

Prévention et traitement de la thrombose sur *cathéter veineux central en oncologie*

Y. Benhocine

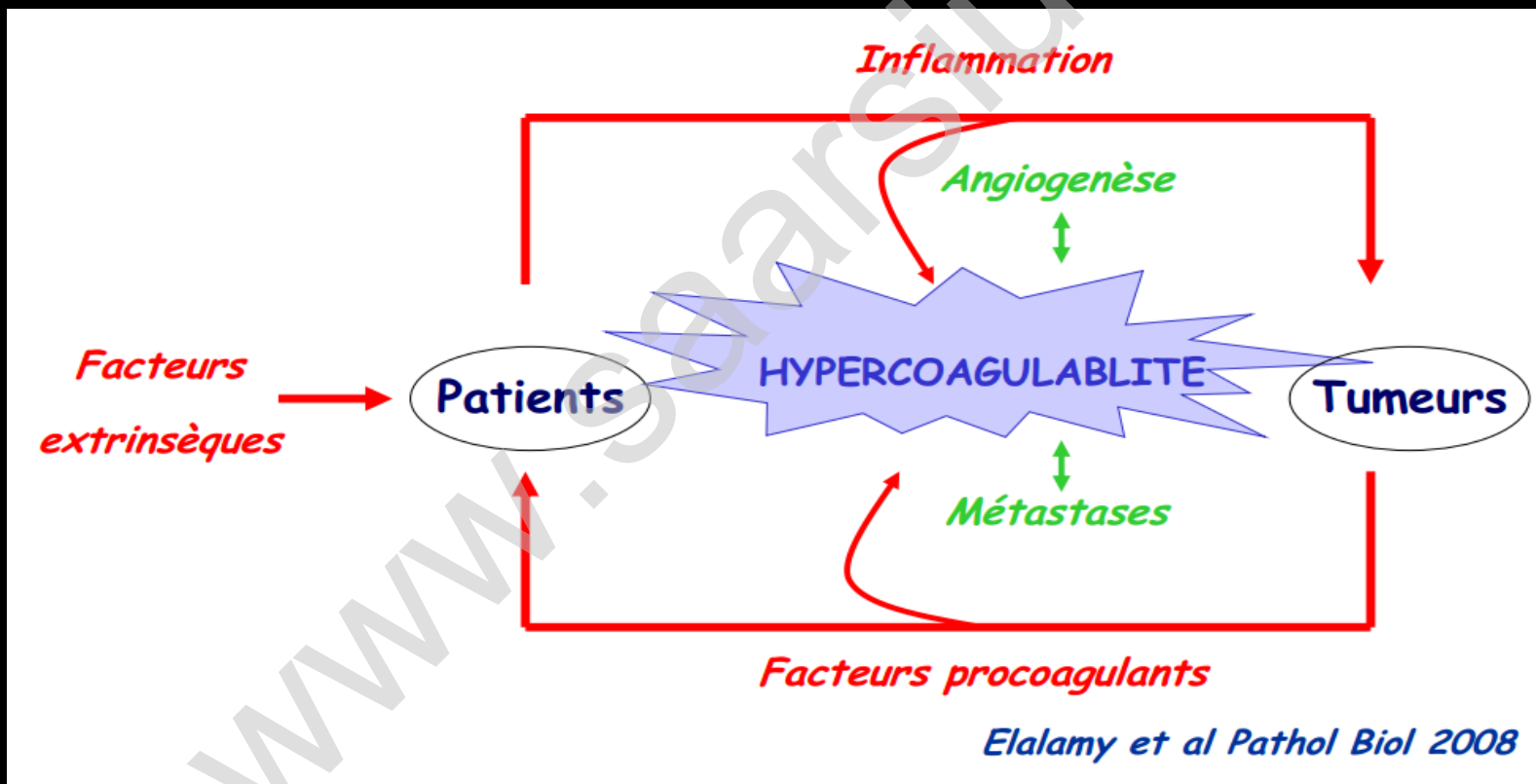
Anesthésie Réanimation CHU Tizi-Ouzou

INTRODUCTION

- La pose de cathéters veineux centraux (CVC) ont considérablement amélioré la sécurité des traitements et le confort des patients atteints de cancer.
- Cependant, cette pratique est également associée à des complications thromboemboliques pouvant nécessiter le retrait du CVC, ce qui occasionne des retards de traitement ainsi qu'une morbidité et une mortalité liées aux thromboses.

PHYSIOPATHOLOGIE

MTEV et CANCER : pathogénie de la thrombose

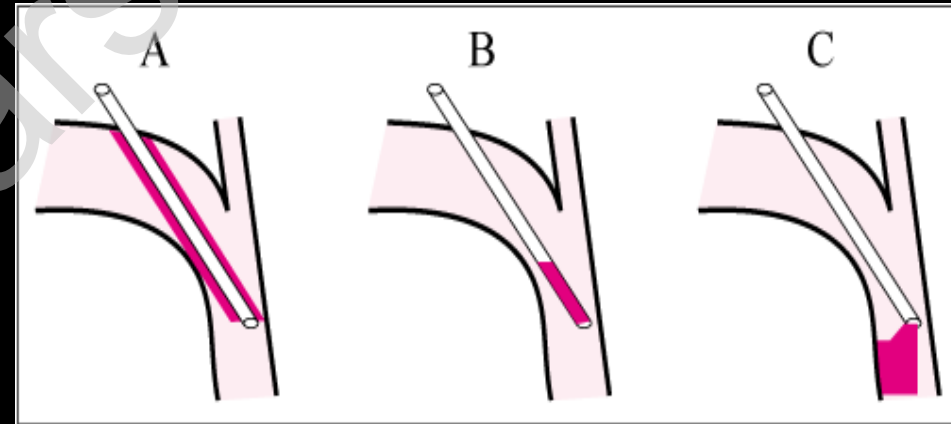


PHYSIOPATHOLOGIE

- 3 types de thrombus
 - Thrombus intraluminal :
 - Obligatoire (biomatériel-sang)
 - Rôle dans pathogénie des infections

 - Thrombus mural :
 - Traumatisme endothélium
 - Apparition en 3 à 7 j
 - Distal ou proximal

 - Thrombose veineuse profonde :



A/ Thrombus mural
B/Thrombus intraluminal
C/ Thrombose veineuse profonde

EPIDEMIOLOGIE

- Incidence : variable +++ : 2 à 67 %
 - 0 à 13 % thromboses symptomatiques
 - 26 à 67 % diagnostic phlébographique

Chastre NEJM 1982

- Signes cliniques d'appel rares (3 à 7%)
 - Douleur
 - Œdème
 - Circulation collatérale
 - Dysfonction

Van Rooden Haematologica 2004

Incidence des thromboses

	Site d'insertion	Nbre de patients	Méthode diagnostique	Thrombose (%)	Symptomatique (%)
Durbec 00	Fem	70	Phlébographie	36	0
Trottier 05	F	45	Echo-Doppler	25	0
Merrer 09	F	116	Echo-Doppler	21.5	4
Timsit (pc)	F	178	Echo-Doppler	23	5
Joynt 10	F	124	Echo-Doppler	10	2
Chastre 02	Jug Int	33	Phlébographie	67	0
Wu 09	Jl	81	Echo-Doppler	56	0
Coplin 17	Jl	20	Echo-Doppler	40	0
Timsit 08	Jl	151	Echo-Doppler	42	0
Timsit 08	Sous Clav.	57	Echo-Doppler	10	0
Merrer 16	SC	107	Echo-Doppler	2	0
Martin 09	Axillaire	60	Echo-Doppler	58	2

FACTEURS DE RISQUE

Liés au patient

- Age
- Pathologie sous jacente (cancer +++)
- ATCD pathologies thrombogènes
- Absence de traitement anticoagulant

Liés au CVC

- Matériel : risque PVC > polyuréthane et silicone
- Site : risque : fémoral > jugulaire > sous clavier
- Durée (> 2 semaines)
- Nombre de lumières ? calibre?
- Solutés perfusés (émulsions lipidiques)
- Localisation extrémité distale

CATHETER, CANCER ET THROMBOSE

FDR "associés" :

❖ > 1 essai d'insertion => OR=5.5 (95% CI, 1.2 to 24.6)

❖ ATCD de KT => OR=3.8 (95% CI, 1.4 to 10.4)

❖ Insertion à gauche => OR=3.5 (95% CI, 1.6 to 7.5)

❖ Veine Cave Sup => OR=2.7 (95% CI, 1.1 to 6.6)

