

# JFHOD

15-18 MARS  
PARIS  
2012



## Diagnostic des nodules sur cirrhose. Quelle est la place de la biopsie ?

Jean-Claude TRINCHET

Hôpital Jean Verdier - 93140 Bondy



## Conflits d'intérêt

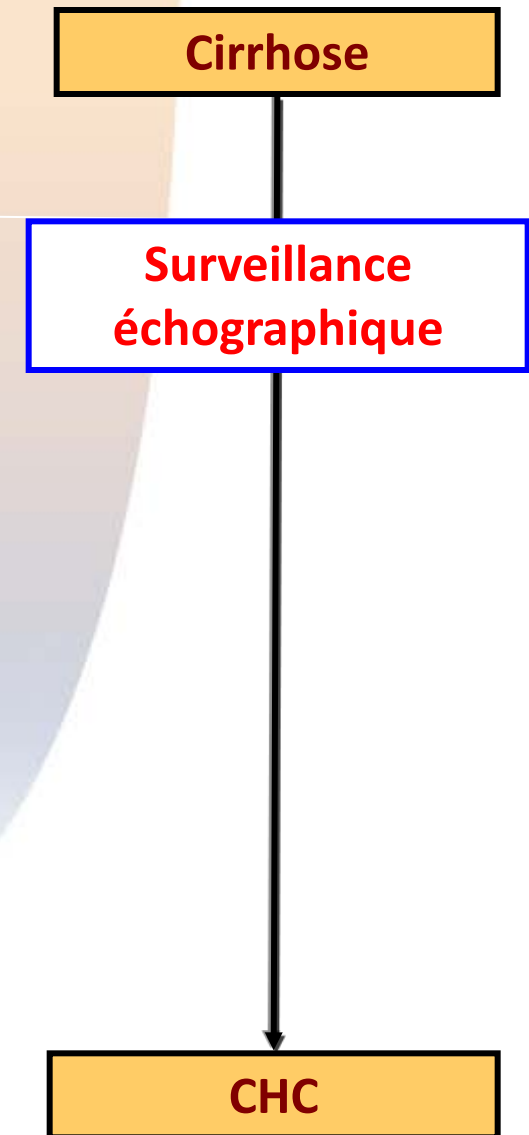
- Aucun

## Objectifs pédagogiques

- **Connaître les différents types de lésions focales hépatiques (nodules) que l'on peut observer en cas de cirrhose.**
- **Connaître les éléments qui permettent, devant un nodule chez un cirrhotique, de faire le diagnostic de carcinome hépatocellulaire sans recourir à la biopsie.**
- **Savoir dans quelles circonstances la biopsie du nodule est indispensable.**
- **Savoir dans quelles circonstances la biopsie du nodule peut être évitée.**

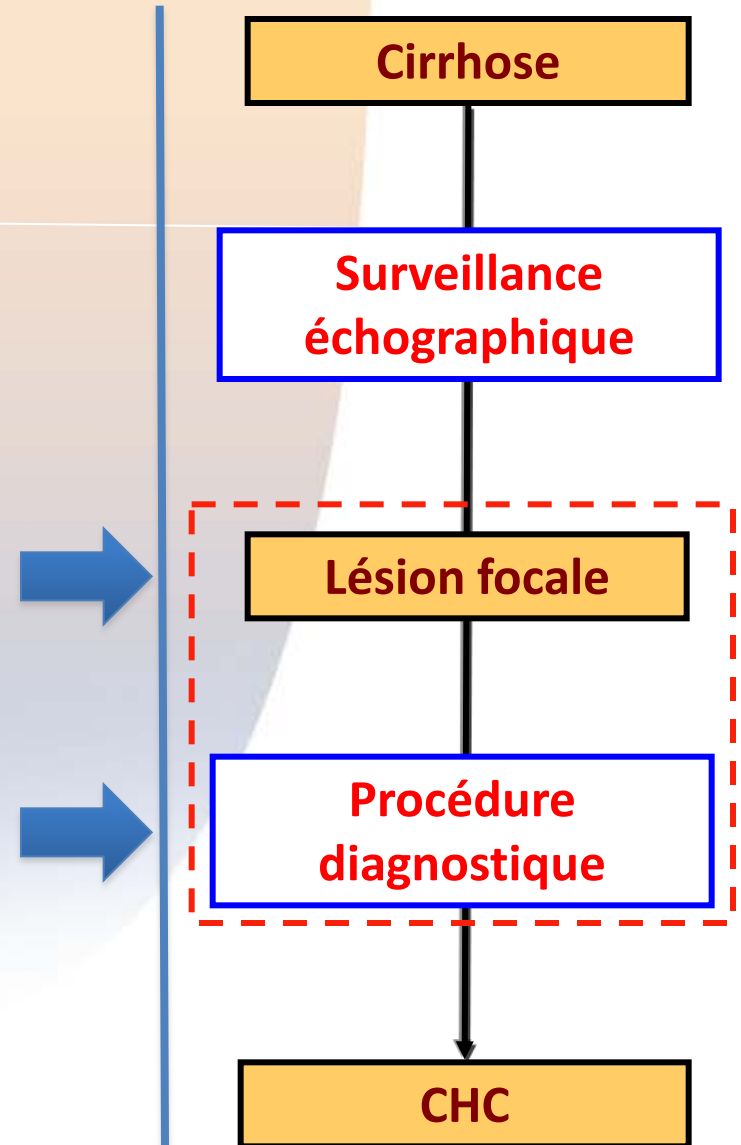
## Dépistage du CHC

- **Tous les 6 mois**
  - **Echographie +++**
    - Peu coûteux et non invasif
    - Opérateur expérimenté +++
  - **AFP sérique**
    - *Sensibilité et spécificité faibles*
    - *Utilité ?*
- **Objectif : CHC « curable »**
  - Ablation percutanée
  - Résection
  - Transplantation

