



## Cancer du foie

[Qu'est ce que le carcinome hépatocellulaire \(hépatocarcinome ou cancer primitif du foie\) ?](#)

[Quels sont les symptômes du cancer primitif du foie \(hépatocarcinome\) ?](#)

[Comment faire le diagnostic de cancer primitif du foie \(hépatocarcinome\) ?](#)

[Quel est le pronostic du cancer primitif du foie \(hépatocarcinome\) ?](#)

[Quel est le traitement du cancer primitif du foie \(hépatocarcinome\) ?](#)

[Qu'est ce que le cancer secondaire du foie \(métastases hépatiques\) ?](#)

### 6.10.1. Qu'est ce que le carcinome hépatocellulaire (hépatocarcinome) ?

Prolifération néoplasique d'origine hépatocytaire, c'est le plus fréquent des cancers primitifs du foie (figure [25](#) - [26](#) - [27](#) - [28](#)). Il survient presque toujours sur une maladie hépatique, cirrhose dans plus de 90 % ou hépatite chronique virale préexistante, au terme d'une évolution de deux à trois décennies. A l'échelle mondiale, c'est l'un des cancers les plus fréquents.

Quelle que soit la cause de la cirrhose, l'incidence de dégénérescence est de l'ordre de 1 à 3 % par an. En Asie et en Afrique où l'infection par le virus B est contractée à la naissance, l'hépatocarcinome survient chez l'adulte jeune. En France, le virus C devient, à côté de l'alcool, une cause importante, essentiellement sur une cirrhose après l'âge de 50 ans. Il existe une prédominance masculine. Le cancer primitif sur foie sain est exceptionnel. Il peut être favorisé par des carcinogènes chimiques (aflatoxine en Afrique). En Occident, l'hépatocarcinome sur foie sain est parfois une variété particulière, dite fibrolamellaire, de meilleur pronostic.

Il se développe à partir d'un foyer initial localisé, envahit les vaisseaux portes et métastase dans le foie lui-même par l'intermédiaire des branches portales; cette notion explique le caractère souvent multiloculaire du cancer, maladie auto-métastasante dans le foie, et la tendance à la thrombose néoplasique des branches puis du tronc de la veine porte.

### 6.10.2. Quels sont les symptômes du cancer primitif du foie (hépatocarcinome) ?

L'hépatocarcinome peut être longtemps asymptomatique, compliquer une cirrhose connue, ou être la cause déclenchante d'une décompensation qui révélera la cirrhose jusqu'alors compensée et non connue: aggravation d'une hypertension portale avec hémorragie digestive révélatrice; apparition ou majoration d'une ascite (qui devient irréductible ou hémorragique) ou d'une insuffisance hépatocellulaire: ictère, encéphalopathie. Il peut exister des douleurs liées à l'extension ou à la nécrose de la masse tumorale. Souvent, le CHC est une découverte d'échographie sur terrain à risque.

### 6.10.3. Comment faire le diagnostic de cancer primitif du foie (hépatocarcinome) ?

Les examens biologiques sont aspécifiques, sauf l'élévation de l'alpha-foeto-protéine (AFP): dans 30 % des formes patentes, elle est supérieure à 500 ng/ml, ce taux étant pathognomonique; dans 20 % des cas, elle est normale; dans les autres cas, les valeurs intermédiaires se chevauchent avec celles qui sont observées dans l'hépatite chronique ou la cirrhose.

Le dépistage chez les sujets à risque a été proposé mais n'a pas fait encore preuve de son intérêt. Il repose sur une échographie tous les six mois chez les sujets porteurs de cirrhose non décompensée. L'IRM est un examen plus coûteux, de seconde intention. Un biopsie dirigée par échographie est utile mais comporte un risque d'ensemencement sur le trajet.

### 6.10.4. Quel est le pronostic du cancer primitif du foie (hépatocarcinome) ?

Lorsqu'il est asymptomatique, uni ou même paucifocal, le CHC évolue lentement, avec un temps de doublement estimé autour de 6 mois. Mais sans ou même après traitement, d'autres foyers carcinomateux se développent presque inexorablement dans les années à venir. Si le cancer est symptomatique, son pronostic est très péjoratif, avec une médiane de survie qui ne dépasse pas quelques semaines. Le décès survient par cachexie ou insuffisance hépato-cellulaire car peu de cas sont accessibles à une thérapeutique. Il existe souvent une thrombose portale très étendue responsable d'hémorragie digestive.

### 6.10.5. Quel est le traitement du cancer primitif du foie (hépatocarcinome) ?

L'hépatectomie partielle est réservée aux tumeurs inférieures à 5 cm de diamètre chez des malades ayant une cirrhose Child A. L'alcoolisation, l'acétisation ou la destruction par radio-fréquence, dans ces petites tumeurs donnent des résultats équivalents. De fait, la récurrence est fréquente du fait de métastases intra-hépatiques méconnues ou de nouveaux foyers cancéreux. La transplantation hépatique, seul traitement vraiment curatif, n'est utile que pour les très petites tumeurs (risque de récurrence dans les autres cas). Les moyens médicaux sont palliatifs.

La chimio-embolisation peut parfois entraîner une nécrose tumorale partielle ou complète, mais son bénéfice en terme de survie n'est pas démontré. Il n'y a pas de chimiothérapie générale ou d'hormonothérapie utile.

#### 6.10.6. Qu'est ce que le cancer secondaire du foie (métastases hépatiques) ?

Les métastases hépatiques sont les plus fréquentes des tumeurs du foie. Elles compliquent surtout les cancers drainés par la circulation splanchnique (côlon, pancréas, estomac), mais peuvent se voir dans la quasi totalité des cancers généralisés (poumon, ovaires, sein, œsophage, rein, tumeurs neuro-endocrines etc... ).

L'argument principal du diagnostic est le contexte: l'échographie hépatique fait partie du bilan d'extension de tout cancer, mais également de la surveillance après exérèse d'un cancer, en particulier du côlon. L'apparition d'une lésion focale au cours d'une telle surveillance est hautement évocatrice. Si le cancer n'est pas connu, la biopsie dirigée peut apporter le diagnostic et sera suivie d'une recherche du cancer primitif.

La biologie hépatique est en général perturbée (augmentation des GGT, des phosphatases alcalines) mais ce n'est pas toujours le cas (10 % biologie normale environ). La recherche de marqueurs néoplasiques (ACE, Ca 19-9, etc... ) peut être positive. Les métastases des tumeurs endocrines digestives (carcinoïde, insulinome, etc...) sont parfois responsables de sécrétions hormonales à taux élevés et s'accompagnent de manifestations cliniques.

Le traitement est fonction de la nature de la tumeur: exérèse possible en cas de lésion unique ou localisée (côlon en particulier), et/ou chimiothérapie (entraînant parfois une régression tumorale transitoire)