



Patient de 67 ans

Dyspnée en majoration progressive depuis 3mois, stade III à l'admission. Hémoptysie récente

Tabagisme actif: 50 UPA; IMC = 24.8. Déperdition pondérale de 7.8% (3 derniers mois)

Diminution du murmure vésiculaire au tiers sup. du poumon gauche

Pas de Ganglion de Virchow Troisier



Histoire de Maladie

- Biopsie: Carcinome du culmen avec lymphangite
- ATCD de
 - K ORL (1994)
 - K Prostate (2007)
 - Alzheimer (2013)
- Indication de Carboplatine – Taxol
- Puis Irradiation Externe
- Adressé pour pose de CCI (chambre à cathéter implantable) pour réalisation de chimiothérapie

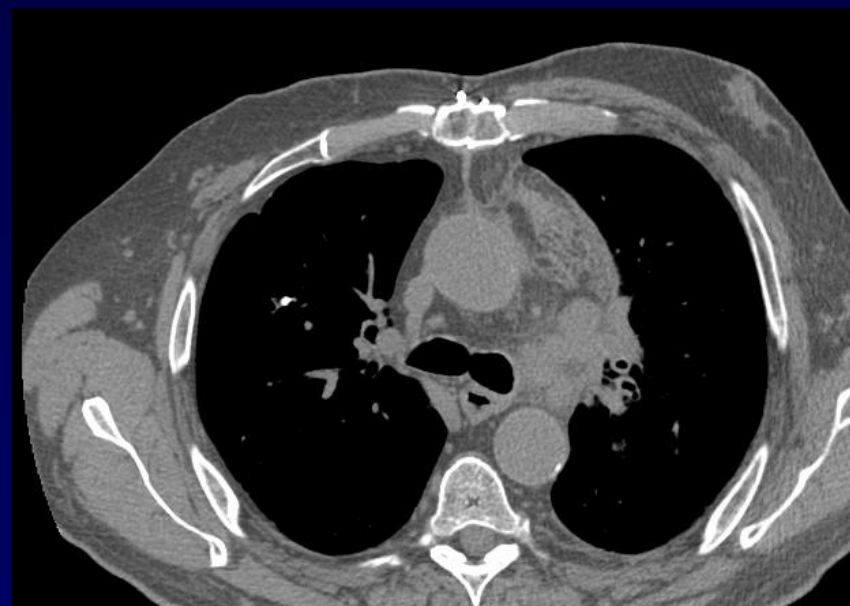
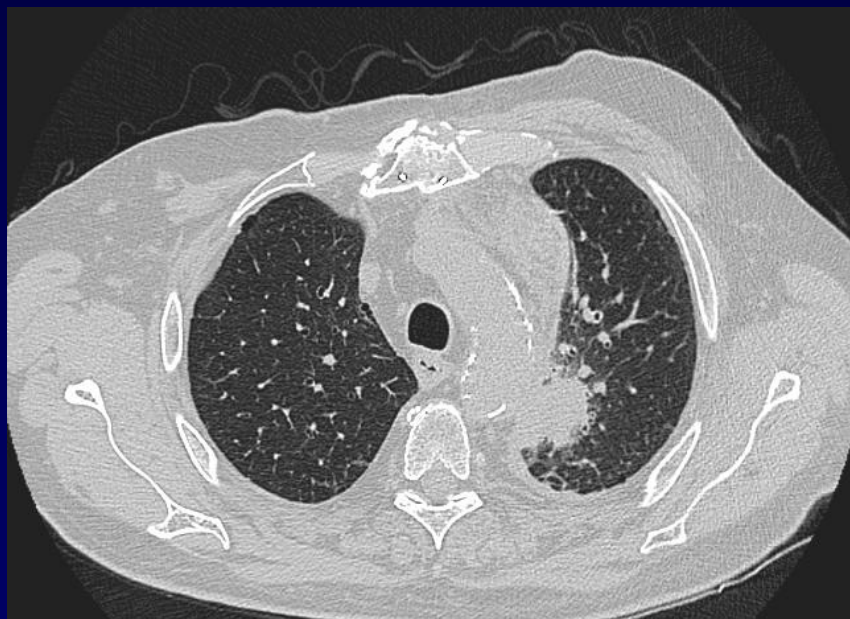


