

LES LÉSIONS HÉPATOBILIAIRES À L'ÉCHOGRAPHIE

PETIT GUIDE PRATIQUE

Pour le médecin, l'échographie abdominale est devenue relativement accessible et constitue même une extension de l'examen physique à certains égards. Dans un monde idéal, elle vient appuyer un diagnostic présomptif. Mais à l'occasion, elle est le siège de découvertes inattendues. Quelle attention doit-on porter à ces découvertes fortuites ? Quels problèmes méritent une évaluation additionnelle ?

Gilles Faust

Le présent article vise à orienter le clinicien lorsqu'un diagnostic donné est issu d'une échographie. Il est divisé en trois sections : les affections des voies biliaires, les lésions hépatiques diffuses et les lésions focales du foie.

Voici trois situations cliniques que vous avez probablement déjà rencontrées.

M^{me} Dubois, 48 ans, se plaint de dyspepsie depuis son plus jeune âge. Une échographie révèle trois calculs dans sa vésicule biliaire. Que lui recommandez-vous ?

Jean-René, 54 ans, consulte à l'urgence pour des nausées et des vomissements. Il consomme de l'alcool régulièrement, encore plus depuis sa séparation il y a six mois. À l'échographie, on note un foie multinodulaire et une stéatose diffuse. S'agit-il d'une cirrhose ?

M^{me} Lesage, 23 ans, est infirmière. Lors d'une échographie, demandée pour des infections urinaires à répétition, on lui diagnostique un hémangiome de 2,1 cm sur le lobe droit du foie. Un suivi est-il nécessaire pour une telle lésion ?

Le Dr Gilles Faust, gastro-entérologue, exerce au CHU de Sherbrooke et est professeur titulaire au Département de médecine de l'Université de Sherbrooke.

LES AFFECTIONS DES VOIES BILIAIRES

L'échographie est l'examen de choix pour évaluer l'arbre biliaire. De loin, les découvertes les plus fréquentes sont les cholélithiasés, les polypes vésiculaires et la dilatation des voies biliaires.

FICHE 1. LES CALCULS VÉSICULAIRES

En Amérique du Nord, de 12 % à 15 % de la population adulte est porteuse de calculs vésiculaires, dont plus des deux tiers ne causent pas de symptômes¹. On retient que :

- ▶ la plupart des calculs sont constitués de cholestérol ;
- ▶ les facteurs de risque les plus fréquents sont l'âge (plus de 50 ans), le sexe féminin, la multiparité, l'obésité et l'hérédité² ;
- ▶ moins de 20 % des patients sans symptômes chez qui l'on découvre des calculs à l'échographie auront des symptômes sur une période de 20 ans² ;
- ▶ la douleur « en barre » à l'étage supérieur de l'abdomen (colique biliaire) est le principal symptôme associé à la cholélithiasé ;
- ▶ après une première crise douloureuse, la récurrence est classique dans l'année qui suit chez plus de la moitié des patients, et le taux de complications (cholécystite, pancréatite, cholangite) est de 1 % à 2 % par année² ;
- ▶ bien que la cholélithiasé soit reconnue comme facteur de risque du carcinome de la vésicule biliaire, elle toucherait moins de 1 % à 3 % des patients³.

À retenir : La découverte de cholélithiasés asymptomatiques à l'échographie doit faire l'objet d'une discussion avec le patient dans le but de l'informer des symptômes possibles et des complications rares découlant de ces calculs. Une approche conservatrice est conseillée, et la dyspepsie isolée n'est pas une indication de chirurgie. Par contre, lorsque des crises douloureuses surviennent, une cholécystectomie est recommandée.

FICHE 2. LES POLYPES VÉSICULAIRES

En Amérique du Nord, la prévalence de polypes vésiculaires varie de 1 % à 4 % dans la population adulte. Ces polypes sont en général bénins et asymptomatiques³. On retient que :

- ▶ la plupart sont constitués de dépôts de cholestérol. Moins de 1 % des patients ont de vrais adénomes³ ;
- ▶ bien que le risque de carcinome soit faible, certains auteurs suggèrent un suivi échographique à une fréquence de six à douze mois pour les polypes de 10 mm à 18 mm et une cholécystectomie pour ceux de plus de 18 mm ou de croissance rapide³ ;
- ▶ les carcinomes sont rares et se présentent principalement lorsque les adénomes mesurent plus de 12 mm et sont aussi associés à la présence de cholélithiasés³.