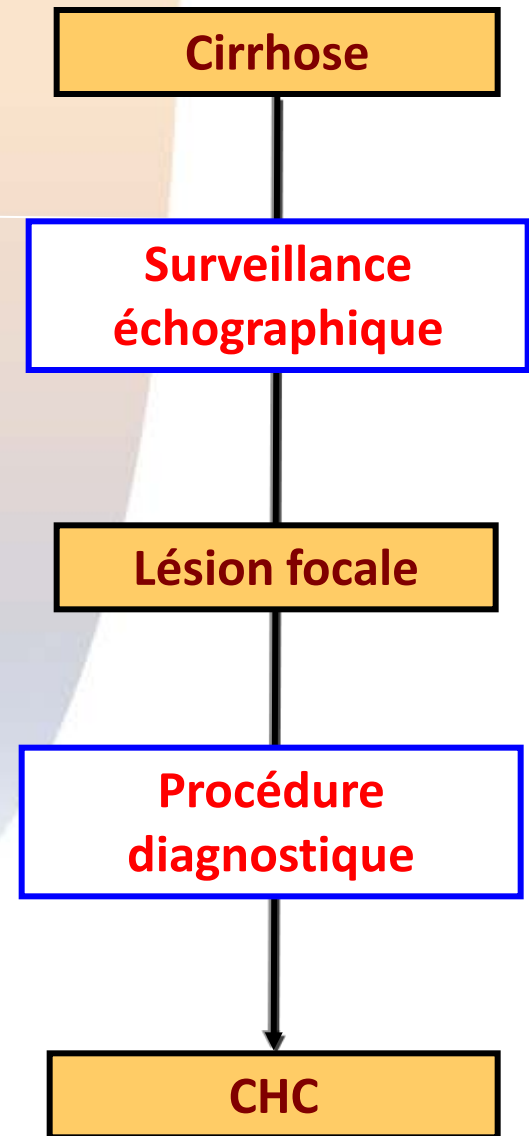
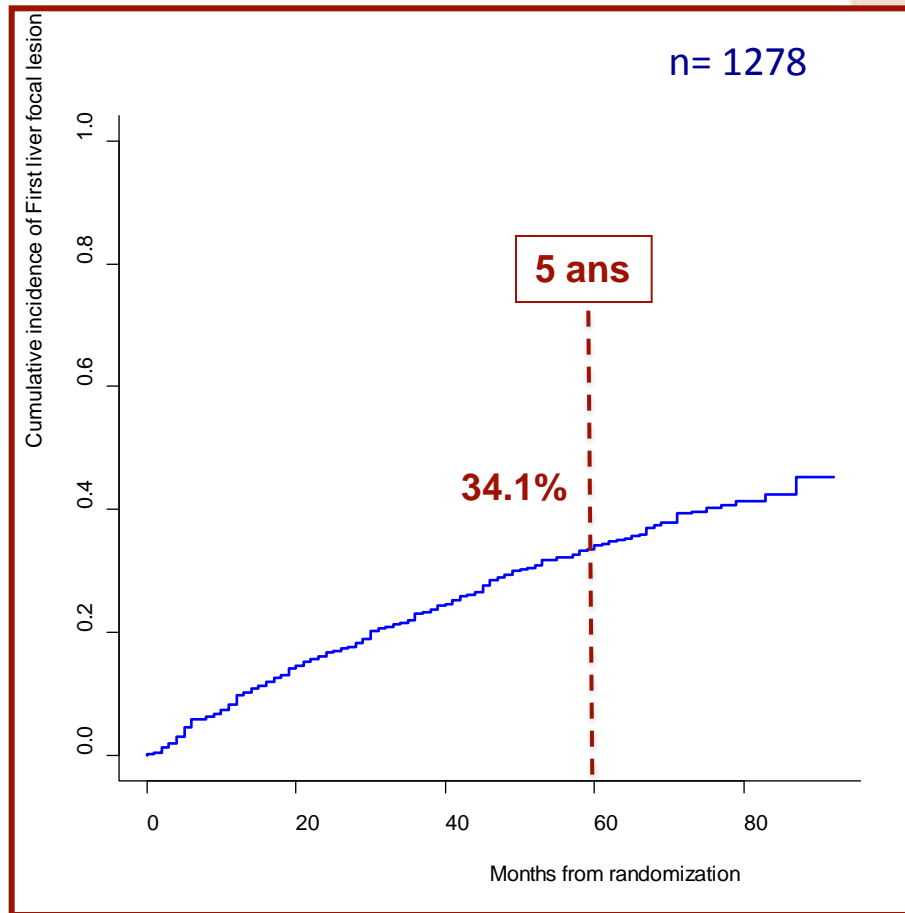


## Dépistage du CHC

- **Tous les 6 mois**
  - **Echographie +++**
    - Peu coûteux et non invasif
    - Opérateur expérimenté +++
  - **AFP sérique**
    - *Sensibilité et spécificité faibles*
    - *Utilité ?*
- **Objectif : CHC « curable »**
  - Ablation percutanée
  - Résection
  - Transplantation



## Incidence des lésions focales



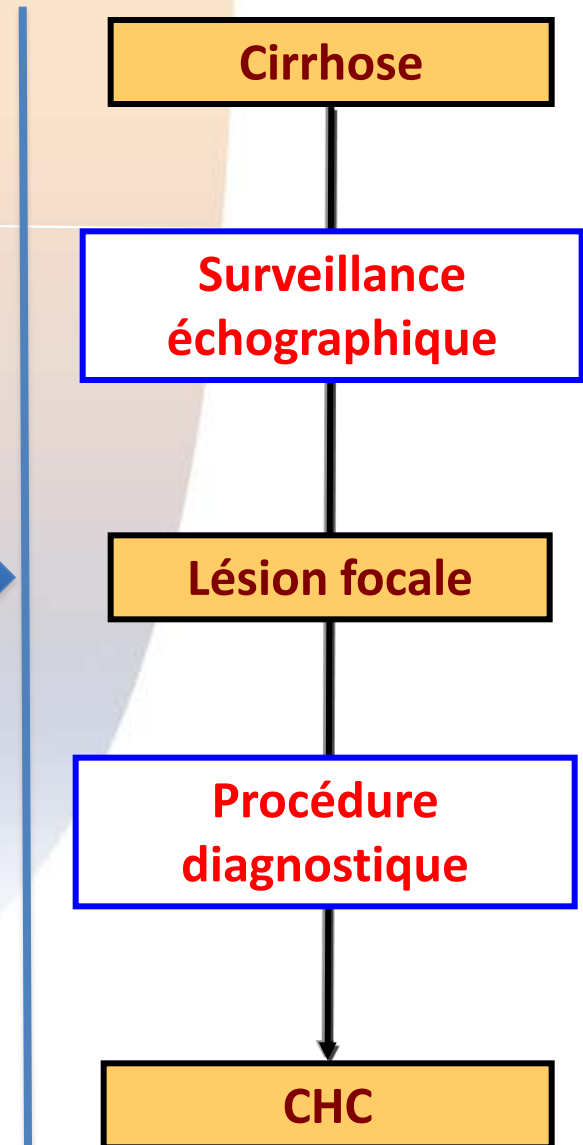
*Trinchet et al. Hepatology 2011;54:1987-97*

## ■ Lésions focales malignes

- Carcinome hépatocellulaire
- Cholangiocarcinome intrahépatique
- Lymphome primitif
- Métastase

