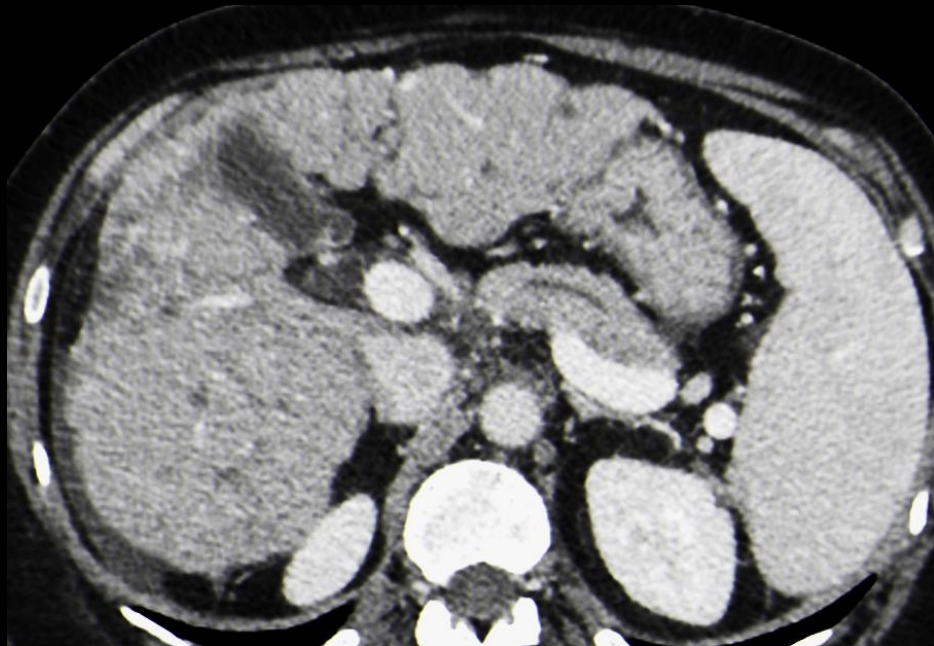
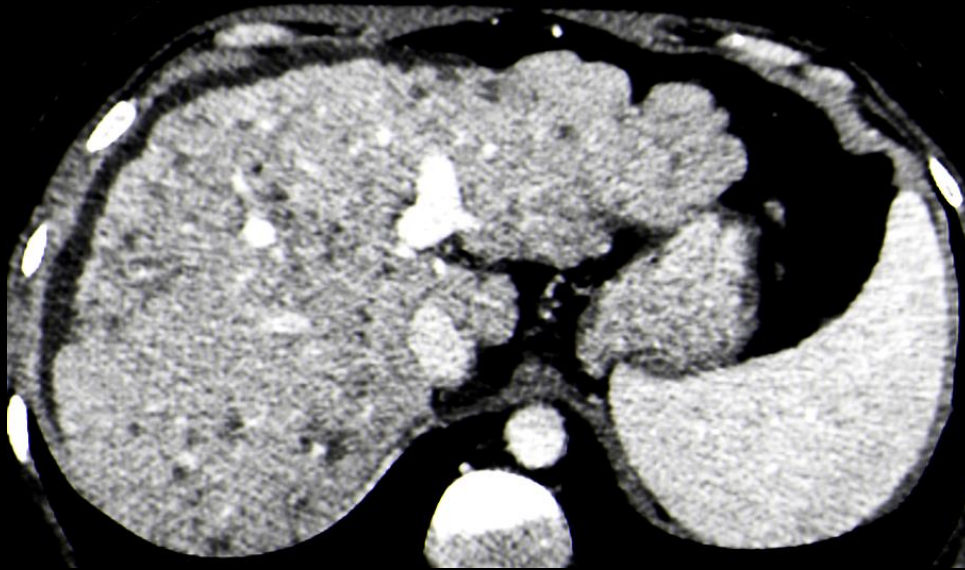
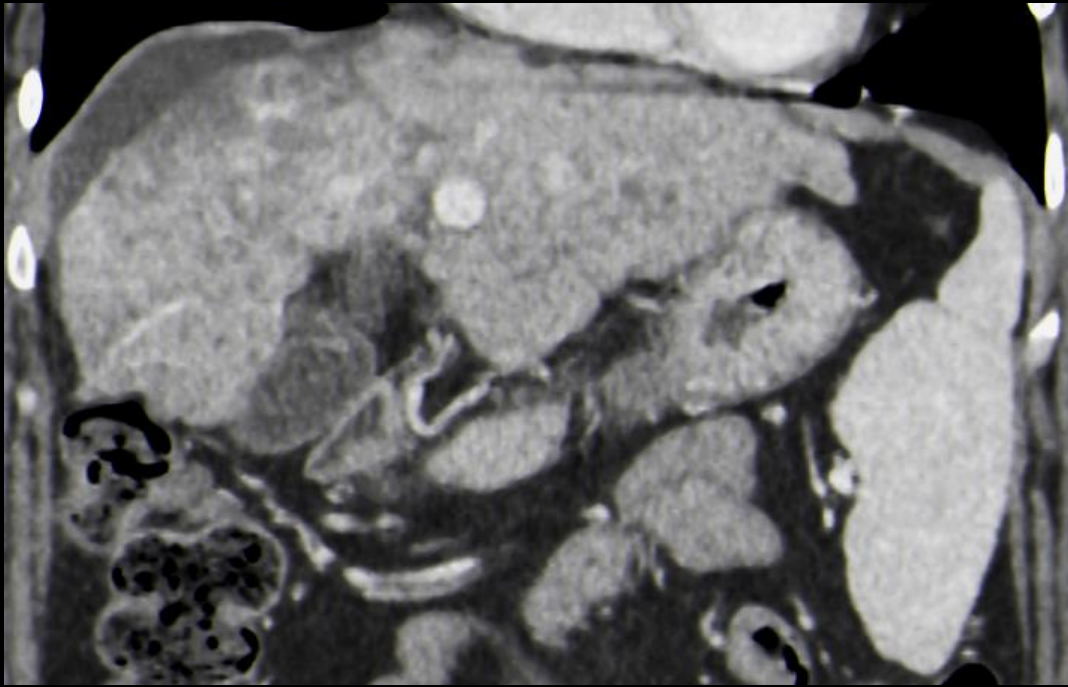


