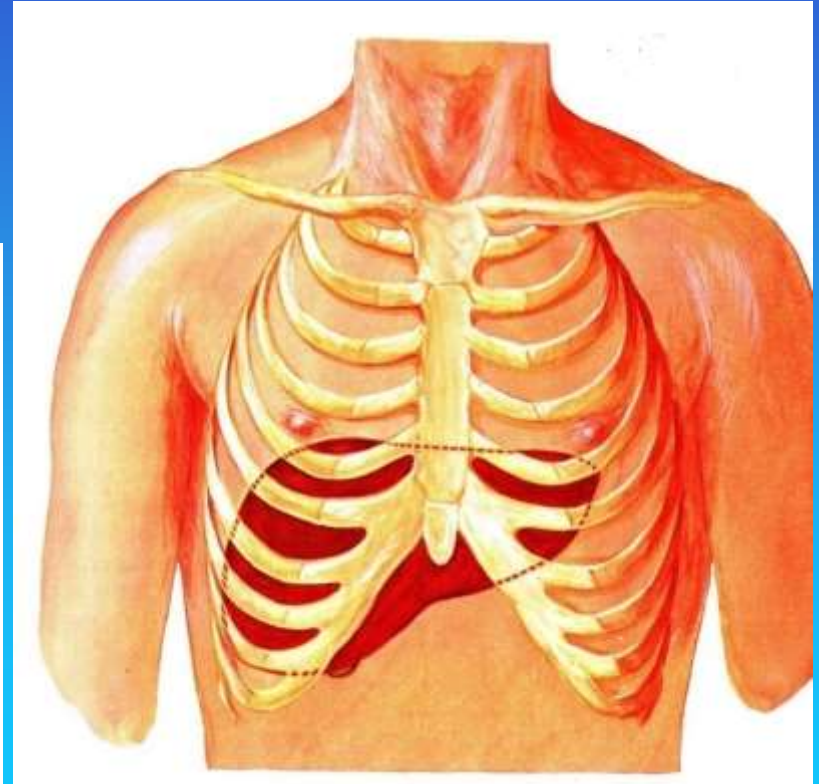
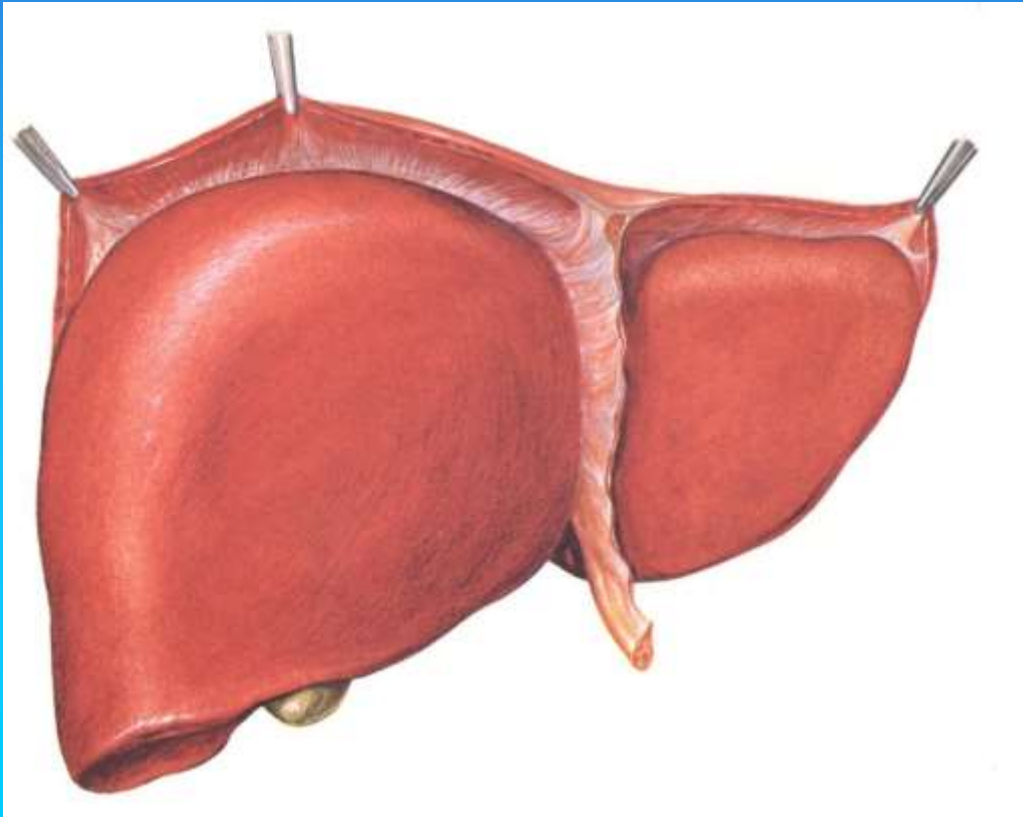


