



Quale accesso vascolare scegliere nel paziente oncoematologico pediatrico

Anna Bergadano, Pierpaolo Chialvo

Città della Salute e della Scienza di Torino, PO Regina Margherita,

Università degli Studi di Torino

Bologna, 03/10/23

CONGRESSO
INFERMIERISTICO

AIEOP

Bologna
3-4 Ottobre 2023

Faculty Disclosure

<input type="checkbox"/>	Nothing to disclose
--------------------------	---------------------

Il paziente oncoematologico pediatrico è il
paziente FRAGILE per definizione
La stessa affermazione vale per la FAMIGLIA

- Malattia con decorso «lungo» e «tortuoso»
- Impossibilità di previsione certa dell'outcome
- Terapie prolungate e difficili da tollerare
- Controlli DURANTE e DOPO il trattamento

Le indicazioni ad un accesso
venoso centrale rientrano
completamente nel suo PDTA

- Prelievi multipli
- Necessita di nutrizione parenterale/infusione prolungata di farmaci
- Monitoraggio emodinamico
- Assenza di vene periferiche
- Needlefobic

CICC (Centrally Inserted Central Catheter): sono cateteri centrali posizionati tramite puntura ed incannulamento di vene profonde dell'area sopra-sottoclaveare (in particolare v. anonima, giugulare interna ed esterna, v. succlavia ed ascellare).

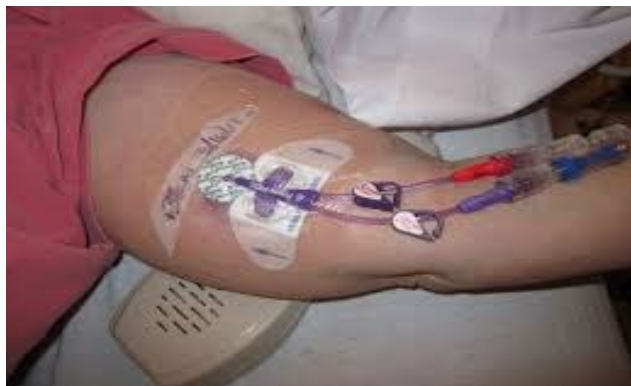
PICC (Peripherally Inserted Central Catheter): sono cateteri centrali inseriti per via periferica, in particolare tramite puntura ed incannulamento di vene del braccio (basilica, brachiale, cefalica)

FICC (Femorally Inserted Central Catheter): sono cateteri centrali posizionati tramite puntura ed incannulamento delle vene della regione inguinale (femorale comune).

PORT cateteri monolume tunnellizzati totalmente impiantabili, collegati a un reservoir in titanio o plastica, collocato in una tasca sottocutanea, accessibile tramite puntura di una membrana in silicone

PICC PORT sono dispositivi venosi centrali totalmente impiantabili, inseriti perifericamente nel braccio (di solito, il reservoir viene posizionato al terzo medio del braccio).

**DIVERSO PUNTO INSERZIONE E DIVERSO PUNTO EMERGENZA.
UGUALE POSIZIONAMENTO DELLA PUNTA!**



Oncologo Pediatra
Infermiere Oncologia

- Indicazioni, PDTA
- Numero lumi
- Eventuali complicanze

Impiantatore
Vascular Access Team

- Valutazione patrimonio venoso
- Valutazione età, anatomia bimb*/ragazz*
- Valutazione sede impianto «green zone»

Anestesista

- Valutazione rischio anestesilogico
- Valutazione setting impianto

Care giver
Ragazz*

- Comfort
- Valutazioni su gestione domicilio
- Valutazione impatto qualità di vita

Bambino - Elezione
Uso extraospedaliero

<4-6 mesi



Sufficiente accesso periferico



mini-midline opp. midline

Necessità accesso centrale



Vene braccio disponibili : PICC non cuffiato, tunnellizzato o no
Vene braccio indisponibili: CICC non cuffiato, tunnellizzato

>4-6 mesi



CVC tunnellizzato con SAS (PICC, CICC o FICC)
CVC tunnellizzato cuffiato (PICC, CICC o FICC)
Port toracico o brachiale

DAV EXPERT

Algoritmo scelta dispositivo
accesso vascolare, aiuto in
ragionamento clinico

Quale dimensione?