- Femme 445 ans, consulte aux urgences pour douleurs abdominales
- ATCD : **carcinome mammaire bilatéral** (CCI gauche 2004 : chirurgie, radiothérapie, tamoxifène / CCI droit 2007 : chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie FEC et TXT), Statut génétique prédisposant inconnu, Annexeetomie bilatérale prophylactique 2008, **Evolution métastatique hépatique 2013, puis osseuse 2014** : chimiothérapie Navelbine Xeloda et Taxol Avastin)
- Clinique : douleurs abdominales diffuses, subfébrile (38,5°)
- Paraclinique : aplasie 601GB/mm³, CRP 34

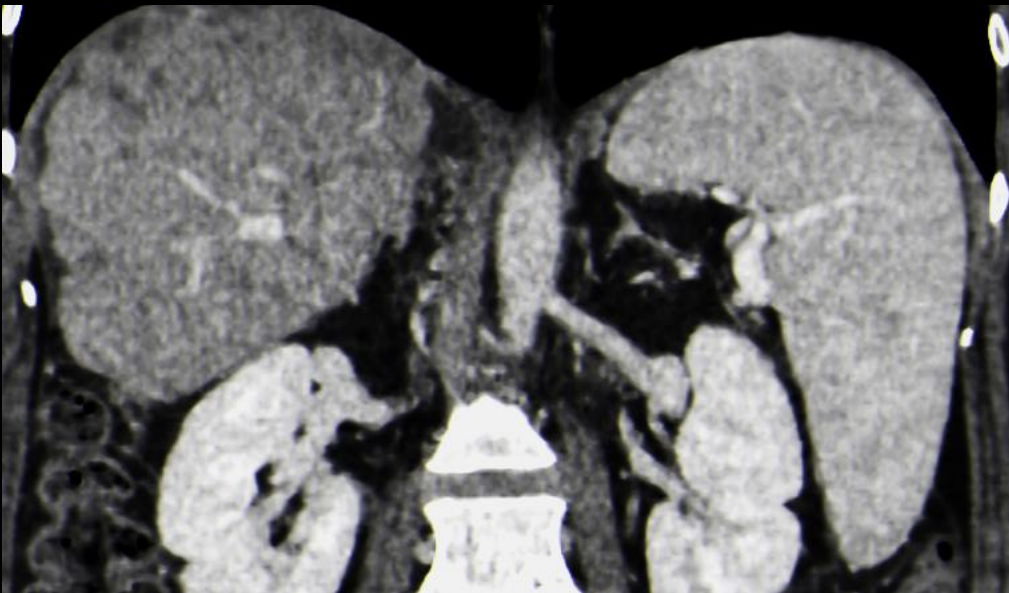


- Lobulation des contours
- Dysmorphie hépatique :
 - Hypertrophie lobe gauche
 - Hypotrophie segment IV
 - Eutrophie segment I
- Multiples hypodensités hépatiques hypodenses juxta-centimétriques disséminées



