

Le lobe de Riedel

Aspect échotomographique

C. CHAULIEU, M. CLAUDON,
D. RÉGENT, A. TRÉHEUX

Résumé : Le lobe de Riedel. Aspect échotomographique
par C. CHAULIEU, M. CLAUDON, D. RÉGENT et A. TRÉHEUX.

Le lobe de Riedel est une anomalie de lobulation hépatique rare dont l'origine acquise ou congénitale est controversée. Habituellement asymptomatique, il se révèle sous la forme d'une masse palpable de l'hypochondre droit prêtant à confusion avec une tumeur hépatique ou rénale.

Summary : Riedel's lobe. Ultrasonographic appearance
by C. CHAULIEU, M. CLAUDON, D. RÉGENT and
A. TRÉHEUX.

The acquired or congenital nature of Riedel's lobe, a rare anomaly of hepatic lobulation, is a subject open to controversy. Normally asymptomatic, it presents as a palpable mass in the right hypochondrium leading to possible confusion with an

L'aspect échographique du lobe de Riedel est caractéristique et permet un diagnostic précis.

Les auteurs rapportent trois observations de lobe de Riedel avec leur illustration ultra sonore et rappellent les caractéristiques anatomiques et cliniques de cette variante morphologique hépatique.

Mots clefs : Echographie. Foie. Lobe de Riedel. Lobes hépatiques accessoires. Pseudo-tumeurs.

hepatic or a renal tumor. Correct diagnosis can be established by the characteristic findings on ultrasonography. The typical anatomical and clinical features of this hepatic morphological variant are discussed in relation to ultrasound recordings obtained from three patients with a Riedel's lobe.

Key-words : Ultrasonography. Liver. Riedel's lobe. Accessory hepatic lobes. Pseudo-tumors.

A la suite des premières descriptions de CORBIN [6] en 1830 et de CRUVELHIER en 1834 [8], RIEDEL [30] rapporte en 1888 une série de dix observations, toutes chez la femme, d'une anomalie morphologique hépatique consistant en la « protrusion d'une tumeur ronde dans le bord antérieur droit du foie, jouxtant la vésicule, à droite d'elle ». Il attribue ce lobe surnuméraire à la traction exercée par des adhérences inflammatoires autour d'une vésicule atteinte de cholécystite chronique lithiasique.

De nombreuses publications ont depuis lors été consacrées à cette anomalie de lobulation hépatique qui est connue sous de nombreuses autres dénominations : lobe flottant [21, 32], lobe de constriction, languette hépatique, « tongue like » lobe. Son origine exacte, acquise ou congénitale et encore aujourd'hui controversée. Le plus souvent asymptomatique, mais palpable, elle prête à confusion avec une formation tumorale. Son aspect échotomographique est suffisamment caractéristique pour permettre un diagnostic précis en cas de masse de l'hypochondre droit.

Observations

La première observation concerne une femme de 50 ans, qui se plaint de douleurs abdominales diffuses. La palpation abdominale

révèle une hépatomégalie avec sensation de masse de l'hypochondre droit. L'échographie met en évidence une languette de tissu hépatique, d'échostructure homogène analogue à celle du parenchyme, développée aux dépens du bord antérieur du lobe droit du foie au niveau des segments V et VI, atteignant la hauteur de l'ombilic, nettement séparée du reste du foie par une fine bande échogène linéaire, bien visible sur les coupes longitudinales (fig. 1 et 2). En coupe transversale, la séparation avec le foie est mal individualisée. La laparoscopie montre l'aspect caractéristique d'un lobe de Riedel.

La deuxième observation est celle d'un homme de 40 ans, éthylique chronique ayant subi une spléno pancréatectomie gauche pour pancréatite chronique, qui présente une masse palpable de l'hypochondre droit. A l'examen échotomographique, cette formation, de même échogénicité que le foie, est appendue au bord antérieur droit, à droite de la fossette cystique (fig. 3). En temps réel, on visualise un mince sillon échogène qui individualise la « pseudo masse » du reste du foie (fig. 4). Malgré le caractère homogène de l'échostructure de cette formation, une artériographie est pratiquée à la recherche d'un éventuel hépatome ; elle montre un aspect étiré des artères des segments V et VI avec une parenchymographie normale (fig. 5a et b). Il s'agit d'un lobe de Riedel dont la biopsie à l'aiguille de Silvermann montre un aspect de cirrhose micro-nodulaire banale.

