

Une chambre implantable fémorale pour chimiothérapie

Soumaya Touzani, Abderrahim El Bouazzaoui, Nawfal Houari, Brahim Boukatta, Nabil Kanjaa

Centre hospitalier universitaire Hassan II, Service de réanimation polyvalente A4, Université Sidi Mohammed Ben Abdellah, Avenue Hassan II, 30050 Fès, Maroc
<touzani.soumaya@gmail.com>

Résumé. Les chambres implantables à cathéters veineux centraux font partie intégrante de la prise en charge des patients atteints de cancer. L'approche fémorale est une alternative sûre et incontournable en cas d'obstruction cave supérieure. Nous rapportons le cas d'implantation d'une chambre pour chimiothérapie en fémoral chez un jeune patient de 32 ans porteur d'un lymphome médiastinal compliqué de syndrome cave supérieur.

Mots clés : chambre implantable veineuse centrale, voie fémorale, obstruction cave supérieure

Abstract

A femoral access port for chemotherapy

Implantable venous access port systems are one of the imperatives of modern medical therapy in oncology. Femoral insertion is considered an effective and reliable option in cases of superior cava system occlusion. We report our step-by step implantation technique in a case of a 32-year-old lymphoma patient presenting with a superior vena cava syndrome.

Key words: implantable venous access port, femoral port, central vein occlusion

Observation

Nous rapportons le cas d'un jeune patient de 32 ans suivi en médecine interne pour une tumeur médiastinale primitive type lymphome B à grandes cellules. L'angioscanner thoracique avait objectivé une importante circulation veineuse collatérale en rapport avec le refoulement à gauche du tronc brachio-céphalique par une masse médiastinale nécrosée essentiellement antérosupérieure latérale droite faisant 100 × 65 mm, et l'envahissement de la veine cave supérieure par de multiples adénopathies latéro-trachéales et latéro-aortiques droites. Le patient présentait un œdème des paupières, une turgescence des veines jugulaires externes, un comblement des creux sus-claviculaires et une circulation collatérale pectorale. Devant ce syndrome cave supérieur clinico-radiologique manifeste, la décision conjointe du médecin interniste et de l'anesthésiste était de démarrer une première cure de chimiothérapie intraveineuse périphérique avant de tenter la mise en place d'un dispositif implantable dans le système cave supérieur. La progression du cathéter dans la veine cave supérieure était

impossible malgré la ponction réussie de la veine sous-clavière sous échographie. Cet échec, lié à l'obstruction extrinsèque du système cave supérieur, a forcé le recours à l'implantation du système diffuseur dans le territoire cave inférieur *via* un abord fémoral, après discussion avec le médecin traitant et consentement éclairé du patient. Dans un environnement d'asepsie chirurgicale rigoureuse, la procédure a été réalisée sous anesthésie locale. La ponction échoguidée de la veine fémorale commune droite a été faite à travers une incision cutanée verticale de 2 cm environ à 4 cm de l'arcade fémorale droite. L'introduction du cathéter veineux a été assurée sous contrôle scopique, la coupole diaphragmatique servant de repère radiologique. Le bout distal du cathéter a été conduit jusqu'à l'entrée de l'oreillette droite, juste au-dessus de la coupole diaphragmatique, dépassant les veines rénales pour éviter de rester dans la veine cave inférieure, territoire très thrombogène (*figures A et B*). Le raccordement de la chambre implantable a été fait après section du cathéter à la bonne longueur. L'enfouissement sous-cutané de la chambre a été réalisé après dissection de la loge à la face externe de la cuisse, le plus loin possible de l'incision, considérée comme potentielle porte d'entrée infectieuse (*figure 1C*). Une anticoagulation de principe a été prescrite et un suivi