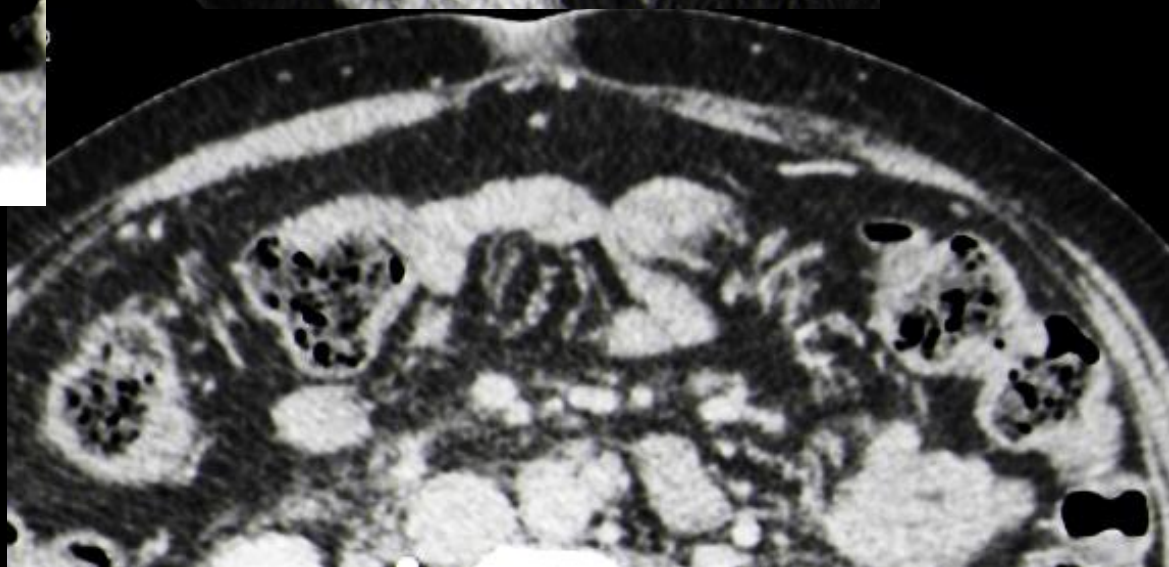
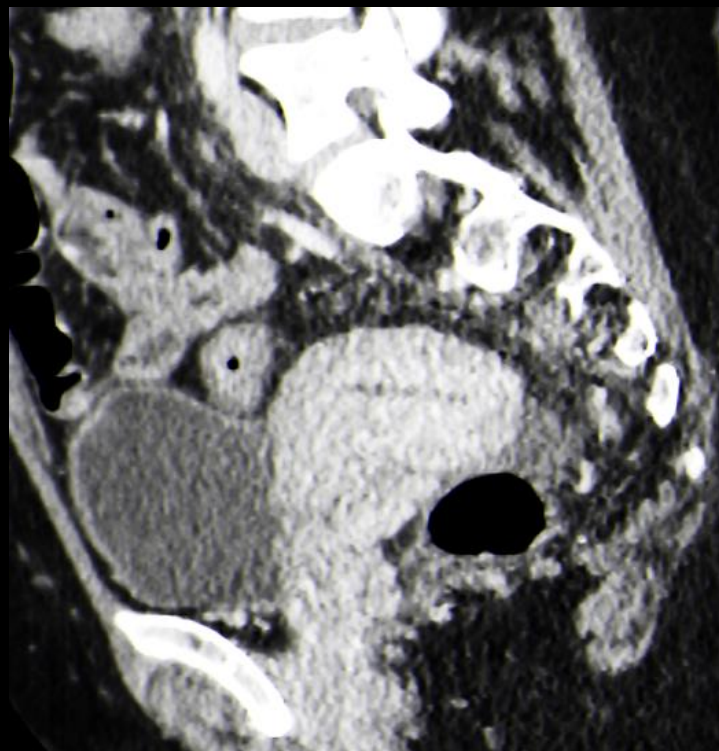
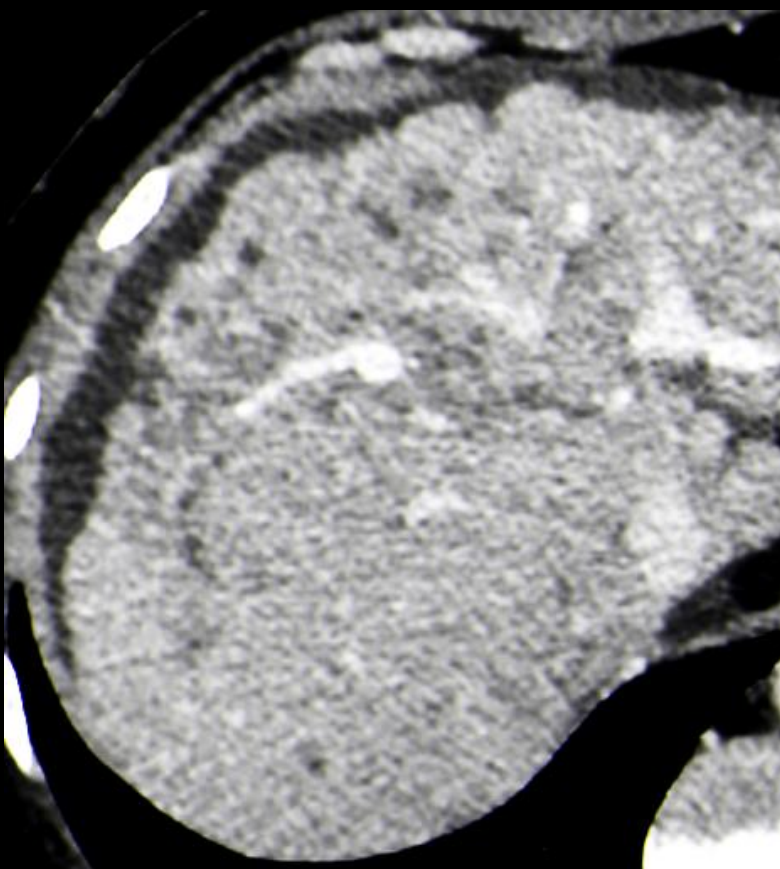
-Hypertension portale