La troisième observation concerne un homme de 41 ans, éthylique, chez qui est palpée une hépatomégalie d'aspect tumoral. L'échographie montre une formation solide bien limitée, faisant saillie à partir de la face inférieure du lobe droit du foie, à croissance postéro-inférieure, nettement séparée du reste du foie par un collet étroit (fig. 6 et 7). Son aspect et son échostructure homogène, semblable à celle du parenchyme hépatique fait porter le diagnostic de lobe surnuméraire de Riedel ; la laparoscopie confirme le diagnostic.

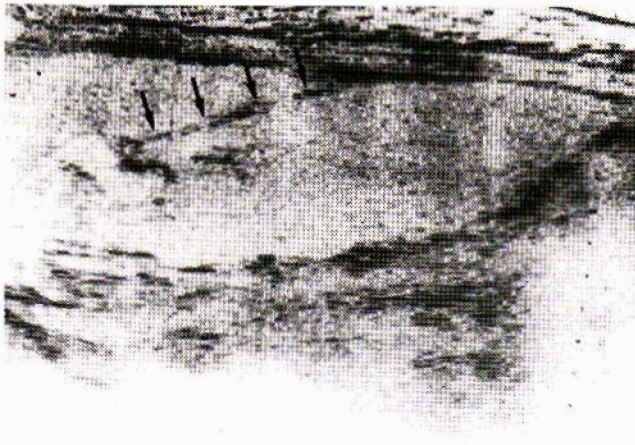


FIG. 1

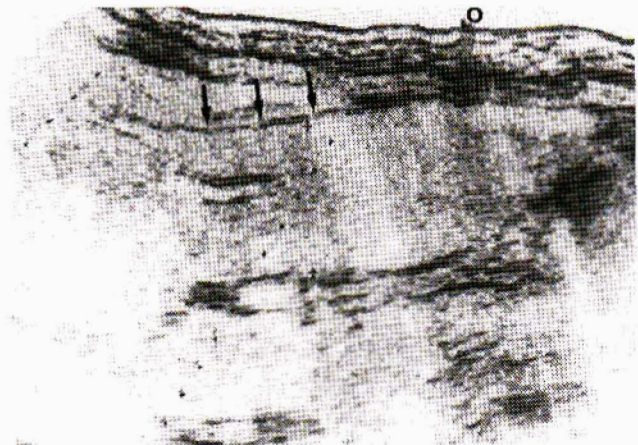


FIG. 2

FIG. 1 et 2. — Coupes verticales latérales droites.

Expansion antérieure du foie droit (lobe de Riedel) à partir des segments V et VI, atteignant la hauteur de l'ombilic (o) séparée du reste du parenchyme hépatique par une fine bande linéaire échogène (flèches) et rattachée par un collet parenchymateux.

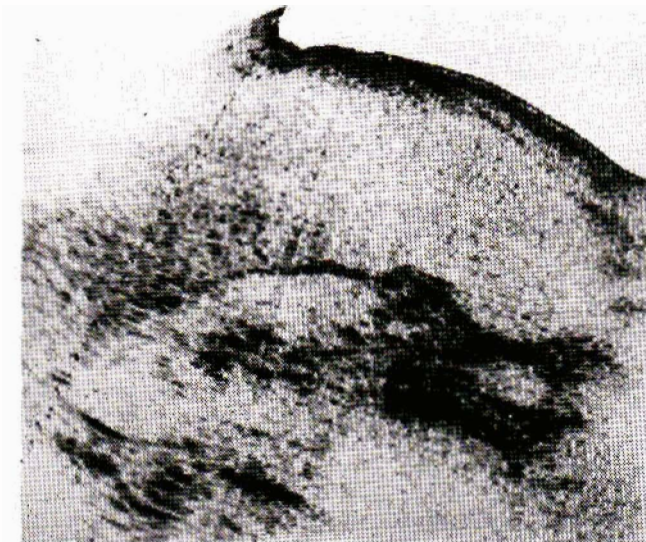


FIG. 3. — Coupe verticale latérale droite.

Formation échogène homogène appendue au bord antérieur du foie droit.

