

ENQUETE SUR LA PRATIQUE DE LA BIOPSIE RENALE CHEZ L'ADULTE POURQUOI UNE TELLE ETUDE ?

Il ne fait de doute pour aucun néphrologue que la biopsie rénale constitue un outil diagnostique dont il ne peut se passer. La biopsie de rein natif est souvent indispensable pour le diagnostic précis d'une néphropathie, en particulier glomérulaire, ou pour évaluer l'atteinte rénale afin d'adapter la thérapeutique. La biopsie rénale est également largement utilisée en transplantation rénale, notamment pour le diagnostic de rejet ou pour guider les traitements immunosuppresseurs.

Ainsi, la biopsie rénale est couramment pratiquée dans les services de néphrologie, dont l'activité peut être dédiée à prise en charge des maladies rénales, à la transplantation rénale, ou mixte.

Il est certain que les pratiques sont extrêmement variables d'un service à l'autre, que cela soit en ce qui concerne l'organisation générale, la réalisation du geste et les acteurs impliqués, les examens réalisés, notamment pour l'évaluation du risque hémorragique, ou le matériel utilisé. Les pratiques en vigueur dans un service donné sont inévitablement le fruit des habitudes « ancrées » dans le service, de l'expérience des cliniciens et de leur connaissance de la littérature médicale.

Plusieurs études ont supporté la possibilité de réaliser la biopsie rénale avec une surveillance de quelques heures (sans hospitalisation) (1, 2), pratique cependant sans doute peu développée et peut être contestable au vu des données concernant les risques de complications au cours des vingt quatre premières heures après la biopsie (3).

L'impact de la technique de repérage échographique et l'opérateur (néphrologue ou radiologue) mis en œuvre ont été également analysés, avec des résultats discordants (4, 5). La technique de biopsie a évolué au fil du temps, avec notamment les progrès de l'échoguidage et le développement des systèmes automatiques (« technique au pistolet ») (6), qui se sont probablement largement répandus.

L'évaluation et la prise en charge optimales du risque hémorragique sont extrêmement controversées. Le temps de saignement (TS), notamment, est souvent pratiqué avant la biopsie, malgré le manque de corrélation avéré entre le TS et les complications hémorragiques (7-9). Certains recommandent l'administration systématique de dDAVP ou d'œstrogènes en cas d'insuffisance rénale sévère, sans réaliser de TS (10). Cependant, les troubles de l'hémostase chez l'insuffisant rénal ont une origine multifactorielle, et la place des différents traitements susceptibles de les corriger (11) reste à établir dans le contexte particulier de la biopsie rénale. La biopsie rénale transjugulaire est une alternative intéressante chez les patients jugés à haut risque hémorragique (12), mais ses indications n'ont pas été précisément établies.

Ainsi, les enseignements fournis par la littérature médicale sur les différents aspects de la pratique de la biopsie rénale sont assez nombreux, mais parfois contradictoires, d'interprétation difficile, et n'apportent souvent pas de réponse définitive à un certain nombre de problèmes pratiques.

Il nous paraît intéressant de procéder par cette étude, coordonnée par la Société de Néphrologie, à un recensement des procédures en vigueur pour la biopsie rénale, comme cela a déjà été fait pour la biopsie hépatique il y a quelques années (13). Cette enquête s'inscrit dans le cadre d'une réflexion menée par un groupe de travail mis en place à l'initiative du bureau de la Société de Néphrologie qui en a confié la coordination au président de la Commission « Recherche ». Un des objectifs de cette enquête est de recenser les pratiques mises en œuvre pour la biopsie rénale dans les différents services de néphrologie et/ou de transplantation rénale. Les résultats obtenus constitueront un matériel précieux, utile au groupe dans sa réflexion visant à émettre des recommandations pour améliorer les pratiques.

References :

1. **Fraser IR, Fairley KF.** Renal biopsy as an outpatient procedure. *Am J Kidney Dis.* 1995;25(6):876-8.
2. **Hussain F, Watson AR, Hayes J, Evans J.** Standards for renal biopsies: comparison of inpatient and day care procedures. *Pediatr Nephrol.* 2003;18(1):53-6.
3. **Whittier WL, Korbet SM.** Timing of complications in percutaneous renal biopsy. *J Am Soc Nephrol.* 2004;15(1):142-7.
4. **Gupta RK, Balogun RA.** Native renal biopsies: complications and glomerular yield between radiologists and nephrologists. *J Nephrol.* 2005;18(5):553-8.
5. **Nass K, O'Neill WC.** Bedside renal biopsy: ultrasound guidance by the nephrologist. *Am J Kidney Dis.* 1999;34(5):955-9.
6. **Kim D, Kim H, Shin G, et al.** A randomized, prospective, comparative study of manual and automated renal biopsies. *Am J Kidney Dis.* 1998;32(3):426-31.
7. **Gewirtz AS, Miller ML, Keys TF.** The clinical usefulness of the preoperative bleeding time. *Arch Pathol Lab Med.* 1996;120(4):353-6.
8. **Manno C, Strippoli GF, Arnesano L, et al.** Predictors of bleeding complications in percutaneous ultrasound-guided renal biopsy. *Kidney Int.* 2004;66(4):1570-7.
9. **Peterson P, Hayes TE, Arkin CF, et al.** The preoperative bleeding time test lacks clinical benefit: College of American Pathologists' and American Society of Clinical Pathologists' position article. *Arch Surg.* 1998;133(2):134-9.
10. **Stiles KP, Hill C, LeBrun CJ, Reinmuth B, Yuan CM, Abbott KC.** The impact of bleeding times on major complication rates after percutaneous real-time ultrasound-guided renal biopsies. *J Nephrol.* 2001;14(4):275-9.
11. **Hedges SJ, Dehoney SB, Hooper JS, Amanzadeh J, Busti AJ.** Evidence-based treatment recommendations for uremic bleeding. *Nat Clin Pract Nephrol.* 2007;3(3):138-53.
12. **Thompson BC, Kingdon E, Johnston M, et al.** Transjugular kidney biopsy. *Am J Kidney Dis.* 2004;43(4):651-62.
13. **Cadranel JF, Rufat P, Degos F.** Practices of liver biopsy in France: results of a prospective nationwide survey. For the Group of Epidemiology of the French Association for the Study of the Liver (AFEFL). *Hepatology.* 2000;32(3):477-81.