❖ Bras vs Thorax => OR=8.1 (95%CI, 3.5 to 19.1)

Lee et al, J Clin Oncol 2006



Prophylaxie primaire thrombose sur cathéter central longue durée (> 3 semaines) dans le territoire cave supérieur

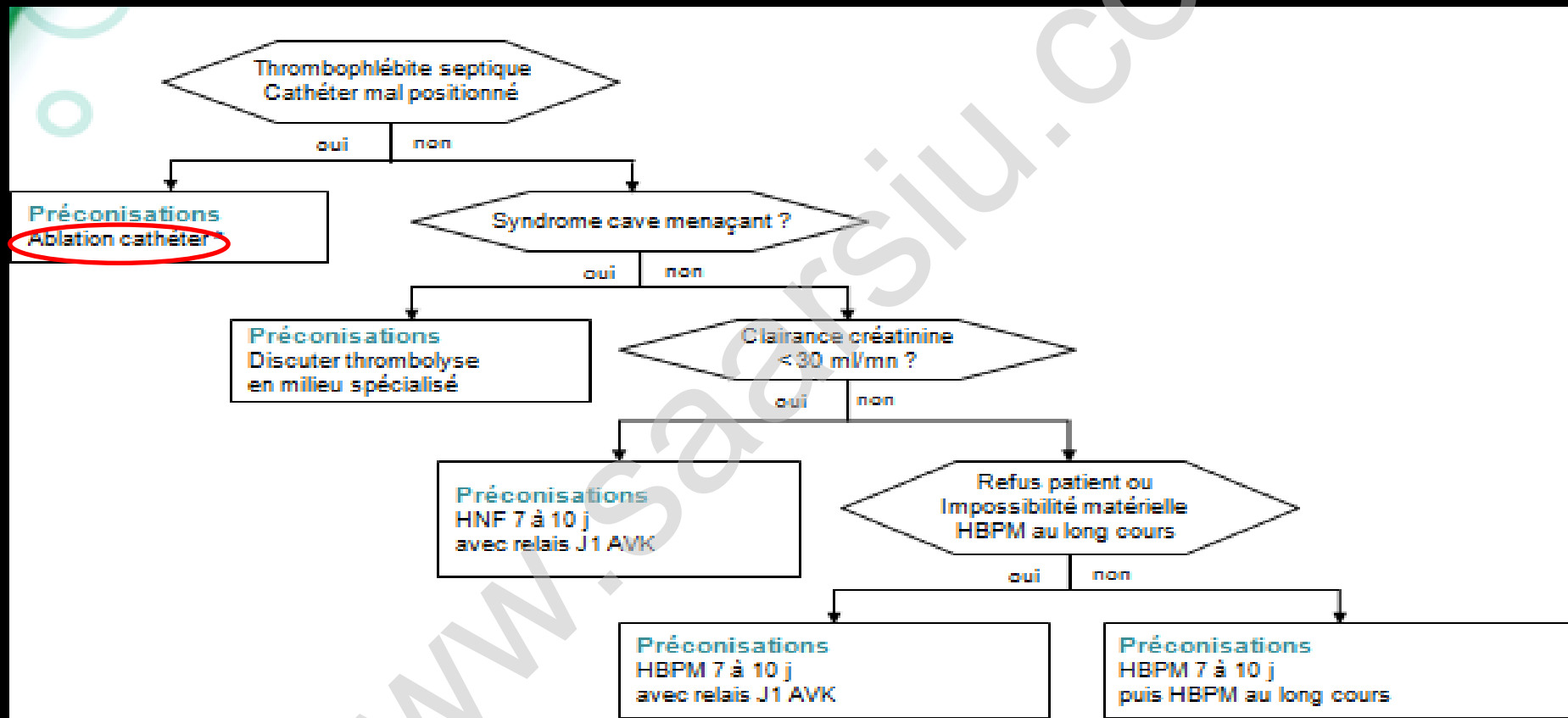
1- Matériel et pose du cathéter

- Cathéter avec Groshong = cathéter sans Groshong
- Insertion **côté droit** sauf cancer du sein droit, poumon unique fonctionnel droit, KT central droit récent et désir patient
- **Repérage échographique** indispensable de la veine si ponction percutanée
- Extrémité distale du cathéter à la **jonction veine cave supérieure - oreillette droite**
- Si masse médiastinale > 6 cm, pas de cathéter longue durée dans le territoire cave supérieur en première intention mais à discuter après tentative de réduction tumorale (corticoïdes, radiothérapie ou chimiothérapie sur voie veineuse périphérique ou voie veineuse centrale temporaire)
- Pose si possible par **équipe entraînée**
- Si KT mal positionné, demander de le repositionner avant de s'en servir

2- Prévention médicamenteuse

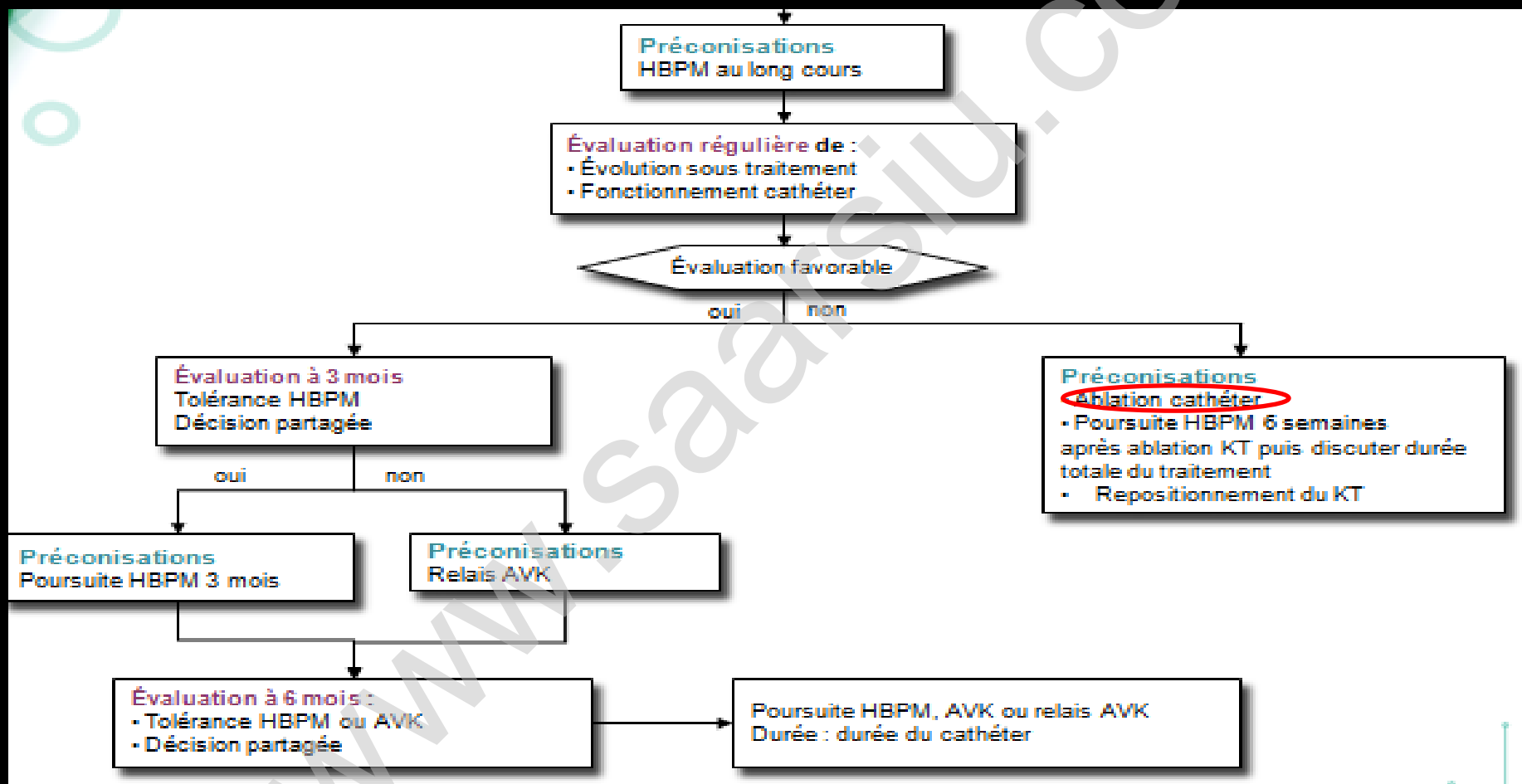
- Pas d'indication d'AVK à petites doses
- Pas d'indication d'HBPM à dose prophylactique
- **Ne pas faire de rinçure héparinée**
 - pas d'effet sur thrombose,
 - même efficacité rinçure sérum physiologique
 - risque TIH

Traitement curatif initial (< 10 j) thrombose veineuse sur cathéter central



* en cas d'ablation de KT, pas de recommandations sur le timing par rapport au début des anticoagulants, ni sur la durée d'anticoagulation (au moins 6 semaines)
A discuter en fonction de la survie, si KT mal positionné

Traitement curatif au long cours (> 10 j) thrombose de cathéter veineux central



MATERIEL ET METHODE

- *Type d'étude* : prospective ,mono centrique ,descriptive de janvier 2018 à février 2020 de 228 patients cancéreux pris en charge pour CVC .