# LE FOIE

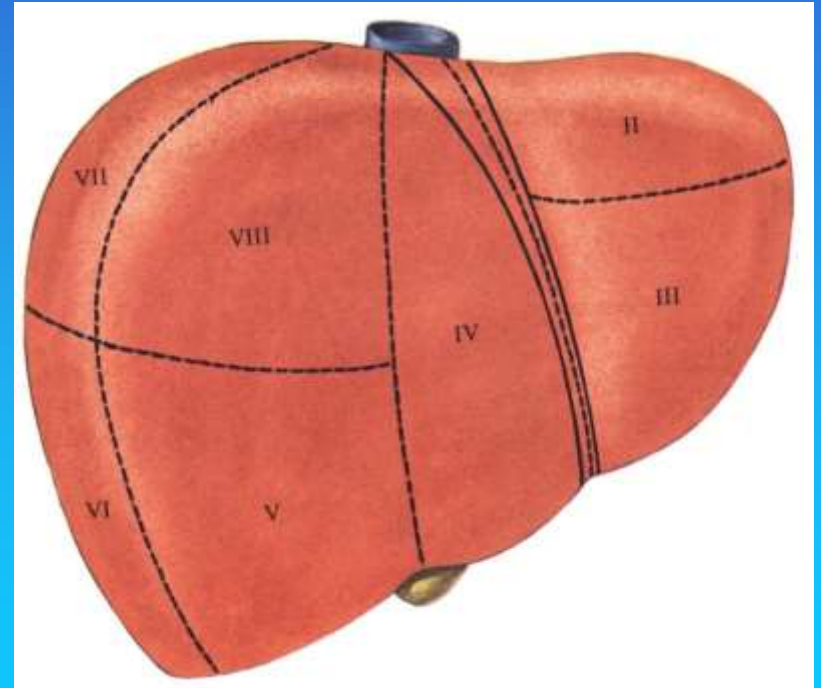
# Notions d'anatomie

- 2 % du poids du corps



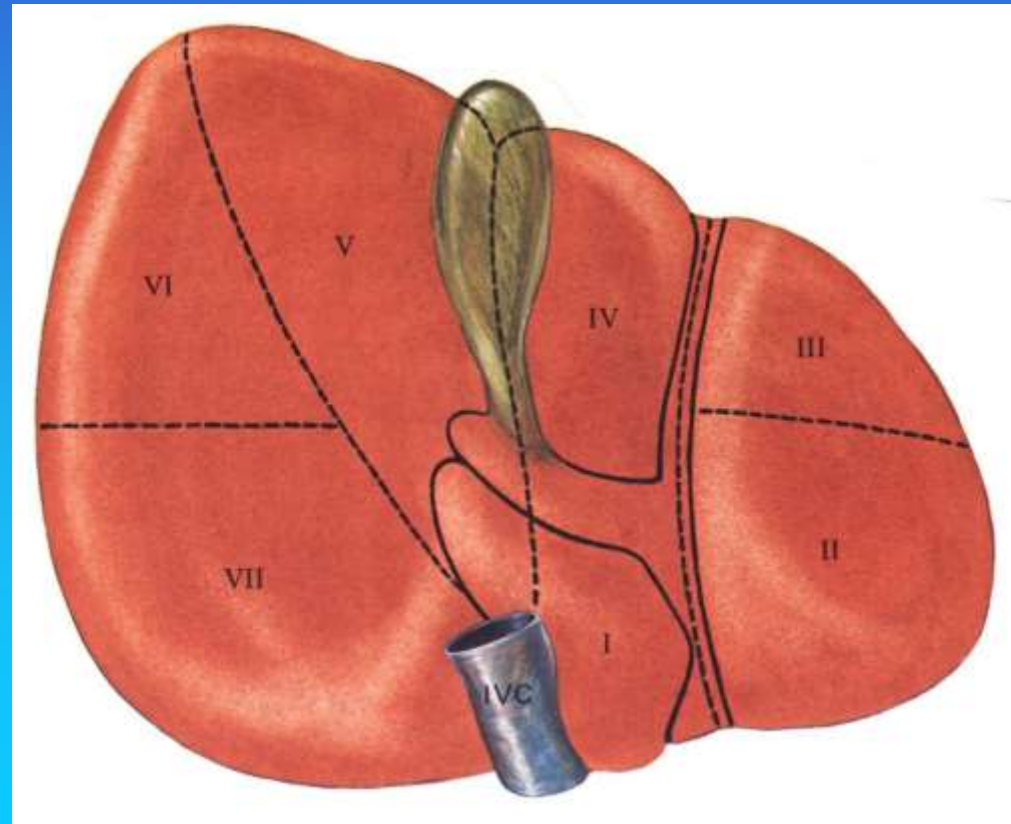
# Notions d'anatomie

## Segmentation du foie



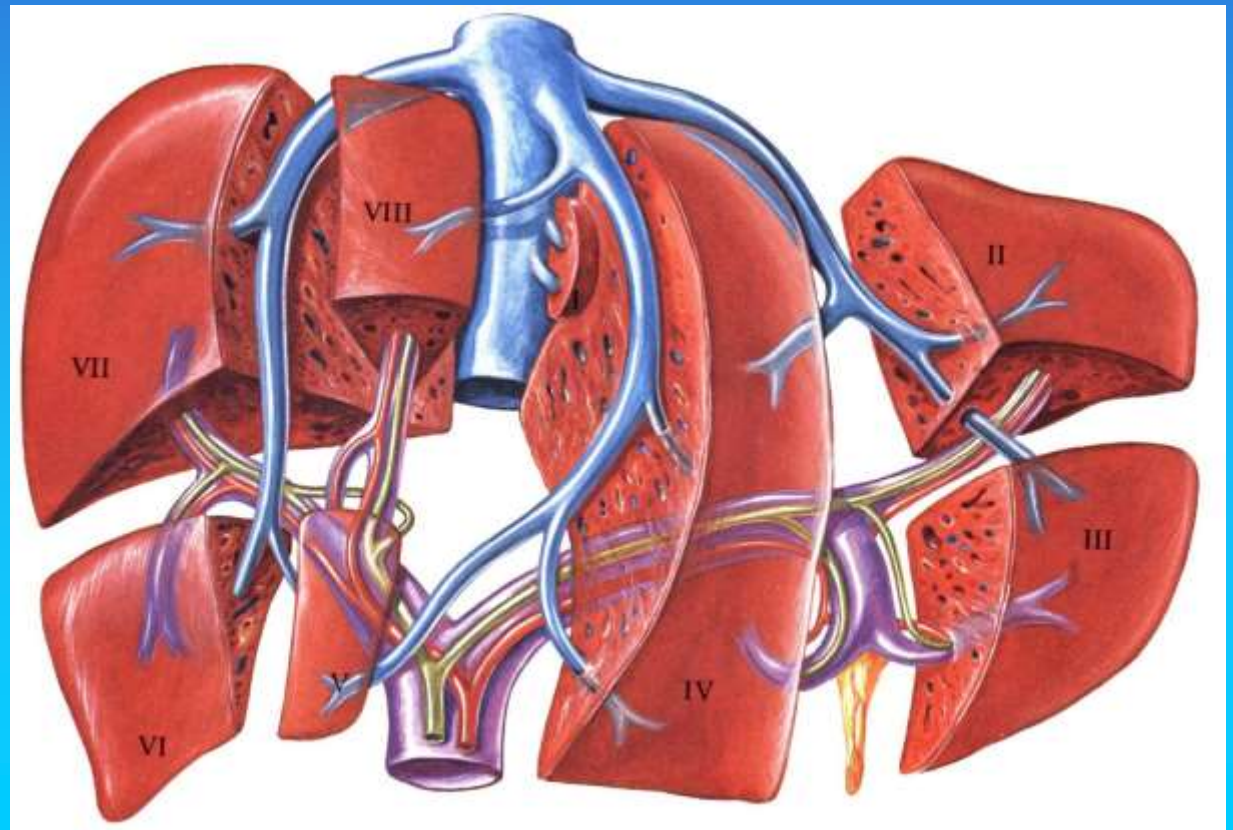
# Notions d'anatomie

## Segmentation du foie



# Notions d'anatomie

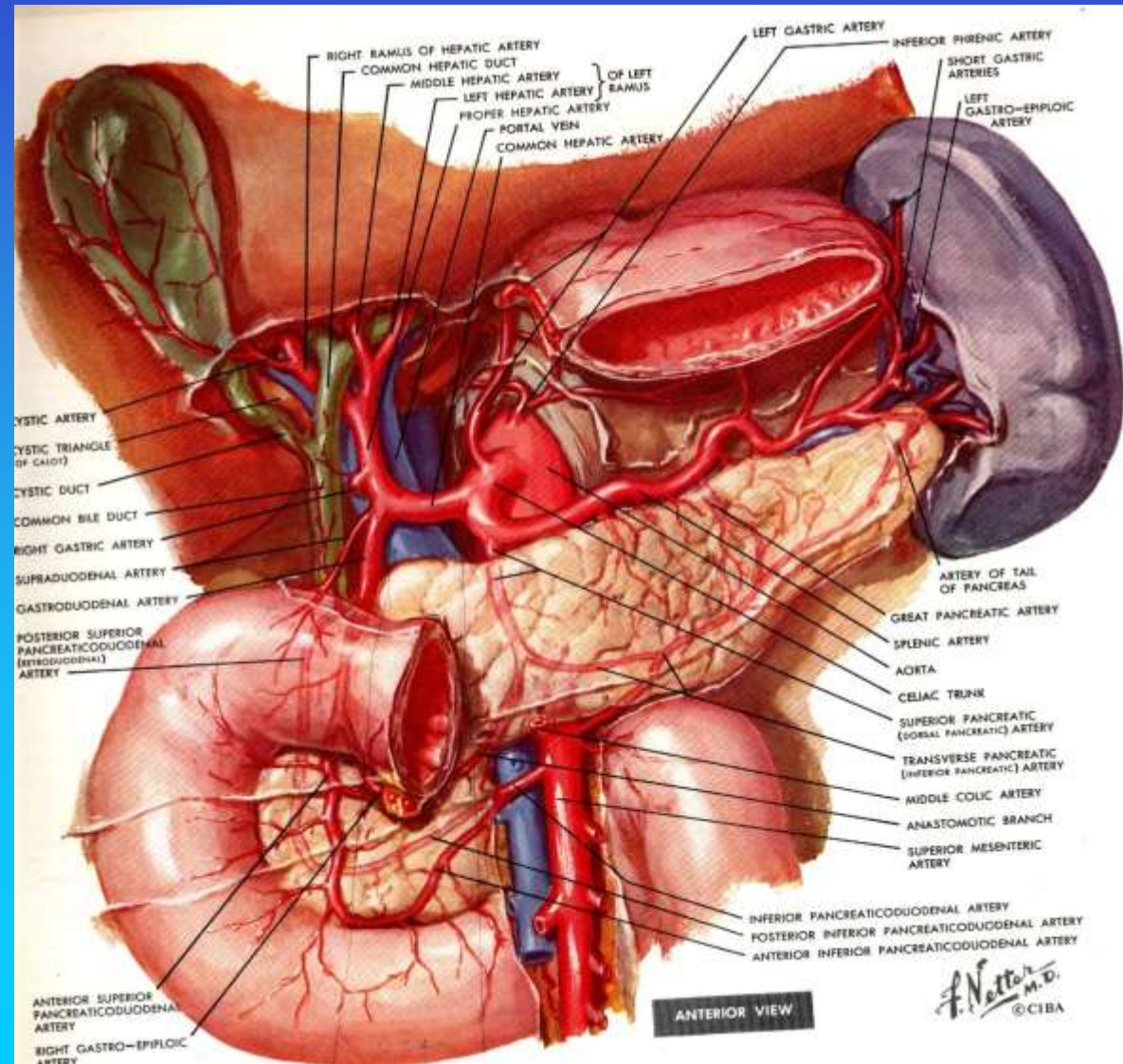
## Segmentation du foie





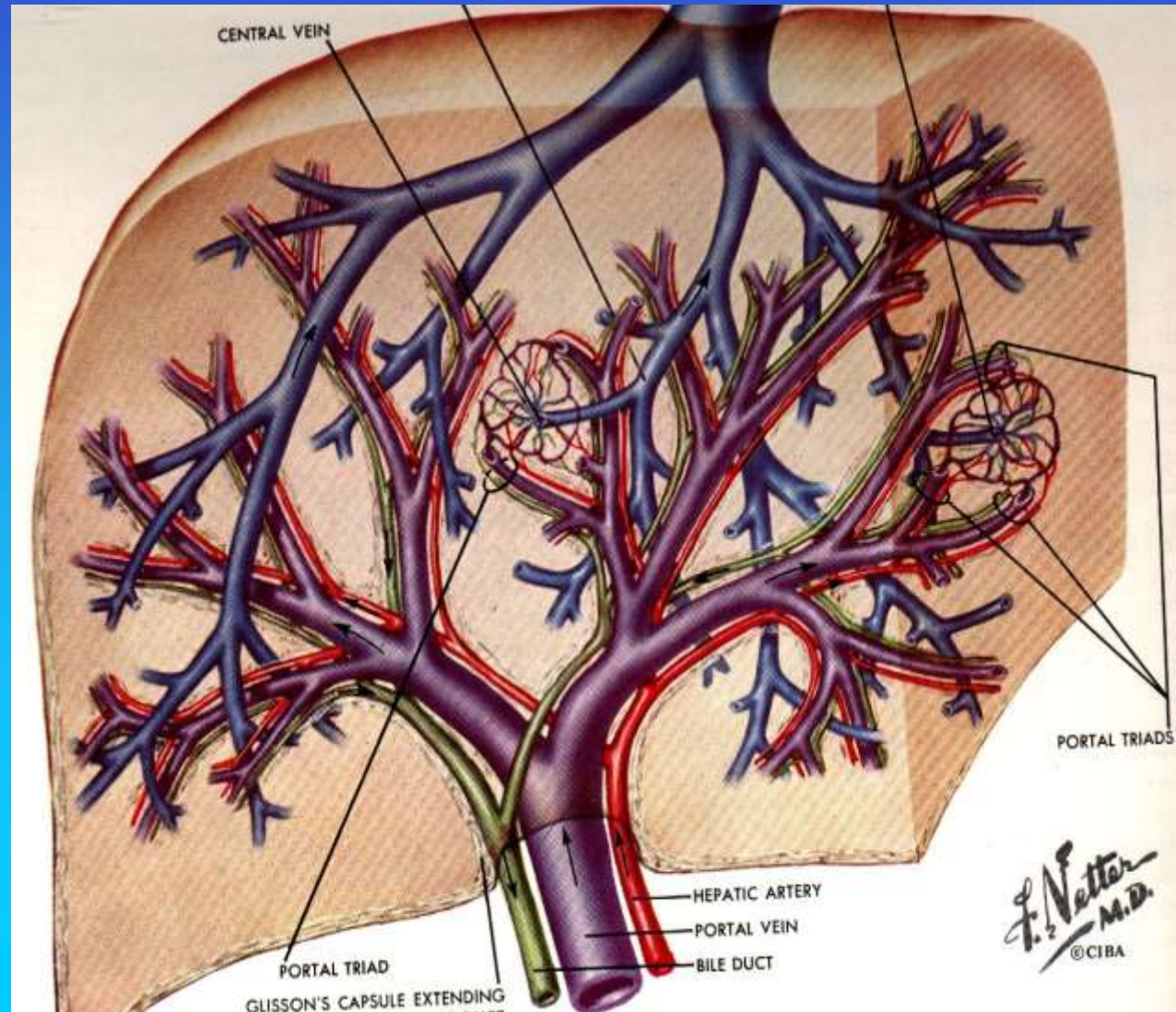
# Notions d'anatomie

## Vascularisation du foie



# Notions d'anatomie

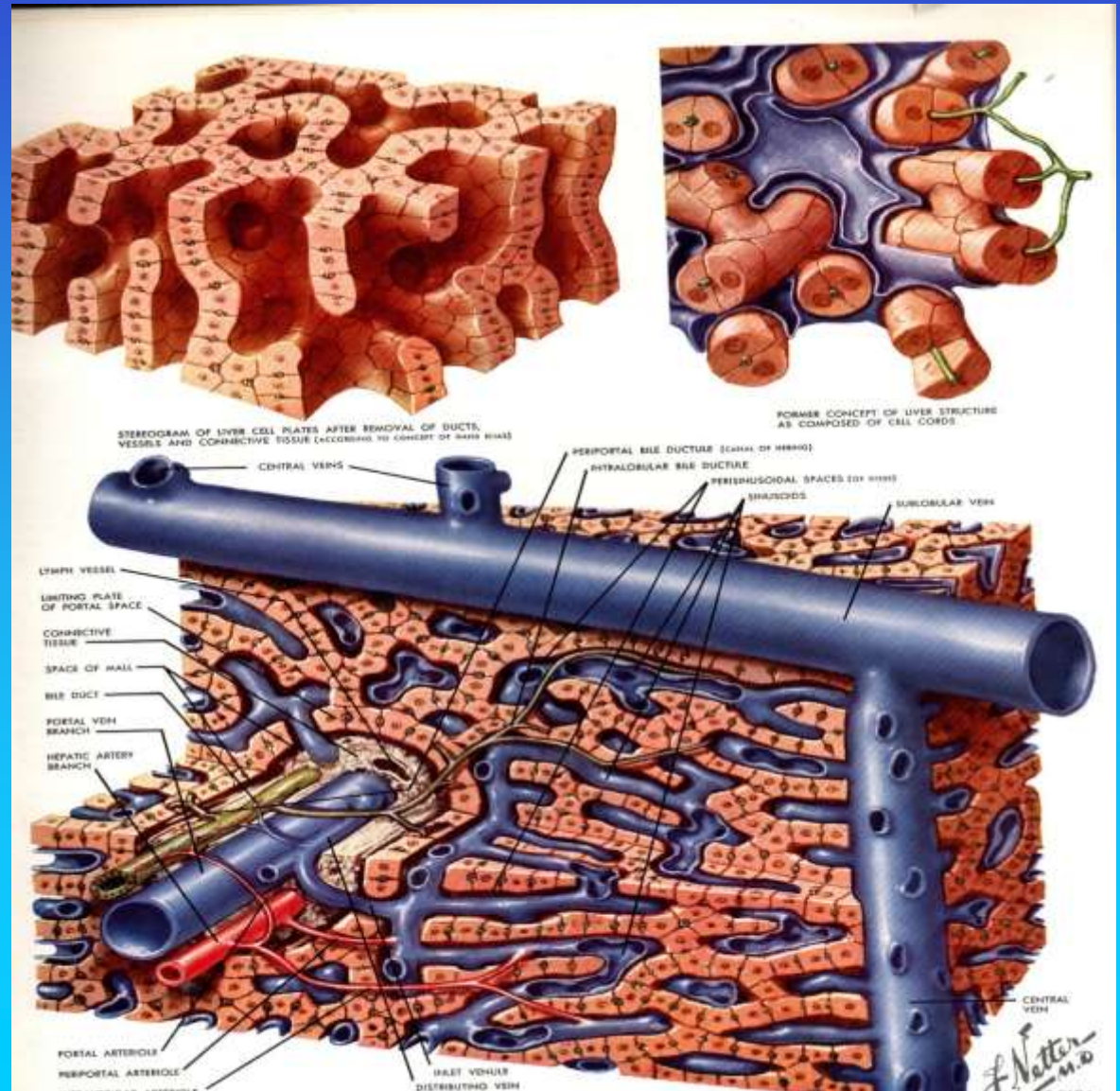
## Vascularisation du foie





# Notions d'anatomie

## Structure du foie





# Pathologie hépatique

- Traumatismes hépatiques
- Cancer hépatique primaire
- Cancer hépatique secondaire
- Abscès hépatique
- Tumeurs bénignes et kystes hépatiques

# Cancer hépatique primaire

## Facteurs étiologiques:

- Hépatite chronique B et C
- Cirrhose
- Infections

# Cancer hépatique primaire

- On reconnaît 3 principaux types cellulaires:
  - Le Carcinome hépatocellulaire (hépatome)
  - Le Cholangiocarcinome
  - L' Hépatocholangiome



# Cancer hépatique primaire

- L'Hépatome constitue environ 80 % des cancers hépatiques primaires.
- Le Cholangiocarcinome représente environ 15 % des cancers hépatiques primitifs

# Cancer hépatique primaire

- Symptomatologie:
  - Douleurs au niveau de l'hypocondre droit
  - Amaigrissement
  - Ictère dans 1/3 des cas
  - Hépatomégalie ou une tumeur palpable chez la majorité des patients

# Cancer hépatique primaire

- Examens de laboratoire:
  - Augmentation de la bilirubine sérique
  - Augmentation de la phosphatase alcaline
  - 75 % des patients ont HBsAg ou hépatite C
- CT, échographie, IRM
- Angiographie
- Biopsie hépatique
- Marqueurs tumoraux : alpha-fetoprotéine



# Cancer hépatique primaire

- **Diagnostic différentiel :**

- Autres cancers abdominaux

Tumeurs bénignes ou kystiques du foie

- Abscess hépatiques

- **Complications :**

- Hémorragie intraabdominale
- Obstruction de la veine porte
- Obstruction de la veine hépatique– Syndrome de Budd-Chiari
- L'insuffisance hépatique provoque le plus grand nombre de décès.

# Cancer hépatique primaire

- **Traitement:**

- Hépatectomie partielle (segmentectomie, lobectomie, hepatectomie G,D)
- Transplantation hépatique: récurrence
- Alcoolisation tumorale
- Embolisation artérielle
- Pronostic = la plupart des patients ayant des tumeurs non résecables ne survivent pas plus d'une année à partir du moment du diagnostic

# Cancer hépatique secondaire

- Les métastases hépatiques sont 20 fois plus fréquentes que le cancer hépatique primaire
- Les cancers du sein , du poumon, du pancréas, de l'estomac, du côlon, des reins et de l'utérus sont responsables de l'apparition des métastases hépatiques



# Cancer hépatique secondaire

- **Symptomatologie : maladie primaire plus:**
  - Perte de poids
  - Fatigabilité
  - Anorexie
  - Douleurs dans l'hypocondre droit
  - Ascite
  - Ictère
  - Fièvre

# Cancer hépatique secondaire

- Examens de laboratoire:
  - Hématocrite entre 30 et 36 %
  - Bilirubine sérique élevée
  - Fosfatase alcaline augmentée
- CT
- Ultrasonographie
  - IRM
  - Biopsie hépatique

# Cancer hépatique secondaire

- **Traitement:**

- Résection hépatique ( s'il y a moins de 3 métastases ; si la tumeur a remplacé moins de 25 % de la masse hépatique)
- Chimiothérapie
- Ligature de l'artère hépatique
- Embolisation de l'artère hépatique

- **Pronostic**

de 3 mois, pour les patients à métastases multiples, à 2-3 ans, pour ceux à petites lésions solitaires



# Abcès hépatiques

- Peuvent être bactériens, parasitaires ou fongiques
- Dans la plupart des cas ils sont la conséquence d'un processus suppuratif localisé dans une autre partie de l'organisme
- Peuvent apparaître à cause d'un ensemenement direct des voies biliaires
- Infections abdominales
- Septicémies

- **Symptomatologie:**
  - Fièvre de type septique
  - Ictère
  - Etat général altéré
  - Douleurs dans l'hypocondre droit
- **Examens de laboratoire:**
  - Leucocitose
  - Anémie
- **Investigations paracliniques**
  - Rx
  - Ultrasonographie
  - CT
  - Scintigraphie hépatique

- **Complications:**
  - Ouverture dans la plèvre ou dans la cavité péritonéale
  - Septicémie
  - Insuffisance hépatique
- **Traitement:**
  - Antibioticothérapie
  - Drainage écho – ou tomo-guidé
  - Traitement chirurgical
- **Pronostic:**
  - Mortalité d'environ 15 %.

