

Ponction Biopsie Rénale (PBR)

Camille Petit-Hoang mars 2023

D'après Reco HAS 2022 : [PBR dans le diagnostic des maladies rénales chez l'adulte.](#)

Les contre indications

- Définitives : Rein unique congénital ou fonctionnel qu'on ne peut pas prendre le risque de léser.
- Relatives : Rein atrophique à haut risque hémorragique, kystes et tumeurs rénales selon leur position (tissus sain accessible ?).
- Réversibles :
 - Hypertension > 150/90mmHg
 - Troubles de l'hémostase, Traitement anticoagulant
 - Antiagrégant plaquettaire : cf infra
 - obstacles des voies urinaires
 - infection urinaire
 - anémie (Hg < 8g/dl)
- Allergie à la xylocaïne (possibilité d'anesthésie à la naropéïne)
- Obésité (voir pour PBR avec radiologues sous TDM)
- Impossibilité de maintenir le décubitus ventral (OAP sévère, abdomen distendu douloureux...), agitation (voir pour PBR avec radiologues TP ou TV)

Les prérequis avant la biopsie

- Echographie rénale : taille conservée des reins, pas d'anomalie anatomique (obstacle, kyste, FAV,...)
- Bilan biologique avant PBR
 - Biologie: Groupe ABO, RAI, NFS, Hémostase, Créatinémie, ECBU, BU
 - SEROTHEQUE : 2 tubes rouges de 7 ml - Conservation au réfrigérateur
 - UROTHEQUE : pot jaune 120ml (2ème miction du matin)

Rappel des facteurs de risque hémorragique principaux à rechercher :

Age >70 ans, HTA mal contrôlée (>160 / >95mmHg), ATCD de saignements

Atrophie et/ou dédifférenciation rénale

Insuffisance rénale aigue ; insuffisance rénale chronique avec DFG <30ml/mn/1,73m²

Anémie <10g/dl

Plaquettes <100.000/mm³

Anomalies de l'hémostase (INR >1,5 ou TCA >1,5)

1) Cas des patients sous antiagrégants

a) Aspirine :

- Proposer l'arrêt 5 jours si médicalement possible
- Si arrêt : BR transpariétale, et reprise à J1 (recommandations HAS)
- BR transpariétale possible sous aspirine si arrêt impossible
- BR non programmée : selon urgence/ facteurs risque/ avis de l'opérateur: BR transveineuse ou transpariétale

b) Plavix / Brilique

- Proposer arrêt 5j si médicalement possible
- Si arrêt : BR transpariétale, et reprise à J1 (recommandations HAS)
- Si antiagrégants indispensables : relais aspirine et BR transpariétale possible sous aspirine (cf supra)
- Pas de PBR transpariétale ni transveineuse sous plavix (recommandations HAS)

2) Cas des patients sous Anticoagulants :

- a) **Risque thromboembolique modéré** : ACFA non emboligène, MTEV sans évènement depuis > 12 mois, CHADS-VASC 0-2
 - Arrêt possible sans relais (3j avant pour AOD sauf dabigatran 5 jours, 5 jours AVK)
 - Biopsie transpariétale possible
 - HAS 2022 : reprise possible des AOD/AVK à partir de 72h après la BR en l'absence de complication
 - Consensus local du 15/12/22 : on propose reprise anticoagulation curative à J8 à adapter au cas du patient.

- b) **Risque thromboembolique moyen et élevé** :
 - Faire relais HNF/ HBPM
 - arrêt HNF IVSE 6h avant au moins, ou HBPM 24h avant.
 - Biopsie transveineuse ou transpariétale possible selon choix de l'opérateur.
 - Reprise de l'héparine entre 6h et 24h après geste, selon risque thrombotique anticipé. Si HNF IVSE : objectif d'anti-Xa entre 0,3 et 0,5 UI/ml.

- c) **Cas des syndromes néphrotiques** :
 - Anticoagulation selon profondeur du Sd néphrotique et étiologie anticipée
 - Relais par héparine, arrêt de l'héparine au moins 6h avant le geste
 - Biopsie transpariétale possible
 - Reprise héparine curative possible à H24.
 - Consensus local du 15/12/22 : on propose héparine préventive H48 et curative J5 à adapter au cas du patient.

