

Occlusion de VVC

**Injection difficile/
impossible dans le
KT.**

+/- Aspiration difficile ou
impossible.

CINAS:

**Plutôt Problème
mécanique ou
intra-luminal**

- Migration, plicature, rupture
- Caillot cruorique
- Dépôt lipidique
- Précipitats médicamenteux

**Radio
Thorax**

Traitement

CINAS CLASSIFICATION		INJECTION ABILITY (IN)			
		EASY ≥ 1 mL IN1	DIFFICULT ≥ 1 mL IN2	IMPOSSIBLE < 1 mL IN3	UNKNOWN INx
ASPIRATION ABILITY (AS)	EASY AS1 ≥ 1 mL	IN1AS1	IN2AS1	IN3AS1	INxAS1
	DIFFICULT AS2 ≥ 1 mL	IN1AS2	IN2AS2	IN3AS2	INxAS2
	IMPOSSIBLE AS3 < 1 mL	IN1AS3	IN2AS3	IN3AS3	INxAS3
UNKNOWN ASx	IN1ASx	IN2ASx	IN3ASx	INxASx	

Occlusion

Vérifier:

- Bonne installation du patient (décubitus dorsal).
- Contrôle du pansement + totalité de la ligne de perfusion (absence de plicature tubulaire, de clamps fermés, de bouchon borgne, sens du robinet : bien ouvert...).
- Réfection du pansement.
- Aspiration-injection, au plus près, en stérile (masque + gants stériles) avec une seringue luer 10ml, remplie de 5ml de NaCl 0,9%, en inspiration puis en expiration profonde.
- Rinçages pulsés de 10ml.
- Absence d'inflammation au point de ponction ou sur le trajet du cathéter
- Absence d'œdème cervical.

Le tracer dans le dossier, carnet...

De plus, si PAC (=CCI) :

- Réfection du pansement changement d'aiguille de Huber compris.
- Piquer perpendiculairement au septum de la chambre.
- Toucher le fond de la chambre sans écraser le biseau.
- Longueur d'aiguille adaptée, tablier de stabilisation au contact de la peau.

Radio Thorax:
Pour éliminer migration, plicature, rupture.

Traitement:

Selon étiologie

Migration, plicature, rupture

Caillot cruorique
(agglutinat d'hématies et plaquettes)

Dépôt lipidique
(Nutrition Parentérale)

Précipitats médicamenteux

Traitement

✓ Migration, plicature, rupture:

- Ablation KT +/- repose si nécessaire.

✓ Bon positionnement avec Caillot:

PICC:

- « pop technique » +/- rinçages pulsés.
- Si et seulement si Picc power-injectable (violet): Désobstruction en surpression avec une seringue ≤10ml.
- Après ces techniques mécaniques: Urokinase.



PAC:

- « pop technique » +/- rinçages pulsés.
- Urokinase.
- **Ne jamais désobstruer un PAC en surpression avec seringue ≤ 10ml.**

✓ Bon positionnement avec dépôt lipidique:

- **Picc/PAC:** Verrou Ethanol (3ml dose unique - voir pharmacie).
- Changement de KT après avis UAV.
- **Prévention:** Rinçage pulsé, Taurolock.

✓ Précipitats médicamenteux:

- **Picc/PAC:** Changer le cathéter.
- **Prévention ++++**

« POP TECHNIQUE »

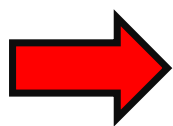
- **Manipulation stérile au plus près:** Masque + gants stériles.
- Prendre un seringue LUER LOCK 10ml.
- Remplir avec 3ml de NaCl 0,9% seulement.
- Aspirer en créant un vide jusqu'à 10ml
- Relâcher le piston créant ainsi le son « Pop ».
- Recommencer 10 à 15 fois la manœuvre soit environ 3min.



Flashez-moi!



Absence de retour veineux



Pas d'utilisation de la VVC avant bilan et autorisation

ASpiration difficile ou impossible.

+/- Injection difficile ou impossibilité

Score CINAS :

Plutôt Problème extra-luminal

- Migration, plicature, rupture
- Thrombose
- Manchon de fibrine

Selon la clinique:

2) Echo +/-doppler, si gros bras, douleur, chaleur, circulation collatérale, ATCD, facteurs de risque → Thrombose?

Parfois un scanner est nécessaire

+/-

3) Opacification

Si patient asymptomatique, selon âge du KT (>1mois), type de KT... → Manchon de fibrine?

