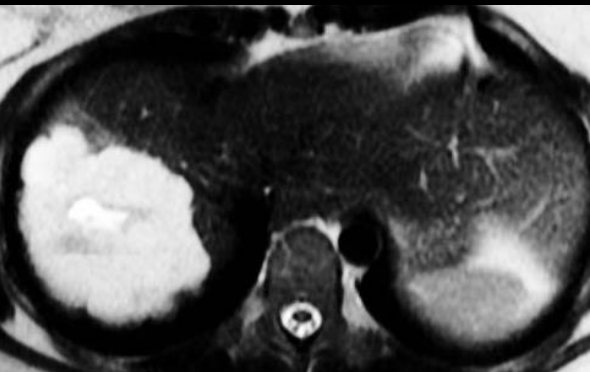
angiome sclérosant

Angiomes : Difficultés diagnostiques

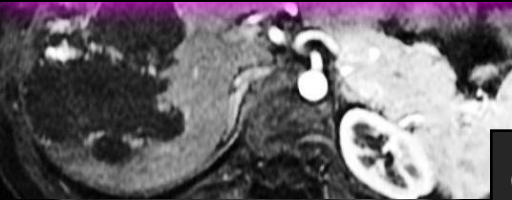


angiome sclérosant

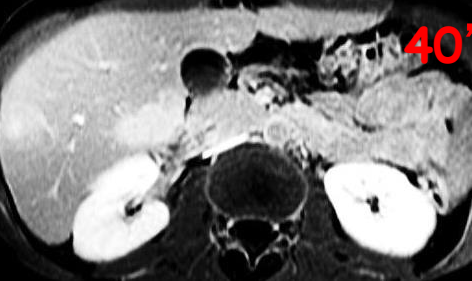
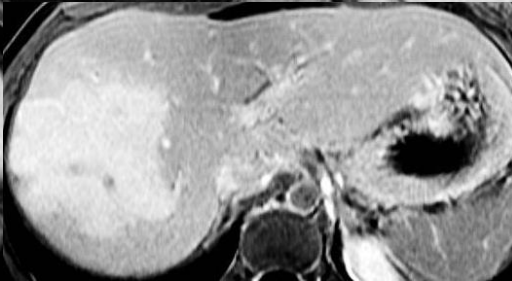
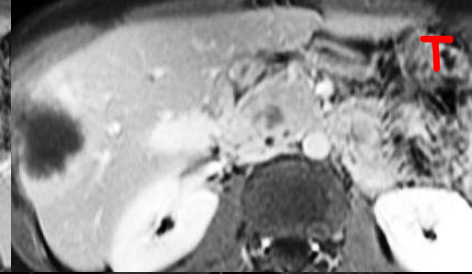
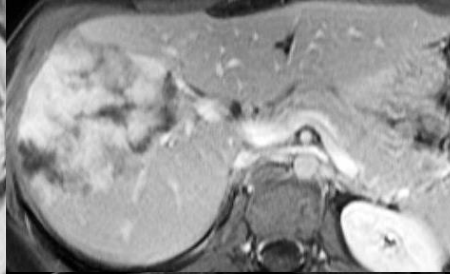
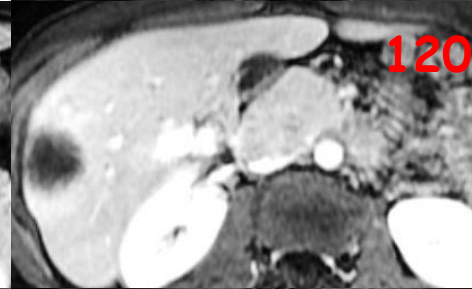
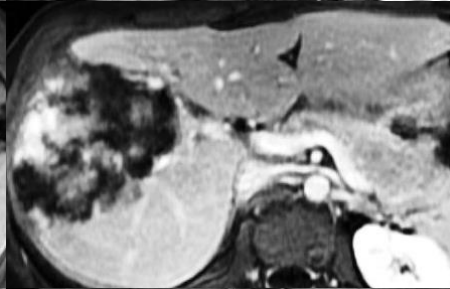
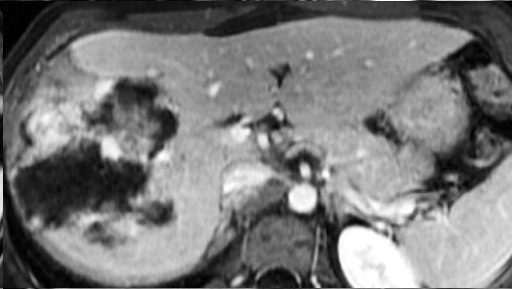
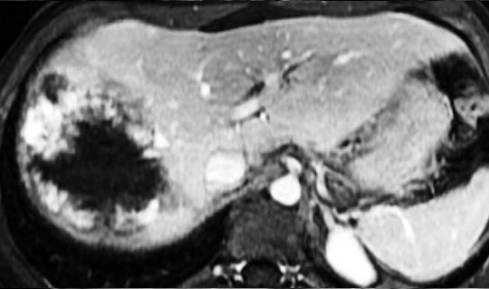
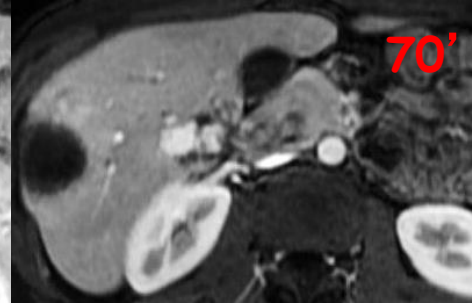
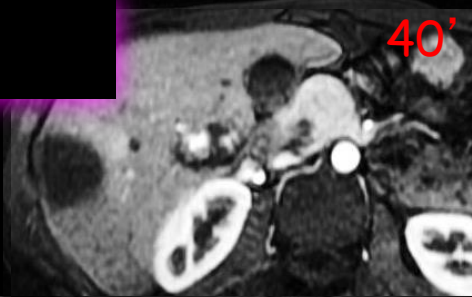
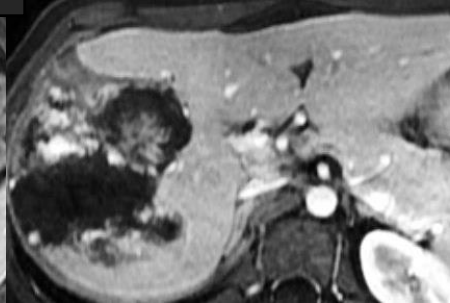
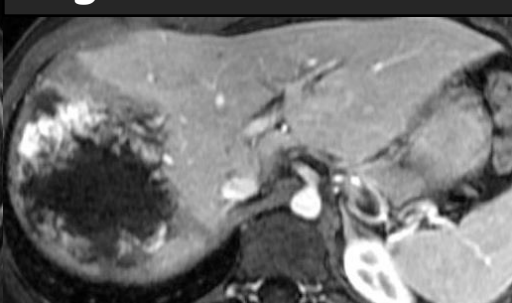
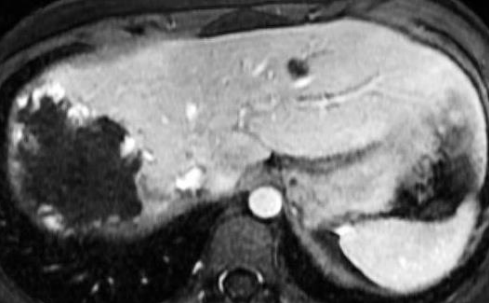
Angiomes : Difficultés diagnostiques



Angiomes : Difficultés diagnostiques



angiome sclérosant



40'

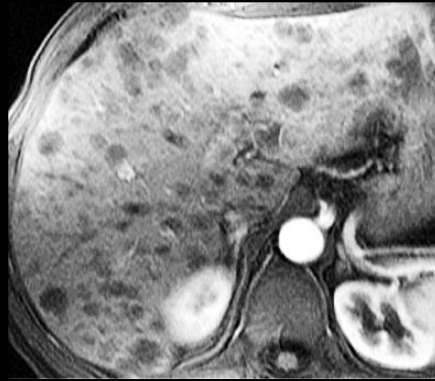
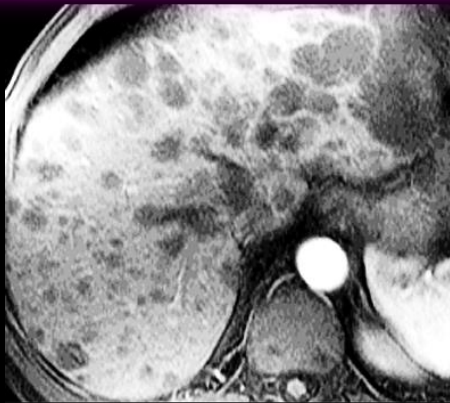
70'

120'

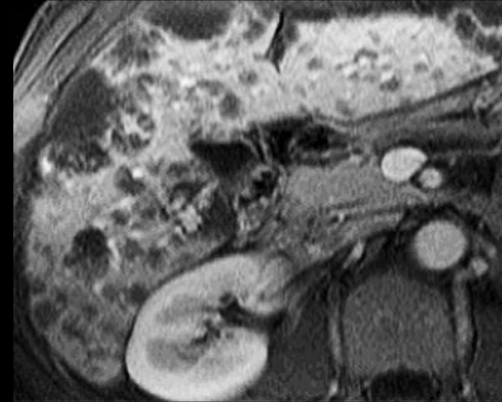
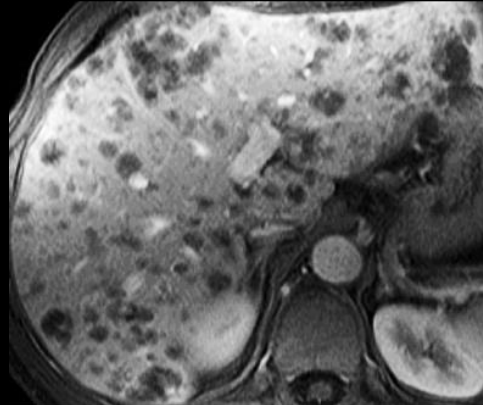
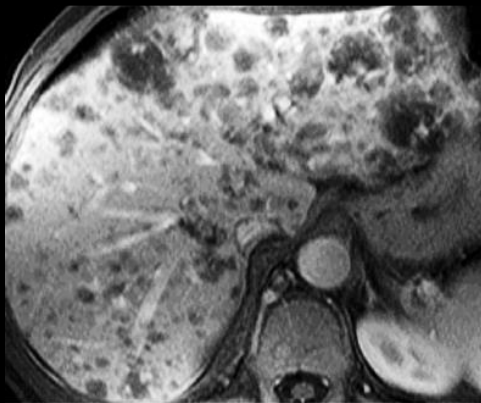
T

40'

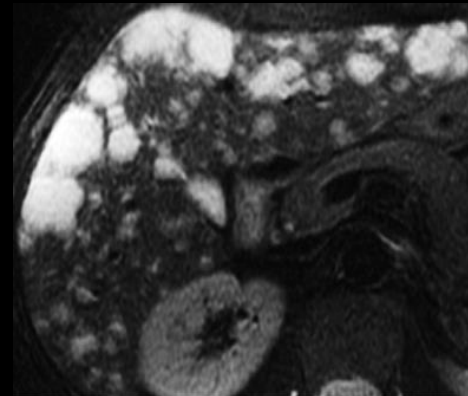
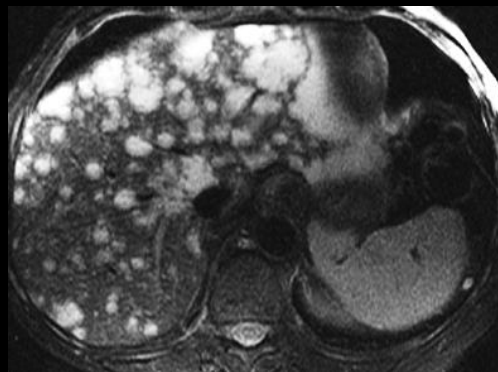
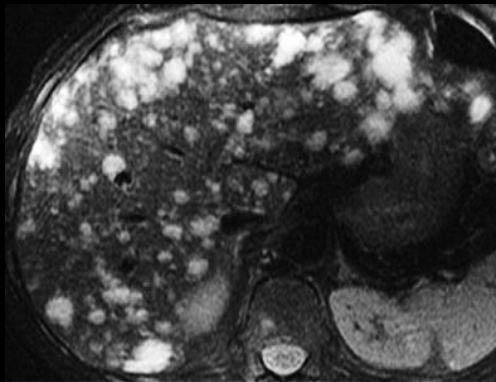
Angiomes : Difficultés diagnostiques



MR
T1
45"



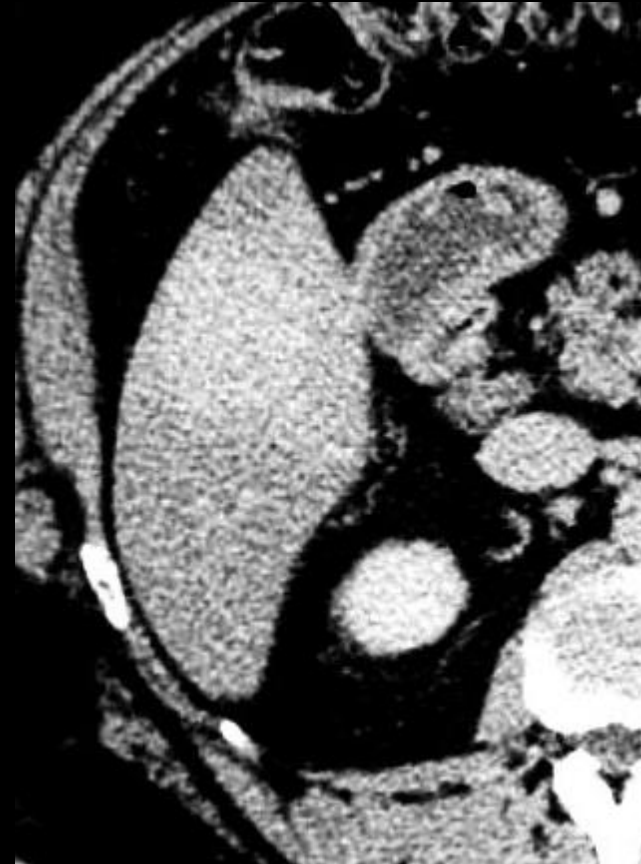
MR
T1
60"



MR
T2

hémangiomatose disséminée; diagnostic échographique de métastases !!!

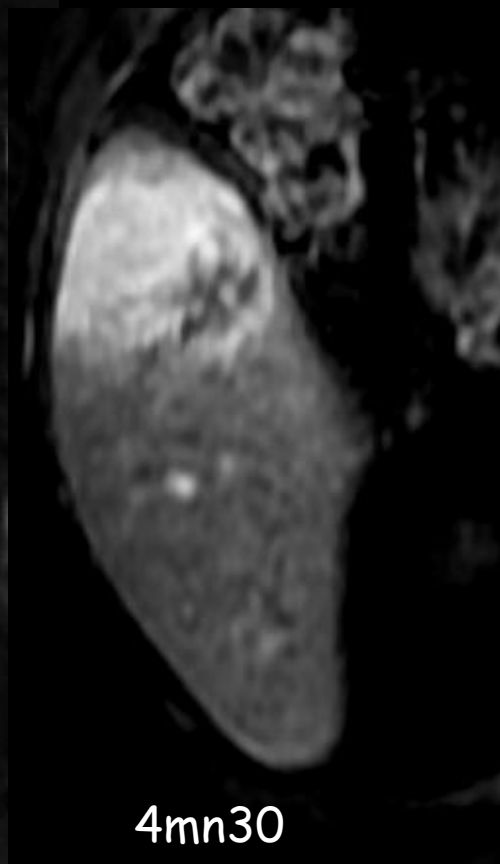
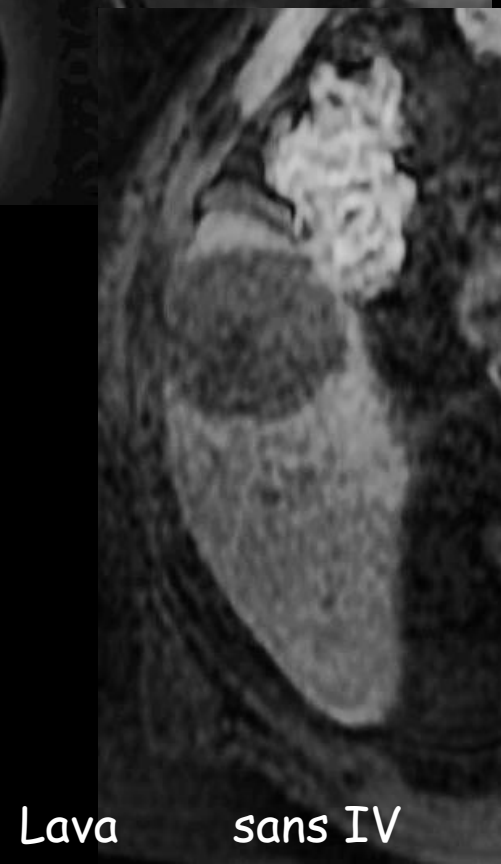
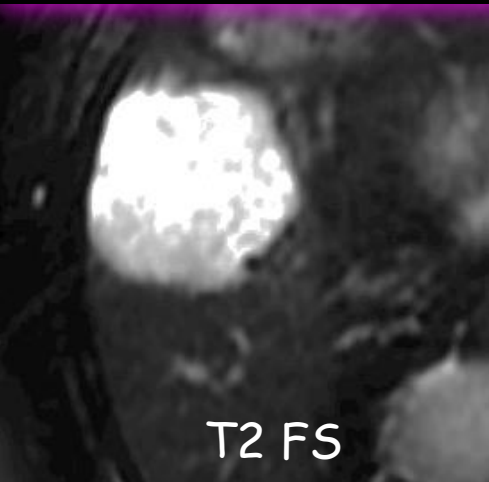
Angiomes : évolution



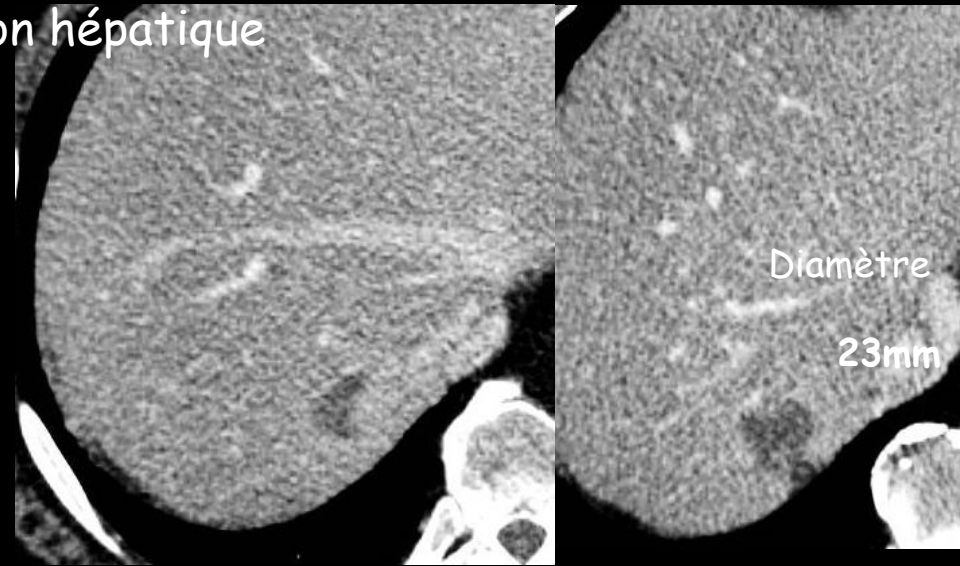
Patient de 67 ans, scanner pour iléite.
Découverte fortuite de lésions hépatique

Sémiologie classique d'un ANGIOME

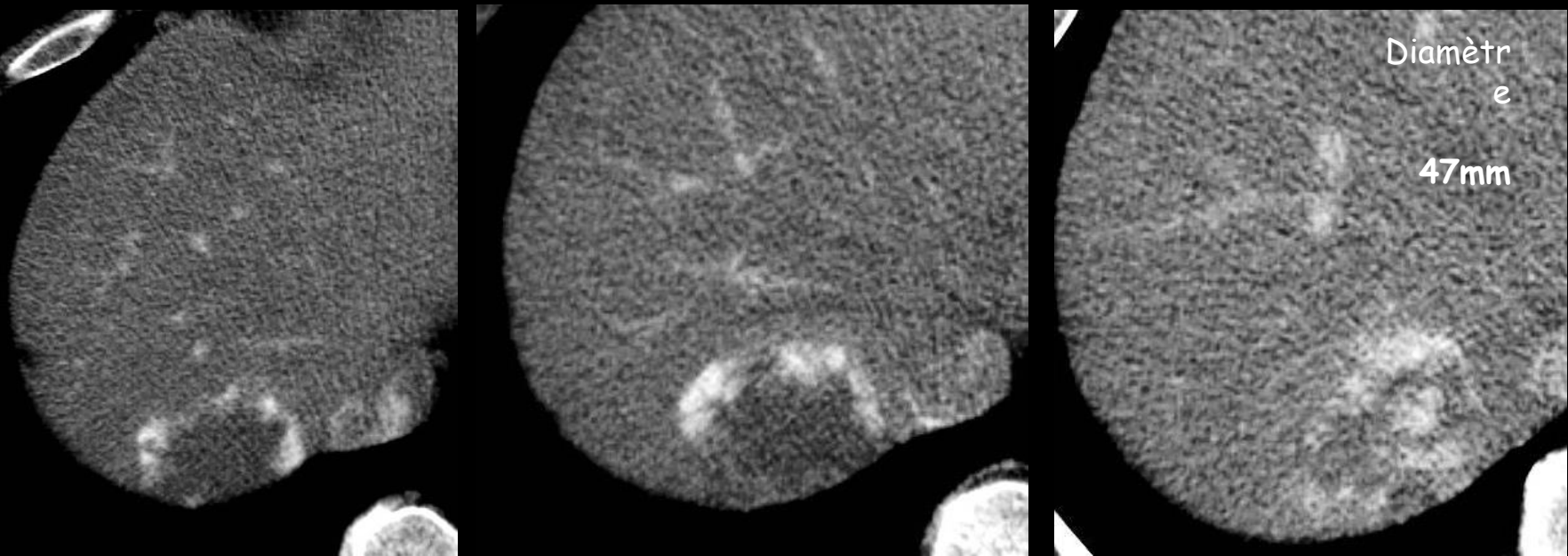
Angiomes : évolution

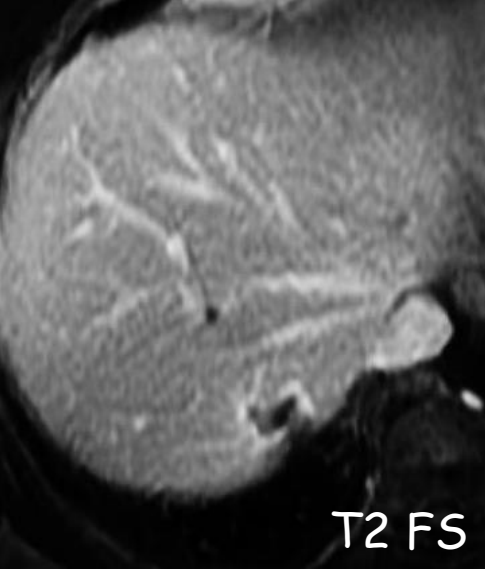


Sur ce scanner du même patient, 2^{ème} lésion hépatique

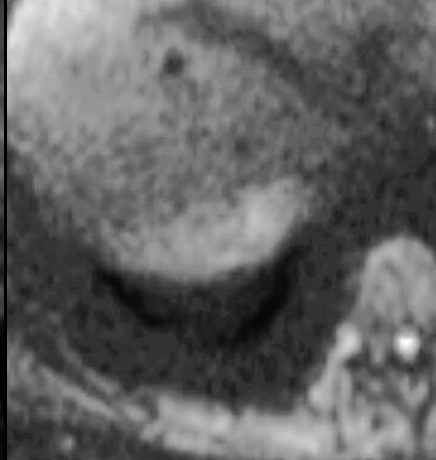


ATCD, sur un scanner thoracique réalisé 5 ans auparavant:

