

	Référentiel institutionnel médico-soignant	Référence : HUG_000001094
	Approbateur : ROULIN Marie-Jose	Version n° 1.0
Picc Line : Mesures en cas de complications - enfants et adultes		
Processus : Prise en charge du patient	Sous-processus : Prise en charge médico-soignante	Approuvé le 05/04/2024

1. Définitions (objet et contexte)

Cette technique de soin vise à décrire les potentielles complications après la pose d'un *Picc Line* et à moyen terme, d'en préciser les causes possibles et d'orienter l'infirmier-ère pour la mise en place des premières mesures.

Avant toute intervention, l'infirmier-ère doit :

- Questionner le ou la patiente concernant l'apparition des signes et avoir une description précise
- Consulter le carnet de suivi pour connaître l'historique du fonctionnement du *PICC Line*
- Consulter les transmissions ciblées sur le Dossier du Patient Intégré (DPI)

2. Domaine d'application et portée

Règles d'asepsie et d'hygiène hospitalière en vigueur dans l'institution

<https://vigigerme.hug.ch/principes-dhygiene-et-dasepsie>

Identito vigilance

Central venous access in oncology. ESMO Clinical – Practice Guidelines Annals of Oncology 26, 2015

Recommandations- Bonnes pratiques et gestion des risques associés au PICC, décembre 2013 SF2H

Guidelines for the Prevention of Intravascular catheter-Related Infections, Center for Disease Control prevention, 2011

Recommandation lorsque la voie veineuse est nécessaire : Cathéter veineux périphérique ou centrale, <https://pharmacie.hug.ch/>

Recommandations fabricant Bard® : gestion des difficultés

Techniques de soins GEXPROS à consulter :

. « Cathéter veineux central type *PICC Line* : soins, surveillance, entretien et ablation »

. « Cathéter veineux central type *DAVI* : désobstruction à l'*Actylise Cathflo* »

Annexe : Arbre décisionnel / Algorithmes :

« Impossibilité d'injecter et absence de reflux »

« Possibilité d'injecter et absence de reflux »

Liens pour algorithmes :

« Thrombose veineuse profonde sur *PICC Line* »

« Infections sur *Picc Line* »

3. Tableaux

Les problèmes immédiats

Problème	Cause	Attitude et résolution
Douleur ou inconfort local	Lié au geste opératoire	Evaluer la douleur avec une échelle clinique Proposer un antalgique 1 ^{er} palier sur prescription médicale
Hématome	Lié au geste opératoire	Délimiter l'hématome et ne pas ponctionner Vérifier l'hémostase et le taux de plaquettes du patient-e Surveiller localement son évolution ; si résorption, espacer les surveillances
Œdème au niveau du bras	Lié au geste opératoire	Mesurer la circonférence du bras et décrire les signes visibles sur DPI Prévoir une évaluation le lendemain si retour au domicile Organiser sur PM une échographie doppler du bras (en angiologie) si augmentation du périmètre du bras et apparition de signes inflammatoires
Saignement actif sous le pansement	Lié au geste opératoire Thrombopénie Crise perturbée	Appliquer un pansement absorbant légèrement compressif et large Evaluer l'application d'un hémostatique type TABOTAMP sur la brèche Vérifier le bilan d'hémostase et les plaquettes, si saignement actif Avertir la ou le médecin poseur
Perte de la sensibilité au niveau de la main	Compression des structures vasculaires et nerveuses	Surveiller le pouls radial Evaluer la sensibilité et la motricité de la main Avertir le ou la médecin poseur
Douleur thoracique, dyspnée	Embolie gazeuse, hémithorax, pneumothorax Embolie pulmonaire Trouble du rythme	Surveiller les paramètres vitaux (scope et saturomètre en continu) ; mettre sous oxygène selon PM Positionner en décubitus dorsal et garder le patient-e au lit strict Organiser une radiographie du thorax sur PM

Les problèmes à incidence systémique

Problème	Cause	Attitude et résolution
Rougeur > à 1 cm autour du point d'insertion du cathéter, tuméfaction, chaleur	Problème infectieux	Surveiller la température Prélever une paire d'hémocultures sur le cathéter et en périphérie Mesurer la rougeur et documenter
Suintement au niveau du point d'insertion	Suspicion d'infection tunnalisée	Pratiquer d'emblée un frottis (Swab) au point d'insertion Surveiller les signes locaux Retirer le PICC Line sur PM et mise en culture du bout distal en bactériologie (cf technique de soin : Picc Line : soins, surveillance, entretien et ablation)

