



# CAT DEVANT UNE HEPATOMEGALIE

# PLAN



**I- Introduction**

**II- Diagnostic positif**

**III- Diagnostic différentiel**

**IV- Diagnostic étiologique**

**Enquête étiologique**

**Les étiologies:**

**A- HPM survenant sur terrain particulier/  
associée à des s.évoquant une étiologie**

**B- HPM isolée**

**V Conclusion**

# I – Introduction :



## **Définition :**

- HPM= hypertrophie de la glande hépatique localisée ou diffuse .
- occupe une place stratégique entre le tractus gastro intestinal et la circulation systémique .
- organe important du système réticulo-endothélial (barrière de défense au cours des syndromes infectieux)
- siège de nombreux phénomènes métaboliques



## **Intérêt de la question :**

**Fréquence** : symptôme d'appel fréquent .

traduit une atteinte hépatique ou extra hépatique

**Diagnostic positif** : facile .

**Diagnostic étiologique** : difficile , nécessitant une enquête minutieuse.



## II – Reconnaître une HPM : Dc

+

Cas faciles :

Masse de l'HCD,  
mobile avec les mouvements respiratoires.  
apprécier les caractères.



## Cas difficiles :

- ✓ HPM très douloureuse gênant l'examen .
- ✓ HPM + ascite de gde abondance → réexaminer le patient après ponction d'ascite évacuatrice
- ✓ HPM+ tumeur abdominale →écho. abdominale .
- ✓ HPM chez 1 personne obèse ( pannicule adipeux )
- ✓ HPM+ grossesse avancée .
- ✓ HPM modérée à développmt > ou sous la forme d'1 Tm localisée →échographie.

# III. Eliminer ce qui n'est pas une HPM ( Dc différentiel ) :

## 1)Devant une HPM diffuse :

**Foie ptosé** : bord < palpable mais FH normale (sujet agé ou amaigri ).

**Foie luxé** : foie refoulé vers le bas /1 processus thoracique pathologique ( épanchement pleural liquidien +++....) .

**Lobe de Riedel** : languette qui occupe le flanc droit en contact avec le foie =hypertrophie des secteurs ant du foie droit , descendant jusqu'à la FID .

## 2) Devant une HPM localisée



### A développement abdominal :

- ✓ **Grosse vésicule** : **sillon** →écho.
- ✓ **Gros rein droit** :contact lombaire + s.urinaires →écho voire UIV .
- ✓ **Tm surrénalienne** :sympt. évocatrice→TDM .
- ✓ **Tm de l'angle colique droit** : Tb du transit →colo. LB
- ✓ **V3 Tm gastrique** : s.d'appel→FOGD qui montre
- ✓ **Kyste et PKP** : →écho. TDM abdominale .
- ✓ **Tm pariétale** : →écho pour comfirmer et redresser le malade .





## A développement thoracique :

✓ Pleurésie diaphragmatique droite → TLT face

✓ Masse de la base droite : s.d'appel pleuro-pulm

→ TLT f/p

# IV. Diagnostic étiologique

## → Enquête étiologique :

### A – Interrogatoire :

#### Terrain :

- Age – sexe
- Professions exposées ( vétérinaires , personnel médical ) .
- Origine géographique : zone d'endémie parasitaire ( KH ,paludisme)

## ATCD : rechercher la notion de :

- Contage TBC.

- éthyliisme .



- consommation MD

- phase pré- ictérique : syndrome grippal .

- ictère .

- transfusion, soins dentaires, scarification, tatouages , rapports sexuels non protégés .

- diabète , cardiopathie .

- HD .

- syndrome infectieux .

- intervention sur le TD.

- AEG.

- ATCD familiaux d'hépatopathies ou d'intervention chirurgicale .

## B/ Examen physique :



### Caractères de l'HPM :

- Type : globale, ou localisée .
- Aspect de la surface : régulière ou irrégulière .
- Sa consistance : molle ,ferme ou dure .
- Sa mobilité avec les mouvements respiratoires .
- Sa sensibilité à la palpation .
- L'aspect de son bord inférieur : mousse ou tranchant .
- Flèche hépatique (9-12cm).