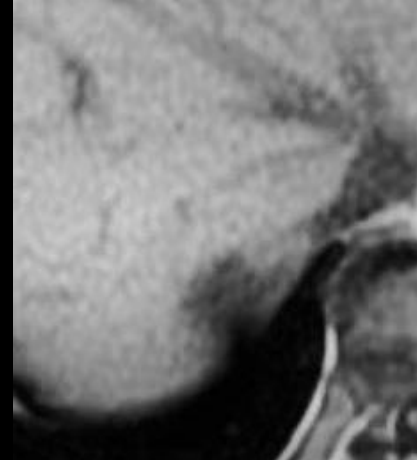




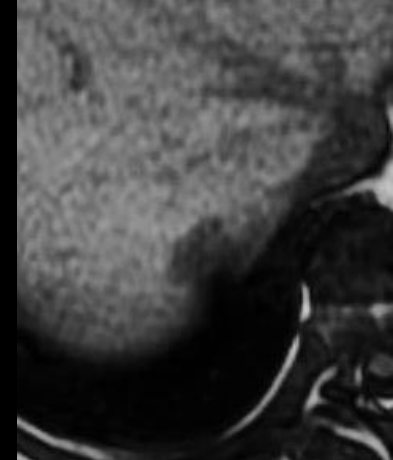
T2 FS



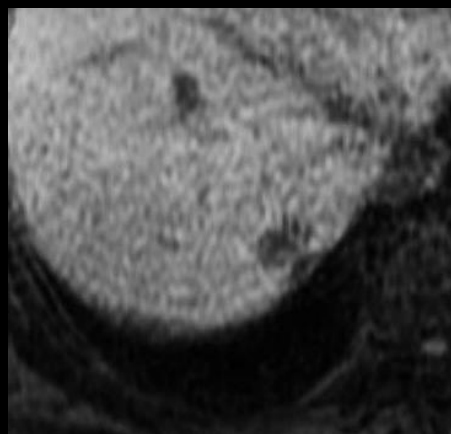
Diff



IP/OP



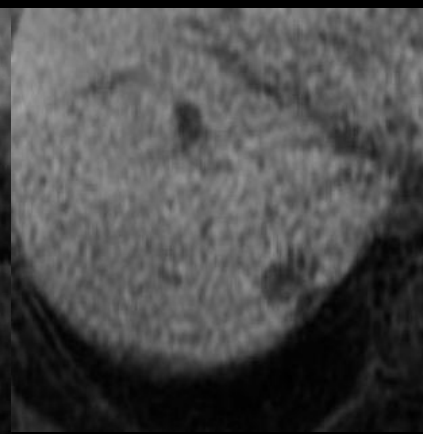
IP/OP



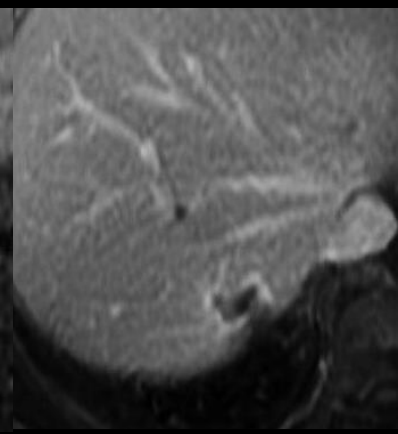
Lava



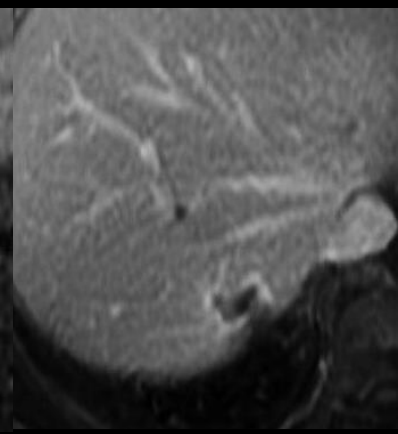
sans IV



3mn



9mn

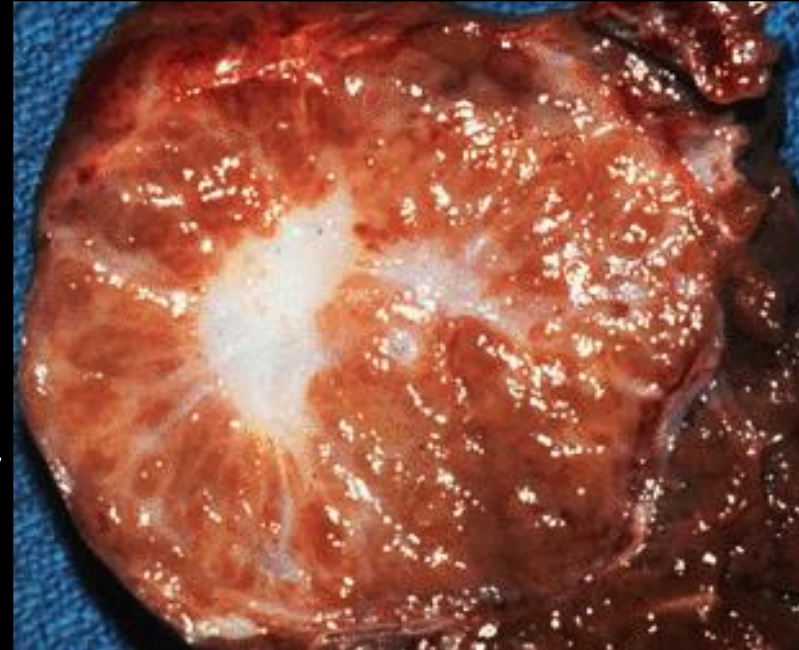


T1 FS 7mn

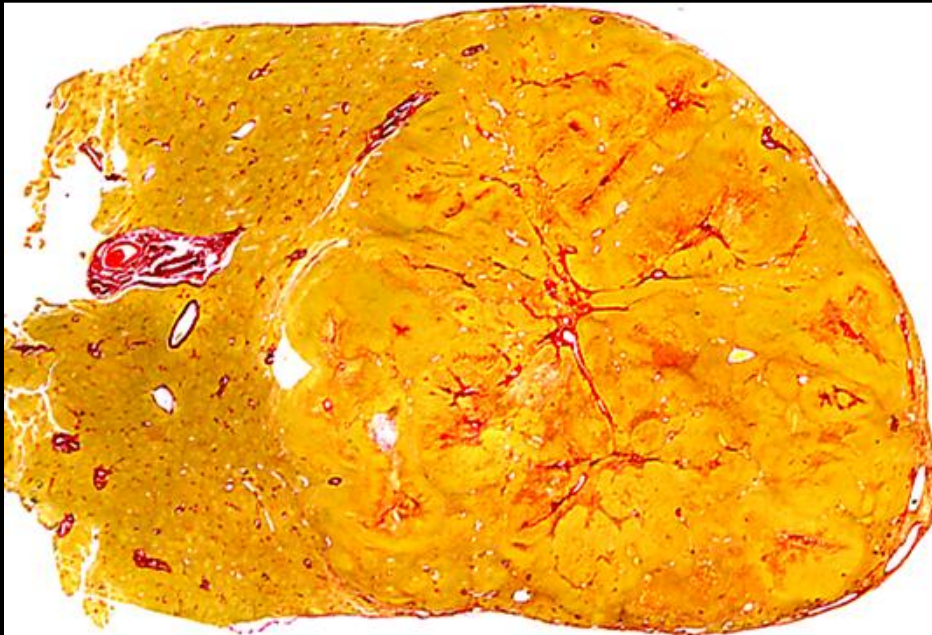
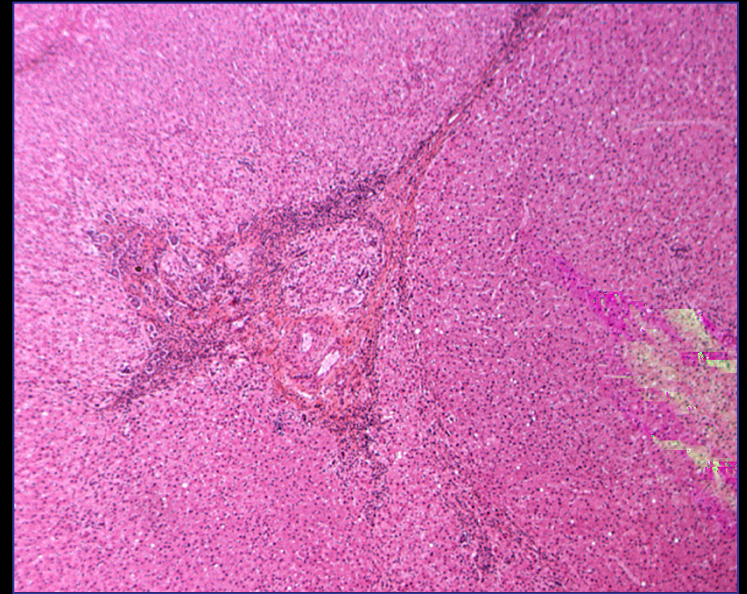
Régression d'un angiome hépatique ?

Hyperplasie nodulaire focale

- Seconde "tumeur" bénigne la plus fréquente
- Asymptomatique
- Pas de dégénérescence
- Macro : tumeur lobulée, non encapsulée
- Bien limitée
- "Cicatrice" fibreuse centrale
- Hépatocytes normaux ,canalicules biliaires et cellules de Kupffer id
- Prolifération polyclonale



Lésion bénigne causée par une
**réponse hyperplasique à une
anomalie vasculaire localisée (?)**



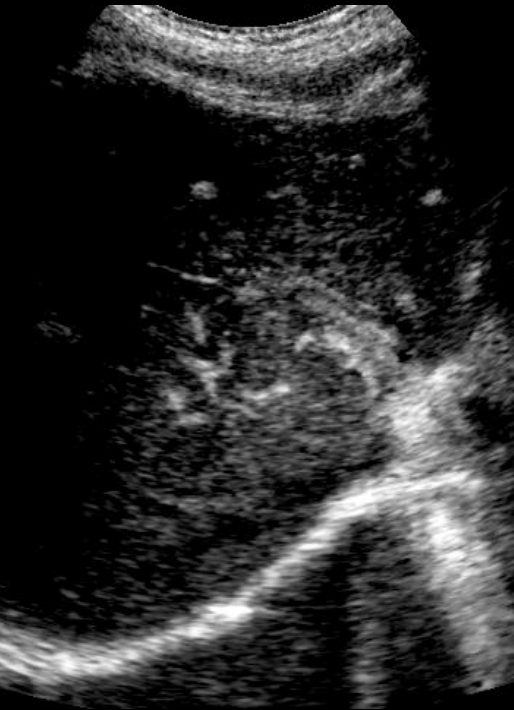
**HNF opérée = erreur diagnostique
!**

rouge Sirius colore le collagène

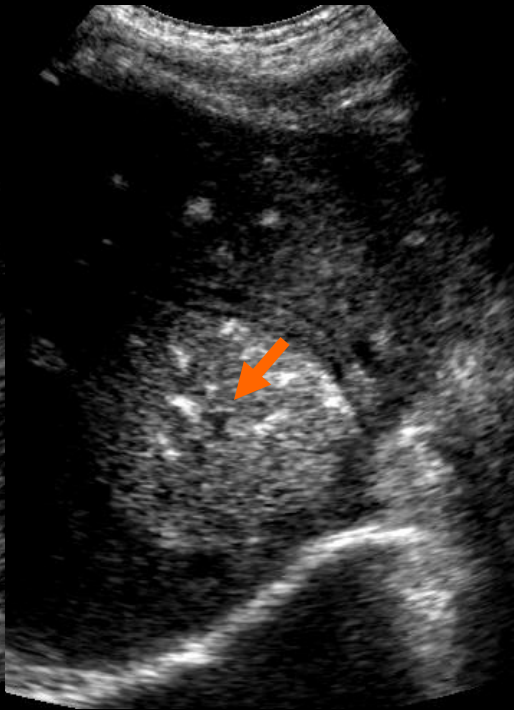
Hyperplasie nodulaire focale : échographie et échographie avec injection de produit de contraste



Sans injection



15 secondes



25 secondes



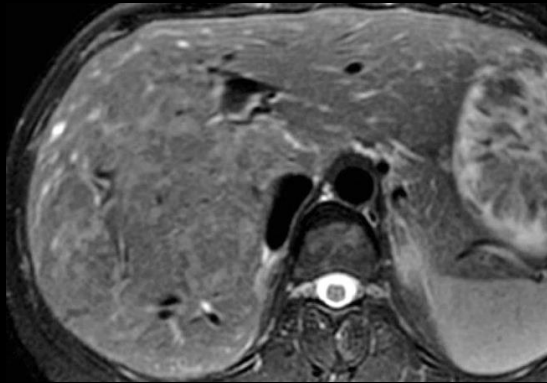
120 secondes

HNF : sémiologie typique

- Lésion **hypervasculaire ++++** au temps artériel
- Homogène par rapport au foie sur les acquisitions plus tardives
- Prise de contraste **intense ET homogène** quelle que soit sa taille
- Cicatrice centrale sauf si la lésion est de taille inf à 2 cm
- Isosignal/parenchyme sain en T2

- HNF est 20 à 40 fois plus fréquente que l'adénome même chez des femmes utilisant une contraception orale
- Les HNF atypiques sont souvent des formes histologiques particulières (formes "télangiectasiques" n'existent plus : désormais rattachées au groupe des adénomes hépatocellulaires dans lesquels elles forment le groupe des adénomes télangiectasiques ou inflammatoire). Ce sont en fait des proliférations néoplasiques monoclonales

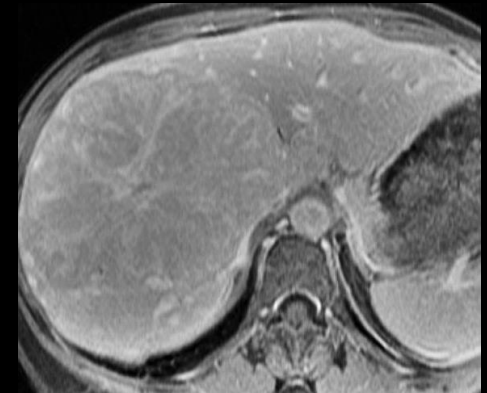
HNF : sémiologie typique



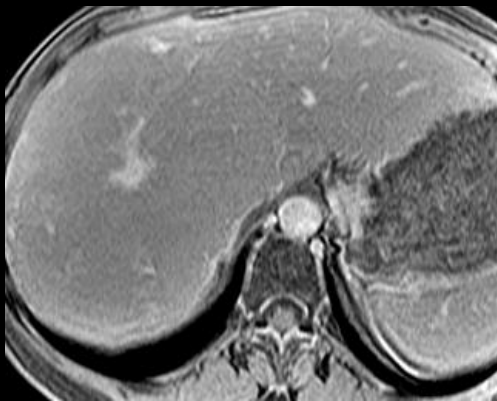
Je regarde le T2 :
isosignal T2



Rehaussement précoce
massif de toute la
lésion



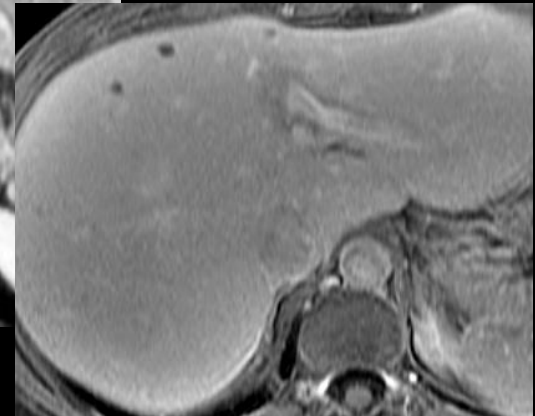
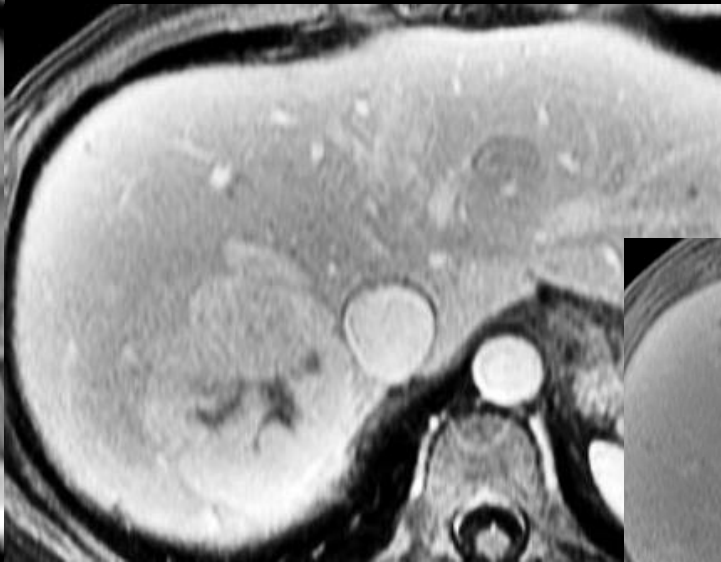
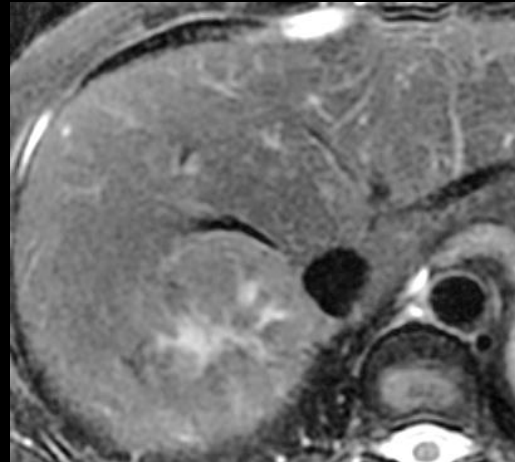
Je regarde le comportement
portal : homogénéisation



Je n'oublie pas l'acquisition tardive :
cicatrice fibreuse centrale

Hyperplasie
nodulaire et
focale

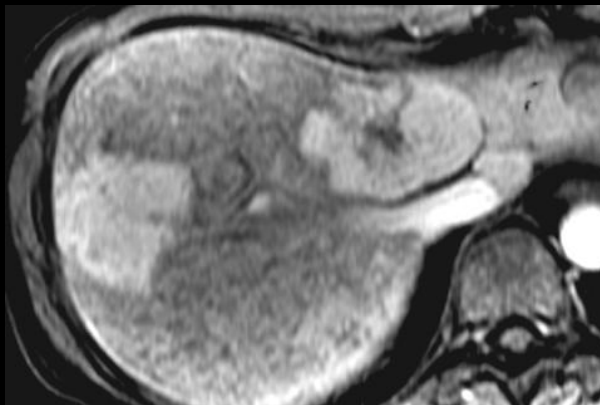
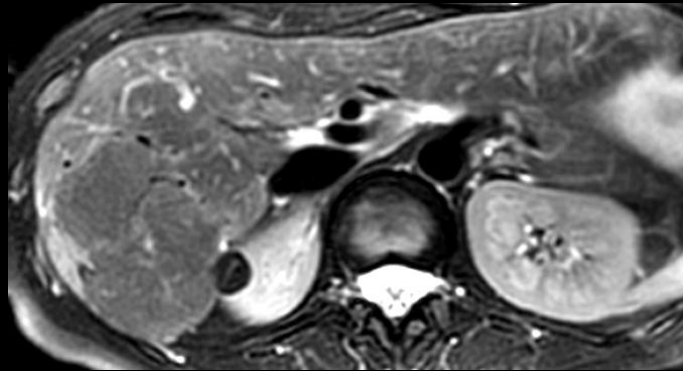
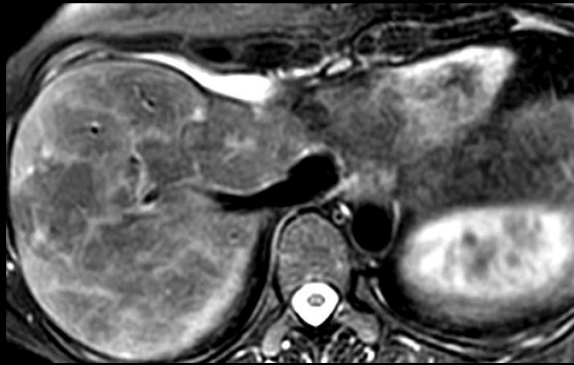
HNF : sémiologie typique



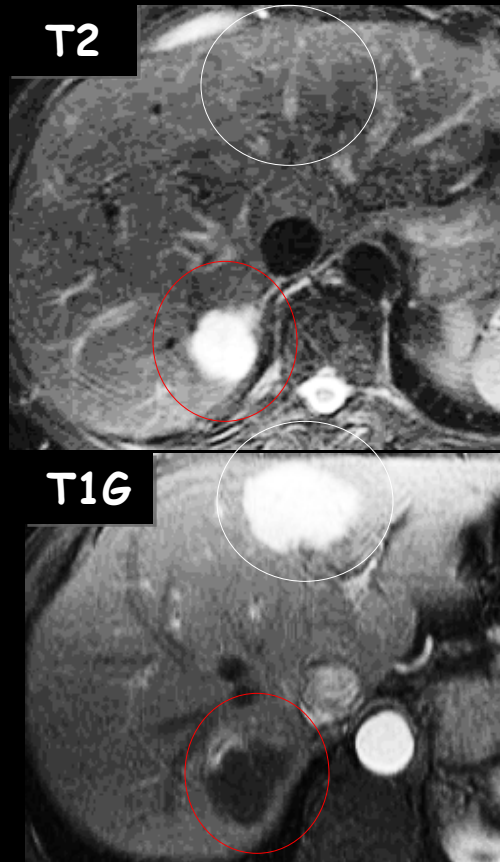
HNF : sémiologie typique

multiples ++++ dans 15 à 30 % des cas (fonction de la sensibilité, donc de la qualité technique de l'examen . Souvent seule la plus grosse lésion est caractéristique

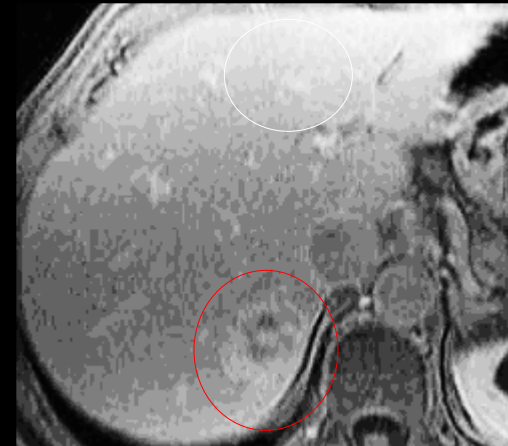
Association avec angiomes dans 20% des cas



HNF : sémiologie typique



2 lésions



-1 lésion en HT2 liquidien, rehaussement précoce centripète avec remplissage tardif : angiome

-1 lésion en isoT2, rehaussement précoce massif, homogénéisée au temps portal, cicatrice fibreuse centrale : HNF

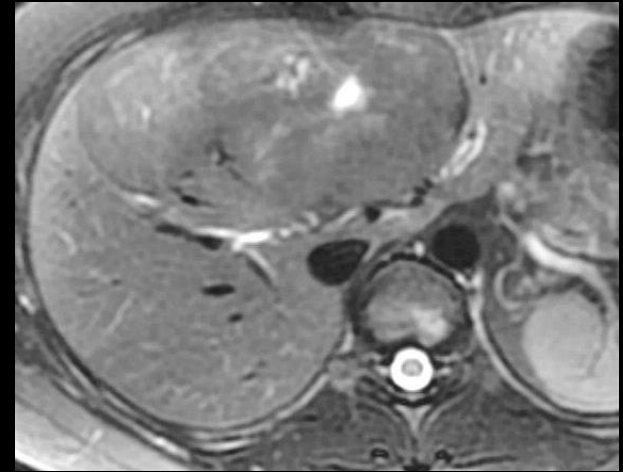
HNF : forme atypique



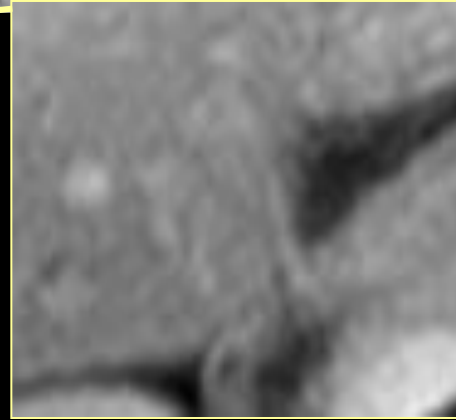
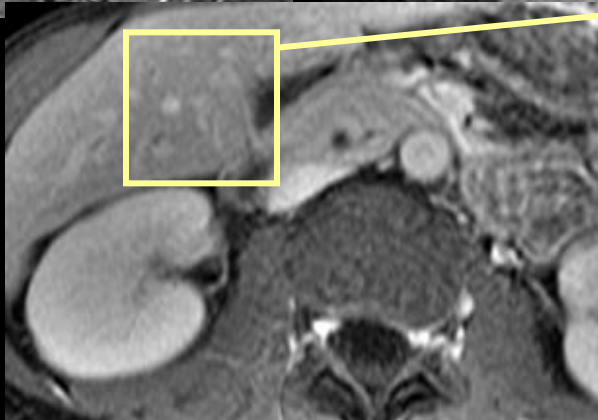
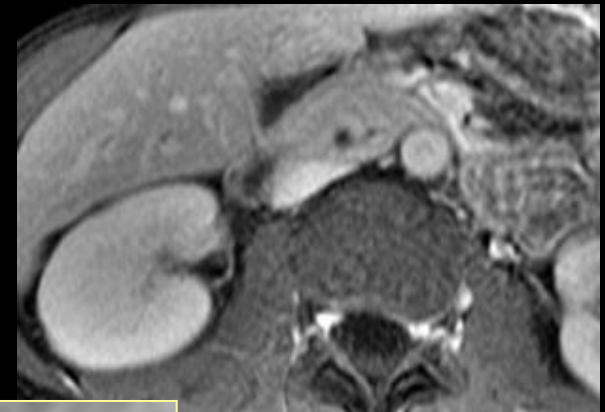
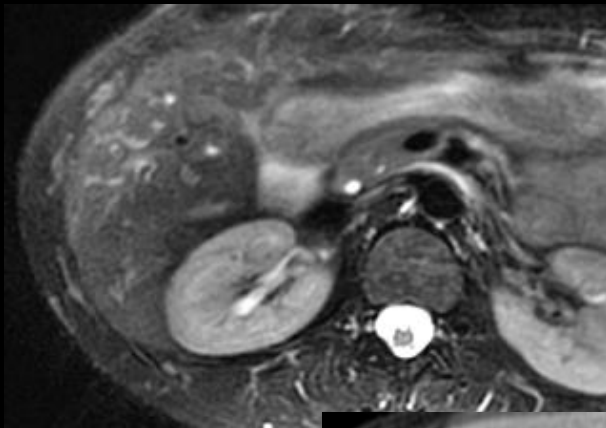
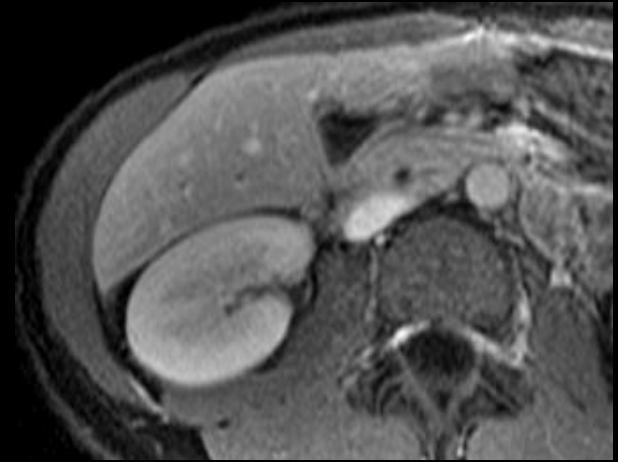
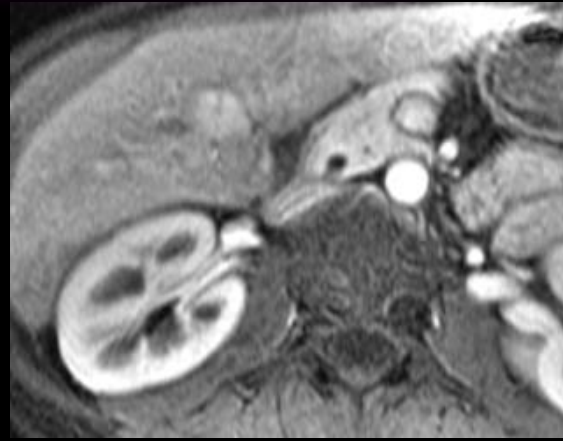
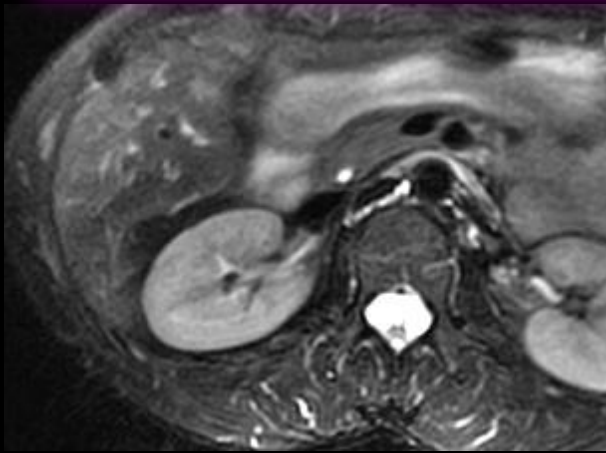
il y a plusieurs cicatrices, l'aspect lobulé n'est pas clairement objectif