# Tumeurs bénignes et kystes hépatiques

- **Hémangiomes :**

- La tumeur bénigne du foie la plus fréquente
- Les femmes sont affectées plus souvent que les hommes
- Hystologiquement sont du type caverneux
- La plupart sont uniques
- Celles qui ont plus de 4 cm de diamètre peuvent déterminer des douleurs abdominales ou des tumeurs palpables
- Rarement, les patients se présentent avec choc hémorragique dû à une rupture spontanée
- Les hémangiomes symptomatiques doivent être excisés par lobectomie ou énucléation

# Tumeurs bénignes et kystes hépatiques

- **Kystes hépatiques simple (billiaires):**
  - **RIEN.** Si complication par volume, alors:
    - Fréquemment sont uniques , asymptomatiques
    - L'excision laparoscopique = la plus simple méthode de traitement
    - Aspiration du kyste



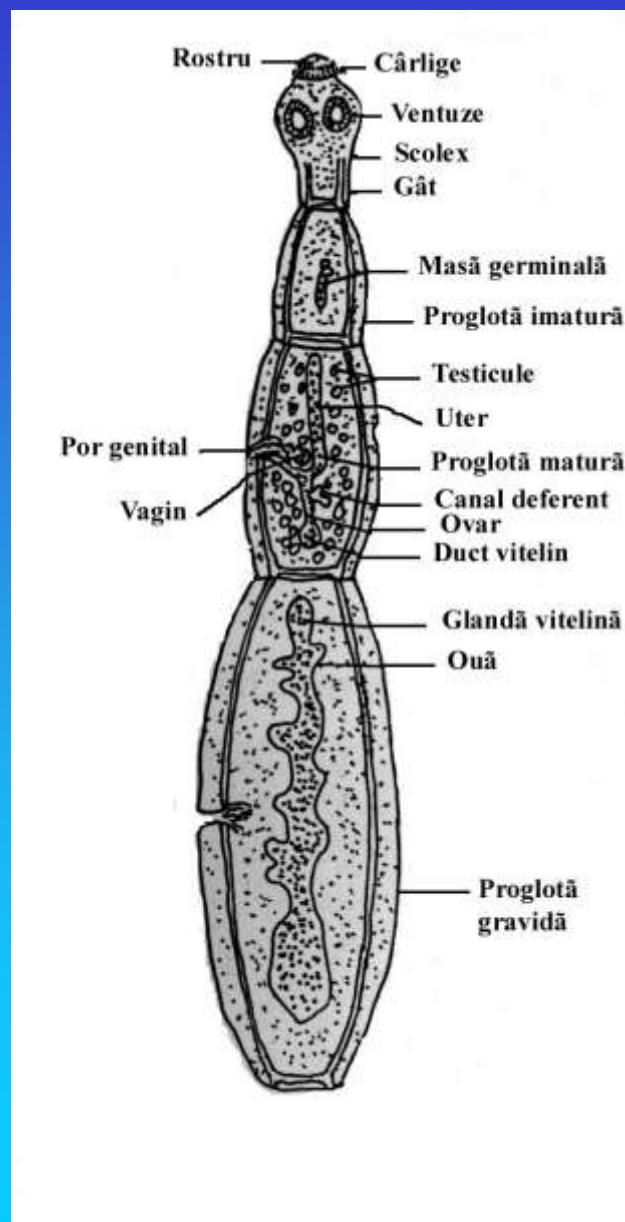






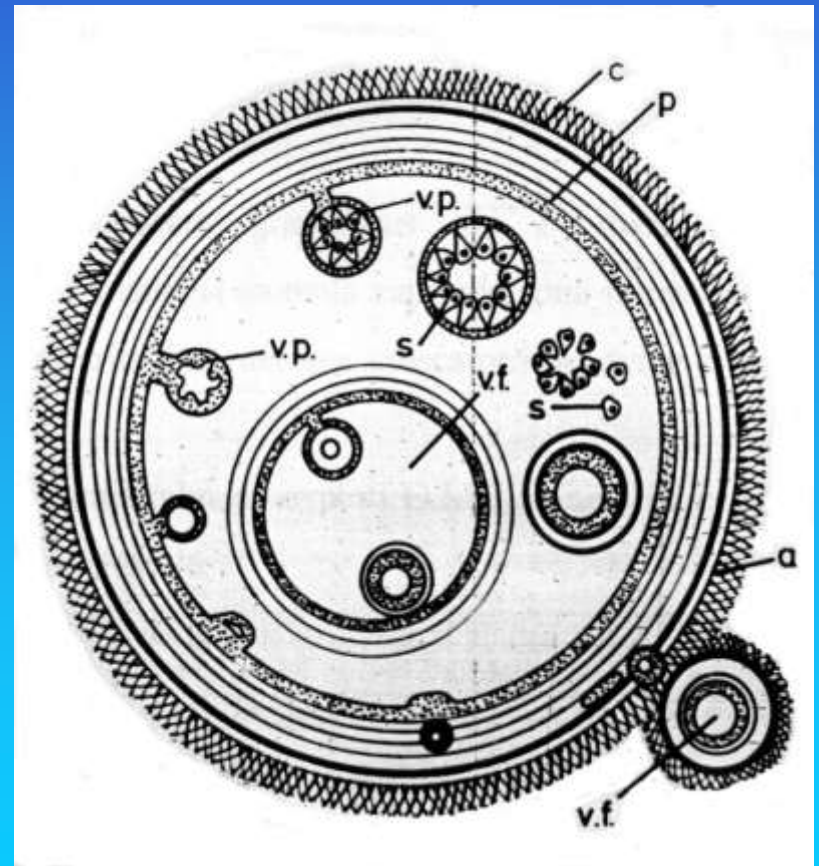
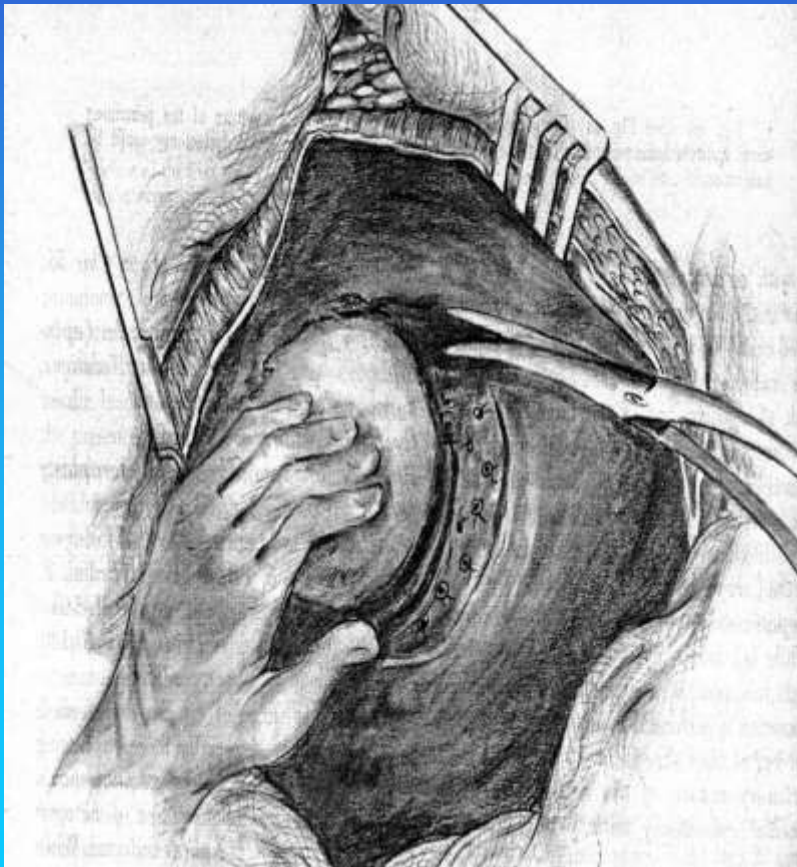


