

## Ponction biopsie hépatique transpariétale: contre-indications

### I. Quelles sont les contre-indications et les complications de la ponction biopsie hépatique transpariétale?

#### 1. Les contre-indications de la ponction biopsie transpariétale.

##### 1.1. [Les troubles de la coagulation](#)

##### 1.2. Un obstacle biliaire extra-hépatique

Dans une étude déjà ancienne, des complications graves survenaient chez plus de 2 % des malades ayant un obstacle biliaire extra-hépatique et des complications modérées à sévères chez 4 % des malades [50]. Les techniques d'imagerie actuelle permettent dans la majorité des cas de distinguer une cholestase extra-hépatique d'une cholestase intra-hépatique. En cas de dilatation des voies biliaires intra-hépatiques par obstacle, sauf si elle est segmentaire, la PBH est contre-indiquée.

[Niveau de preuves : Recommandation de grade C](#)

##### 1.3. Angiocholite et anastomoses bilio-digestives

La ponction percutanée du foie en cas d'angiocholite, expose à un risque de bactériémie (fréquence: 14 %) [51].

[Niveau de preuves : Recommandation de grade C](#)

##### 1.4. L'ascite

Une ascite abondante est une contre-indication à la biopsie du foie. Les raisons avancées sont d'une part la probabilité de ponction blanche liée à la distance entre la paroi abdominale et le foie, d'autre part le risque de saignement incontrôlable. Cependant, 2 essais contrôlés n'ont pas montré d'augmentation du risque en cas de ponction guidée par échographie ou par tomodensitométrie [52;53]. En cas d'hépatopathie diffuse, une ascite d'abondance minime repérée par échographie est une contre-indication relative si elle est préalablement traitée. Une ascite cliniquement décelable est une contre-indication absolue à la ponction biopsie transpariétale.

Les alternatives à la ponction transpariétale sont la biopsie transveineuse et la biopsie par voie laparoscopique.

[Niveau de preuves : Recommandation de grade C](#)

##### 1.5. L'absence de coopération du malade

En cas de mouvements respiratoires incontrôlés, en cas d'agitation, l'aiguille à biopsie peut entraîner une déchirure de la capsule hépatique et un saignement, ou un pneumothorax. Si le malade n'est pas capable de maintenir l'apnée, ou en l'absence de coopération prévisible, il faut poser à nouveau la question de l'indication de la PBH. Si l'indication est maintenue, il est préférable d'effectuer la biopsie sous sédation ou sous anesthésie générale.

[Niveau de preuves : Recommandation de grade D](#)

##### 1.6. L'impossibilité de disposer de la transfusion sanguine est une contre-indication à la PBH.

[Niveau de preuves : Recommandation de grade D](#)

##### 1.7. Les kystes parasitaires

Le kyste hydatique non préalablement traité [54;55], est une contre-indication de la biopsie percutanée, en raison du risque de dissémination dans la cavité abdominale et en raison du risque de choc anaphylactique. Le risque est donc lié à la ponction accidentelle d'un kyste méconnu lors d'une ponction non précédée d'une échographie. Cela justifie la réalisation systématique d'une échographie avant PBH.

[Niveau de preuves : Recommandation de grade C](#)

##### 1.8. L'amylose

L'amylose expose à un risque accru de saignement en raison de troubles spécifiques de la coagulation, et probablement de l'infiltration de la paroi vasculaire [56]. Le risque hémorragique après ponction percutanée a été estimé entre 3 et 5,5 % dans les séries non contrôlées portant sur de grands effectifs [57]. Les tests de coagulation in vitro ne permettent cependant pas de prédire le risque hémorragique [58].

Le diagnostic d'amylose peut être fait par la biopsie d'un autre site (biopsie de la muqueuse rectale ou biopsie de la graisse sous-cutanée abdominale) [56]. Lorsque le foie paraît le seul site permettant de faire le diagnostic, la voie transveineuse doit être proposée.