il peut s'agir d'un adénome hépatocellulaire inflammatoire ou télangiectasique

HNF : sémiologie atypique

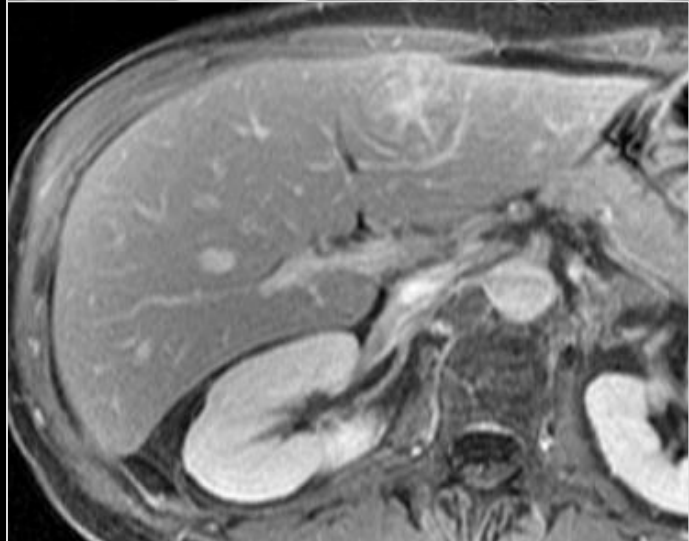
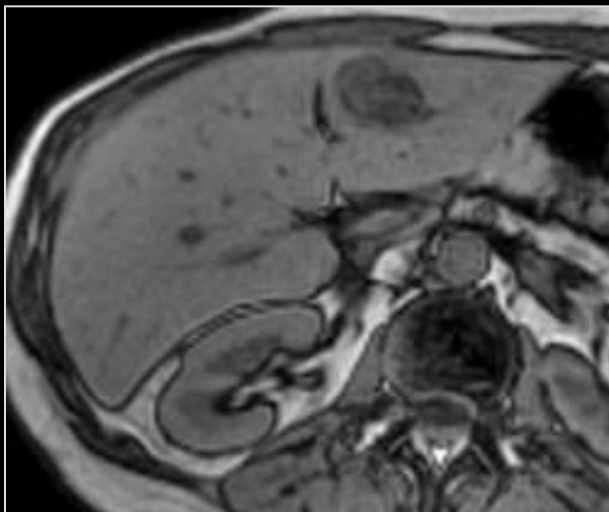
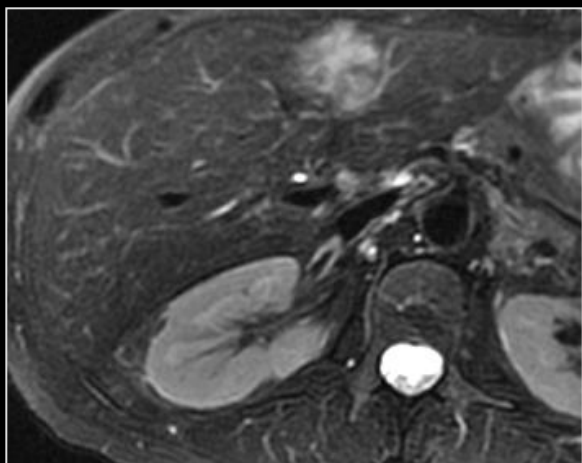
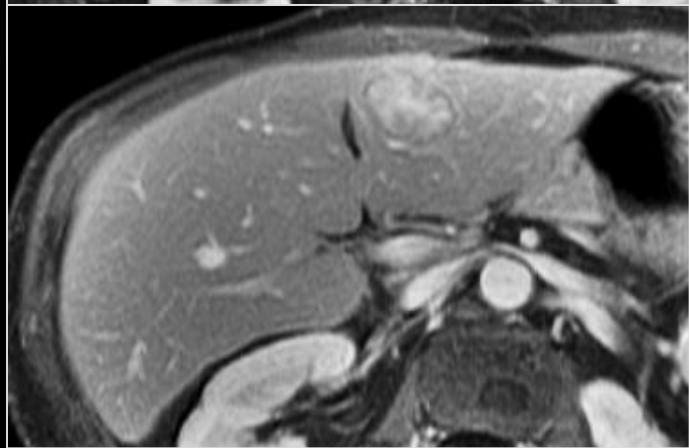
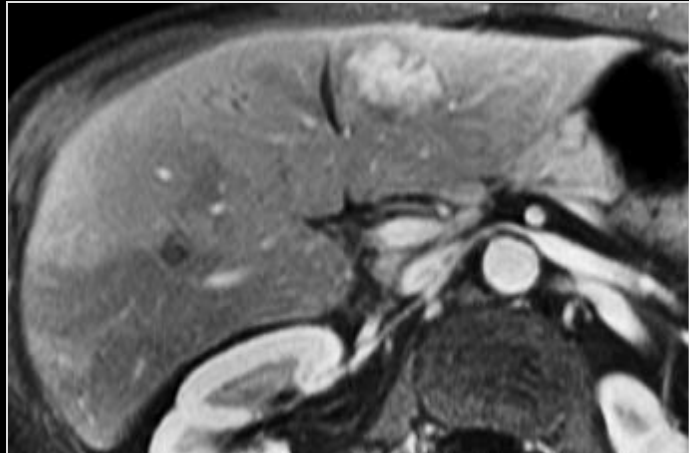
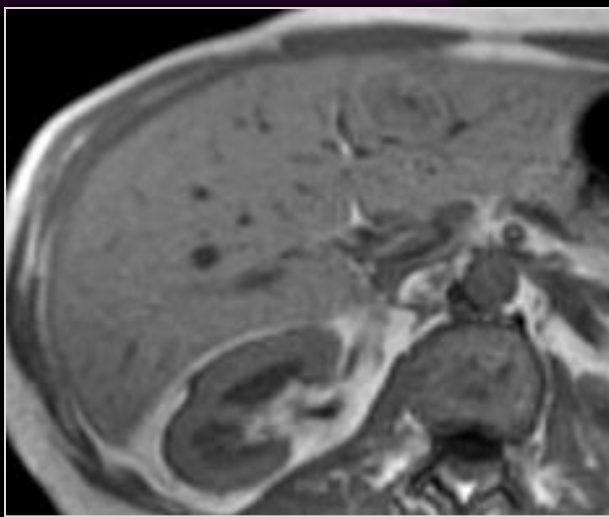
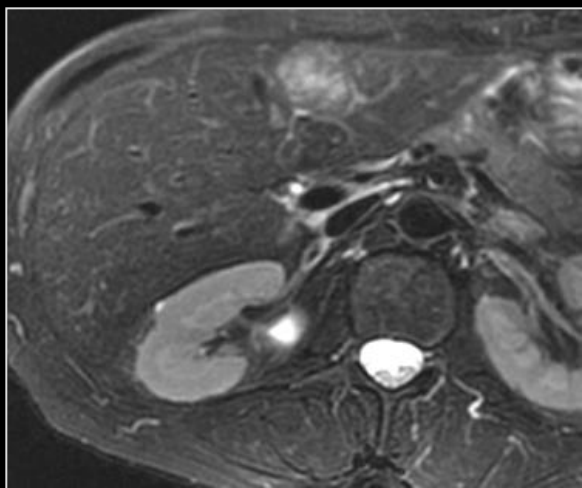


HNF : sémiologie atypique



Femme, 40 ans

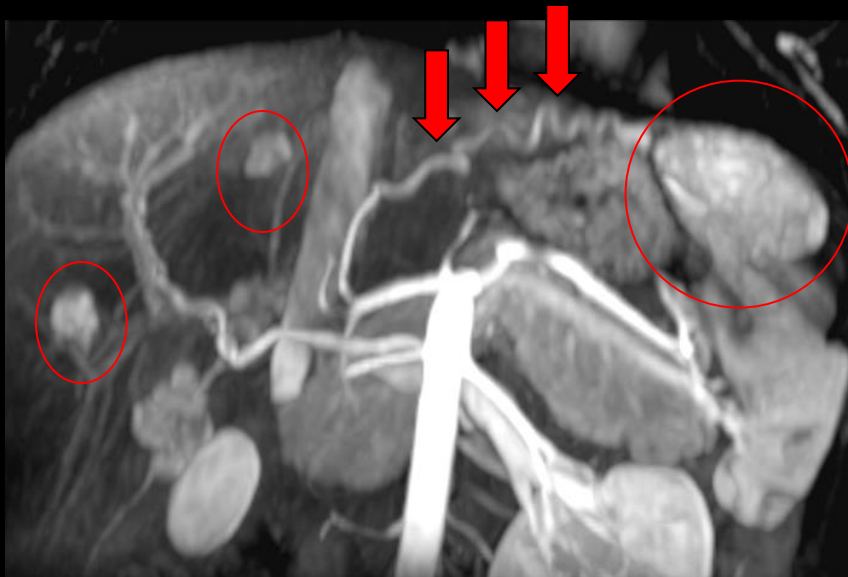
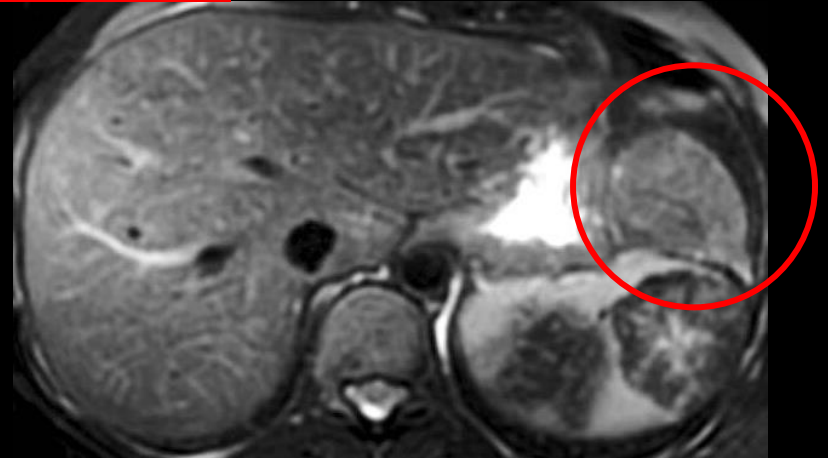
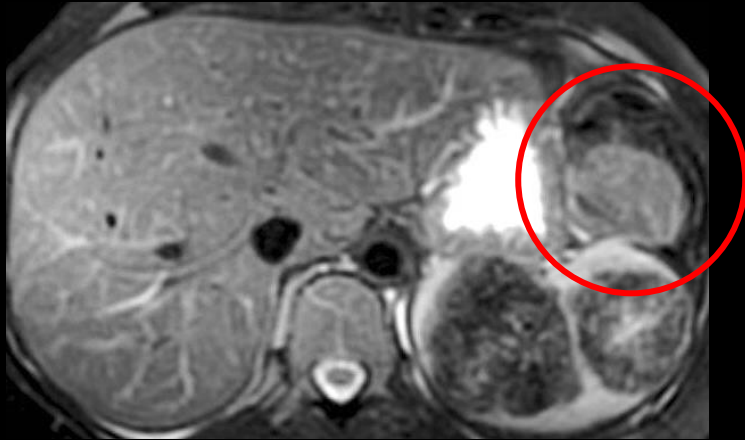
HNF : sémiologie atypique



Femme, 60 ans

HNF : sémiologie atypique

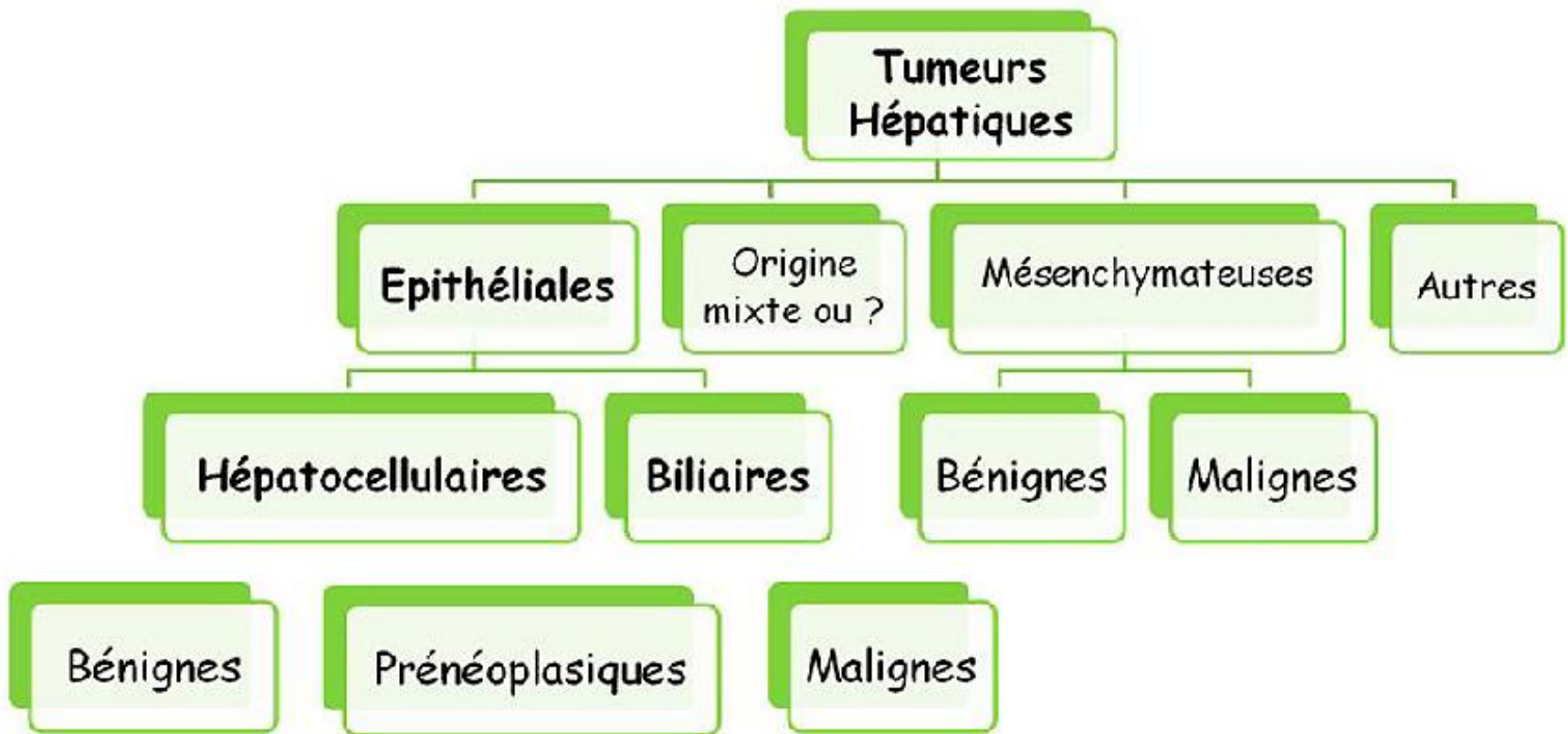
HNF pédiculée



actualités sur les tumeurs primitives bénignes et malignes du foie

adaptation power-point du cours du Professeur
Valérie Paradis aux confrontations radiologie-
pathologie de Beaujon 2012

classification OMS 2010 des tumeurs hépatiques



nouveaux concepts anatomo-pathologiques

la classification "pathomoléculaire" des tumeurs hépatiques **bénignes**

les tumeurs hépatiques **malignes** primitives **mixtes**

1 les tumeurs bénignes hépatocellulaires

femmes jeunes , foie sain

hyperplasie nodulaire
focale HNF

adénome hépatocellulaire

physio-
pathogénie

polyclonale
régénérative

monoclonale
néoplasique

épidémiologie

2^{ème} rang en fréquence
prévalence 1 %

très rare
incidence 3 à 4 /100 000
habitants

hyperplasie nodulaire focale HNF

facteurs de risque

pas de facteurs de
risque connus

pas de lien avec la
contraception orale

clinique

asymptomatique
(fortuitome)
unique '2/3)

adénome hépatocellulaire

traitements hormonaux (CO)

maladies métaboliques

syndrome métabolique

symptomatique++++

unique ou multiple

hyperplasie nodulaire
focale HNF

adénome hépatocellulaire

complications

exceptionnelles

hémorragie, rupture
transformation maligne

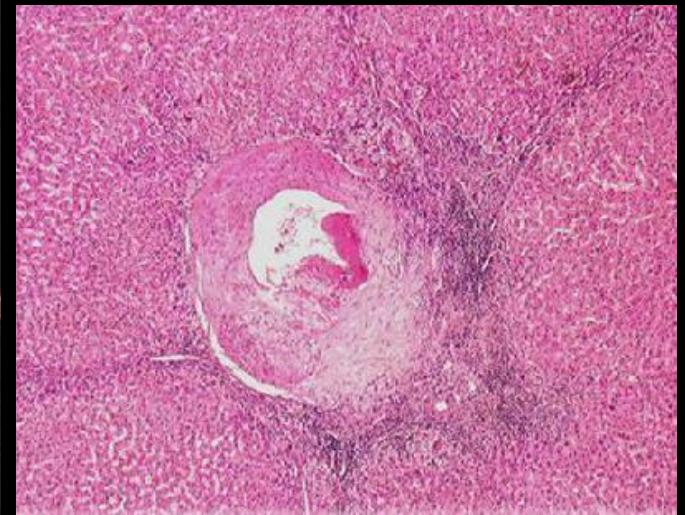
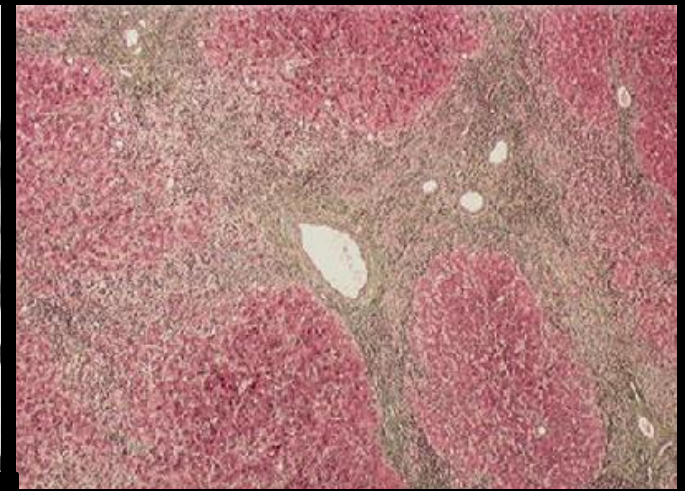
traitement

/

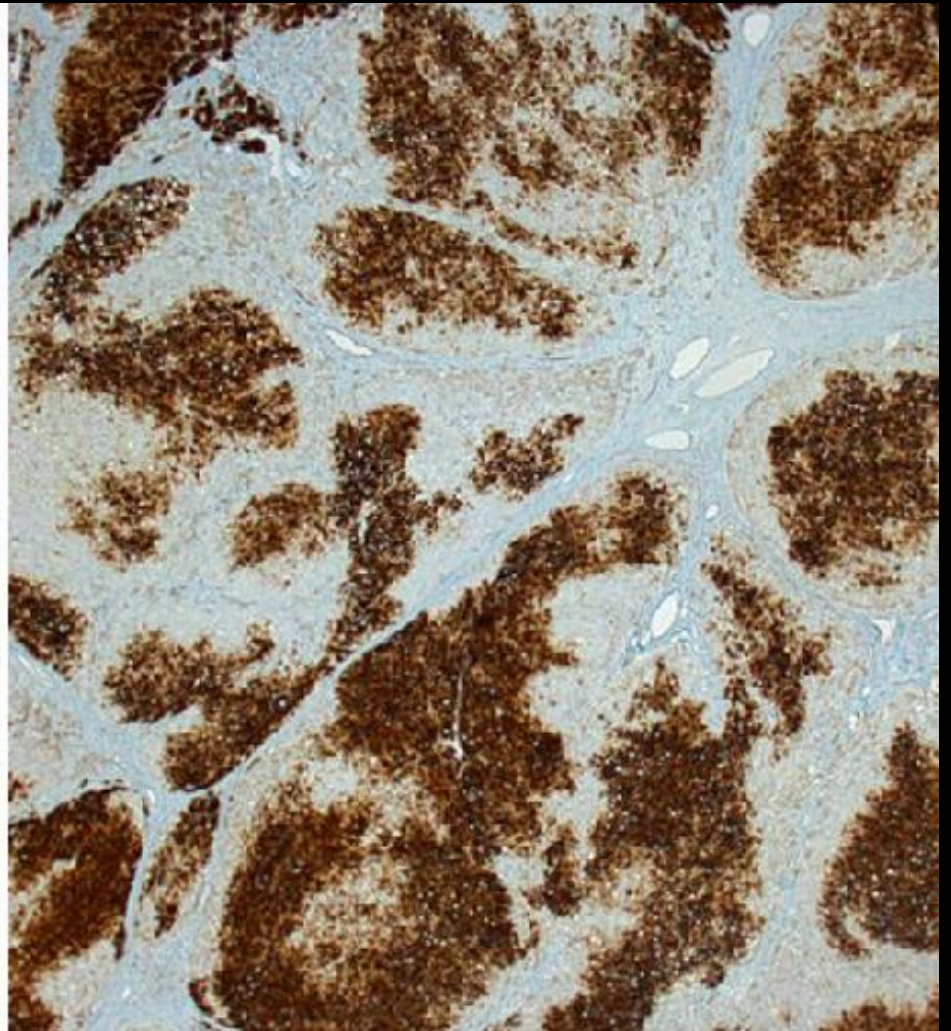
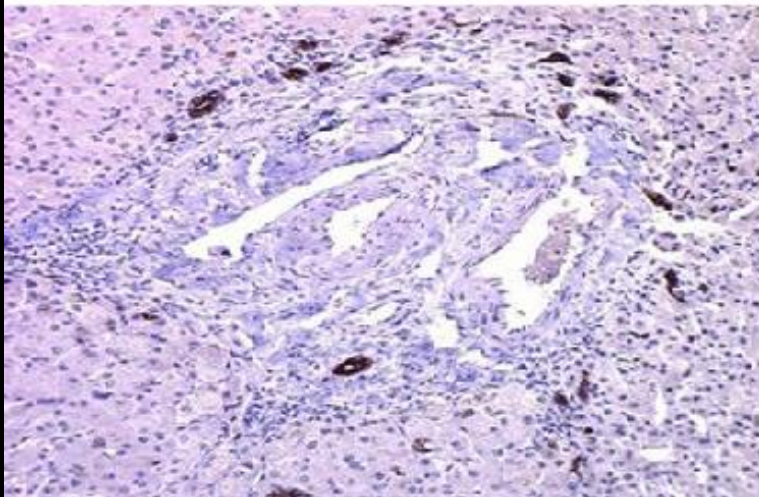
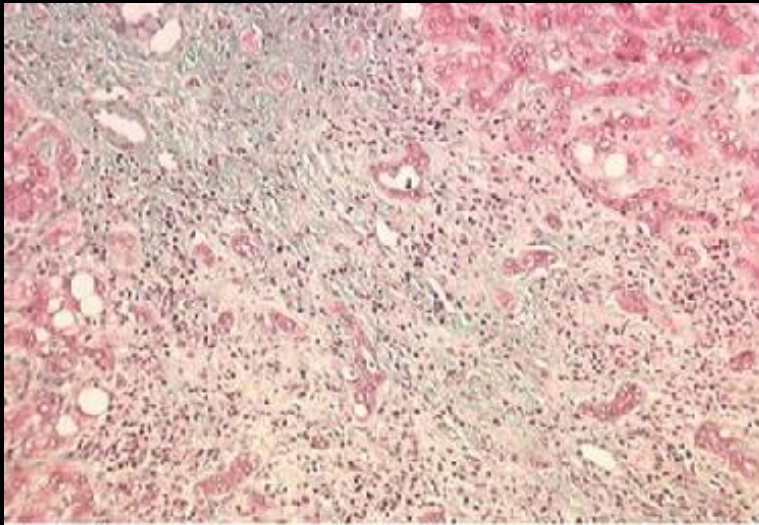
chirurgie

**hyperplasie
nodulaire focale
HNF**

HNF typique



zone fibreuse centrale myxoïde (hile, "cicatrice"...) avec travées stellaires
pas de capsule, travées d'hépatocytes normaux (sans dysplasie)
présence de canalicules biliaires et de cellules de Küpffer

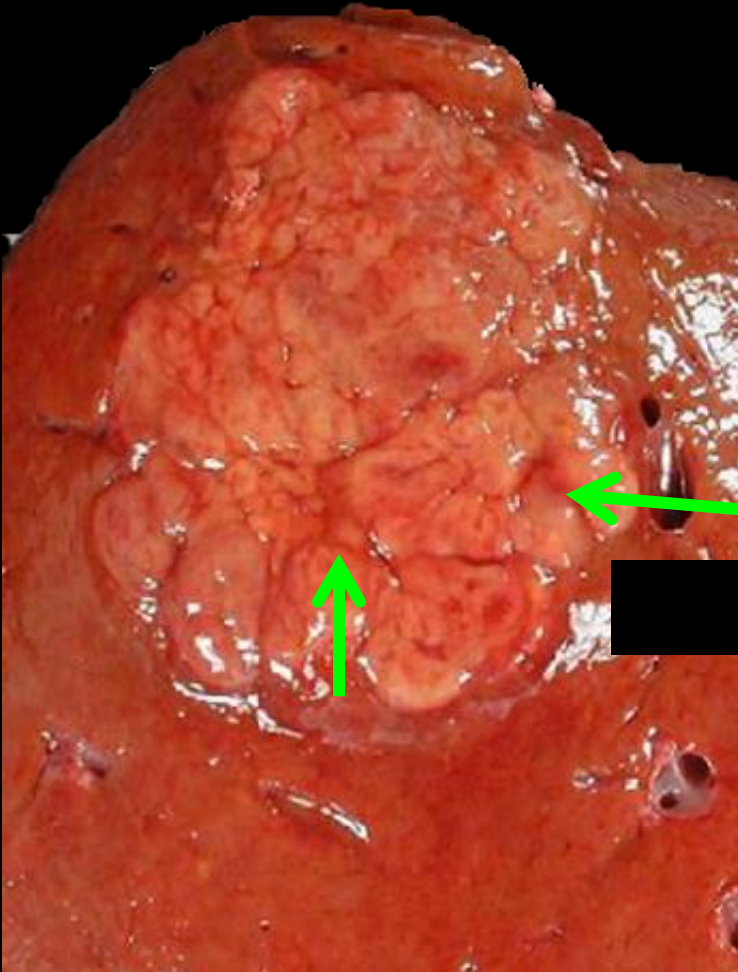


IHC cytokeratine 7

IHC glutamine synthétase

Bioulac-Sage et al. Liver Int 2009

HNF atypiques

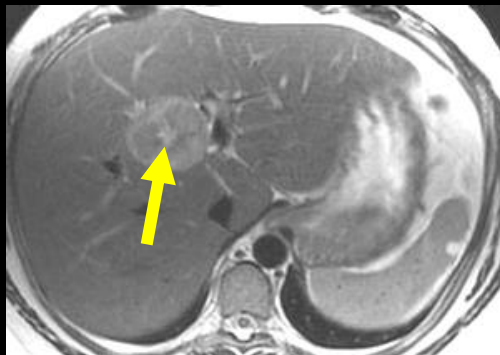
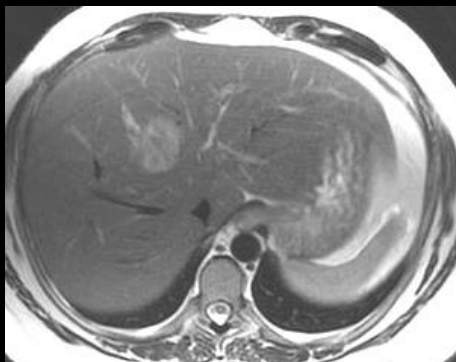


"cicatrices fibreuses"
multiples(ou absente)

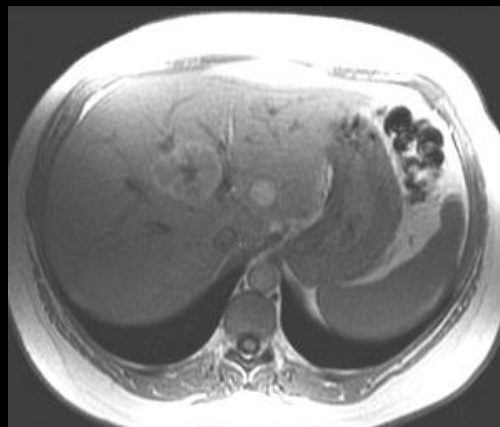


HNF stéatosique ; fatty
metamorphosis

FSE T2



T1



T1 fat sat

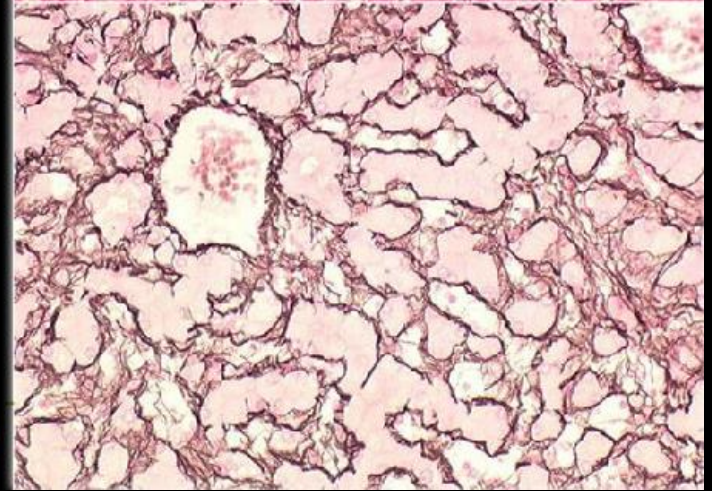
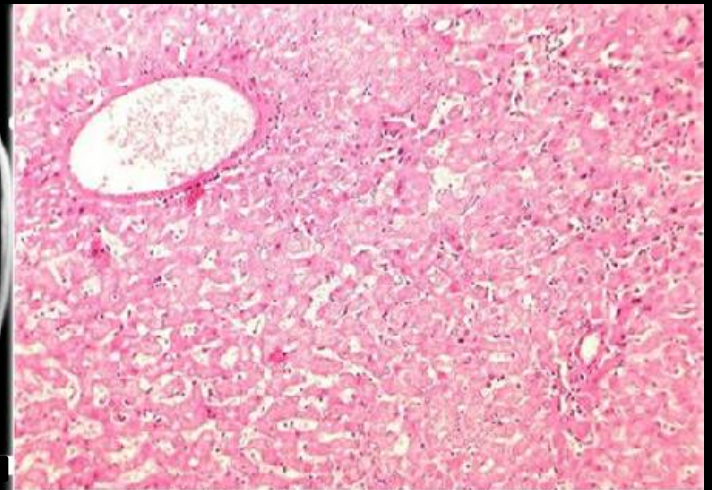
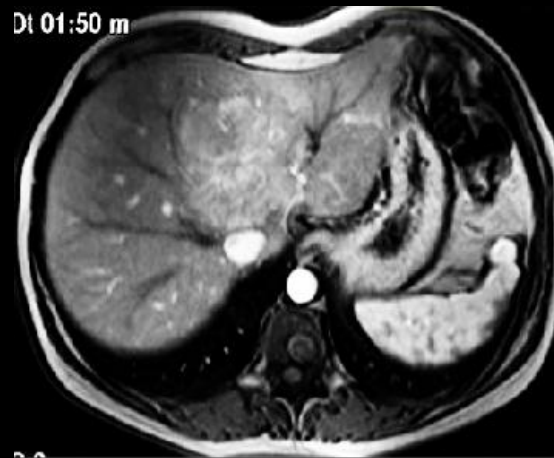
T1 in phase



