

B

Biopsie rénale par voie transjugulaire

Dr. P. FOHRER - Service Hémodialyse - C.H. BEAUVAIS

BIOPSIE RÉNALE

Permet l'étude histologique du parenchyme rénal :

- Microscopie Optique
- Immunofluorescence
- Microscopie Electronique

Intérêts :

- Diagnostique du type de néphropathie
- Pronostic: mode évolutif probable
- Thérapeutique

TECHNIQUES DE BIOPSIE

- Ponction-Biopsie à l'aiguille

- Biopsie chirurgicale

- Biopsie transjugulaire

1) Ponction-Biopsie à l'aiguille :

- Technique :

Par voie percutanée.

Fosses lombaires.

Sujet en décubitus ventral.

Ponction à l'aiguille type Silverman au pôle inférieur du rein après anesthésie locale.

Repérage rénal :

- sur clichés d'UIV
- par échographie +++

- Complications :

Risque de saignement.

Hématurie,

Hématome sous-capsulaire,

Hématome péri-rénal,

Collapsus.

- Contre-indications :

Définitives :

- rein unique,
- rein de petite taille.

Temporaires :

- HTA non contrôlée,
- trouble de l'hémostase.

Alternatives à la ponction à l'aiguille

2) Biopsie chirurgicale :

Nécessite une anesthésie et une lombotomie.

Technique lourde.

Troubles de l'hémostase pouvant la contre-indiquer.

3) Biopsie par voie transjugulaire.

Technique :

- Décubitus dorsal, sur table radiologique.

- Sédation (Chlorazépate, Péthidine).

- Ponction jugulaire interne droite.

- Descente d'un guide dans la veine cave inférieure.

- Positionnement du cathéter dans la veine rénale droite en situation bloquée au pôle inférieur du rein droit.

- Contrôle de la position avec du produit de contraste.

- Ponction à l'aiguille, avec une seringue en verre.

- Nombre moyen de passages: 3 (1 à 7).

- Contrôle radiologique post-biopsie.

- Échographie rénale droite (1 à 4 heures après la biopsie).

- Surveillance clinique: comme toute PBR.

Base rationnelle :

- La biopsie hépatique transjugulaire :

- Elle existe depuis 20 ans.

- Elle est utilisable en cas de troubles sévères de coagulation: le malade saigne dans son système vasculaire veineux.

- Par erreur, des biopsies rénales droites ont été réalisées sans accident.

La biopsie rénale transjugulaire :

Application au rein d'une technique reconnue pour le foie.

RÉSULTATS

- Obtention de tissu rénal: 86%

- Obtention de glomérules: 79%

- Nombre moyen de glomérules: 10 +/- 6

• Cause des échecs :

- Veine récurrente ou non cathétérisable: 34%
- Pas de tissu rénal, malgré une position correcte: 10,6%
- Présence de tubes, pas de glomérules: 7%

INDICATIONS DE BIOPSIE RÉNALE TRANSVEINEUSE

- Pour tous, indication à PBR
- Troubles de la coagulation: 54%
- État général précaire: 11%
- HTA mal contrôlée: 5,4%
- Rein droit unique: 2,8%
- Obésité morbide: 6%
- Echec voie percutanée: 5,6%
- Nécessité de biopsies combinées: 32%

COMPLICATIONS

Présentes chez 9% des patients:

- Hématome périrénal asymptomatique: 2,6%
- Hématome clinique: 1,4%
- Malades transfusés (2 à 4 culots): 0,82%
- Hématuries macroscopiques: 5%
- Hématuries prolongées: 0,4%

FACTEURS EXPLICATIFS DES COMPLICATIONS

• Hématomes:

- Troubles de coagulation (notamment chez les cirrhotiques).
- Plus de 2 passages d'aiguille.
- Reins atrophiques.

• Hématuries prolongées:

Pas de facteur explicatif particulier.

INFLUENCE DE LA BIOPSIE SUR LA STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE

- Biopsie contributive au diagnostic: 76%
- Confirmation du diagnostic présumé: 43%

- Correction du diagnostic: 32%
- Influence sur la stratégie thérapeutique: 14%

CONCLUSIONS

La biopsie rénale droite transjugulaire est faisable.

Son risque est acceptable, même en cas de trouble grave de coagulation.

C'est une alternative à la biopsie rénale chirurgicale.

Elle ne vise pas à remplacer la biopsie percutanée.

Prudence en cas de trouble grave de la coagulation et si le rein est atrophique.

Toujours estimer le rapport risque/bénéfice.

OBSERVATION

- Patient de 67 ans,
- Absence d'antécédents pathologiques notables,
- Hospitalisé en GASTRO-ENTÉROLOGIE pour bilan de douleurs abdominales avec constipation,
- Explorations digestives négatives (TOGD, PHmétrie, échographie HBP normales).

Mise en évidence d'une insuffisance rénale avec créatinémie entre 340 et 420 $\mu\text{mol/}$ (clairance de la créatinine 15 ml/mn), associée à une protéinurie à 1 g/24H non sélective, sans hématurie, leucocyturie, ni infection urinaire.

Parmi les autres paramètres biologiques, la calcémie était normale en l'absence de tout apport vitamino-calcique.

L'échographie rénale montrait:

- un petit rein gauche dédifférencié,
- un rein droit de taille normale avec différenciation cortico-médullaire moyenne.

Une biopsie par voie trans-jugulaire est décidée.

Résultat: Présence au niveau de la médullaire de lésions granulomateuses de sarcoïdose indiquant une corticothérapie.

Évolution en 3 ans: clairance de la créatinine stable à 25 ml/mn.