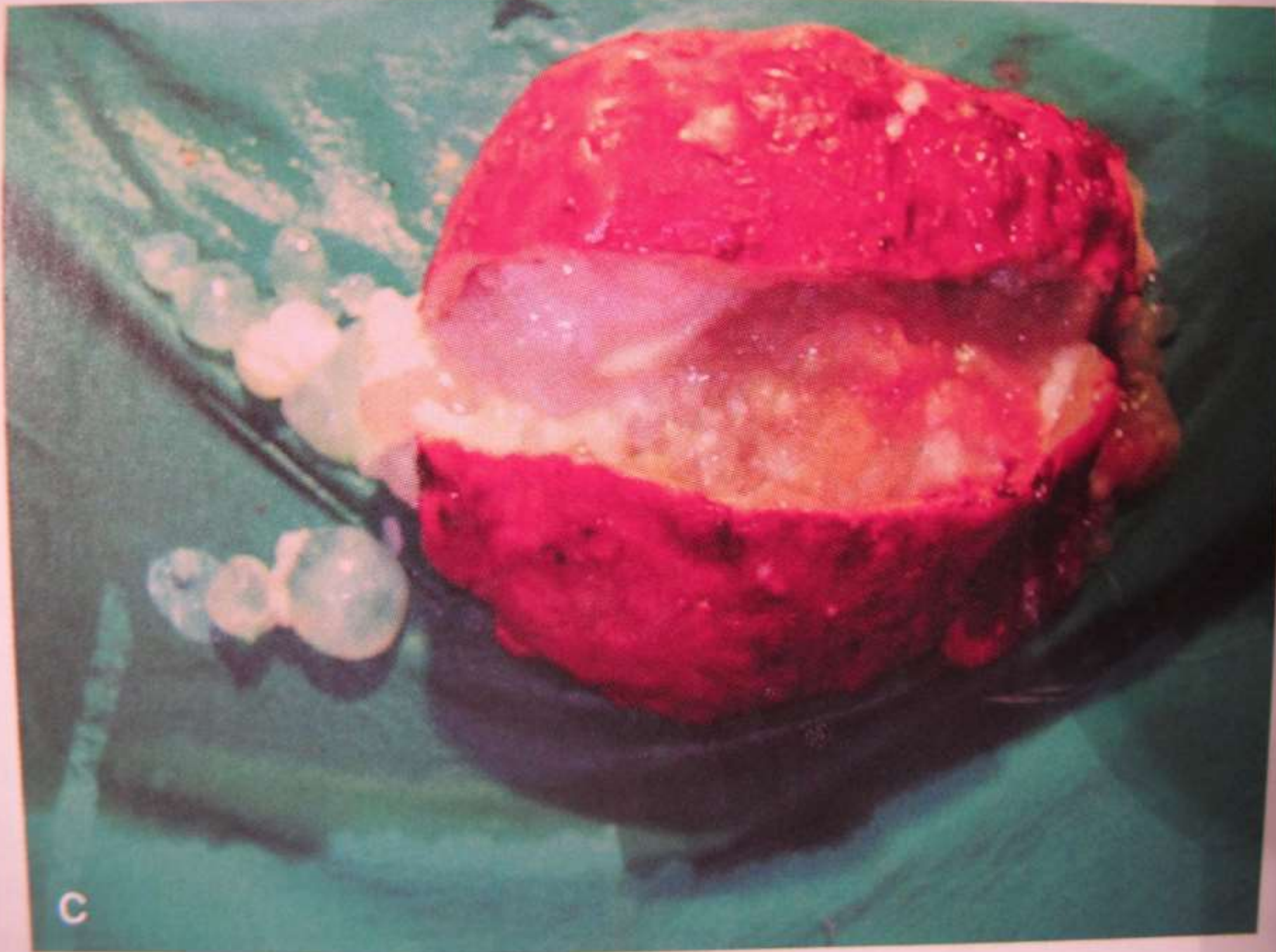






# Kyste hydatique hépatique



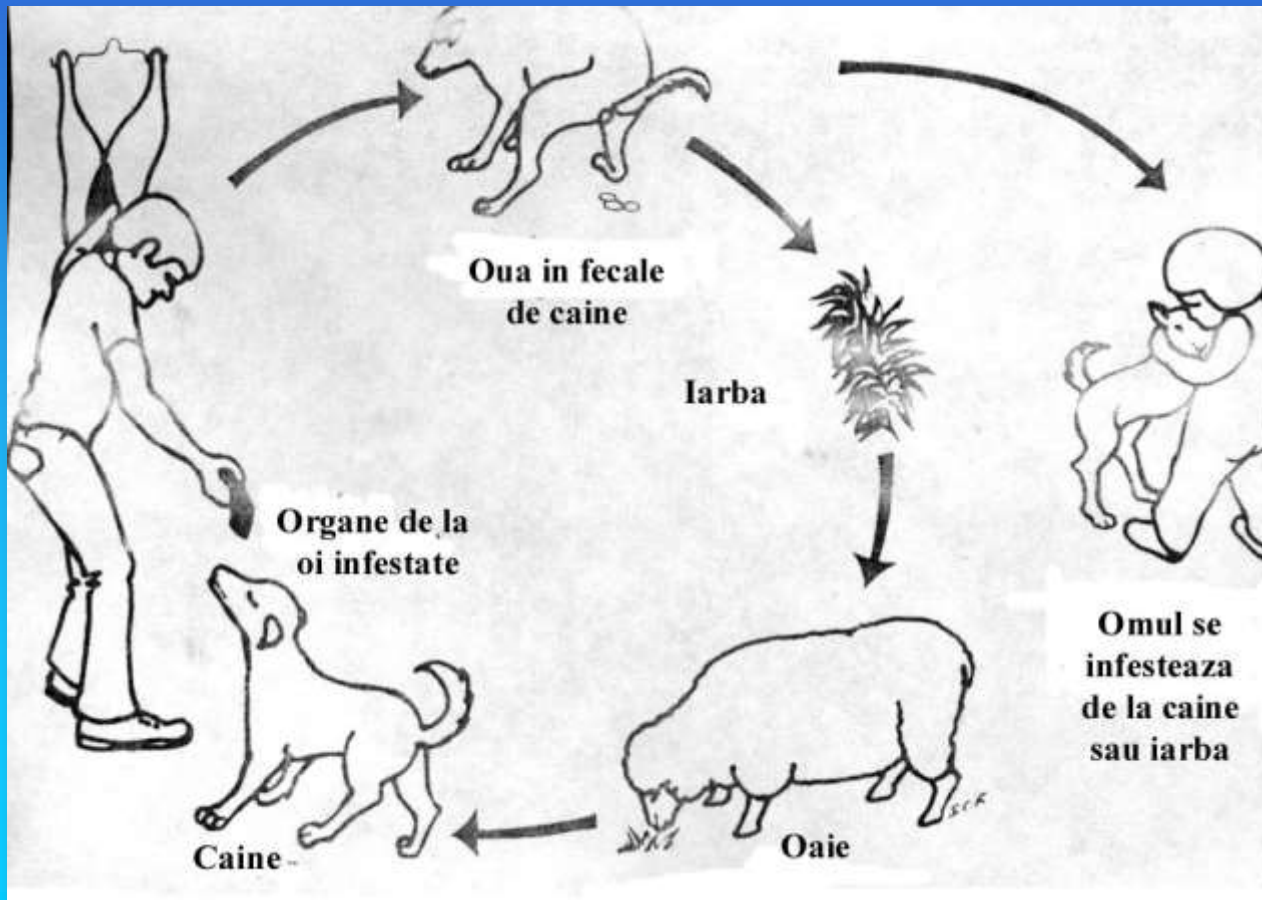




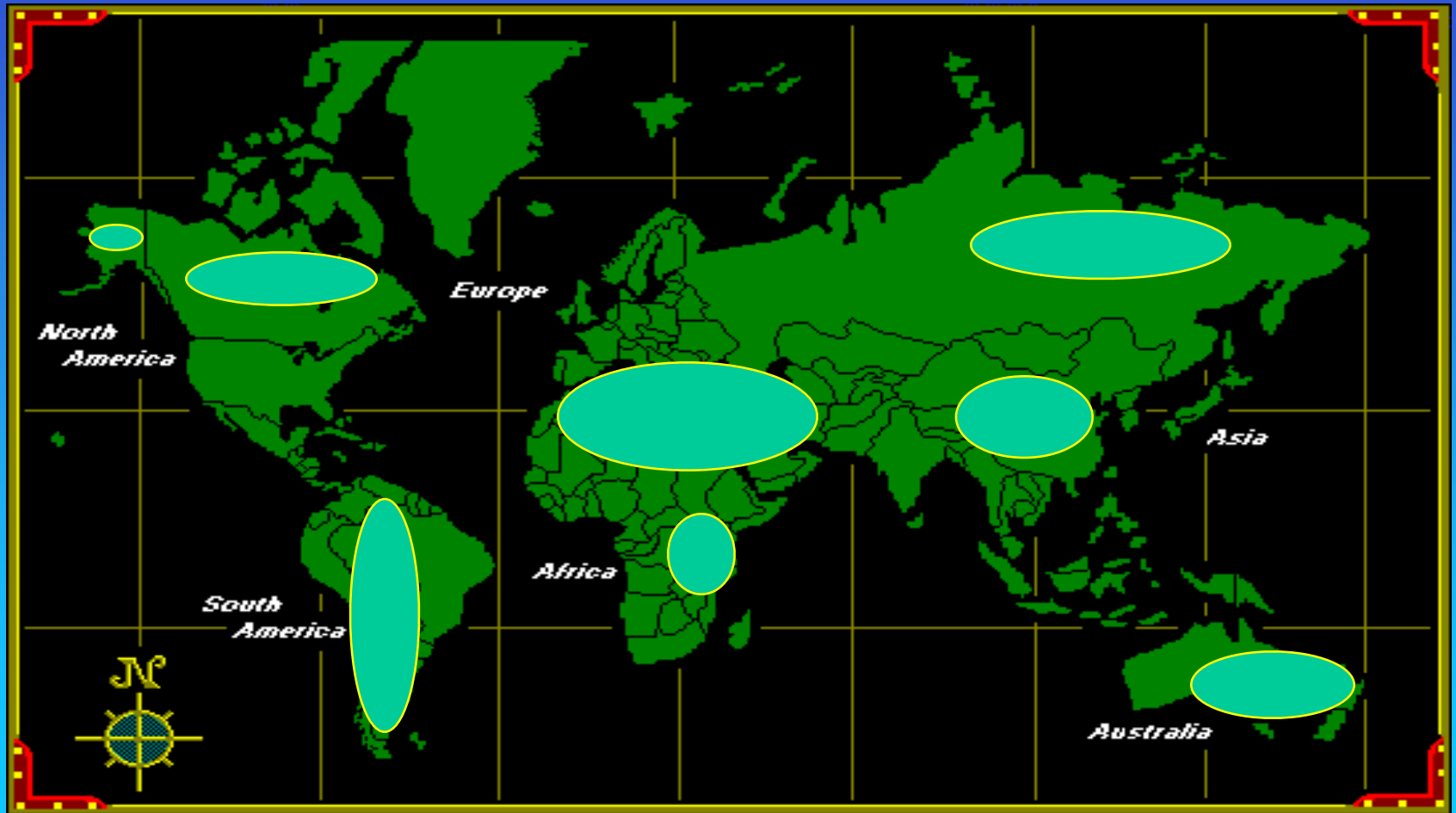
**Taenia echinococcus  
granulosus**



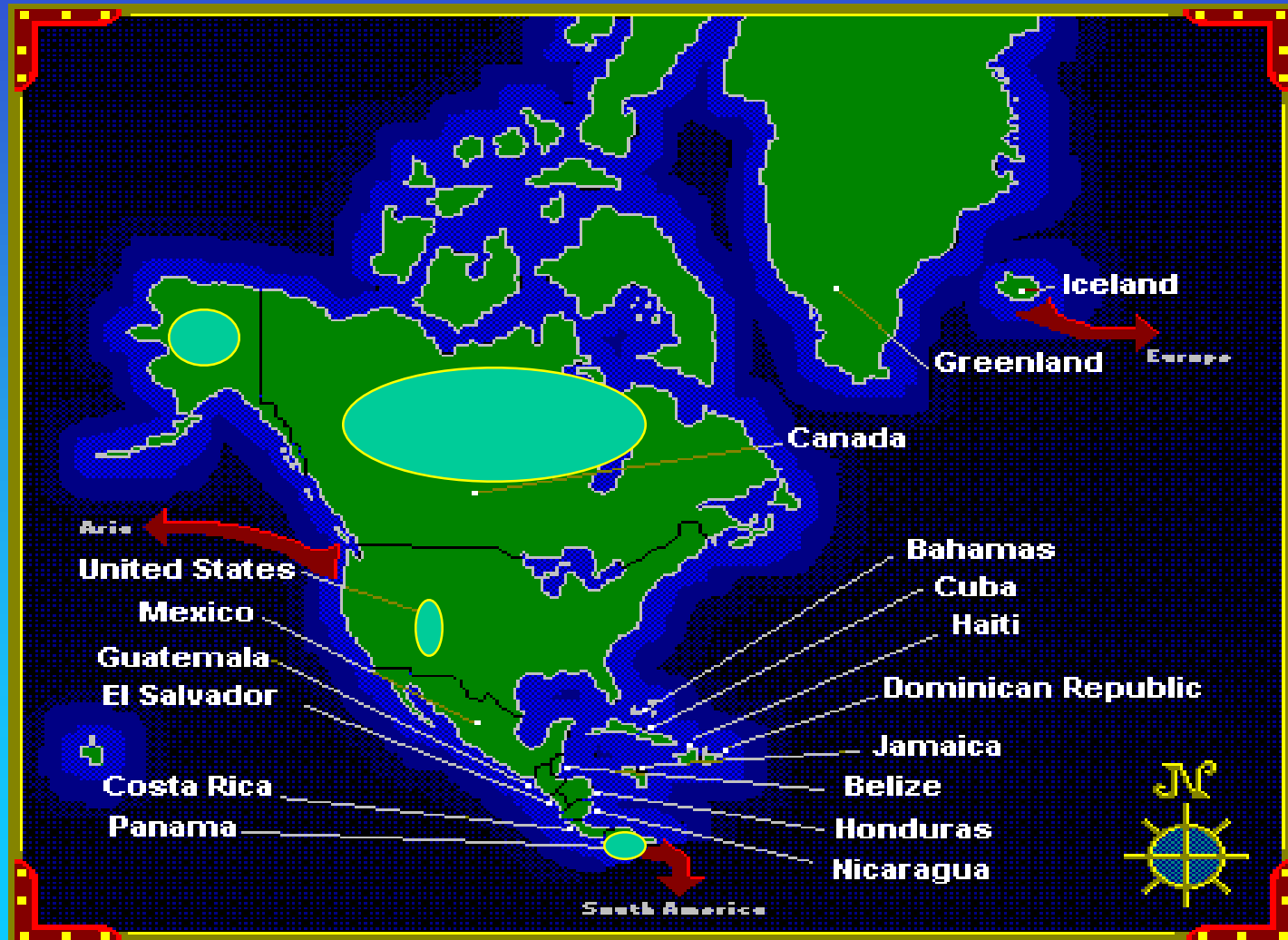
# Le grand cycle de l'équinoce



# Incidence de l'hydatidose hépatique



# Amerique du Nord

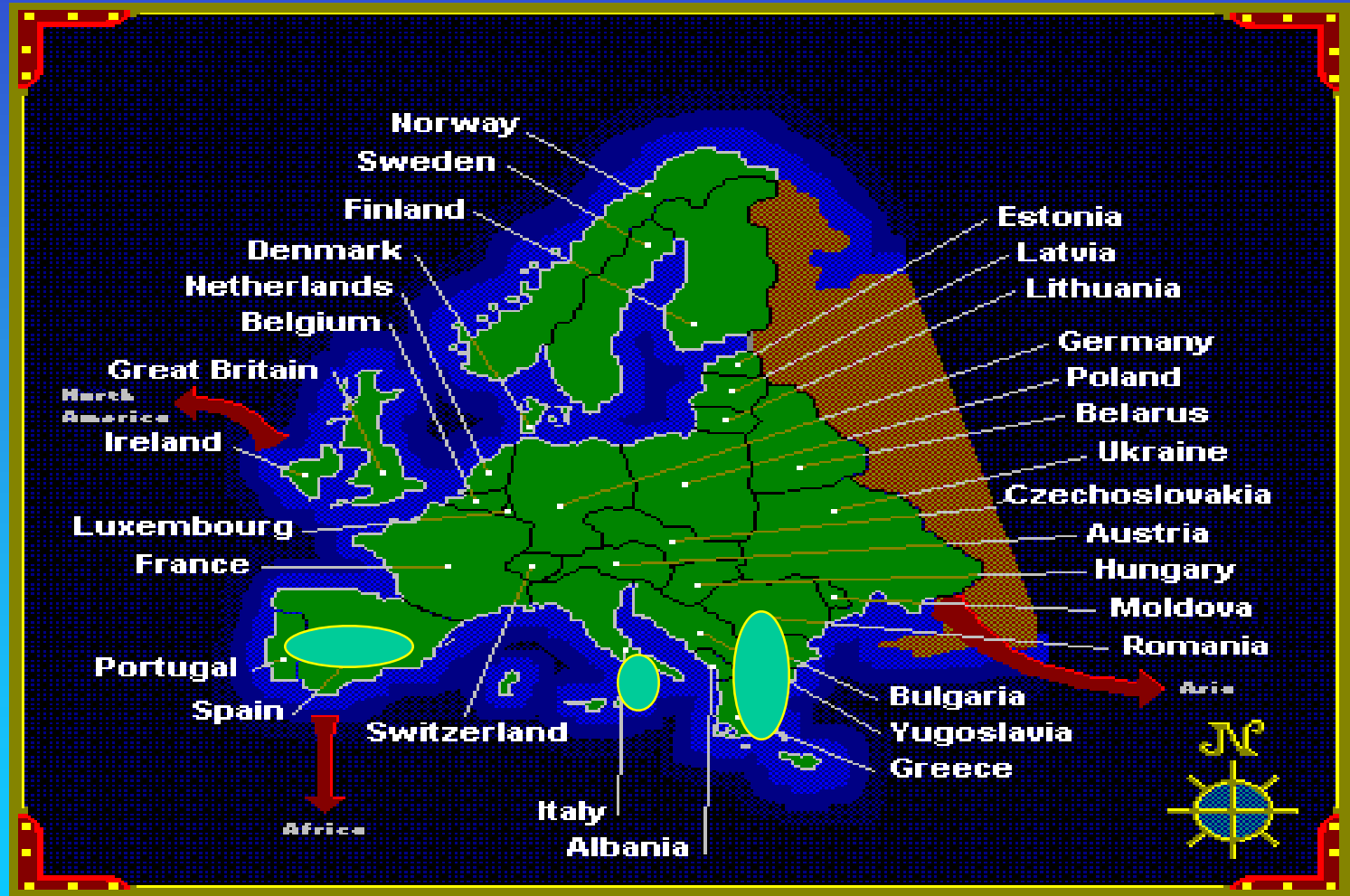




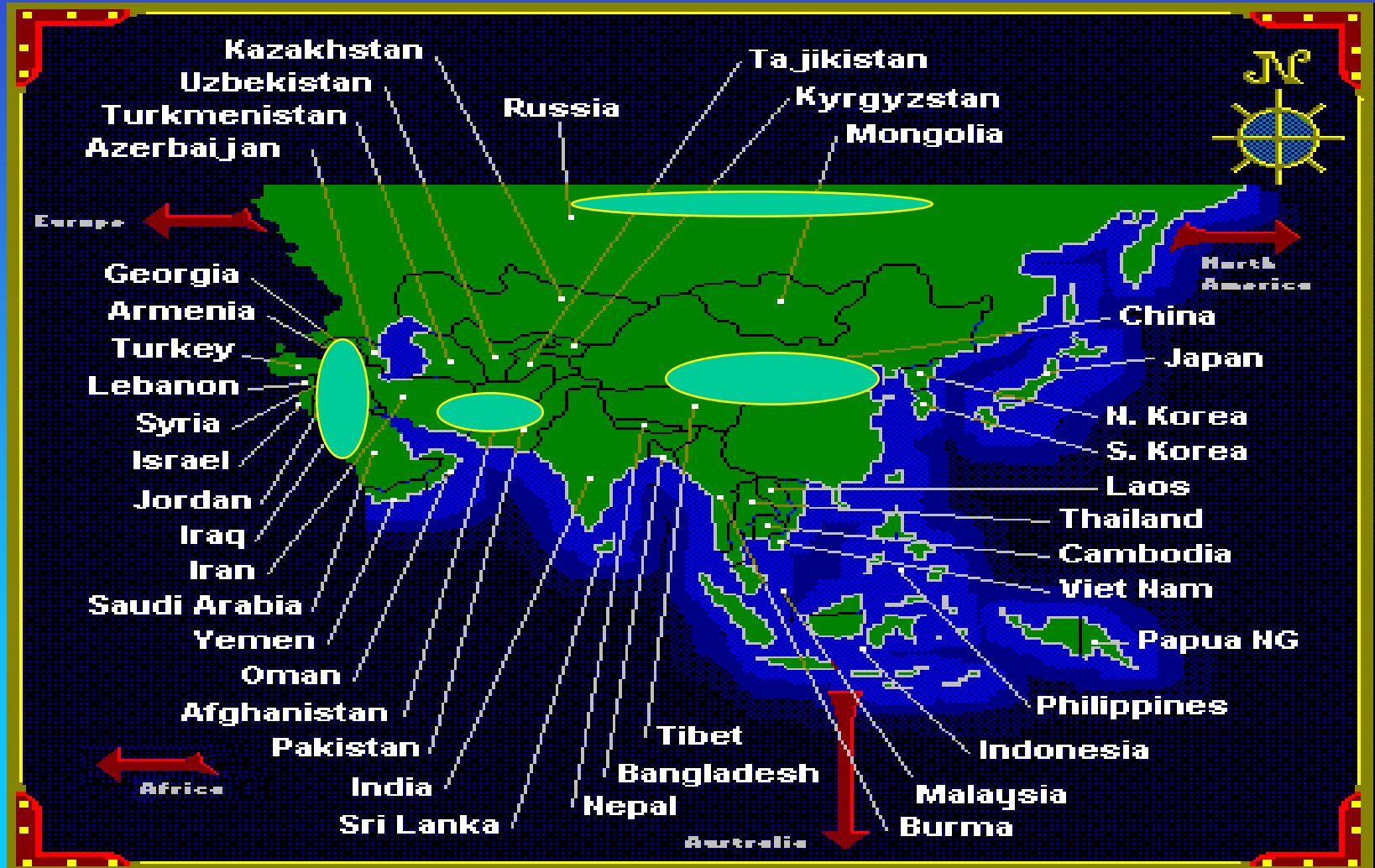
# Amérique du Sud



# Europe

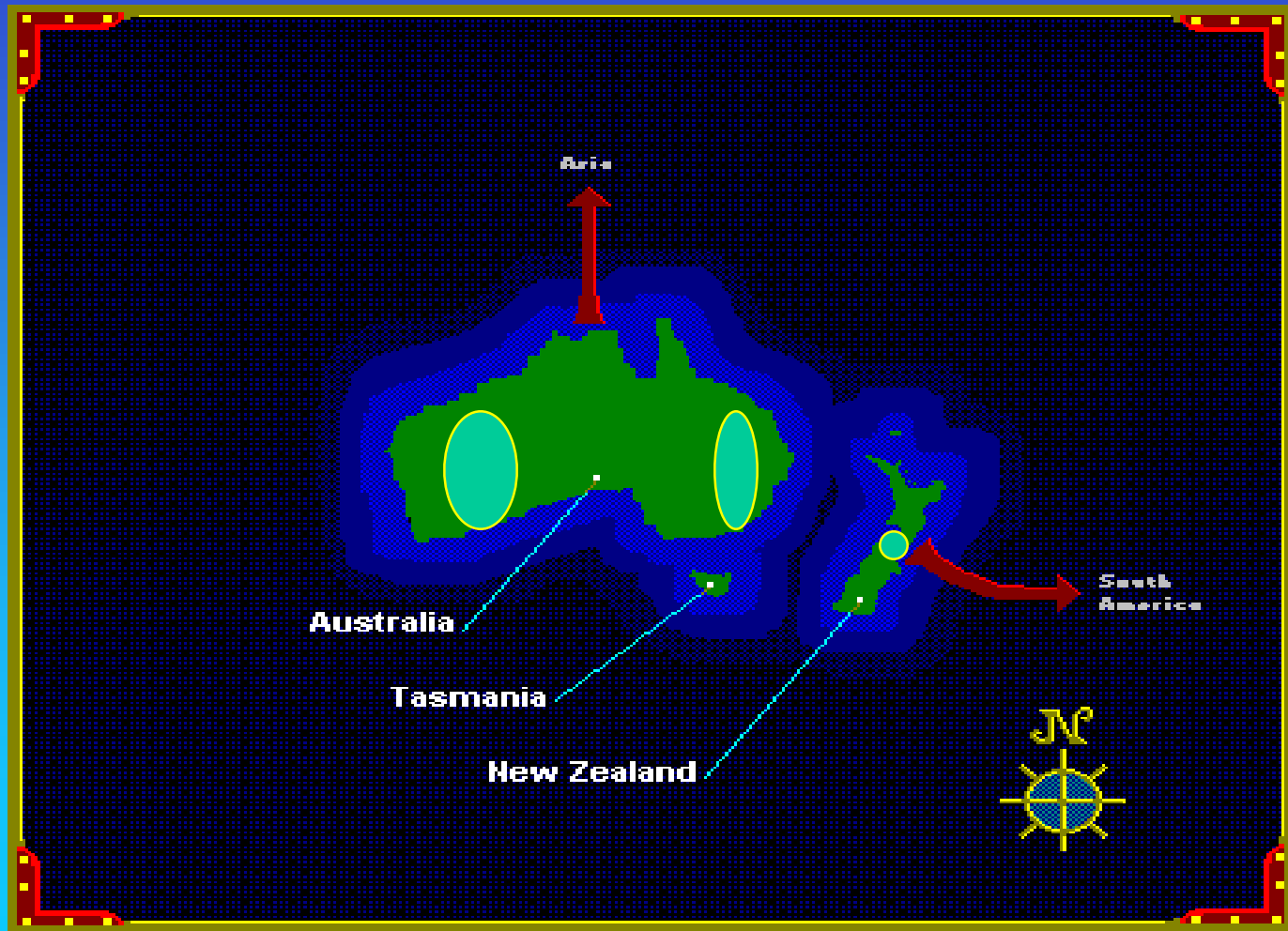


# Asie

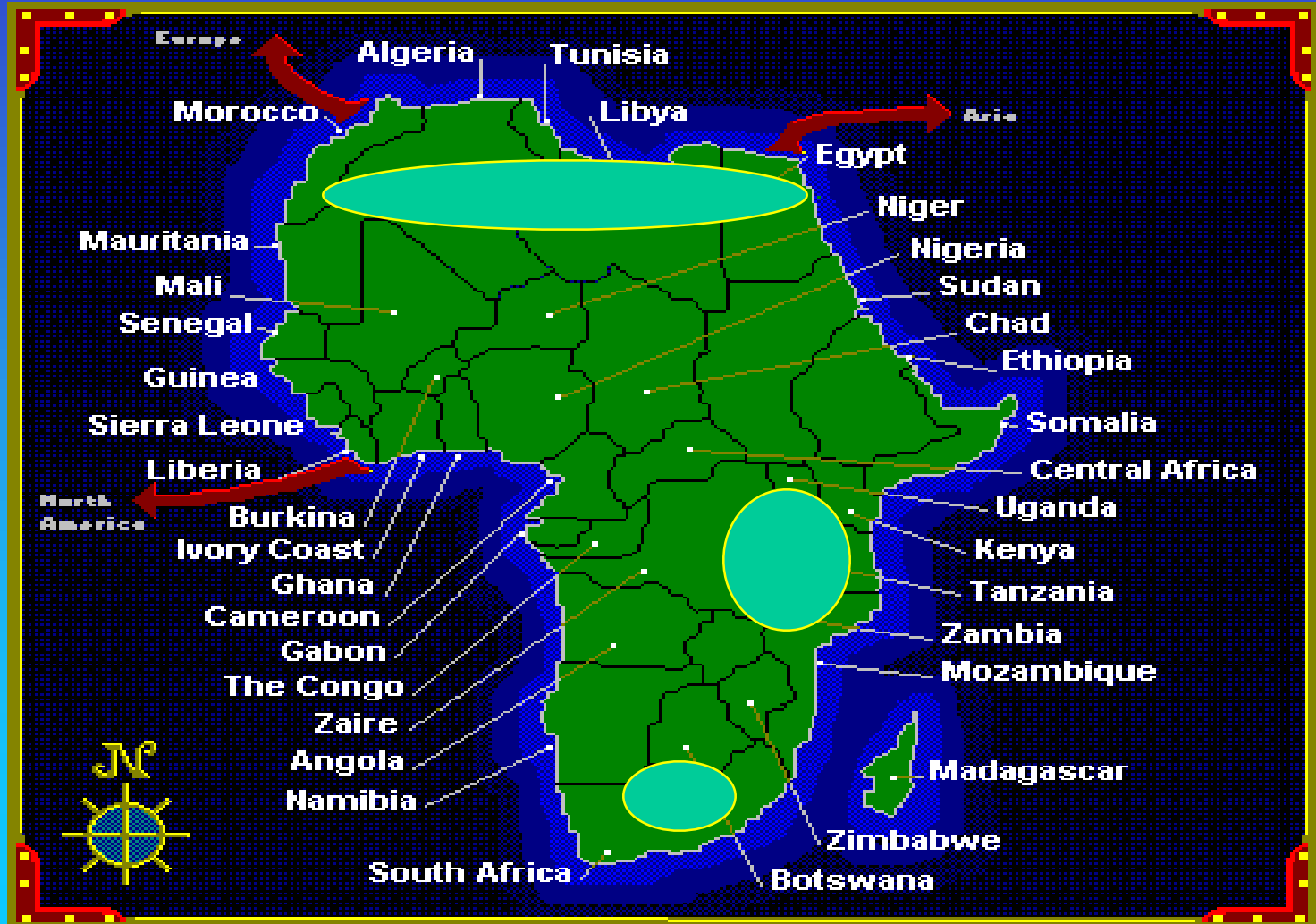


# Australie

(zone hyperendémique )



# Afrique



# Hydatidose hépatique

- **Symptomatologie:**