À retenir : Les polypes vésiculaires sont le plus souvent bénins et asymptomatiques. Ceux de moins de 10 mm ne nécessitent pas de suivi. Une surveillance échographique est recommandée entre 10 mm et 18 mm et une évaluation chirurgicale s'impose pour ceux de plus de 18 mm (surtout s'ils sont accompagnés de calculs vésiculaires).

FICHE 3. LA DILATATION DES VOIES BILIAIRES

Le cholédoque normal a un diamètre de moins de 6 mm. Il peut cependant se distendre progressivement après une cholécystectomie. On doit rechercher une des causes suivantes en présence d'une dilatation cholédocienne.

- ▶ La cholédocholithiasé⁴ s'accompagne le plus souvent de douleurs abdominales, d'une perturbation du bilan hépatique et d'un ictère. La cholangite et la pancréatite sont des complications redoutables. La sensibilité de l'échographie pour la cholédocholithiasé n'est que de 50 %⁴ de sorte qu'un examen d'imagerie complémentaire et thérapeutique, comme la cholangiographie rétrograde endoscopique avec extraction de calculs, est souvent nécessaire.
- ▶ Les cancers pancréatiques et biliaires se présentent généralement par un ictère indolore ou une atteinte de l'état général. Une tomographie par ordinateur permet normalement de poser le diagnostic qui sera confirmé ensuite par un prélèvement cytopathologique.
- ▶ Les dilatations congénitales du cholédoque sont habituellement asymptomatiques et de découverte fortuite à l'imagerie. Elles sont associées à un risque accru de lithiasés et de cancers du cholédoque.

À retenir : La découverte d'une dilatation cholédocienne à l'échographie nécessite souvent un examen plus poussé (tomographie par ordinateur, IRM, écho-endoscopie, cholangiographie rétrograde endoscopique, biopsie guidée) ainsi qu'une prise en charge de l'affection sous-jacente.

LES LÉSIONS HÉPATIQUES DIFFUSES

Le foie peut être le siège de maladies aiguës ou chroniques. Les hépatites aiguës se présentent par un tableau clinique ou biologique caractéristique et ont peu de répercussions échographiques. L'échographie permet toutefois d'exclure d'autres problèmes, comme une obstruction des voies biliaires ou une atteinte vasculaire. À l'occasion, l'échographiste indiquera la présence d'une hépatalgie au passage de la sonde et d'un œdème périvésiculaire dont l'explication demeure obscure et où le diagnostic différentiel d'une cholécystite acalculuse peut être difficile.

Les maladies chroniques du foie repérables à l'échographie se résument principalement à la stéatose hépatique et à la cirrhose.

FICHE 4. LA STÉATOSE

(voir l'article du Dr Jean-Daniel Baillargeon intitulé : « La stéatose hépatique : Pas que du foie gras ! », dans le présent numéro.)

La stéatose hépatique est généralement diffuse, mais elle peut aussi être localisée et d'apparence géographique. Plus rarement, un aspect pseudotumoral justifie un examen complémentaire par IRM. Caractéristiques de la stéatose :

- ▶ la stéatose hépatique est habituellement liée à la consommation abusive d'alcool ou de certains médicaments d'ordonnance (amiodarone, méthotrexate, etc.) et à l'obésité dans le cas de stéatose non alcoolique⁵ ;
- ▶ elle est le plus souvent bénigne, mais peut évoluer vers la stéatose hépatique et la cirrhose. Des examens complémentaires et une biopsie du foie peuvent être envisagés pour établir la gravité de la lésion hépatique sous-jacente.

À retenir : En général, la stéatose hépatique pose rarement un dilemme diagnostique à l'échographie. L'enjeu principal demeure lié aux mesures thérapeutiques en vue de prévenir les complications possibles, dont la cirrhose.