Commentaires

1. Le foie peut présenter diverses anomalies de lobulation plus ou moins complexes [2, 27] :

— soit par défaut : absence de lobe réalisant le foie amorphe en galette [3], aplasie ou hypoplasie lobaire ;
— soit par excès : polylobulation [26]. Lobes surnuméraires hétérotopiques au niveau de la face inférieure du foie, développés dans la paroi vésiculaire ou cholédocienne, dans les ligaments hépato-duodénal, gastro-hépatique, falciforme [9] ou, plus rarement à développement supérieur, parfois transdiaphragmatique [2, 16]. Lobes surnuméraires eutopiques parmi lesquels le lobe linguiforme décrit par Poirier [28] et le lobe de Riedel. Les lobes surnuméraires du foie gauche sont beaucoup plus rares et exceptionnellement associés au lobe de Riedel [2].



FIG. 4. — En temps réel, présence d'une fine bande linéaire échogène séparant le lobe de Riedel du reste du foie (flèche), limitant le collet parenchymateux du lobe.

Le lobe de Riedel est l'une des trois plus fréquentes anomalies lobaires du foie avec l'aplasie du lobe gauche et l'hypoplasie du lobe droit [3].

Le lobe de Riedel n'est pas un véritable lobe accessoire mais une expansion aplatie du lobe hépatique

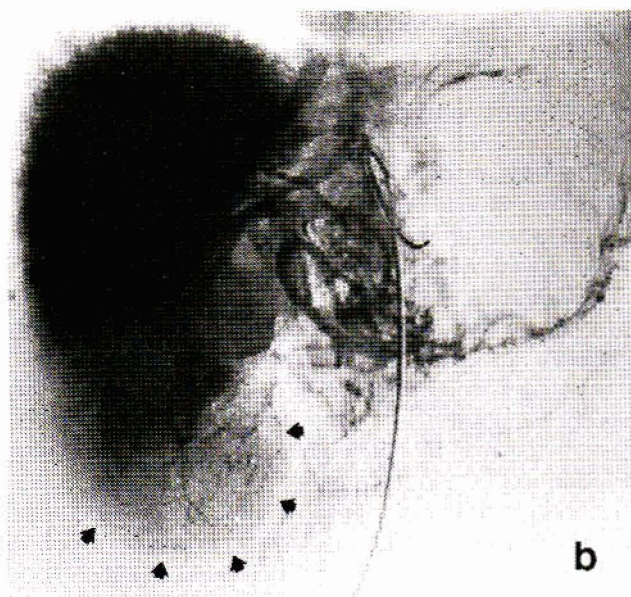
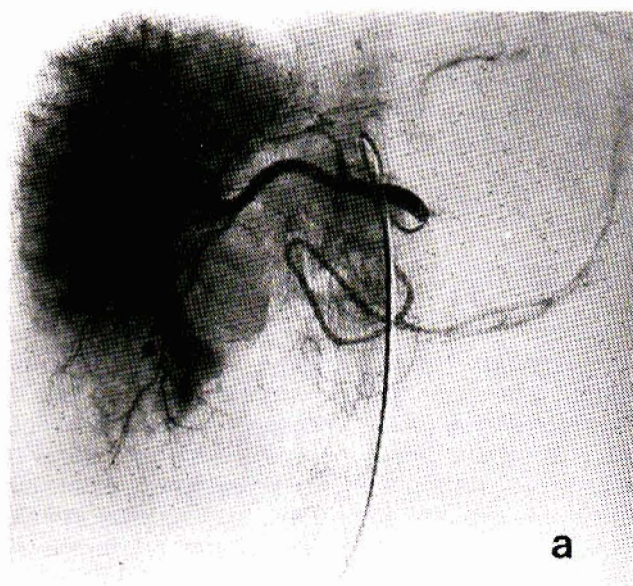


FIG. 5 a et b. — Artériographie hépatique : étirement caractéristique des artères segmentaires V et VI. Parenchymographie homogène du lobe de Riedel (flèches).

