

TEXTE COURT**1°) Conditions techniques optimales pour réaliser une PBH transpariéale d'une hépatopathie diffuse.**

La pertinence de l'indication de la biopsie hépatique doit être bien définie et le bénéfice pour le malade des renseignements attendus par la biopsie doit être supérieur aux risques et coûts de l'examen. L'indication de la biopsie est appropriée quand une décision thérapeutique ou l'établissement d'un diagnostic dépend du résultat de l'examen histopathologique. La biopsie n'est pas appropriée quand la décision thérapeutique ou le diagnostic ou la surveillance ne dépendent pas des conclusions de l'examen histopathologique

([Niveau de preuves : Grade D](#)).

L'examen doit être proposé à un malade coopérant capable de comprendre les instructions données par le médecin pendant l'examen et par le personnel soignant pour la surveillance. En l'absence de coopération du malade, l'indication de la biopsie doit être revue ou l'examen proposé sous anesthésie générale.

([Niveau de preuves : Grade D](#)).

Une information claire, orale et écrite, doit être apportée au malade avant la ponction biopsie. Il est indispensable que le dossier médical porte la trace des informations données au patient. Une échographie abdominale doit être systématiquement proposée avant la réalisation de la biopsie dans les 6 mois précédant le geste. Elle permet de détecter des anomalies anatomiques, d'évaluer le volume du foie et de repérer des lésions focales. De plus, il est recommandé un repérage échographique immédiatement avant une biopsie transpariéale.

([Niveau de preuves : Grade B](#)).

Les examens biologiques avant la ponction doivent être effectués dans la semaine précédant l'examen en cas de pathologie chronique, supposant que la maladie du foie est stable. Ils doivent impérativement être précédés d'un interrogatoire à la recherche d'antécédents hémorragiques personnels ou familiaux, de la prise de médicaments anti-agrégants plaquettaires ou d'anticoagulants, et à la recherche d'une ingestion d'une quantité élevée d'alcool. Ils doivent comporter au minimum :

- numération plaquettaire
- temps de Quick (TQ)
- temps de céphaline + activateur (TCA)

Une première détermination du groupe sanguin et Rhésus est recommandée.

La PBH transpariéale est contre-indiquée si :

- le nombre des plaquettes est inférieur à 60 Giga/L
- le temps de Quick est inférieur à 50 %
- il existe un allongement isolé du TCA (sauf si cet allongement isolé est expliqué par un déficit en facteur XII ou la présence d'antiphospholipides).

Si le temps de Quick est supérieur ou égal à 60 %, la PBH transpariéale peut être réalisée. Si le temps de Quick est inférieur à 60 % la mesure du taux des facteurs II, V, VII + X doit être effectuée. En l'absence de déficit isolé en facteur de coagulation, un temps de Quick à 50 % autorise une PBH transpariéale à condition que le TCA mesuré simultanément soit inférieur à 1,5 fois le temps du témoin.

En cas de thrombopénie, le risque hémorragique dépend du mécanisme physiopathologique. Une thrombopénie périphérique (en cas d'hypersplénisme par exemple) est associée à un risque hémorragique moindre qu'une thrombopénie centrale avec insuffisance médullaire. Il est donc recommandé de mesurer le temps de saignement de façon sélective s'il existe à l'interrogatoire et à l'examen clinique des arguments en faveur d'un déficit de l'hémostase primaire, antécédents personnels ou familiaux de saignements notamment cutanéo-muqueux, hématomes, purpura, ingestion de quantité élevée d'alcool et ce, quel que soit le nombre de plaquettes.

Si le temps de saignement est allongé, supérieur à 10 minutes par la méthode d'Ivy incision, il faut envisager une autre voie de ponction.

Si le nombre de plaquettes est supérieur à 60 Giga/L, en l'absence de tout élément en faveur d'une tendance hémorragique, la PBH transpariéale peut être effectuée.

Chez les sujets à risque hémorragique particulier (antécédents hémorragiques personnels ou familiaux) la mesure du temps de saignement selon la méthode d'Ivy, du TCA, du TQ et une consultation d'un spécialiste de l'hémostase sont recommandées.