  - Asymptomatique
  - Hépatomégalie
  - Tumeur palpable
  - Douleurs au niveau de l'hypocondre droit
  - Ictère
  - Fièvre
  - Réactions allergiques

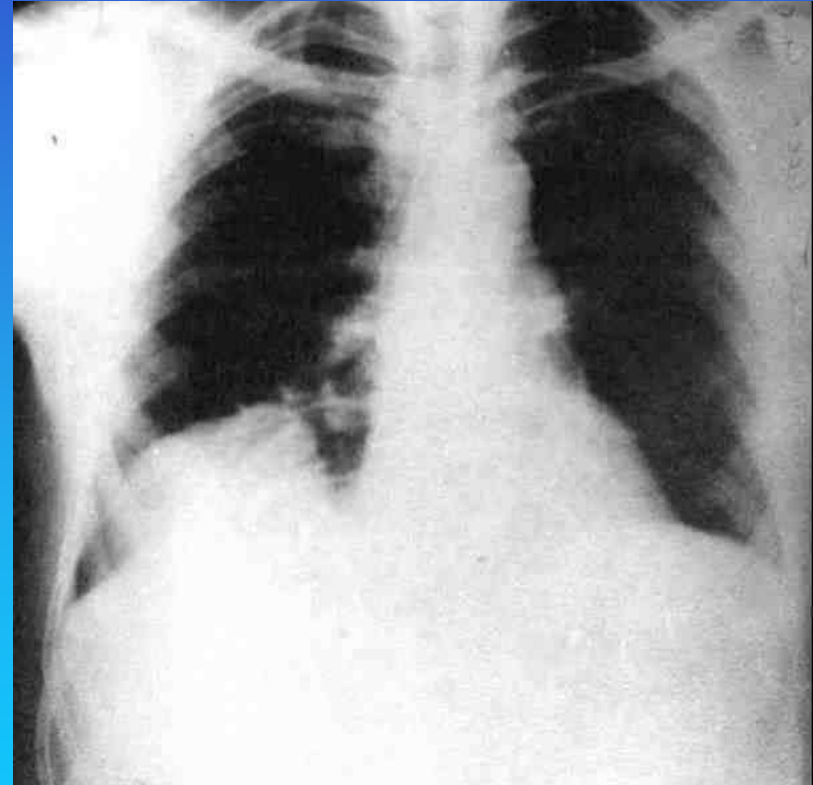
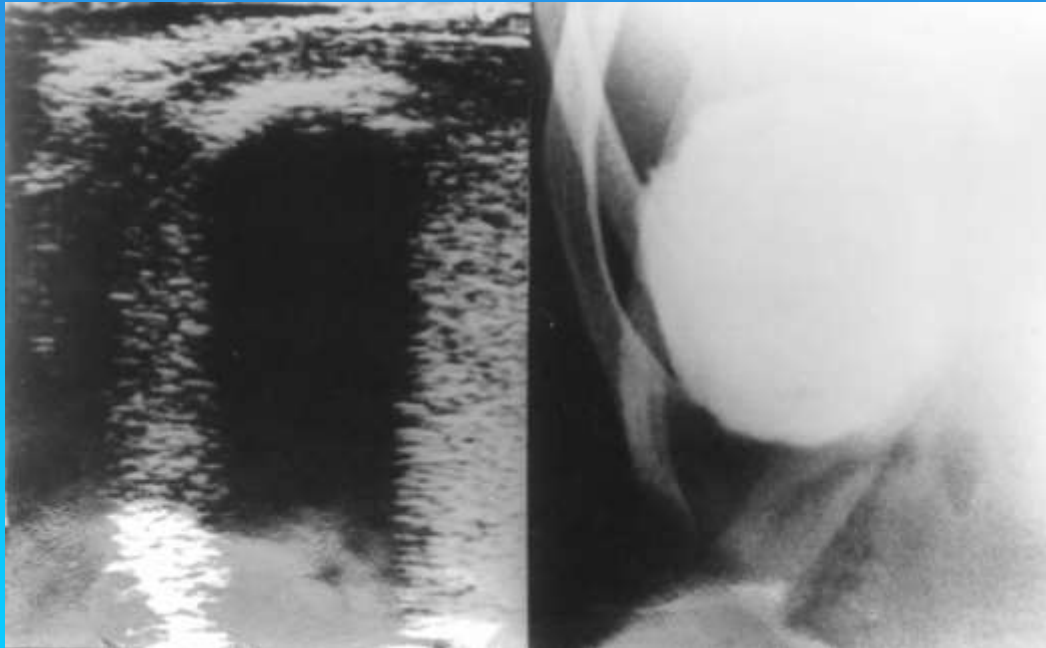


# Hydatidose hépatique

- Examens sérologiques:
  - Eosinophilie
  - Réaction de Casoni
  - ELISA
  - Anticorps

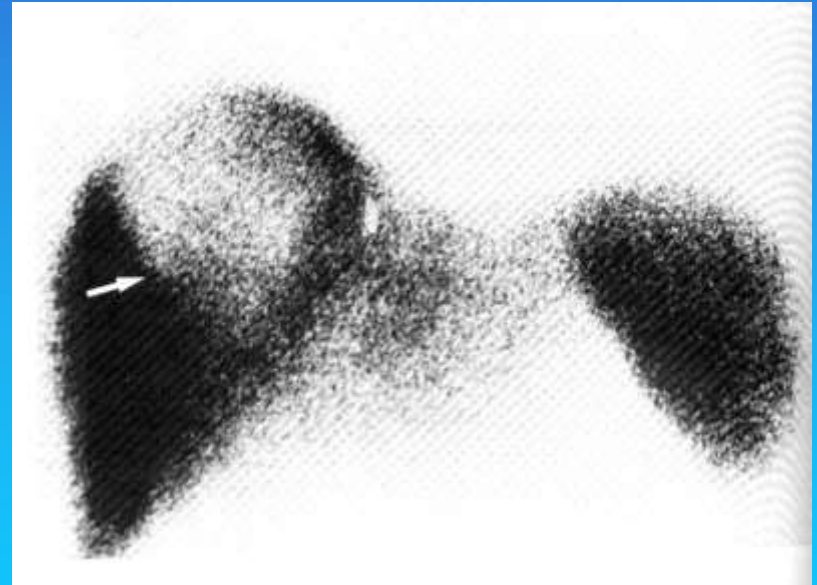
# Hydatidose hépatique

- Imagerie :
  - Rx



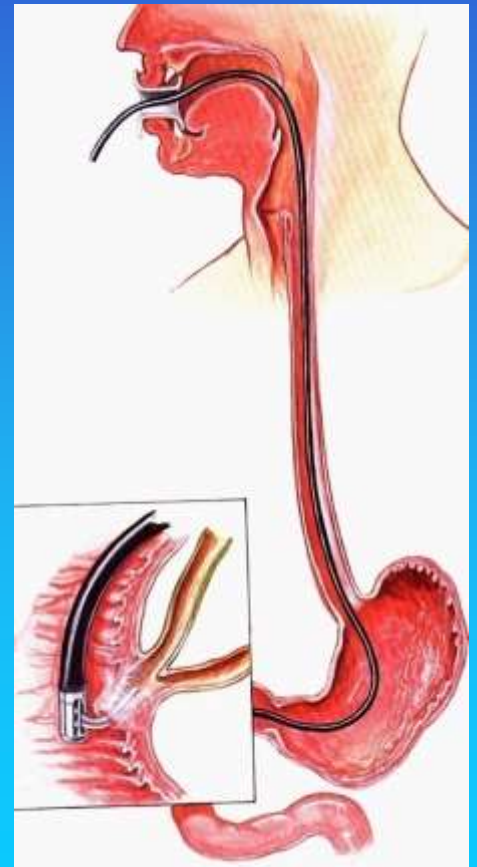
# Hydatidose hépatique

- Imagerie
  - Angiographie hépatique
  - Scintigraphie hépatique



# Hydatidose hépatique

- Imagerie :  
Cholangiographie  
(ERCP)