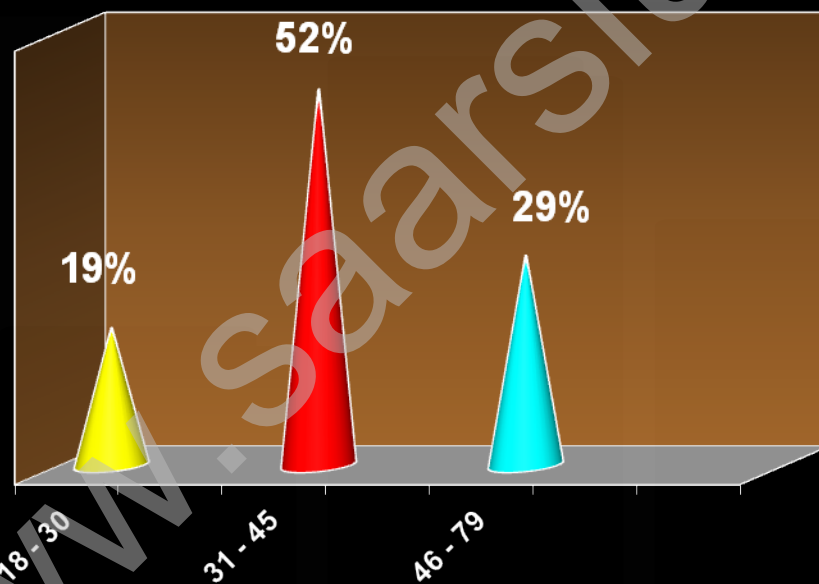
- *La population étudiée* : définie par : âge, sexe, et type de traitement et voies d'abord, prophylaxie de la thrombose, incidence des thromboses , type de thrombose, traitement de la thrombose.

Le but : présenter les différentes possibilités d'intervention préventives et thérapeutiques visant à préserver, le bon fonctionnement d'un CVC et à éviter le développement d'une thrombose veineuse profonde symptomatique