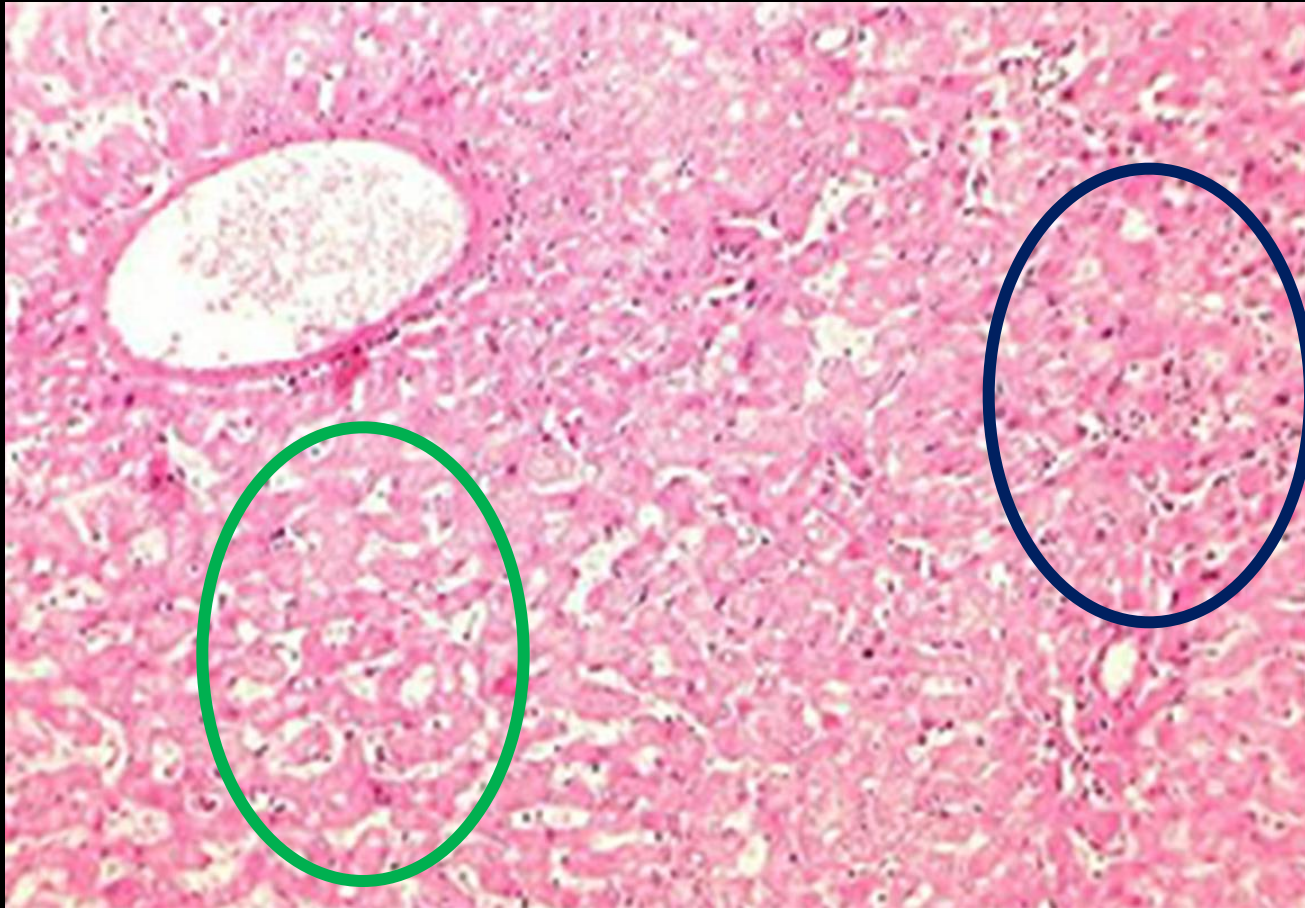
T1 out of phase

stéatose intra lésionnelle
"fatty metamorphosis" d'une HNF

adénomes hépatocellulaires



travées hépatocytaires monocellulaires ; respect de la trame réticulinique.
dysplasie de degré variable
dilatation des sinusoides (Sd de dilatation sinusoidale - péliose) expliquant
les saignements . Pas de canalicules biliaires ; pas de cellules de Küpffer



dilatation des sinusoides (Sd de dilatation sinusoïdale - péliose)

l'adénome hépatocellulaire correspond à une **entité hétérogène**

il existe **différents sous-types** d'adénomes hépatocellulaires en fonction des caractères morphologiques et moléculaires

la **classification "pathomoléculaire" des adénomes hépatocellulaires**

- est basée sur les aspects histologiques et immunohistochimiques

- a un **impact clinique**:

 - .potentiel évolutif associé à certains sous-types

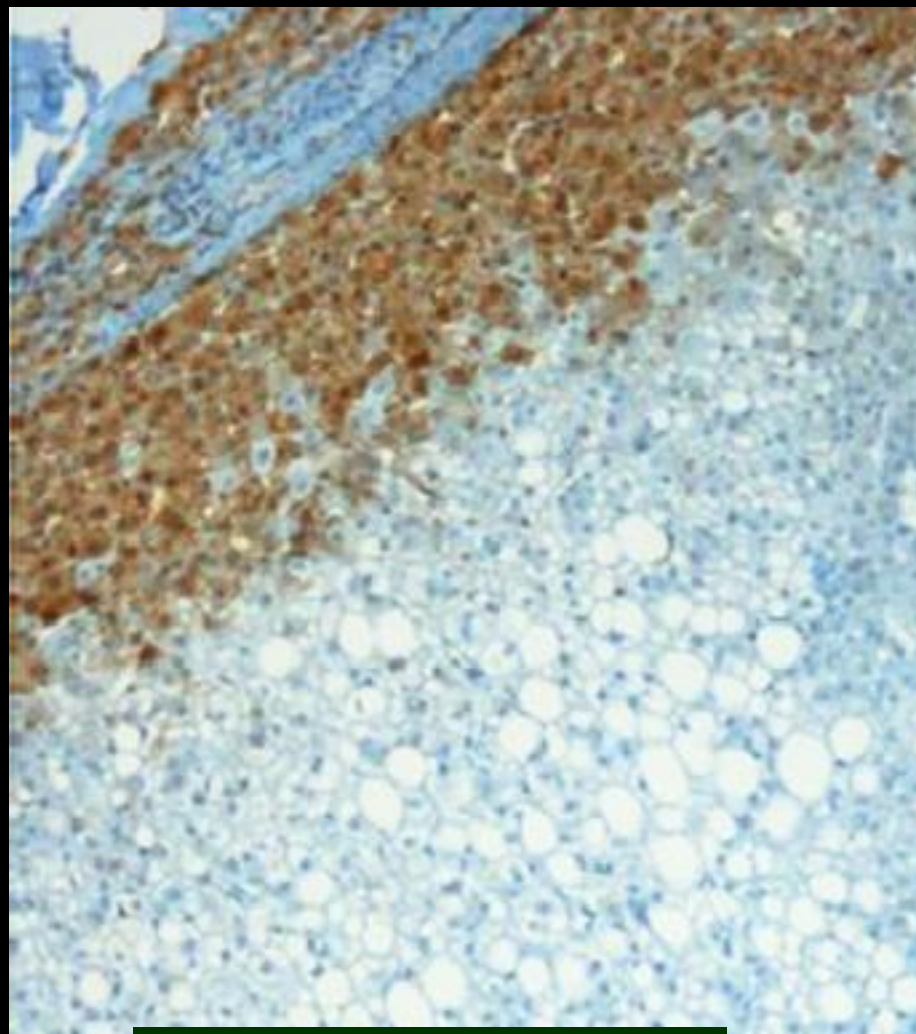
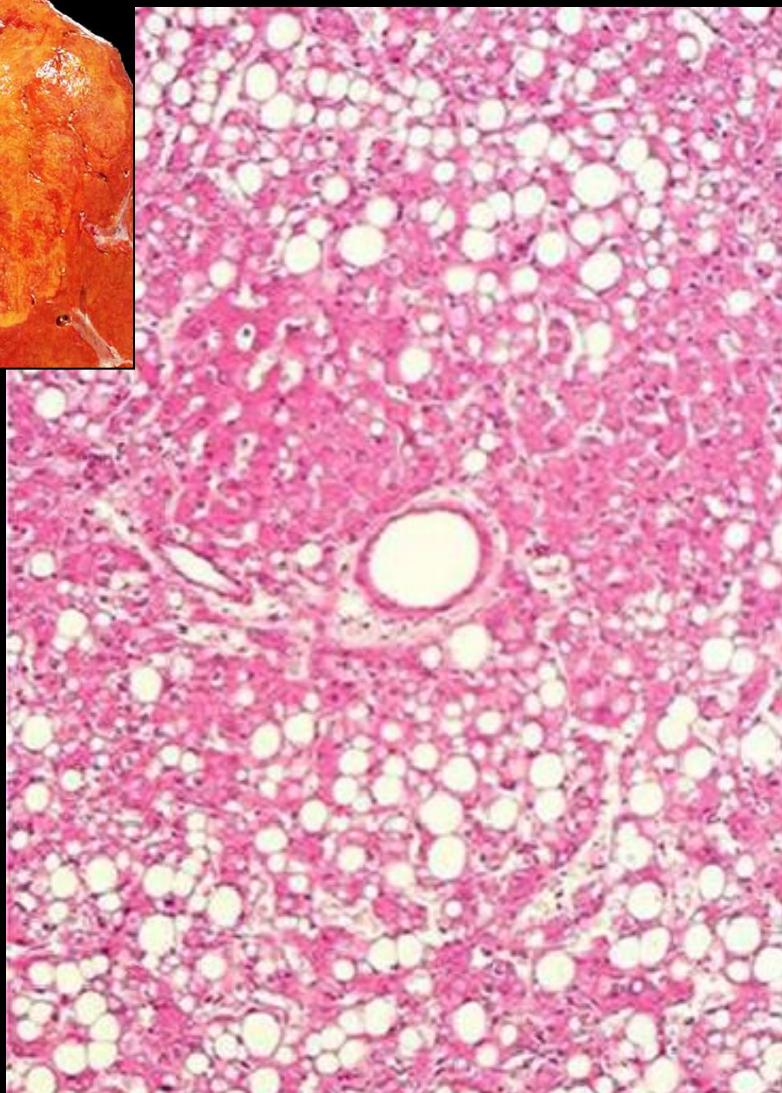
 - .indications thérapeutiques , en particulier chirurgicales

1-les adénomes hépatocellulaires inactivés HNF1alpha



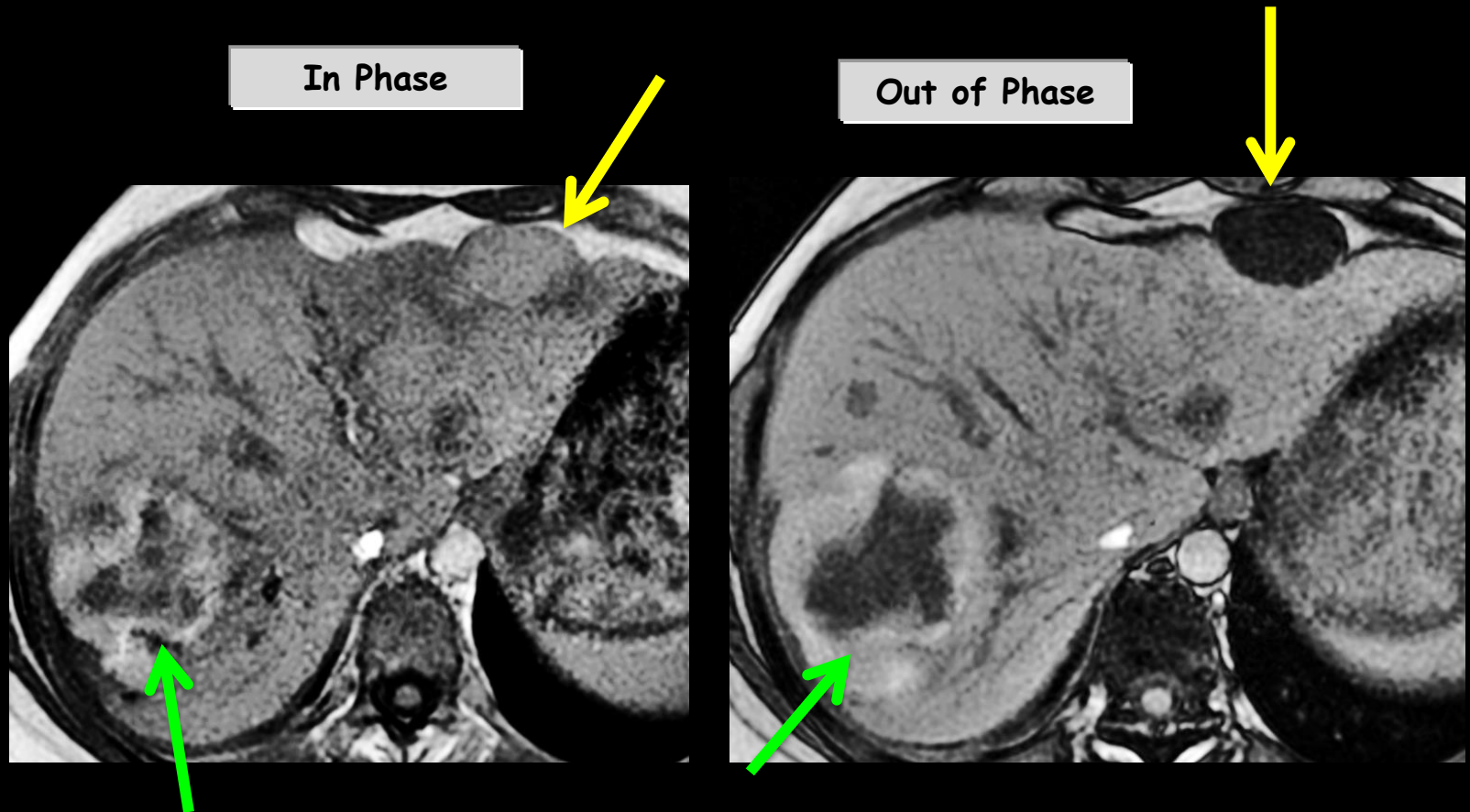
Attention HNF1alpha correspond à hépatocytes nuclear factor et n'a rien à voir avec l'hyperplasie nodulaire focale

leur caractère essentiel est la **stéatose massive** (fatty metamorphosis)



hépatocytes nuclear
factor1alpha négatif

Adénome graisseux fatty metamorphosis



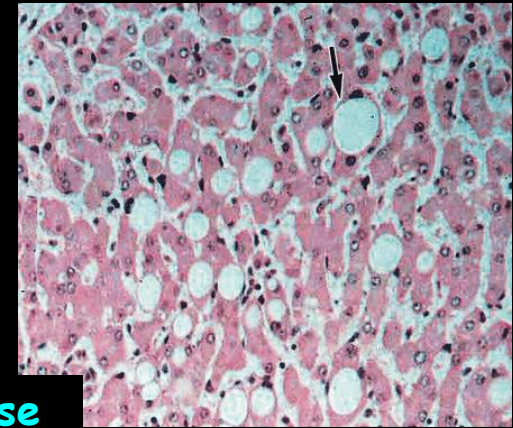
2 adénomes , l'un avec métamorphose graisseuse (flèches jaunes);
l'autre inflammatoire et hémorragique (flèches vertes)



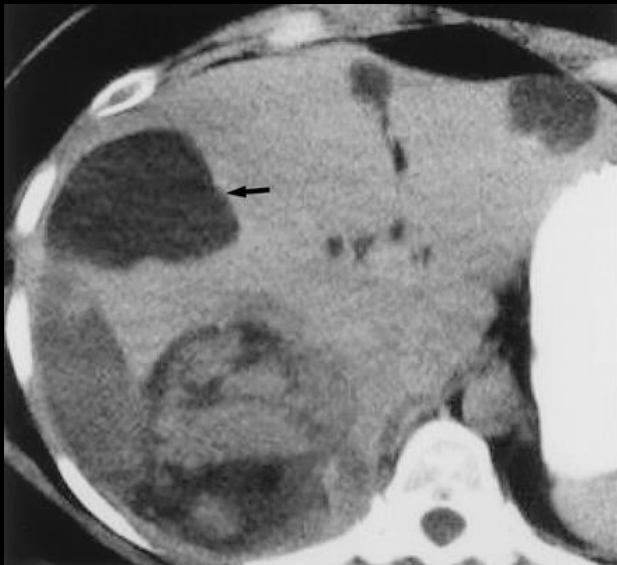
T1 in phase



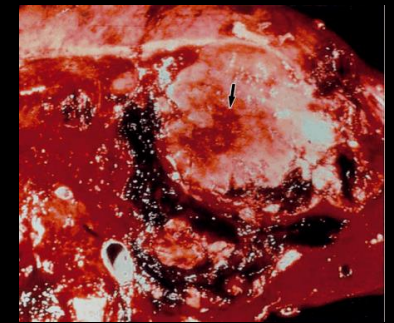
T1 out of phase

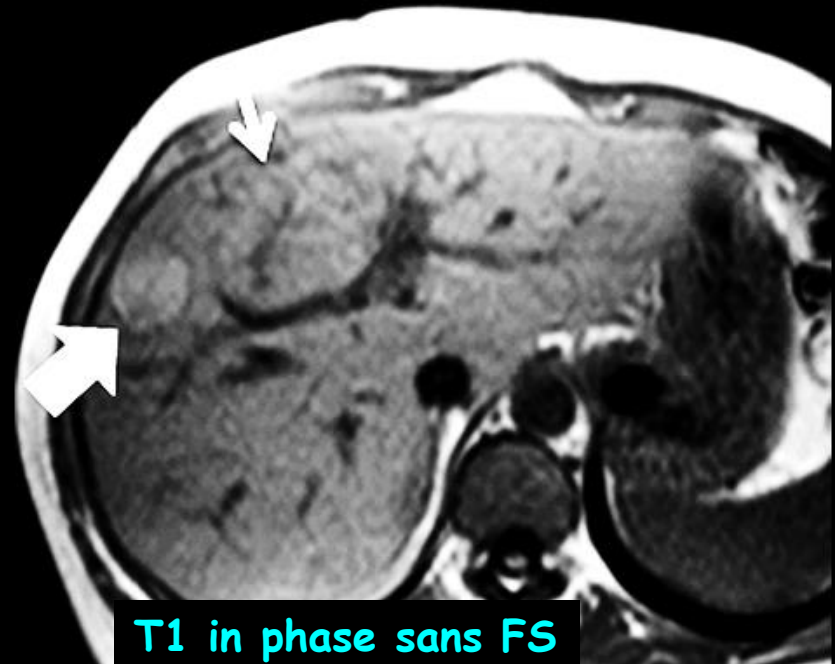
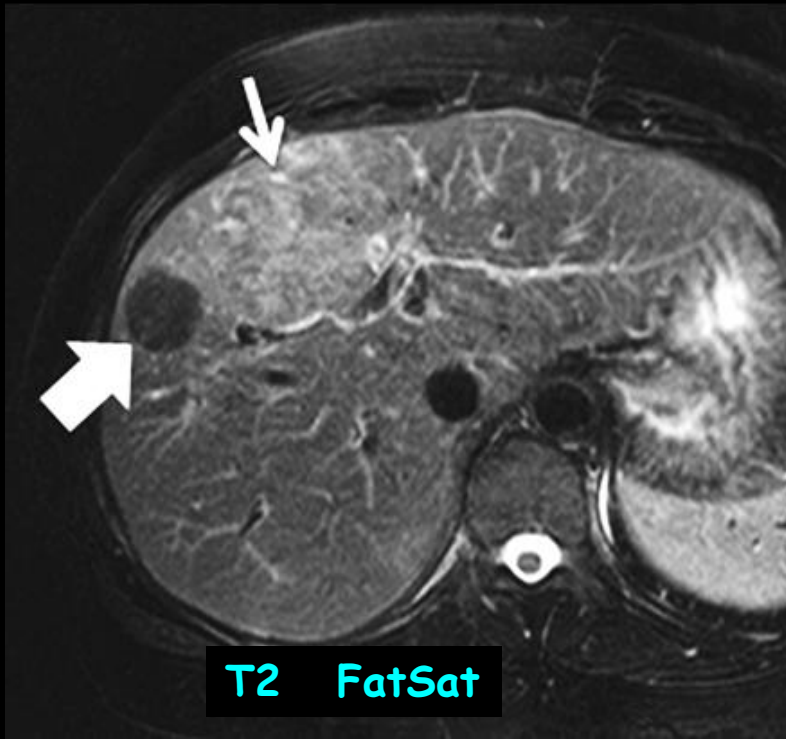


*adénome hépatique avec
"métamorphose graisseuse"*

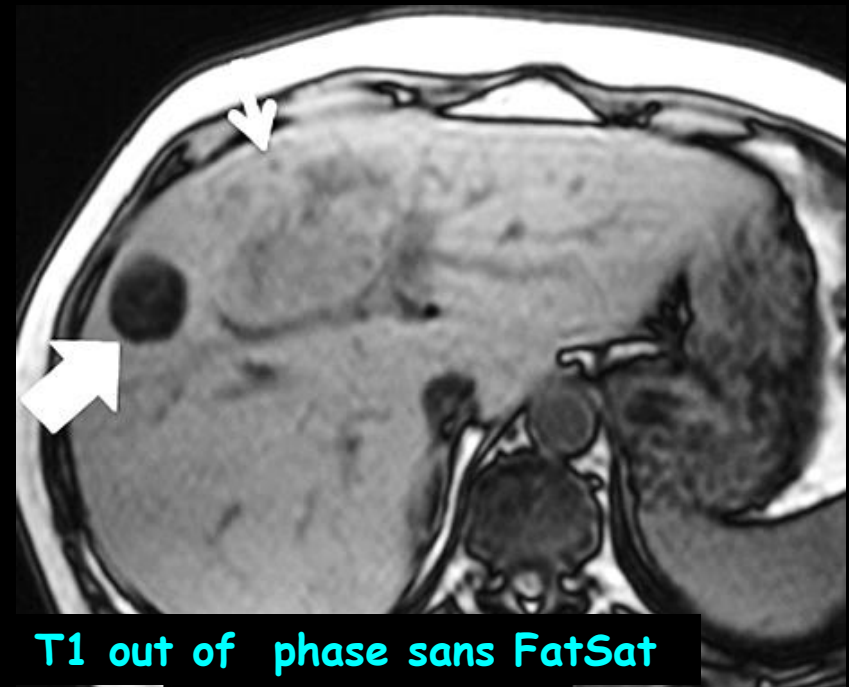


*adénomatose hépatique
avec "métamorphose
graisseuse"*

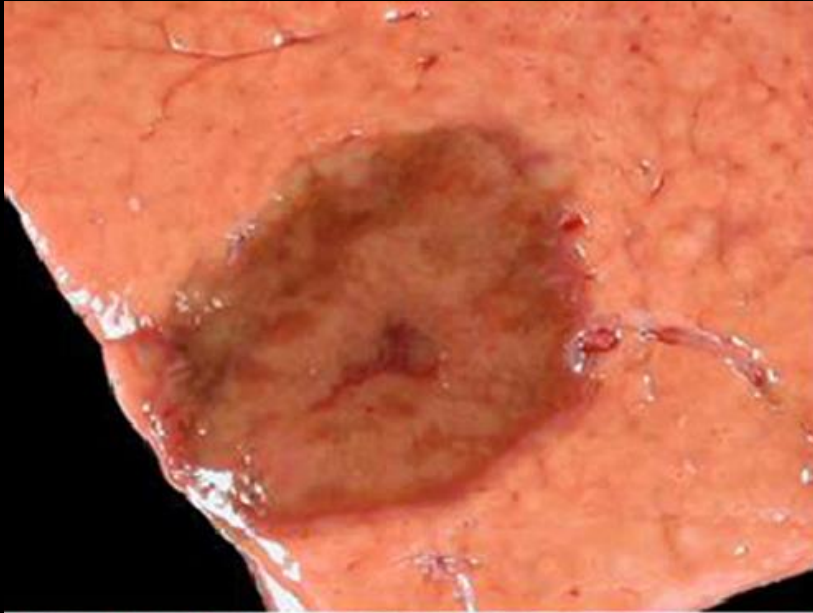




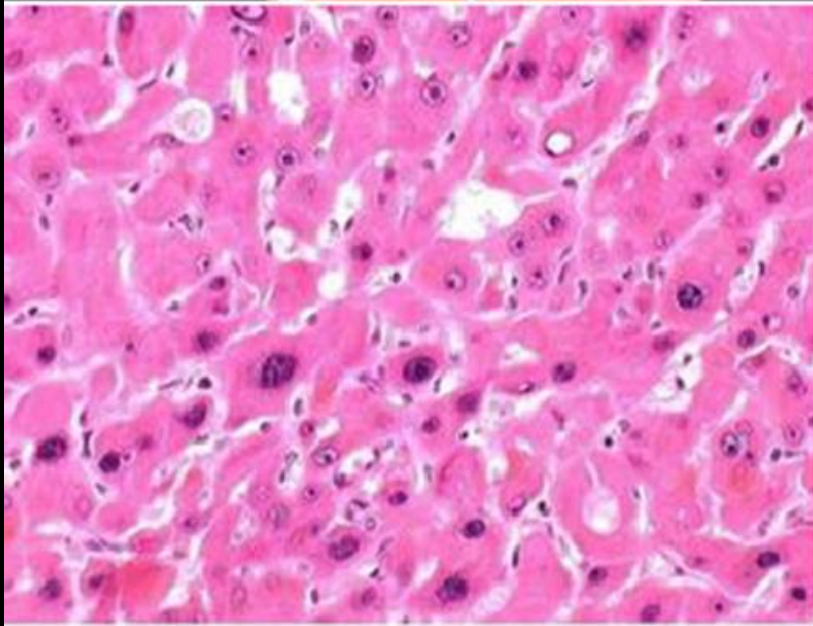
*adénome hépatique
avec "métamorphose graisseuse" et HNF*



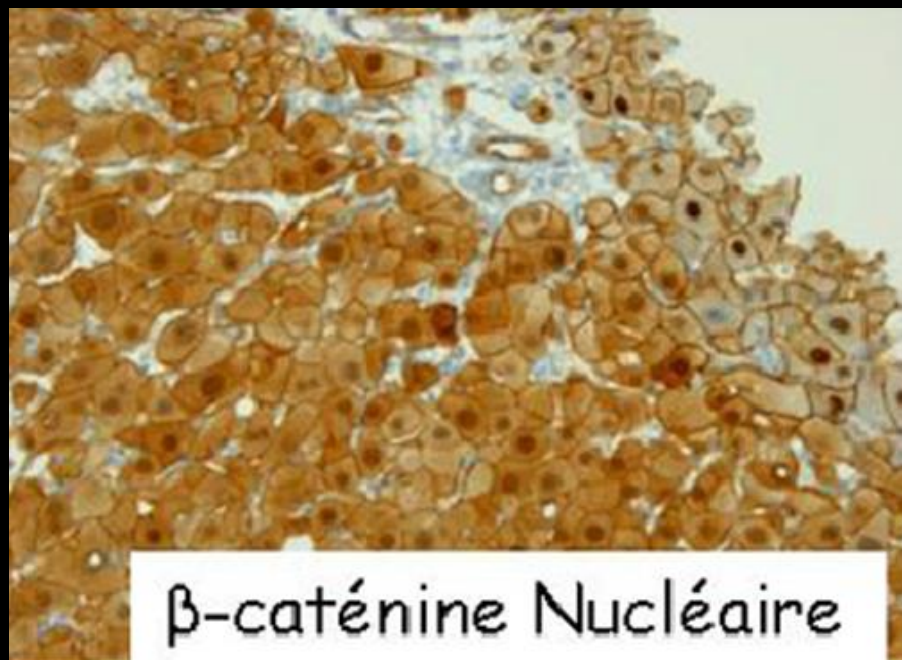
2-les adénomes hépatocellulaires activés bêta-caténine