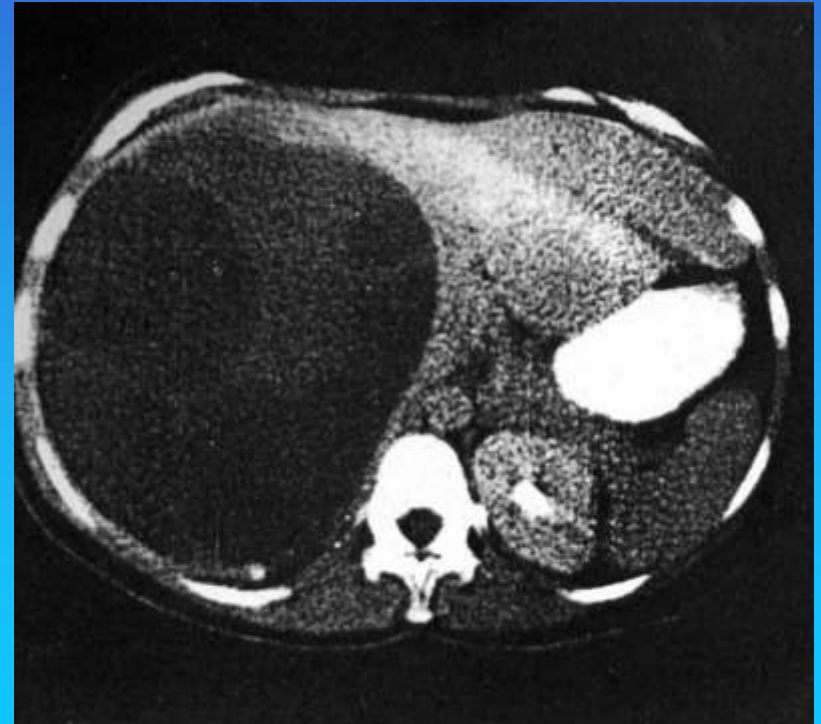
# Hydatidose hépatique

- Imagerie:  
Echographie



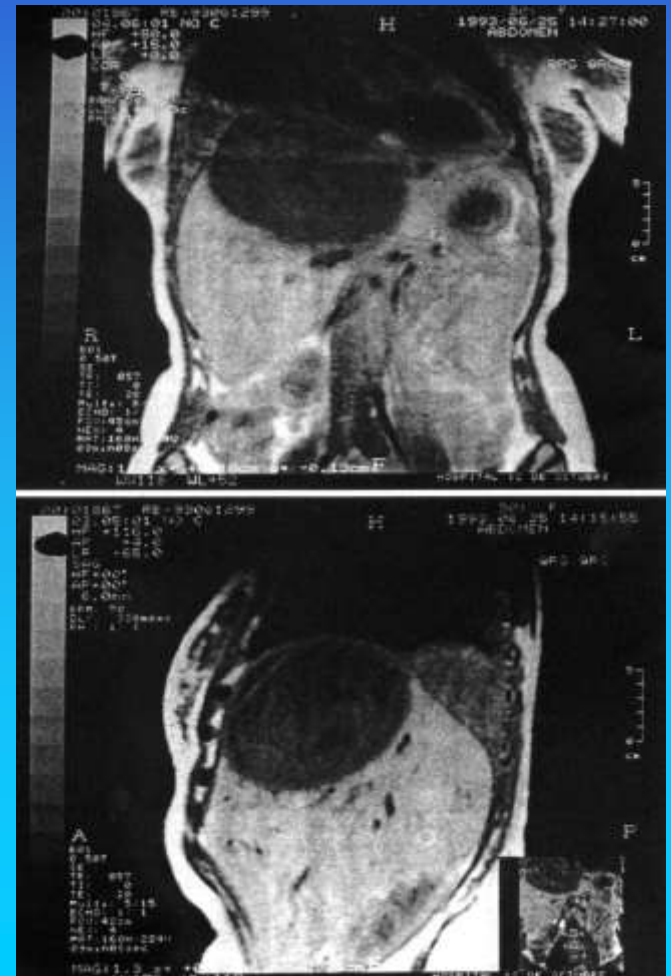
# Hydatidose hépatique

- Imagerie  
CT



# Hydatidose hépatique

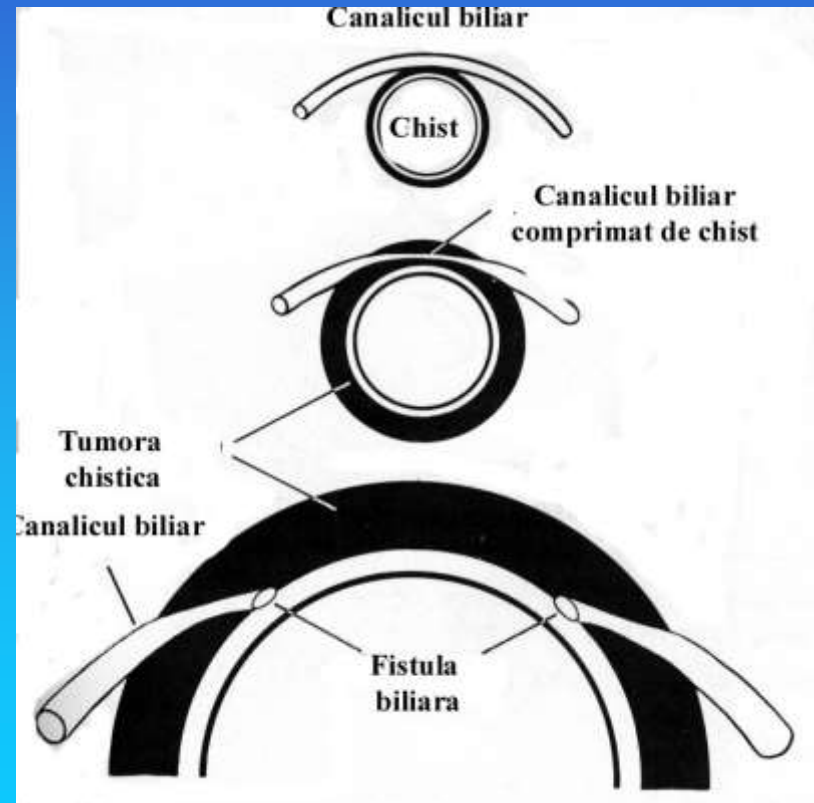
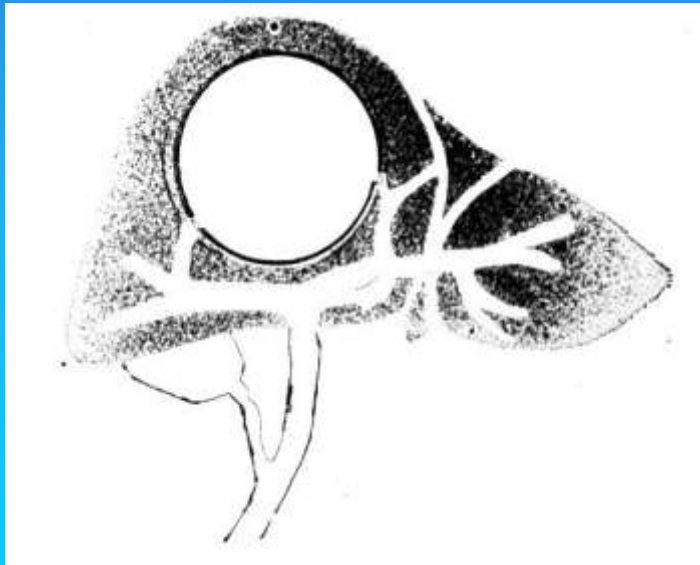
- Imagerie  
RMN





# Hydatidose hépatique

- Complications :
  - Complications biliaires



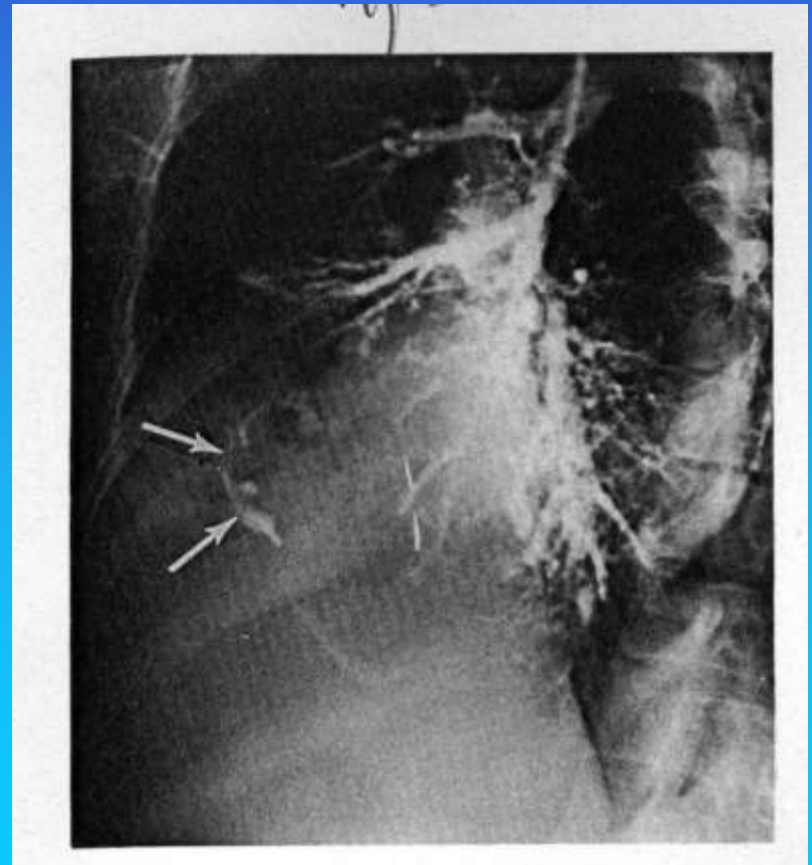
# Hydatidose hépatique

- Complications :
  - Ruptures du kyste
    - péritonéal



# Hydatidose hépatique

- Complications:
  - Ruptures du kyste :
    - Poumons et plèvre
    - Reins



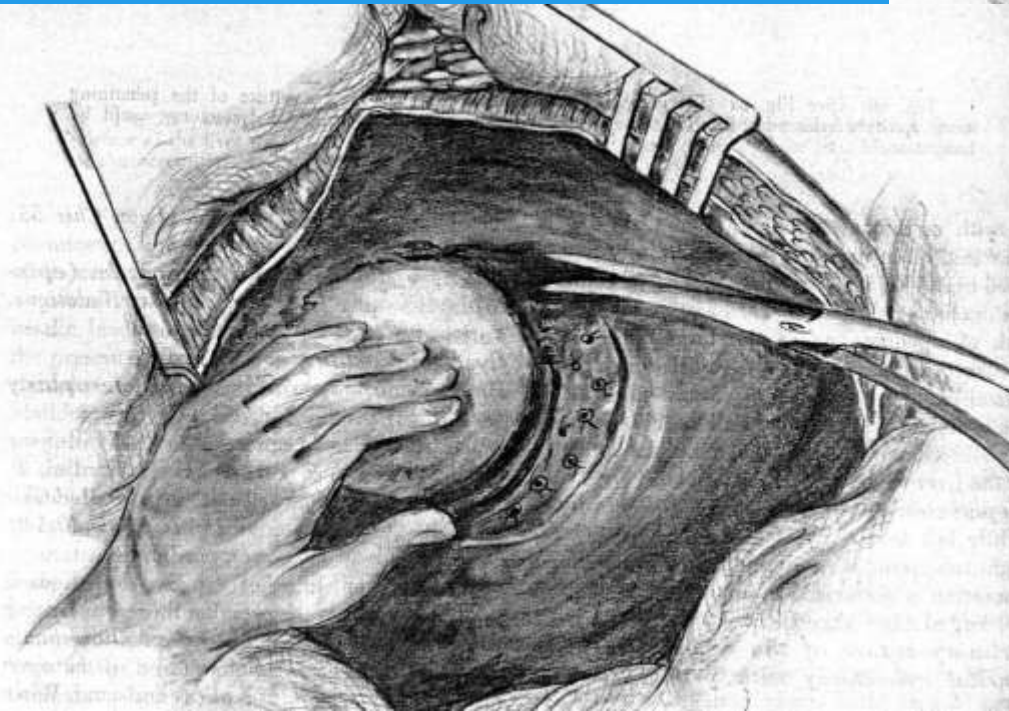
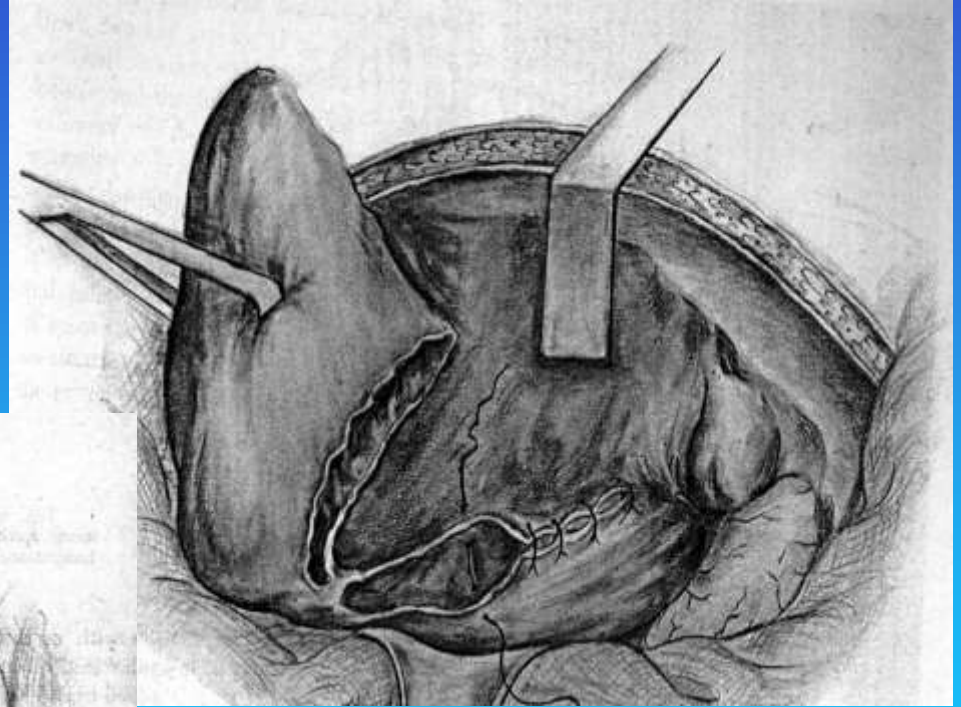
# Traitement médical

- Mébendazole (1970) - Bekhti
- Flubendazole
- Albendazole : 3-4 cures de 30j  
efficacité 75%