Rx THORAX pré opératoire



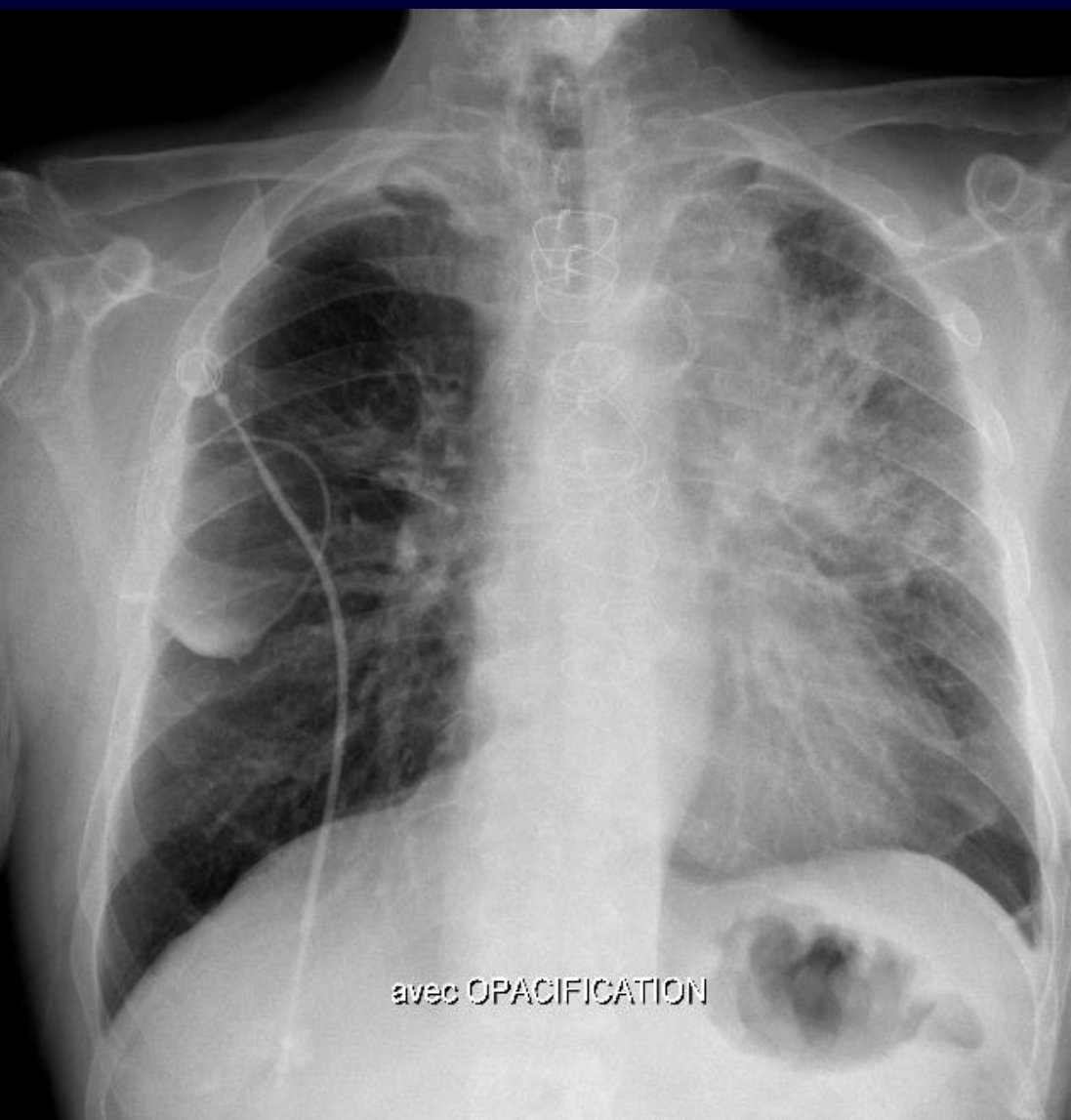


TDM Thorax en cours de traitement, avant insertion de CCI

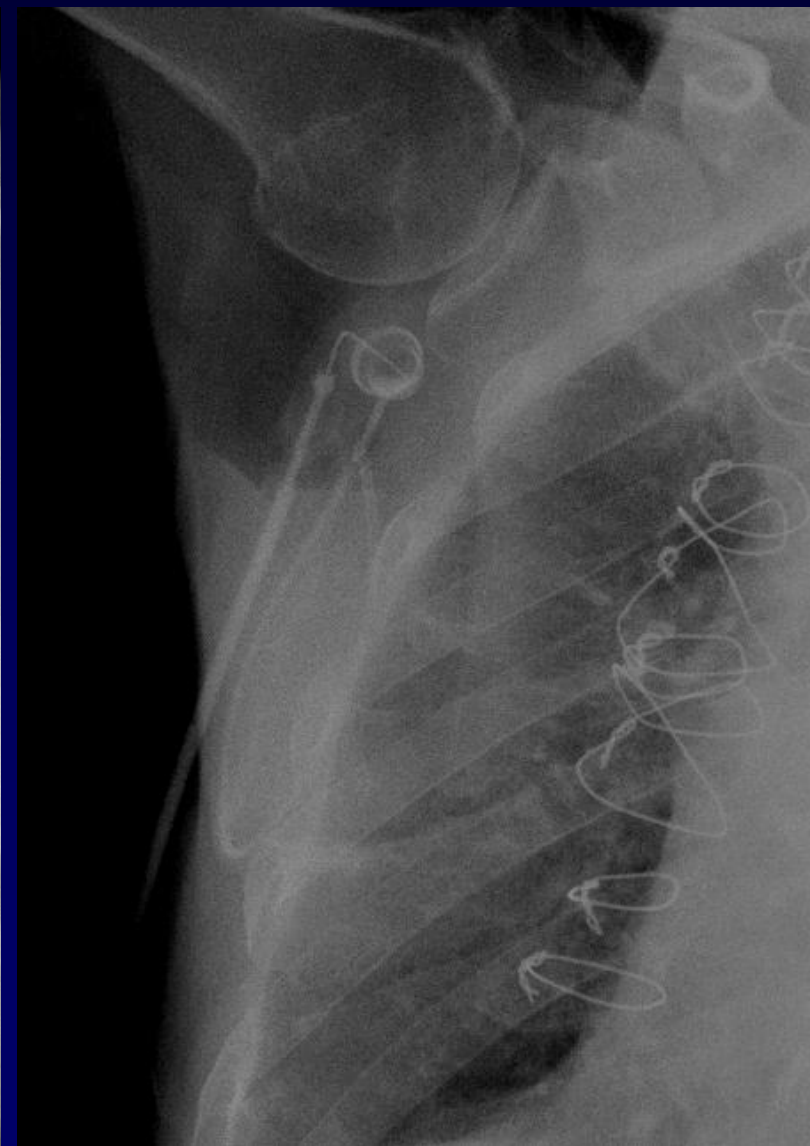




- Insertion aisée par abord chirurgical de dénudation veineuse de la crosse de la veine céphalique au sillon delto- pectoral droit.
- Contrôle par ECG puis cliché thoracique du cathéter distal à la jonction VCS- OD.
- Le 1^o cycle de chimiothérapie s'effectue sans complication.
- Lors du 2^o cycle, le testing infirmier de la CCI montre l'absence de retour veineux, un Flush + mais douloureux. Un contrôle Rx est demandé.