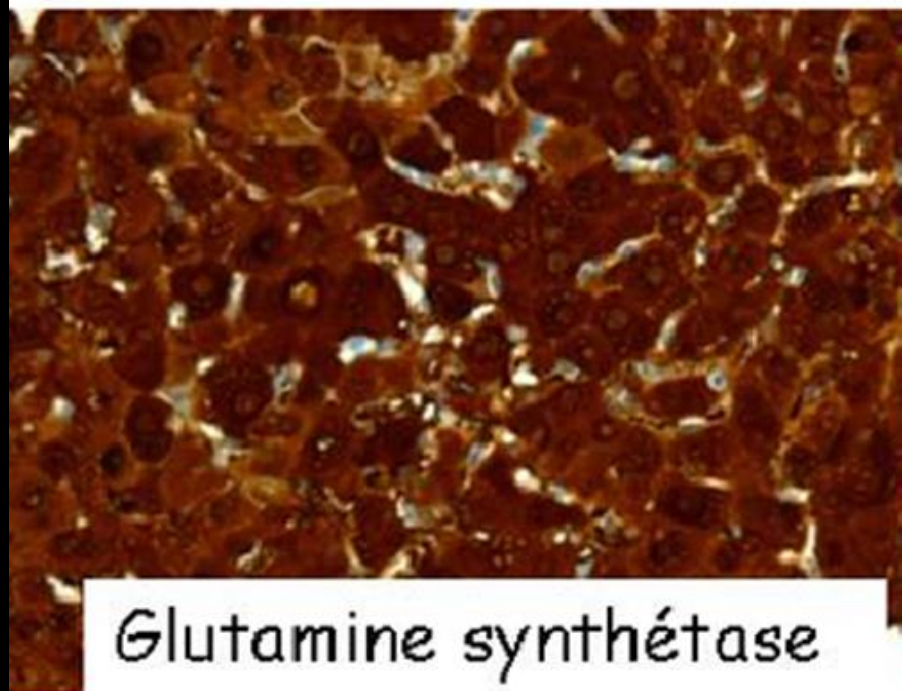
il sont **plus fréquents chez les hommes**



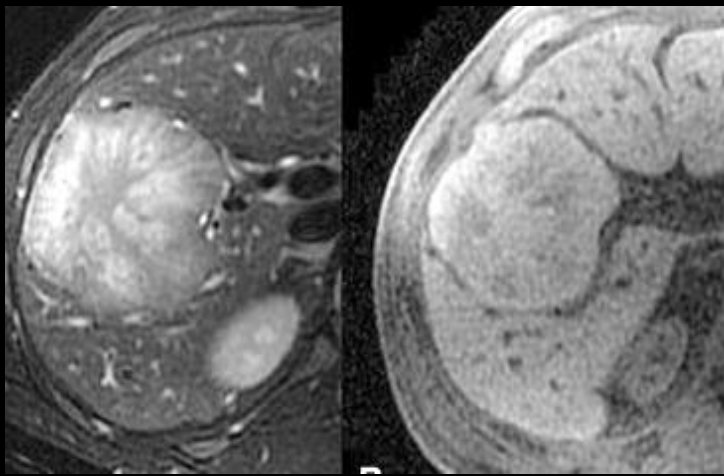
et présentent un **risque accru de transformation maligne**



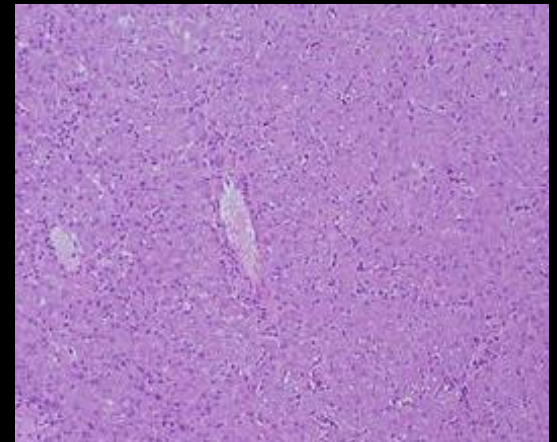
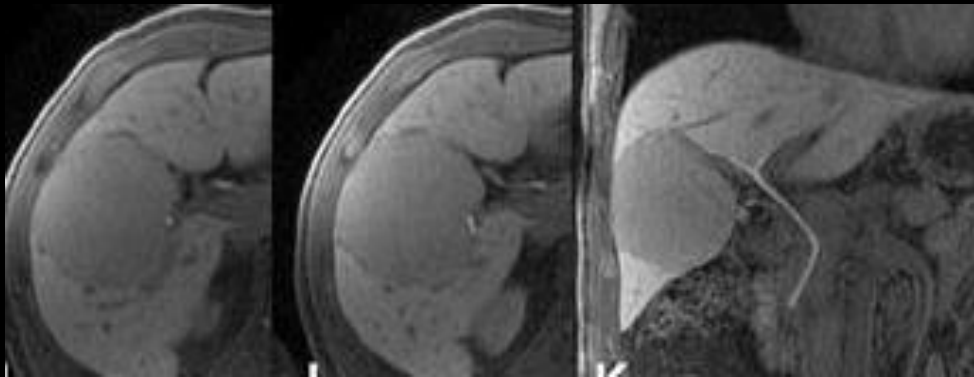
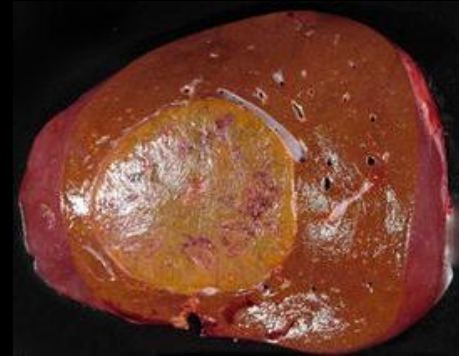
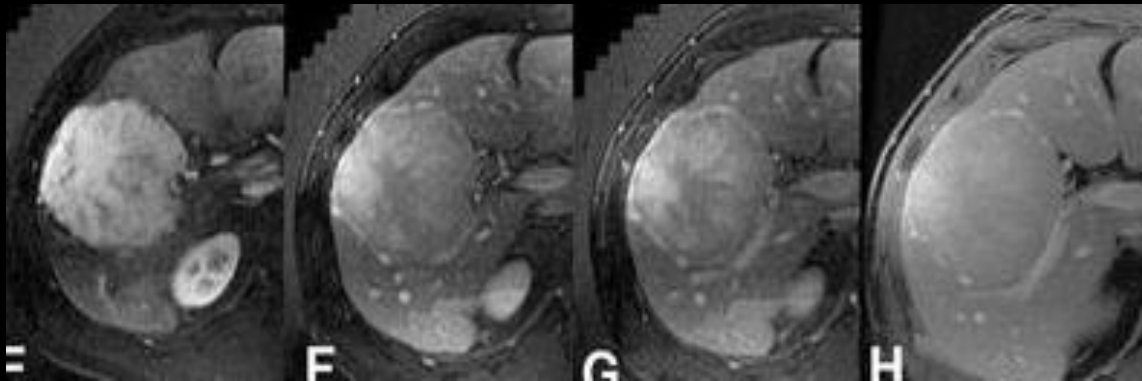
β -caténine Nucléaire



Glutamine synthétase



*adénome hépatique chez
un homme sous
antiépileptiques de puis
plus de 15 ans*



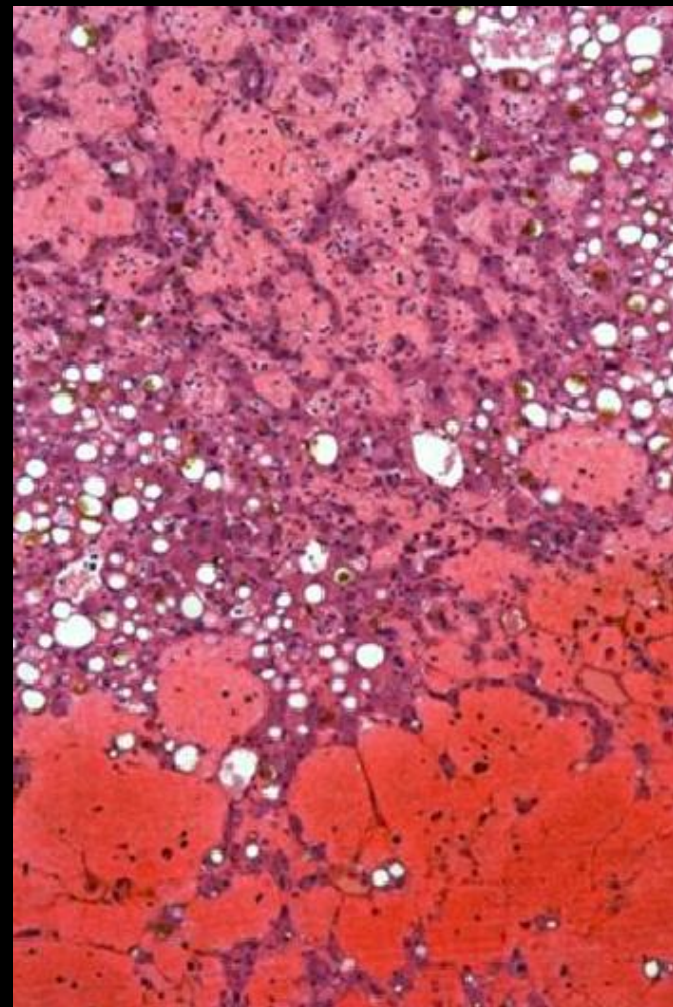
3-les adénomes hépatocellulaires téléangiectatiques /inflammatoires

ils correspondent aux **anciennes formes téléangiectatiques des HNF**

ils sont maintenant "reclassés" dans les adénomes car ils correspondent à une **prolifération monoclonale néoplasique** et non à une réaction inflammatoire polyclonale comme les HNF

ils se rencontrent typiquement :

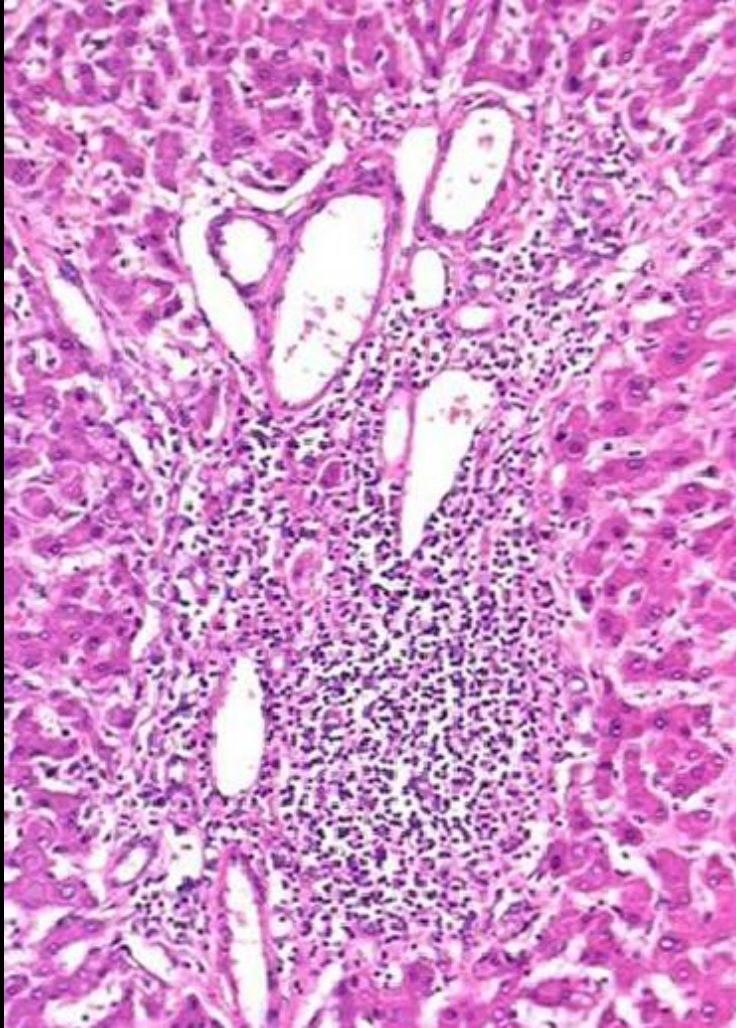
- .chez des **femmes jeunes**
- .avec une longue durée de contraception orale
- .**en surpoids**
- .et entraînent un **sd inflammatoire** (élévation de la CRP)



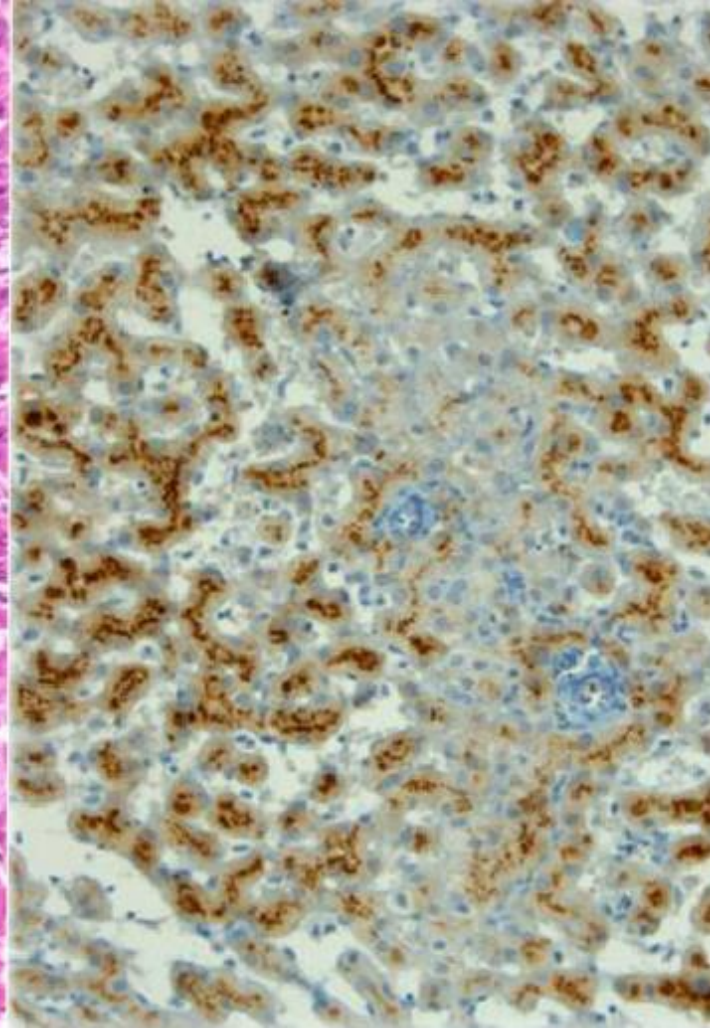
sinusoïdes dilatés++++

lacs sanguins

stéatose périphérique



infiltrat inflammatoire des
espaces portes

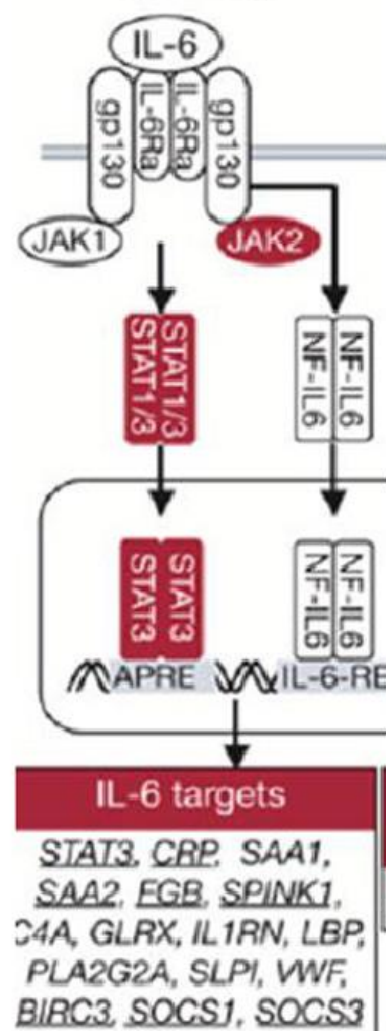


IHC serum albumine humaine
C reactive protein

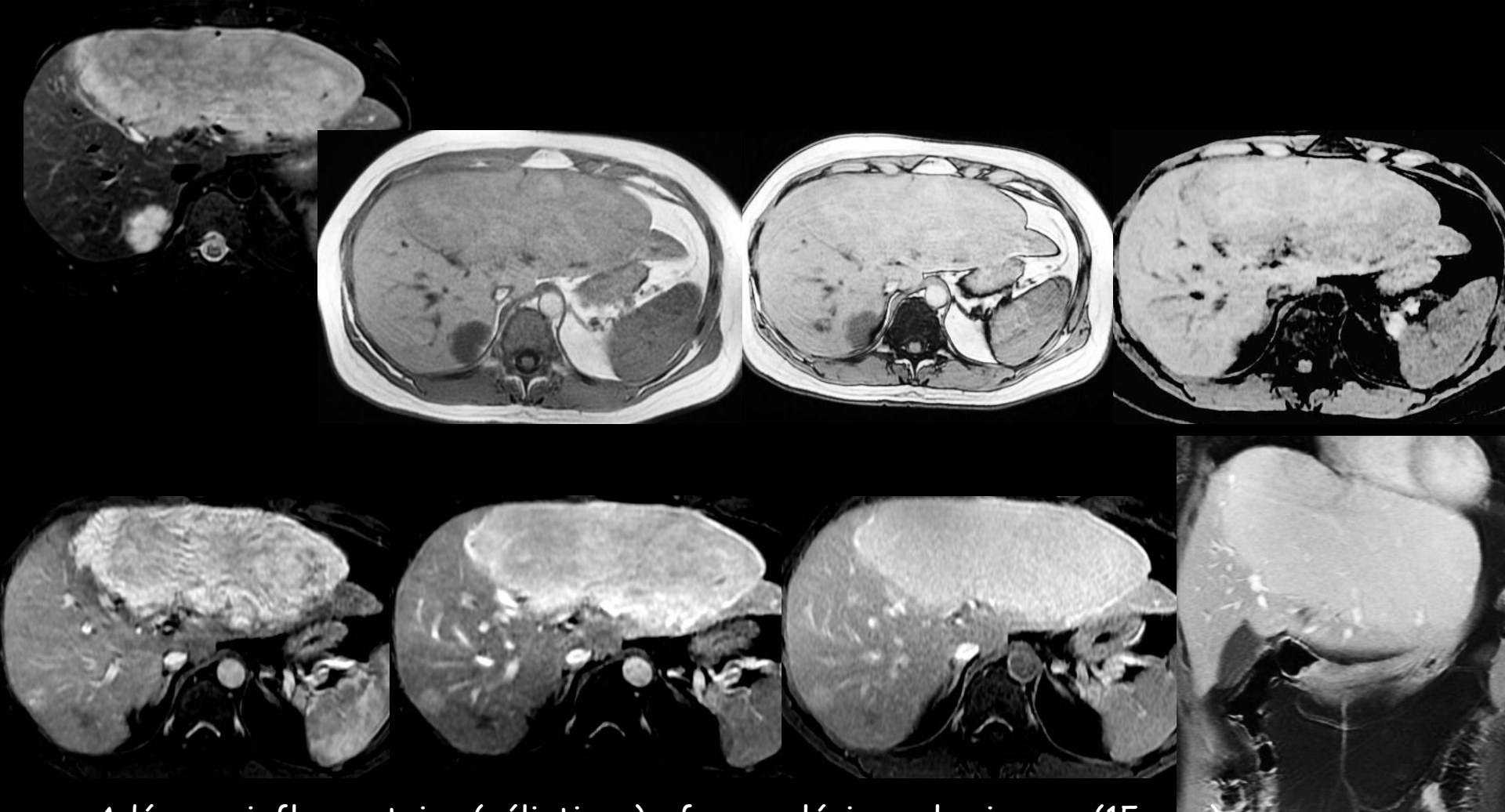
*Paradis V et al Gastroenterology 2004 ,
Bioulac-Sage. et al. Hepatology 2007*

Voie IL6 R Activée

- Mutations Gp130 dans 60% des AHC Tel/Inf
- Activation de la voie signalisation de IL6R
 - ↗ expression marqueurs phase aigue inflammation
 - Positivité CRP et SAA en immunohistochimie

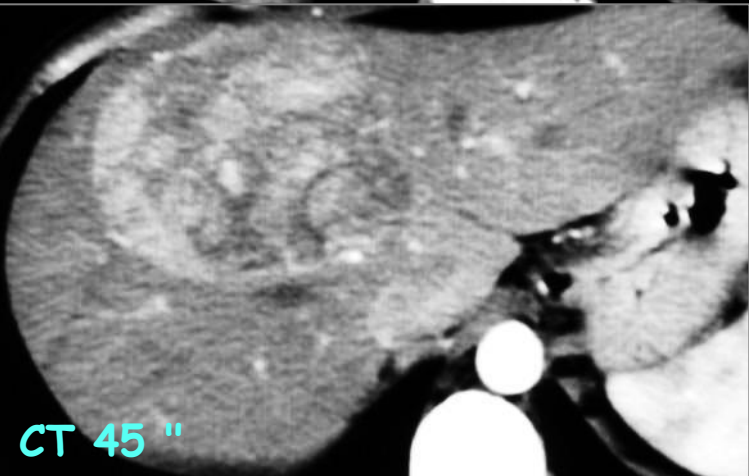
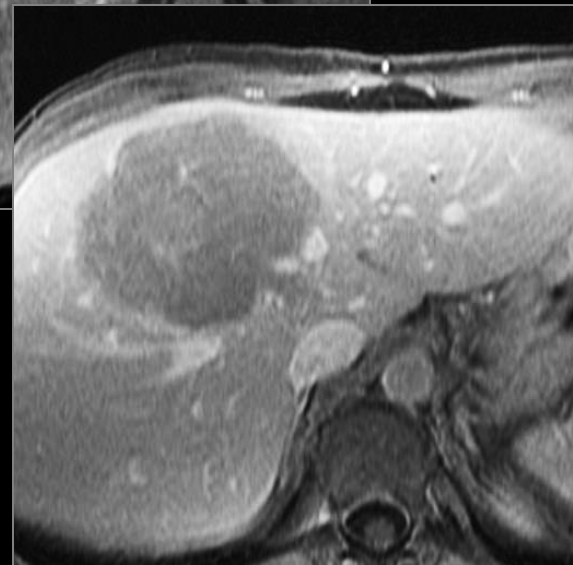
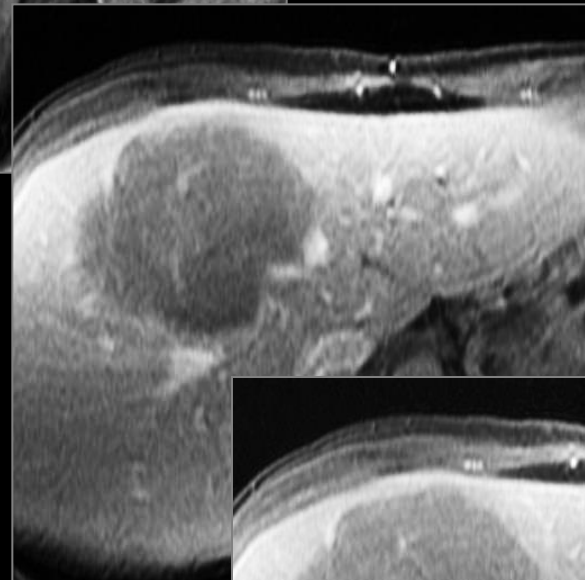
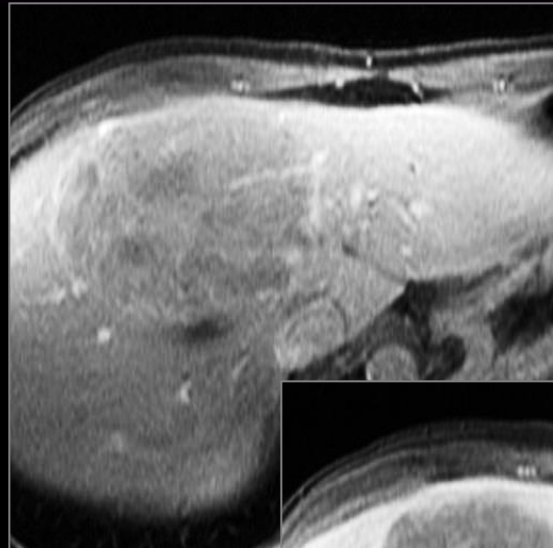
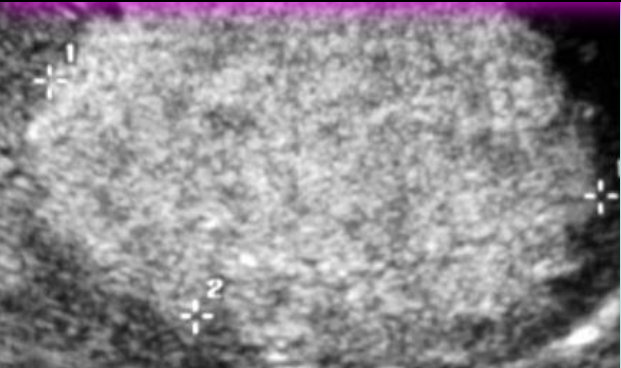


Adénome inflammatoire(télangiectasique)

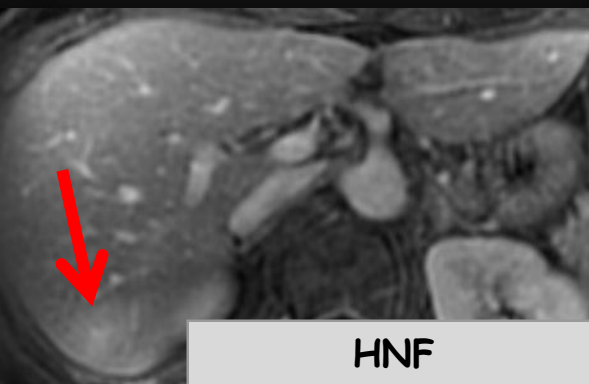
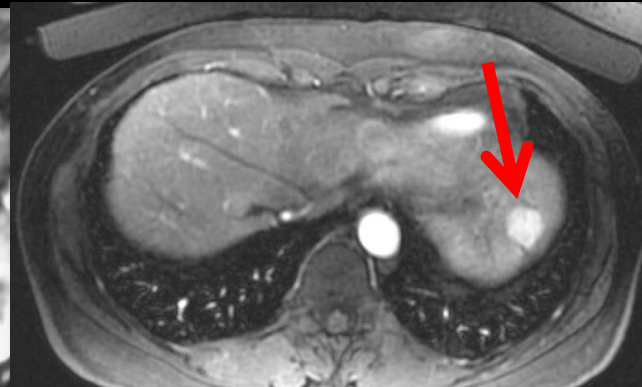
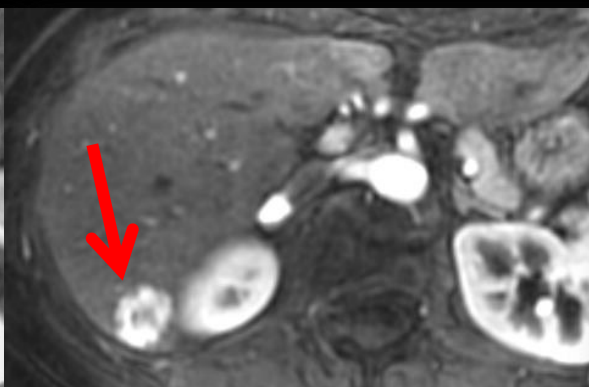


