

Diagnostic du carcinome hépatocellulaire

Rédacteur : Jean-Claude TRINCHET (1, 2)

(1) Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Hôpital Jean Verdier, Service d'Hépatogastroentérologie, 93140 Bondy.

(2) Université Paris 13, UFR SMBH, 93000 Bobigny.

Correspondance

Pr Jean-Claude TRINCHET

Service d'Hépatogastroentérologie - Hôpital Jean Verdier - 93143 Bondy Cedex

E-mail: jean-claude.trinchet@jvr.aphp.fr

Tél: 01 48 02 62 80

Fax: 01 48 02 62 02

Conflits d'intérêts

Aucun.

Relecteurs : Jean-Frédéric Blanc, Sébastien Dharancy, Philippe Merle, Jean-Marie Péron

Le carcinome hépatocellulaire (CHC), la plus fréquente des tumeurs malignes primitives du foie, survient dans 90% des cas chez un patient atteint de cirrhose. Savoir si le parenchyme hépatique est cirrhotique ou non est une étape préalable indispensable pour le diagnostic, qui peut requérir la **biopsie du parenchyme non tumoral** ou l'usage des tests non invasifs (Fibromètre[®], Fibrotest[®], Fibroscan[®]). Le diagnostic de cirrhose peut parfois également être évoqué sur les examens d'imagerie (dysmorphie hépatique, circulation collatérale).

En présence d'une ou plusieurs **lésions focales hépatiques**, la démarche diagnostique (qui doit se faire en RCP spécifique dédiée) dépend donc de l'existence ou non d'une cirrhose (Figure 1):

En cas de cirrhose

- Toute lésion focale hépatique chez un patient atteint de cirrhose est un CHC jusqu'à preuve du contraire, quel que soit son aspect en échographie (hypo- ou hyperéchogène).
- La découverte d'une lésion focale échographique nécessite une **procédure diagnostique** : examens d'imagerie avec injection de produit de contraste, éventuellement biopsie guidée par l'imagerie.
- L'**algorithme diagnostique** dépend de la taille des lésions focales (Figure 1) :

* lorsque la lésion focale mesure plus de 10 mm de diamètre, le diagnostic de CHC peut

Conseil de pratique

- 3 -

être fait sans recourir à la biopsie (diagnostic probabiliste) si l'on observe l'aspect typique (hypervascularisation artérielle et lavage portal/tardif) sur un seul examen d'imagerie injectée, TDM ou IRM. Lorsque l'aspect typique n'est pas observé sur le premier examen (TDM par exemple), il est recommandé de faire le second (IRM dans cet exemple). Lorsque l'aspect typique n'est observé sur aucun de ces deux examens, il est recommandé de faire une biopsie guidée (sur le nodule et le parenchyme hépatique adjacent). Lorsque la biopsie ne permet pas d'établir le diagnostic, il n'y a pas de consensus concernant l'attitude à adopter : soit faire une seconde biopsie guidée, soit poursuivre la surveillance (TDM ou IRM tous les 3 mois ?). Dans tous les cas un suivi rapproché est nécessaire.

* lorsque la lésion focale mesure moins de 10 mm de diamètre, il est généralement impossible d'établir le diagnostic : l'aspect typique en imagerie n'est que très rarement observé lorsque le CHC est de très petit diamètre, et la rentabilité de la biopsie guidée est très faible du fait de la difficulté pour obtenir un prélèvement fiable. Une surveillance échographique renforcée (tous les 3 mois) est alors recommandée. En cas d'augmentation du diamètre de la lésion focale, une nouvelle procédure diagnostique doit être réalisée selon les règles décrites ci-dessus. Lorsque la lésion focale reste stable pendant plus de 18-24 mois, la périodicité de la surveillance échographique peut revenir à 6 mois, après avis d'un radiologue expert.

- Trois points supplémentaires doivent être soulignés :

* Une concentration sérique d'alpha-fœtoprotéine élevée, même supérieure à 200-400 ng/ml, n'est plus considérée comme suffisamment spécifique pour établir le diagnostic de

Conseil de pratique

CHC (une telle élévation est possible en cas de tumeur maligne non hépatique, notamment digestive).

* L'apparition d'une lésion focale chez un patient soumis au dépistage échographique périodique permet d'affirmer le caractère néoplasique de la lésion, mais pas de déterminer sa nature : outre un CHC, il peut s'agir d'un nodule dysplasique, mais aussi d'un cholangiocarcinome, d'un lymphome, ou d'une métastase.

* La biopsie de la tumeur apporte des éléments pronostiques (utile dans des prises en charges complexes) et est souvent nécessaire pour inclure les patients dans les nouveaux essais thérapeutiques.

En l'absence de cirrhose

Le diagnostic probabiliste du CHC n'est pas validé. La réalisation d'une **biopsie guidée** par l'imagerie est indispensable (sur le nodule et le parenchyme hépatique adjacent). Cet examen permet d'établir le diagnostic de CHC chez les patients atteints de maladie chronique du foie sans cirrhose (surtout stéato-hépatite dysmétabolique ou infection chronique par le VHB) et chez les patients sans maladie chronique du foie identifiée (foie normal).

Références

1. Bruix J, Sherman M. Management of hepatocellular carcinoma: An update. Hepatology 2011;53:1020-1022.
2. Trinchet JC, Alperovitch A, Bedossa P, Degos F, Hainaut P, Beers BV. [Epidemiology,

prevention, screening and diagnosis of hepatocellular carcinoma]. Bull Cancer
2009;96:35-43.

Figure 1 – Diagnostic du carcinome hépatocellulaire (d'après les recommandations de l'AASLD 2011).

