

# Récidive pariétale post-radiofréquence percutanée d'un CHC

## *Parietal seeding of HCC after percutaneous radiofrequency thermal ablation*

**A.B.F. Kassi<sup>1,4</sup>, F. Beuvon<sup>2</sup>, R. Costi<sup>1,3</sup>, P.-Ph. Massault<sup>1</sup>, B. Dousset<sup>1</sup>**

Service <sup>1</sup>de Chirurgie Digestive, Hepato-Biliaire <sup>2</sup>d'Anatomie et Cytologie Pathologiques et Endocriniennes, Hôpital Cochin, Paris, France, <sup>3</sup>Département de Science Chirurgicale, Université de Parme, Italie, <sup>4</sup>Service de Chirurgie Générale et Digestive, C.H.U. de Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire

### CAS CLINIQUE

Un homme de 55 ans consulte, trois mois après la RFP (radiofréquence percutanée) d'un CHC (carcinome hépatocellulaire) de 2 cm du segment VI, pour l'apparition progressive d'une masse en regard de la zone de ponction cutanée. Le patient avait comme antécédent, un cancer ORL opéré trois ans plutôt, dans un contexte de cirrhose post-hépatitique et alcoolique (*Child-Pugh A5*). La RFP avait été effectuée avec une aiguille de *LEVEEN* (type " parapluie ") avec cautérisation progressive du trajet de l'aiguille lors de son retrait. Le contrôle échographique post-procédure montrait une vaste plage hyper-échogène correspondant à la zone traitée par radio-fréquence. Aucune biopsie du CHC n'a été réalisée au cours de la RFP. Les suites ont été simples.

L'examen clinique a noté une tuméfaction de 2 cm de diamètre (figure 1), sans lésions cutanées en regard, située 2 cm en-dessous du rebord costal droit, dans le muscle grand droit, indolore, bien limitée, mobile sur le plan superficiel mais fixée en profondeur. Une image tissulaire de 1,6 cm x 1,1 cm dans le muscle *Rectus Abdominis* droit, interprétée comme une séquelle cicatricielle de la RFP a été retrouvée à la tomographie, lors de cette consultation. Une augmentation de la taille de la masse à 2,5 cm x 2,1 cm (TDM abdominale - figure 2) a été notée trois mois plus tard à la tomographie de contrôle.

Un nodule siégeant sous l'aponévrose du muscle *Rectus Abdominis* droit, bien limité, encapsulé a été réséqué sans rupture capsulaire lors de la chirurgie (figure 3A). Les suites ont été simples. La sortie a été autorisée à J1 post-opératoire.

L'examen macroscopique notait une masse tissulaire bien limitée, rouge jaunâtre, mesurant 3 cm x 2,5 cm. L'examen histologique (figure 3B-D) a révélé

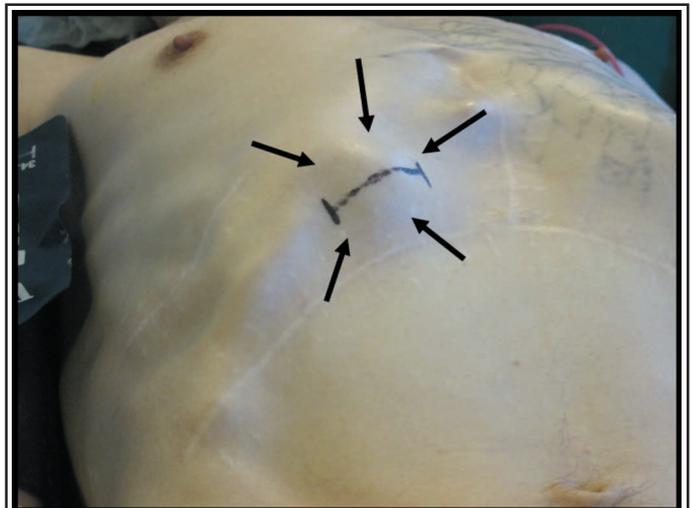


Figure 1 : Tuméfaction nodulaire de 5 cm de diamètre, située 2 cm au-dessous du rebord costal droit, patient en décubitus dorsal.

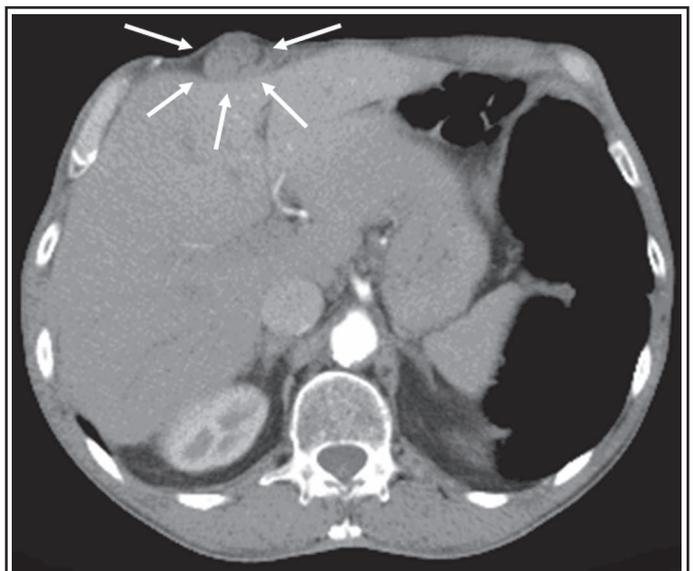
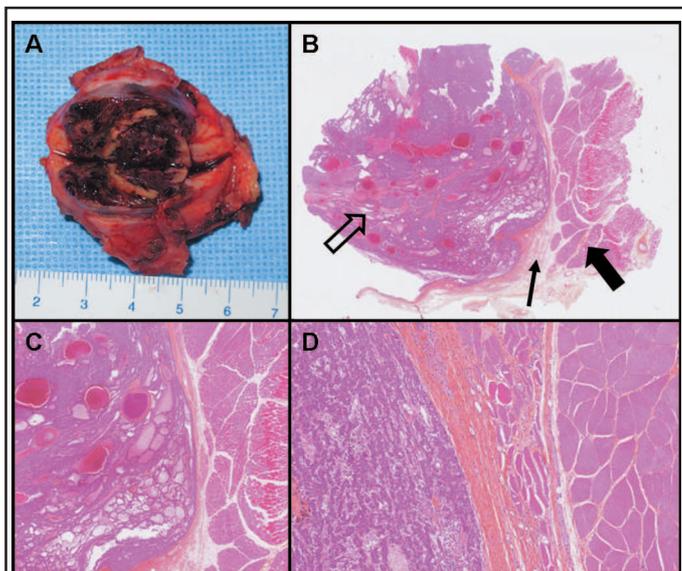