avec OPACIFICATION



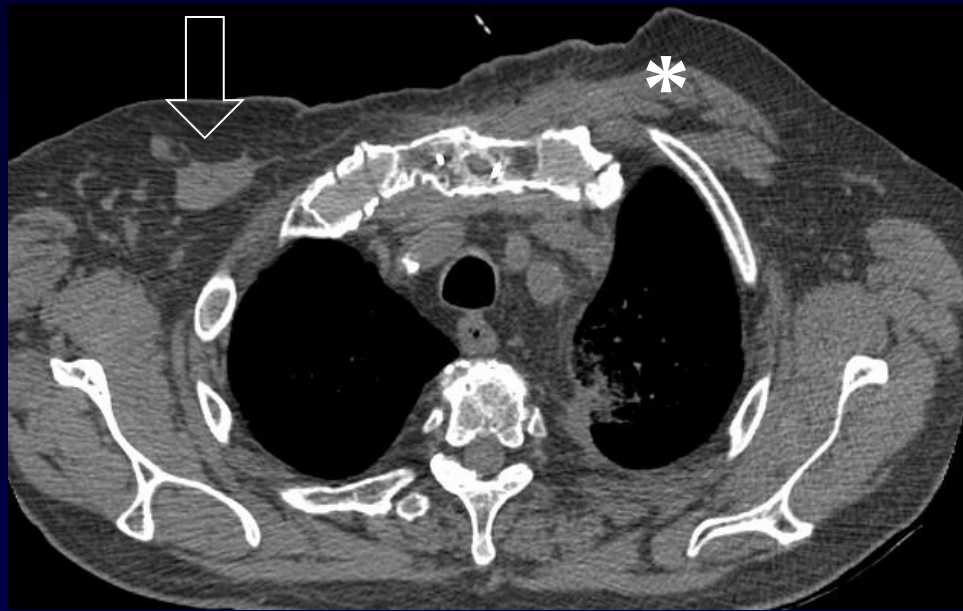


Diagnostic ?

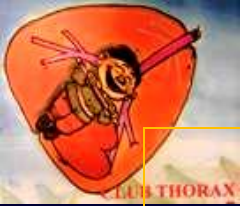


Diagnostic ?

- Malposition secondaire du cathéter distal (extra vasculaire) par migration cranio-podale
- Contrindication formelle à la chimiothérapie par CCI
- Indication de retrait et insertion de nouvelle CCI



- ATCD de K ORL: Lambeau myo pectoral Droit en 1994, ablation pour nécrose ischémique
- Asymétrie de transparence des champs pulmonaires
- TDM: montre, à droite, l'absence de muscle Grand Pectoral à droite (*), et la seule présence du Petit Pectoral, ne permettant pas la suture per op de la chambre.



La migration du boitier est liée à:

:

- L'absence de fixation de celui-ci au plan musculaire (habituellement, l'aponévrose superficielle du grand pectoral)
- La gravité entraine la migration cranio- podale du boitier puis du cathéter tunnelisé et de sa portion intravasculaire.
- Les deux risques majeurs sont
 - La thrombose cave supérieure par friction perpendiculaire du cathéter distal lors de sa rétraction craniopodale, contre la paroi veineuse lors des cycles cardio respiratoires
 - L'extravasation de la chimiothérapie en l'absence d'injection- test qui doit être systématique (lancet oncol)



Evolution-Discussion-Point fort

- 1 / Tenir compte des modifications de paroi thoracique pour le choix du site d'insertion du boîtier de la CCI, à l'inspection clinique
- 2/Choisir le côté non symptomatique d'insertion:
 - Controlatéral à la zone irradiée (radiodermite, fragilité cutanée), au sein opéré (pym eur radiol)
 - Homolatéral à la chirurgie thoracique antérieure **du poumon**: la symphyse pleural limite le risque de pneumothorax en cas d'abord par ponction percutanée
- 3/ En cas de chirurgie **de la paroi thoracique** (antécédents de lambeau myo pectoral ou à venir, résection costale), il est préférable de réaliser l'insertion controlatérale, sur l'aponévrose du muscle Grand Pectoral.



Références

1. Indwelling catheter retraction because of pendulous breast.

**Inoue Y, Miyazaki N, Shimizu Y, Soh H, Fujita S, Takao T.
JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2000 Jul-Aug;24(4):251-3.**

**2. Marcy PY. Central venous Lines. Techniques and indications in oncology.
Eur Radiol 2008**

3. Extravasation. Lancet Oncol