- Splénomégalie
- Ascite
- Repermeabilisation de la V para-ombilicale



-Pas de foyer infectieux

Aout 2015



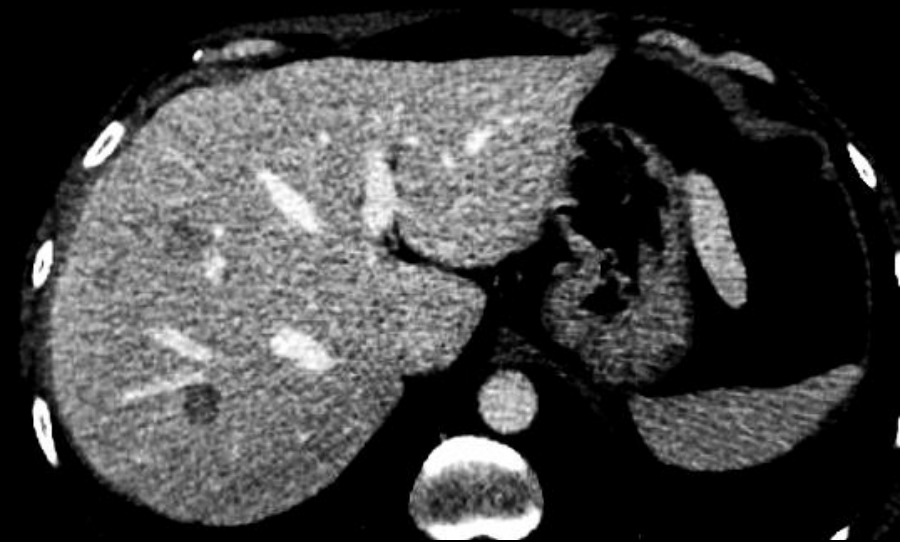
Aspect de cirrhose hépatique

A priori non connue...