Figure 2 : Image nodulaire (2,5 cm x 2,1 cm) en regard du trajet de l'aiguille de radiofréquence à la tomographie abdominale avec injection.



**Figure 3 :** A. Aspect macroscopique : nodule sous cutané de 3 cm de diamètre, arrondi, hétérogène, très hémorragique et légèrement nécrotique ; B. Aspect microscopique : nodule tumoral sous cutané, séparé par l'hypoderme du plan musculaire strié de la paroi ; C. Aspect microscopique : intense congestion vasculaire, foyers de densité cellulaire élevée alternant avec des zones microkystiques ; D. Aspect microscopique : présence de travées hépatocytaires malignes séparées par un fin stroma fibro-vasculaire.

une prolifération tumorale homogène, d'architecture trabéculaire avec des remaniements fibro-hémorragiques, bien limitée en périphérie par une fine capsule fibreuse. La présence de cellules d'allure hépatocytaire avec un aspect oncocytaire et des atypies cytonucléaires modérées a permis de diagnostiquer un hépatocarcinome modérément différencié.

## DISCUSSION

L'essaimage tumoral post radiofréquence des tumeurs hépatiques estimé entre 0 - 12 %, est le développement d'un nouveau site tumoral en dehors de la capsule hépatique le long du trajet de l'aiguille de RFP, soit au niveau du péritoine, soit au niveau des muscles intercostaux, ou encore au niveau du tissu sous-cutané abdominal<sup>1</sup>. Dans notre observation, l'essaimage s'est fait dans le muscle *Rectus Abdominis* droit.

Nous insistons sur l'absence des facteurs habituellement évoqués pour expliquer l'essaimage post-radiofréquence du CHC. De nombreux facteurs de risque, bien que contestés récemment<sup>2</sup>, ont été associés à l'essaimage post-RFP. Il s'agit du siège sous capsulaire du nodule, du taux élevé d'alpha-fœtoprotéine (AFP) > 400 ng/ml, d'une biopsie réalisée

en même temps que la RF, d'une faible différenciation de la tumeur primitive, de la réalisation de plusieurs séances de RFP ou de l'utilisation de plusieurs aiguilles. Ces facteurs de risque n'ont pas été retrouvés dans notre observation, où l'on notait un nodule unique, de 2 cm de diamètre, intra-parenchymateux, bien différencié, et non biopsié pendant la RFP. Par ailleurs, la thermo-coagulation progressive du trajet de l'aiguille lors de son retrait, préconisé<sup>3</sup> comme moyen de prévention du risque d'essaimage post-RFP n'a pas été efficace dans notre cas ; et ce malgré le caractère unique de la lésion, sa petite taille (< 3 cm) et son siège intra parenchymateux.

Cependant, l'apparition de la masse au décours de la RFP, son siège en regard de la zone de ponction cutanée de la radiofréquence et l'augmentation rapide de sa taille à la tomodensitométrie de contrôle ont permis d'évoquer l'essaimage post-radiofréquence du CHC dans notre cas.

Le traitement a consisté en une exérèse complète du nodule, suivie d'un examen histologique qui a confirmé qu'il s'agissait bien d'une métastase pariétale d'un hépatocarcinome.

Conflits d'intérêt : néant.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Jaskolka JD, Asch MR, Kachura JR *et al.* : Needle tract seeding after radiofrequency ablation of hepatic tumors. *J Vasc Interv Radiol* 2005 ; 16 : 485-91
2. Wen-Tao Kong, Wei-Wei Zhang, Yu-Dong Qiu *et al.* : Major complications after radiofrequency ablation for liver tumor. Analysis of 255 patients. *World J Gastroenterol* 2009 ; 15 : 2651-6
3. Poon RT, Ng KK, Lam CM *et al.* : Radiofrequency ablation for subcapsular hepatocellular carcinoma. *Ann Surg Oncol* 2004 ; 11 : 281-9

### Correspondance et tirés à part :

A.B.F. KASSI  
Hôpital Cochin  
Service de Chirurgie Digestive, Hepato-Biliaire et Endocrinienne  
Rue du Faubourg Saint-Jacques 27  
75679 PARIS Cedex 14  
France  
E-mail : kassful3@gmail.com

Travail reçu le 7 août 2015 ; accepté dans sa version définitive le 10 septembre 2015.