

Pseudotumeur inflammatoire du foie à propos d'un cas et revue de littérature

LAHGAZI S.^{1,2}, EL HAJJAM. K.^{1,2}, HALOUA.M^{1,2}, ALAMI B.^{1,2},
BOUBBOU M.^{1,2}, MAAROUFI M.^{1,2} ALAOUI LAMRANI Y.^{1,2}

¹Faculté de médecine, Université Sidi Mohamed Ben Abdellah de Fès.

² service de radiologie, CHU Hassan II de Fès.

Abstract: Hepatic inflammatory pseudotumors are rare, they most often present in a severe clinical picture simulating a tumor syndrome. The diagnosis is based on a radiological examination supplemented by an anatomopathological study, presenting inflammatory lesions with a polymorphic infiltrate. We report the case of a patient with general condition who has isolated epigastralgia. The initial radiological diagnosis was in favor of a non resectable cholangiocarcinoma. The radiological examination objectified the disappearance of the tumor after 5 months.

Résumé

Les pseudotumeurs inflammatoires hépatiques sont rares, elles se présentent le plus souvent dans un tableau clinique sévère simulant un syndrome tumoral. Le diagnostic est fondé sur un examen radiologique complété par une étude anatomopathologique, présentant des lésions inflammatoires avec un infiltrat polymorphe. Nous rapportons le cas d'un patient avec conservation de l'état général et qui présente des épigastralgies isolées. Le diagnostic radiologique initial était en faveur d'un cholangiocarcinome. L'examen radiologique a objectivé la disparition de la tumeur après 5 mois.

Date of Submission: 01-06-2020

Date of Acceptance: 16-06-2020

I. Introduction :

Les pseudo-tumeurs inflammatoires sont des lésions bénignes rares pouvant mimer l'aspect d'une atteinte maligne. Histologiquement, il s'agit de proliférations fibroblastiques, plus ou moins fibreuses, infiltrées de cellules inflammatoires polymorphes, de nature réactionnelle. Leur diagnostic préopératoire est difficile, car la présentation radiologique en impose souvent pour une lésion maligne [1].

II. Observation :

Un homme de 50 ans, tabagique, sans antécédents pathologiques, infirmier de profession, était vu en consultation le 22 février 2019 pour des épigastralgies isolées évoluant depuis 1 mois, sans irradiation avec une perte de poids de 12kg.

À l'examen physique, l'état général était conservé, et le patient présentait une sensibilité épigastrique à la palpation. Il n'avait ni ictère, ni ascite.

Les explorations biologiques montraient un bilan hépatique normal ; l'alphafoeto-protéine était à 6 UI ml⁻¹ (N < 10 UI ml⁻¹) ; l'antigène HBs (AgHBs) et les anticorps antiviral de l'hépatite C (VHC) étaient négatifs, NFS était normale.

- Le 25 février 2019 : L'échographie abdominale a objectivé une masse isoéchogène à vascularisation périphérique aux dépens du segment IV.