## S. accompagnateurs évocateurs :

### *\*Digestifs :*

- Ictère .
- Syndrome d'HTP : SPM, CVC .
- S. d'IHC : angiomes stellaires , télangiectasie ,  
s. cutanés hgiques , érythrose palmaire .
- Masse abdominale .

\* *Extra digestifs :*

- **Cardio vasculaire :** s. d'ICDte:

Reflux hépatojugulaire .

Expansion systolique du foie.Souffle d'IT .

- **Lympho ganglionnaire :**

ADP ,SPM

- **Neurologique :**

-S.extra pyramidaux : tremblement , akinésie en rapport avec une maladie de wilson .

-Asterixis : EH .

- **Cutanés :**

Mélandermie ( maladie de wilson – hémochromatose ou cholestase prolongée ) .

- **Ophthalmologique :** anneau péricornéen de K F .

cataracte en feuille de tournesol.

## C/ Examens complémentaires :



### \* **Systematiques :**

-Echographie abdominale : examen clé +++

- Affirme l'HPM + caractère homogène ou hétérogène .
- Recherche le caractère échogène
- Rechercher les s. associés : SPM, état du tronc porte , voies biliaires examen du pancréas .

-EFH: à la recherche des syndromes.

-Bilan biologique standard :

- FNS , VS , crase sanguine , glycémie , bilan rénal , ionogramme sanguin .

## \* Exploration à visée étiologique :

### - *Biologie* :



- Sérologie virale : B et C .
- Sérologie : hydatidose , amibienne .
- Bilan immunologique ( autoimmunité : anti mitochondrie , anti nucléaire, anti muscle lisse .
- Bilan du fer : fer sérique , CS , ferritinémie .
- Bilan cuprique : cuprémie , cuprurie , céruléo-plasminémie .
- EPP : bloc B-gamma : cirrhose .
- Marqueurs tumoraux : alpha FP , ACE
- Hémoculture aux pics fébriles ( si fièvre associée ) .
- Dosage de l'alpha 1 anti trypsine .



# Imagerie



- TLT**: localisation pul de KH , TBC, méta , s. de sarcoidose  
apprecier la silhouette cardiaque , ICT, cadre osseux
- ASP** : calcif. sur l'aire biliopancréatique, KH calcifié
- Echo-doppler** : structures Vx s/, intra et sus hépatique
- Angioscanner**
- **IRM** : +++
  - L'étude et précise les structures du foie.
  - Dc et analyse des nodules suspects .
  - Différencier un hémangiome /adénome
- Phlébographie hépatique et cavographie** :
  - Dc d' obstruction des v hépatiques.
  - obstruction cave peut y être associée .

## → Les étiologies :



**A. HPM survenant sur un terrain particulier/  
associée à des signes évoquant une étiologie :**

**Terrain particulier :**

**Au cours d'une maladie générale :**

**Sujet alcoolique**

**Sujet porteur d'une néoplasie maligne**

**Symptôme évocateur:**

**Ascite**

**ictère**

**Fièvre**

**SPM**

→ Terrain particulier:

✘ Maladie générale: sarcoïdose

Amylose

diabète

*Sarcoïdose :*

- Localisation hépatique : rare , souvent asymptom.

- Le foie est siège de nodules sarcoïdosiens (HPM rarement globale ) .

- **PBF**: granulome tuberculoïde au niveau des EP mais aussi dans les lobules .

## *Amylose secondaire :*



Foie infiltré chez 1/4 des patients .

- HPM rare 5 % , qd existe = volumineuse , régulière , indolore, dure .
- **PBF** : dépôt de substance amyloïde (rouge congo ) le long des sinusoides et de l'espace de Diss refoulant et comprimant les hépatocytes .

## *Le diabète :*



- L'HPM est due à:  
augmentation du tx de glycogène → diabète type I .  
stéatose ou stéatohépatite(NASH) → diabète type II
- **PBF:** - stéatose macro-vésiculaire .

## 2/Sujet alcoolique :



### *Stéatose :*

HPM lisse régulière , très peu sensible , de consistance molle ou ferme , bord inférieur mousse .

