

## Surveillance et complications des dispositifs intra-veineux de longue durée

Désormais toutes les équipes d'onco-hématologies utilisent des voies veineuses de longue durée (DIVLD) pour l'administration des chimiothérapies permettant ainsi de préserver le capital veineux et de limiter les extravasations.

Trois types de DIVLD sont utilisés : Les dispositifs veineux implantables avec un site d'injection sous cutanée (DVI), Les cathéters à émergence cutanée (cathéters brachiaux, jugulaire interne et sous-claviers), et les cathéters pourvus dans leur partie tunnélisable d'un manchon de Dacron (Quinton, Hiscckman).

Plus de 15 % des patients porteurs de DIVLD présenteront des complications :

- Mécanique
- Thrombotique
- Infectieuse
- Extravasation

**Le meilleur moyen de les éviter est de respecter des procédures d'utilisation strictes.**

## Surveillance des DIVLD

Avant tout : **Respect des précautions d'asepsie (chaîne bétadiné)**

1- Cathéter à émergence cutanée :

- Rinçage au sérum physiologique après chaque utilisation
- Héparinisation tous les 5 jours si le cathéter n'est pas utilisé
- Vérification du point d'entrée cutanée

2- DVI :

- Injection avec des aiguilles de Huber uniquement
- Surveillance de l'état cutané
- Il n'est pas utile d'hépariner le DVI

## Complications des DIVLD

Avant tout, à l'exception de la période post-opératoire immédiate :

**Tout DIVLD douloureux est pathologique**

Et impose en urgence une prise en charge diagnostique et thérapeutique à la recherche de 4 types de complications :

## 1- Thrombose sur DIVLD :

**Incidence :** Si l'on tient compte des études avec incidence clinique, elle est estimée entre 5 et 10 %.

### **Facteurs de risque de thrombose sur DIVLD :**

- mauvais positionnement : DIVLD en boucle, contre-courant, migration.
- Terrain : retour veineux difficile par compression médiastinale
- Produit perfusé : osmolarité, vinorelbine

**Clinique :** douleur, fièvre, œdème, circulation collatérale, dysfonctionnement du DIVLD.

**Diagnostic :** Les d-dimères ne sont pas interprétables chez ces patients présentant une pathologie cancéreuse.  
Echo-doppler veineux (+++)

### **Traitement des thromboses sur DIVLD :**

#### **1- Thrombose + facteur de risque (positionnement défectueux, masse médiastinale) :**

Ablation du cathéter + HBPM dose efficace pendant 3 mois

#### **2- Thrombose septique :**

Retrait du cathéter + HBPM pendant 3 mois + Antibiothérapie adaptée

#### **3- Thrombose sans facteur de risque :**

Cathéter laissé en place + HBPM dose efficace puis relais AVK pour la durée du cathéter

## 2- Complications mécaniques :

Elles peuvent se manifester sous la forme de douleur ou d'un dysfonctionnement du cathéter (obstruction du cathéter, absence de reflux ou débit positionnel).

1- Syndrome de la pince costo-claviculaire avec le risque d'embolisation d'un fragment du KT.

2- Migration du DIVLD, rotation, boucle au niveau du KT

Ces complications impliquent souvent le retrait du DVI et sont inhérentes à la technique chirurgicale ou au terrain. Elles sont donc difficilement évitables.

Au contraire, des erreurs de manipulations qui peuvent être évitées en respectant des règles simples :

- **Ne jamais pratiqué d'hyperpression au niveau du DVI :**  
risque de rupture avec embolisation du cathéter
- **Ne pas utiliser de seringues de moins de 10 cc**
- **Utiliser des seringues de Huber pour les DVI:**  
dégradation de la membrane du DVI

### 3- Obstruction du cathéter :

En cas de doute sur l'étiologie de l'obstruction, on peut réaliser une opacification du DVI avec contrôle radiologique.

Mais, le plus souvent, il n'existe pas de motif d'inquiétude :

- Héparinisation du DVI
- Si celle-ci ne suffit pas, thrombolyse locale par urokinase (milieu hospitalier)

### 4- Extravasation chimiothérapie :

Sujet déjà abordé dans le chapitre 1 sur les toxicités cutané-muqueuses.

Il faut se souvenir qu'en cas d'extravasation d'une chimiothérapie avec risque de nécrose, après la réalisation des premiers gestes (cf chapitre 1), le patient doit être adressé en urgence à un chirurgien pour réalisation d'un geste dans les 6 heures.

### 5- Infections liées au DIVLD (ILC) :

**Quand y pensait ?**

- Surinfection cutanée du point d'entrée
- Fièvre
- Frisson
- Hypotension
- Douleur au niveau du DIVLD
- Autre localisation septique : endocardite, arthrite septique, ...

## Que faire quand on y pense ?

- Bilan sanguin : NFS, CRP, Ionogramme, créatininémie
- **Hémocultures périphériques et sur DIVLD**
- Tout autre prélèvement bactériologique nécessaire : ECBU, ponction pleurale, ...

Puis de nombreux paramètres vont modifier l'attitude thérapeutique :

- Présence d'un choc septique, thrombose septique (signes de gravité)
- Volonté de conserver le DIVLD
- Nature du germe
- Présence d'une aplasie associée

## a- ILC sans signe de gravité initiale :

Après réalisation du bilan bactériologique :

- Laisser DIVLD en place
- Ne pas utiliser le DIVLD
- Antibiothérapie IV anti-staph méthi-S : Penicilline M (voie périphérique)

Réévaluation à 72 h :

- Disparition des signes cliniques + hémocultures de contrôle négatives + germe initial : Staph coagulase négative MS ou MR, entérocoque sp :

**Conservation DIVLD + antibiothérapie IV de courte durée 5 jours**

- Persistance des signes cliniques **ou** hémoculture de contrôle positive **ou** germe initial : Staph aureus, pseudomonas aeruginosa, BGN, mycobactéries, levures, ... :

**Retrait DIVLD + antibiothérapie IV adaptée au germe**

### **Si ablation du DIVLD :**

- + Disparition de tous signes cliniques 48 h après le retrait du DIVLD :
  - SCN : Stop antibiothérapie
  - Staph aureus : antibiothérapie 14 j
  - Levures : 14 j
  - Autre germe : antibiothérapie 7 j
- + Persistance des signes cliniques à 48 h :
  - Rechercher localisation secondaire : endocardite, thrombophlébite, abcès rénal, ....
  - Staph aureus : antibiothérapie au moins 4 semaines

### **b- ILC avec signe de gravité initiale :**

Si présence d'un choc septique initial ou thrombophlébite septique :

#### **Retrait du DIVLD en urgence + antibiothérapie anti-staph + large spectre BGN + aminoside**

- + Disparition de tous signes cliniques 48 h après le retrait du DIVLD :
  - SCN : antibiothérapie 5 j
  - Staph aureus : antibiothérapie 14 j
  - Autre germe : antibiothérapie 7 j
- + Persistance des signes cliniques à 48 h :
  - Rechercher localisation secondaire : endocardite, thrombophlébite, abcès rénal, ....
  - Staph aureus : antibiothérapie au moins 4 semaines
  - Autres germes : 14 à 21 j

## c- ILC et aplasie :

L'attitude thérapeutique n'est modifiée qu'en 2 points :

- Antibiothérapie initiale : Anti-staph + large spectre anti BGN
- Poursuite de l'antibiothérapie jusqu'à la sortie de l'antibiothérapie