

## RECOMMANDATIONS DE LA



## PONCTION GUIDÉE PAR ÉCHOENDOSCOPIE

### **M. GIOVANNINI (Marseille)**

Avec la collaboration de :

B. NAPOLEON (Lyon), T. PONCHON (Lyon),

J. BOYER (Angers),

J.-M. CANARD (Paris),

P. DALBIES (Béziers),

J. ESCOURROU (Toulouse),

M. GREFF (Nice),

J. LAPUELLE (Toulouse),

J.-C. LETARD (Poitiers),

B. MARCHETTI (Marseille),

L. PALAZZO (Paris),

D. SAUTEREAU (Limoges)

## I. DÉFINITION

L'échoendoscopie (EE) permet de préciser l'extension pariétale et ganglionnaire des tumeurs gastro-intestinales et pancréatiques. Néanmoins, elle ne peut affirmer le caractère malin ou bénin d'une adénopathie ou d'une masse péri digestive. Le développement de l'EE sectorielle linéaire permet l'obtention de matériel cytologique et/ou histologique de lésions intra ou extra pariétales digestives avec un guidage échoendoscopique (1-3).

## II. INDICATIONS

Elles regroupent celles qui définissent la nature d'une masse et celles qui préciseront l'évaluation d'un cancer connu pour adapter la stratégie thérapeutique :

- Masses médiastinales ou pancréatiques de nature indéterminée ;
- Nature d'une adénopathie (médiastinale, cœliaque...) ;
- Compressions extrinsèques du tube digestif ;
- Suspicion de récurrence anastomotique sous-muqueuse ;
- Nature d'une tumeur sous-muqueuse ;
- Suspicion de limite gastrique avec biopsie négative.

1) Dans la littérature, les meilleurs résultats sont obtenus (1) pour déterminer la nature d'une adénopathie (94 %), la nature d'une masse péri digestive (86 %), ou pancréatique (79 et 93 %). Dans ce dernier cas, le rendement est meilleur pour les lésions de petite taille (< 4 cm). En effet, les cancers plus volumineux sont le siège de nécrose et/ou de fibrose intratumorales responsables de la non-productivité du prélèvement.

2) Pour les lésions pariétales (tumeurs sous-muqueuses et gros plis gastriques), les résultats restent significativement moins bons (61 %), faisant discuter l'indication au cas par cas.

## III. PLACE PAR RAPPORT AUX AUTRES VOIES D'ABORD

Une biopsie guidée sous EE est moins agressive :

- qu'une médiastinoscopie, ou une thoracotomie exploratrice pour des masses ou des adénopathies médiastinales d'origine inconnue (1), ou satellite des cancers bronchiques (4) ;
- qu'une laparotomie exploratrice pour des adénopathies cœliaques non-accessibles à une biopsie guidée sous échographie percutanée, ou scanner (1).

Une biopsie guidée sous EE est plus invasive qu'une biopsie sous échographie ou scanner, du fait de l'anesthésie et de l'endoscopie, mais le rendement diagnostique est supérieur pour un taux de complications (hémorragies, infections...) comparable.

Comme pour tous les prélèvements échoguidés, la valeur prédictive négative de l'examen ne sera jamais de 100 %. En cas de suspicion de cancer, la chirurgie ne devra pas être refusée sur la base d'un prélèvement négatif.

## IV. LIMITES

- Les principales limites de la technique sont : une lésion de petite taille (< 5 mm), une distance entre la lésion et la sonde supérieure à 6-7 cm, et l'interposition de gros vaisseaux entre la sonde et la cible ;
- Les troubles de la coagulation liés au terrain ou aux médicaments (cf. fiche SFED) ;
- Le risque d'essaimage avec cette technique de prélèvement est, pour le moment, considéré comme nul.

## V. MATÉRIEL

### 1. L'échoendoscope

Il faut utiliser un échoendoscope sectoriel linéaire (radial ou électronique) qui permet de suivre la progression de l'aiguille à biopsie jusqu'à la lésion. Il n'est pas licite de réaliser une ponction avec un appareil radial rotatif qui n'autorisera pas le contrôle du trajet de l'aiguille (5).