Pas de facteur étiologique retrouvé

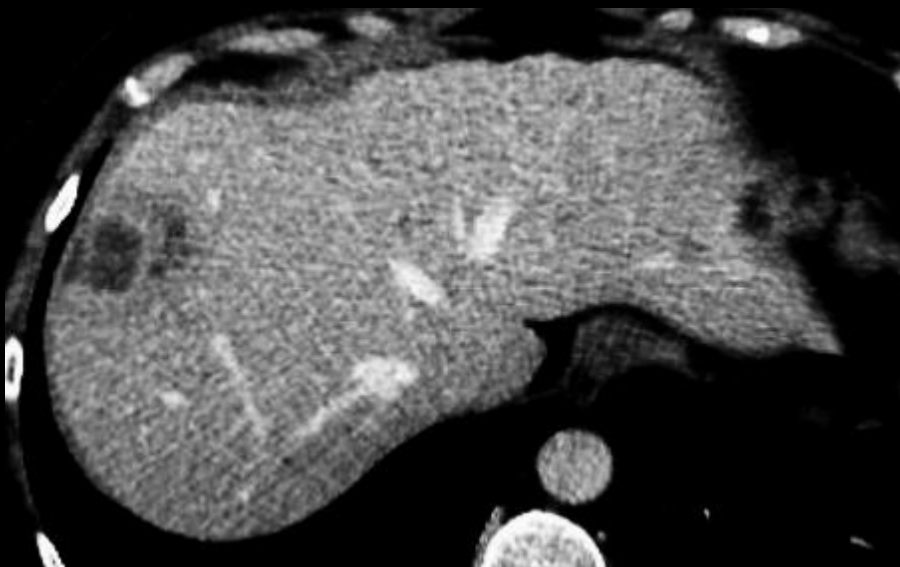
(éthylisme ,syndrome métabolique, Viral VHB VHC,
Surcharge fer, cuivre, C auto-immune)

en mars 2015, soit 7 mois auparavant un scanner de surveillance
montrait les aspects suivants



Métastases hépatiques
segments V, VI, VII

Quelques zones de lobulation
des contours hépatiques (foie
G++)



Pas de signe d'hypertension
portale



Pas de signe d'hypertension portale

Au total : aspect de **cirrhose hépatique rapidement progressive** au cours du traitement d'un carcinome mammaire disséminé, avec métastases hépatiques :

hepar lobatum carcinomatosum

Prise en charge

Hospitalisation en oncologie

chimiothérapie Taxol (paclitaxel)

+

thérapie moléculaire ciblée Avastin (bevacizumab)

Hepar Lobatum Carcinomatosum



Hepar lobatum carcinomatosum associated with liver metastases from breast cancer: Report of five cases

N. Alberti^{a,*}, D. Bechade^b, F. Dupuis^c, A. Crombe^d,
A. Neuville^c, M. Debled^b, J. Palussiere^a, X. Buy^a,
J.-T. Perez^a, M. Desjardin^b, N. Frulio^d, M. Kind^a

Diagnostic and Interventional Imaging (2015) 96, 73–78

https://www.researchgate.net/publication/268882130_Hepar_lobatum_carcinomatosum_associated_with_liver_metastases_from_breast_cancer_Report_of_five_cases

L'hépar lobatum carcinomatosum : une cause rare d'hypertension portale compliquant les métastases hépatiques d'un carcinome mammaire

- 18/09/08

Hepar lobatum carcinomatosum: A rare cause of portal hypertension complicating hepatic metastases in breast cancer

Doi : 10.1016/j.jgcb.2008.06.003

J.-P. Cervoni^{a,*}, A. Dobrin^a, N. Saille^b, L. Chaigneau^c, T. Thevenot^a, C. Richou^a, C. Vanlemmens^a, V. D. Martino^a

^a Service d'hépatologie et de soins intensifs digestifs, hôpital universitaire Jean-Minjoz, boulevard Fleming, 25030 Besançon cedex, France

^b Service de radiologie, hôpital Jean-Minjoz, 25030 Besançon cedex, France

^c Service d'oncologie, hôpital Jean-Minjoz, 25030 Besançon cedex, France

*Auteur correspondant.