Suivie: 9-18 mois

# Hydatidose hépatique

- Traitement chirurgical

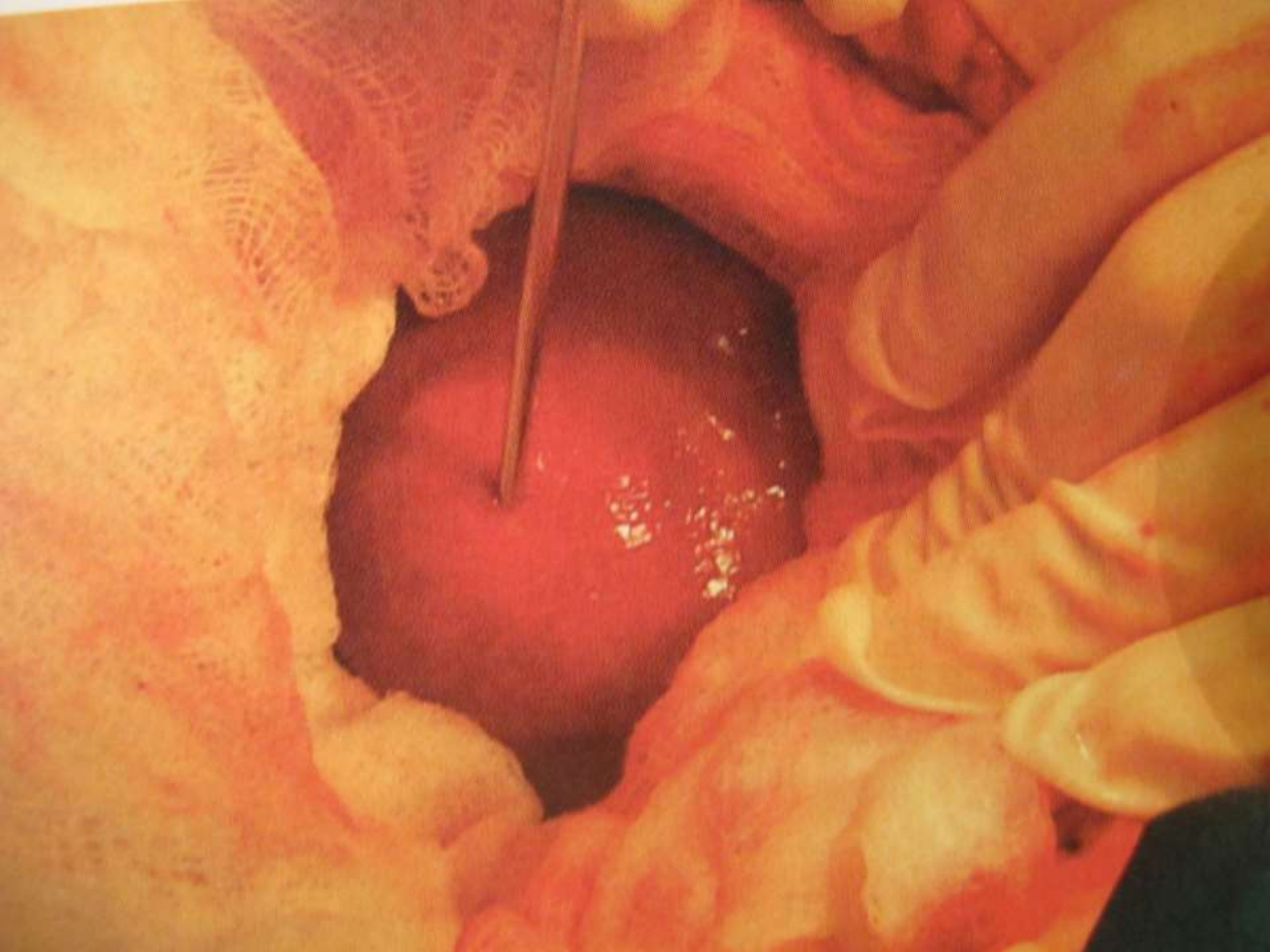


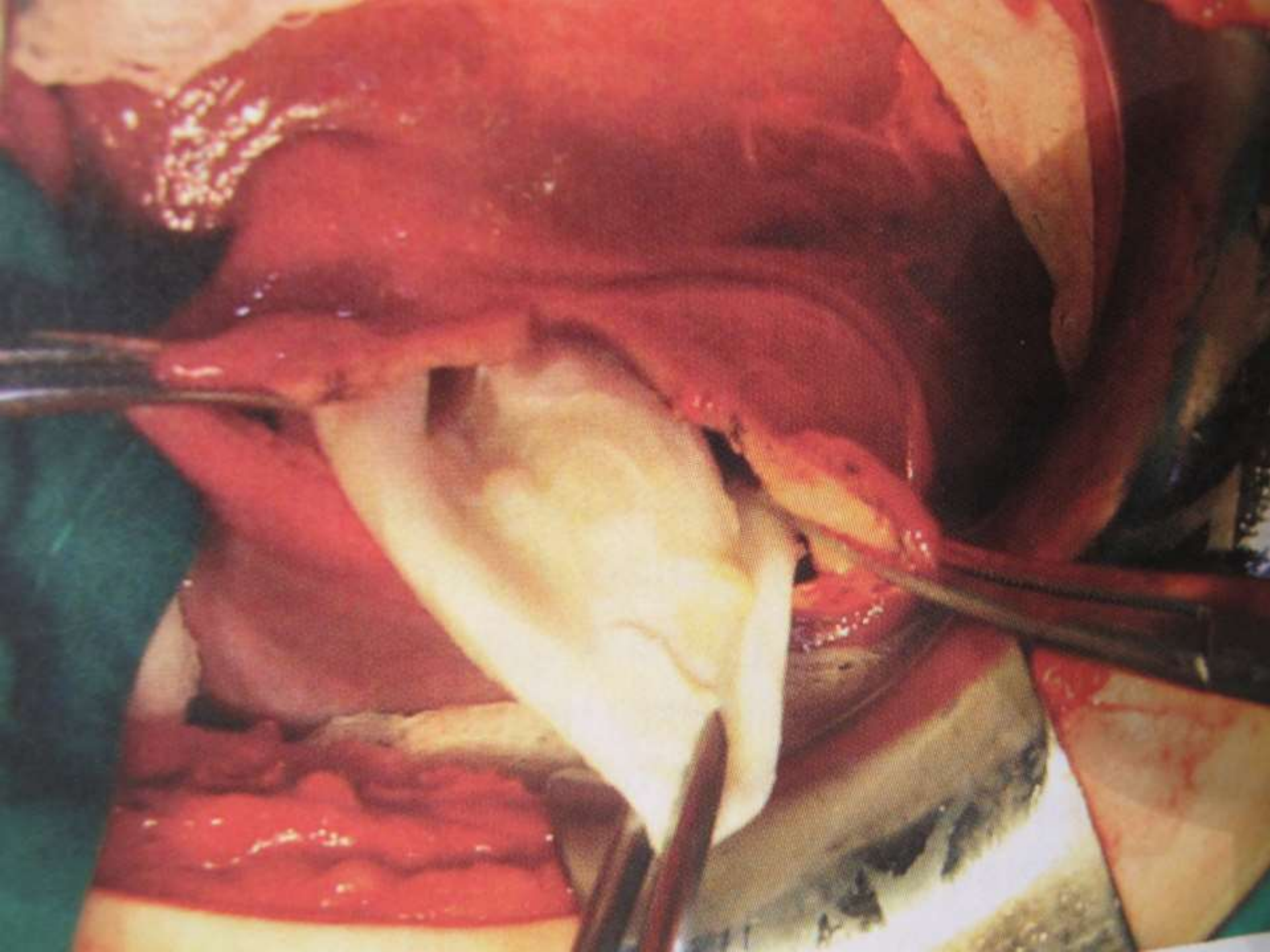
# Hydatidose hépatique

- Traitement chirurgical  
laparoscopique

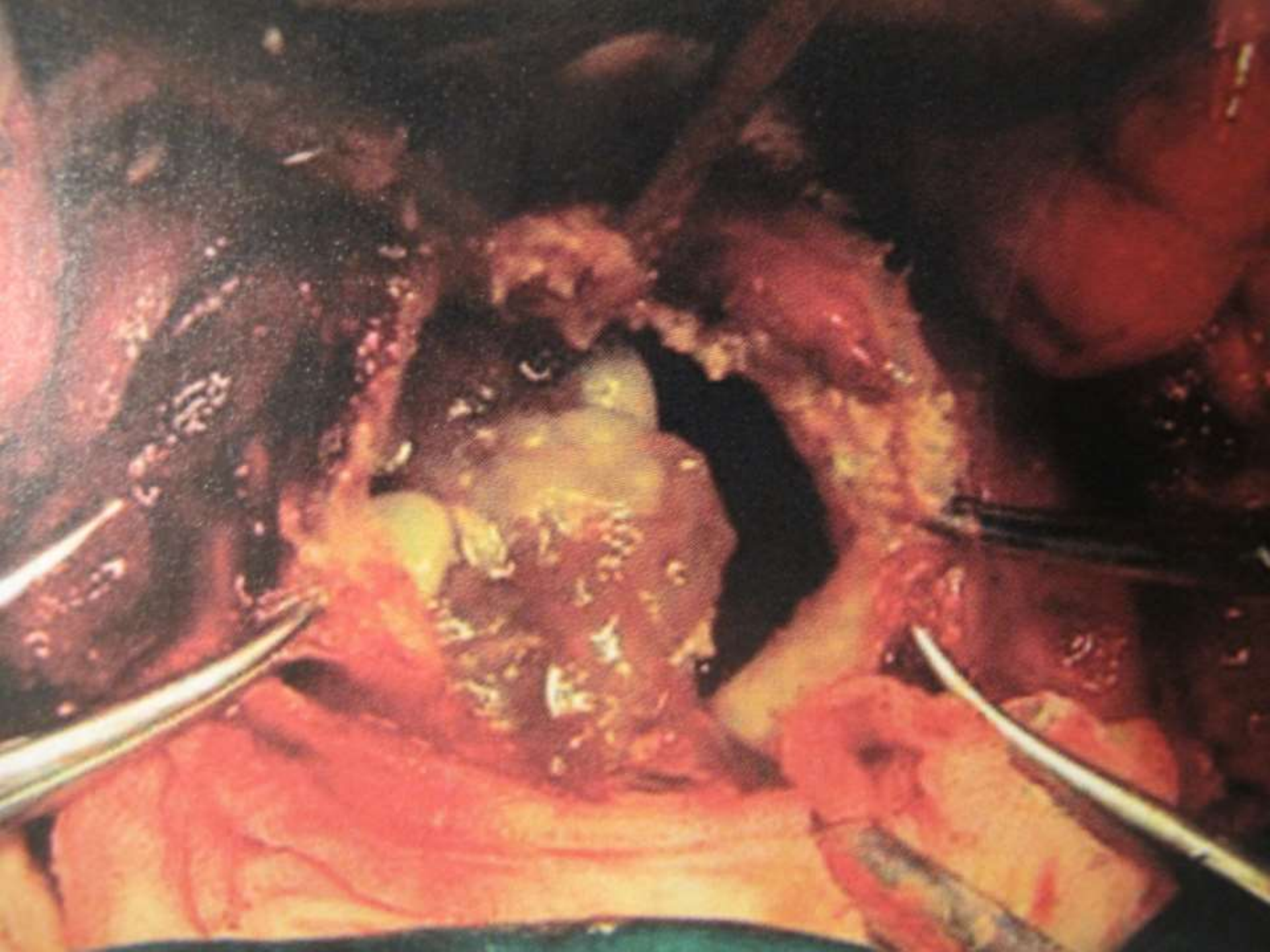




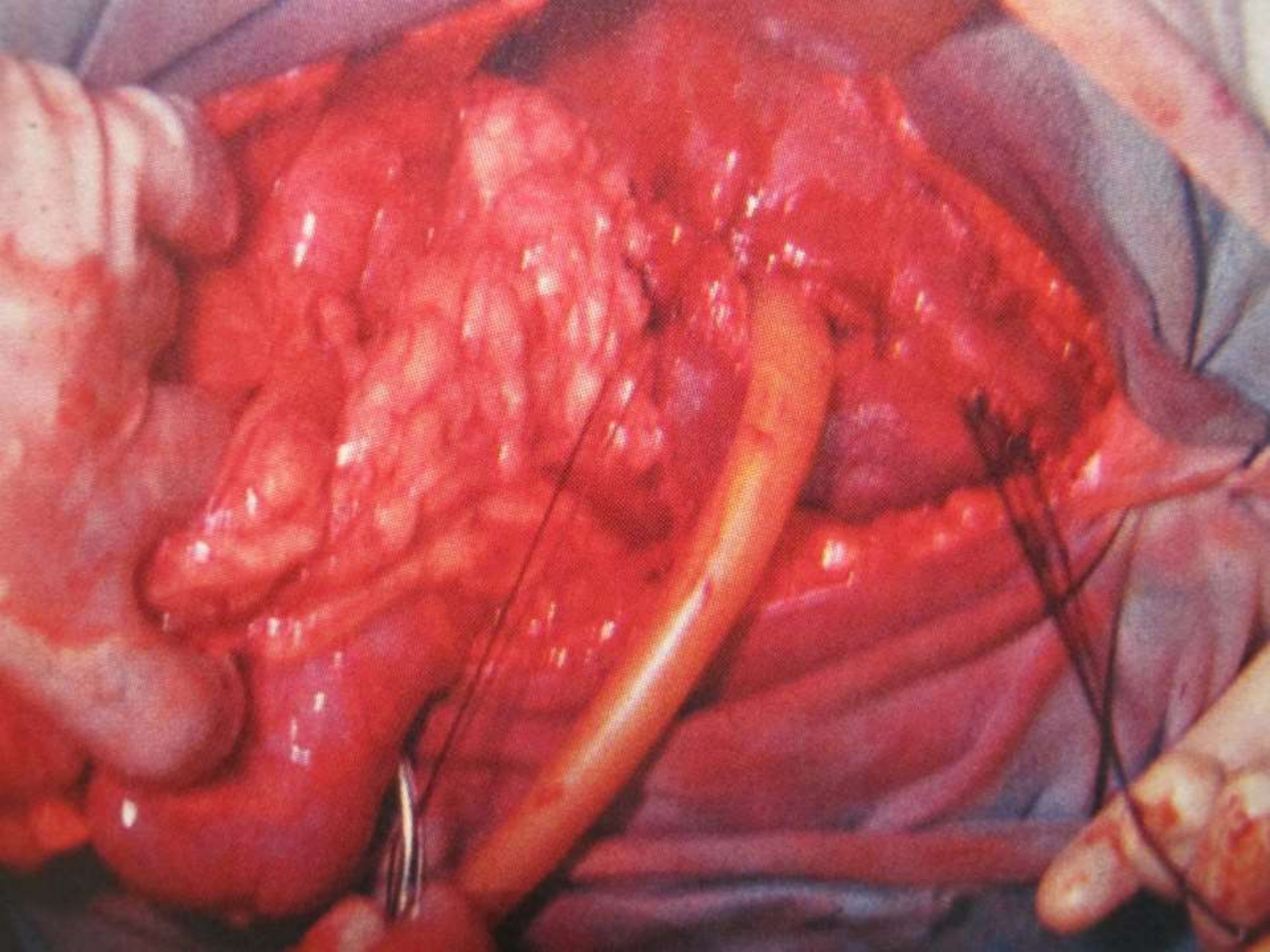


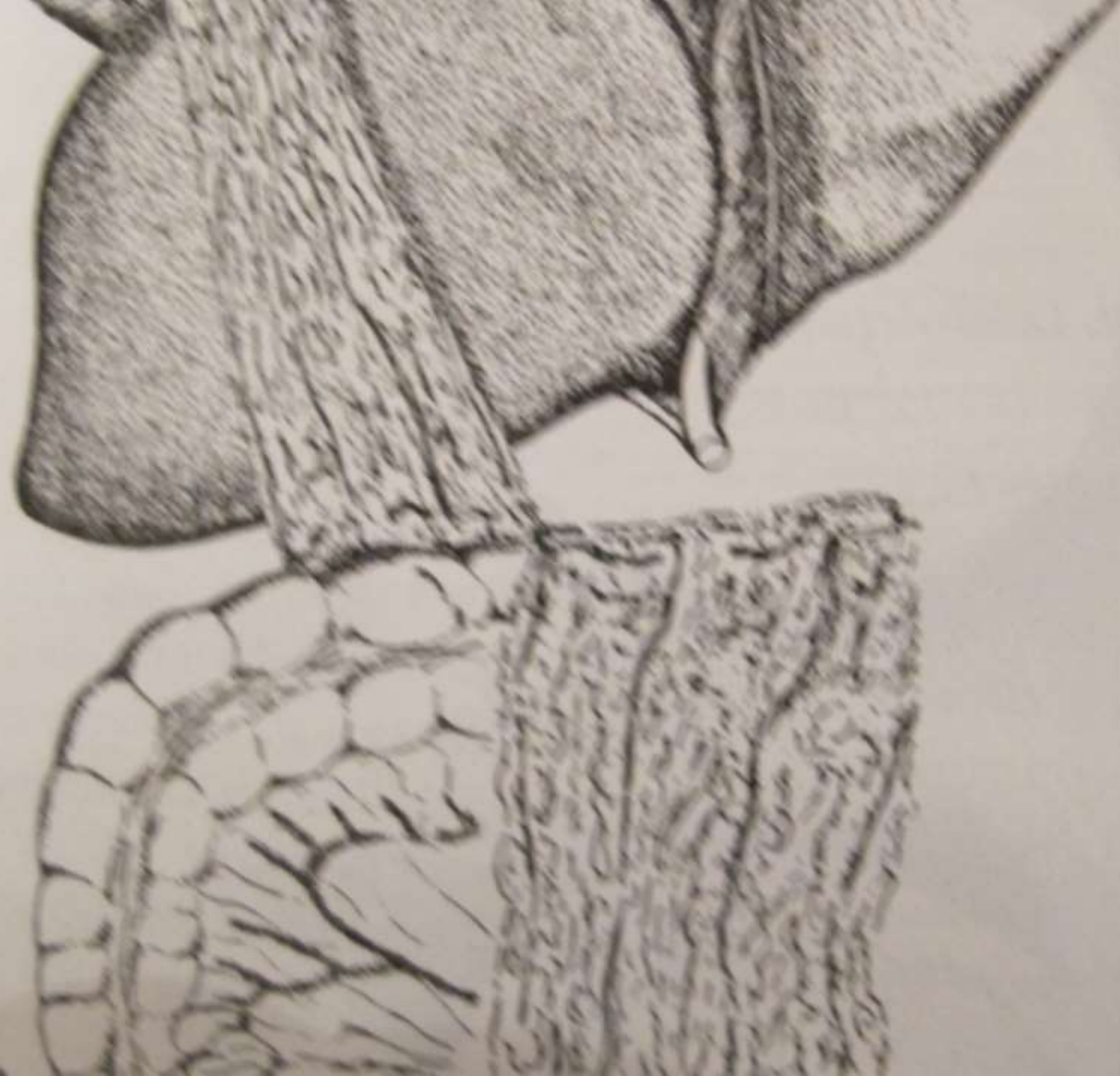












# **Traitement du kyste hydatique hépatique par ponction transcutanée guidée par échographie**

**(PAIR: ponction aspiration injection ré-aspiration)**



Elle consiste en une ponction du KH du foie sous contrôle échographique, aspiration immédiate du liquide hydatique (10 à 15 mL), injection d'un scolicide:

chlorure de sodium hypertonique à 20% ou alcool à 95%

- laissé en place 10 à 20 mn,
- réaspiration du scolicide.

On injecte également 1 à 2 mL de lipiodol ultrafluide pour repérer facilement le kyste lors des contrôle



- **Le malade C.R.  
l'aspect  
échographique  
lors de  
l'hospitalisation**



# Aspect échographique 5 jours après la ponction



SOMATOM CR

SPITALUL JUDETEAN TIMISOARA

CRACIUN RADU 61 ANI

721 CH URG.

002

13-MAR-96

FRONT

1 26

12:53:22

H/SP

DU1:174

SCAN 6

D1 6.4

A1 57

D2 3.9

A2 -35



L

E

F

T

5 CM

W 258

C 65

CHIST HIDATIC HEPATIC?  
NATIV

TP 889 NATIV

SOMATOM CR SPITALUL JUDETEAN TIMISOARA  
CRACIUN RADU 61 ANI 789 CH 2 OC2  
