

Surveillance du malade**Recommandations pour la pratique clinique pour la réalisation de la ponction biopsie hépatique****V. Quels soins et quelle surveillance du malade après PBH transpariétale ?****A. Quelle surveillance et quelle durée ?**

La surveillance doit être fréquente au cours des 6 premières heures quel que soit le mode d'hospitalisation. En effet, il a été montré que la très grande majorité des complications survenait dans les 6 heures qui suivent le geste [18]. Le rythme précis de la surveillance ne peut être recommandé, 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. Il a été montré qu'il n'y avait pas de différence de survenue de complications entre la PBH en hospitalisation de 24 heures et la PBH ambulatoire [3]. En cas de PBH ambulatoire, la surveillance doit être au minimum de 6 heures après le geste, avant d'autoriser la sortie du malade. En cas de biopsie en hospitalisation de 24 heures, la surveillance au delà des 6 premières heures sera fonction de l'état du malade.

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

B. Position du malade

Aucune étude n'a permis d'établir l'intérêt du décubitus latéral droit par rapport au décubitus dorsal après la PBH, en particulier pour réduire le risque d'hématome. Habituellement, le décubitus latéral droit pendant 2 heures est prescrit, suivi du décubitus dorsal pendant les 4 heures suivantes (avis d'experts).

C. Pré-requis pour la PBH transpariétale en ambulatoire

Les complications de la ponction biopsie du foie survenant précocement, dans les 6 premières heures, la biopsie ambulatoire peut être envisagée sans augmentation du risque si plusieurs conditions sont respectées. La PBH en ambulatoire est de pratique courante dans les pays anglo-saxons ou en Espagne [68;131;132]. En France, la PBH était réalisée en ambulatoire dans 27 % des cas en 1997, plus souvent en cas d'hépatite virale C [26]. Les conditions nécessaires pour la PBH ambulatoire sont [133;134] : a) l'indication pour une atteinte diffuse du foie ; b) l'absence présumée de cirrhose ; c) bilan d'hémostase normal (avis d'experts) ; d) l'absence de pathologie 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 patient 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 ; j) la disponibilité d'un téléphone pour le suivi dans les 24 heures suivant la PBH.

La réalisation d'une ponction biopsie du foie ambulatoire pourrait augmenter l'acceptabilité d'un examen ultérieur [26] et diminuer le coût de la procédure [68;135].

D. Conduite à tenir devant la survenue d'une douleur

Une douleur d'intensité modérée au niveau du point de ponction, ou au niveau de l'épaule droite, est fréquente, de 20 à 54 % [22;86] survenant habituellement au décours immédiat de la ponction et au plus tard dans les 2 premières heures. La douleur peut nécessiter l'administration d'un antalgique de palier I, type paracétamol ou paracétamol. En cas de douleur d'emblée intense, ou d'inefficacité des antalgiques, ou d'anomalie de la pression artérielle ou de la fréquence cardiaque une complication doit être évoquée a fortiori s'il y a des signes cliniques de choc. Une voie d'abord veineuse doit être mise en place, après prélèvement pour numération globulaire et deuxième détermination du groupe sanguin. En cas d'hémorragie, il faut compenser l'hypovolémie par des macromolécules, puis transfuser des culots globulaires, éventuellement des plaquettes et du plasma frais congelé, prévenir un chirurgien ou éventuellement un radiologue interventionnel.

Une douleur intense ou retardée peut traduire un hématome intra-hépatique ou sous capsulaire, un hémopéritoine, un cholépéritoine, une perforation d'organe de voisinage, un pneumothorax. Le pneumothorax est généralement évoqué par des signes respiratoires. En cas de doute, une radiographie thoracique sera effectuée.

L'échographie est l'examen de première intention ; elle peut être normale et en cas de doute il est nécessaire de compléter par un scanner.

Les hémorragies cessent habituellement spontanément et peuvent être traitées 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.

Une douleur intense ou retardée peut être la conséquence d'une plaie biliaire, à l'origine d'un cholécystite. Le syndrome associe une douleur abdominale aiguë intense et précoce, résistante aux antalgiques de palier I et une défense, parfois une hypotension artérielle. L'échographie réalisée en urgence met en évidence une collection intra-abdominale. Il n'existe habituellement pas de baisse de l'hémoglobémie. Une péritonite biliaire de faible abondance peut être traitée médicalement par antalgiques et antibiotiques sous surveillance et après avoir prévenu un chirurgien. L'indication opératoire est formelle en cas de cholécystite de grande abondance.

E. Recommandations pour les jours suivant la PBH

Les experts recommandent de s'abstenir d'effort violent ou de conduites exposant à des traumatismes et de s'abstenir de voyage dans un pays à faible niveau sanitaire pendant la semaine suivant la PBH. Il n'existe toutefois aucun élément scientifique permettant d'étayer cette recommandation.