RESULTATS

N= 228

Sexe ratio = 0.77



Age moyen= 41 ans

RESULTATS

Usage de CVC

■ Chimiotherapie

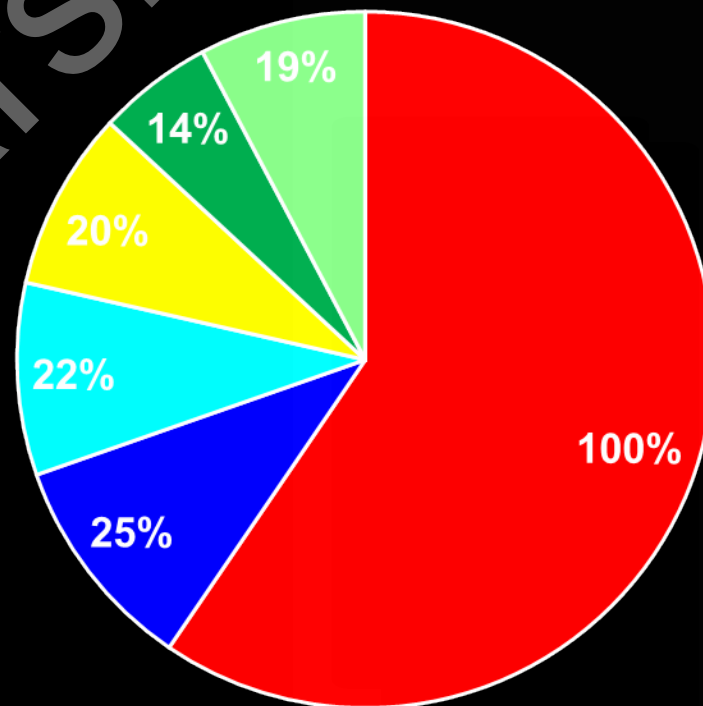
■ ATB

■ RHD

■ Prelevement

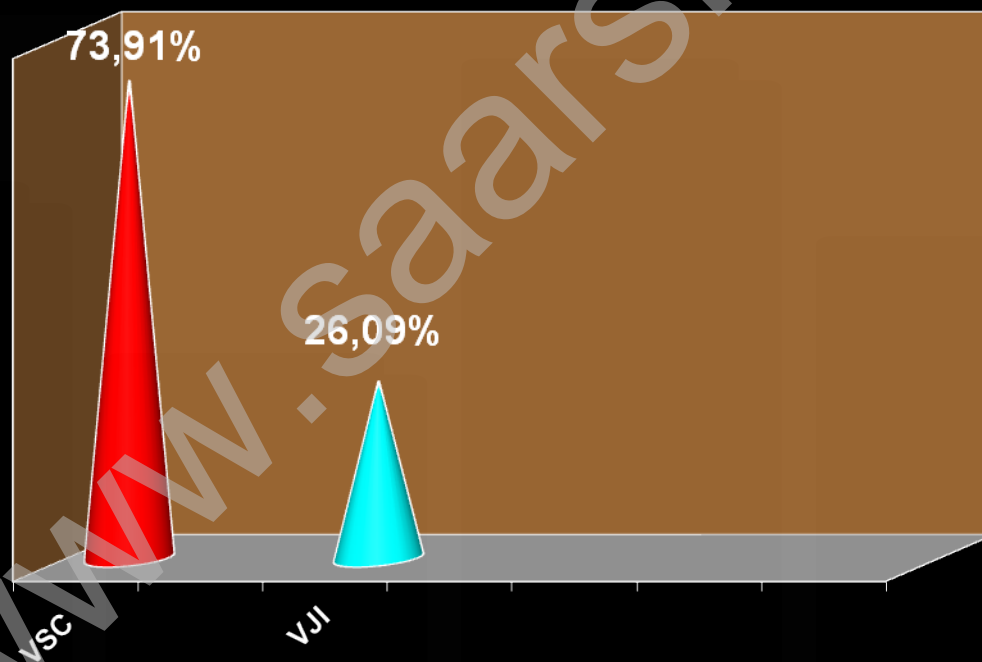
■ Transfusion

■ Alim Parenterale



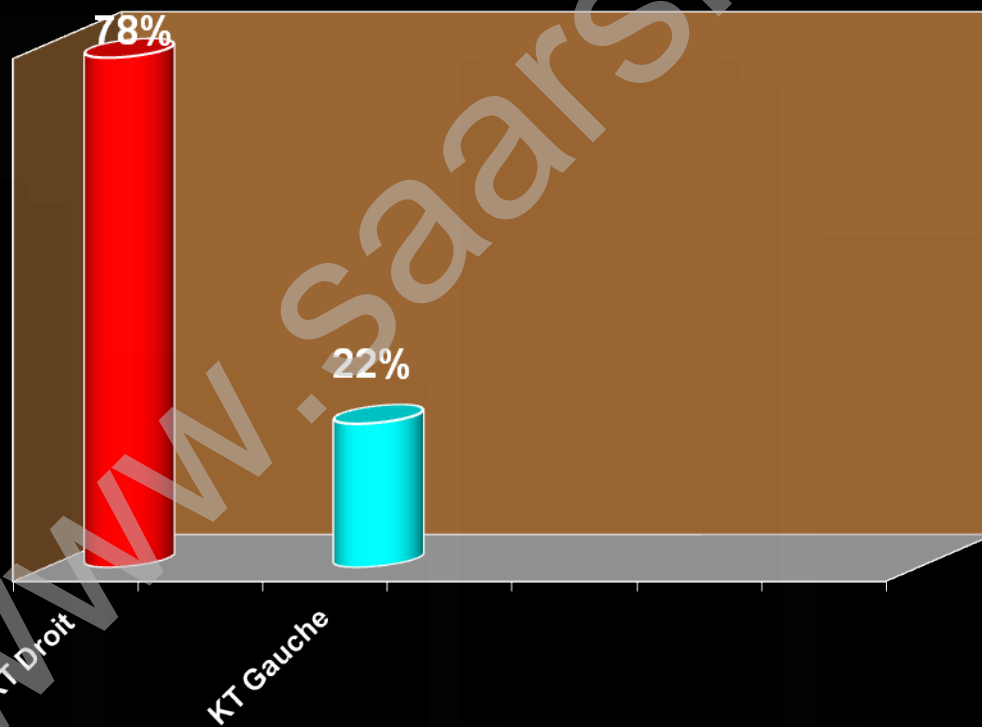
RESULTATS

Prophylaxie de la thrombose



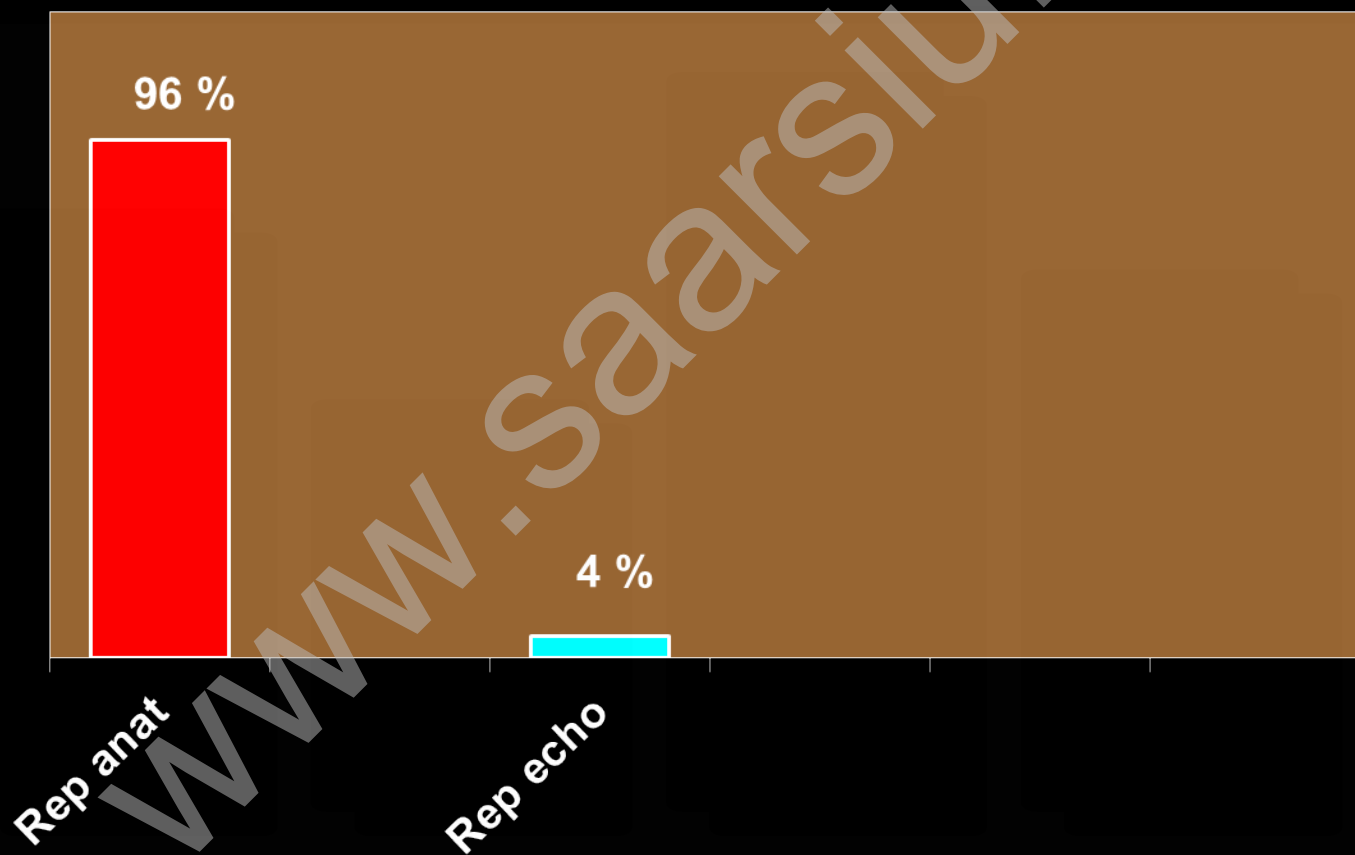
RESULTATS

Prophylaxie de la thrombose



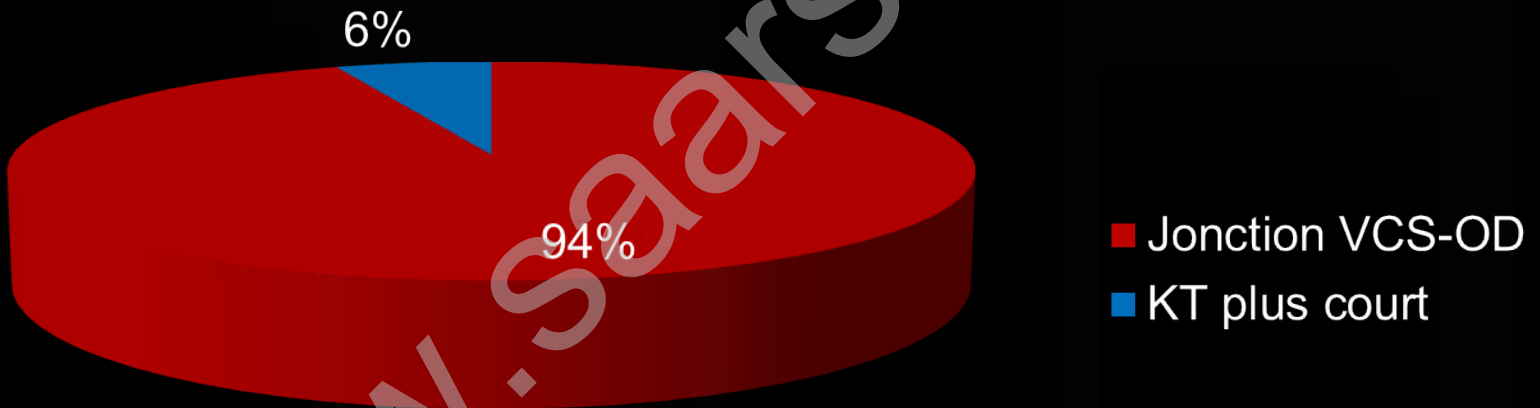
RESULTATS

Prophylaxie de la thrombose



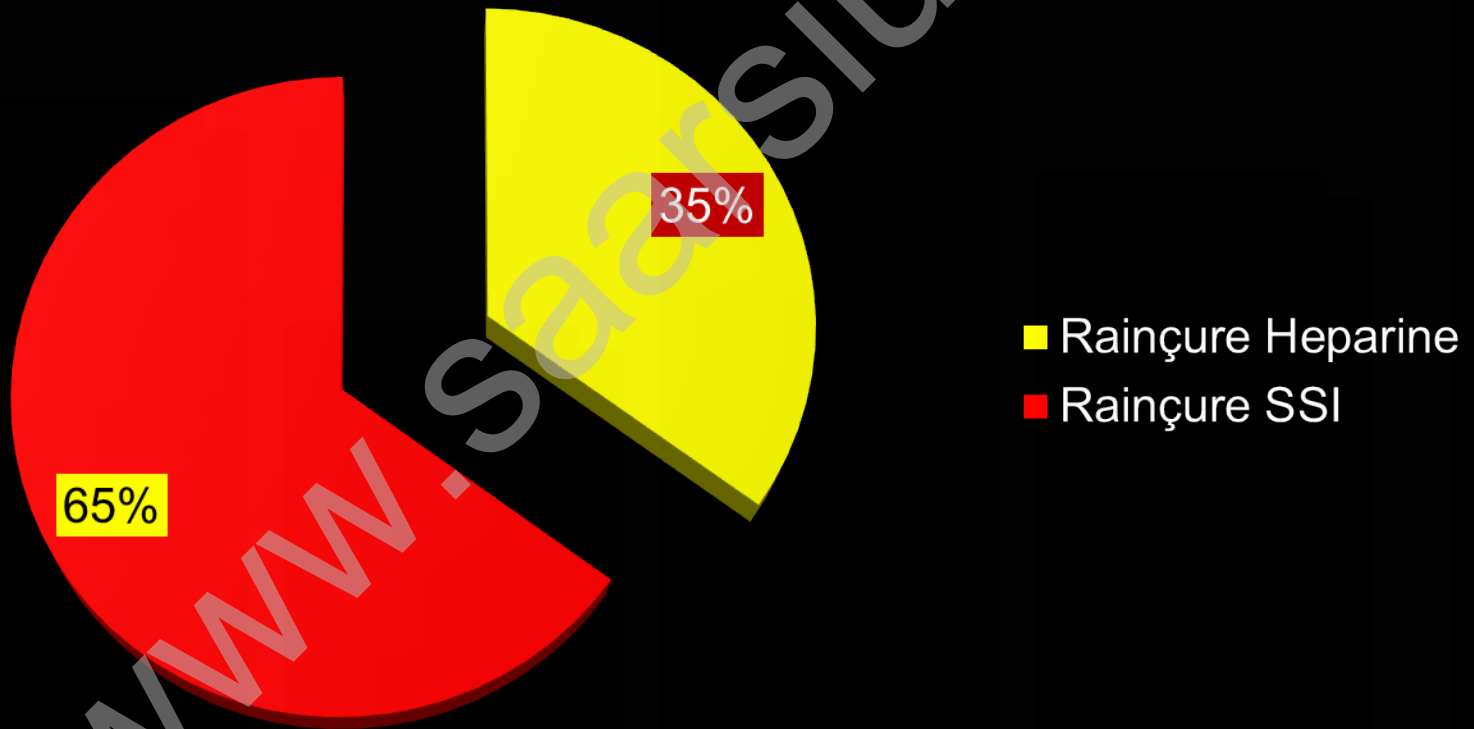
RESULTATS

Prophylaxie de la thrombose



RESULTATS

Prophylaxie de la thrombose



RESULTATS

Incidence des thromboses liées aux CVC

	NOMBRE	POURCENTAGE	DIAGNOSTIC*
Obstructions	18	7.89%	
Thromboses symptomatiques	03	1.31 %	Echo doppler
Thromboses asymptomatiques	11	4.82 %	Echo doppler

Durée moyenne KT = 13 mois

Le délai moyen d'apparition était de 47 jours

*Evaluation échographique systématiques 90 J 180 J

RESULTATS

Traitement de la thrombose

	Thrombo phlébite septique	KT fonctionn el	Synd cave	Désobstru ction	Ablation KT	HBPM	AVK	DUREE TRT
02	+	-/+	-	-	+	+	+	06 mois
01	-	-/+	+	+	-	+	-	09 mois
18*	-	-	-	+	-	+	-	11 mois
11**	-	+	-	-	- 02	+	-	08 mois

* 05 cas ont eut une évolution défavorable ayant nécessiter une ablation CVC

** 02 cas ont eut une évolution défavorable ayant nécessiter une ablation CVC

DISCUSSION

Actuellement, les études abordant cette problématique varient dans leurs devis, les techniques diagnostiques utilisées et la population à l'étude