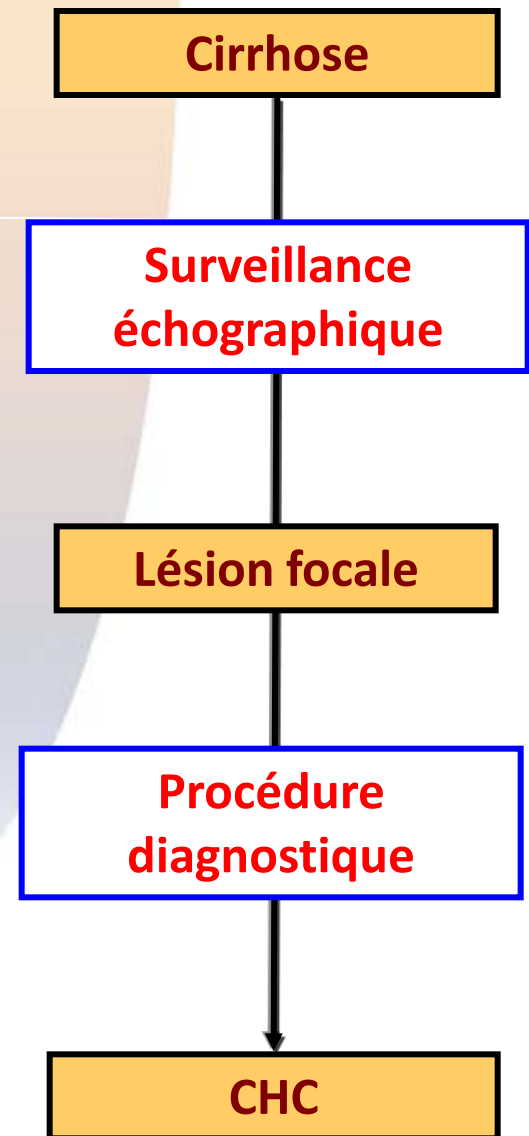
## ■ Lésions focales bénignes

- Macronodule de régénération
- Nodule dysplasique (bas/haut grade)
- Hémangiome
- Hyperplasie nodulaire focale
- Stéatose irrégulière



## Procédure diagnostique

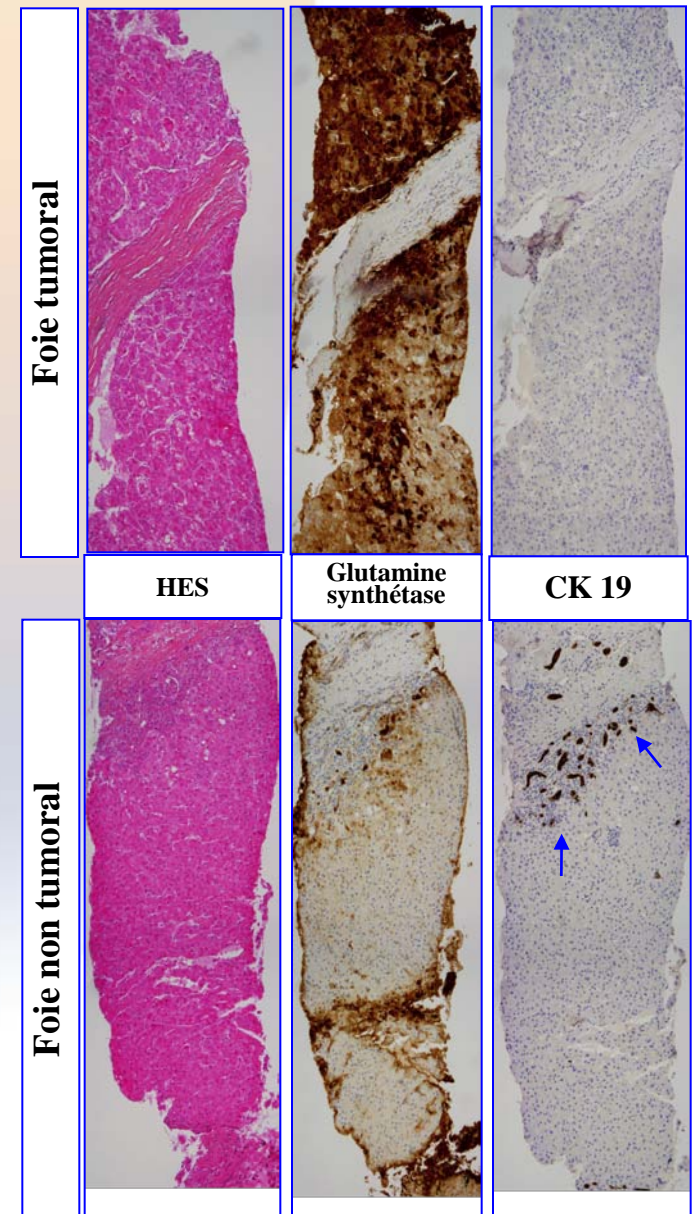
- **Biopsie**
  - Guidée par l'imagerie
  - Preuve histologique +++
- **TDM ou IRM**
  - Injection produit de contraste
  - Aspect typique +++
- ***Echo de contraste***                    ***NON***
- ***AFP sérique***                            ***NON***





## Procédure diagnostique

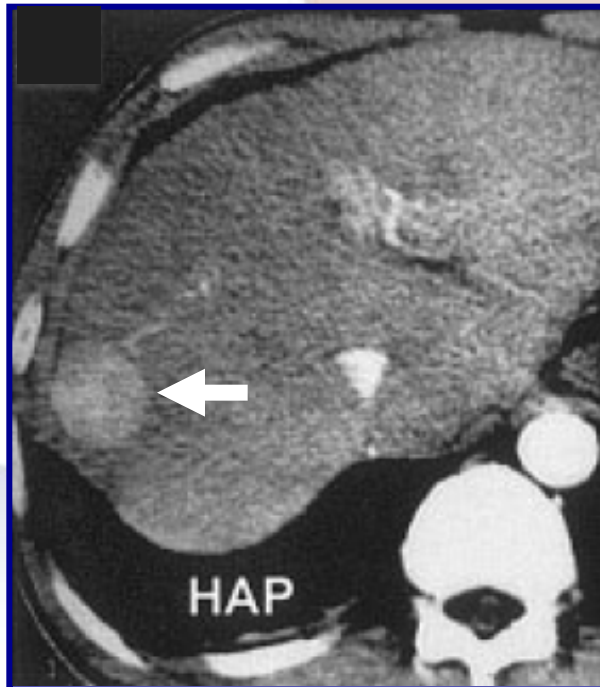
- **Biopsie guidée du nodule**
  - **Histologie**
    - Atypies cellulaires et architecturales
    - NDHG vs CHC : invasion stromale ++
  - **Immunomarquages**
    - CHC vs cirrhose
    - CHC vs autres carcinomes
  - *Différenciation (Edmondson)*
- **Biopsie du foie non tumoral +++**
  - Preuve de la cirrhose
  - Comparaison avec le foie tumoral



## Procédure diagnostique

### ■ TDM ou IRM

- Injection de produit de contraste
- Aspect typique ++
  - Hypervasc. artérielle et
  - Wash out portal/tardif
- Spécificité > 95%



