

Lésions focales: technique**Recommandations pour la pratique clinique pour la réalisation de la ponction biopsie hépatique****IX. Quels sont les risques de la ponction biopsie hépatique de lésions focales guidées par imagerie radiologique?**

Ce sujet n'a fait l'objet d'aucune étude randomisée ou contrôlée. Il existe quelques études de cohorte et quelques séries comparatives non randomisées.

Malgré les progrès de l'imagerie, une preuve histopathologique est encore souvent nécessaire pour établir un diagnostic et entreprendre un traitement anti-cancéreux.

Plusieurs aspects doivent être discutés :

- la technique utilisée
- les risques de la biopsie de tumeur hépatique
- la méthode optimale
- les contre-indications de la biopsie échoguidée
- les indications de la PBH échoguidée de lésions focales

A. La technique utilisée**1. le type d'aiguille utilisé**

Deux types d'aiguilles ont été utilisés et comparés : les aiguilles tranchantes permettant d'obtenir un fragment tumoral pour une étude histopathologique (type TruCut éventuellement modifiées, Vim Silverman), ou des aiguilles de type aspiratif (Menghini, Klaskin, Jamshidi). La taille de l'aiguille varie de 14 G, (2,1mm) à 23 G, (< 0,8mm). Dans la littérature, les ponctions à l'aiguille fine (diamètre < 1 mm, 21-22-23 G) sont opposées aux biopsies de plus gros diamètre (18 G soit 1,6 mm, voire 16 G soit 1,8 mm et 14 G). De nombreuses études ont comparé la rentabilité respective de l'examen cytologique et de l'examen histopathologique en fonction du système et de la taille de l'aiguille, du type de tumeur et du diamètre du nodule. La sensibilité et la spécificité sont excellentes pour déterminer la malignité : de 92% à 100% [166-168]. Pour déterminer la nature de la tumeur maligne, les chiffres sont inférieurs : de 75 à 89%.

2. Les facteurs essentiels de performance diagnostique sont :

2 – a *la nature de la tumeur* (métastases ou tumeur primitive). L'examen cytologique pour les tumeurs secondaires semble très performant [169;170], plus que dans le carcinome hépatocellulaire (CHC). Elle n'a pas de place dans le diagnostic des tumeurs bénignes.

2 – b *la taille de la tumeur* : Fornari et al. [171] ont étudié la sensibilité dans les petites lésions inférieures à 3 cm dans 385 cas : la sensibilité du système aspiratif 22 G était de 86,5% et la spécificité de 100% (chiffres différant peu selon la taille du nodule : 1, 2, 3 cm).

2 – c *la localisation du prélèvement* : [166;172;173] Borzio et al. ayant rapporté une série de 100 nodules biopsiés (CHC, tumeur bénigne principalement) insistent sur le fait d'avoir du matériel à la fois tumoral et extra-tumoral, cela permettant une sensibilité de la méthode de 78% avec une spécificité de 95%.

2 – d *l'expertise du cytologiste* [174]

De nombreuses études ont comparé la performance de l'examen cytologique et de l'examen histopathologique. L'expertise du cytologiste est fondamentale et peut expliquer les résultats variables rapportés dans la littérature. Renard et al. [167] ont montré une sensibilité de la cytologie de 97% chez 58 patients lorsque la biopsie était réalisée par un opérateur entraîné avec un anatomo-pathologiste rompu aux techniques cytologiques. Dans le cas du CHC, Sbolli et al. [175] ont atteint une sensibilité de 95,6% et une spécificité de 100% dans une série de 138 CHC. Pour le diagnostic de CHC bien différencié et de macronodule de régénération, Longchamp et al. ont montré une supériorité, en terme de sensibilité, de l'examen cytologique (75%) sur l'examen histopathologique obtenu par microbiopsie (68%) [176]. L'amélioration des techniques cytologiques en particulier immuno-histochimiques semble être un progrès notamment dans le CHC, les métastases coliques et les tumeurs neuroendocrines [175;177-180]. Certains groupes ont suggéré que l'histopathologie ne serait requise qu'en cas d'échec de la cytologie [169], en particulier dans le CHC [181].

L'étude rétrospective de Buscarini et al [17] a porté sur 2091 biopsies de lésions focales et a comparé les biopsies par système aspiratif (23-21 G) au système tranchant (21-22 G). La performance diagnostique de ces techniques pour le CHC, les métastases ou les lymphomes était globalement excellente, que ce soit pour le système aspiratif (93,4%) ou pour le système tranchant (95,1%). La sensibilité de la méthode tranchante était meilleure pour le CHC et pour

le lymphome. C'est en associant les deux systèmes que la sensibilité était proche de 100% pour ces deux lésions. Cela est trouvé par De Sio et al. [173] qui ont rapporté des chiffres très bons pour l'analyse cytologique (sensibilité: 81,3% spécificité : 97,6%) encore meilleurs pour l'analyse de microfragments (92,6%-100%) et excellents lorsque l'analyse par la cytologie et des fragments sont associés (96,4%-100%), résultats confirmés par d'autres groupes [182] .

D'autres séries ont comparé l'examen cytologique avec l'examen histopathologique.

Une étude prospective [183] comparant la performance de l'examen cytologique par ponction aspirative et de l'examen histopathologique à l'aide d'un système Trucut avec des aiguilles de 20 et 21 G a montré la supériorité de la cytologie par rapport à la micro-histopathologie (85,6 versus 66,1%) quelle que soit la taille des lésions. Des résultats contraires ont été observés dans l'étude de Herszenyi et al. [184] . Le point le plus important de ces études est que l'examen cytologique permet une lecture immédiate pour savoir si le matériel est analysable et nécessite une expertise particulière de l'histopathologiste [168] .

Aucune recommandation ne peut être formulée, car la performance de l'examen cytologique est essentiellement fonction de l'expertise du cytologiste. Lorsque l'expertise cytologique est présente, il est probable que l'association des deux techniques offre la plus grande chance de succès.

B. Quels sont les risques et les limites de la ponction biopsie guidée de lésions focales ?

C. Méthode optimale

D. Contre-indications de la biopsie pour tumeur hépatique

E. Indications de la biopsie de lésion tumorale hépatique