### 1.9. Foie vasculaire : foie cardiaque, péliose, maladie veino-occlusive, maladie de Rendu-Osler

Il existe un risque théorique à la biopsie hépatique percutanée chez un malade ayant un foie cardiaque, en raison de la congestion vasculaire. Aucune donnée de la littérature ne permet de mesurer ce risque.

Le diagnostic d'un foie cardiaque se fait dans la majorité des cas par l'examen clinique et l'échographie. L'échographie hépatique a une sensibilité de 73 % pour le diagnostic de foie cardiaque [59] en montrant une dilatation des veines hépatiques et une hypokinésie respiratoire de la veine cave inférieure. Il n'y a donc pas lieu d'effectuer de PBH dans un but diagnostique.

La question de la biopsie chez un malade ayant un foie cardiaque est posée schématiquement dans deux situations : d'une part dans le cas où la connaissance des lésions histopathologiques modifie la prise en charge thérapeutique, en particulier s'il existe un doute concernant une hépatopathie avec cirrhose et qu'une intervention de chirurgie endo-thoracique est envisagée ; d'autre part, lorsqu'il existe une suspicion d'autre cause de foie vasculaire, notamment de maladie veino-occlusive ou de péliose. Dans ces cas, il est préférable de réaliser la biopsie par voie transveineuse.

[Niveau de preuves : Recommandation de grade C](#)

#### Maladie de Rendu-Osler

La biopsie transpariétale comporte un risque hémorragique accru, en raison d'une part de la possibilité de lésions angiodysplasiques, et d'autre part de l'augmentation du débit cardiaque secondaire aux fistules artério-veineuses. Ce risque n'est cependant pas documenté dans la littérature. L'indication de la PBH est rare au cours de la maladie de Rendu-Osler [60;61] . Dans la plupart des cas, les investigations non invasives sont indiquées en première intention [60;61] . Si une biopsie hépatique est indiquée, la voie transveineuse semble préférable.

[Niveau de preuves : Recommandation de grade D](#)

### 1.10. Emphysème

La PBH comporte un risque théorique de pneumothorax de gravité accrue chez les malades atteints d'emphysème [62] . L'intérêt de la réalisation de la biopsie hépatique doit donc être évalué chez les malades atteints d'emphysème. Il est vraisemblable que le repérage échographique diminue le risque de pneumothorax, bien qu'on en n'ait aucune preuve dans la littérature.

[Niveau de preuves : Recommandation de grade D](#)

### 1.11. Insuffisance rénale, hémodialyse

L'insuffisance rénale chronique, est associée à une augmentation du risque hémorragique, notamment lorsqu'il existe une anémie. En effet, l'anémie chez le malade insuffisant rénal chronique altère la fonction plaquettaire par le biais d'un facteur rhéologique. En outre, des anomalies de l'hémostase ont été observées, essentiellement des anomalies de la fonction plaquettaire [63-65] . Le temps de saignement est le plus souvent allongé au cours de l'insuffisance rénale chronique et son allongement augmente avec la sévérité de l'atteinte rénale. Toutefois, il ne semble pas avoir de valeur prédictive des complications hémorragiques dans cette condition [65] . Une seule étude prospective contrôlée concernant le risque hémorragique lié à la PBH au cours de l'insuffisance rénale chronique a été publiée [66] . Il s'agissait de 74 malades insuffisants rénaux candidats à une transplantation hépatique et atteints d'hépatite virale B ou C. Les complications hémorragiques ont été de 9,4 % dans le groupe avec insuffisance rénale contre 0 % dans le groupe témoin. Un malade a eu une intervention chirurgicale pour une hémorragie sévère. Il n'y a pas eu de décès.

Il a été proposé de corriger les troubles de la fonction plaquettaire avant la biopsie par la desmopressine mais les études sur les effets de la desmopressine sont contradictoires [64] . L'examen histopathologique est souvent nécessaire lorsqu'une transplantation rénale est envisagée en raison d'une surmortalité en cas de cirrhose.

La voie transveineuse doit être fortement recommandée chez les malades insuffisants rénaux dialysés ou non.

[Niveau de preuves : Recommandation de grade C](#)