Hypervascularisation  
artérielle



Lavage (« washout »)  
portal / tardif

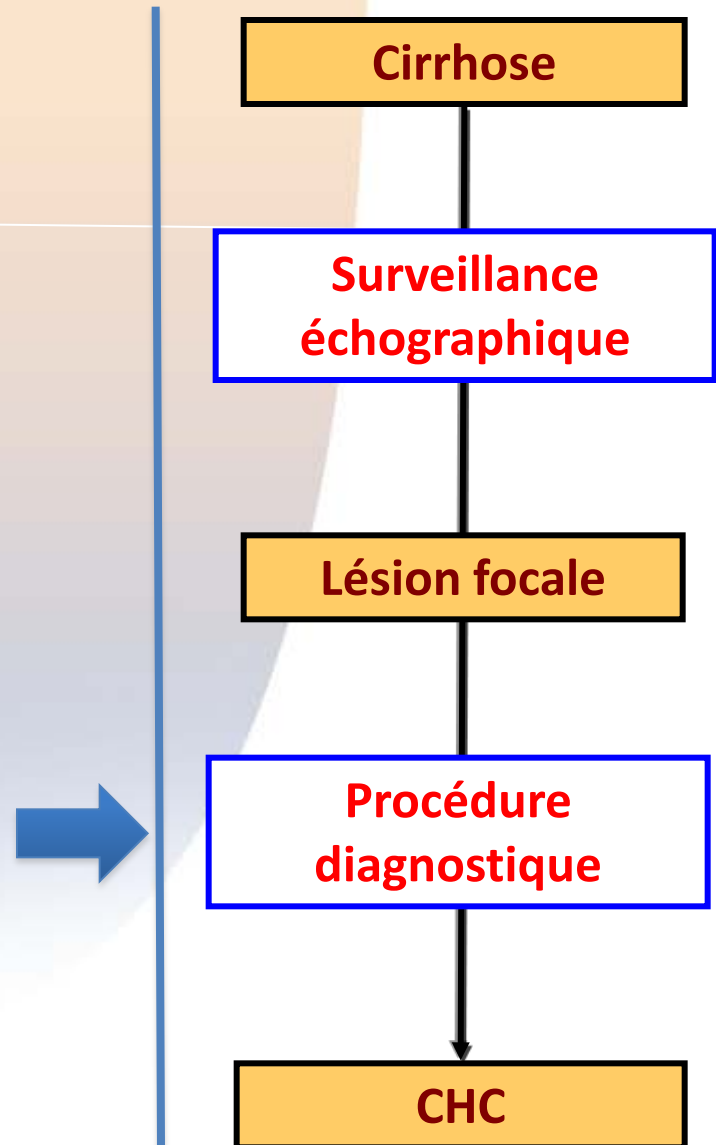
## Procédure diagnostique

- **Biopsie**
  - Examen invasif
  - Difficultés techniques ++
    - Taille (< 10 mm)
    - Localisation (dôme)
  - Sensibilité insuffisante
    - Faux négatifs: 30% (nod. < 20mm)
- **TDM ou IRM**
  - Qualité technique (refaire) ++
  - Sensibilité insuffisante
    - Faux négatifs: 20 à 50% (nod. 10-20 mm)