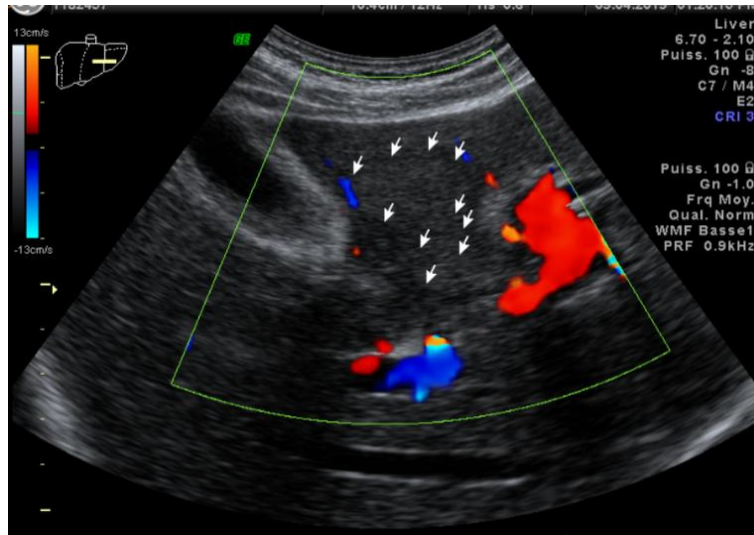


Fig1 : Echographie

- Le 26 février 2019 : Un complément angio-TDM a été réalisé objectivant une lésion tissulaire de contours irréguliers, rehaussée de façon hétérogène après contraste avec une nécrose centrale mesurant 64x40x34mm. Cette masse était au contact de la vésicule biliaire et de la VBP sans liseré graisseux de séparation, avec infiltration de la confluence biliaire et l'artère hépatique. Le diagnostic d'un cholangiocarcinome a été évoqué en premier et une biopsie hépatique a été programmée.