[\(Niveau de preuves : Grade C\).](#)

En cas de contre-indication à la ponction biopsie transpariétaire, la ponction biopsie transveineuse peut être envisagée, sauf en cas d'anomalie constitutionnelle de l'hémostase ou de fibrinolyse non corrigées.

La prise d'acide acétylsalicylique ou d'anti-agrégants plaquettaires non salicylés (ticlopidine, clopidogrel) doit être arrêtée au moins 10 jours avant la PBH.

[\(Niveau de preuves : Grade B\)](#)

Il n'y a pas de recommandation pour la pose systématique d'un accès veineux. Il n'existe pas d'élément pour justifier le jeûne strict.

L'intérêt d'une sédation légère avant le geste n'a été évalué qu'avec le midazolam et semble améliorer l'acceptabilité de l'examen. Cependant, l'injection intra-veineuse de midazolam est considérée par les médecins anesthésistes, en France, comme un acte d'anesthésie.

L'administration de sulfate d'atropine, en dehors de ses contre-indications, ne supprime pas le risque de malaise vagal, mais semble éviter les malaises sévères.

[\(Niveau de preuves : Grade C\).](#)

La biopsie doit être réalisée par un médecin expérimenté (qui a effectué plus de 100 biopsies). En cas de biopsie par un médecin moins expérimenté, la présence d'un médecin expérimenté est recommandée.

[\(Niveau de preuves : Grade C\).](#)

Un passage est habituellement suffisant pour obtenir un fragment biopsique de qualité satisfaisante. Un fragment d'au moins 1 cm de long et de 1,4 mm de diamètre est considéré comme informatif. En cas de fragment de taille insuffisante, un passage supplémentaire peut être nécessaire, sachant que le risque de complication augmente significativement à partir de 2 passages biopsiques. Si la biopsie est effectuée sans aide échographique, il est recommandé après une ponction blanche d'effectuer le deuxième passage avec repérage échographique.

Le prélèvement biopsique doit être rapidement immergé dans le formol tamponné à 10 % et doit parvenir dans les heures qui suivent au laboratoire. Dans certaines situations cliniques (en particulier, en cas de suspicion de lymphome, de tumeur rare, de maladie métabolique) une concertation préalable avec l'anatomopathologiste est nécessaire pour des conditionnements spéciaux. Les conditionnements alors le plus souvent utiles sont la congélation et la fixation au glutaraldéhyde.

[\(Niveau de preuves : Grade B\).](#)

En cas de biopsie pratiquée en hospitalisation ambulatoire, les critères suivants sont nécessaires : a) indication pour une atteinte diffuse du foie ; b) l'absence de cirrhose connue ou présumée; c) bilan d'hémostase normal ; d) l'absence de maladie associée susceptible d'augmenter le risque ; e) l'information préalable détaillée au malade, en particulier de la possibilité de prolongation de l'hospitalisation en cas de problème; f) la surveillance de 6 heures dans un établissement équipé pour prendre en charge une complication ; g) le malade doit être hospitalisé en cas de complication survenant dans les heures suivant la biopsie ; h) la possibilité pour le malade de revenir à l'hôpital ou à la clinique dans les 30 minutes ; i) la surveillance par un proche jusqu'au lendemain matin.

Une période de surveillance minimale de 6 heures est nécessaire après la ponction biopsie. Si à la fin de cette période, aucune complication n'a été observée, le lever du malade est autorisé. Le malade n'est autorisé à retourner à son domicile que si les critères mentionnés ci-dessus pour la biopsie ambulatoire sont respectés.

Le rythme précis de la surveillance ne peut être déterminé, mais doit comporter une surveillance étroite de la pression artérielle et de la fréquence cardiaque pendant les 2 premières heures, plus espacée pendant les 4 heures suivantes, puis sur prescription médicale pour la période suivante selon l'appréciation de l'état du malade.

[\(Niveau de preuves : Grade D\)](#)