*Bruix et Sherman. Hepatology 2011;53:1020-2*

*Khalili et al. J Hepatol 2011;54:723-8*

*Forner et al. Hepatology 2008;47:97-104*



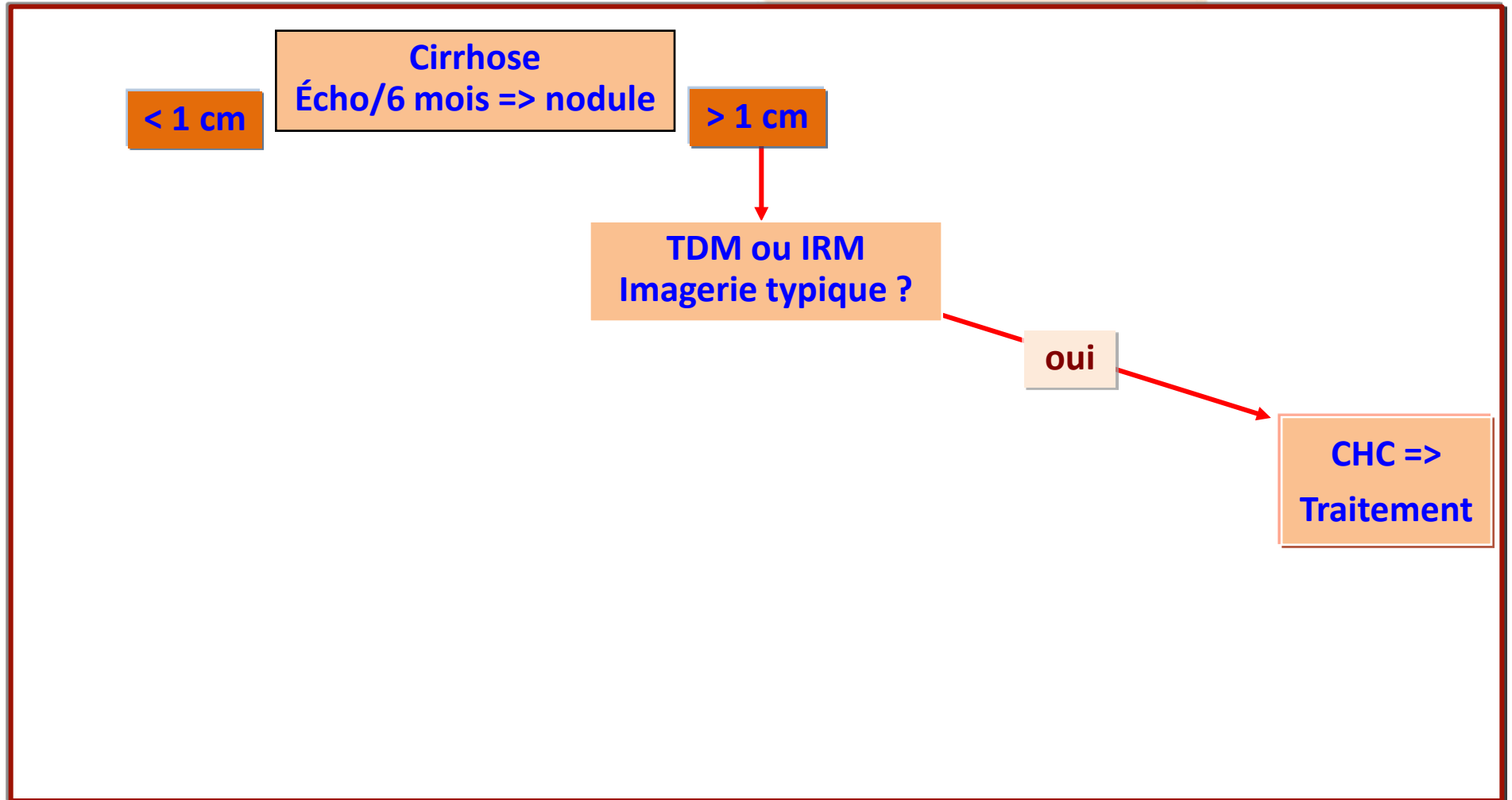
## Algorithme diagnostique

< 1 cm

