

3.26 – PROTOCOLE D'ADMINISTRATION D'ALTÉPLASE (*Cathflo^{MD}*) À FAIBLE DOSE POUR DÉBLOQUER LES CATHÉTERS CENTRAUX INSÉRÉS PAR VOIE PÉRIPHÉRIQUE (CCIP)

I. PROFESSIONNELS VISÉS

- Seule l'équipe en accès vasculaire peut appliquer ce protocole. Se référer à l'OC 1.78 - *Administration d'altéplase (Cathflo^{MD}) à faible dose*
- Pour toutes informations supplémentaires, **communiquer avec l'équipe en accès vasculaire au poste 2713**

II. INDICATIONS

Suite à l'évaluation complète du CCIP (site, pansement, voies et composantes), une occlusion d'origine thrombotique est suspectée en présence de l'un de ces critères d'une ou de plusieurs des voies :

- Résistance à l'irrigation
- Diminution ou absence de perméabilité
- Absence de retour veineux

III. CONTRE-INDICATIONS

Contre-indications absolues :

- Sensibilité ou allergie à l'altéplase
- Cathéter d'hémodialyse permanent
- Saignement actif (intracrânien, abdominal, rétropérinéal, péricardique)

Contre-indications relatives (consulter l'équipe traitante) :

- Suspicion d'infection du CCIP
- Grossesse

IV. MATÉRIEL

Requis pour chaque voie obstruée :

- 1 fiole d'altéplase de **2 mg**
- 1 robinet à 3 voies (si occlusion complète)
- 1 fiole d'eau stérile pour injection de 10 ml
- 1 bouchon membrane (*Clave^{MD}*)
- 2 seringues de 10 ml avec aiguilles
- Tampons d'alcool 70 % et chlorhexidine 2 %
- 2 seringues de 10 ml de NaCl 0,9 % (si voie désobstruée)

V. PRÉPARATION DE L'ALTÉPLASE

- Préparer immédiatement avant son utilisation
- Mettre 2,2 ml d'eau stérile pour injection dans une fiole d'altéplase à faible dose (concentration finale de 1 mg/1 ml)
- **Ne pas agiter la fiole** - Pour dissoudre la poudre, tourner lentement la fiole entre les mains ou la laisser reposer environ 3 minutes
- Retirer le contenu de la fiole d'altéplase (2 ml) avec une seringue de 10 ml
- Jeter toute portion inutilisée
- Si plus de 2 voies du CCIP sont occluses, il est recommandé de diviser la dose totale entre les voies occluses afin de ne pas instiller plus que la dose maximale de 4 mg par 24 h.

VI. PROCÉDURE D'ADMINISTRATION

- S'il y a des perfusions en cours dans les autres voies ne pas les arrêter
- Identifier à l'aide d'une étiquette la voie contenant l'altéplase afin qu'elle ne soit pas utilisée pendant le temps de pause

A. OCCLUSION PARTIELLE : TECHNIQUE PAR INSTILLATION

Une occlusion est partielle lorsqu'il y a une résistance lors de l'irrigation ou qu'il est impossible d'avoir un retour veineux

▪ **Suivre les étapes suivantes :**

1. Avec un tampon d'alcool 70 % et de chlorhexidine 2 %, désinfecter le raccord entre la branche et le bouchon membrane pendant 15 secondes
2. Clamper la branche du cathéter, retirer le bouchon membrane et visser la seringue contenant la solution d'altéplase à la branche
3. Déclamper la branche du cathéter, tenter d'injecter l'altéplase délicatement dans la voie obstruée avec une action alternative d'injection et d'aspiration en montant le piston jusqu'à 8 ou 9 ml. Ceci permet d'augmenter la surface de contact entre l'altéplase et le caillot
4. Clamper la voie en pression positive

3.26 – PROTOCOLE D'ADMINISTRATION D'ALTÉPLASE (*Cathflo^{MD}*) À FAIBLE DOSE POUR DÉBLOQUER LES CATHÉTERS CENTRAUX INSÉRÉS PAR VOIE PÉRIPHÉRIQUE (CCIP)

B. OCCLUSION COMPLÈTE : TECHNIQUE PAR PRESSION NÉGATIVE

Une occlusion est complète lorsqu'il y a absence de retour veineux **et** impossibilité d'irriguer

▪ **Suivre les étapes suivantes :**

1. Avec un tampon d'alcool 70 % et de chlorhexidine 2 %, désinfecter le raccord entre la branche et le bouchon membrane pendant 15 secondes
2. Clamper la branche du cathéter, retirer le bouchon membrane et installer un robinet trois voies à la voie obstruée du cathéter en s'assurant de mettre le robinet du côté de la voie en position fermée
3. Abouter la seringue vide de 10 ml à la voie du robinet qui est face à la voie obstruée
4. Abouter la seringue d'altéplase à la troisième voie du robinet
5. Tourner le robinet du côté de la seringue d'altéplase (voir figure 1)
6. Aspirer doucement avec la seringue vide jusqu'à ce que le piston atteigne 8 ou 9 ml et tenir cette position
7. Tourner le robinet du côté de la seringue vide ce qui permettra de créer une pression négative, déclamper et tenter d'injecter l'altéplase délicatement dans la voie obstruée avec une action alternative d'injection et d'aspiration en montant le piston jusqu'à 8 ou 9 ml. Ceci permet d'augmenter la surface de contact entre l'altéplase et le caillot
8. Fermer le robinet en le tournant du côté de la voie obstruée

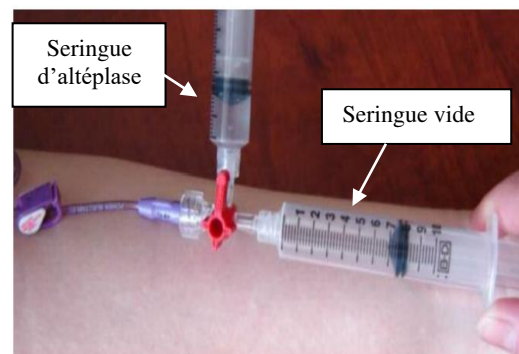


Figure 1, Courtoisie de F. Paquet, utilisée par l'Association Canadienne d'Accès Vasculaire

VII. TEMPS DE CONTACT, PERMÉABILITÉ ET IRRIGATION

Une fois l'altéplase à faible dose instillé dans la voie, attendre **30 min** puis évaluer la perméabilité du cathéter en tentant d'aspirer du sang

Si retour veineux :

- Retirer 5 ml de sang
- Irriguer la voie du cathéter désobstruée avec 20 ml de NaCl 0,9 % par turbulence et pression positive
- Installer un nouveau bouchon membrane

Si aucun retour veineux :

- Poursuivre l'instillation jusqu'à 90 minutes pour un temps de contact total de 120 minutes.
- Si impossible d'aspirer la solution d'altéplase, administrer une 2^e dose après 120 min (dose maximale de 4 mg/jour)
- Aviser l'équipe traitante si la perméabilité de la voie n'a pas pu être restaurée

VIII. DOCUMENTATION

- Inscrire la dose administrée à la FADM
- Documenter sur la feuille « Équipe en accès vasculaire : notes d'observation »
 - Évaluation initiale du CCIP
 - Technique d'administration utilisée
 - Nombre de voie occluse
 - Temps de contact requis
 - Retour de la perméabilité
 - Enseignement