

UN CARCINOME HEPATOCELLULAIRE REVELE PAR UNE ANGIOCHOLITE, UNE HEMOBILIE ET UNE PANCREATITE

Dany GARGOT, Catherine BINEAU*, Tannous ZLEIK*, Patrick BRUANDET**, Philippe AGNARD***, Jean-Pierre RAMAIN**

* Service d'hépto-gastroentérologie, ** Service d'anatomopathologie, *** Service de radiologie, Centre hospitalier de Blois 41016 BLOIS

Un homme de 78 ans consulte le 22/11/1999 après deux épisodes d'angiocholite en une semaine (douleur épigastrique, frissons, urines foncées et selles décolorées). Il n'a pas d'antécédent particulier en dehors d'une hypertension artérielle. Il a fumé et bu énormément dans le passé.

A l'examen clinique, le foie est dur, il n'y a pas de signe cutané en faveur d'une cirrhose.

Deux échographies, faites à 15 jours d'intervalle, montrent un parenchyme hépatique normal, il n'y a pas de lithiase vésiculaire.

Après les crises, les transaminases s'élèvent modérément et les Gamma GT sont entre 15 et 20 N. Le TP est à 100 % et la bilirubine totale à 75 µmol/l. Un scanner hépatique montre un nodule de segment IV, hypodense avant injection et se réhaussant en phase artérielle mesuré à 4,5 x 3,5 cm.

Les voies biliaires intrahépatiques sus-jacentes sont modérément dilatées et il existe un niveau de densité au sein de la vésicule faisant évoquer du sludge. Les alpha foeto-protéines sont à 33,6 µg/l et le diagnostic de carcinome hépatocellulaire est évoqué.

Le bilan étiologique de l'hépatopathie sous-jacente reste négatif.

En raison de l'âge du malade, on décide de refaire le point deux mois plus tard. A cette époque, l'échoendoscopie est normale au niveau de la voie biliaire basse et du pancréas.

Il revient en Janvier 2000 avec un nouvel épisode de " migration ".

Le bilan est perturbé : SGOT : 7 N, SGP : 2 N, GGT : 20 N, PA : 2,5 N. Il existe une réaction pancréatique : amylases : 1,5 N, lipases : 2 N. La bilirubine est à 259 µmol/l et il perd 4 points d'hémoglobine en quelques jours avec une extériorisation de méléna.

On discute alors d'une chimioembolisation à visée hémostatique. Un scanner préalable montre une voie biliaire pleine de matériel correspondant probablement à des caillots et les voies biliaires intra-hépatiques sont dilatées.

Une sphinctérotomie endoscopique est effectuée et retrouve une masse de 15 mm de diamètre au niveau du canal hépatique commun évocatrice d'un bourgeon tumoral.

Les biopsies endocanalaies de la tumeur montrent des cellules hépatocytaires profondément anormales, le diagnostic de carcinome hépatocellulaire est suggéré.

L'artériographie retrouve une prise de contraste précoce au temps artériolocapillaire au niveau des segments IV débordant sur le VI et le VIII et une fixation précoce du Lipodiol.

Une embolisation est décidée, mais elle sera faite après la mise en place d'une prothèse plastique lors d'une CPRE qui confirme l'obstacle tumoral du canal hépatique commun.

Actuellement le malade va bien, la prothèse plastique a été changée en Juin 2000 à la suite d'une obstruction ; il ne saigne plus, l'état général est bon. L'ictère a disparu.

La révélation d'un carcinome hépatocellulaire par ce type de manifestation est rare car l'extension aux voies biliaires ne fait pas partie de l'évolution naturelle de ces tumeurs. L'hémobilie, la migration de caillots et l'ictère doivent alerter. L'envahissement portal est fréquent dans cette situation. La CPRE permet de visualiser des débris intracanalaires. Le traitement curatif du CHC est rarement possible.

Ref : Cajot O, Descamps C, Navez B et al. Hémobilie révélatrice d'un très petit carcinome hépatocellulaire rompu dans les voies biliaires. Gastroenterol clin biol; 1997:426-9.