Cirrhose  
Écho/6 mois => nodule

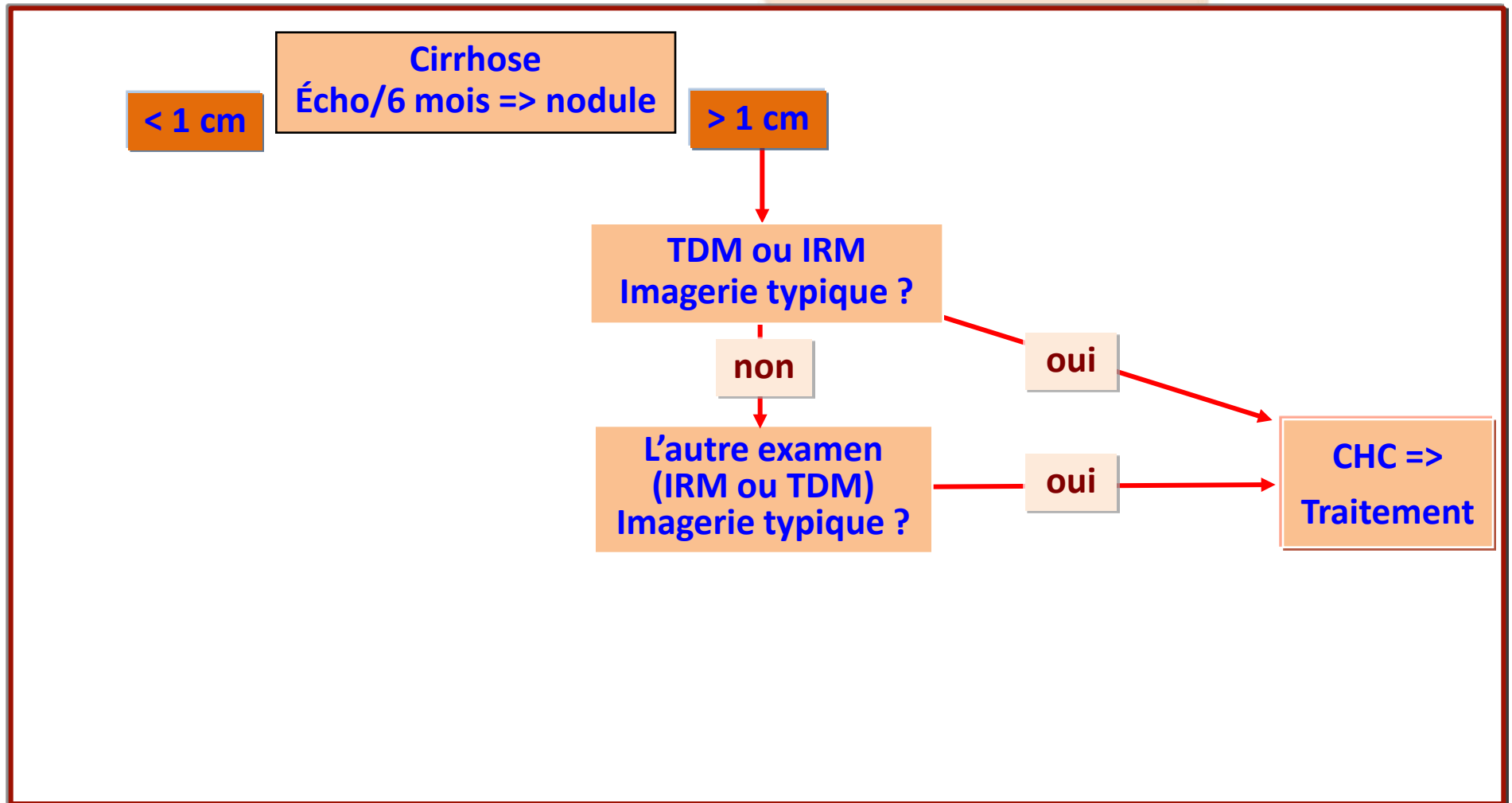
> 1 cm

## Algorithme diagnostique



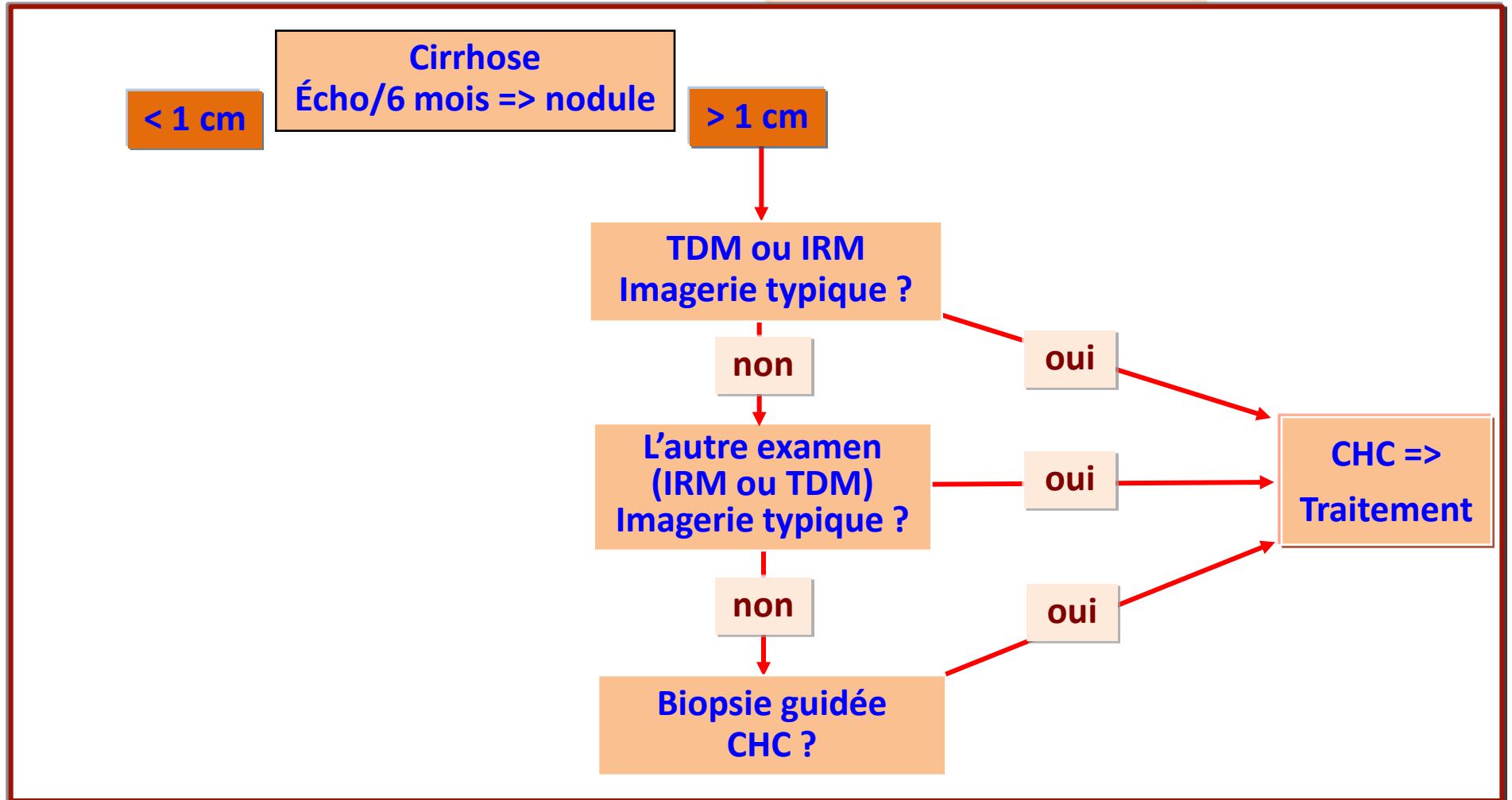
d'après Bruix et Sherman. *Hepatology* 2011;53:1020-22

