

Ponction biopsie hépatique transpariétale: Complications

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

2. Complications

La plupart des complications de la biopsie survient dans les 24 premières heures après le geste [4;8] . Les complications majeures surviennent dans les 3 à 6 heures [6;8] . Les complications les plus fréquentes sont la douleur et le malaise vagal et ne sont pas graves, sauf en cas de choc vagal. Les complications majeures sont plus rares : l'hémorragie, la péritonite biliaire, la perforation d'un organe intra-abdominal et le pneumothorax (tableau I). Le risque de décès est faible, lié presque exclusivement aux complications hémorragiques. La fréquence des complications sévères augmente avec le nombre de passages (4,3 % au delà de 2 passages contre 0,5 % avec un seul passage dans l'étude multicentrique française [22] . Le risque de complications modérées augmente à partir du deuxième passage ; le risque de complications sévères augmente significativement à partir du troisième passage [3;22;67] .

Tableau I. Etudes de morbidité et de mortalité de la ponction biopsie hépatique portant sur plus de 400 malades

Table I. Morbidity and mortality associated with liver biopsy. Published articles with more than 400 patients.

Complications mineures

2.1. La douleur

La douleur après ponction biopsie du foie est fréquente et survient chez environ 20 à 30 % des malades [12;22] . Les malades se plaignent de douleurs au point de ponction, dans le quadrant supéro-droit de l'abdomen ou à l'épaule droite. La douleur est habituellement modérée, transitoire et sensible aux antalgiques de palier I. Ces douleurs sont plus fréquentes chez les sujets jeunes et chez les femmes [22;68] .

Une douleur intense survient chez 3 à 5 % des malades [3;22] nécessitant des antalgiques intraveineux ou l'utilisation de morphiniques, et le maintien de l'hospitalisation lorsque la ponction était prévue en ambulatoire.

Une douleur intense et/ou persistante doit faire évoquer la possibilité d'un hématome sous-capsulaire ou une effraction des voies biliaires. Une échographie doit être réalisée en urgence.

2.2. Le malaise vagal

Un malaise vagal survient dans 0,4 % à 2 % des cas après PBH [18] (22) . Les malaises vagues sévères avec collapsus sont exceptionnels (0,2 %). Leur incidence pourrait être diminuée par l'injection préventive d'atropine [22] . Dans l'enquête multicentrique française, la fréquence des malaises vagues n'était pas modifiée par la prémédication (excepté le sulfate d'atropine) ni par l'expérience du praticien ou l'utilisation de l'échographie.

Complications majeures

2.3. L'hématome intra-hépatique et l'hématome sous-capsulaire

Un saignement significatif (baisse du taux d'hémoglobine supérieur à 2 g/dl) survient dans 0,35 à 0,5 % des cas [8] . Un saignement infra-clinique est plus fréquemment observé : un examen échographique systématique 24 heures après la biopsie peut détecter jusqu'à 23 % d'hématomes sous-capsulaires ou intra-hépatiques [69] . Ces hématomes intra-hépatiques ou sous-capsulaires sont généralement de petite taille et sans conséquence hémodynamique. Ils sont habituellement traités de façon symptomatique. Les hématomes de grande taille peuvent entraîner une baisse tardive de l'hématocrite et du taux d'hémoglobine. Le traitement symptomatique par antalgiques, correction de la volémie, voire transfusion, est habituellement suffisant.

2.4. L'hémorragie intra-péritonéale

C'est la complication la plus grave. Elle peut être la conséquence d'une lacération de la surface du foie lors d'un mouvement respiratoire pendant la biopsie, ou le plus souvent d'une perforation d'une veine hépatique, portale ou d'une artère hépatique aberrante. Les hémorragies de moyenne à grande abondance surviennent dans les 24 premières heures après la biopsie. L'hémorragie intra-péritonéale est le plus souvent indolore, et la tachycardie est souvent le premier signe clinique, suivie d'une chute tensionnelle.

Plusieurs séries comportant de grands effectifs ont évalué le risque hémorragique entre 0,16 et 0,32 % [4;8;18] .

Dans la série de McGill et al. [8] sur 9212 biopsies du foie, la survenue d'une hémorragie semblait imprévisible. La mortalité par hémorragie était globalement de 0,11 %,

essentiellement en cas de pathologie cancéreuse (mortalité de 0,4 % en cas de pathologie tumorale contre 0,04 % en l'absence de pathologie maligne). Les facteurs favorisant le risque hémorragique sont l'âge élevé, le nombre de passages (3 ou plus), la présence d'une cirrhose et d'un cancer du foie. Le risque est également accru en cas de foie cardiaque ou vasculaire. Les hémorragies cessent habituellement spontanément et peuvent être contrôlées par la transfusion seule. Un état hémodynamique instable prolongé traduit la persistance du saignement et doit conduire à un geste d'hémostase, soit par embolisation artérielle soit par intervention chirurgicale.