Calibro del catetere DEVE essere
MINORE o UGUALE ad $1/3$ del calibro
della vena scelta per il posizionamento

Quanti lumi?

Il minor numero possibile per lo
specifico momento del PDTA
NB: TMO, LMA...

RIDOTTO RISCHIO TROMBOSI

PAZIENTE OEP E' PER DEFINIZIONE PAZIENTE TROMBOFILICO

The concept of “patient safety” must be a necessary prerequisite [...], especially considering prevention of serious complications such as thrombosis or infection.

In particular, prevention of thrombosis must include the following:

- x Correct indication to the device for each single patient;
- x Adequate match between vein and catheter [...]
- x Mandatory use of ultrasound guidance during venipuncture, so to reduce cannulation attempts and minimize endothelial damage;
- x Accurate tip location, to be checked during the procedure and prior to use the device, so to avoid infusion-related damage;
- x Catheter securement with appropriate device (sutureless devices and/or subcutaneously anchored securement devices), to avoid both dislodgment and endothelial damage.

Editorial


JVA | The Journal of
Vascular Access

In defense of the use of peripherally inserted central catheters in pediatric patients

Alessandro Crocoli¹, **Simone Cesaro²**, **Monica Cellini³**,
Francesca Rossetti⁴, **Luca Sidro⁵**, **Fulvio Pinelli⁶**
and **Mauro Pittiruti⁷**

Abstract

Central venous access devices have revolutioned the care of children affected by malignancies, facilitating management of complex and prolonged infusive therapies, reducing pain and discomfort related to repeated blood samples and indiscriminate venipunctures, thus reducing also psychological stress of both patients and families. In this respect, peripherally inserted central catheters have been disseminated for use, even in pediatric oncology patients, for their many advantages: easy and non-invasive placement with no risk of insertion-related complications, as well as easy removal; reduced need for general anesthesia both for insertion and removal; adequate prolonged performance also for challenging therapies (e.g. stem cell transplantation); and low rate of late complications. Nonetheless, concerns have been recently raised about use of such devices in children with cancer, especially regarding a presumed (but not demonstrated) high risk of catheter-related venous thrombosis. Are we facing a new witch (or peripherally inserted central catheter) hunt? The choice of the central venous access device—particularly in oncologic children—should be based on an evaluation of clinical advantages and risks, as provided by appropriate and scientifically accurate clinical studies.

The Journal of Vascular Access
1–4
© The Author(s) 2020
Article reuse guidelines:
sagepub.com/journals-permissions
DOI: 10.1177/1129729820936411
journals.sagepub.com/home/jva


Numerosi vantaggi clinici
Minori rischi complicanze
posizionamento e lungo termine

Ma: scelta appropriata basata su
valutazioni cliniche specifiche



OBV: Allungare vita
sana del
dispositivo

Stessa importanza
Impianto e Gestione

CICC (NB tunnellizzazione)

- Utilizzo continuo (Leucemie, Linfomi)
- TMO o PDTA complesso dalla diagnosi (es LMA)
- Età inferiore

PICC (NB tunnellizzazione)

- Utilizzo continuo
- Età maggiore

FICC

- Breve utilizzo (programmare sostituzione)
- Masse mediastiniche, lesioni cervico-toraciche

PORT o PICC PORT

- Utilizzo discontinuo (tumori solidi, emoglobinopatie, emofilia)
- Età maggiore, no agofobia, NPI



Non c'è ricetta uguale per tutti

L'accesso vascolare non è
una scatola di cioccolatini
in cui non sai mai

«quello che ti capita»!



Quale accesso vascolare scegliere nel paziente oncoematologico pediatrico

Anna Bergadano, Pierpaolo Chialvo

Città della Salute e della Scienza di Torino, PO Regina Margherita,

Università degli Studi di Torino

Bologna, 03/10/23

CONGRESSO
INFERMIERISTICO

AIEOP

Bologna
3-4 Ottobre 2023