- **Pbf** : - stéatose macrovésiculaire 80% :  
-Stéatose microvésiculaire 20 % .

## *Hépatite alcoolique aigue :*



- HPM régulière , parfois sensible , ferme .
- **PBF:** signes de souffrance hépatocytaire .
- Ballonisation et nécrose hépatocytaire acidophile .
- Corps de mallory ( ne sont pas spécifiques ) : inclusions éosinophiles intracytoplasmique .
- Infiltration de PNN au voisinage des hépatocytes en souffrance .

## *Cirrhose alcoolique :*



- HPM dure , à bord < régulier et tranchant , indolore , dont la face antérieure est lisse ou parfois granuleuse (micronodules ) .
- PBF** : - fibrose annulaire , mutilante , nodules de régénération
- Lésions de stéatose et d'hépatite alcoolique .



### 3. sujet porteur d'une néoplasie maligne :



*Primitive :*

**CHC :**

HPM : dure , globale ou localisée , sensible à douloureuse .

*Secondaire :*

- Méta. hépatiques des carcinomes du TD +++( colon , pancréas) Kc des bronches , des seins

HPM globale , surface irrégulière , parsemée de gros nodules , d'où l'aspect d'un foie maronné , consistance dure +- sensible .

## → HPM associée à un symptôme évocateur



### A) HPM et ascite :

#### *ascite transudative :*

##### 1. La cirrhose :

HPM ferme à bord < tranchant et surface irrégulière (parsemée de micro ou macronodules ) ou régulière .

PBF :

- Nodules parenchymateux de régénération
- Fibrose annulaire

# Les étiologies :



## - C . Post hépatitiques :

Histologie : hépatocytes à cytoplasme en verre dépoli (virus B).

- C . Alcoolique : déjà décrite .

- C .médicamenteuse :

⇒ **PBF** : la topographie centrolobulaire de la nécrose hépatocytaire est un bon argument en faveur de la cause médicamenteuse

## **-C . Métabolique :**

### **→ Hémochromatose :**

- **Histo** : dépôts de fer (hépatocytes+++ ) prédominant ds la région périportale puis deviennent diffuses (coloration de Perls)

[ ] hépatique du fer élevée 100-1000 $\mu$ mol/g de foie sec

### **→ Maladie de wilson :**

- **PBF** : augmentation du Cui intrahépatocytaire  $> 4 \mu$  mol/ g de foie

### **→ Déficit en $\alpha$ 1 antitrypsine :**

- **Histologie** : Granulations éosinophiles intra hépatocytaire

## **-Cirrhose biliaire :**

- **CBP :**

**PBF :** Lésions de cholangite destructrice .

- **CBS:**

sténose traumatique de VBP , lithiase biliaire non traitée , CSP

**-Cirrhose auto-immune :**

**-Cirrhose cryptogénétique :**

- Diagnostic porté après élimination des autres causes de cirrhose .

## 2. Vasculaire et cardiaque :

### ❖ ***Péricardite constrictive :***

HPM globale ,homogène , sensible voire douloureuse avec turgescence des jugulaires sans reflux hépato-jugulaire

### ❖ ***Insuffisance cardiaque globale ou droite :***

HPM molle , sensible , bord < mousse .

turgescence spontannée des jugulaires ,expansion systolique du foie, reflux hépato-jugulaire .

### ❖ ***Le syndrome de Budd chiari :***

-HPM globale, sensible.



## *Ascite exsudative :*

- Métastase péritonéale
- Tuberculose .
- Budd-chiari .

## B / HPM associée à un ictère :



### *Hépatite :*

- HPM homogène , globale , sensible .

### *CBP :*

### *Cholestase extra hépatique :*

- L VBP , kc VBP ,ou de la tête du pancréas ,vésicule ,ou ampullome vatérien , cholangiocarcinome, kc de l'estomac
- **-HPM** régulière , lisse , ferme , indolore, à bord inférieur mousse .