### 2. L'aiguille

Plusieurs types d'aiguille de longueur et de calibre différents sont aujourd'hui utilisables. L'indication dictera le choix du calibre et de la longueur. Dans le contexte actuel et à performances d'aiguille équivalentes, l'utilisation d'aiguille à usage unique est à privilégier (cf. fiche désinfection). En cas de difficulté à pénétrer la tumeur, l'utilisation d'un « pistolet » pourra être utile.

## VI. MODE DE RÉALISATION DE L'EXAMEN (1-3)

La ponction est réalisée à la fin de l'examen échoendoscopique diagnostique. Une anesthésie générale est généralement nécessaire. La technique de ponction se déroule en plusieurs phases :

- a. positionnement de la lésion sur le trajet de sortie de l'aiguille ;
- b. sortie de l'aiguille du canal opérateur, puis introduction de l'aiguille dans la tumeur. La visualisation de l'« écho-tip » de l'aiguille permet de vérifier son bon positionnement dans la lésion ;
- c. retrait complet du stylet, et aspiration à l'aide d'une seringue de 20 ml, associée à des mouvements de va-et-vient de l'aiguille dans la tumeur ;
- d. la totalité du prélèvement contenue à l'intérieur de l'aiguille peut être recueillie grâce au stylet mousse qui est réintroduit dans l'aiguille, ou en insufflant de l'air dans l'aiguille.

Idéalement, le prélèvement permettra la réalisation de lames pour examen cytologique, et de recueillir une microbiopsie pour examen histologique.

Certaines équipes préconisent la présence d'un anatomo-pathologiste en salle afin de s'assurer de la bonne qualité du prélèvement. Un à trois passages seront, en général, nécessaires.

Une antibioprophylaxie est **conseillée** en cas de lésion kystique du pancréas, de biopsie transrectale ou transcolique, et chez les patients porteurs d'affections le nécessitant (cf. fiche antibioprophylaxie).

A la suite de l'examen, une surveillance clinique du patient sera réalisée par l'opérateur. La majeure partie des examens peut être réalisée en ambulatoire.

## VII. COMPLICATIONS (1, 6)

Les complications sont rares (< 2 %). Aussi, tout signe fonctionnel (fièvre, douleur...) doit être pris soigneusement en compte.

Elles seront particulièrement suspectées en cas de ponction de lésion pancréatique kystique. Les complications les plus graves sont représentées par la pancréatite aiguë, l'hémorragie, la surinfection de liquide de kyste. Des bactériémies et des septicémies ont été également rapportées.

## RÉFÉRENCES

1. WIESERMA M., VILMANN P., GIOVANNINI M., CHANG K.J. Endosonography-guided fine needle aspiration biopsy: diagnostic accuracy and complication assessment. *Gastroenterology* 1997 ; 112 : 1087-1095.
2. WILLIAMS D.B., SAHAI A.V., AABAKKEN L., PENMAN I.D., VAN VELSE A., WEBB J., WILSON M., HOFFMAN B.J., HAWES R.H. Endoscopic ultrasound guided fine needle aspiration biopsy: a large single centre experience. *Gut* 1999 ; 44 (5) : 720-6.
3. GIOVANNINI M., SEITZ J.F., MONGES G., PERRIER H., RABBIA I. Fine needle aspiration cytology guided by endoscopic ultrasonography: results in 141 patients. *Endoscopy* 1995 ; 27 : 171-77.
4. IKENBERRY S., GRESS F., OLIVIER S., WINBERG J. Fine needle aspiration guided by radial scanning endosonography (RSE) of lesions throughout the gastrointestinal tract. *Gastrointestinal endoscopy* 1996 ; 43 : 424 (Résumé).
5. PALAZZO L., FABRE M., AMARIS J., O'TOOLE D., RUSZNIEWSKI Ph. EUS guided fine needle aspiration biopsy with a new electronic device: results on 100 consecutive patients. *Endoscopy* 2000 ; 32 : 21 (Résumé).
6. NAPOLEON B. Ponction sous échoendoscopie : un geste utile ou dangereux ? *Gastroenterol Clin Biol* 1999 ; 23 : 459-62.

Éditée avec le soutien de

**BEAUFOUR IPSEN**

24, rue Erlanger  
75781 PARIS CEDEX 16  
Téléphone : 01 44 96 13 13  
[www.bipmed.com](http://www.bipmed.com)

ALN  
éditions



Réalisation : Editions ALN