REALISATION BIOPSIE OSTEOMEDULLAIRE ADULTE

1. Objet

Cette instruction décrit les modalités de réalisation d'une Biopsie ostéo médullaire (BOM) depuis la préparation du patient jusqu'à la préparation de l'échantillon à l'envoi.

2. Références bibliographiques/Documents qualité

Hygiène des mains.
Hygiène des mains. Désinfection par friction
Indications et contre-indications prélèvements moelle osseuse.
« Le bon usage des antiseptiques » CCLIN Sud-Ouest 2013
Liste du matériel pour biopsie osteo médullaire

3. Personnels habilités

Les médecins, médecins biologistes et les internes en biologie médicale médecins habilités sont les seuls personnels habilités au prélèvement d'une biopsie ostéo médullaire. Décret 2005-1382 du 4/11/2005 et arrêté R6211-31-1 du CSP.

4. Déroulement

a. *Préparation du patient*

Pour les patients anxieux, une prémédication peut être prescrite par le médecin responsable du patient (Hypnovel®, MEOPA, Xanax®). Il est aussi possible de profiter d'une anesthésie générale pour un autre geste.

Appliquer un patch d'Emla® au site exact prévu pour la ponction, 1 h à 1 h 30 avant la ponction. Noter l'heure d'application directement sur le patch.

b. *Préparation du matériel*

Le matériel est préparé selon le listing prévu dans le document « Liste matériel pour biopsie osteomédullaire »

c. Installation du patient

Le patient est installé confortablement en décubitus ventral ou en cas de contre-indication au décubitus ventral en décubitus latéral gauche ou droit
Pour les exceptionnelles BOM effectuées en crête iliaque antéro-supérieure, le patient est placé en décubitus dorsal.

d. *Choix du site de ponction*

Date d'application : 30/06/2016

TABLEAU D'APPROBATION					
	POUR LE GROUPE D'ELABORATION	VALIDATION (fonction qualité)	AVIS EXPERT (facultatif)	APPROBATION (responsable d'activité)	
Nom :	AUGIS VANESSA	CHAUZIT EMMANUELLE	COMBOURIEU ISABELLE	POMMIERS SYLVIE	FLEURY HERVE
Signature :	DOCUMENT VALIDE NUMERIQUEMENT				

SEULE LA VERSION ELECTRONIQUE FAIT FOI, ASSUREZ-VOUS DE LA BONNE VERSION EN VIGUEUR

Il dépend du contexte et du patient, c'est le plus souvent en iliaque postérieure, patient en décubitus ventral ou en iliaque antérieure, patient en décubitus dorsal.

Chez les enfants plusieurs sites peuvent être réalisés simultanément sous anesthésie générale.

Epine iliaque postéro-supérieure : le site iliaque postérieur peut être choisi d'emblée par le préleveur car cette localisation comporte, théoriquement, moins de risques. Elle est cependant difficilement praticable chez le sujet obèse. Le repérage de l'épine iliaque se fait en suivant l'aile iliaque d'avant en arrière et en s'aidant d'un repérage bilatéral.

Crête iliaque antéro-supérieure : ce site est plus rarement choisi car non dénué de risques (perforation osseuse, hémorragie rétro péritonéale). Il peut être cependant indiqué chez les patients immobilisés en décubitus dorsal. L'épine iliaque antéro-supérieure est repérée d'arrière en avant, puis maintenue entre le pouce et l'index durant la ponction.

e. Réalisation

i. Préparation de l'opérateur

La BOM est in geste invasif avec niveau de risque intermédiaire selon « Le bon usage des antiseptiques » CCLIN Sud-Ouest 2013
-Hygiène des mains : Lavage simple
-Hygiène des mains. Désinfection par friction
-Port d'un masque chirurgical

ii. Désinfection du site de prélèvement

Effectuer une antiseptise en 4 temps avec 1 badigeon d'antiseptique :

- **DETERSION** la zone avec un savon antiseptique de type Bétadine Scrub® dilué avec du sérum physiologique stérile
- **RINCAGE** avec compresses stériles imbibées de sérum physiologique (du centre vers la périphérie)
- **SECHAGE** avec compresses stériles
- APPLICATION de **l'ANTISEPTIQUE** (1 badigeon) la Bétadine® alcoolique ou dermique (si peau lésée) du centre vers la périphérie.
- laisser sécher complètement (2min)
- retirer les gants à usage unique non stériles

Enfiler une paire de gants stériles

Placer le champ troué stérile

iii. Analgésie

Analgésie : Plusieurs protocoles sont applicables en sachant que le moment le plus douloureux n'est jamais correctement couvert.

,

Effectuer une anesthésie locale **avec la lidocaïne non adrénalinée 1% 200mg/20ml.**
Anesthésier plan par plan, d'abord en sous cutanée puis au contact du périoste, piquer en quadrant autour du point repère pour élargir la zone anesthésiée. Attendre l'effet de l'analgésie (environ 5 mn). **La dose maximale injectée ne doit pas dépasser 200 mg .**

iv. Ponction

- Inciser la peau en regard de l'épine avec la lame de bistouri n°11.
- Vérifier le bon état du trocart.
- Traverser les tissus mous pour atteindre le plan osseux de l'épine jusqu'à ce que le trocart soit immobilisé au contact de l'os.
- Se positionner perpendiculairement à l'épine.
- Retirer le mandrin.
- Pénétrer l'os par une pression verticale, perpendiculaire associée à des mouvements de rotation du trocart dans un sens puis dans l'autre.
- Vérifier la hauteur de la carotte (1 à 2cm) à l'aide du mandrin.
- Tourner une dernière fois le trocart pour bien détacher la carotte
- Retirer franchement le trocart en mobilisant légèrement le fragment de biopsie (retrait associé à des mouvements circulaires à 360°).

v. Obtention du fragment

- Ne pas oublier de mettre en place le dispositif de protection (diabolo plastique) à l'extrémité distale du trocart.
- Insérer le stylet dans l'orifice de l'extrémité distale du trocart pour pousser la carotte de biopsie vers l'orifice proximal de sortie du trocart (poignée)
- Déposer la carotte de BOM sur une lame, et réaliser les empreintes en roulant la carotte entre 2 lames (faire 2 à 4 lames).
- Emballer la carotte dans une compresse humectée de sérum physiologique (sinon **risque de détremper la carotte)**, la mettre dans le pot stérile identifié par une étiquette du malade.

- Compression du point de ponction jusqu'à l'arrêt de la suffusion hémorragique s'il y en a une.

vi. Soins supplémentaires et Pansement

- Nettoyer l'épiderme pour ôter le produit iodé avec des compresses stériles imbibées de sérum physiologiques.
- Fermer l'incision par les Steristrip®, à conserver 2 jours par le patient.
- Faire un pansement occlusif avec des compresses ® ou Cicaplaie® de grande taille, à conserver pendant 4 à 5 jours.

- Surveillance du pansement durant les 2 heures suivantes par le personnel soignant.
- Rappel des recommandations au patient sur l'immobilisation pendant 2 heures, si possible en appui sur le site de prélèvement.

Pansement compressif et recommandations particulières uniquement en cas de risque hémorragique secondaire.

5. Envoi des échantillons

Selon les recommandations émises par le laboratoire d'anatomopathologie.