



Disponible en ligne sur  
**SciVerse ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

# Pose de chambre implantable par abord percutané échoguidé : à propos d'une série de 102 patients

## *Ultrasound-guided percutaneous insertion of implantable venous devices: A review of 102 patients*

V. Nguyen\*, J. Jarry, P. Farthouat, N. Bourilhon, F. Milou, P. Michel

Service de chirurgie viscérale, hôpital d'instruction des armées Desgenettes, 108, boulevard Pinel, 69275 Lyon, France

Reçu le 3 août 2011 ; accepté le 14 novembre 2012

### MOTS CLÉS

Échoguidage ;  
Chambre  
implantable ;  
Veine jugulaire  
interne

**Résumé** Les techniques de pose de chambre implantable ont déjà été largement décrites. L'utilisation de l'échoguidage fait partie des recommandations de bonnes pratiques des Standard Options Recommendations (SOR) 2008, mais il n'existe que peu de données dans la littérature et ces recommandations ne reposent que sur un accord d'experts. C'est dans cette optique que nous avons procédé à une étude prospective monocentrique sur la pose de chambre implantable par abord percutané échoguidé entre janvier 2008 et août 2009. Outre l'âge, le sexe, l'indication thérapeutique et le site de pose, nous avons recensé la durée opératoire et le nombre de ponctions veineuses réalisées pour chaque procédure. Nous avons ensuite relevé les complications infectieuses et les complications thromboemboliques. Notre étude porte sur 102 patients consécutifs. L'âge moyen est de 61,8 ans (28–90) avec 71 % d'hommes. Chez 101 patients, la ponction a été réalisée en jugulaire interne et pour un patient en sous-clavière. Dans 86 % des cas, la pose a eu lieu à droite contre 14 % à gauche. La durée moyenne de procédure est de 30 minutes (18–60) avec à chaque fois une seule ponction veineuse. Sur les 102 patients, la morbidité globale est de 7,8 % avec quatre infections (3,9 %) et quatre thromboses (3,9 %). Aucune complication peropératoire (ponction artérielle, hématome, pneumothorax) n'a été constatée. En conclusion, la pose de chambre implantable par abord percutané échoguidé de la veine jugulaire interne est une technique sûre, peu invasive et respectant le cahier des charges des recommandations SOR 2008 en prévenant le risque de thromboses veineuses en évitant les ponctions veineuses itératives. Moins invasive que l'abord chirurgical et plus sûre que la ponction « à l'aveugle », elle constitue une procédure fiable, simple et facilement reproductible, permettant de limiter au maximum les risques iatrogènes liés au geste et d'améliorer le confort des patients.

© 2012 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : vien9640@hotmail.com (V. Nguyen).

**KEYWORDS**

Ultrasound guidance;  
Implantable venous  
device;  
Internal jugular vein

**Summary** Techniques of insertion of implantable venous devices have been widely described. The use of ultrasound guidance is part of the good practice recommendations of the SOR 2008 but there are few data in the literature and recommendations are based only on expert agreement. To this end we conducted a prospective, single-center study from January 2008 to August 2009 on percutaneous ultrasound-guided insertion of implantable devices. In addition to age, sex, the therapeutic indication and the site of implantation, we identified the operative time and number of venipunctures performed for each procedure. We then identified the infectious complications at three months and thromboembolic complications at 1 year and a half. Our study examined 102 consecutive patients. The mean age was 61.8 years (28–90); 71% of patients were men. For 101 patients, the internal jugular vein was punctured, the subclavian vein in one patient. In 86% of cases, the implantable venous device was inserted into the right vein. The average length of procedure was 30 minutes (18–60) for a single-vein puncture. Among the 102 patients, the overall morbidity was 7.8% with four infections (3.9%) and four thromboses (3.9%). There were no immediate perioperative complications (arterial puncture, hematoma, pneumothorax). In conclusion, percutaneous ultrasound-guided insertion of implantable venous devices in the internal jugular vein is a safe, minimally invasive technique which complies with the 2008 SOR recommendations by preventing the risk of venous thrombosis and avoiding repeated venous puncture. Less invasive than the open surgical approach, ultrasound-guided insertion is safer than puncture based solely on anatomical landmarks. In summary, this is a reliable, simple and easily reproducible technique which limits iatrogenic risks and improves patient comfort.