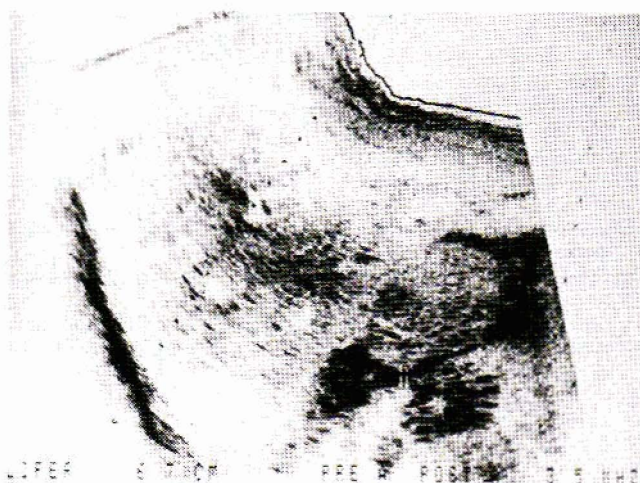


FIG. 6. — Coupe verticale.

Saillie du lobe de Riedel à la face antéro-inférieure du foie. Echostructure homogène analogue à celle du parenchyme hépatique.



FIG. 7. — Coupe transversale.

Pédicule court et collet étroit rattachant le lobe de Riedel au foie, à droite de la fossette cystique.

droit, à droite de la vésicule, à partir des segments V et VI et doit être distingué pour certains auteurs du lobe linguiforme développé à la face inférieure du lobe carré (segment IV) [27]. Pour d'autres, ces deux anomalies sont assimilables.

La taille du lobe de Riedel est variable de 2 cm à plus de 12 cm [13, 14, 16]. Il est arrondi ou triangulaire, à bords réguliers, de consistance normale, non fixé, rattaché au foie par un collet parenchymateux étroit de 2 cm de diamètre en moyenne [29], réduit parfois à un simple pédicule fibreux plus ou moins long [14] constituant une véritable charnière [21]. Ce pédicule contient des vaisseaux artériels et veineux hépatiques normaux ainsi que des canaux biliaires. Un sillon fibreux transversal sépare les segments V et VI allongés du reste du foie [20].

Histologiquement, le tissu hépatique du lobe de Riedel est de structure normale ou présente de discrètes modifications : fibrose avec stase biliaire, infiltration lymphocytaire focale et périportale, stéatose [29].

2. L'origine du lobe de Riedel n'est pas encore complètement élucidée. Pour certains, il s'agit d'une lésion acquise, autrefois attribuée à la striction due au port du corset (corset liver) [6] ou à la rétraction inflammatoire autour d'une cholécystite [30], mais plutôt en relation pour COUINAUD [7], LAUX [18] et FIESSINGER [12] avec une dysmorphie thoracique : cyphoscoliose ou thorax à base étroite. Pour d'autres, il s'agit d'une anomalie congénitale dysembryoplasique comme semble l'attester la constatation d'un lobe Riedel chez des nouveaux-nés de sexe masculin [27], dans un contexte

malformatif ou associé à une anomalie vasculaire hépatique. La cause serait dans ce cas le développement anormal d'un bourgeon hépatique autour d'un vaisseau veineux embryonnaire omphalo-mésentérique droit [1, 4, 24, 27, 33].

D'autres auteurs font également intervenir dans la genèse des malformations hépatiques la persistance des septa mésodermiques [13] ou la différenciation hépatique à partir ou autour des cellules de l'intestin primitif.

3. La fréquence du lobe de Riedel est difficile à apprécier. De nombreux cas sporadiques sont rapportés. REITEMEIER [29] en dénombre 31 cas en 1 an à la Mayo Clinic dont 30 sont de sexe féminin. Cette prépondérance féminine quoique non absolue est cependant particulièrement nette (environ 80 % des cas). L'âge de découverte varie de 30 à 70 ans.

Cliniquement, l'absence de symptôme est habituelle [31]. Parfois est rapportée au lobe de Riedel, la présence de douleurs pseudo-vésiculaires ou pseudo-appendiculaires. La coudure de la région infundibulocystique du fait de la mobilité du lobe favoriserait la stase vésiculaire et la lithiase [5]. Toutefois, cette association n'est retrouvée que dans 1 cas sur 10 par REITEMEIER [29]. La grande majorité des cas est de découverte systématique lors de la palpation d'une masse de l'hypochondre ou du flanc droit; cette masse descend parfois jusqu'à la crête iliaque, donne rarement un contact lombaire. Elle est mobile avec la respiration et dans le sens antéro-postérieur autour de sa « charnière ». Elle est souvent rapportée à une pathologie tumorale hépatique [17], rénale et même appendiculaire [9].