FICHE 5. LA CIRRHOSE

La cirrhose du foie se veut, par définition, un diagnostic histopathologique. Cependant, les données cliniques, biologiques et d'imagerie radiologique nous font souvent soupçonner cette entité (foie nodulaire et atrophique, prééminence du lobe gauche, etc.). L'échographie montre également des complications associées à la cirrhose, comme l'ascite, l'hypertension portale, la splénomégalie et le carcinome hépatocellulaire. La recherche des problèmes suivants permettra un diagnostic étiologique et un traitement approprié le cas échéant⁶ :

- ▶ consommation chronique d'alcool ;
- ▶ obésité et stéatose hépatique non alcoolique ;
- ▶ hépatites virales B ou C ;
- ▶ hémochromatose ;
- ▶ cirrhose biliaire primitive ;
- ▶ hépatite auto-immune.

À retenir : Bien que les changements échographiques ne soient pas toujours au rendez-vous chez le patient cirrhotique, lorsqu'ils sont présents, la biopsie hépatique devient souvent obsolette, surtout lorsqu'une cause est soupçonnée. Dans les cas contraires, les changements histologiques classiques peuvent être mis en évidence par la biopsie, habituellement pratiquée sous guidance échographique.

LES LÉSIONS FOCALES DU FOIE

L'échographie abdominale permet de découvrir plusieurs lésions focales inattendues. Fort heureusement, la plupart sont bénignes et ne nécessitent aucun traitement, notamment les kystes hépatiques, les hémangiomes et les hyperplasies nodulaires focales. Les lésions solides uniques, mais aussi les lésions solides multiples font habituellement l'objet d'examens paracliniques complémentaires. Nous discuterons de l'adénome, de l'hyperplasie nodulaire focale, du carcinome hépatocellulaire, du cholangiocarcinome intrahépatique et des métastases (uniques et multiples).

FICHE 6. LES KYSTES HÉPATIQUES

Les kystes hépatiques sont facilement repérables à l'échographie. Ils sont en général asymptomatiques et ne nécessitent aucun traitement ni suivi particuliers⁷.

Points saillants

- ▶ Présents chez jusqu'à 2,5 % de la population⁷
- ▶ Généralement plus petits que 5 cm
- ▶ Plus fréquents chez la femme
- ▶ Parfois multiples^{2-4,7}
- ▶ Évoquent une maladie polykystique du foie (circonscrite au foie ou associée à une polykystose rénale) lorsqu'ils sont nombreux

À retenir : La découverte fortuite de kystes hépatiques à l'échographie n'entraîne aucun examen complémentaire, sauf si d'autres diagnostics sont mentionnés par le radiologiste, dont une maladie polykystique du foie. La douleur abdominale est rarement occasionnée par les kystes simples de moins de 5 cm⁷.

FICHE 7. LES TUMEURS BÉNIGNES

L'**adénome hépatique** et l'**hyperplasie nodulaire focale** sont les deux tumeurs bénignes les plus fréquentes⁸.

Points saillants

- ▶ Elles nécessitent le plus souvent un examen d'imagerie complémentaire pour les caractériser (tomodensitométrie ou IRM).
- ▶ L'hyperplasie nodulaire focale est plus fréquente que l'adénome, mais ce dernier entraîne plus régulièrement des complications.
- ▶ Les deux tumeurs surviennent davantage chez la femme, mais seul l'adénome présente un lien direct avec les anovulants et la grossesse⁸.
- ▶ Bien que n'ayant souvent aucun symptôme au moment de la découverte de la tumeur, jusqu'à 25 % des patients peuvent éprouver une douleur ou un inconfort dans le quadrant supérieur droit de l'abdomen⁸. Une douleur aiguë ou un tableau de choc doit évoquer une rupture d'adénome.
- ▶ La néotransformation de l'adénome en carcinome hépatocellulaire, bien que rare, est parfois difficile à diagnostiquer.

À retenir : Les tumeurs bénignes trouvées à l'échographie doivent être confirmées par tomodensitométrie ou IRM. L'hyperplasie nodulaire focale ne demande aucun suivi ni aucun traitement, sauf si elle est symptomatique ou si le diagnostic demeure incertain. L'adénome de petite taille peut à l'occasion régresser avec l'arrêt des anovulants, mais nécessite le plus souvent une résection chirurgicale lorsqu'il est symptomatique, de taille supérieure à 5 cm ou si une grossesse est souhaitée⁸. Un suivi par imagerie est toujours recommandé si une approche conservatrice est préconisée.