1^{ère} description Syphilis tertiaire 1880

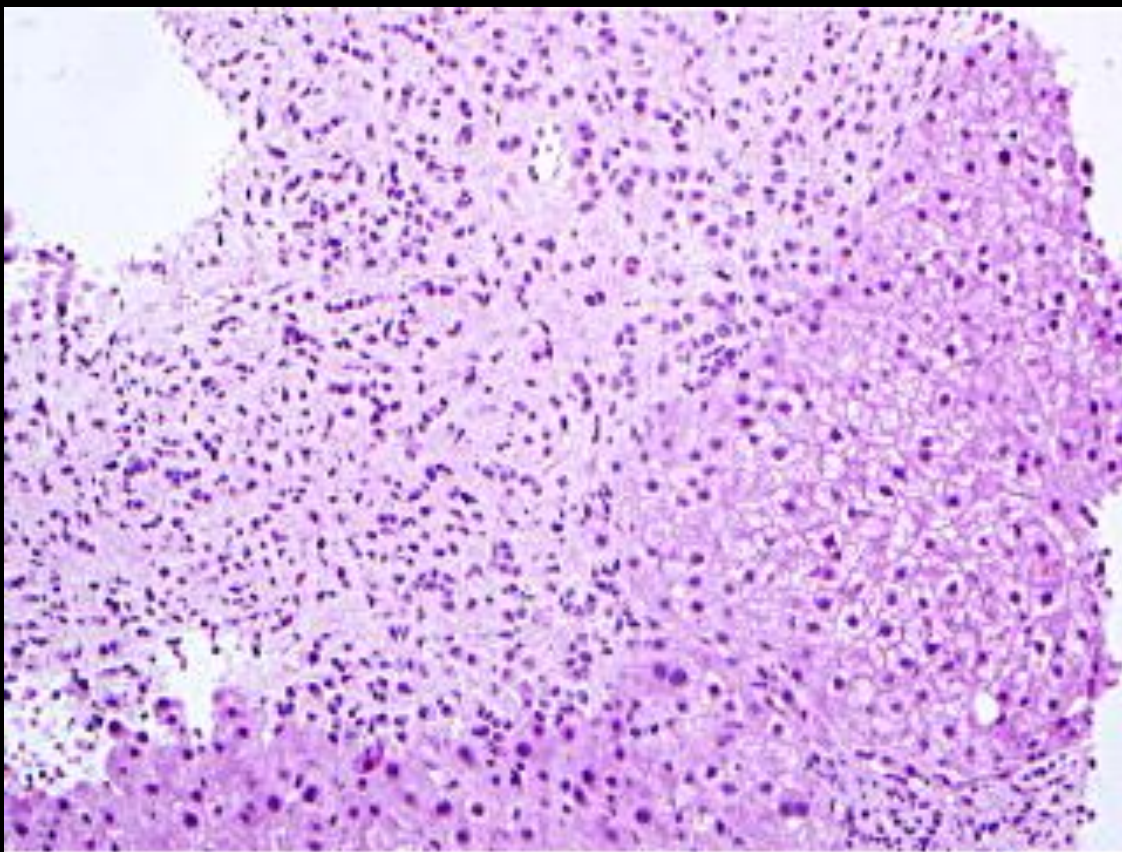
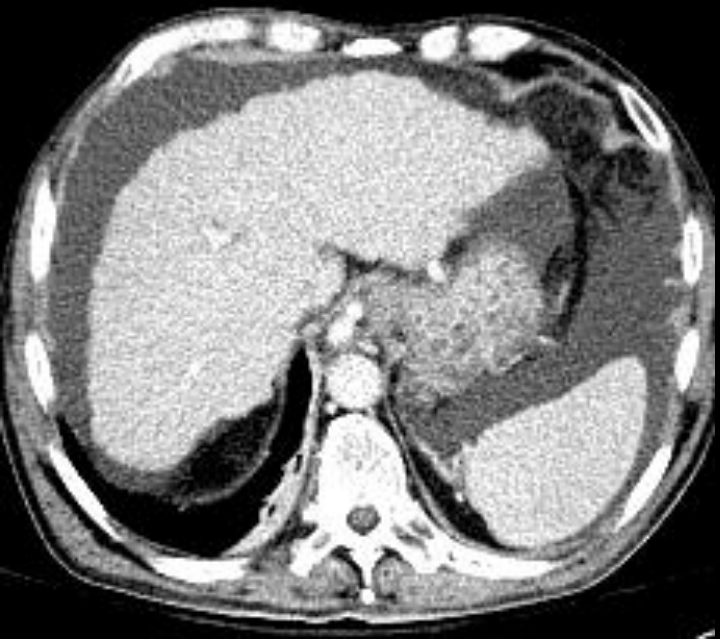
Dysmorphie hépatique non cirrhotique
(pseudo-cirrhose), acquise au cours de
l'évolution de métastases hépatiques.

Primitif le + souvent d'origine mammaire
(CCI) et exceptionnellement rein,
estomac, pharynx, rectum.

Exceptionnels cas d'atteinte révélatrice
du cancer primitif.