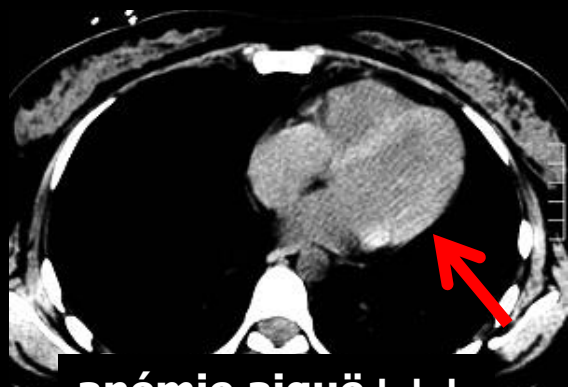
Adénome inflammatoire (pélioïque) : femme, lésion volumineuse (15 cms)

Adénome inflammatoire avec wash out

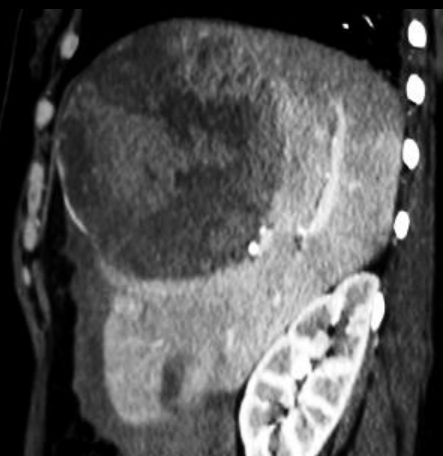
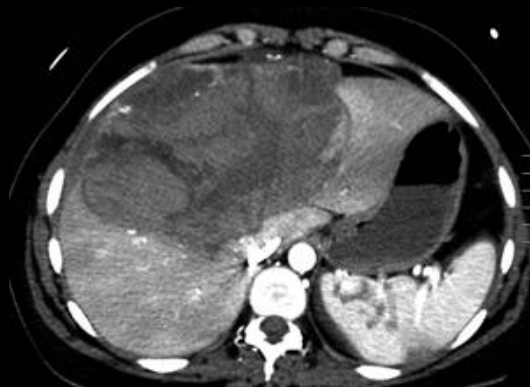


Adénome inflammatoire avec wash out





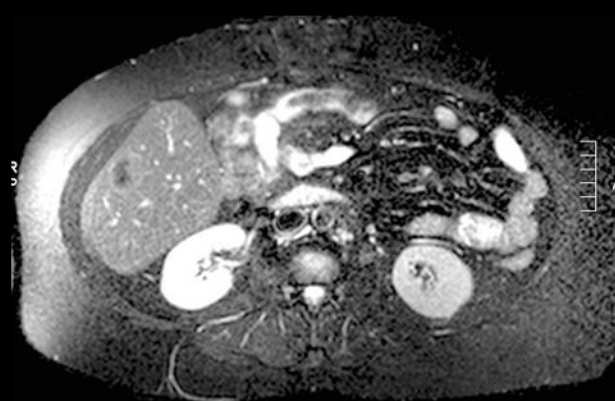
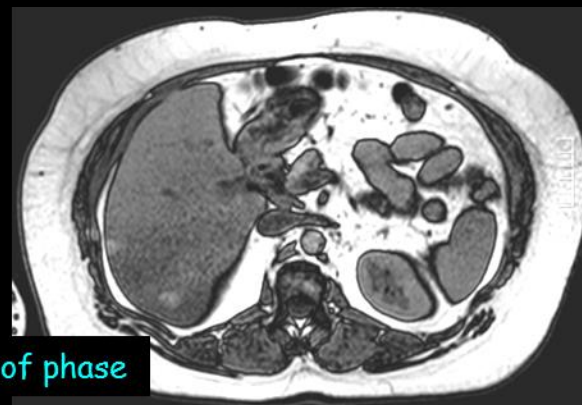
anémie aiguë+++



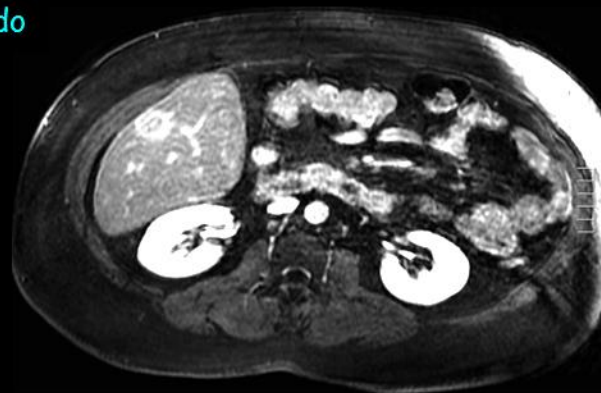
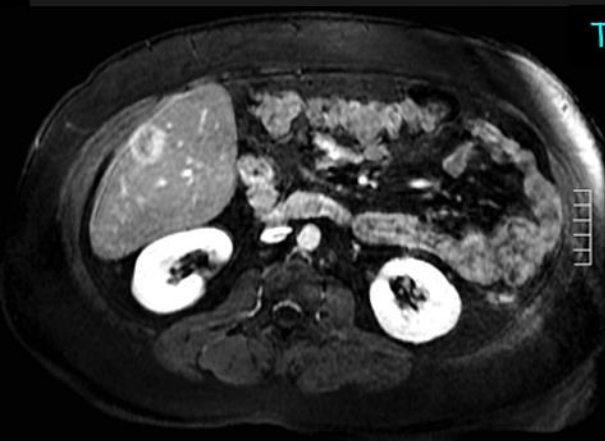
jeune femme 19 ans ; choc hypovolémique et douleur aiguë de l' HCD ; adénome rompu



T1 out of phase



T1 gado



*femme 47 ans ;
surpoids , multiples
adénomes*

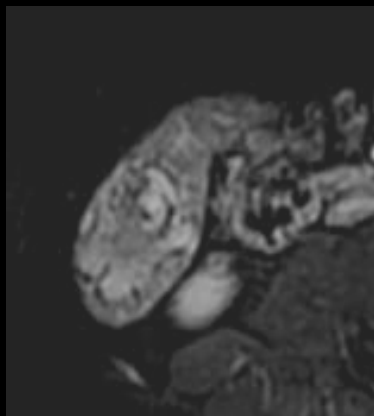
jeune femme 44 ans ,
sous CO,
douleurs de
l'hypochondre droit



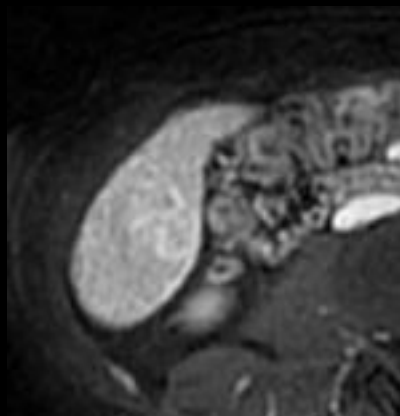
troubles
perfusionnels
transitoires

foie "beaver tail"

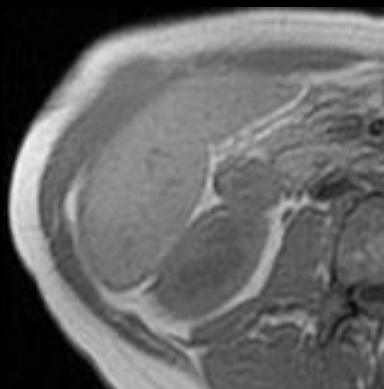




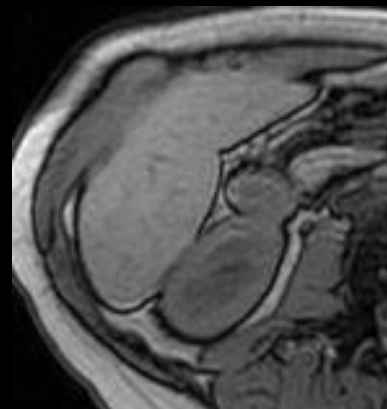
T1 gado 40 ''



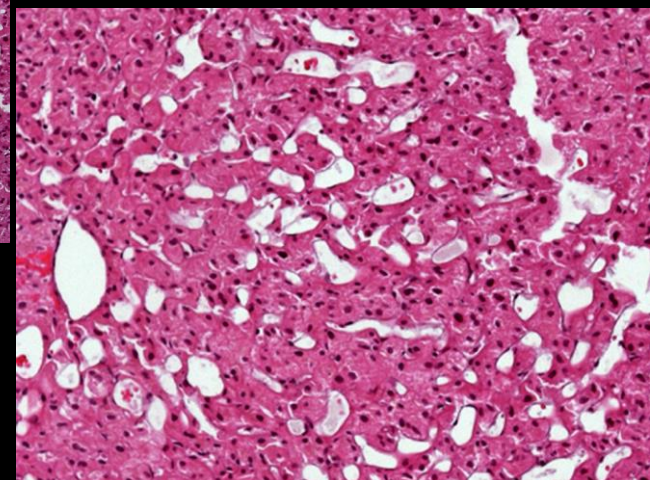
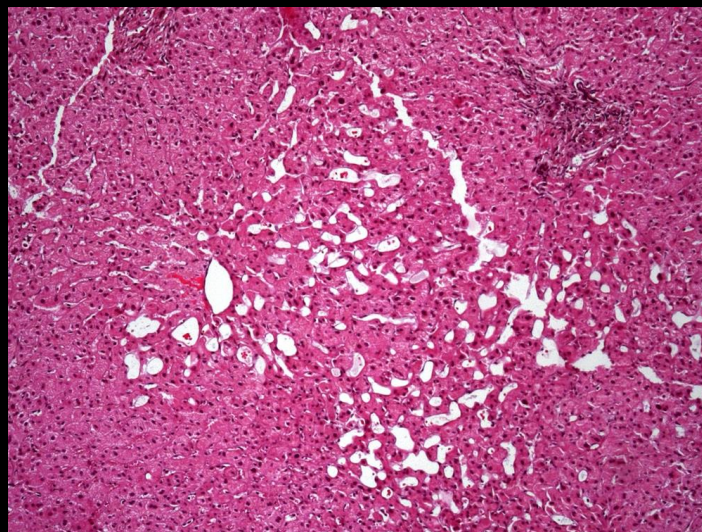
T1 gado 70 ''



T1 IP

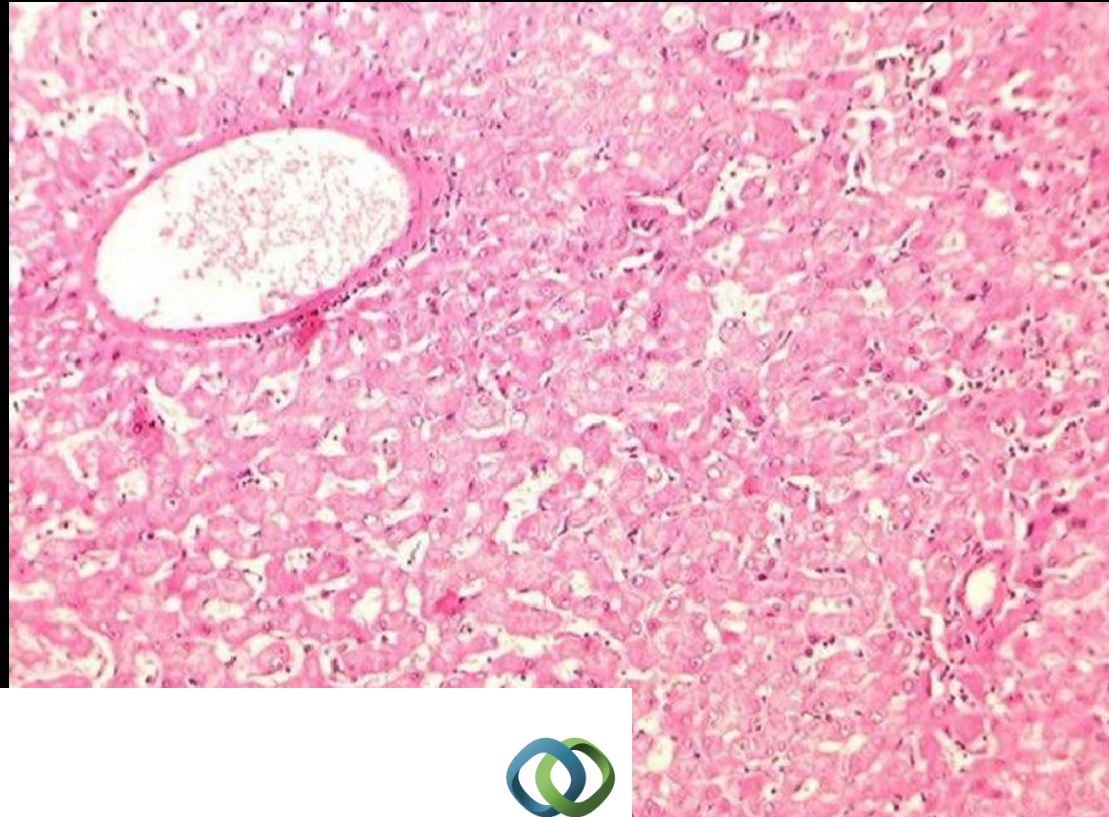


T1 OP



adénome télangiectasique

4-les adénomes hépatocellulaires non classés



Hindawi Publishing Corporation
International Journal of Hepatology
Volume 2013, Article ID 253261, 13 pages
<http://dx.doi.org/10.1155/2013/253261>



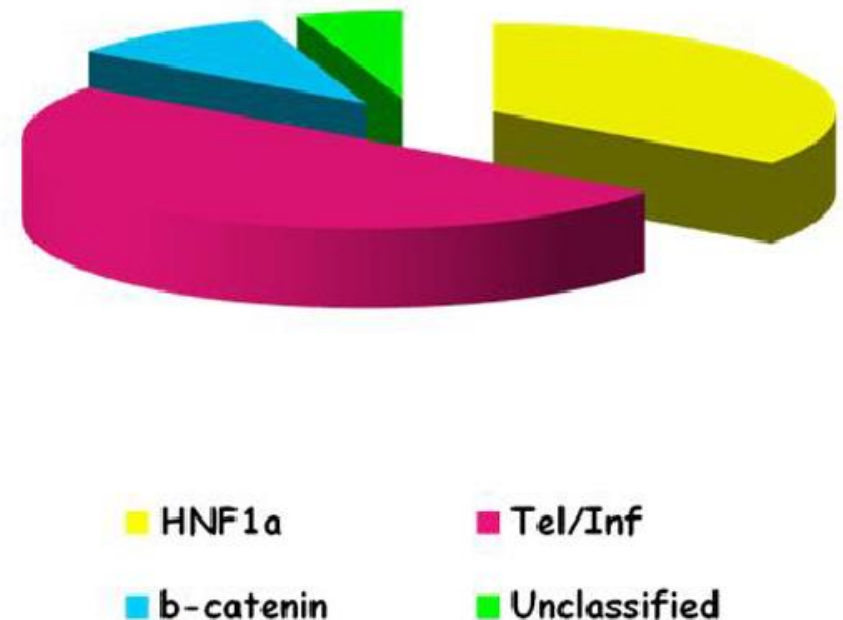
Review Article

Pathological Diagnosis of Hepatocellular Cellular Adenoma according to the Clinical Context

Paulette Bioulac-Sage,^{1,2} Christine Sempoux,³ Laurent Possenti,⁴ Nora Frulio,⁵
Hervé Laumonier,⁵ Christophe Laurent,⁶ Laurence Chiche,⁷ Jean Frédéric Blanc,^{2,4}
Jean Saric,⁶ Hervé Trillaud,⁵ Brigitte Le Bail,^{1,2} and Charles Balabaud²

distribution des sous-types d'adénomes hépato-cellulaires

- Tel / Infl 50%
 - Mutation Gp130 ~ 60%
- Inactivés HNF1 α 30-35%
- Activés β -caténine 10-15%
 - 10% of Tel HCA activés β -caténine
- Non classés < 5%

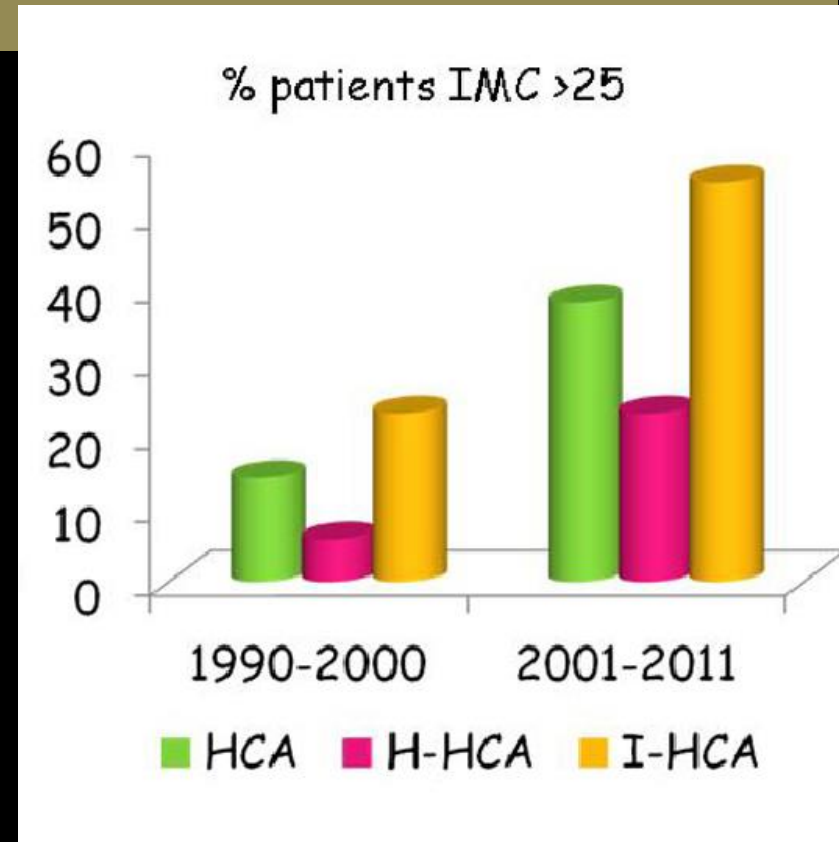


impact de l'obésité sur l'incidence des adénomes hépatocellulaires

-incidence des adénomes hépatocellulaires en constante augmentation

contraception orale minidosée

-augmentation de la prévalence de l'obésité et du syndrome métabolique



I-HCA adénomes inflammatoires

H-HCA adénomes inactivés HNF 1 alpha

HCA adénomes non clasés

Bioulac-Sage P et al. Liver Int 2012

complications des adénomes hépatocellulaires

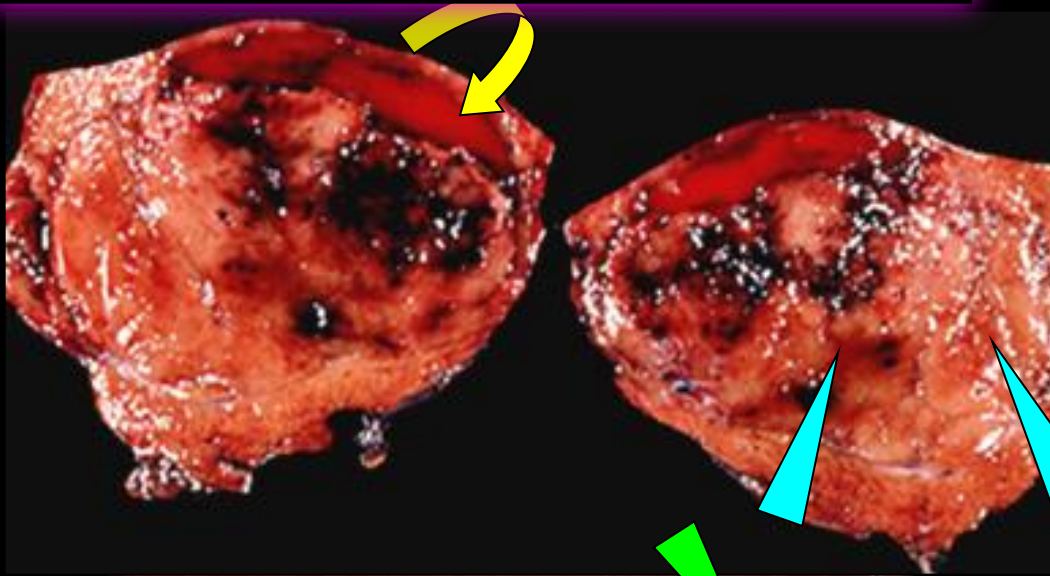


Hémorragie



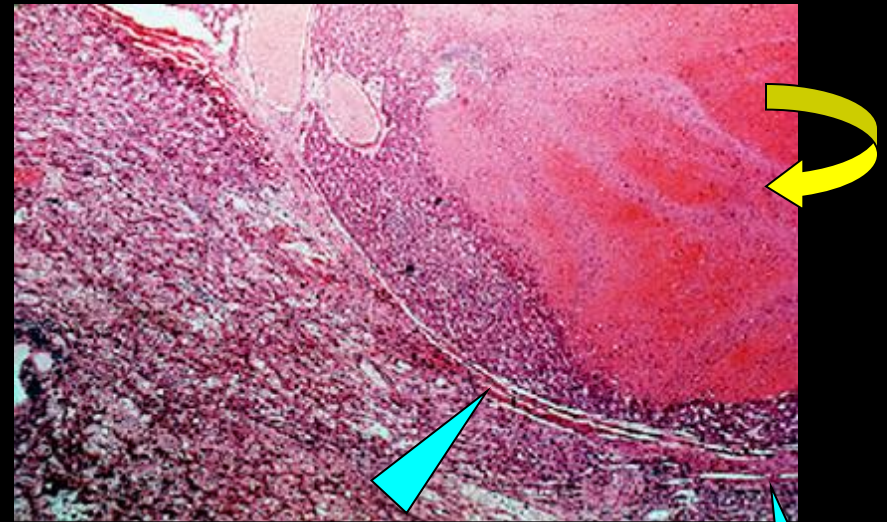
Transformation maligne

Adénome hépatocellulaire



Tumeur bénigne constituée d'hépatocytes organisés en cordons; **pas de canalicules biliaires ni de cellules de Kuoffer**

Parois vasculaires fines, capsule fibreuse, hémorragies, lacs biliaires et **stéatose**



La péliose intratumorale (cavités kystiques contenant du sang et communiquant avec les sinusoides hépatiques) **explique le caractère hémorragique de l'adénome**

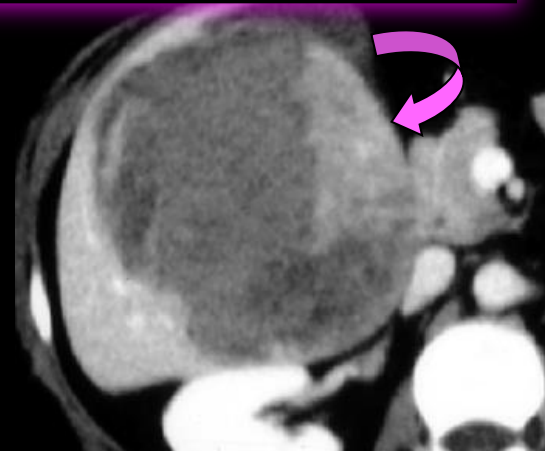
Adénome hémorragique



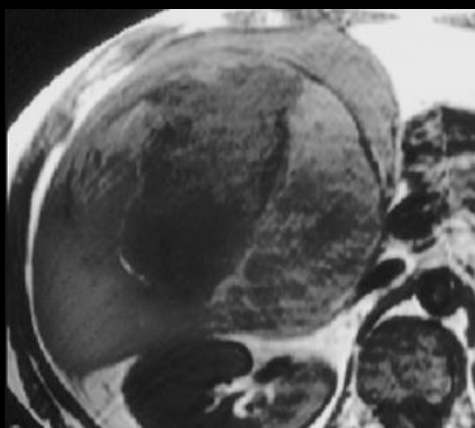
CT avant injection



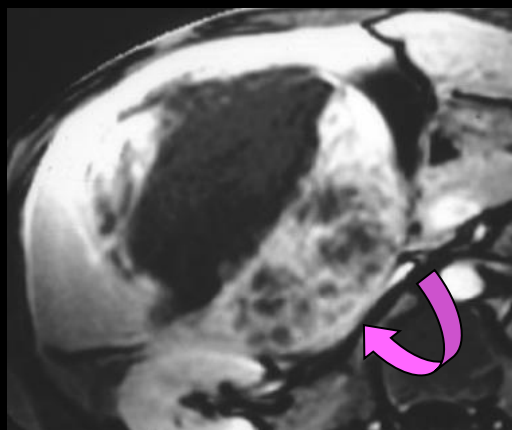
CT 45 "



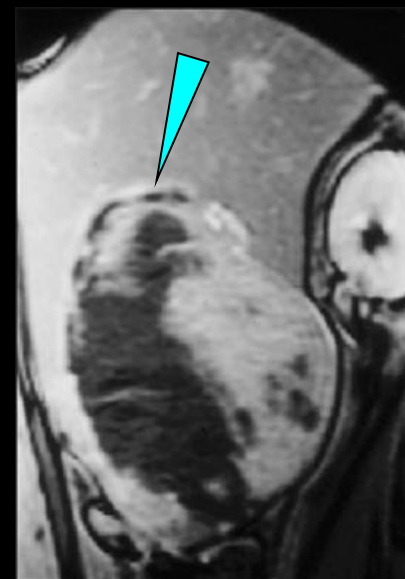
CT 1'30



SE T1



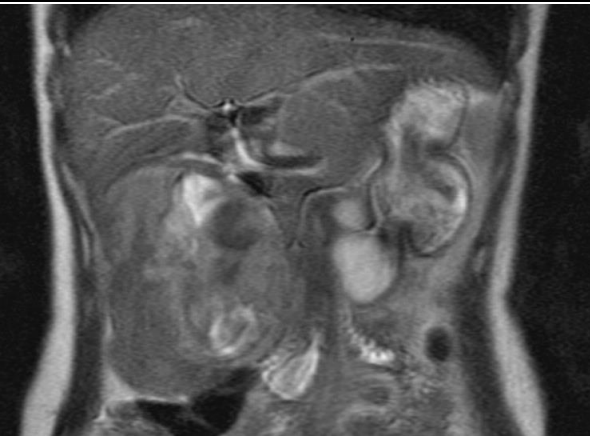
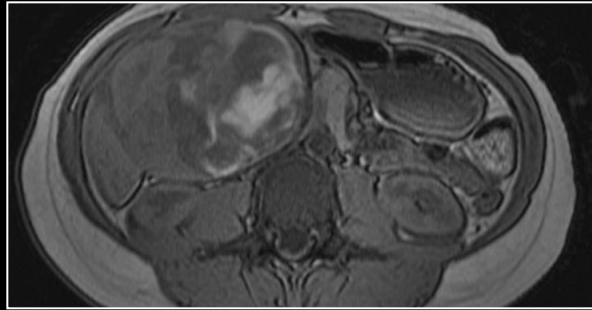
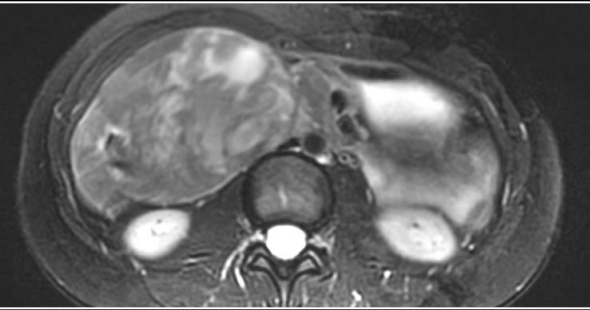
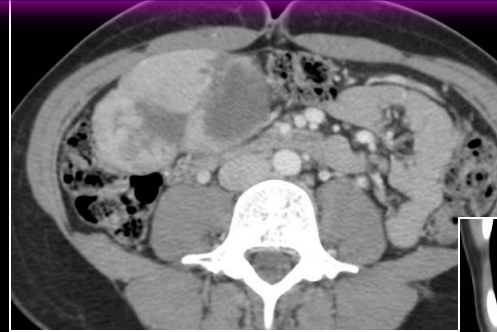
SE T1 2'