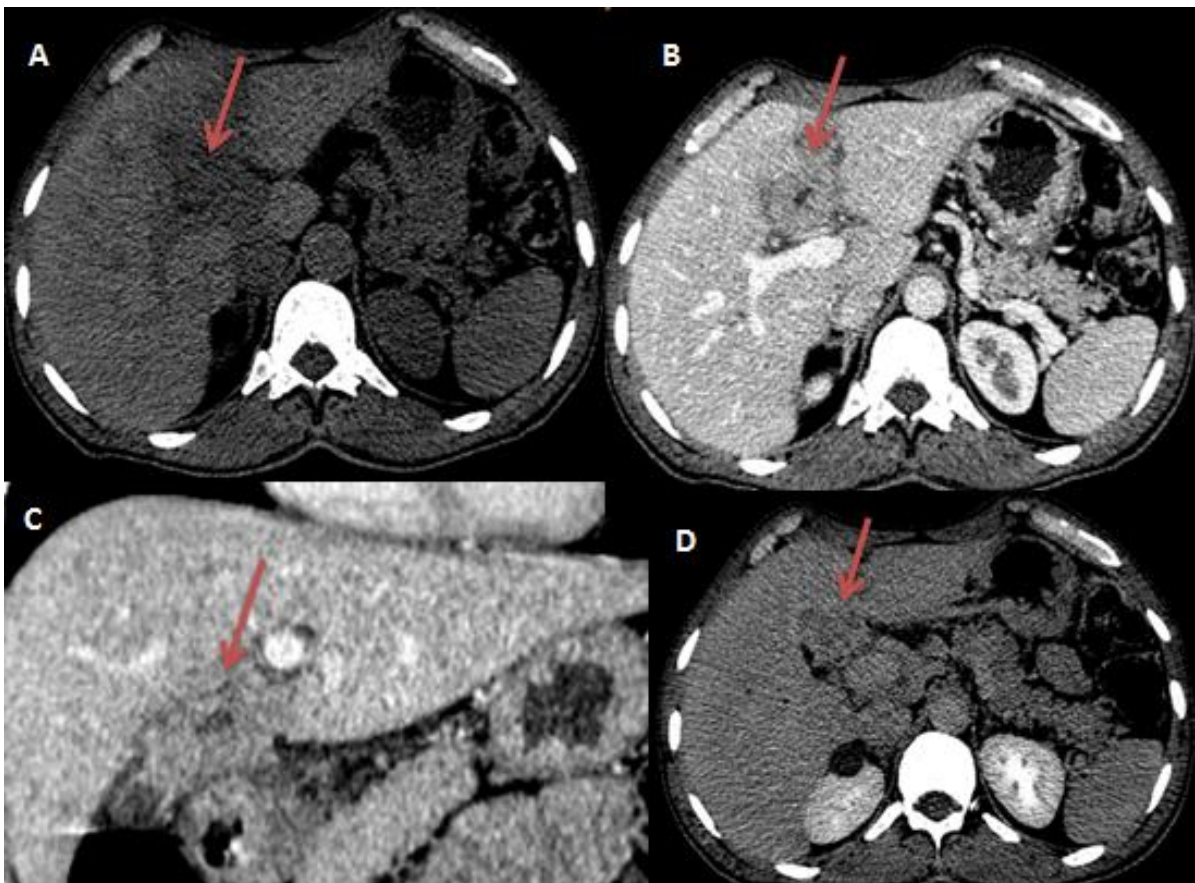


Fig2 : A :C- , B : C+ port , C : C+ port , D : Tardif

- Le patient a été perdu de vue pendant 45 jours puis réadmis pour une biopsie echo-guidée de sa masse, et devant la nette régression de cette dernière, la biopsie a été annulée. On a réalisé une angio-TDM le jour même ; la masse mesurait 37x17mm versus 64x40mm mais elle est restée au contact des voies biliaires intra-hépatiques qui étaient discrètement dilatées. Le diagnostic d'une pseudotumeur inflammatoire du foie a été évoqué avec un bilan d'auto-immunité revenant négatif