Epidémio : rare, âge moyen 61ans (cf
carcinome mammaire).





hepar lobatum carcinomatosum
révélant une dissémination
métastatique d'un carcinome
lobulaire infiltrant mammaire avec
récepteurs + aux oestrogènes et à
la progestérone

[http://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(12\)00498-2/fulltext](http://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(12)00498-2/fulltext)

Physiopathologie

Hypothèse tumorale

Envahissement des veinules portes par les cellules tumorales

- Perfusion hétérogène avec atrophie des secteurs envahis
- Hypertension portale

Réaction desmoplastique

production excessive de tissu fibreux par activation des composants

du **stroma** (production de facteurs de croissance par les cellules tumorales: PDGF
platelet derived growth factor, FGF fibroblast ; transforming growth factor, β -
TGF β)

action des métalloprotéases secrétées par les cellules cancéreuses sur les lames
basales → Fibrose mutilante au pourtour des zones tumorales



Physiopathologie

Hypothèse toxique

De nombreux **syndromes d'obstruction sinusoidale** sont d'origine toxique (chimiothérapies : cyclophosphamide+++, paclitaxel...)

La plupart des carcinomes mammaires infiltrants métastatiques bénéficient d'une chimiothérapie Taxol (paclitaxel) + thérapie moléculaire ciblée Avastin (bevacizumab)



Clinique

peu spécifique et tardive

Asthénie

Hépatomégalie

Signes d'insuffisance hépatique :

- Ictère
- Angiomes stellaires
- Erythrose palmaire

Signes d'hypertension portale :

- Ascite
- Varices oesophagiennes (FOGD)



Biologie

Abaissement du facteur V

Hyperbilirubinémie

Cholestase (GGT, PAL)

Cytolyse (ASAT, ALAT)

Elevation du CA15-3 (810U/mL en moyenne) $N < 25 \text{U/mL}$

Ponction d'ascite

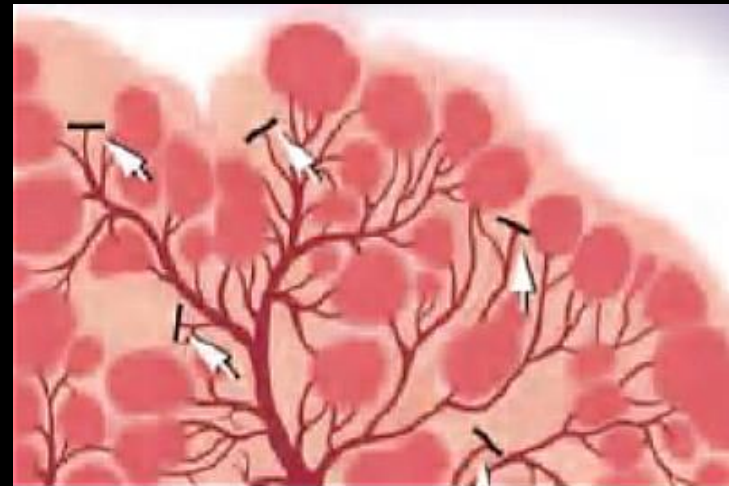
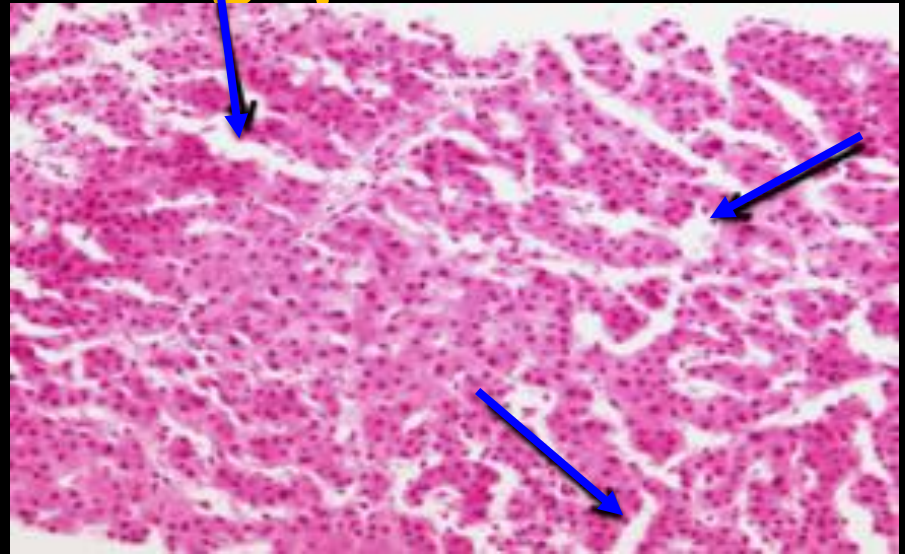
Ascite à faible taux protidique (mécanique, hypertension portale), sans cellules
tumorales

anatomie pathologique

Pas d'infiltration tumorale **ni fibrose** retrouvée.