FICHE 8. LES HÉMANGIOMES

Les hémangiomes hépatiques demeurent la découverte fortuite la plus courante à l'échographie du foie. Ils sont en général asymptomatiques et ne nécessitent pas d'examen paracliniques complémentaires. Leurs complications sont rares.

Points saillants⁹

- Observés dans jusqu'à 7 % des autopsies, le plus souvent sur le lobe droit⁹
- Plus fréquents chez la femme^{1,4,7,9}
- Parfois multiples^{2,4,7}
- Peuvent augmenter en diamètre avec l'âge
- Généralement de moins de 4 cm, mais parfois plus volumineux (hémangiomes caverneux) ; les complications hémorragiques sont rares lorsque le diamètre est inférieur à 6 cm
- Possiblement liés aux œstrogènes (plus fréquents chez les femmes multipares que nullipares), mais pas aux anovulants

À retenir : L'hémangiome est le plus souvent une découverte inattendue à l'échographie. Dans certaines circonstances, sa confirmation peut exiger d'autres examens d'imagerie (tomodensitométrie séquentielle, IRM ou cartographie des globules rouges). Aucun suivi échographique n'est recommandé pour les hémangiomes simples.

FICHE 9. LES TUMEURS MALIGNES

Les tumeurs malignes du foie sont souvent découvertes lors d'un examen demandé en raison de certains symptômes (douleurs abdominales, atteinte de l'état général) ou lors d'un dépistage systématique du carcinome hépatocellulaire chez le patient cirrhotique.

Points saillants

- Les tumeurs malignes du foie révélées par l'échographie nécessitent habituellement un examen d'imagerie complémentaire et une confirmation du pathologiste.
- Le **carcinome hépatocellulaire** survient le plus souvent en cas de cirrhose, quelle qu'en soit la cause, et les hommes sont plus touchés que les femmes. Le pronostic dépend de la taille du carcinome, de l'état général du patient et de la maladie hépatique sous-jacente. Le dépistage est recommandé chez tout patient cirrhotique dont l'état est stable (échographie et alphafœtoprotéine tous les six mois)¹⁰. Il existe une controverse sur l'alphafœtoprotéine dans le dépistage du carcinome hépatocellulaire. Le niveau de preuves pour l'exclure n'est pas celui d'une étude prospective qui compare un programme utilisant l'échographie et l'alphafœtoprotéine à un autre n'ayant recours qu'à l'échographie. Nous préférons donc, pour l'instant, maintenir la recommandation d'utiliser les deux tests de dépistage du carcinome hépatocellulaire¹¹.
- Le **cholangiocarcinome intrahépatique**, bien que rare, complique occasionnellement une maladie inflammatoire chronique (cholangite sclérosante, infection parasitaire). Son pronostic est fonction de sa résectabilité.
- Les **métastases hépatiques**, découvertes à l'échographie, sont le plus souvent multiples, mais parfois aussi uniques. Les examens paracliniques servant à rechercher un cancer primitif doivent être guidés par les données de l'anamnèse et de l'examen physique. À défaut d'un indice clair, le tractus digestif doit être évalué, notamment le colon et le rectum.

À retenir : Le foie est le foyer le plus fréquent de métastases d'une tumeur primitive de l'appareil digestif. Elles sont le plus souvent multiples, et leur évaluation doit reposer sur le tableau clinique. Les tumeurs primitives du foie présentent un défi pour le diagnostic précoce. Le dépistage du carcinome hépatocellulaire doit être envisagé chez un patient cirrhotique.

RETOUR SUR LES CAS

- Les cholélithiases de M^{me} Dubois ne sont pas liées à sa dyspepsie. Patiente à revoir si elle présente des symptômes évocateurs de colique biliaire.
- Jean-René souffre probablement d'une cirrhose alcoolique. D'autres causes doivent cependant être éliminées avant de poser un diagnostic définitif. Le patient doit subir une évaluation de sa fonction hépatocellulaire et doit être traité pour sa dépendance à l'alcool.
- Aucun suivi n'est recommandé pour M^{me} Lesage puisqu'elle n'a aucun symptôme spécifique.

