

**Lésions focales: indications****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****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**

L'indication d'une biopsie de lésion tumorale doit être posée en réponse à plusieurs questions

- quel est le problème diagnostique posé ? : nature bénigne ou maligne, type de tumeur bénigne, type de tumeur maligne, nodule sur cirrhose
- quelle est la conséquence thérapeutique ?
- quelle est la probabilité de la rentabilité de la ponction?
- Quels sont les risques potentiels?

Il faut intégrer d'une part les progrès de l'imagerie avec le scanner hélicoïdal, l'IRM et la tomographie par émission de positrons qui ont des sensibilités et spécificités comparables, voire supérieures à celles de la biopsie, d'autre part la prise en compte d'un faisceau d'arguments cliniques, biologiques (marqueurs) et radiologiques pour atteindre une performance diagnostique proche de l'examen histopathologique. Peu d'études ont évalué le gain diagnostique de la biopsie après exploration radiologique. Dumas et al. ne l'ont comparé qu'à l'échographie [214]. Torzilli et al. [215] ont montré qu'en utilisant tous les éléments du diagnostic pré-opératoire, cliniques, biologiques et d'imagerie, les sensibilité, spécificité, valeurs prédictives positive et négative sont proches de 100% pour le diagnostic de CHC ou de métastase. Ces approches permettent de réduire les indications de la biopsie hépatique. On peut distinguer les indications selon que les données cliniques et paracliniques évoquent une tumeur bénigne ou une tumeur maligne.

**Tumeur supposée bénigne**

Les indications de ponction pour tumeur supposée bénigne sont rares et concernent les tumeurs pour lesquelles le diagnostic n'a pas été suggéré par l'échographie et/ou la tomographie par émission de positrons et/ou l'IRM.

- lorsque le diagnostic d'hémangiome ou d'hyperplasie nodulaire focale est fortement suggéré par l'ensemble des données cliniques, biologiques et de l'imagerie, il n'y a pas lieu d'effectuer de biopsie [216].

- lorsqu'il persiste un doute diagnostique, même après réalisation de l'IRM, entre une tumeur bénigne et une tumeur maligne, une biopsie peut être indiquée. L'indication de la biopsie doit être mise en balance avec l'implication thérapeutique et les risques, en particulier le risque hémorragique. La biopsie percutanée peut être envisagée si les conditions le permettent, notamment si l'on peut interposer au moins 1 cm de parenchyme hépatique non tumoral.

Dans les cas difficiles, une biopsie par voie laparoscopique peut être discutée [199] ; de plus, l'acte chirurgical peut éventuellement se faire par coelioscopie dans le même temps [198].

**Tumeur dont l'aspect évoque une tumeur maligne**

En l'absence de tumeur cancéreuse connue, la biopsie est indiquée à la recherche d'une tumeur chimio-sensible (en particulier cancer colique, lymphome, cancer testiculaire, tumeur neuro-endocrine) ou hormono-sensible (cancer du sein, de la thyroïde, de la prostate) ou d'une tumeur résécable (CHC ou cholangiocarcinome peu évolués).

En cas de tumeur cancéreuse connue, la biopsie d'une tumeur hépatique peut être indiquée :

- lorsque le diagnostic de métastase hépatique est peu cohérent avec le stade d'extension loco-régional du cancer
- lorsqu'il existe un autre antécédent de cancer
- en cas d'apparition d'une tumeur hépatique, après un traitement présumé curatif du cancer.

En cas de tumeur survenant sur foie cirrhotique, l'indication de la biopsie doit être discutée en fonction du choix thérapeutique proposé.

- En cas de petite tumeur évocatrice de CHC (nodule de plus de 2 cm, hypervascularisé au temps artériel), si le malade peut être transplanté, la décision de réaliser une biopsie hépatique doit être discutée avec l'équipe de transplantation. Le risque de dissémination tumorale sur le trajet de ponction est réel, récemment estimé à 2 % [207] . Le risque de dissémination à distance n'a pas été étudié après transplantation.
- En cas de petite tumeur, si le malade ne peut pas être transplanté, la biopsie est indiquée si le traitement de la tumeur est susceptible d'améliorer la survie du malade (exérèse chirurgicale, destruction percutanée par alcoolisation, acide acétique ou radiofréquence). Il s'agit dans la majorité des cas de malades ayant une cirrhose au stade A ou B dans la classification de Child-Pugh. Si le pronostic de la cirrhose semble plus défavorable que celui de la tumeur (stade C de Child-Pugh), la biopsie doit être refusée ; les risques de la biopsie dépassent souvent le bénéfice pour le patient, en raison du risque hémorragique. Pour des nodules de plus de 2 cm, les techniques d'imagerie, et éventuellement un marqueur tumoral positif (taux d'alpha foeto-protéine supérieur à 400 ng/ml), peuvent raisonnablement établir le diagnostic de CHC sans confirmation histopathologique [217] .
- En cas de tumeur de grande taille, la preuve histopathologique est parfois nécessaire à la décision thérapeutique. Les risques de la biopsie doivent être pesés en fonction de la probabilité de réponse au traitement proposé.