SE T1 6'

adénome hépatique hémorragique, femme 34 ans

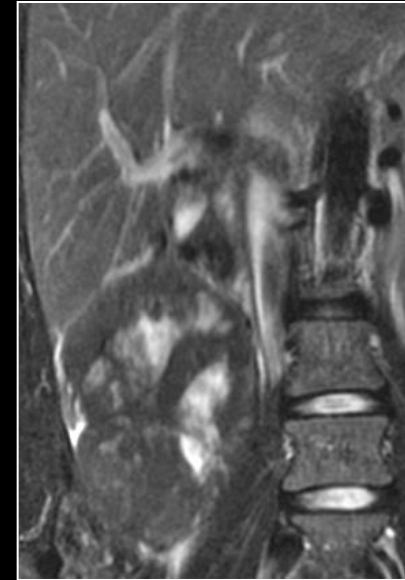
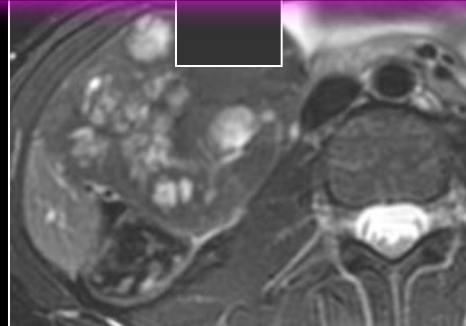
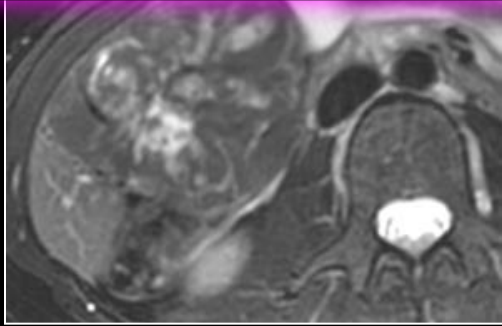
Adénome hémorragique



Homme 25 ans, douleurs en HCD, biologie normale

Adénome hémorragique

Adénome hémorragique



T1 gado précoce

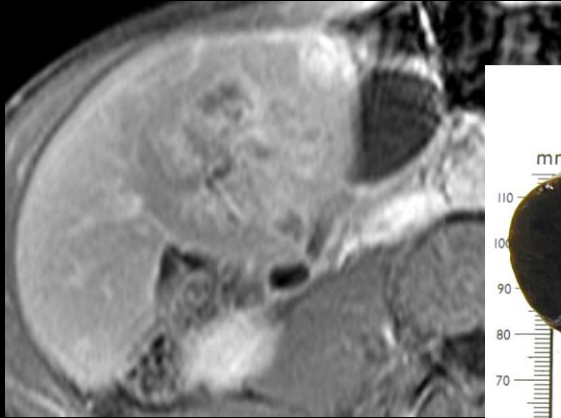
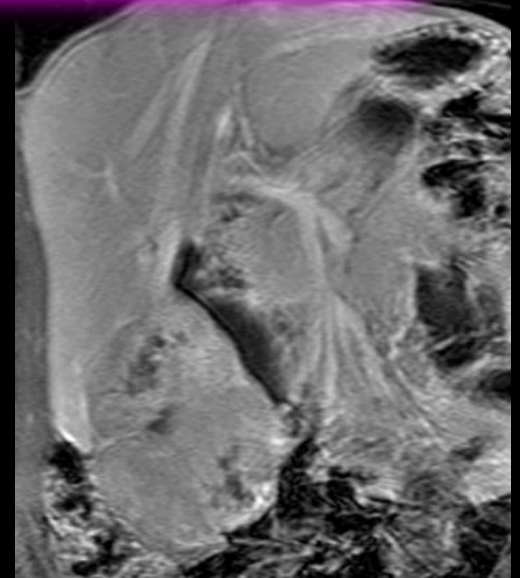
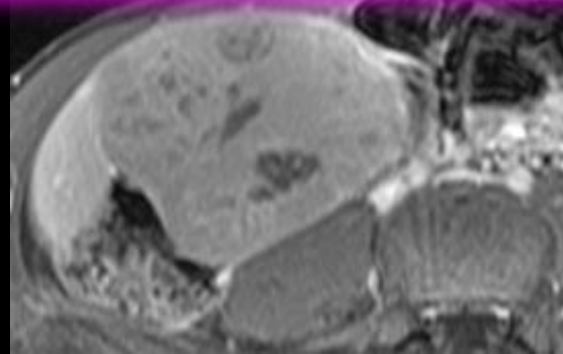
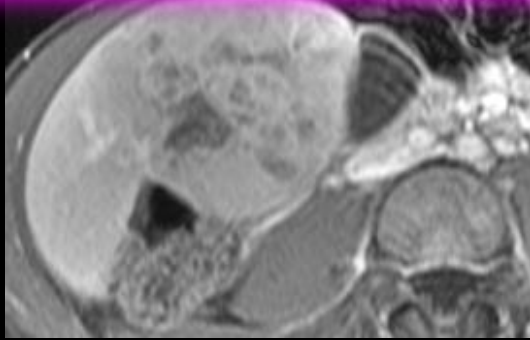


T1 gado tardif



Jeune femme 23 ans ; découverte d'une masse abdominale lors d'une consultation pour début d'une contraception.

Adénome hémorragique



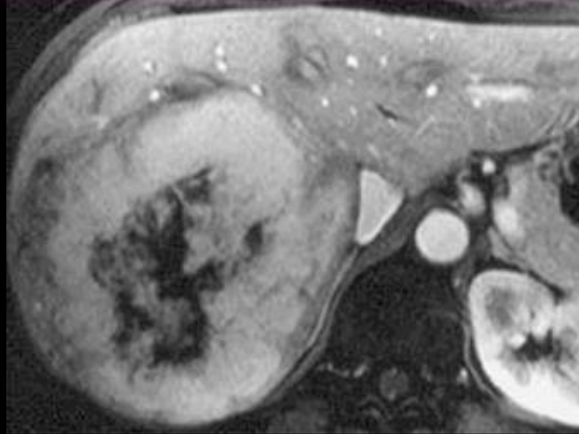
Adénome remanié

par des hémorragies anciennes

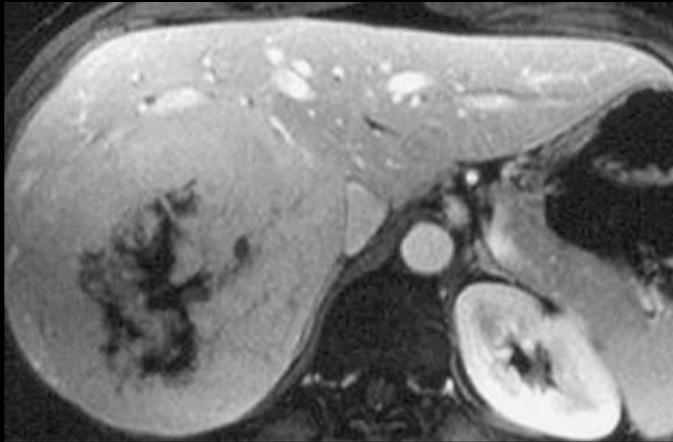
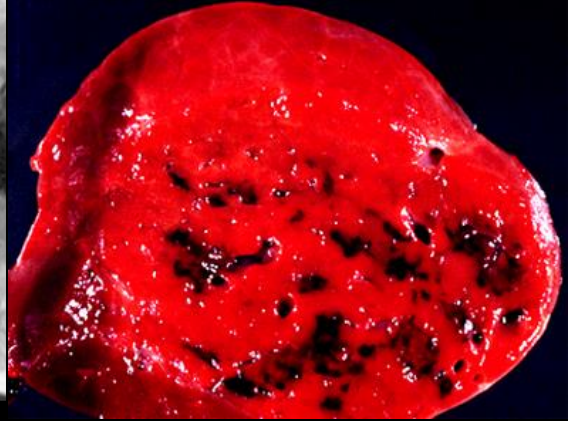
Adénome hémorragique



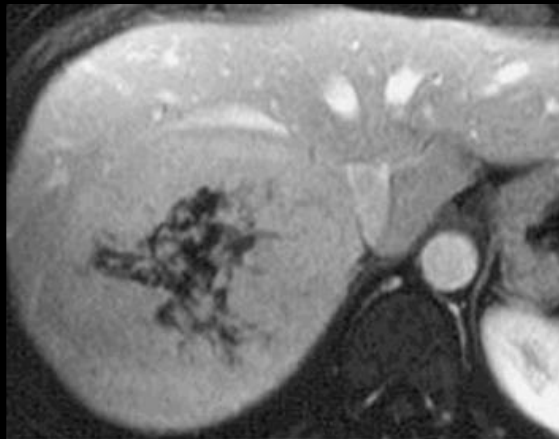
EG T1 sans Fat Sat



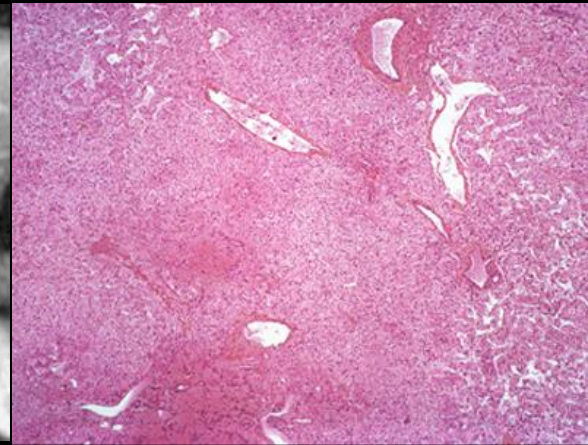
T1 50" avec Fat Sat



T1 70" avec Fat Sat

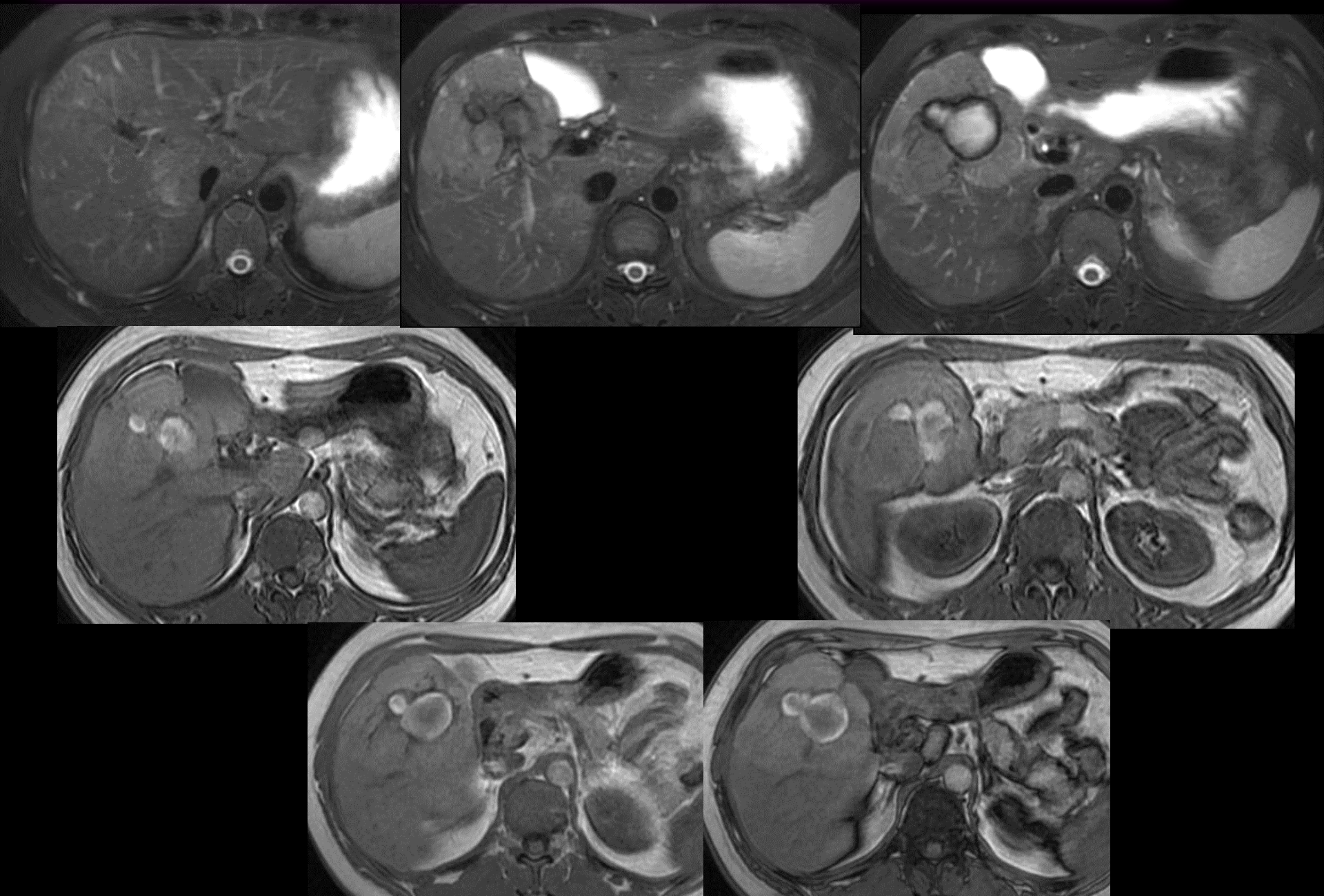


T1 2' avec Fat Sat

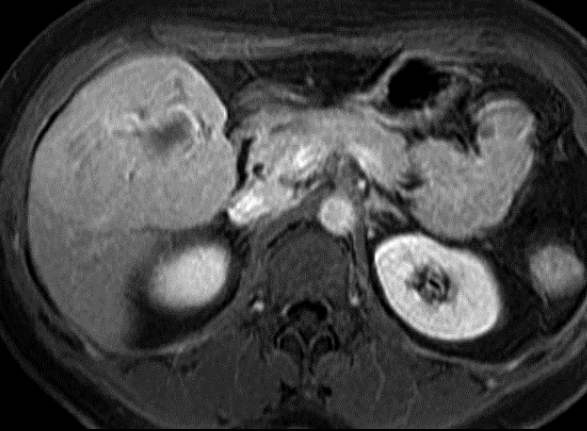
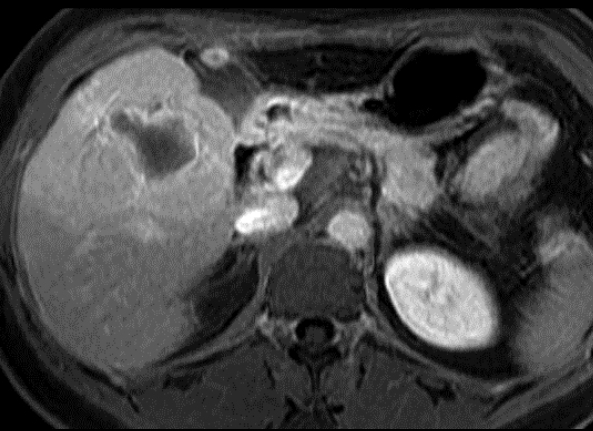
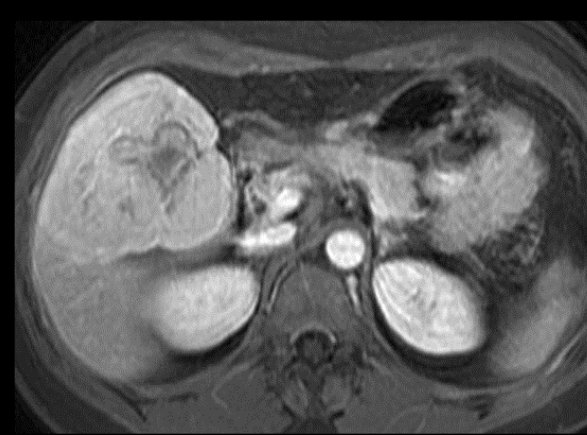
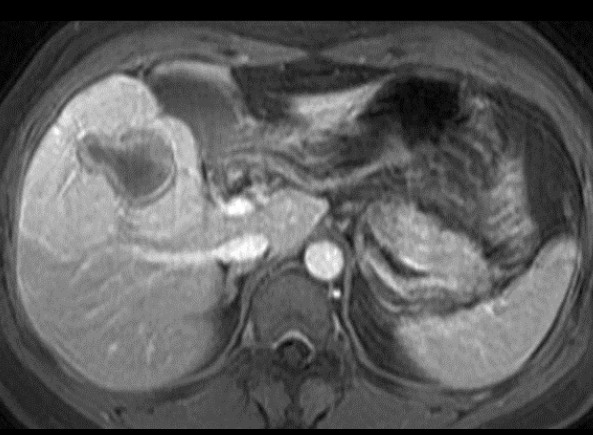
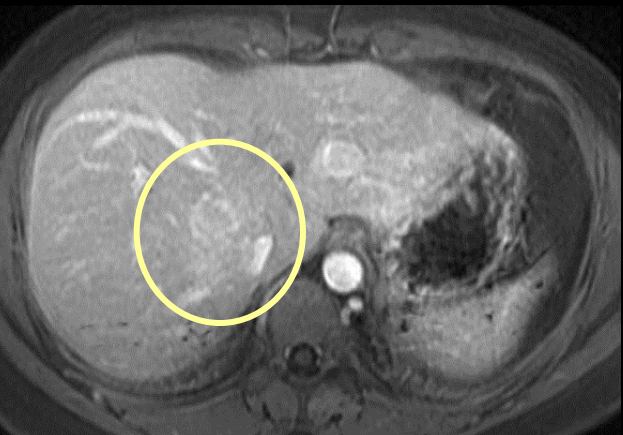
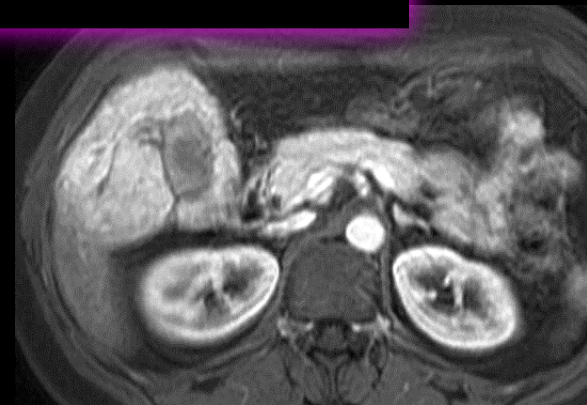


Adénome hépatique nécrosé non hémorragique, femme 37 ans
Diagnostic différentiel macroscopique impossible avec CHC sur foie non cirrhotique !!

Adénome hémorragique



Adénome hémorragique

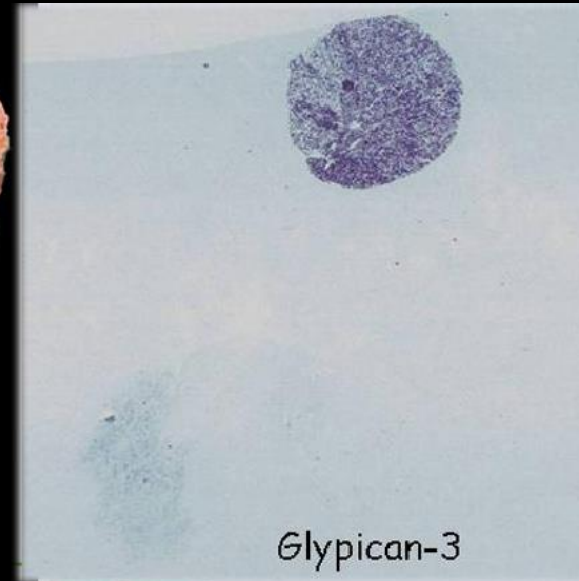


facteurs de risque des complications des adénomes hépatocellulaires

	Hémorragie (20-25%)	CHC (4-8%)
Sexe	Non	♂
Taille	> 5 cm	> 5 cm
Sous-type	Tel/Inf	Activés B-caténine Tel/Inf
Clinique	Prise récente OP Biopsie	Syndrome métabolique ?
Nombre	Non	Non

Paradis V et al. Hepatology 2007, Farges O et al. Gut 2011

2 voies de transformation adénome hépatocellulaire vers carcinome hépatocellulaire



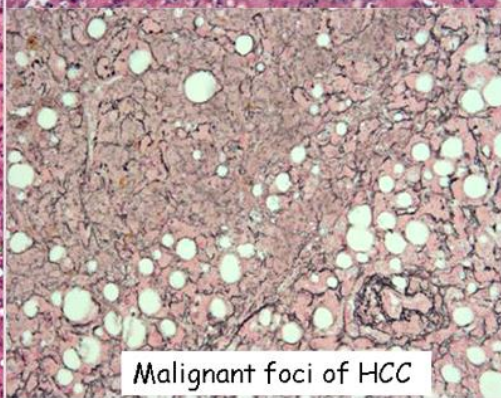
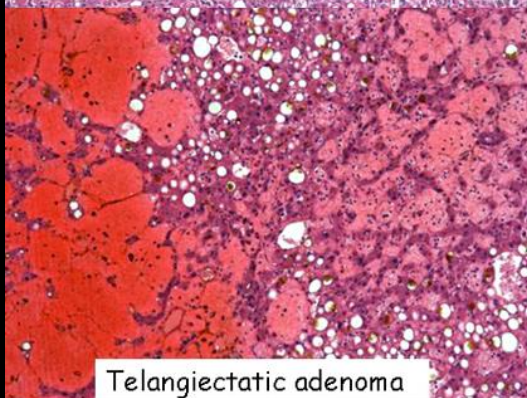
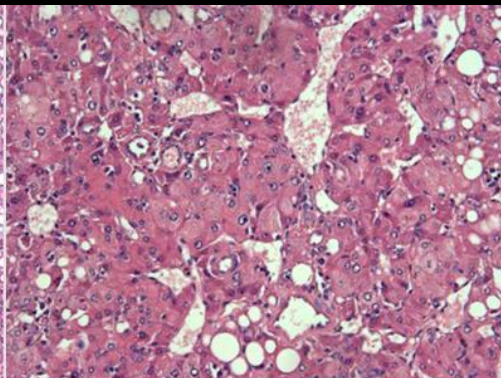
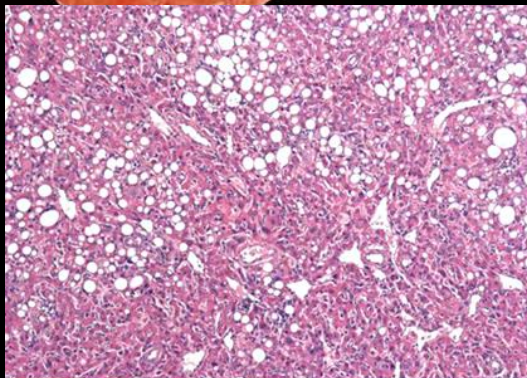
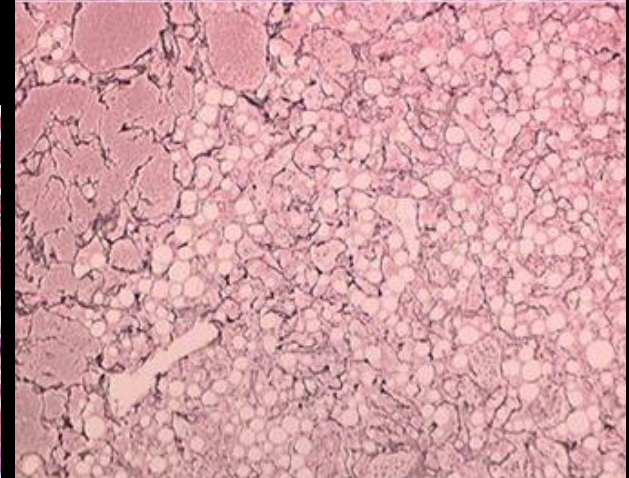
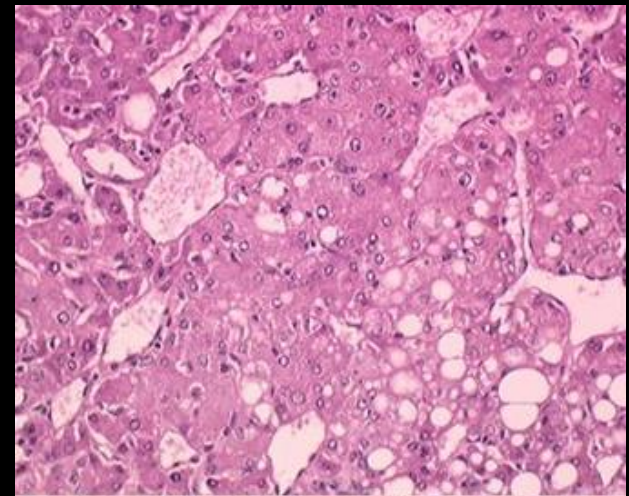
-voie macroscopique 7 cas,28%