## *Ictère de la cirrhose (décompensation) :*

- **Hpm** ferme presque dure , à bord < tranchant , irrégulière

## *Tumeur maligne du foie :*

- **Hpm** globale ,dure ,rapidement fixée , sensible puis dleuse ,augmente rapidement de taille ou forme multinodulaire .

## C ) HPM associée à une fièvre :

1/ HPM épiphénomène incluse dans un tableau dominé par un syndrome infectieux :

### ○ Bactérienne :

- Seticémie d'origine veineuse(germes pyogènes)ou lymphatiques(typhoïde,brucellose)
- HPM globale, homogène, douloureuse.

- **Parasitaire :**

  - Kala- azar :*

  - HPM modérée , indolore , ferme , à surface régulière ,
  - **Bx hépatique** : Hyperplasie Kupfférienne , infiltrat inflammatoire , granulome , stéatose

  - Paludisme :*

  - HPM globale ,
  - **-Bx hépatique** : hyperplasie des cellules de Kupffer , infiltration par des cellules mononuclées +/- granulome .

- **Virale** : CMV , MNI , varicelle .

## 2/ HPM symptôme majeur associé à une fièvre :

### **A ) suppuration hépatique :**

*Abcés à pyogène*

*TBC hépatique :*

-HPM homogène , indolore , régulière , bord < mousse

### **B) Amibiase :**

● **Hépatite amibienne :** (stade présuppuratif )

- HPM régulière , douloureuse

● **Abcés amibien :**

HPM irrégulière dloreuse , manœuvre d'ébranlement +

● **C ) Tumeur maligne du foie :** ( secondaire)

HPM dure , irrégulière

## D ) HPM associée à une splénomégalie :

### 1. *HPM de l'HTP :*



- **Atteinte hépatique :**

- Cirrhose.
- Hépatite chronique.
- Granulomatose hépatique.

- **Bloc sus hépatique :**

- Maladie veino-occlusive :
- Syndrome de budd-chiari .
- Péricardite constrictive .
- Insuffisance cardiaque droite ou globale .

## 2 ) maladie de surcharge :



**Amylose** : sus citée .

**Maladie de gaucher** :

- HPM irrégulière
- MEE cellules de gaucher ( grde cellules réticulo-endothéliales chargées de glycolipides )

### 3/ hémopathies malignes :



- Terrain : leucémie ,LMNH , et hodgkinien , maladie de waldenstrom , myelome multiple , syndrome myeloprolifératifs , mastocytose systémique .
- Clinique : HPM globale ,indolore, homogène,Altération de l'état général .

## B) HPM isolées :



### B1 / HPM homogène :

- **1/ surcharge :**

- *Stéatose .*

- *Amylose .*

- *Maladie de gaucher .*

- **2/ granulomatose hépatique :TBC, sarcoidose .**

- **3/ cirrhose -CHC (rarement)**



## B2 / HPM hétérogène :



### **1/ HPM hyperéchogènes :**

- **Tumeurs bénignes du foie :**

**Adénome hépato-cellulaire**

**Hémangiome**

**Hypertrophie nodulaire focale**

**Autres tumeurs :**

**(Fibrome , lipome , leiomyome , angiomyolipome , pseudolipome , lymphangiome , mésothélium bénin , lymphangiomatose ).**

- **Tumeurs malignes du foie : hépatocarcinome 98%**

## **2/ HPM anéchogène ou hypoéchogène :**

- **2-1 les tumeurs bénignes :**

  - Polykystose hépatique .**

  - Kystes biliaires .**

  - KH.**

  - Cystadénome .**

- **2-2 les tumeurs malignes :**

  - Angiosarcome .**

  - Cystadénocarcinome.**

  - Cholangiocarcinome .**

## V. **V. Conclusion :**

- HPM= sympt fréquent de consultation en GE.

- Le Dc + ne pose plus autant de problème en raison des moyens d'exploration notamment radiologique ( échographie) .

- Cependant tout l'intérêt de la question réside dans le Dc étiologique devant la diversité des pathologies pouvant affecter le foie

Néanmoins , il reste dominé en Algérie par la cirrhose , le KH et la Tm maligne du foie .