

Accès veineux permanents, expérience du Centre d'oncologie de Neuchâtel

L'accès veineux est un problème quotidien en oncologie car nombre de cytostatiques exercent un effet très irritant sur les vaisseaux. Certains médicaments doivent impérativement être administrés dans une veine centrale à grand débit. Les années 90 ont vu l'apparition de traitements sur plusieurs jours avec l'aide d'une pompe ce qui nécessite un abord aisé et sécurisé.

Pour les injections périphériques nous utilisons essentiellement des aiguilles de type «Butterfly» voire des cathéters courts communément appelés Venflon®. Les cathéters longs périphériques ont été abandonnés en raison des difficultés d'insertion et des risques majeurs de thrombose de tout l'axe brachial.

Les voies centrales (sous clavières ou jugulaires) de courte durée sont

rarement utilisées en raison des risques et des désagréments liés aux poses multiples.

Heureusement plusieurs systèmes de moyenne à longue durée sont à notre disposition. Nous en utilisons essentiellement deux types :

- **Cathéter tunnelisé dit de Groshung®, de Broviac® ou de Hickman®.** Il s'agit de cathéters posés par la voie sous clavière et qui émergent à la peau après un trajet sous cutané d'une dizaine de centimètres. Le long du trajet sous cutané sont disposés plusieurs filtres servant de barrières anti-bactériennes. Les avantages de ces dispositifs sont multiples soit un excellent débit, un bon reflux permettant les prises de sang, l'absence de ponctions répétées, la cicatrice minime et

l'ablation très aisée. Cependant le risque infectieux et surtout les contraintes liées à un pansement permanent en limitent l'utilisation et les indications. Nous privilégions ces dispositifs pour les traitements intensifs de durée limitée typiquement en cas de leucémie.

- **Les chambres implantées communément appelées Port-à-Cath®.** L'implantation nécessite un passage en salle d'opération sans hospitalisation. Leur utilisation est immédiate, ainsi nous avons l'habitude d'administrer la chimiothérapie le jour même. Les aiguilles peuvent être laissées en place durant sept jours au maximum. Nous avons renoncé aux rinçages systématiques, ainsi l'un de nos systèmes a pu être réutilisé

sans difficultés après 57 mois de repos. L'ablation nécessite à nouveau un passage en salle d'opération et laisse une cicatrice d'environ 3 à 4 cm juste sous le décolleté. La voie sous clavière est privilégiée. En cas d'obstruction de la veine cave supérieure, nous avons utilisé la voie fémorale.

Ces dispositifs ne sont pas sans risques et désagréments. Ils induisent des effets secondaires qu'il faut évaluer en regard des douleurs et de la morbidité potentielle de phlébites. Nous disposons de données sur tous les dispositifs implantés dans notre service. Le premier P-à-C® a été implanté en 1988 et d'emblée une récolte de données pour la surveillance de ces systèmes a été mise en place.

En 2001, nous avons publié une étude d'observation de toutes les complications ayant été notées de 1988 à 2000.

Ci-dessous nous vous rapportons quelques données à ce sujet et la mise à jour concernant les années 2001-2003.

Pour la période 1988-2000, notre taux de complications se situait à 11,5 % avec 6 % d'infections. Ces chiffres se situent dans la moyenne des différentes publications internationales recensées.

Nous avons cependant décidé d'une politique restrictive et posons nos indications avec parcimonie ce qui se reflète dans la discrète diminution du nombre d'implantations ces dernières années.

Fin 2003 nous comptabilisons 508 Port-à-Cath® et 15 Groshung®.

Complications relevées

| | |
|------------------------------------|----|
| Infections | 25 |
| Pinch off* | 9 |
| Thromboses | 8 |
| Obstructions, coudures | 3 |
| Déconnexions boîtier-cathéter | 6 |
| Nécroses ou inflammations cutanées | 7 |

| | |
|------------------------------------|---|
| Difficultés à localiser le boîtier | 2 |
| Cathéter sorti de la veine | 3 |
| Boîtier douloureux | 2 |
| Pneumothorax | 1 |

* pincement entre la première côte et la clavicule avec usure du cathéter et fuite de produits dans les tissus mous. Parfois rupture et migration du bout distal du cathéter.

Dans la grande majorité des situations, une révision chirurgicale avec ou sans ablation et remplacement du système a été nécessaire. Nous relevons une exception notable, les thromboses qui se résolvent sous anticoagulation.

Après retrait des cathéters, l'évolution a été favorable et nous ne déplorons pas de morbidité résiduelle ou d'invalidité. A toute règle son exception soit un décès par choc septique lié à la pose d'un cathéter de Groshung® chez un patient hémophile, diabétique et porteur d'une prothèse de genou.

En 2004 nos conclusions restent inchangées soit :

Les accès veineux permanents sont indispensables en oncologie mais non dénués de complications. Globalement un patient sur dix présente

un problème directement en rapport avec ces dispositifs. La gravité des complications est très variable habituellement facilement gérable.

Nous observons un très faible taux de phlébites dans notre service grâce à l'excellente qualification de notre équipe infirmière et à des soins particulièrement attentifs.

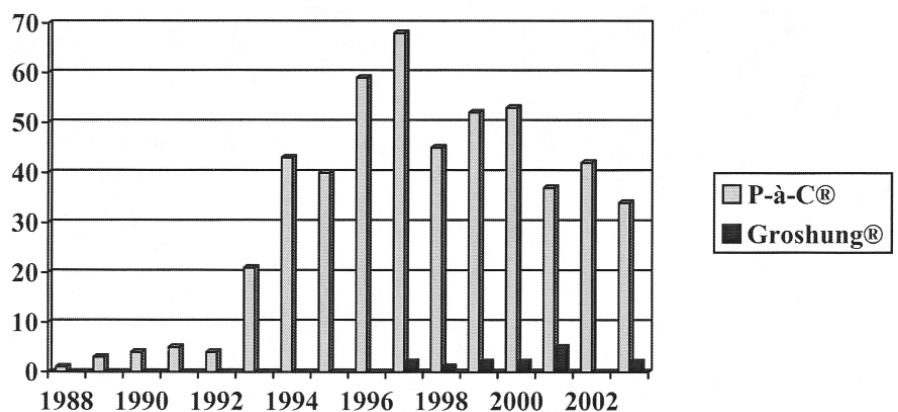
Nous allons donc poursuivre notre politique d'implantation restrictive en limitant les indications à :

- Patients avec un capital veineux pauvre d'emblée ou épuisé par les traitements itératifs.
- Chimiothérapie en continu sur plusieurs jours.
- Certains cytostatiques nécessitant une administration centrale.
- Parfois mais rarement demande du patient.

Nous allons également poursuivre la surveillance de notre pratique, rester attentifs aux améliorations potentielles du matériel, comparer nos résultats avec ceux d'autres équipes et mettre en place une étude de surveillance prospective des phlébites.

*B. Zimmerli Schwab,
médecin-adjoint,
Service cant. multisite d'oncologie,
Hôpital des Cadolles, 2000 Neuchâtel.*

Nombre de Port-à-Carth® et de Groshung® implantés dans notre service



Durée moyenne d'implantation : 21 mois (4 jours à 198 mois)