**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 1er 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  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  Crase 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 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 médecin poseur |
| Douleur thoracique, dyspnée | Embolie gazeuse, hémothorax, pneumothorax  Embolie pulmonaire  Trouble du rythme | Surveiller les paramètres vitaux (scope et saturométre en continu) ; mettre sous oxygèneselon PM  Positionner en décubitus dorsal et garder le patient 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 tunnellisé | 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)* |
| 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 *Picc Line* et en périphérie  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)* |
| Troubles du rythme  Dyspnée  Maux de tête | Vice de positionnement du cathéter  Migration du cathéter  Embolie pulmonaire | Surveiller les paramètres vitaux (scope et saturométre 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  (*cf technique de soin : Picc Line : soins, surveillance, entretien et ablation)* |

**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 *« Possibilité d’injecter mais absence de reflux à la seringue »* en annexe |
| Résistance ou impossibilité d’injecter – reflux absent  = **occlusion totale** | Liée à la présence d’un thrombus intra ou extra luminal obstruant la lumière  À une pliure du cathéter  A un pinch off  Facteurs favorisants :  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 | Consulter l’arbre décisionnel *« Impossibilité d’injecter et absence de reflux à la seringue »* en annexe |
| Extériorisation partielle du cathéter > 1 cm par rapport à son origine | Lors de la réfection du pansement | 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 |
| Extériorisation complète du cathéter | Lors de la réfection du pansement, arrachage accidentel | Maintenir une compression locale manuellement de 2-3 minutes  Effectuer un pansement large et occlusif pendant 60 minutes. |