Tous ces éléments ont rendu difficile l'établissement d'un consensus sur le taux d'incidence réel de TVC chez les patients atteints de cancer

Selon les études, le taux d'incidence varie de 0,3% à 66%. Cette variation importante pourrait s'expliquer par un taux total d'incidence de thrombose qui ne distingue pas toujours les symptomatiques de celles qui sont asymptomatiques



Même si cette controverse existe dans la littérature, l'hypercoagulabilité liée au cancer et le port du CVC sont des facteurs de risque indépendants du développement de thrombose et suggèrent l'utilité d'une prévention primaire

DISCUSSION

Prévention primaire

Le risque de TVC pourrait varier selon le site d'insertion.

- 1 • CVC FEMORAL
- 2 • CVC JUGULAIRE INTERNE
- 3 • CVC SOUS CLAVIERE

Central vein catheter-related thrombosis in intensive care patients: incidence, risks factors, and relationship with catheter-related sepsis

JF Timsit, JC Farkas, JM Boyer, JB Martin, B Misset, B Renaud and J Carlet

Chest 1998;114:207-213

208 patients de réanimation, 33% thromboses liées au CVC

Jugulaire interne (41,7%) > Sous-clavier (10,5%)

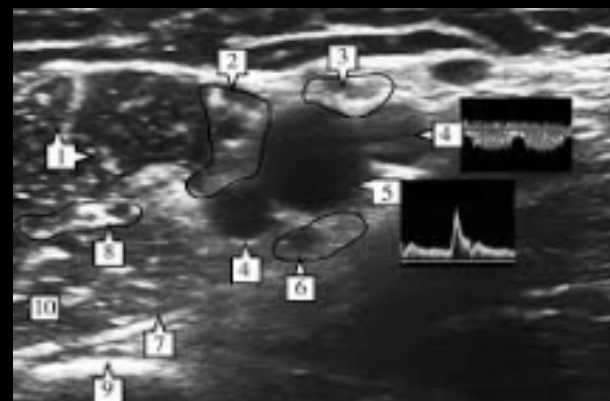
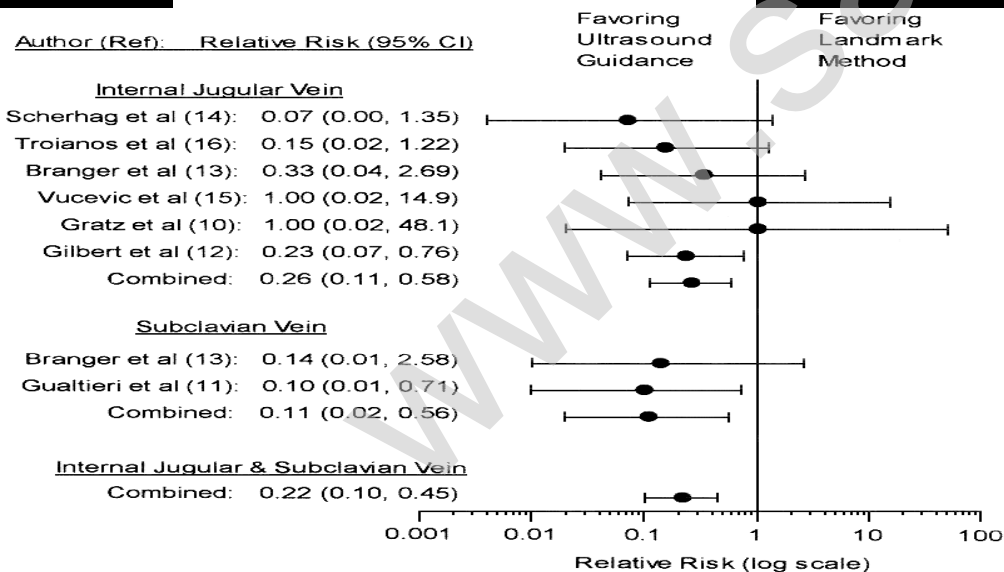
DISCUSSION

Prévention primaire

Randolph et al.: **Ultrasound guidance for placement of central venous catheters: A meta-analysis of the literature.** CCM 1996 : Jugulaire interne et Sous-clavier

↓taux de complications

RR=0,22 [0,10-0,45]