3) Si thrombopénie entre 50.000 et 100.000/mm³

Biopsie Transpariétale possible en fonction des autres facteurs de risques hémorragiques.

4) Si anomalies morphologiques

Obésité majeure, rein unique, rein en fer cheval: biopsie transpariétale possible en radiologie (sous échographie ou scanner)

5) Quand envisager la PBR ambulatoire en HDJ

Critères proposés par HAS :

Age <70 ans, pas d'ATCD de saignement, pas d'antiagrégants ni anticoagulants depuis 7j

IMC < 30 kg/m², PAS < 160 mmHg, PAD < 95 mmHg,

INR < 1,3, TCA < 1,3,

DFGe >30ml/mn/1,73m²

Pas de comorbidité significative (diabète exclu)

Les consentements

Comme tout geste médicochirurgical, la biopsie rénale peut se compliquer et il faut que cette information soit donnée au patient. Le principal risque est le risque hémorragique. Il peut survenir soit autour du rein, soit dans les cavités urinaires et donner soit un hématome périrénal soit une hématurie macroscopique. On estime que ses complications surviennent respectivement dans :

- Hémorragie périrénale de bas grade (douleur simple) : 5 %
- Hématurie macroscopique 3,5 %
- Hémorragie nécessitant une transfusion 0.9%
- Hémorragie nécessitant une artéro embolisation 0,6 %
- Hémorragie nécessitant une néphrectomie 0,01 %

- Hémorragie entraînant le décès de 0,02 %

- Faire signer consentement (dans Réseau=>Livre Interne=> Doc utiles=> PBR_consentement) puis le scanner dans ORBIS

Possibilité de prémédication pour décontracter le patient (Atarax 25 ou 50mg IV)

Proposer musique pendant la biopsie

Ne pas laisser le malade à jeun pour éviter les malaises hypoglycémiques.

REDCAP

- Redcap à compléter lors de la réalisation d'une PBR rein natif dans votre unité <https://redcap.krctnn.com/surveys/?s=AXLRL77H94> (ce Redcap imprimé fait fonction de demande anapath)
- Redcap à compléter lors de la réalisation d'une PBR de rein greffé dans votre unité <https://redcap.krctnn.com/surveys/?s=KNDMH8WPRL> (ce Redcap imprimé fait fonction de demande anapath)

Surveillance post biopsie

- REINS NATIFS : Décubitus dorsal strict pendant 6 heures.
- GREFFONS : Surveillance 4 heures en HDJ, 6 heures en Hospitalisation.

Surveillance clinique dès la fin de l'examen

- Surveillance douleur, diurèse et aspect des urines, T°, FC et TA selon protocole :(cf fiche de surveillance)
- Tous les ¼ heures la 1^{ère} heure puis
- Toutes les ½ heures la 2^{ème} heure,
- Toutes les heures les 6 heures suivantes. (Conserver la feuille de surveillance dans le dossier de soins).
- Surveillance du point de ponction : pansement

Mettre à disposition du patient la sonnette et également un urinal et/ou un bassin.

Signes alarmants nécessitant l'appel immédiat du médecin

- Toute douleur, de la fosse lombaire ou abdominale
- Fièvre
- Urine rouges (boisson abondante pour éviter la formation de caillots urinaires), hématurie.
- Chute de la pression artérielle, tachycardie inexplicable.

Le patient peut manger immédiatement après l'examen (doit rester allongé ou peut être incliné à 30°C). Il est conseillé au patient d'éviter les efforts violents pendant 10 jours car un saignement peut survenir à retardement entre le 5^{ème} et le 10^{ème} jour, alors même que le geste ne s'était pas compliqué immédiatement. Arrêt de travail si besoin.

Il doit revenir consulter s'il souffre de fatigue ou de malaises.

L'hémorragie grave, avec hématome péri-rénal pouvant nécessiter une artério-embolisation voire une néphrectomie d'hémostase est rare (respectivement 0.6 et 0.01%).