**Les problèmes immédiats**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Problème** | **Cause** | **Attitude et résolution** |
| Douleur ou inconfort local | Lié au geste opératoire | Evaluer la douleur avec une échelle cliniqueProposer un antalgique 1er palier sur prescription médicale |
| Hématome | Lié au geste opératoire | Délimiter l’hématome et ne pas ponctionnerVérifier 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 DPIPrévoir une évaluation le lendemain si retour au domicileOrganiser 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 opératoireThrombopénieCrase perturbée | Appliquer un pansement absorbant légèrement compressif et largeEvaluer l’application d’un hémostatique type TABOTAMP sur la brècheVérifier 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 radialEvaluer la sensibilité et la motricité de la mainAvertir le médecin poseur |
| Douleur thoracique, dyspnée | Embolie gazeuse, hémothorax, pneumothoraxEmbolie pulmonaireTrouble du rythme | Surveiller les paramètres vitaux (scope et saturométre en continu) ; mettre sous oxygèneselon PMPositionner en décubitus dorsal et garder le patient au lit strictOrganiser 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 températurePrélever une paire d’hémocultures sur le cathéter et en périphérieMesurer 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 locauxRetirer 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 rougeurSensation de brulure à l’injection  | Suspicion de thrombose veineuse profondeStase sur compression tumorale | Mesurer la circonférence du bras et surveiller les paramètres vitauxOrganiser sur PM une échographie Doppler du bras (en angiologie) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Etat fébrile, frissonsou 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 rythmeDyspnéeMaux de tête | Vice de positionnement du cathéterMigration du cathéterEmbolie pulmonaire | Surveiller les paramètres vitaux (scope et saturométre en continu)Effectuer un électrocardiogramme en urgenceOrganiser 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 fragiliséeLaisser sécher l’antiseptique avant la pose du film transparentUtiliser 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 ISCSurveiller localement  |

**Les problèmes mécaniques lors de l’utilisation**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Problème** | **Cause** | **Attitude et résolution** |
| Possibilité d’injecter mais absence de reflux francSans douleur à l’injection**= occlusion partielle** | Présence d’un manchon fibreux au bout du cathéter créant un clapetL’extrémité distale du cathéter est contre une paroi veineuse Pinch off partielLe 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 lumièreÀ une pliure du cathéterA un pinch offFacteurs favorisants :Toux excessiveVomissements 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 distanceEffectuer 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. |