DISCUSSION

Prévention primaire

<p>Craft et al., 1996 [37]</p> <p>Essai rétrospectif</p> <p>Niveau de preuve IV</p>	<p><u>Critères d'inclusion</u> : patients suivis en hématologie pendant 36 mois</p> <p><u>Âge méd.</u> : 49,5 ans</p> <p><u>Sexe masculin</u> : 63%</p> <p><u>Type tumoral</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Leucémie : 18% - Lymphome : 23% - Tumeur solide : 48% - Autre : 11% <p><u>Côté d'insertion du CVC</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Droit : 69% - Gauche : 25% - Inconnu : 6% <p><u>Position de l'embout</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - VCS haute : 33% - VCS basse / oreillette droite : 61% - Inconnu : 7% <p><u>Lumière du CVC</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Simple : 21% - Double : 78% - Inconnu : 1% <p><u>Nombre de CVC</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1^{er} CVC : 80% 	<p><u>Précisions sur le cathéter</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - CVC tunnelisé de type Hickman^{MC} - Position : insertion dans la région sous-claviculaire droite; position distale au niveau du 3^e tiers de la VCS et de l'oreillette droite; position proximale au niveau du 1^{er} tiers de la VCS - Rinçage : solution d'héparine sodique 1 x sem. 	<p>120 (150 CVC)</p>	<p><u>Temps méd. avant retrait du CVC</u> : 55 jrs (1-650)</p> <p><u>Complications</u> :</p> <p>Complications avec retrait CVC : 32%</p> <p>TVC : 8% (12/150)</p> <p>TVC à l'insertion du CVC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Côté gauche : 19% (4/21) - Côté droit : 5% (4/92); RR = 4,4 (IC 95%: 1,2-16), p = 0,04 <p>Dysfonctionnement du CVC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Côté gauche : 48% (10/21) - Côté droit : 19% (17/92); RR = 2,6 (IC 95%: 1,4-4,8), p = 0,01 <p><u>Facteurs de risque</u> :</p> <p>TVC à l'insertion du CVC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Portion distale : 7,5% (3/40) - Portion proximale : 8,2% (6/73), p = NS <p>Dysfonctionnement du CVC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Portion distale : 35% (14/40) - Portion proximale : 19% (14/93), p = 0,07 	<p><u>Temps méd. avant retrait du CVC</u> : 55 jrs (1-650)</p> <p><u>Complications</u> :</p> <p>Complications avec retrait CVC : 32%</p> <p>TVC : 8% (12/150)</p> <p>TVC à l'insertion du CVC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Côté gauche : 19% (4/21) - Côté droit : 5% (4/92); RR = 4,4 (IC 95%: 1,2-16), p = 0,04 <p>Dysfonctionnement du CVC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Côté gauche : 48% (10/21) - Côté droit : 19% (17/92); RR = 2,6 (IC 95%: 1,4-4,8), p = 0,01 <p><u>Facteurs de risque</u> :</p> <p>TVC à l'insertion du CVC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Portion distale : 7,5% (3/40) - Portion proximale : 8,2% (6/73), p = NS <p>Dysfonctionnement du CVC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Portion distale : 35% (14/40) - Portion proximale : 19% (14/93), p = 0,07 	<p><u>Temps méd. avant retrait du CVC</u> : 55 jrs (1-650)</p> <p><u>Complications</u> :</p> <p>Complications avec retrait CVC : 32%</p> <p>TVC : 8% (12/150)</p> <p>TVC à l'insertion du CVC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Côté gauche : 19% (4/21) - Côté droit : 5% (4/92); RR = 4,4 (IC 95%: 1,2-16), p = 0,04 <p>Dysfonctionnement du CVC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Côté gauche : 48% (10/21) - Côté droit : 19% (17/92); RR = 2,6 (IC 95%: 1,4-4,8), p = 0,01 <p><u>Facteurs de risque</u> :</p> <p>TVC à l'insertion du CVC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Portion distale : 7,5% (3/40) - Portion proximale : 8,2% (6/73), p = NS <p>Dysfonctionnement du CVC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Portion distale : 35% (14/40) - Portion proximale : 19% (14/93), p = 0,07 	<p><u>Temps méd. avant retrait du CVC</u> : 55 jrs (1-650)</p> <p><u>Complications</u> :</p> <p>Complications avec retrait CVC : 32%</p> <p>TVC : 8% (12/150)</p> <p>TVC à l'insertion du CVC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Côté gauche : 19% (4/21) - Côté droit : 5% (4/92); RR = 4,4 (IC 95%: 1,2-16), p = 0,04 <p>Dysfonctionnement du CVC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Côté gauche : 48% (10/21) - Côté droit : 19% (17/92); RR = 2,6 (IC 95%: 1,4-4,8), p = 0,01 <p><u>Facteurs de risque</u> :</p> <p>TVC à l'insertion du CVC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Portion distale : 7,5% (3/40) - Portion proximale : 8,2% (6/73), p = NS <p>Dysfonctionnement du CVC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Portion distale : 35% (14/40) - Portion proximale : 19% (14/93), p = 0,07
				<p>- Triple : 0,9%</p> <p><u>Type de cathéter</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Port-a-Cath I^{MC} : 164 - Brad Chronoflex^{MC} : 150 - Brad Groshong^{MC} : 83 - Port-a-Cath^{MC} : 26 - Inconnu : 14 	<p><u>Temps méd. avant retrait du CVC</u> : 55 jrs (1-650)</p> <p><u>Complications</u> :</p> <p>Complications avec retrait CVC : 32%</p> <p>TVC : 8% (12/150)</p> <p>TVC à l'insertion du CVC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Côté gauche : 19% (4/21) - Côté droit : 5% (4/92); RR = 4,4 (IC 95%: 1,2-16), p = 0,04 <p>Dysfonctionnement du CVC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Côté gauche : 48% (10/21) - Côté droit : 19% (17/92); RR = 2,6 (IC 95%: 1,4-4,8), p = 0,01 <p><u>Facteurs de risque</u> :</p> <p>TVC à l'insertion du CVC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Portion distale : 7,5% (3/40) - Portion proximale : 8,2% (6/73), p = NS <p>Dysfonctionnement du CVC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Portion distale : 35% (14/40) - Portion proximale : 19% (14/93), p = 0,07 	<p><u>Temps méd. avant retrait du CVC</u> : 55 jrs (1-650)</p> <p><u>Complications</u> :</p> <p>Complications avec retrait CVC : 32%</p> <p>TVC : 8% (12/150)</p> <p>TVC à l'insertion du CVC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Côté gauche : 19% (4/21) - Côté droit : 5% (4/92); RR = 4,4 (IC 95%: 1,2-16), p = 0,04 <p>Dysfonctionnement du CVC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Côté gauche : 48% (10/21) - Côté droit : 19% (17/92); RR = 2,6 (IC 95%: 1,4-4,8), p = 0,01 <p><u>Facteurs de risque</u> :</p> <p>TVC à l'insertion du CVC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Portion distale : 7,5% (3/40) - Portion proximale : 8,2% (6/73), p = NS <p>Dysfonctionnement du CVC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Portion distale : 35% (14/40) - Portion proximale : 19% (14/93), p = 0,07 	<p><u>Temps méd. avant retrait du CVC</u> : 55 jrs (1-650)</p> <p><u>Complications</u> :</p> <p>Complications avec retrait CVC : 32%</p> <p>TVC : 8% (12/150)</p> <p>TVC à l'insertion du CVC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Côté gauche : 19% (4/21) - Côté droit : 5% (4/92); RR = 4,4 (IC 95%: 1,2-16), p = 0,04 <p>Dysfonctionnement du CVC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Côté gauche : 48% (10/21) - Côté droit : 19% (17/92); RR = 2,6 (IC 95%: 1,4-4,8), p = 0,01 <p><u>Facteurs de risque</u> :</p> <p>TVC à l'insertion du CVC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Portion distale : 7,5% (3/40) - Portion proximale : 8,2% (6/73), p = NS <p>Dysfonctionnement du CVC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Portion distale : 35% (14/40) - Portion proximale : 19% (14/93), p = 0,07
					<p><u>Temps méd. avant retrait du CVC</u> : 55 jrs (1-650)</p> <p><u>Complications</u> :</p> <p>Complications avec retrait CVC : 32%</p> <p>TVC : 8% (12/150)</p> <p>TVC à l'insertion du CVC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Côté gauche : 19% (4/21) - Côté droit : 5% (4/92); RR = 4,4 (IC 95%: 1,2-16), p = 0,04 <p>Dysfonctionnement du CVC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Côté gauche : 48% (10/21) - Côté droit : 19% (17/92); RR = 2,6 (IC 95%: 1,4-4,8), p = 0,01 <p><u>Facteurs de risque</u> :</p> <p>TVC à l'insertion du CVC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Portion distale : 7,5% (3/40) - Portion proximale : 8,2% (6/73), p = NS <p>Dysfonctionnement du CVC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Portion distale : 35% (14/40) - Portion proximale : 19% (14/93), p = 0,07 	<p><u>Temps méd. avant retrait du CVC</u> : 55 jrs (1-650)</p> <p><u>Complications</u> :</p> <p>Complications avec retrait CVC : 32%</p> <p>TVC : 8% (12/150)</p> <p>TVC à l'insertion du CVC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Côté gauche : 19% (4/21) - Côté droit : 5% (4/92); RR = 4,4 (IC 95%: 1,2-16), p = 0,04 <p>Dysfonctionnement du CVC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Côté gauche : 48% (10/21) - Côté droit : 19% (17/92); RR = 2,6 (IC 95%: 1,4-4,8), p = 0,01 <p><u>Facteurs de risque</u> :</p> <p>TVC à l'insertion du CVC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Portion distale : 7,5% (3/40) - Portion proximale : 8,2% (6/73), p = NS <p>Dysfonctionnement du CVC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Portion distale : 35% (14/40) - Portion proximale : 19% (14/93), p = 0,07 	<p><u>Temps méd. avant retrait du CVC</u> : 55 jrs (1-650)</p> <p><u>Complications</u> :</p> <p>Complications avec retrait CVC : 32%</p> <p>TVC : 8% (12/150)</p> <p>TVC à l'insertion du CVC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Côté gauche : 19% (4/21) - Côté droit : 5% (4/92); RR = 4,4 (IC 95%: 1,2-16), p = 0,04 <p>Dysfonctionnement du CVC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Côté gauche : 48% (10/21) - Côté droit : 19% (17/92); RR = 2,6 (IC 95%: 1,4-4,8), p = 0,01 <p><u>Facteurs de risque</u> :</p> <p>TVC à l'insertion du CVC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Portion distale : 7,5% (3/40) - Portion proximale : 8,2% (6/73), p = NS <p>Dysfonctionnement du CVC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Portion distale : 35% (14/40) - Portion proximale : 19% (14/93), p = 0,07