## Algorithme diagnostique

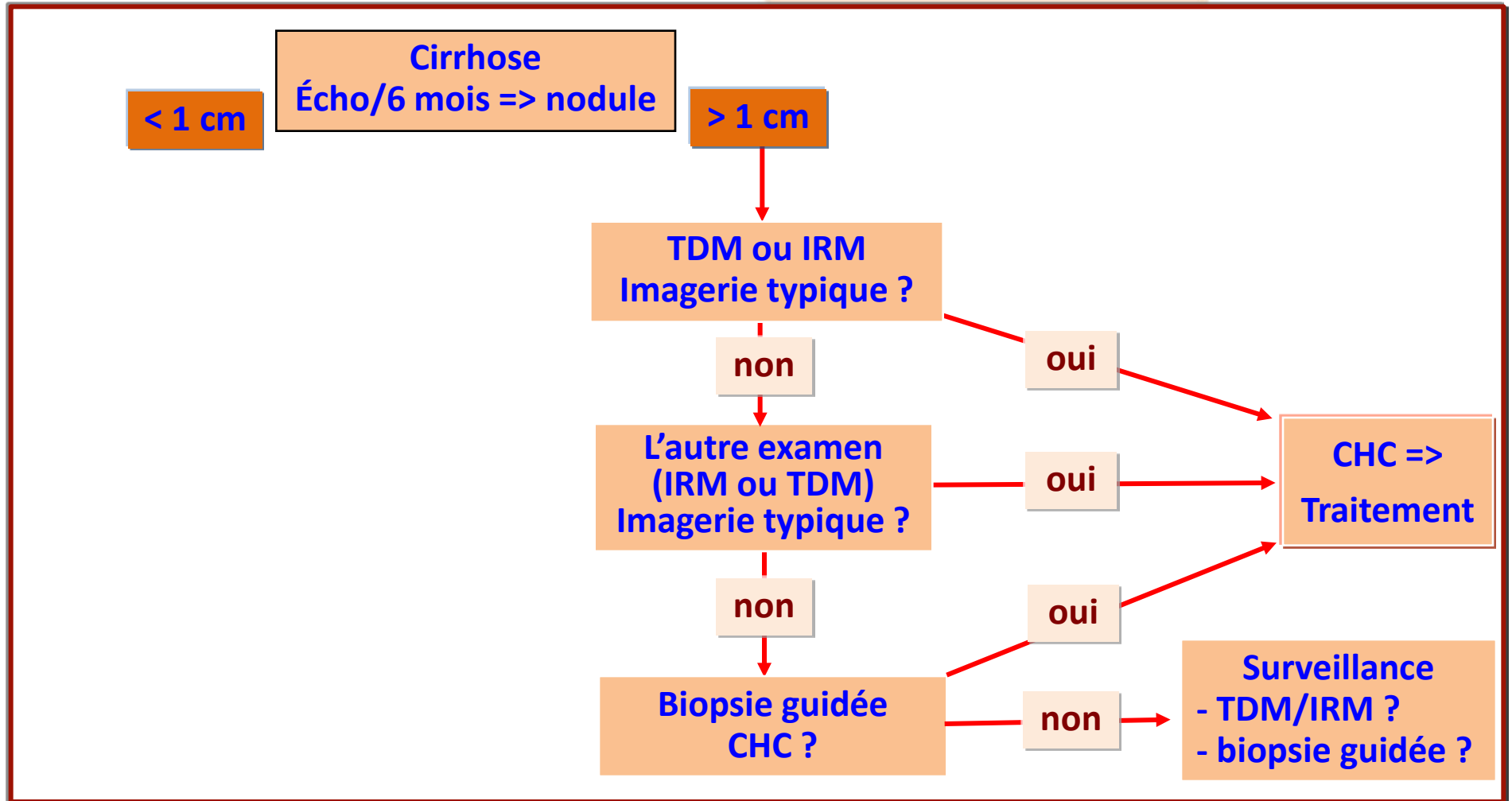


d'après Bruix et Sherman. *Hepatology* 2011;53:1020-22

## Algorithme diagnostique



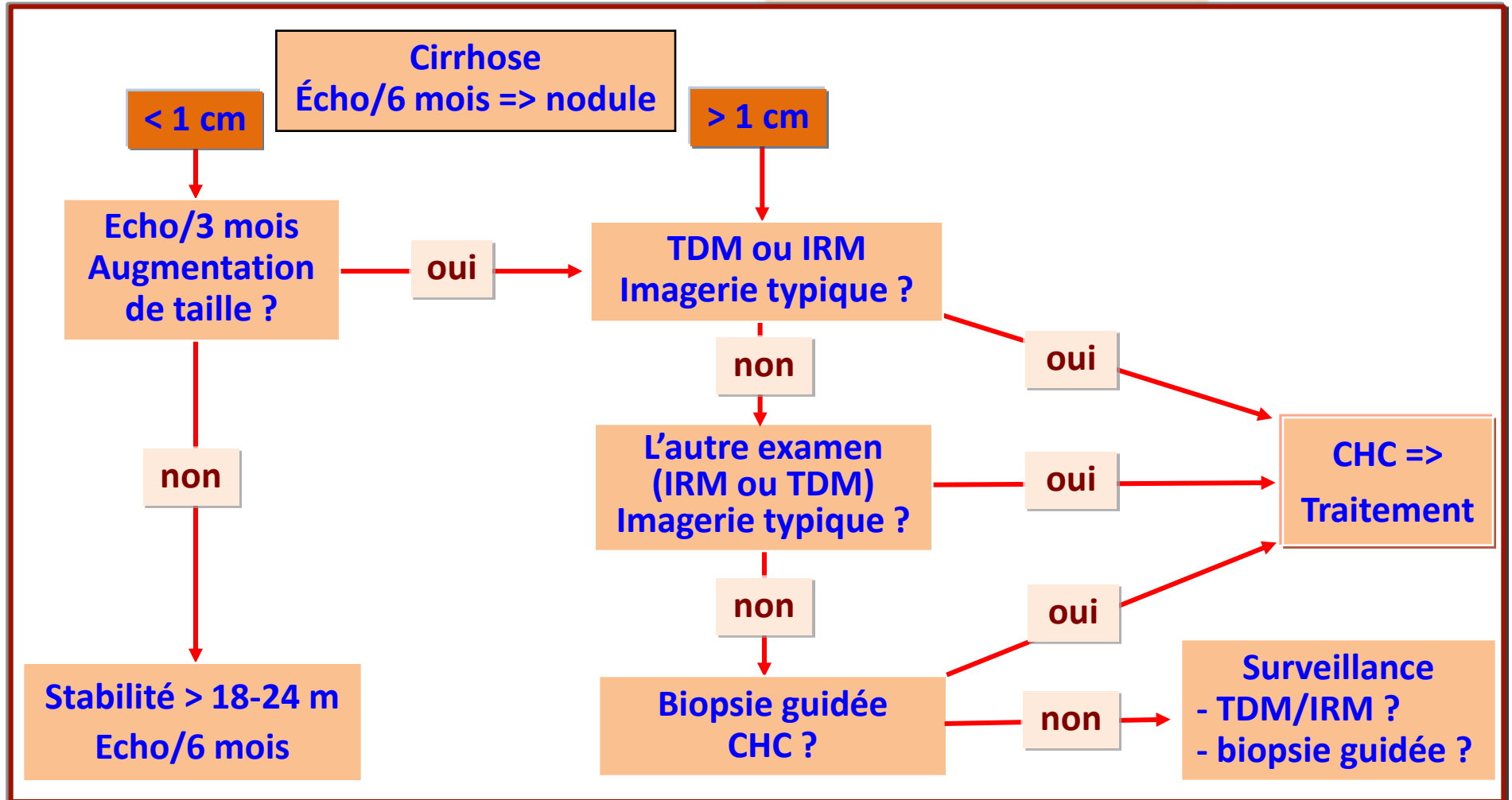
## Algorithme diagnostique



d'après Bruix et Sherman. *Hepatology* 2011;53:1020-22



## Algorithme diagnostique

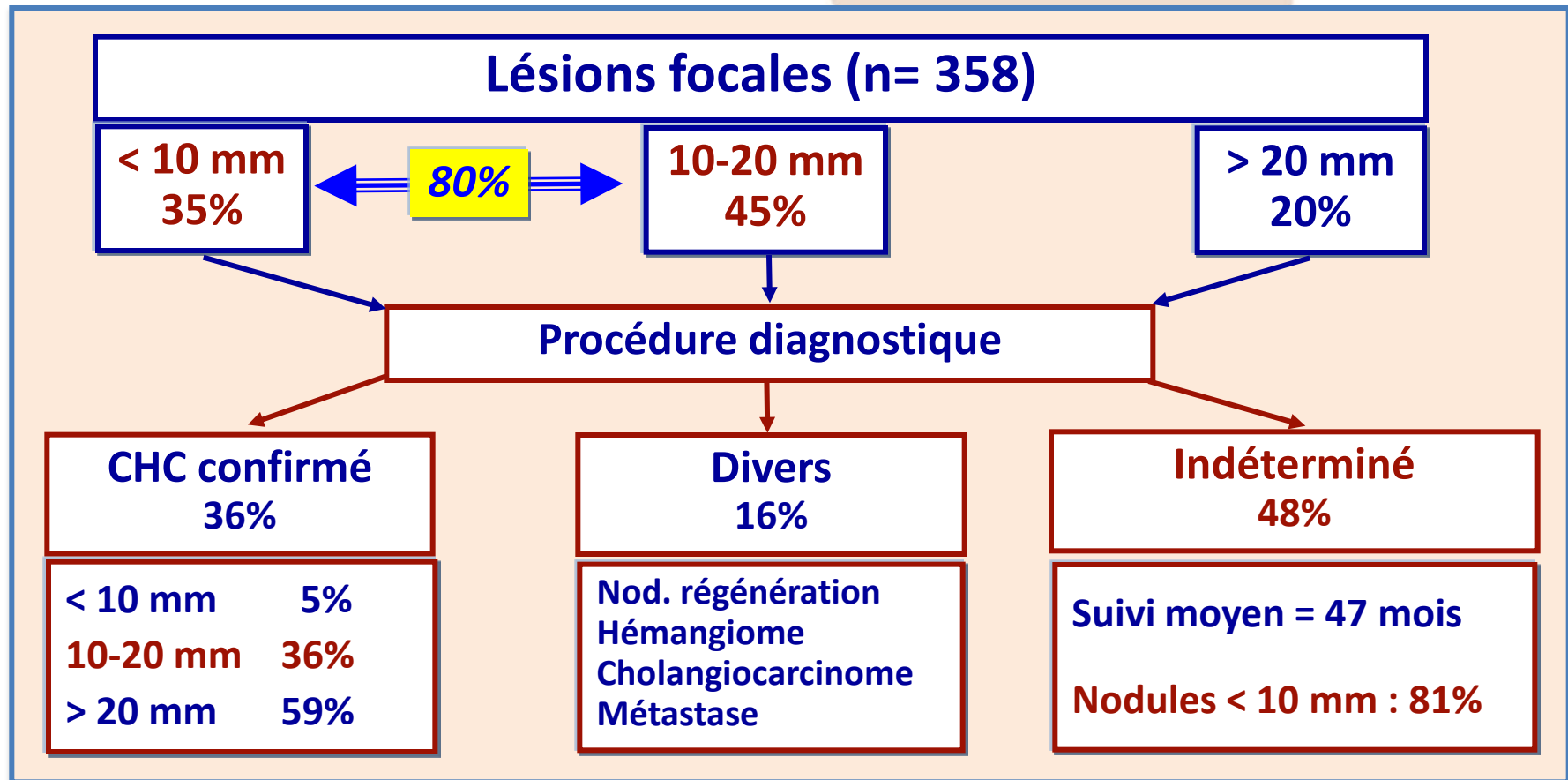


d'après Bruix et Sherman. *Hepatology* 2011;53:1020-22

## Algorithme diagnostique

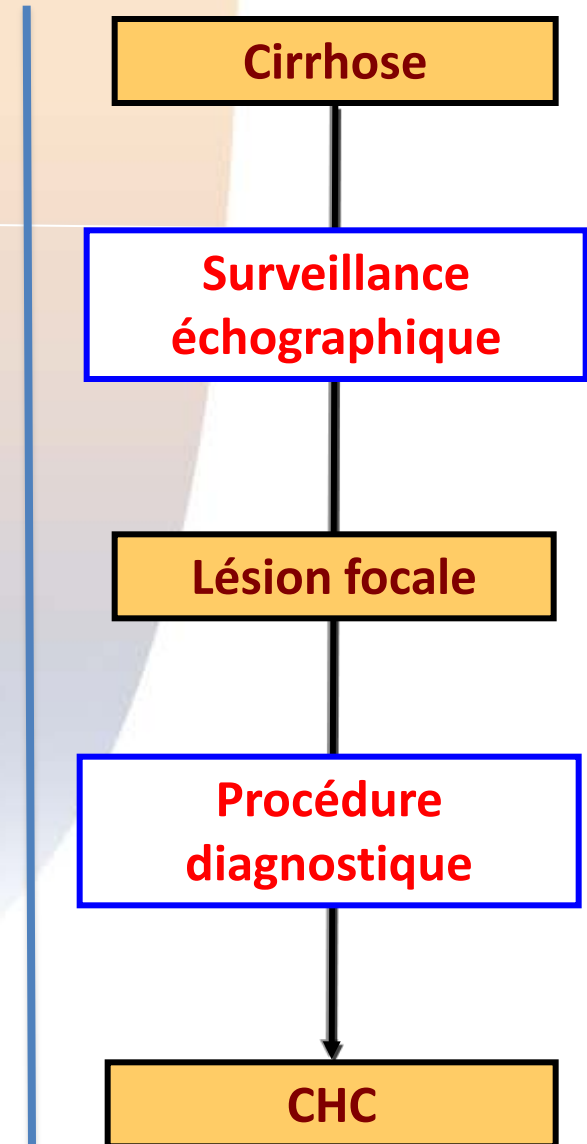
- **Autres arguments diagnostiques**
    - Augmentation progressive de l' AFP sérique
    - Apparition d' un nodule pendant la surveillance
  - **Respect strict des critères non invasifs**
    - Radiologue expérimenté ++
    - TDM/IRM: zones hypervasculaires sans traduction échographique
  - **Preuve histologique du CHC**
    - Nécessaire avant transplantation ++
- => RCP spécialisée**

## Algorithme diagnostique: la vie réelle



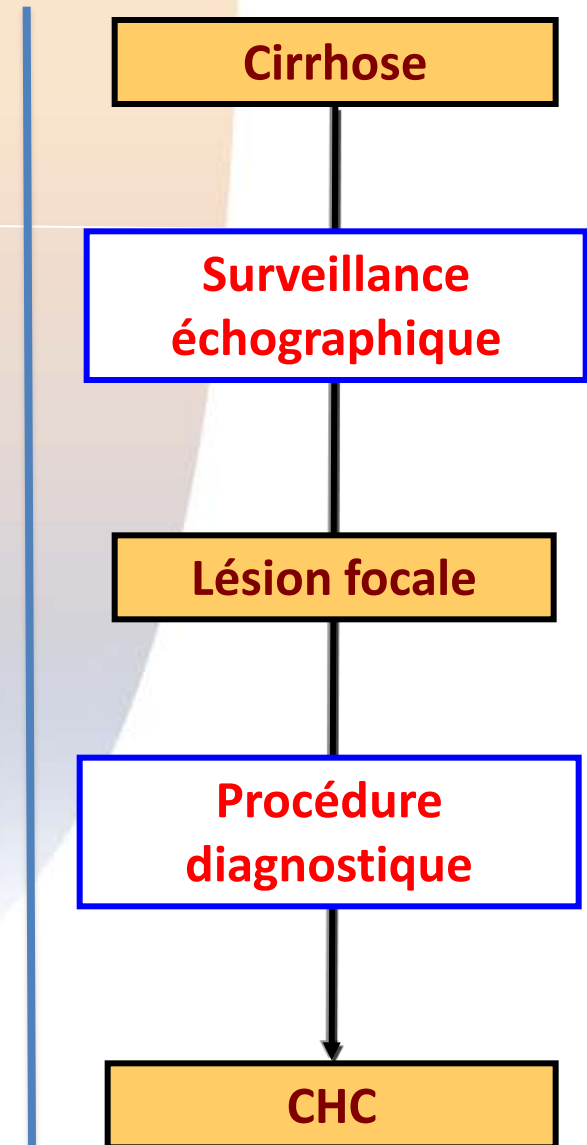
## Conclusions et perspectives

- **Biopsie guidée du nodule**
  - **Intérêt diagnostique**
    - Limites du diagnostic probabiliste
  - **Intérêt pronostique**
    - Différenciation (Edmondson)
    - Invasión vasculaire (rare)



## Conclusions et perspectives

- **Biopsie guidée du nodule**
  - **Intérêt diagnostique**
    - Limites du diagnostic probabiliste
  - **Intérêt pronostique**
    - Différenciation (Edmondson)