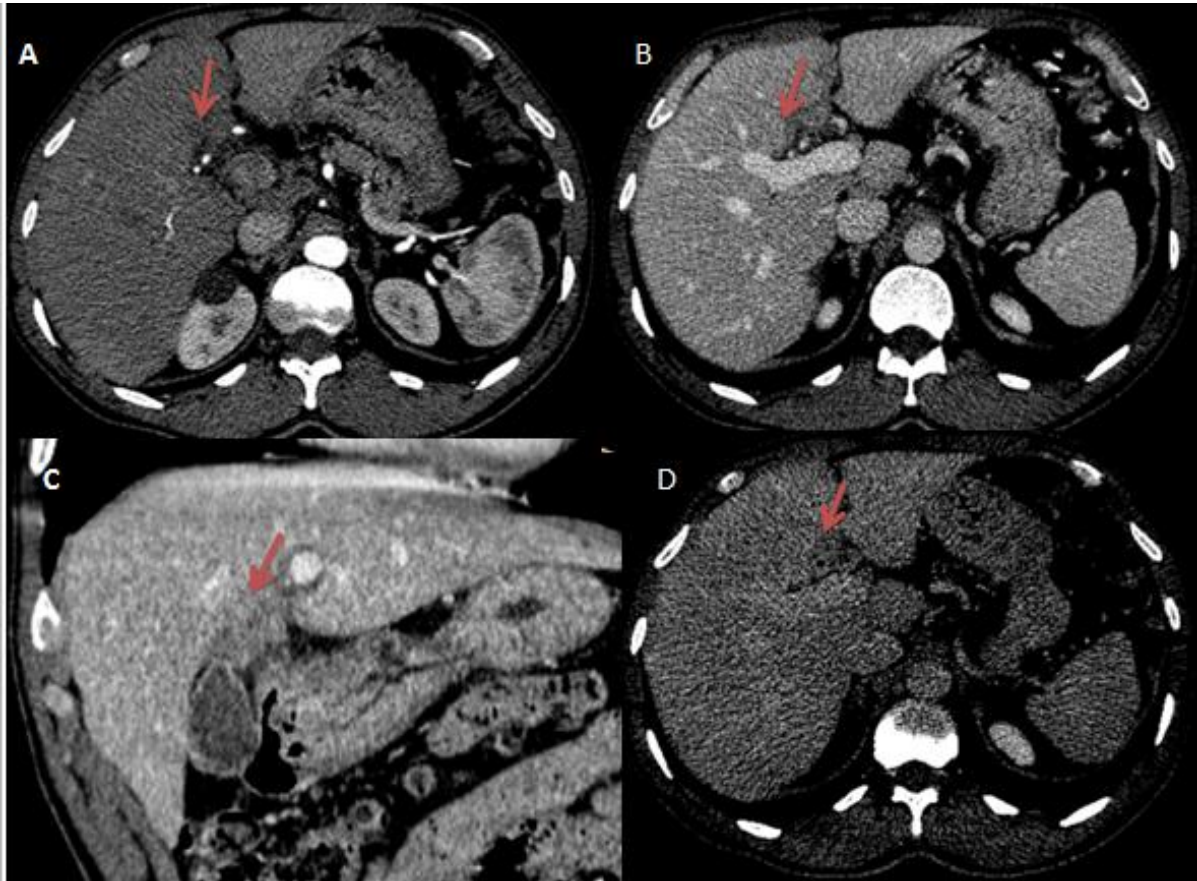


Fig 3 : A : C+ art , B : C+ port , C : C+ port , D : Tardif

- Après 4 mois lors du scanner de contrôle au temps portal , on a noté la disparition complète de la lésion hépatique du segment IV, réconfortant le diagnostic de pseudotumeur inflammatoire du foie.



III. Discussion :

La pseudotumeur inflammatoire hépatique a été décrite pour la première fois par Pack et Baker en 1953 [1]. Depuis lors, cette tumeur a été de plus en plus reconnue, probablement en raison des progrès des techniques d'imagerie [2]. Les résultats préopératoires des PTI peuvent imiter les tumeurs malignes et il est donc très important d'établir un diagnostic différentiel pour cette tumeur et les tumeurs malignes du foie [3]. Cette tumeur peut également apparaître comme un abcès hépatique infectieux ou parasitaire.^[7] La composition cellulaire de la PTI est très variable dans la littérature [4]. Devant la régression de la masse chez notre patient, l'indication de la biopsie a été abandonnée. La principale différence entre la PTI et l'abcès du foie réside dans l'histologie, c'est-à-dire dans le PTI, l'ensemble du parenchyme hépatique est remplacé par du tissu collagène et des cellules inflammatoires chroniques, principalement des plasmocytes, mais dans un abcès du foie, foyers de cellules inflammatoires aiguës et nécrose sont présents [5]. La nature exacte de la PTI est très probablement une réponse inflammatoire exubérante à une lésion tissulaire, [6]. dont l'étiologie n'est pas claire, mais les agents infectieux sont apparus comme la cause la plus probable du PTI [7]. Pendant ce temps, la cholangite était également considérée comme la cause de la PTI hépatique [8]. Des études au Japon ont rapporté plusieurs cas de PTI en association avec des maladies auto-immunes du système pancréato-biliaire, telles que la pancréatite sclérosante auto-immune et la cholangite sclérosante primitive [9,10]. Il existe des théories sur la nature néoplasique plutôt que sur la nature inflammatoire des PTI, [11]. mais une anomalie chromosomique unique et cohérente n'a pas été identifiée [12]. et ces observations attendent une confirmation plus large.

La connaissance de la pseudotumeur inflammatoire du foie et la connaissance de sa radiologie peuvent amener les radiologues et les cliniciens à soupçonner la maladie et à les guider à un diagnostic correct par biopsie tout en évitant une intervention chirurgicale [5].

Fukuya et Al. [5]. ont décrit une masse inflammatoire présentant une hyperdensité supérieure à celle du parenchyme hépatique au temps portale. Un retard de rehaussement a souvent été observé surtout en périphérie probablement en rapport avec l'accumulation de produits de contraste extravasculaires dans les composantes fibreuses au sein de la masse

La modification de taille des tumeurs et du type de rehaussement sur la TDM de suivi à court terme peut être dû à une dynamique de modification du processus inflammatoire. D'autres études ont rapporté des changements rapides de taille [13]. ou résorption spontanée de ces masses sur le scanner [14,15]. Ce qui rejoint notre cas.