DISCUSSION

Prévention primaire

<p>Caers et al., 2005 [35]</p> <p>Essai rétrospectif</p> <p>Niveau de preuve IV</p>	<p>Critères d'inclusion : insertion de CVC entre octobre 1993 et octobre 1996</p> <p>Âge méd. : ≤60 ans = 211; >60 ans = 226</p> <p>Sexe masculin : n = 202</p> <p>Type tumoral :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tumeur solide avec métastase : 203 - Tumeur solide sans métastase : 167 - Cancer hématologique : 58 - Maladie non maligne : 9 <p>Type de tx :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ctx : 283 - Chimioradiothérapie : 115 - Greffe de moelle osseuse : 14 - Soins de support : 24 - Radiothérapie : 1 <p>Type de cathéter :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Port-a-Cath^{MC} : 164 - Brad Chronoflex^{MC} : 250 - Brad Groshong^{MC} : 83 - Port-a-Cath^{MC} : 26 - Inconnu : 14 	<p>Précisions sur le cathéter :</p> <ul style="list-style-type: none"> - CVC totalement implantable - Insertion : céphalique ou sous-clavière - Position : brachiocéphalique, VCS (1/3 crânienne, 1/3 moyenne ou 1/3 caudale), oreillette droite ou veine cave inférieure - Rinçage : solution saline (10 ml) avant et après chaque perfusion puis verrou avec 5 ml 	<p>437 (448 CVC)</p> <p>Durée méd. du port du CVC : 336 jrs</p> <p>Complications totales : 20,8%</p> <p>Complications précoces :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Saignement : 0,69% - Pneumothorax : 0,69% <p>Complications tardives :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TVC : 8,46% - Dysfonctionnement du CVC : 4,81% <p>Complications nécessitant le retrait du CVC : 9,6%</p> <ul style="list-style-type: none"> - TVC : n = 15 - Dysfonctionnement du CVC : n = 13 		
	<p>Cadman et al., 2004 [36]</p> <p>Essai rétrospectif</p> <p>Niveau de preuve IV</p>	<p>Critères d'inclusion : insertion de CVC tunnelisé entre 1996 et 2001</p> <p>Âge méd. : 52,5 ans (16-83)</p> <p>Sexe masculin : 50%</p> <p>Type tumoral :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tumeur solide : 69,2% - Cancer hématologique : 30,8% <p>Insertion du CVC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sous-clavière droite : 88% - Sous-clavière gauche : 11,7% - Jugulaire interne : 0,3% <p>Lumière du CVC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Simple : 80,2% - Double : 18,9% - Triple : 0,9% <p>Type de cathéter :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Port-a-Cath^{MC} : 164 - Brad Chronoflex^{MC} : 150 - Brad Groshong^{MC} : 83 - Port-a-Cath^{MC} : 26 - Inconnu : 14 	<p>Précisions sur le cathéter :</p> <ul style="list-style-type: none"> - CVC tunnelisé - Position : insertion dans la sous-clavière; position de la portion distale au niveau du 3^e tiers de la VCS et de l'oreillette droite; position de la portion intermédiaire au niveau du 2^e tiers de la VCS; position de la portion proximale au niveau du 1^{er} tiers de la VCS - Rinçage non précisé 	<p>334 (428 CVC)</p> <p>Suivi méd. : 72 jrs (1-720)</p> <p>Incidence de TVC : total = 9% (30/334)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Portion distale : 2,6% (5/191) - Portion intermédiaire : 5,3% (5/95) - Portion proximale : 41,7% (20/48), p < 0,0005 <p>Complications :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pneumothorax : 1,7% - TVC : 8,46% - Déplacement du CVC : 5,7% <p>Analyse univariée (TVC) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Féminin vs masculin : OR = 2,53 (IC 95%: 1,12-5,69), p = 0,025 - Insertion gauche vs droite : OR = 4,72 (IC 95%: 2,02-11,05), p < 0,0005 - Position distale vs intermédiaire : OR = 2,07 (IC 95%: 0,58-7,32) - Position distale vs proximale : OR = 26,56 (IC 95%: 9,23-76,47), p < 0,0005 <p>Analyses multivariées (TVC) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Position proximale de l'embout : masculin vs féminin = 9% vs 20%, p < 0,01 - Insertion sous-clavière droite vs sous-clavière gauche : p < 0,0005 	<p>Thromboses</p> <ul style="list-style-type: none"> 41,7 % * 9,3 % 2,6 %

DISCUSSION

Prévention primaire

Seulement deux études randomisées réalisées chez une population de cancéreux ont comparé différents types de CVC. Elles ont conclu qu'ils entraînent des incidences similaires de TVC .

Les CVC de gros diamètres semblent avoir une thrombogénicité plus élevée. Un CVC à triple lumière entraînerait plus d'évènements thrombotiques comparé à un double lumière. Par contre, l'état des patients n'a pas été décrit dans les études et demeure un élément incontournable à prendre en considération dans l'interprétation de ces résultats.

En oncologie, les patients nécessitant un accès veineux à long terme pour un traitement sur une base intermittente comme la chimiothérapie bénéficieraient davantage d'un CVC implantable que d'un CVC à émergence cutanée.



Thrombogène
++++



Thrombogène
+

DISCUSSION

Prévention primaire

Les méta-analyses sur le sujet concluent que la prise d'agents antithrombotiques dans un but prophylactique ne peut être recommandée de façon systématique. De plus, les versions récentes des lignes directrices des organismes émettant des recommandations pour la pratique clinique vont dans le même sens et ne recommandent pas de traitement en prévention primaire chez les patients atteints de cancer et portant un CVC .

Recommendations for prevention of VTE in cancer patients by the guidelines panels [109]

	ASCO	NCCN	AIOM/ESMO	FNCLCC
Prevention of VTE in the hospitalized cancer patients			ACCP 2008	
Recommendation	Prophylactic anticoagulation for all hospitalized cancer patients in the absence of contraindications	Prophylactic anticoagulation considered		NA
Agent (s)	Low-dose UFH, LMWH			NA
Prevention of VTE in the surgical cancer patients				
Recommendation	<i>Initial Prophylaxis</i> Prophylactic anticoagulation for patients undergoing laparotomy or thoracotomy lasting longer than 30 minutes			NA
	<i>Prolonged Prophylaxis</i>	<i>Prolonged Prophylaxis</i>	<i>Prolonged Prophylaxis</i>	NA

7.0 Cancer Patients

7.0.3. For cancer patients with indwelling central venous catheters, we recommend that clinicians not use either prophylactic doses of LMWH (Grade 1B), or minidose warfarin (Grade 1B) to try to prevent catheter-related thrombosis.

Prevention of VTE in cancer patients with central venous catheters				
Recommendation	NA	Prophylactic anticoagulation not recommended	Prophylactic anticoagulation not recommended	Prophylactic anticoagulation not recommended CVC should be placed at the superior vena cava and right atrium junction

DISCUSSION

Prévention primaire

Il existe actuellement un accord professionnel fort sur la nécessité de réaliser un rinçage avec du SSI avant toute injection ou perfusion, entre deux solutés et à la fin du traitement pour éviter les interactions médicamenteuses.

Il n'existe pas d'études significatives ni de consensus en faveur ou pas de l'utilisation de sérum hépariné .