-voie microscopique 18 cas,72 %

-majorité d' hommes

-majorité d' hommes

Farges O et al.Gut 2011

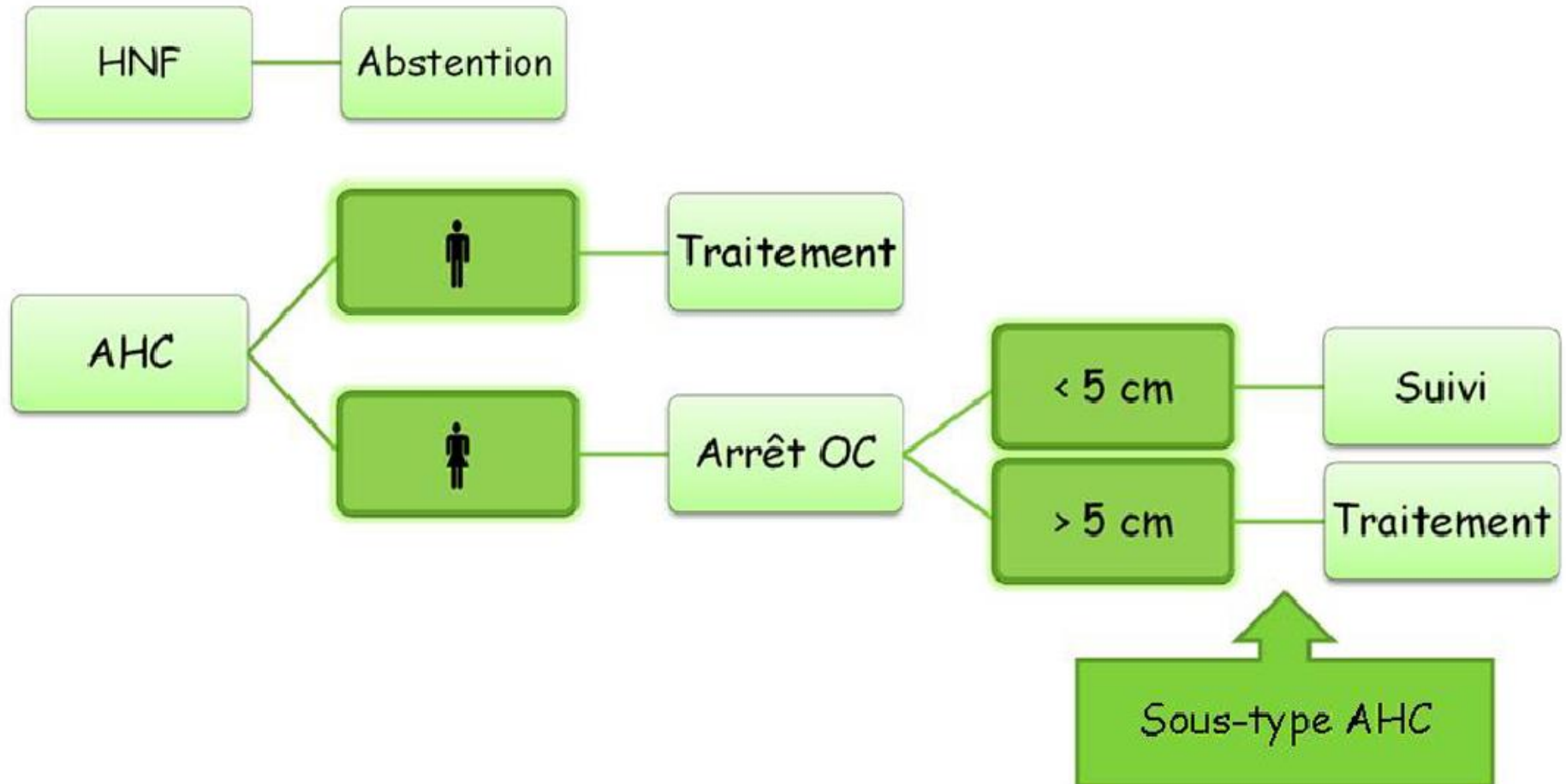


Telangiectatic adenoma

Malignant foci of HCC

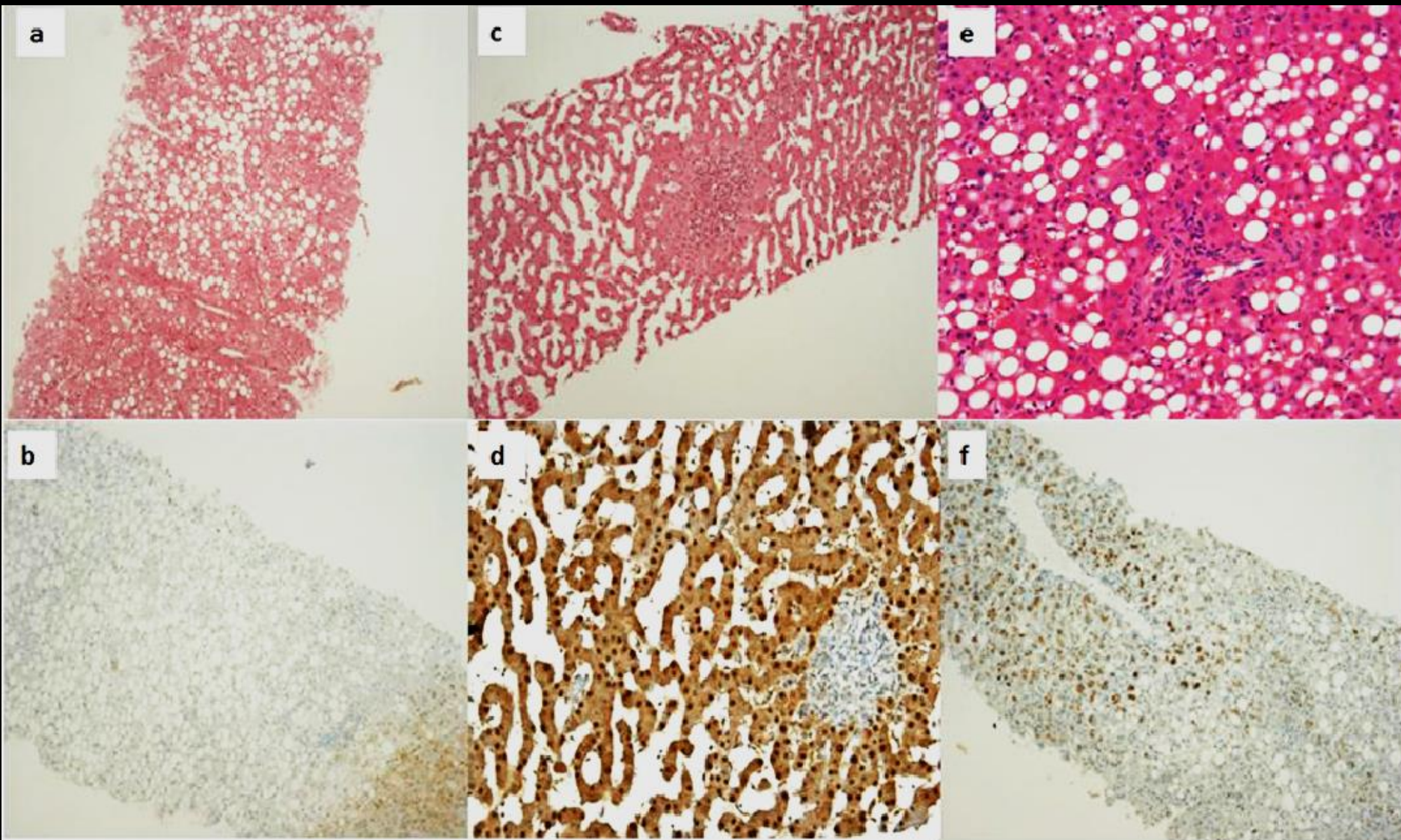
foyer de CHC
developpé sur un
adénome
télangiectasique

Prise En Charge



Hepatocellular Adenomas: Accuracy of Magnetic Resonance Imaging and Liver Biopsy in Subtype Classification

- Etude rétrospective 47 AHC (IRM + biopsie pré-op)
 - Tel/Inf (34, 72%), LFABP-négatifs (11, 23%) et non classés (2,4%)
 - Imagerie : Classification correcte dans 85% (K=0.86)
 - Biopsie
 - HES: Classification correcte dans 77%
 - IHC: Classification correcte dans 82%, ++ lésions stéatosiques



AHC inactivé LFABP

AHC Tel/Inf
SAA +

AHC Tel/Inf SAA+
avec stéatose

indications de la biopsie

- lésions atypiques en imagerie

 - diagnostic différentiel adénome hépatocellulaire et HNF

- classification des adénomes dans les échecs de l'imagerie

 - identifier les adénomes hépatocellulaires associés à un

 - risque augmenté de transformation maligne

 - adénomes hépatocellulaires activés bêta-caténine à

 - risque beaucoup plus élevé que les adénomes

 - inflammatoires/télangiectasiquess

- biopsier le foie non tumoral

à retenir concernant les tumeurs hépatocellulaires bénignes

l'hyperplasie nodulaire focale

est une lésion régénérative sans complications

les seules difficultés concernent le diagnostic des formes atypiques

les adénomes hépatocellulaires

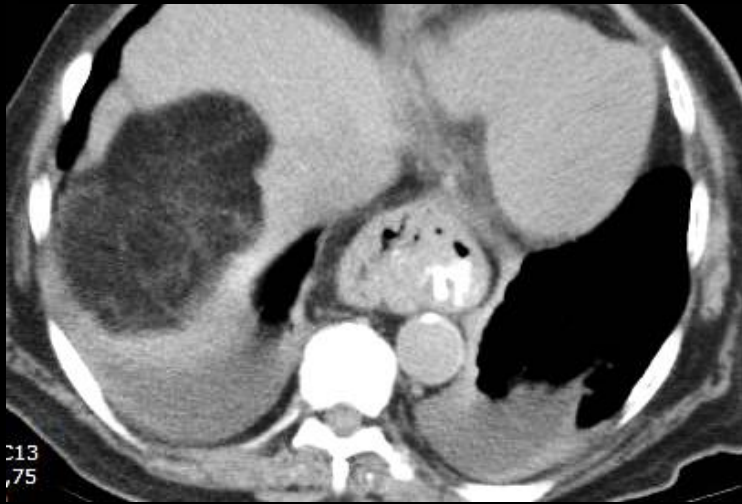
sont des tumeurs monoclonales qui exposent à des complications

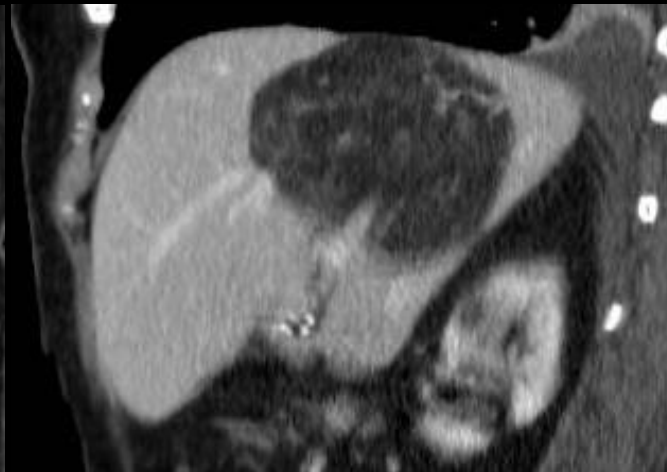
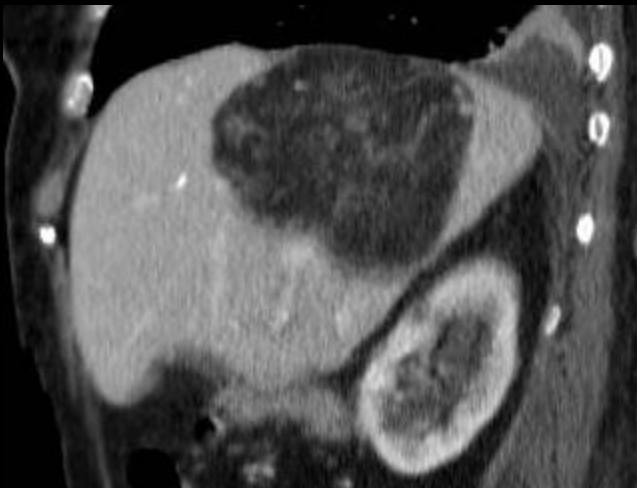
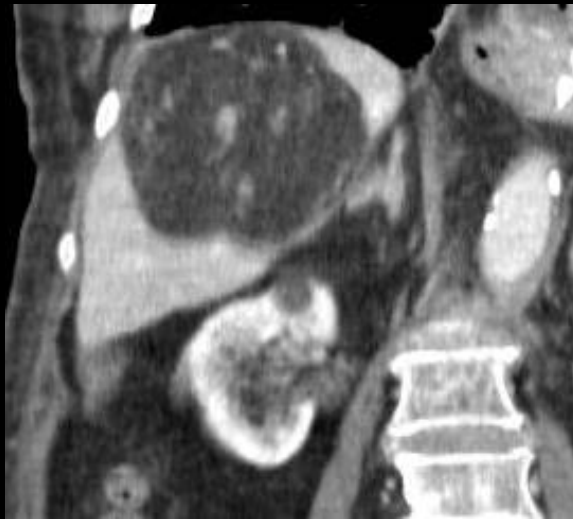
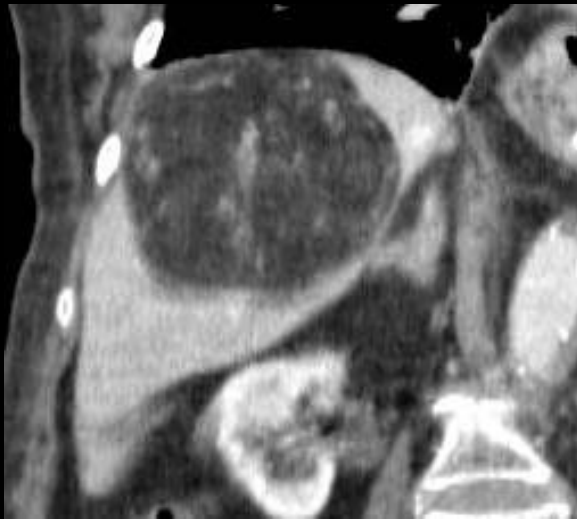
la classification pathomoléculaire permet de définir et de diagnostiquer les sous-types associés à un potentiel évolutif

le diagnostic et la CAT doivent faire l'objet d'une discussion multidisciplinaire

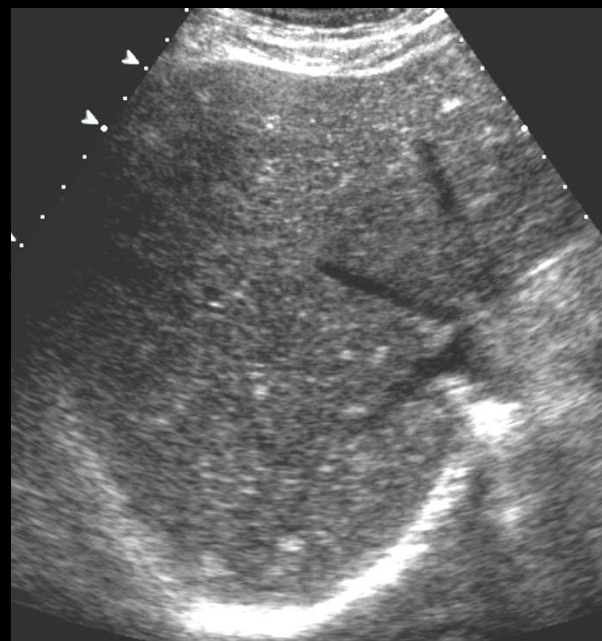
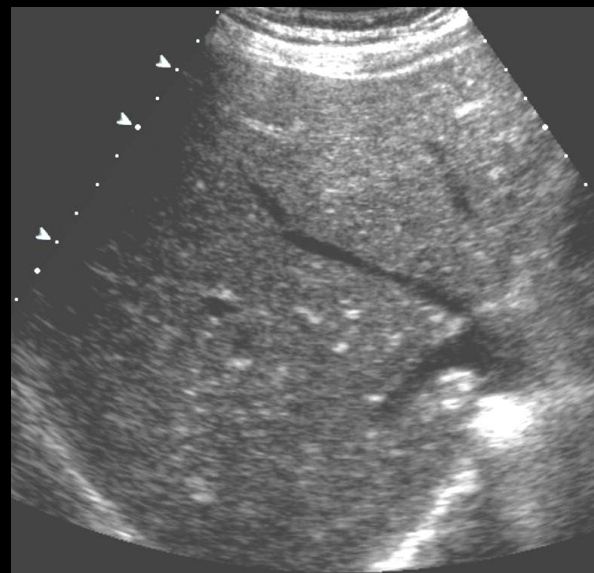
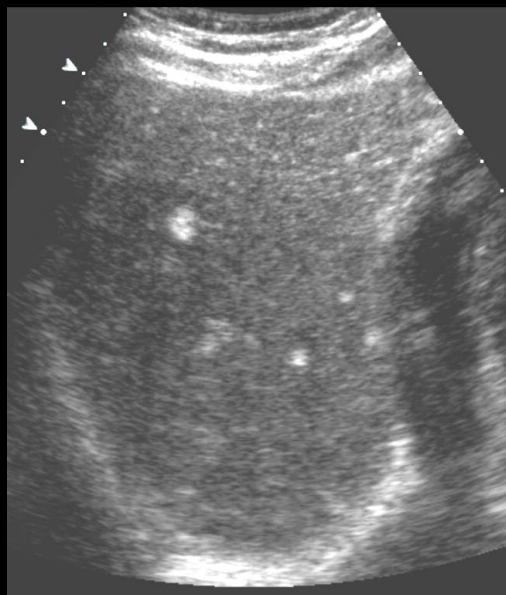
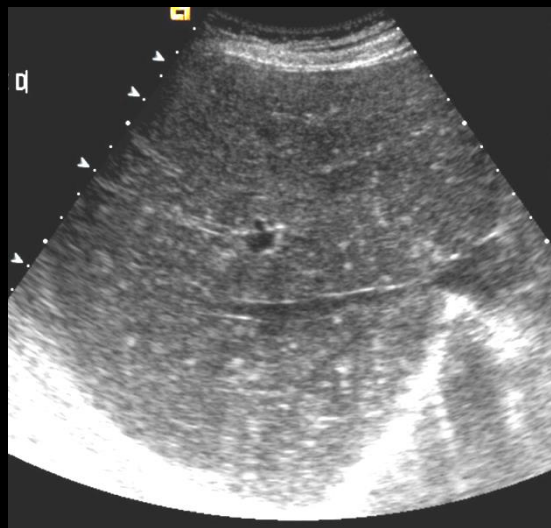
Tumeurs bénignes solides rares du foie

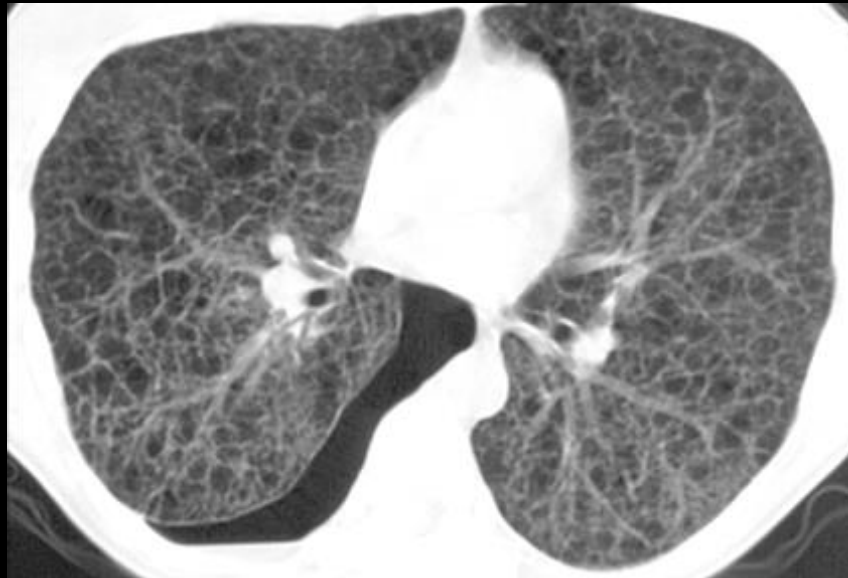
-découverte fortuite chez une femme de 94 ans

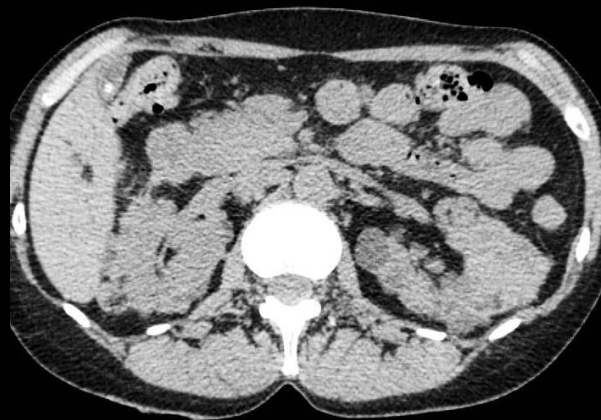


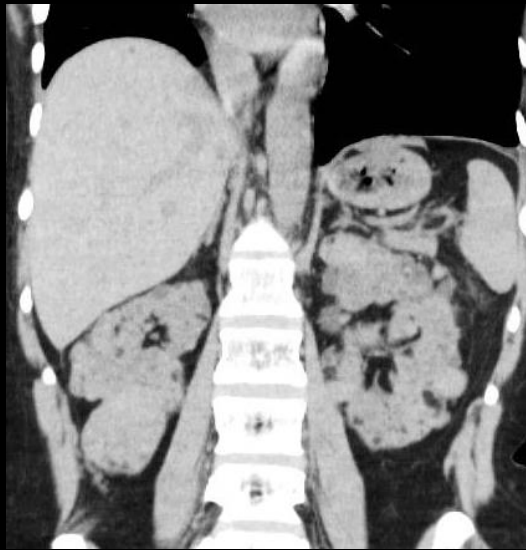


-angiomyolipome hépatique -forme sporadique

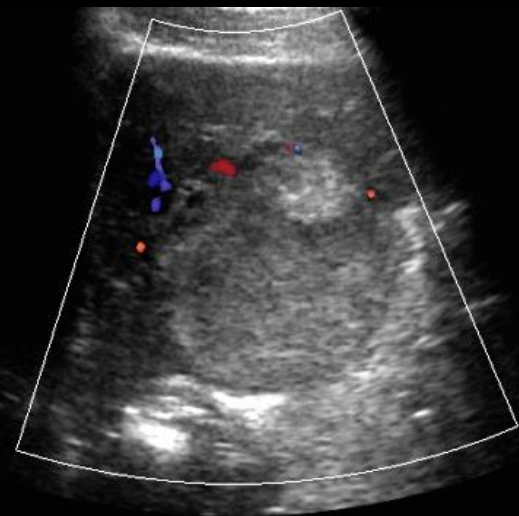








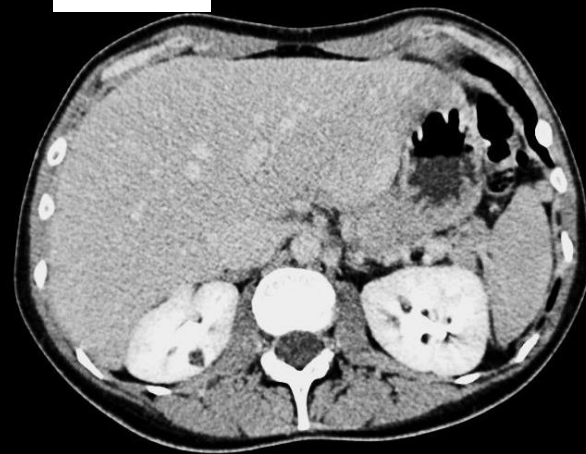
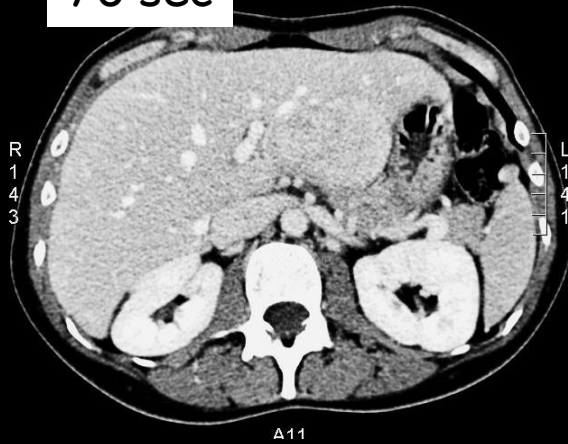
Angiomyolipomes centimétriques rénaux et hépatiques dans le cadre d'une sclérose tubéreuse de Bourneville



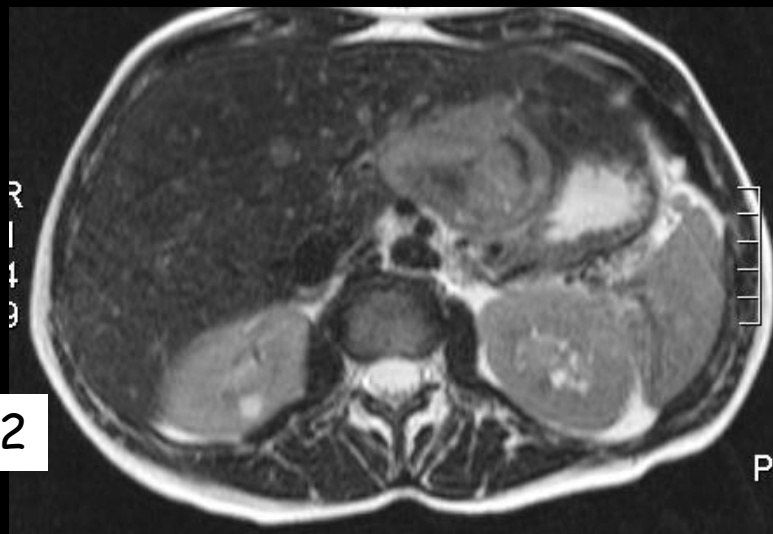
30 sec

70 sec

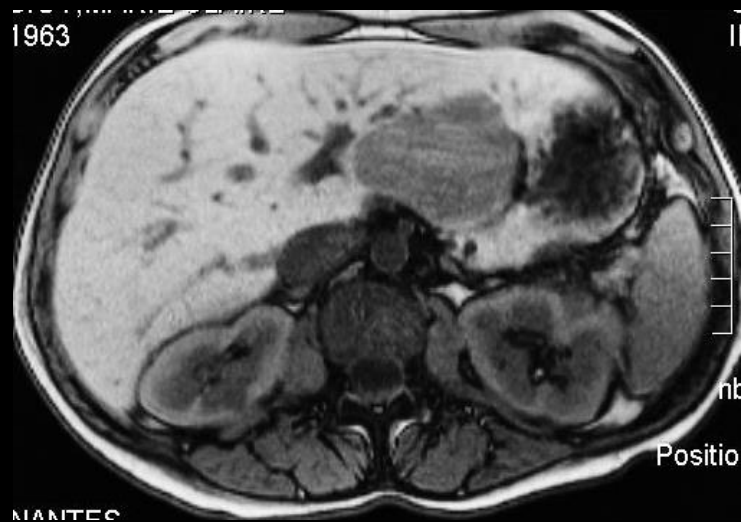
3 min



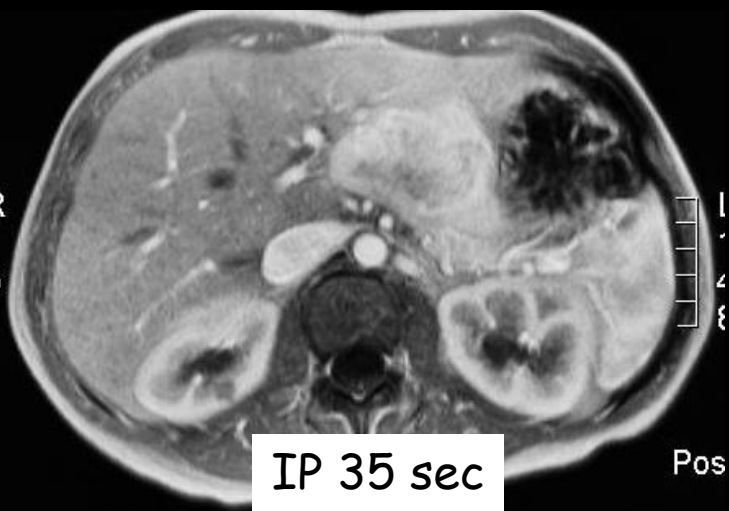
T2



IP



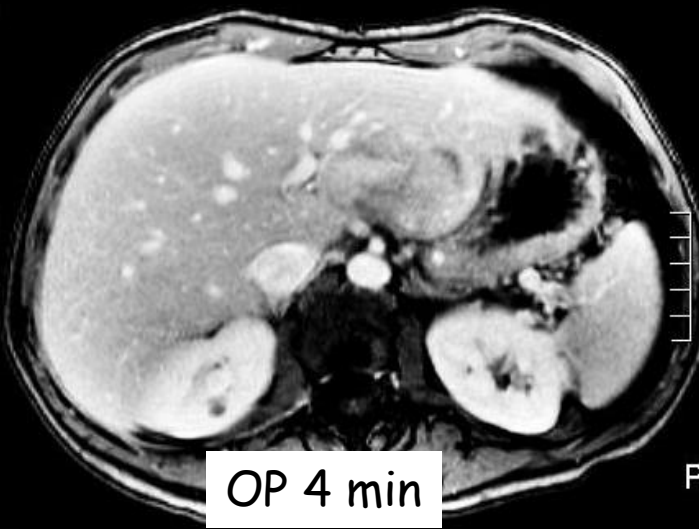
OP



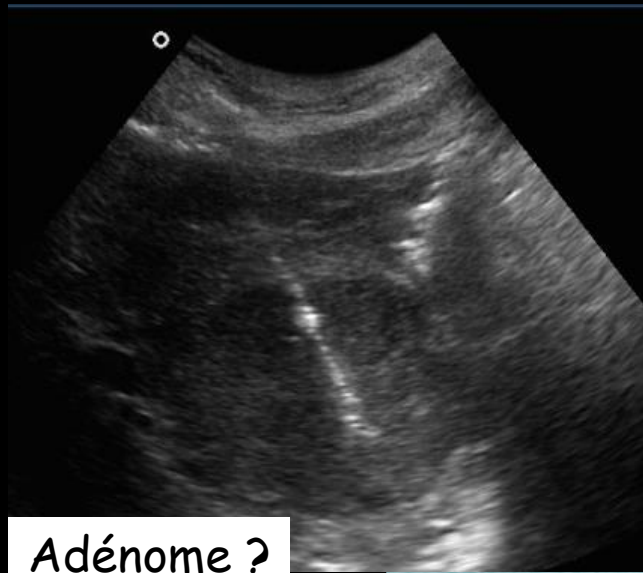
Pos



Pc



P



Adénome ?



Angiomyolipome
de type épithélioïde de 7,5 cm
immunohistochimie +++

Les angiomyolipomes épithélioïdes

Les angiomyolipomes épithélioïdes appartiennent au groupe des **PEComes** (PEC= perivascular epithelial cells) constitués de grandes cellules épithélioïdes qui coexpriment les marqueurs des mélanocytes 'HMB45 et Mélan A et ceux des cellules musculaires lisses (actine muscle lisse) tandis que les marqueurs épithéliaux sont négatifs.

Ces tumeurs d'assez bon pronostic peuvent se compliquer d'une transformation sarcomateuse

Pseudo tumeur inflammatoire tumeur myofibroblastique

Femme, 57 ans

ATCD de cancer du
sein trois ans
auparavant

Observation Benoit DUPAS-CHU
Nantes