2.5. L'hémobilie

L'hémobilie est rare : 0,06 % dans la série de Piccinino et al. [18]. Elle associe dans les 5 jours après la biopsie une hémorragie digestive, une douleur à type de colique hépatique et un ictère [70]. Elle doit également être évoquée en cas de pancréatite aiguë ou de cholécystite aiguë survenant dans les jours qui suivent la PBH [70;71].

Le traitement de l'hémobilie est habituellement symptomatique. Dans les hémobilies sévères, une embolisation doit être envisagée.

2.6. Complications infectieuses : angiocholite, bactériémie

Le risque de complications infectieuses est essentiellement lié à l'existence d'anomalies des voies biliaires extra-hépatiques (cholangite sclérosante, montages biliaires).

Le risque est bien documenté chez les malades transplantés hépatiques en cas de montages biliaires chirurgicaux (anastomose hépato-jéjunale). Sur une série de 1136 biopsies effectuées chez des malades transplantés [72], 7 infections (0,5 %) sont survenues toutes en cas d'anomalies biliaires préexistantes.

En cas de biopsie chez des malades ayant des montages biliaires (anastomose hépato-jéjunale, anastomose cholédoco-duodénale), une antibioprofylaxie est recommandée [72].

2.7. La péritonite biliaire

Elle peut être la conséquence d'une plaie biliaire en cas de dilatation des voies biliaires intra-hépatiques. En l'absence de dilatation des voies biliaires, elle résulte le plus souvent d'une perforation de la vésicule biliaire. Le syndrome douloureux abdominal aigu est intense et précoce, résistant aux antalgiques de palier I. L'examen note rapidement une défense. Les signes de choc sont inconstants et tardifs. L'échographie en urgence met en évidence une collection intra-abdominale. Il n'existe habituellement pas de baisse de l'hémoglobine. Le risque de ponction de la vésicule biliaire peut être réduit par le repérage échographique [73].

2.8. Le pneumothorax

Un pneumothorax peut survenir dans les 24 heures qui suivent la ponction biopsie du foie. Il est lié le plus souvent à la déchirure d'une languette pulmonaire lorsque l'aiguille traverse le cul de sac pleural, en particulier lorsque la ponction n'a pas été faite en expiration forcée. Il régresse habituellement en quelques jours. En cas de pneumothorax abondant, un drainage peut être nécessaire.

2.9. La ponction d'autres organes (colon, rein) est rare et sa fréquence varie entre 0,09 % et 0,19 % [18;22].

Elle semble significativement réduite par le repérage échographique [22;68].

2.10. La fistule artério-veineuse

D'après une étude relativement ancienne, la survenue d'une fistule artério-veineuse serait assez fréquente (5,4 % des cas) [74]. Il n'y a pas eu d'évaluation récente de son incidence. Le diagnostic peut être porté par échographie Doppler [75]. Ces fistules sont généralement asymptomatiques ou ont une conséquence clinique mineure. Elles disparaissent spontanément dans la majorité des cas [74], mais peuvent poser des problèmes de diagnostic différentiel [76].

2.11. Autres complications

Des complications plus rares ont été décrites : hémothorax [18], choc allergique aux produits administrés en particulier anesthésiques [18], fistule biliopleurale [77], fistule veino-biliaire [78], rupture d'aiguille [18], chocs allergiques à l'iode ou à la lidocaïne [18].

Au total, la gravité des complications est dominée par le risque hémorragique, essentiellement en cas d'anomalies sévères de l'hémostase et/ou de pathologie tumorale sur foie cirrhotique. Le respect des contre-indications de la biopsie transpariétale réduit le risque de complication grave à moins de un pour mille biopsies. Lorsque ces critères sont respectés, la grande majorité des complications ne sont pas prévisibles.

Quelques complications pourraient être évitables : le choc allergique en cas d'allergie connue à l'iode ou à la lidocaïne, la ponction d'organes de voisinage grâce au repérage échographique et le malaise vagal sévère grâce à l'injection de sulfate d'atropine.

3. Mortalité

Les séries publiées comportant plus de 400 patients sont rapportées dans le tableau I. La mortalité est essentiellement liée aux complications hémorragiques.

Les taux de mortalité varient dans les séries de 0 à 3,3 décès pour 10 000 biopsies. Les facteurs de risque sont l'âge élevé, la cirrhose et la présence d'une tumeur bénigne ou maligne.