Exceptionnellement, une complication peut être révélatrice : la torsion du lobe de Riedel autour de son pédicule qui réalise un tableau clinique aigu prenant un masque biliaire ou tumoral [11, 15, 19] dont le diagnostic n'est fait qu'à l'intervention. Elle semble plus rare que la torsion du lobe linguiforme de Poirier [22, 25, 34].

Des localisations au lobe de Riedel de métastases, de cancer primitif ont été rapportées et paraissent fortuites; plus curieuse est l'observation de Farmer [10] dans laquelle le lobe de Riedel est le siège électif d'une fibrose hépatique congénitale s'accompagnant d'hypertension portale avec hémorragies.

4. Trois examens complémentaires permettent le diagnostic de lobe de Riedel en cas de masse de l'hypochondre droit :

— la scintigraphie hépatique : elle est caractéristique et montre une image oblongue appendue au lobe droit, séparée de lui par un rétrécissement en sablier [23]. Ce rétrécissement est parfois très marqué donnant une lacune pseudo-néoplasique [7];

— l'artériographie hépatique : l'étirement vers le flanc droit des branches segmentaires V et VI et l'aspect homogène de la parenchymographie sont évocateurs [23];

— l'échotomographie : elle est actuellement la méthode diagnostique la plus simple et la plus rapide en montrant que la masse palpable est constituée de parenchyme hépatique normal, d'échostructure homogène, rattachée au foie par un collet plus ou moins étroit. Le siège aux segments V et VI de cette expansion hépatique différen-

cie le lobe de Riedel du lobe linguiforme de Poirier. La visibilité du sillon fibreux en coupe longitudinale sous la forme d'une fine bande linéaire échogène permet en cas de collet large de différencier le lobe de Riedel d'un simple « foie vertical ».

Conclusion

Le lobe de Riedel est une anomalie lobaire hépatique rare, qui reste dans la plupart des cas asymptomatique. La palpation pose le problème d'une masse de l'hypochondre droit dont l'origine est cliniquement difficile à affirmer. L'examen ultra-sonore nous paraît la méthode la plus efficace pour le diagnostic, permettant de visualiser directement les caractéristiques morphologiques et structurales de ce pseudo-lobe surnuméraire.