© 2012 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

**Introduction**

Les techniques de pose de chambre implantable sont nombreuses et ont déjà été largement décrites [1,2]. Les abord veineux sont multiples, par voie jugulaire interne, sous-clavière ou à partir de veines périphériques telles que la veine basilique, céphalique ou jugulaire externe.

La ponction percutanée «à l'aveugle» basée sur des repères anatomiques ou l'abord chirurgical par dénudation de la veine sont les procédures de pose les plus fréquentes en chirurgie. Ces techniques possèdent des avantages et des inconvénients, sources de nombreux débats sur ce qui constitue la procédure optimale. Le but final est d'être le moins iatrogène possible et de minimiser les complications liées au geste. L'utilisation de l'échoguidage fait partie des recommandations de bonnes pratiques des Standard Options Recommandations (SOR 2008) [3] mais il n'existe que peu de données dans la littérature et ces recommandations ne reposent que sur un accord d'experts. C'est dans cette optique que nous avons procédé à une étude prospective monocentrique sur la pose de chambre implantable par abord percutané échoguidé chez 102 patients. Le but de cet article est de décrire la pose de chambre implantable sous échoguidage, d'en évaluer l'efficacité et la morbidité puis de faire le point au travers d'une revue de la littérature sur la place de l'échoguidage et les recommandations pour prévenir les complications liées à la procédure.

**Matériel et méthodes**

Il s'agit d'une étude prospective monocentrique réalisée dans le service de chirurgie viscérale de l'hôpital d'instruction des Armées Desgenettes, à Lyon, de janvier 2008 à août 2009. Tous les patients nécessitant la pose d'une chambre implantable ont été inclus au cours de cette période. Pour tous, la procédure a été réalisée par le même opérateur. Les critères étudiés étaient : le sexe du patient, son âge, le service de provenance, la durée de

l'intervention, le nombre de ponctions, le site de ponction, le côté de la ponction, les complications peropératoires ainsi que les complications infectieuses et thromboemboliques survenues pendant la durée de l'étude.

**Procédure chirurgicale**

Le patient est installé en décubitus dorsal, les deux bras le long du corps, tête en rotation du côté opposé au côté choisi. L'opérateur est placé du côté du point de ponction choisi. L'amplificateur est du côté opposé à l'opérateur. L'appareil d'échographie est situé à la tête du patient ou du côté opposé à l'opérateur (Fig. 1). La sonde d'échographie est positionnée sur le muscle sternocléido-mastoïdien classiquement à 3 cm au-dessus de la clavicule, la ponction se faisant par voie postérieure en arrière du chef claviculaire du muscle sternocléido-mastoïdien. Un repérage des différents éléments anatomiques est réalisé d'emblée permettant de déterminer la position de la carotide par rapport à la veine jugulaire interne. Cette dernière est repérée sous la forme d'une image circulaire hypoéchogène, dépressible sous la pression de la sonde d'échographie (Fig. 2A). D'éventuelles adénopathies sont également repérées. Après anesthésie locale à la xylocaïne, l'aiguille de ponction, montée de la seringue contenant du sérum d'eau pour préparation injectable, est alors introduite sous contrôle échographique, toujours dans l'axe de la sonde (Fig. 3). On visualise bien l'aiguille hyperéchogène qui progresse jusqu'à la veine (Fig. 2B). Dès que l'extrémité de l'aiguille est dans la veine jugulaire, un reflux de sang veineux apparaît. La seringue est alors retirée et le fil guide métallique introduit. On vérifie son passage dans la veine cave supérieure grâce à l'amplificateur de brillance. Après avoir retiré l'aiguille, on introduit le désilet puis le cathéter qui est positionné grâce à l'amplificateur de brillance, en veillant à ce que l'extrémité distale soit à hauteur de la carène. La chambre est alors placée dans une loge à deux travers de doigt sous la clavicule. On réalise ensuite une tunellisation sous-cutanée

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2975329>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2975329>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)