SUMMARY

Ultrasound of Hepatobiliary Lesions: Quick Reference

Guide. Abdominal ultrasound is still the first-line test of choice for imaging hepatobiliary disorders. Some findings are of clinical interest, while several benign entities have no significant implications for the patient. The main issue facing clinicians is for them to recognize these conditions and to provide the necessary care, which is often limited to reassuring the patient. Where appropriate, a supplementary investigation may be discussed with the radiologist, who plays a vital role in selecting the optimal diagnostic procedures.

CONCLUSION

L'échographie abdominale demeure l'examen privilégié en première intention pour l'imagerie des maladies hépatobiliaires. Certaines découvertes se veulent d'intérêt clinique tandis que plusieurs entités bénignes sont sans incidence considérable pour le patient. L'enjeu principal pour le médecin est de reconnaître ces problèmes et d'effectuer le suivi nécessaire qui, dans bien des cas, se limite à rassurer le patient. Les examens paracliniques complémentaires, lorsqu'ils sont appropriés, peuvent être abordés avec le radiologiste dont le rôle est crucial dans le choix des méthodes diagnostiques optimales. //

Date de réception : le 30 septembre 2014

Date d'acceptation : le 22 octobre 2014

Le Dr Gilles Faust n'a signalé aucun intérêt conflictuel.

BIBLIOGRAPHIE

1. Russo MW, Wei JT, Thiny MT et coll. Digestive and liver diseases statistics, 2004. *Gastroenterology* 2004; 126 (5): 1448-53.
2. Gracie WA, Ransohoff DF. The natural history of silent gallstones: the innocent gallstone is not a myth. *N Engl J Med* 1982; 307 (13): 798-800.
3. Terzi C, Sokmen S, Seckin S et coll. Polypoid lesions of the gallbladder: report of 100 cases with special reference to operative indications. *Surgery* 2000; 127 (6): 622-7.
4. Yusuf TE, Baron TH. AIDS Cholangiopathy. *Curr Treat Options Gastroenterol* 2004; 7 (2): 111-7.
5. Torres DM, Williams CD, Harrison SA. Features, diagnosis and treatment of nonalcoholic fatty liver disease. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2012; 10 (8): 837-58.
6. Malhi H, Gores GJ. Cellular and molecular mechanisms of liver injury. *Gastroenterology* 2008; 134 (6): 1641-54.
7. Cowles RA, Mulholland MW. Solitary hepatic cysts. *J Am Coll Surg* 2000; 191 (3): 311-21.
8. Brunt EM. Benign tumors of the liver. *Clin Liver Dis* 2001; 5 (1): 1-15.
9. Dickie B, Dasgupta R, Nair R et coll. Spectrum of hepatic hemangiomas: management and outcome. *J Pediatr Surg* 2009; 44 (1): 125-33.
10. Forner A, Llovet JM, Bruix J. Hepatocellular carcinoma. *Lancet* 2012; 379 (9822): 1245-55.
11. EL-Serag HB. *Postgraduate Course 2010. Viral Hepatitis and Hepatocellular Carcinoma*. Alexandria: American Association for the Study of Liver Diseases; 2010. p. 189-96.

Le Dr Gilles Faust tient à remercier la Dr^{re} Nathalie Voyer, radiologiste au Département de radiologie du CHU de Sherbrooke.



**La FMOQ participe au 1000 km
du Grand défi Pierre Lavoie
les 11, 12, 13 et 14 juin
du Saguenay–Lac-Saint-Jean
jusqu'à Montréal**



**L'équipe de la Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec :**

- Dr^{re} Josée Bouchard (Pohénégamook)
- Dr Alain Demers (Sherbrooke)
- Dr Serge Dulude (Montréal)
- Dr Pierre Gosselin (Port-Cartier)
- Dr Jean-François Hamel (Saint-Georges de Beauce)
- Dr Jacques Bergeron (Granby), chauffeur

**Encouragez l'équipe
ou l'un de ses membres**

Vos dons iront aux écoles qu'elle parraine
<https://www.legdpl.com/equipe-136>