Bibliographie

1. BASSIS (M. L.), IZENSTARK : Ectopic liver. *Arch. Surg.*, 1956, 73, 204-206.
2. BATTLE (W. M.), LAUFER (I.), MOLDOFSKY (P. J.), TROTMAN (B. W.) : Anomalous liver lobulation as a cause of perigastric masses. *Dig. Dis. Sci.*, 1979, 24, 65-69.
3. BERTRAND (L.) : Sur les anomalies congénitales du lobe gauche du foie (agénésie, hypoplasie, atrophie sur angiomasose). *Rev. Med. Chir. Mal. Foie*, 1963, 38, 233-248.
4. CHOUKE (K. S.) : Note on anomalous lobe of liver. *Anat. Rec.*, 1932, 53, 177.
5. CLEARFIELD (H. R.) : *Anomalies of the liver* in *Gastroenterology*, vol. 3, Bockus (H. L.), 1964, Saunders Ed.
6. CORBIN (E.) : Effets produits par les corsets sur les organes de l'abdomen et en particulier sur le foie. *Gaz. Med. Paris*, 1830, 151-153.
7. COUINAUD (C.), PEREZ (R.), MANOUVRIER (J.) : Le lobe de Riedel et les sillons diaphragmatiques, source d'erreurs dans l'interprétation des radiographies et des gammagraphies du foie. *Presse méd.*, 1968, 76, 2143-2144.
8. CRUVEILHIER : *Malformations hépatiques. Traité d'anatomie descriptive*, 1834, 552-554.
9. CULLEN (T. S.) : Accessory lobe of the liver. *Arch. Surg.*, 1925, 11, 718-764.
10. FARMER (R. G.), HERMAN (R. E.), SULLIVAN (B. H.) : Congenital hepatic fibrosis of Riedel's lobe causing portal hypertension. *Clev. Clin. Q.*, 1969, 36, 143-148.
11. FEINS (N. R.), BORGER (J.) : Torsion of the right lobe of the liver with partial obstruction of the colon. *J. Pédiatr. Sur.*, 1972, 7, 724-725.
12. FISSINGER (N.) : Le lobe de Riedel en pathologie abdominale. *J. Prat.*, 1927, 780-782.
13. FRASER (C. G.) : Accessory lobes of the liver. *Ann. Surg.*, 1952, 135, 127-129.
14. JAMES (P. M.), HOWARD (J. M.), WOLPERTH (C. C.) : Riedel's lobe of the liver. *Am. J. Surg.*, 1963, 105, 812-815.
15. JAUSSAUD (M.) : Place de la torsion dans les accidents évolutifs du lobe de Riedel. *Thèse Méd.*, Reims 1977, N° 96, 67 pages, dactyl.
16. KATZ (H. J.), WILLIAMS (A. J.) : Accessory lobes of liver and their significance in Roentgen Diagnosis. *Ann. Int. Méd.*, 1952, 1, 880-883.
17. LANE (D.) : Masses in the right hypochondrium and Riedel's lobe. *Méd. J. Anat.*, 1966, 1, 896-899.
18. LACK (G.), GUERRIER (Y.), RAPP (P. E.) : La lobulation primaire du parenchyme hépatique. *Arch. Anat. Pathol.*, 1955, A 17-A 18.
19. LEFAUCHER (C.), DUPUIS (E.), MULLER (J.), LAHAM (A.) : Torsion du lobe de Riedel. Deux observations. *J. Chir.*, 1978, 115, 25-28.
20. LEFAUCHER (C.), BOULENGER (E.), FOUCHER-DUPUIS (E.) : Le lobe de Riedel : Malformation hépatique rare et parfois responsable d'accidents graves (lettre). *Nouv. Presse Méd.*, 1978, 7, 2479.
21. LETUILLE (M.) : Le foie à lobe flottant. *Presse Méd.*, 1910, 28, 932-935.
22. LEVI (M. N.), CREQUE (L. C.), CINQUE (S.) : Accessory lobe of the liver presenting symptoms of pelvic tumor. *New York State. J. Med.*, 1969, 69, 1334-1336.

23. LIPCHIK (E. O.), SCHWARTZ (S. I.): Angiographic and scintillographic identification of Riedel's lobe of the liver. *Radiology*, 1967, 88, 48-50.
 24. LLORENTE (J.), DARDIK (H.): Symptomatic accessory lobe of the liver associated with absence of the left lobe. *Arch. Surg.*, 1971, 102, 221-223.
 25. LOTTE (M. M.), MADIET (C.): Infarctus par torsion d'un lobule accessoire du foie. *Presse Méd.*, 1960, 68, 838.
 26. MOSER (N.): A liver with sixteen lobes. *Med. Record*, 1898, 53, 671.
 27. PAGES (A.), MARTY-DOUBLE (C.): *Les malformations constitutionnelles du foie et des voies biliaires intrahépatiques*. 1972. Varia Ed. Paris.
 28. POIRIER (P.), CHARPY (A.): *Traité d'anatomie humaine*. Masson edit. Paris, 1914.
 29. REITEMEIER (R. J.), BUTT (H. R.), BAGGENSTOSS (A. H.): Riedel's lobe of the liver. *Gastroenterology*, 1958, 34, 1090-1095.
 30. RIEDEL (B. L.): Über den zungenförmigen Fortsatz des rechten Leberlappens und seine pathognostische Bedeutung für die Erkrankung des Gallenblase nebst Bemerkungen über Gallenstein Operationen. *Berl. Klin. Wochenschr.*, 1888, 29, 577-581.
 31. SCHMID (G.): Le lobe flottant du foie, dit lobe de Riedel. *Thèse*. Paris, 1935.
 32. TRÉVES (F.): A clinical lecture on ptosis of the liver and the « floating lobe ». *Lancet*, 1900, 1, 303.
 33. TUMEN (H. J.): *Hepatic anomalies abnormalities in position and form in Gastroenterology*, vol. 3. Bockus (H. L.), 1949, Philadelphia Saunders Ed.
 34. WATSON (J. R.), LEE (B. E.): Accessory lobe of the liver with infarction. *Arch. Surg.*, 1964, 88, 490-493.
-