La méthode thérapeutique optimale pour la PTI du foie est controversée. D'une part, elles sont bénignes sans potentiel malin et d'autre part, une régression spontanée complète avec des antibiotiques ayant été rapportée sans chirurgie [16]. Cependant, un diagnostic histologique préopératoire correct par biopsie peut éviter la chirurgie [6]. Dans les masses hépatiques de l'enfant, la PTI doit être gardé à l'esprit comme une étiologie possible, en particulier lorsque le patient est symptomatique. Par conséquent, une biopsie percutanée peut être effectuée pour obtenir une confirmation histologique afin d'éviter une chirurgie inutile.

Référence :

- [1]. Pack GT, Baker HW. Total right hepatic lobectomy: Report of a case. *Ann Surg* 1953;138:253-8.
- [2]. Tsou YK, Lin CJ, Liu NJ, Lin CH, Lin SM. Inflammatory pseudotumor of the liver: Report of eight cases, including three unusual cases and a literature review. *J Gastroenterol Hepatol* 2007;22:2143-7.
- [3]. Koea JB, Broadhurst GW, Rodgers MS, McCall SL. Inflammatory pseudotumor of the liver: Demographic, diagnosis and the case for nonoperative management. *J Am Coll Surg* 2003;196:226-35.
- [4]. Shek TW, Ng IO, Chan KW. IPT of the liver: Report of four cases and review of the literature. *Am J Surg Pathol* 1993;17:231-8.
- [5]. Fukuya T, Honda H, Matsumata T, Kawanami T, Shimoda Y, Muranaka T, et al. Diagnosis of IPT of the liver: Value of CT. *AJR Am J Roentgenol* 1994;193:1087-91
- [6]. Czauderna P, Schaarschmidt K, Komasa L, Harmis D, Lempe M, Vorpahl K, et al. Abdominal inflammatory masses mimicking neoplasia in children: Experience of two centers. *Pediatr Surg Int* 2005;21:346-50.
- [7]. Horiuchi R, Uchida T, Kojima T, Shikata T. Inflammatory pseudotumor of the liver: Clinicopathologic study and review of the literature. *Cancer* 1990;65:1583-90.
- [8]. Yoon KH, Ha HK, Lee JH, Suh JH, Kim MH, Kim PN, et al. Inflammatory pseudotumor of the liver in patients with recurrent pyogenic cholangitis: CT - histopathologic correlation. *Radiology* 1999;211:373-9.
- [9]. Toda K, Yasuda I, Nishigaki Y, Enya M, Yamada T, Nagura K, et al. Inflammatory pseudotumor of the liver with primary sclerosing cholangitis. *J Gastroenterol* 2003;38:304-9
- [10]. Sasahira N, Kawabe T, Nakamura A, Shimura K, Shimura H, Itobayashi E, et al. Inflammatory pseudotumor of the liver and peripheral eosinophilia in autoimmune pancreatitis. *World J Gastroenterol* 2005;11:922-5.
- [11]. Sirvent N, Coindre JM, Pedetour F. Inflammatory myofibroblastic tumors. *Ann Pathol* 2002;22:453-60.
- [12]. SantaCruz KS, McKinley TM, Powell RD Jr, Hermreck AS, Sonnino RE. Inflammatory myofibroblastic tumor of the gastroesophageal junction in childhood. *Pediatr Pathol Mol Med* 2002;21:49-56
- [13]. Imazato M, Isobe Y, Ueno E. Inflammatory pseudotumor of the liver (letter). *AiR* 1990;154:201
- [14]. Horiuchi R, Uchida I, Kojima I, Shikata I. Inflammatory pseudotumor of the liver: clinico- pathological study and review of the literature. *Cancer* 1990;65:1583-1590
- [15]. Lim JH, Lee JH. Inflammatory pseudotumor of the liver: ultrasound and CT features. *Clin Imaging* 1995;19:43-46
- [16]. Pokorny CS, Painter DM, Waugh RC, McCaughan GW, Gallagher ND, Tattersall MH. Inflammatory pseudotumor of the liver causing biliary obstruction: treatment by biliary stenting with 5-year follow-up. *J Clin Gastroenterol* 1991;13:338-341