

DIAGNOSTIC : ADÉNOME HÉPATIQUE DIAGNOSTIQUÉ EN GROSSESSE

Symptômes : À 28 semaines de grossesse, douleurs à l'hypochondre droit sans autres symptômes digestifs.

Prise en charge :

Échographie et IRM abdominale : lésion de **14 cm** suggestive d'un adénome hépatique. Hospitalisation jusqu'à l'accouchement, échographie abdominale hebdomadaire et observation.

ÉVOLUTION : Stable jusqu'à 34 semaines quand les douleurs recommencent.

Induction et accouchement vaginal avec deuxième stade assisté.

Commentaires

L'adénome hépatique est une tumeur épithéliale bénigne, peu fréquente (1/1 000 000) et à prédominance féminine (9 :1). La fréquence et la taille des adénomes augmentent avec la prise de contraceptifs oraux (30-40/1 000 000), de stéroïdes anabolisants et de grossesse. La mortalité et la morbidité associées à l'adénome hépatique sont liées à la rupture de celui-ci.

Pendant la grossesse, les taux de mortalité maternelle et fœtale associés à la rupture d'un adénome sont élevés, soit 44% et 38% respectivement. Évidemment il y a peu de littérature sur le sujet. Le risque de rupture est directement relié à la taille de celui-ci : aucun cas de rupture n'est rapporté lorsque l'adénome mesure moins de 6.5cm. Le risque de rupture est plus élevé au 3ème trimestre et en postpartum. Les adénomes diagnostiqués en grossesse sont associés à un moins bon pronostic car la présentation initiale est le plus souvent une rupture. Le diagnostic différentiel inclue toutes les causes de douleurs abdominales des états non gravides et gravides.

Le suivi se fait par échographie ou IRM. Quatre options de traitement sont disponibles : 1) Observation : cette option est privilégiée pour les adénomes de moins de 5 cm 2) Chirurgie: peut être nécessaire en cas de rupture 3) Angioembolisation : peut être utilisée en urgence ou en prévention en présence d'un adénome imposant mais amène un haut taux d'irradiation (2062 mGy; scan abdominal: 10 mGy) 4) Ablation par radiofréquence : considérée comme sécuritaire mais non indiquée pour les tumeurs centrales; 2 cas rapportés, 1 au 1^{er} trimestre, l'autre au 2ème trimestre. En fait, il n'y a aucun consensus sur la prise en charge pour les adénomes de plus de 5 cm.

Voici un diagramme de suivi des masses hépatiques proposé en 2004 et qui continue à être utilisé.

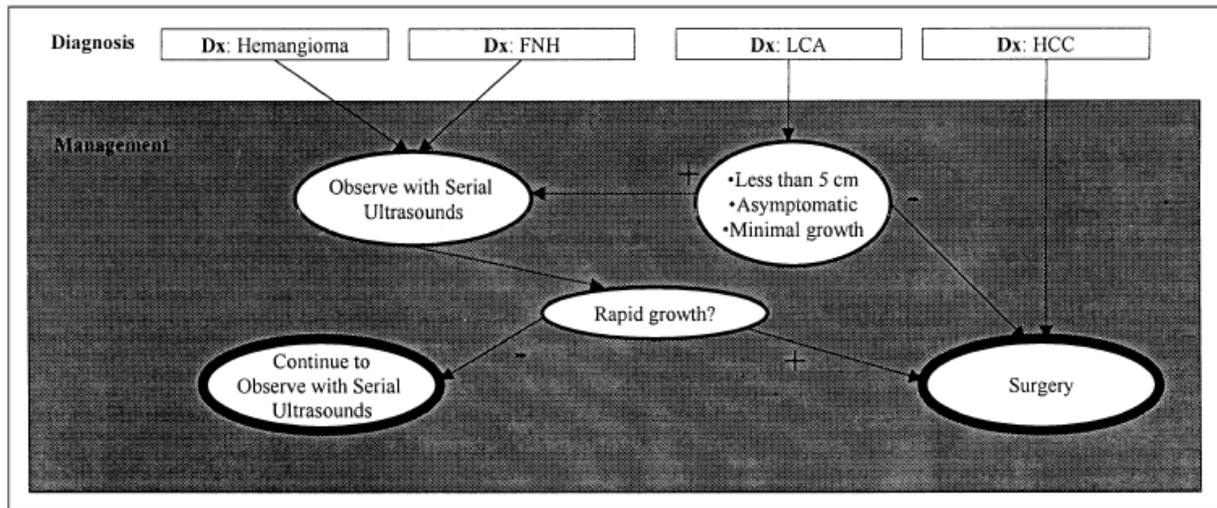


Fig. 2. Management algorithm for hepatic masses in pregnancy.

FNH : hyperplasie nodulaire focale; LCA : adénome hépatocellulaire; HCC : carcinome hépatocellulaire.

Noels JE et coll. Management of hepatocellular adenoma during pregnancy. *J Hepatol* 2011; 54 :553-8