

EPU Paris VII



# *Journée d'Hépatologie de l'Hôpital Beaujon*

Samedi 7 janvier 2006

Palais des Congrès de Paris  
Porte Maillot - Niveau 3

*Organisateur scientifique*

Professeur Dominique VALLA

*Renseignements et inscriptions*

BCA

6, boulevard du Général Leclerc  
92118 Clichy Cedex - France  
contact@b-c-a.fr - www.b-c-a.fr  
T : +33 (0)1 41 06 67 70  
F : +33 (0)1 41 06 67 79

## **Adénome hépatiques. Les risques et comment les prévenir ?**

**Jacques BELGHITI**

Service de Chirurgie Digestive  
Hôpital Beaujon

100, Bld du Général Leclerc  
92118 CLICHY CEDEX

[jacques.belghiti@bjn.ap-hop-paris.fr](mailto:jacques.belghiti@bjn.ap-hop-paris.fr)

L'adénome du foie est une tumeur rare développée à partir des hépatocytes dans un foie normal. Il s'agit d'une tumeur bénigne constituée d'hépatocytes normaux (souvent stéatosiques) disposés en travées régulières uni ou pluricellulaires bordés par des sinusoïdes. Il existe généralement des cellules de Kupffer fonctionnelles mais on ne retrouve ni espace porte, ni veine centrolobulaire, ni canaux biliaires, ni fibrose. Cette tumeur est exclusivement vascularisée par l'artère hépatique. Cette tumeur est parfois encapsulée et, surtout lorsqu'elle est volumineuse, il existe des foyers de nécrose et des zones hémorragiques. Dans près de 10% des cas il existe des zones de dégénérescence au sein de l'adénome. Le risque hémorragique et de dégénérescence est fortement lié à la taille des lésions et ne s'observe quasi-exclusivement que lorsque la tumeur est > 5 cm de diamètre. On doit inclure dans le cadre des adénomes une forme atypique d'hyperplasie nodulaire focale (HNF) dite «HNF télangiectasique ». Il s'agit d'HNF bien délimitée sans capsule ni cicatrice fibreuse qui comporte des modifications vasculaires avec des foyers hémorragiques.

L'adénome se développe dans près de 90% des cas chez la femme de moins de 40 ans ayant pris des contraceptifs oraux. Son incidence augmente avec une prise de contraceptifs oraux prolongée et fortement dosée. Les autres facteurs associés au développement de l'adénome sont : l'existence d'une glycogénose de type I et la prise de stéroïdes androgéniques ou anabolisants.

Sur le plan clinique, l'adénome non compliqué de taille < 5 cm est souvent découvert fortuitement lors d'un examen morphologique ou en présence d'anomalies, en général modérées, du bilan biologique hépatique. Lorsque l'adénome est volumineux, il se complique d'hémorragie qui peut rompre la tumeur et donner lieu à un hémopéritoine. Dans plus de la moitié des cas, le bilan biologique montre une cholestase anictérique avec une élévation modérée des phosphatases alcalines et plus souvent une élévation des GGT. Lorsque la tumeur est volumineuse et/ou le siège d'une hémorragie il peut exister une élévation modérée des transaminases. L'alphafoetoprotéine est normale lorsqu'il n'existe pas de dégénérescence.

Le bilan morphologique montre à l'échographie une tumeur arrondie, hétérogène à contours réguliers. En tomodensitométrie la lésion est hypodense surtout lorsqu'elle a un contenu graisseux ; elle est hypervascularisée parfois avec des zones de nécrose et bien limitée avec une capsule. L'IRM montre un aspect hypointense en T1 et discrètement hyperintense en T2. Ces deux derniers examens en montrant la présence d'une capsule et l'absence de cicatrice centrale permettent de la différencier de l'hyperplasie nodulaire focale (HNF) et de l'angiome. En revanche elle reste toujours difficile à distinguer du carcinome hépatocellulaire. La biopsie percutanée montre des travées d'hépatocytes normaux ayant perdu leur architecture acinaire et sans canaux biliaires individualisables.

L'adénome est généralement unique mais la découverte de plusieurs adénomes n'est pas exceptionnelle. Dans certains cas il existe une multitude d'adénomes dont la taille peut varier de quelques millimètres à plusieurs centimètres. La coexistence de plus de 10 adénomes avait conduit à isoler une entité dénommée polyadénomatose. En fait l'analyse récente de la littérature et de notre expérience ne justifie pas un isolement de cette entité qui aurait pour but de lui proposer un traitement spécifique.

Le risque de complication hémorragique et de dégénérescence doit faire discuter une résection chirurgicale de cette tumeur. Cependant la découverte chez une malade asymptomatique d'un adénome de moins de 3 cm justifie une surveillance après arrêt des contraceptifs oraux. En l'absence de régression tumorale, ce qui est le cas le plus fréquent, la tumeur doit être surveillée et réséquée si elle augmente de volume. La découverte d'une dégénérescence dans un adénome ne justifie pas de traitement complémentaire ; le pronostic est excellent lorsque la résection a été complète. Lorsque la tumeur est découverte à l'occasion d'une hémorragie brutale avec ou sans hémopéritoine, une intervention en urgence n'est plus recommandée s'il n'existe pas d'instabilité hémodynamique. Après embolisation artérielle, l'hépatectomie différée de 3 à 6 mois est plus simple. La présence d'adénomes multiples pose le problème thérapeutique le plus difficile. Seuls les adénomes de > 4 cm de diamètre doivent être réséqués. La résection de ces tumeurs multiples peut poser des problèmes techniques difficiles nécessitant parfois des interventions en deux temps. Les lésions de petite taille sont surveillées et opérées si elles augmentent de taille, ce qui survient dans moins de 10% des cas. L'indication de transplantation hépatique en cas de polyadénomatose sans dégénérescence n'est pas justifiée et elle pourrait être inutile lorsqu'il existe une dégénérescence diffuse.

Dès que le diagnostic est établi et après résection la prise de contraceptifs oraux doit être supprimée. Après résection complète il n'y a pas d'arguments pour déconseiller une grossesse.

### **Bibliographie :**

Belghiti J, Dokmak S, Paradis V, et al. Specific management for multiple liver cell adenoma : is it justified ? Hepatology 2005;42:296A-297A.