19-MAR-96 FRONT 1 25  
11:02:25 H/SP  
DU5:195  
SCAN 9

L  
E  
F  
T

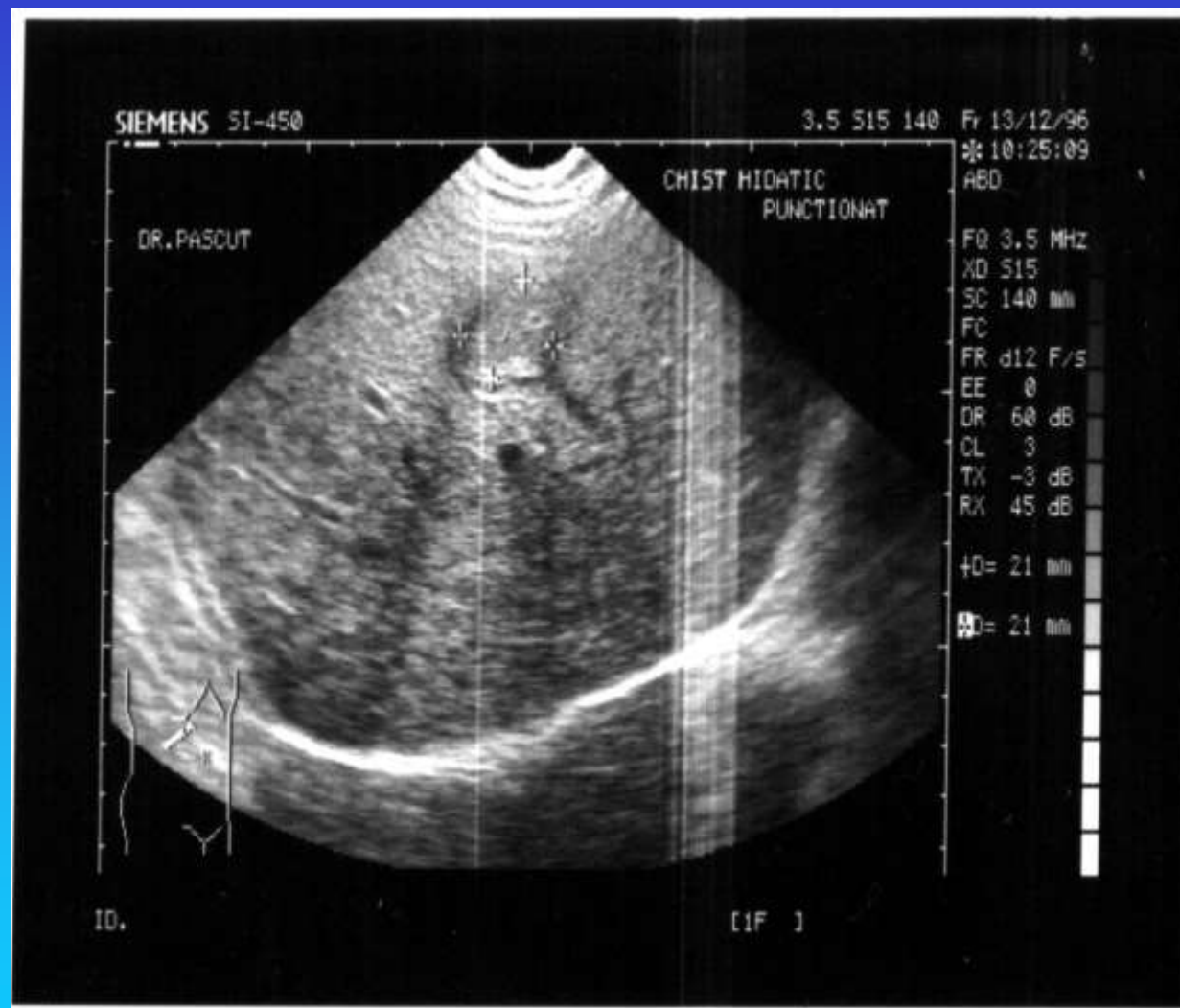
5 CM



TI 5  
KV 125  
AS .45  
SL 8  
GT 0  
TP 909

CHIST HIDATIC HEPATIC/  
NATIV

W 210  
C 53



**Même malade:**  
**- aspect échographique 9 mois après la ponction**

SOMATOM CR SPITALUL JUDETEAN TIMISOARA  
GHERGULESCU STEFAN 51 ANI1891 CH II 002  
9-JUN-97 FRONT 1 25

08:45:44

H/SP

DU1:132

SCAN 3

L  
E  
F  
T



5 CM

TI 5  
KV 125  
AS .45  
SL 8  
GT 0  
TP 792

CHIST HID.HEP.OP.  
NATIV

W 236  
C 56



SOMATOM CR

SPITALUL JUDETEAN TIMISOARA

GHERGULESCU STEFAN 51 ANI 1992 CHIR II

002

13-JUN-97

FRONT

1 27

09:06:20

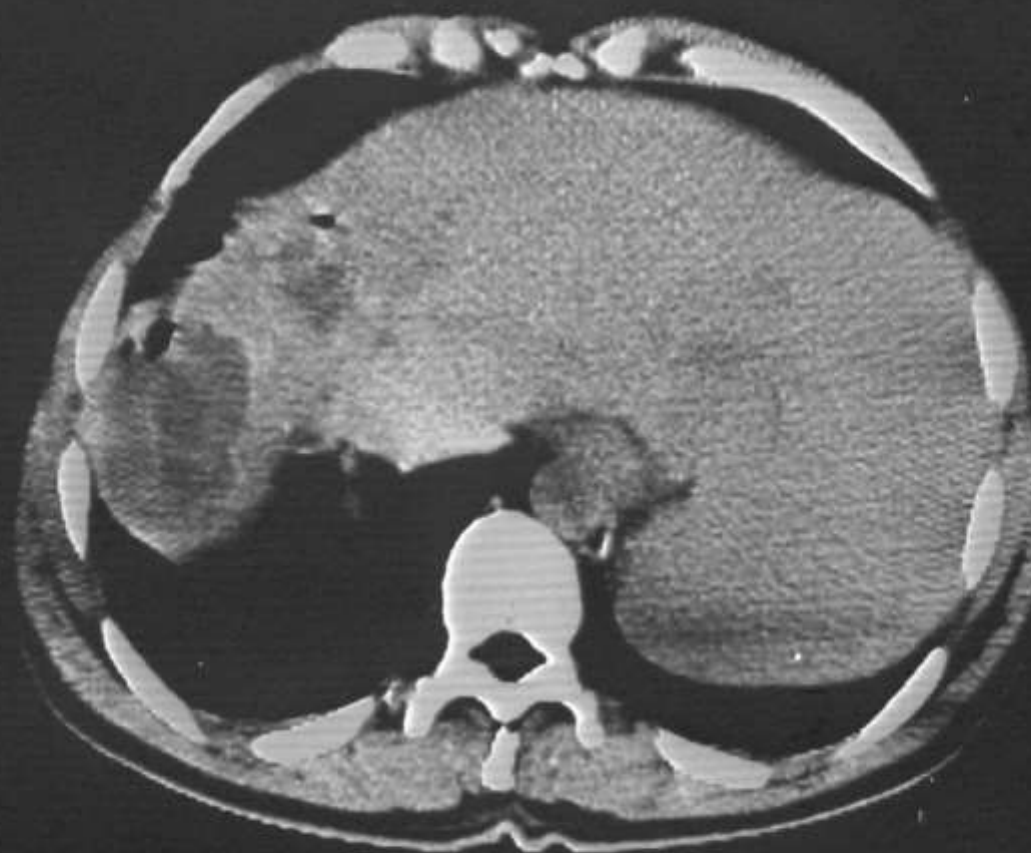
H/SP

DU7:217

SCAN 3

L  
E  
F  
T

5 CM



TI 5

KV 125

AS .45

SL 8

GT 0

TP 436

CHIST HIDATIC HEPATIC OP  
NATIV

W 118

C 39



SOMATOM CR

SPITALUL JUDETEAN TIMISOARA

PINTEA MARIA 62 ANI

411 CHIR II

OC2

31-JAN-97

FRONT

1 26

11:36:01

H/SP

DU3:124

SCAN 8



L  
E  
F  
T

5 CM

TI 5

KV 125

AS .45

SL 8

GT 0

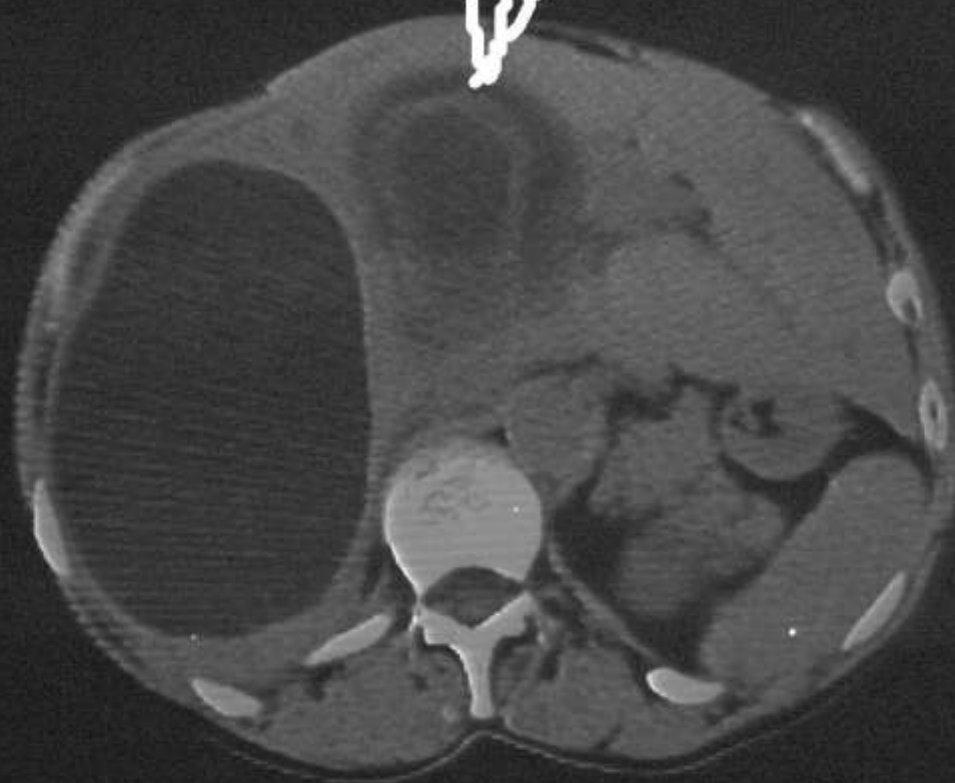
TP 799

CHIST HIDATIC  
NATIV

W 236

C 54

SOMATOM CR SPITALUL JUDETEAN TIMISOARA  
PINTEA MARIA 62 ANI 561 CH II 002  
12-FEB-97 FRONT 1 23  
08:18:29 H/SP  
DU1:102  
SCAN 17



L  
E  
F  
T

5 CM

TI 5  
KV 125  
AS .45  
SL 8  
GT 0  
TP 805

CHIST HIDATIC HEPATIC  
NATIV

W 156  
C 45