Picc Line : Mesures en cas de complications - enfants et adultes

Œdème unilatéral, apparition d'une rougeur Sensation de brulure à l'injection	Suspicion de thrombose veineuse profonde Stase sur compression tumorale	Mesurer la circonférence du bras et surveiller les paramètres vitaux Organiser sur PM une échographie Doppler du bras (en angiologie)
Etat fébrile, frissons ou signes de sepsis d'apparition brutale après utilisation du cathéter	Suspicion d'une infection du cathéter	Prélever des hémocultures sur le <i>Picc Line</i> et en périphérie Retirer le PICC Line sur PM et mise en culture du bout distal en bactériologie (<i>cf technique de soin : Picc Line : soins, surveillance, entretien et ablation</i>)
Troubles du rythme Dyspnée Maux de tête	Vice de positionnement du cathéter Migration du cathéter Embolie pulmonaire	Surveiller les paramètres vitaux (scope et saturomètre en continu) Effectuer un électrocardiogramme en urgence Organiser une radiographie du thorax sur PM Retirer le PICC Line sur PM et mise en culture du bout distal en bactériologie (<i>cf technique de soin : Picc Line : soins, surveillance, entretien et ablation</i>)

Les problèmes des tissus cutanés ou sous-cutanés

Problème	Cause	Attitude et résolution
Irritation cutanée localisée sous le pansement	Sensibilité cutanée à l'antiseptique ou au pansement	Utiliser des lingettes ou du spray Niltac® pour décoller le pansement si peau fragilisée Laisser sécher l'antiseptique avant la pose du film transparent Utiliser le pansement type Mepitel® si lésions importantes de la peau
Rougeur localisée au point d'insertion < 1 cm		Remplacer le Tegaderm standard par Tegaderm CHG imprégné avec du Gluconate de chlorhexidine (garder en place 7 jours) sur avis ISC Surveiller localement

Les problèmes mécaniques lors de l'utilisation

Problème	Cause	Attitude et résolution
Possibilité d'injecter mais absence de reflux franc Sans douleur à l'injection = occlusion partielle	Présence d'un manchon fibreux au bout du cathéter créant un clapet L'extrémité distale du cathéter est contre une paroi veineuse Pinch off partiel Le cathéter est fracturé (avec risque de migration du cathéter dans le système veineux central)	Consulter l'arbre décisionnel « <i>Possibilité d'injecter mais absence de reflux à la seringue</i> » en annexe
Résistance ou impossibilité d'injecter – reflux absent	Liée à la présence d'un thrombus intra ou extra luminal obstruant la lumière À une pliure du cathéter	Consulter l'arbre décisionnel « <i>Impossibilité d'injecter et absence de reflux à la seringue</i> » en annexe

<p>= occlusion totale</p>	<p>A un pinch off</p> <p><u>Facteurs favorisants :</u> Toux excessive Vomissements violents et répétés Concentrations inadéquates ou inappropriées des médicaments, alimentation parentérale riche en protéines, haute osmolarité... Pratique de rinçage inadéquat ou volume insuffisant</p>	
<p>Extériorisation partielle du cathéter > 1 cm par rapport à son origine</p>	<p>Lors de la réfection du pansement</p>	<p>Ne pas mobiliser le cathéter (risque majeur d'infection) Faire pratiquer une radiographie thoracique pour vérifier l'emplacement du cathéter ; comparer avec la radiographie de contrôle post pose Notifier sur DPI la nouvelle distance Effectuer la réfection du pansement en protégeant toute la partie extériorisée sans pliure, si la position est correcte sur la radio</p>
<p>Extériorisation complète du cathéter</p>	<p>Lors de la réfection du pansement, arrachage accidentel</p>	<p>Maintenir une compression locale manuellement de 2-3 minutes Effectuer un pansement large et occlusif pendant 60 minutes.</p>

4. Personnes rédactrices

DALEX Eliane, infirmière spécialiste clinique, direction des soins
 KOESSLER Thibaud, médecin adjoint responsable d'unité, service d'oncologie
 KIVRAK Selin, médecin adjointe, service d'anesthésiologie
 ZINGG Matthieu, médecin adjoint, service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur
 GLAUSER Frédéric, médecin adjoint responsable d'unité, service d'angiologie et d'hémostase
 ERMONET Stéphane, médecin hospito-universitaire, service des maladies infectieuses

5. Personnes relectrices et validatrices

MASSEBIAUX Cécile, infirmière spécialiste clinique, direction des soins
 Référentiel médico-soignant (RMS)

Cette procédure est placée sous la responsabilité de la Direction des soins et de la Direction médicale et qualité des HUG. Elle s'adresse à tous les professionnels et professionnelles de la santé travaillant aux HUG et, à titre informatif, au public dans un souci de partage de connaissances.

Les HUG déclinent expressément toute responsabilité en cas d'utilisation inappropriée ou illicite de ce document hors des HUG.