Tirés à part :
S. Touzani

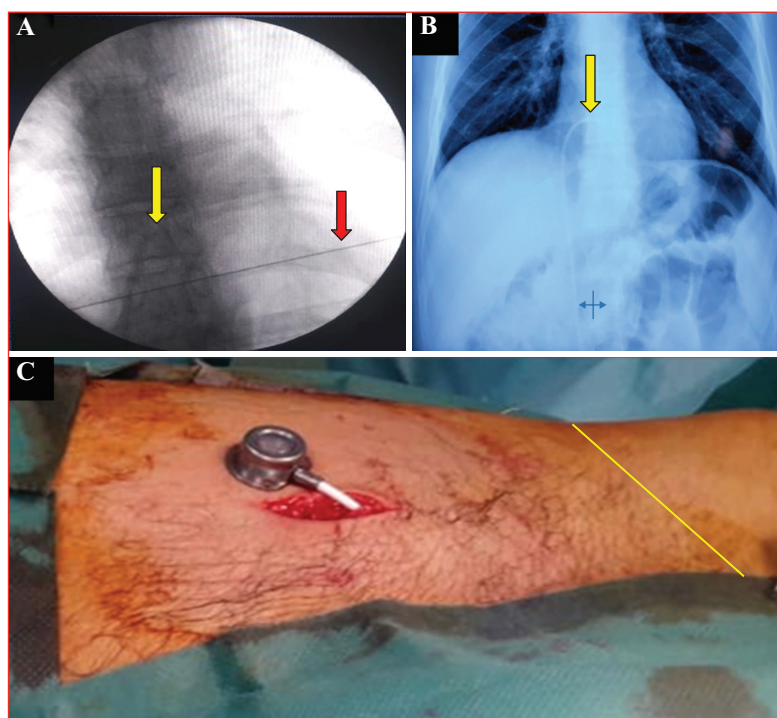


Figure 1. (A) Position du bout distal du cathéter (flèche jaune) juste au-dessus de la coupole diaphragmatique (flèche rouge) sous contrôle scopique peropératoire. (B) Cathéter dans la veine cave inférieure avec bout distal dans l'oreillette droite (flèche jaune) sous contrôle radiologique postopératoire. (C) Position de la chambre implantable sous l'arcade fémorale (ligne jaune) à la partie externe de la cuisse.

de routine post-implantation a été assuré. À deux mois de l'implantation, le système diffuseur a été utilisé pour l'administration périodique de chimiothérapie sans difficulté. Aucun signe d'obstruction ni d'infection du dispositif n'a été relevé. Une régression modérée du syndrome cave supérieur a été notée imposant le maintien de l'abord fémoral sous surveillance clinico-radiologique.

Discussion

Les chambres implantables à cathéters veineux centraux font partie intégrante de la prise en charge des patients atteints de cancer. Si l'accès cave supérieur *via* la veine jugulaire interne ou la veine sous-clavière constitue le *gold standard*, l'approche fémorale reste incontournable en cas d'obstruction cave supérieure thrombotique ou tumorale, intrinsèque ou extrinsèque [1]. L'implantation échoguidée de la chambre, *via* la veine fémorale commune avec le réservoir au niveau de la partie antéro-externe de la cuisse, est une technique relativement facile et sûre [2, 3]. Cependant, cet abord constitue un facteur de risque de complications thrombotiques et infectieuses et doit donc être envisagé au cas par cas après une stricte évaluation du rapport bénéfice/risque. La formation du personnel

soignant et du patient à l'entretien et la surveillance de la chambre implantée, l'anticoagulation préventive ainsi que le monitoring échographique régulier permettent de réduire ce risque [4]. L'implantation radiologique d'une chambre dans le système cave inférieur est une alternative sûre et utile en cancérologie en cas d'obstruction cave supérieure. ■

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

Références

1. Desruennes E, Gomas F. Quel accès veineux central pour la chimiothérapie ? *Presse Med* 2018 ; 47(4P1) : 320-30.
2. Chen SY, Lin CH, Chang HM, Hsu HM, Yu JC. A safe and effective method to implant a totally implantable access port in patients with synchronous bilateral mastectomies: modified femoral vein approach. *J Surg Oncol* 2008 ; 98 : 197-9.
3. Goltz JP, Janssen H, Petritsch B, Kickuth R. Femoral placement of totally implantable venous ports as an alternative implantation site for patients with central vein occlusions. *Support Care Cancer* 2014 ; 22 : 383-7.
4. Piran S, Ngo V, McDiarmid S, Le Gal G, Petreich W, Carrier M. Incidence and risk factors of symptomatic venous thromboembolism related to implanted ports in cancer patients. *Thromb Res* 2014 ; 133(1) : 30-3.