    - Invasion vasculaire (rare)
  - **Intérêt physiopathologique**
    - Mécanismes de carcinogénèse
- => **Classifications moléculaires**
  - Intérêt pronostique
  - Intérêt thérapeutique



## Les 5 points forts

- En cas de découverte d'un nodule dans un foie de cirrhose, il est possible de faire un **diagnostic probabiliste** (sans preuve histologique) de CHC si l'on observe à l'imagerie (TDM ou IRM avec injection de produit de contraste) **l'association d'une hypervascularisation artérielle précoce et d'un lavage au temps portal et/ou tardif**.
- Ce diagnostic probabiliste est cependant pris en défaut (**sensibilité insuffisante**) dans près de la moitié des cas lorsque le diamètre du nodule est inférieur à 20 mm. Il n'est presque jamais applicable lorsque le diamètre du nodule est inférieur à 10 mm.
- La biopsie guidée du nodule est en théorie indispensable lorsque le diagnostic probabiliste est pris en défaut. Lorsqu'elle est réalisée, elle doit être **couplée à la biopsie du foie non tumoral**.
- Lorsqu'une **transplantation hépatique** est envisageable, l'indication de la biopsie guidée du nodule doit être discutée en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire spécialisée.
- L'objectif principal de la surveillance échographique des patients atteints de cirrhose est le dépistage d'un **CHC de 10 à 20 mm de diamètre** accessible à un traitement à visée curative.