

La biopsie hépatique chez l'enfant

Recommandations pour la pratique clinique pour la réalisation de la ponction biopsie hépatique

IX. La biopsie hépatique chez l'enfant

A. Indications

Les principales indications de la PBH chez l'enfant sont, en l'absence d'autre moyen de certitude, le diagnostic étiologique des maladies hépatiques et le diagnostic des complications liées à la transplantation hépatique. La PBH est habituellement réalisée par voie transpariétale.

B. Contre-indications

Les contre-indications sont globalement identiques à celles mentionnées chez l'adulte. Le geste doit avoir été précédé d'une échographie hépatique de qualité. Les pré-requis sont plus restrictifs chez l'enfant que chez l'adulte, mais les différences ne reposent que sur des avis d'experts. Une PBH transpariétale est contre-indiquée si : le temps de Quick est inférieur à 70 % ou le TCA est allongé à plus d'1,5 fois le temps du témoin, ou si le nombre des plaquettes est inférieur à 100 Giga/L ou si le temps de saignement est anormal (supérieur à 4 minutes par la méthode d'Ivy 3 points ou supérieur à 10 minutes par la méthode d'Ivy incision) (avis d'experts).

Lorsqu'il existe des anomalies minimales de l'hémostase, elles peuvent être corrigées par une perfusion de plasma frais ou une transfusion de plaquettes permettant, après vérification de la correction des anomalies, de réaliser la PBH par voie transpariétale [19].

En cas de contre-indication ou chez certains enfants avec un grand risque hémorragique (hémopathie maligne, greffe de moelle osseuse, maladie de l'hémostase, insuffisance rénale chronique dialysée) une PBH par voie transveineuse (voire chirurgicale) doit être discutée [218;219].

Chez l'enfant transplanté avec un greffon hépatique réduit ou partagé, il est indispensable de faire un repérage échographique avant la PBH transpariétale [220]. Un repérage échographique est indispensable en cas de difficulté de repérage clinique du foie, en particulier en cas de foie atrophique ou en cas d'obésité.

C. Technique

La PBH est effectuée par un médecin expérimenté, avec une aiguille de type aspiratif (1,4 mm de diamètre, 17 G, avant l'âge de 3 mois et 1,8 mm de diamètre, 15 G, au delà de 3 mois). Chez l'enfant de moins de 10 kg, il est conseillé de réduire la longueur de l'aiguille à biopsie de façon adaptée. En plus des techniques habituelles de conditionnement de l'échantillon de foie, il est parfois recommandé, pour des études enzymatiques ou moléculaires, de congeler un fragment dans l'azote liquide ou de fixer un échantillon dans la glutaraldéhyde pour la microscopie électronique.

Modalités

La PBH transpariétale est le plus souvent réalisée en hospitalisation conventionnelle et le plus souvent sous anesthésie générale. Les pré-requis sont les mêmes que pour l'adulte, en particulier concernant les prises médicamenteuses et l'arrêt des anti-agrégants plaquettaires 10 jours avant le geste. Une première détermination du groupe sanguin et Rhésus doit être réalisée.

Une information orale doit être délivrée au(x) parent(s) et il est recommandé d'y joindre une information écrite (cf. document en annexe proposé à titre d'exemple par le service d'Hépatologie de l'hôpital de Bicêtre).

En cas d'anesthésie générale, une consultation d'anesthésie est faite dans un délai de 3 mois à 48 heures avant le geste et l'enfant doit être revu par un anesthésiste juste avant le geste. L'enfant est hospitalisé la veille de la PBH et peut quitter le service hospitalier 24 heures après le geste. L'anesthésie générale est faite avec du Diprivan® par voie intraveineuse, chez un enfant ayant une voie veineuse périphérique et à jeun. Une ventilation au masque est suffisante. Une anesthésie locale au point de ponction (lidocaïne à 1 %, en l'absence d'allergie connue), plan par plan jusqu'à la capsule de Glisson, est systématiquement pratiquée, à visée d'antalgie après le réveil. Une incision cutanée est effectuée, puis l'aiguille est introduite. La dépression est effectuée lorsque l'aiguille est dans l'espace intercostal, puis l'aiguille est rapidement enfoncée dans le foie.

Après la biopsie, une compression manuelle d'au moins 10 minutes est recommandée, suivie d'un pansement compressif. L'enfant est surveillé par cardioscope et tensiomètre

automatique pendant les 12 heures suivantes et doit rester allongé au lit pendant les 6 heures qui suivent la biopsie. La reprise de l'alimentation est faite selon les consignes de l'anesthésiste.

Autres modalités

La PBH transpariétale peut aussi être réalisée sans anesthésie générale avec une sédation à base de midazolam administré par voie intra-rectale (0,5 mg/kg, maximum de 15 mg). Chez le grand enfant coopérant, l'administration de protoxyde d'azote au masque peut être suffisante. Dans ces cas, une consultation d'anesthésie n'est pas nécessaire avant la PBH, mais la biopsie doit aussi être réalisée avec une voie veineuse périphérique.

L'absence d'anesthésie générale permet de réaliser la PBH transpariétale en hôpital de jour [221], où l'enfant est surveillé au lit pendant 10 heures après la biopsie selon les modalités décrites. Il est indispensable qu'il réside la nuit suivante sur le site de l'hôpital, dans une structure type résidence hospitalière. Il est recommandé de ne pas pratiquer une PBH en hôpital de jour chez le nourrisson (âgé de moins de 2 ans).

Quelles que soient les modalités, une prémédication par de l'hydroxyzine (Atarax®), une à deux heures avant le geste est préconisée (avis d'experts).

D. Complications

La mortalité secondaire à une PBH transpariétale est évaluée entre 0,1 % et 0,6 % et la morbidité peut atteindre 14 % [19;218-222]. L'utilisation d'aiguilles semi-automatiques semble augmenter les complications hémorragiques chez l'enfant de moins de 5 ans [220]. La pratique d'une PBH transpariétale avec embolisation du trajet de biopsie ne semble pas diminuer le taux de complications hémorragiques [219].

Les complications observées chez l'enfant sont les mêmes que celles observées chez l'adulte [19;222].