

PBH transpariétale: technique**Recommandations pour la pratique clinique pour la réalisation de la ponction biopsie hépatique****IV. Quelles sont les conditions techniques optimales pour réaliser une PBH transpariétale d'une hépatopathie diffuse ?****A. Technique**

Une échographie de qualité de moins de 6 mois, pour s'assurer de la taille du foie, de sa position ainsi que de celle de la vésicule biliaire, et pour rechercher une lésion focale. Le malade est placé en décubitus dorsal ou en décubitus latéral gauche modéré, le bras droit en abduction maximale. Les limites du foie sont déterminées par la percussion et la palpation et repérées par échographie. Le point de ponction est idéalement déterminé par l'échographie, sinon il se situe en pleine matité hépatique sur la ligne médio-axillaire. Après désinfection de la peau (par exemple à la polyvidone iodée en l'absence d'allergie), cet espace est infiltré plan par plan à l'aide d'un anesthésique local (lidocaïne à 1%, en l'absence d'allergie et de porphyrie) jusqu'à la capsule de Glisson, l'aiguille passant au bord supérieur de la côte inférieure. Une petite incision cutanée est effectuée. L'aiguille à biopsie est introduite dans l'espace intercostal, puis le patient bloque sa respiration au cours du temps expiratoire.

La technique varie selon le type d'aiguille. L'aiguille de Menghini modifiée est adaptée à une seringue partiellement remplie de sérum physiologique; la dépression est effectuée lorsque l'aiguille est dans l'espace intercostal, puis l'aiguille est rapidement enfoncée dans le foie sur une profondeur de 3 à 3,5 cm. L'aiguille coupante comporte un couperet qui, en coulissant, découpe une carotte hépatique. Des modèles automatiques dérivés du système TruCut augmentent la rapidité du geste.

B. Prémédication/Sédation

1. La préparation habituelle pour la ponction biopsie du foie ne comporte généralement que l'anesthésie locale à la lidocaïne (Xylocaïne®), en l'absence d'allergie connue [85]. Il est également nécessaire de s'assurer de l'absence d'allergie à l'iode.
2. La prescription d'antalgiques avant la PBH n'est pas systématiquement effectuée [22]. En effet : a) de nombreux praticiens estiment que la prémédication peut altérer la coopération et de ce fait, augmenter le risque de complication ; b) l'intensité de la douleur ressentie après la biopsie est souvent mal évaluée par les praticiens. Il a été montré, à l'aide d'échelles visuelles analogiques, que 20 % des malades ressentent une douleur d'intensité sévère, définie au delà de 40 mm sur l'échelle visuelle analogique, malgré une anesthésie locale adéquate par la lidocaïne [86]. Cela a été confirmé dans une étude multicentrique française [22]. L'utilisation systématique d'un antalgique (paracétamol ou proparacétamol) avant le geste n'a pas été évaluée et ne peut pas faire l'objet d'une recommandation.
3. La sédation au cours de la biopsie hépatique a été peu évaluée. Elle a cependant fait l'objet de quelques essais randomisés, soit avec l'injection de midazolam [87;88], soit avec l'utilisation de protoxyde d'azote [89]. Dans un essai randomisé comparant le midazolam à un placebo, les malades ayant reçu la benzodiazépine avaient moins d'inconfort pendant le geste, moins de mémorisation de la ponction, et acceptaient davantage la possibilité d'une biopsie ultérieure (79 % vs 55 %) [87]. Il n'existait pas d'augmentation du risque lié à l'utilisation du midazolam, comme dans l'étude non randomisée d'Alexander et al. [88]. En France, l'utilisation de midazolam en injection parentérale ne peut être préconisée sans réserve, puisque la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation considère qu'il s'agit d'un acte anesthésique. Le confort pourrait être amélioré par l'utilisation d'une autre benzodiazépine, en particulier orale, ou par l'utilisation d'hydroxyzine (Atarax®), mais aucun essai n'a été rapporté. Dans un essai randomisé réalisé chez 100 malades, l'absence totale de douleur lors de la ponction a été notée chez 19 malades (38 %) ayant reçu du protoxyde d'azote (N₂O), contre 2 (4 %) dans le groupe placebo [89]. Seul un malade (2 %) ayant reçu du N₂O a eu une douleur sévère, contre 5 (18 %) dans le groupe ayant reçu un placebo. Cependant, la sédation au protoxyde d'azote est peu utilisée en Europe comme en Amérique du Nord [90].
4. La fréquence de survenue d'un malaise vagal au cours de la PBH et surtout la possibilité de choc vagal justifie pour le groupe de travail l'emploi de sulfate

- d'atropine par voie sous-cutanée avant le geste, en l'absence de contre-indication. L'administration d'atropine ne supprime pas le risque de survenue d'un malaise vagal, mais pourrait diminuer le risque de choc vagal [22] (avis d'experts).
5. Il n'y a pas de recommandation pour la pose d'un accès veineux. L'accès veineux a l'avantage de permettre l'utilisation rapide de sulfate d'atropine ou d'antalgiques, s'ils n'ont pas été administrés avant la PBH. Cependant, dans l'étude multicentrique française, un accès veineux augmentait l'inconfort en analyse multivariée [22] .

C. Repérage échographique préalable du point de ponction

La question du repérage échographique a été abordée dans le chapitre précédent. Les données de la littérature permettent de recommander le repérage du point de ponction immédiatement avant la biopsie.

E. Le nombre de passages

F. Faut-il laisser le malade à jeun ?

G. Expérience de l'opérateur

H. Faut-il déterminer le groupe sanguin, faire une recherche d'agglutinines irrégulières (RAI) et un phénotypage avant la biopsie ?

I. Qualité du prélèvement