Traitement médical :

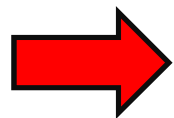
Selon diagnostic

1) Radio Thorax

(Debout, de face, en inspiration, omoplates hors des champs. 2 vertèbres sous la carène.)

CINAS CLASSIFICATION	INJECTION ABILITY (IN)			
	EASY > 1 ML IN1	DIFFICULT > 1 ML IN2	IMPOSSIBLE < 1 ML IN3	UNKNOWN INx
EASY AS1 ≥ 3 ML	IN1AS1	IN2AS1	IN3AS1	INxAS1
DIFFICULT AS2 ≥ 3 ML	IN1AS2	IN2AS2	IN3AS2	INxAS2
IMPOSSIBLE AS3 < 3 ML	IN1AS3	IN2AS3	IN3AS3	INxAS3
UNKNOWN ASx	IN1ASx	IN2ASx	IN3ASx	INxASx

Absence de retour veineux



Pas d'utilisation de la VVC avant bilan et autorisation

Vérifier:

- Bonne installation du patient. (décubitus dorsal)
- Contrôle du pansement + totalité de la ligne de perfusion (absence de plicature tubulure, de clamps fermés, de bouchon borgne, sens du robinet : bien ouvert...).
- Réfection du pansement.
- Aspiration-injection, au plus près, en stérile (masque + gants stériles) avec une seringue luer 10ml, remplie de 5ml de NaCl0,9%, en inspiration puis en expiration profonde.
- Rinçages pulsés de 10ml.
- Absence d'inflammation au point de ponction ou sur le trajet du cathéter
- Absence d'œdème cervical

Le tracer dans le dossier, carnet...

De plus, si PAC (=CCI) :

- Réfection du pansement changement d'aiguille compris.
- Piquer l'aiguille de Huber perpendiculairement au septum de la chambre.
- Toucher le fond de la chambre sans écraser le biseau.
- longueur d'aiguille adaptée, tablier de stabilisation au contact de la peau.

Diagnostics à évoquer:

- Problèmes mécaniques: Migration, plicature, fissure-rupture.
- Thrombose veineuse.
- Manchon Fibroblastique.

1) La RP écarte facilement les problèmes mécaniques évidents.

Migration :

L'extrémité distale du KT s'est déplacée: + bas, + haut, dans un autre vaisseau que la veine cave sup... Causes favorisantes: mauvais placement initial, effort de vomissement, toux, Hyper pression thoracique...

Plicature.

Fissure-Rupture.

2) Echographie +/- Doppler retrouve une thrombose:

Un agglutinat d'hématies et de plaquettes. Maladie de la veine où se situe le cathéter. Peut concerner tout les étages du système veineux. Pic de fréquence entre 14 et 21j. Veine non dépressible, corps étranger dans la lumière accroché à la paroi de la veine, halot inflammatoire, diminution ou interruption des flux.

Si KT derrière la clavicule et/ou le sternum, c'est le → **scanner** qui fera le diagnostic de thrombose.

A l'échographie: **Le manchon de fibrine est parfois visible** >1 mm hypodense accroché au KT et non à la veine. Regarder l'ensemble du territoire cave demandé.

3) L'opacification retrouve une fissure ou un manchon de fibrine:

manchon fibroblastique = Cellules musculaires lisses puis fibroblastes puis collagène.

Un épaissement du KT, signe de la chaussette, rehaussé par le liquide de contraste...Parfois écoulement de ce contraste à distance de l'extrémité distale du KT, mimant une rupture.

✓ Problèmes mécaniques

Migration/Plicature/Rupture/Fissure:

- Changement du KT.
- Radiologie interventionnelle.
- Demander un avis avant retrait du PICC.
- Retrait du KT.

✓ Thrombose:

- HBPM, AOD si la tumeur le permet (tumeur solide) 3 mois à réévaluer.
- Maintien du KT si nécessaire, en place, fonctionnel.**
- Retrait du KT après 3 à 5 jours de TTT anticoagulant .

Prévention thrombose: KT bien placé = à la jonction AtrioCave, Rapport KT/veine= 1/3;2/3.

✓ Manchon fibroblastique:

- Rinçage pulsé.



PICC:

- Si et seulement si Picc power-injectable (violet): Suppression avec une seringue ≤ 10ml

PAC: Ne JAMAIS désobstruer un PAC en suppression avec une seringue ≤ 10ml.

- Changement de VVC seulement si non fonctionnelle.
- Stripping RI.

Prévention du clapet:

Le rinçage pulsé