L'aiguille doit être retirée en exerçant une pression positive.

RINCAGE SITE VEINEUX

10 mL
NaCl
0.9 %

Toujours avec une seringue supérieure ou égale à 10 mL

Réaliser 3 pressions successives

- Entre 2 solutés
- Avant toute injection
- À la fin du traitement



DÉPIQUAGE EN PRESSION POSITIVE

RETIRER L'AIGUILLE DE HUBER TOUT EN INJECTANT LE LIQUIDE DE RINÇAGE

pour éviter un reflux sanguin au niveau distal du cathéter .

(Risque de caillot provoquant l'obstruction du cathéter, voire une thrombose)



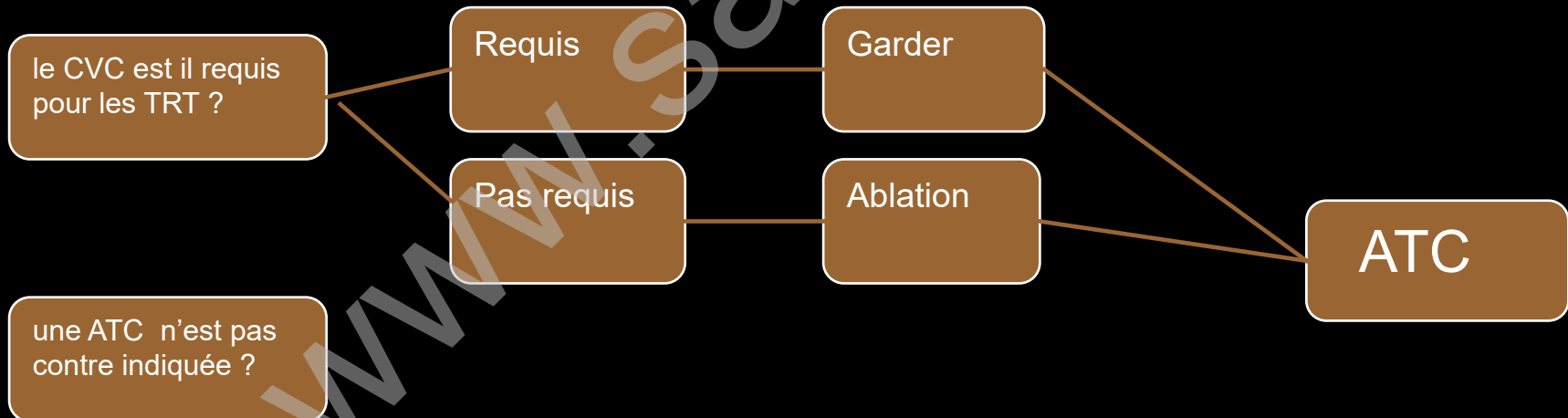
DISCUSSION

Traitement de la thrombose

Le but du traitement est de réduire la mortalité, la morbidité ainsi que l'apparition de complications tardives .

Actuellement, très peu d'études ont évalué cette problématique . Par ailleurs, celles qui l'ont fait ont inclus un petit nombre de sujets et présentaient des faiblesses méthodologiques importantes.

L'ensemble de ces éléments crée donc une controverse concernant la gestion du traitement des TVC chez les patients atteints de cancer. Récemment, l'ACCP et le NCCN, CEPO ont émis des recommandations pour leur traitement et les ont divisées en deux points:



La durée du traitement varie selon l'état du patient et diffère selon la pratique clinique.

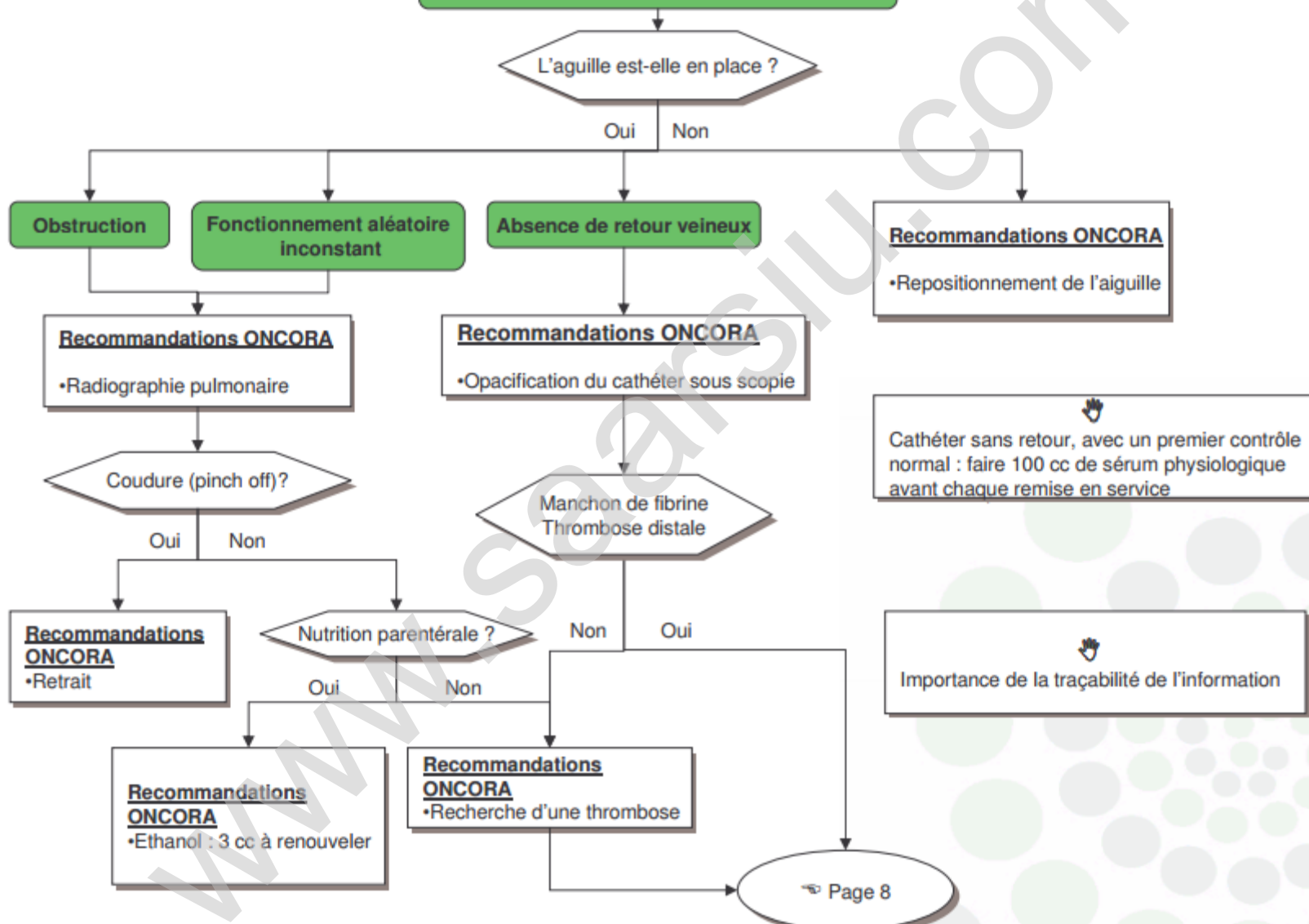
CONCLUSION

- Fréquente
- Complication sous estimée
- Probablement évitable
- Traitement peu codifié
- Constitution d'un groupe thrombose et cancer

BIBLIOGRAPHIE

www.saarsiu.com

Gestion des problèmes de fonctionnement *



Gestion des complications thrombotiques

Suspicion clinique de thrombose : œdème, douleur, scapulalgie, +/- circulation collatérale

Diagnostic
•Echodoppler
•Angioscanner

Recommandations ONCOR
•Echodoppler bilatéral

Thrombose veineuse sur KT confirmée ?

Oui

Non

Recommandations ONCOR
•Angioscanner

Mise en évidence d'une thrombose ?

oui

Non

Manchon de fibrine
Thrombus limité à l'extrémité distale

Recommandations ONCOR
•HBPM (préconisé)

Conservation du cathéter souhaité,
sauf s'il non fonctionnel

Recommandations ONCOR

Traitement local :
(quantité fonction du volume du cathéter) :
ACTILYSE® 1 à 2 mg/ml
Ou ACTOSOLV® (AMM) : 5000 UI/ml
Δ Efficacité retardée

NB : Les manchons de fibrine ne doivent pas être considérés comme des thromboses