Elargissement hépatocytaire irrégulier sans dysplasie cellulaire (aspect d'hyperplasie nodulaire régénérative)

Dilatation sinusoidale* avec hyperplasie endothéliale (aspect de syndrome d'obstruction sinusoidale)



Imagerie

CT :

Installation rapide (<3mois)

Hétérogénéité du parenchyme

Lobulation majeure des contours (prédominant aux zones de métastases) mais **pas de dysmorphie cirrhotique**

Rétractions capsulaires+++

Signes d'hypertension portale (splénomégalie, ascite, repermeabilisation VPO)

Parfois thrombose porte

Diminution fréquente de taille apparente des métastases hépatiques

Progression fréquente des lésions métastatiques (os, poumon)



sept 2005

pas d'atrophie du segment IV ni des
secteurs postérieurs du foie droit
pas d'hypertrophie du lobe caudé ni
du lobe gauche



mars 2007

*hepar lobatum carcinomatusum: A rare cause of
portal hypertension complicating hepatic metastases
in breast cancer*

Doi : 10.1016/j.gcb.2008.06.003

J.-P. Cervoni a, * , A. Dobrin a, N. Sailley b, L.

Chaigneau c, T. Thevenot a, C. Richou a, C.

Vanlemmens a, V. Di Martino a

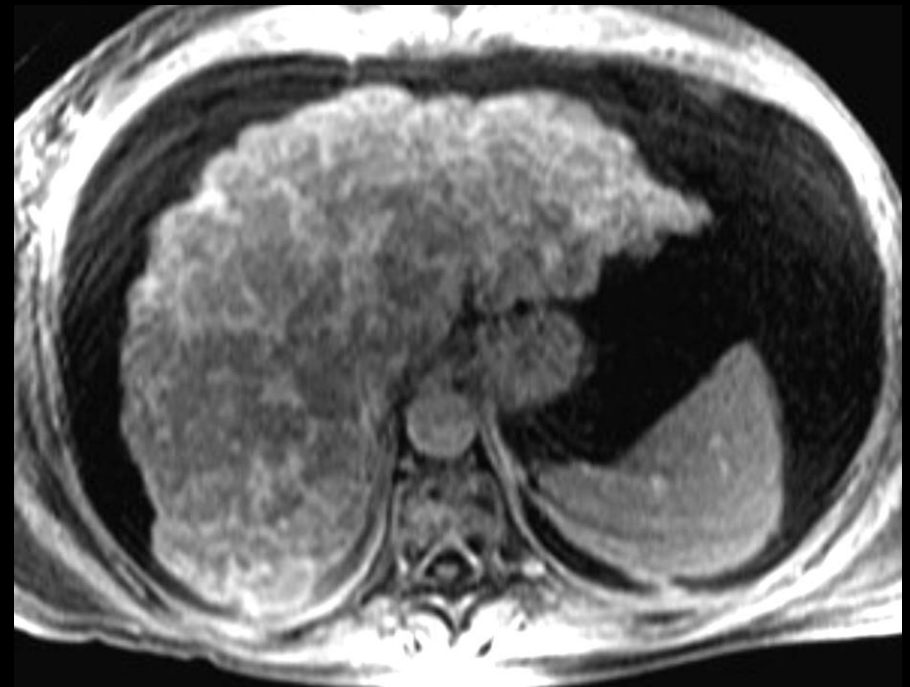
Imagerie

MR :

Bandes de fibrose à rehaussement
tardif (20') délimitant des
pseudo-nodules dans les zones
métastatiques

TEP-TDM :

hypermétabolisme sous capsulaire
2mois avant les signes locaux.



IRM T1 FatSat 20
minutes après injection

*hepar lobatum carcinomatusum: A rare cause of
portal hypertension complicating hepatic metastases
in breast cancer*

Doi : 10.1016/j.gcb.2008.06.003

J.-P. Cervoni a, * , A. Dobrin a, N. Sailley b, L.
Chaigneau c, T. Thevenot a, C. Richou a, C.
Vanlemmens a, V. Di Martino a

Diagnostic différentiel

Cirrhose d'hepatopathie chronique

(éthylique, métabolique, virale VHB VHC, surcharge fer cuivre, auto-immune)

Hepar lobatum syphilitique (tertiaire)

Prise en charge

Traitement symptomatique

Poursuite Chimiothérapie + Thérapies moléculaires ciblées

La survie n'excédant pas 4 semaines dans les séries disponibles
(complications de la défaillance hépatique)