

II° Convegno Nazionale PICC PORT
Roma 5 dicembre 2022



Roma, 5,6,7 dicembre 2022

Impianto di Picc port

L'esperienza del Team Accessi Venosi di Reggio Emilia

Marco Bigliardi

Marco.bigliardi@ausl.re.it

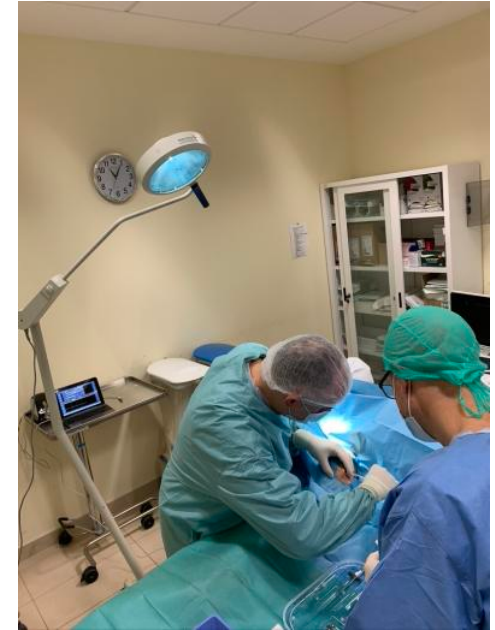
Team Accessi Venosi AUSL di Reggio Emilia

PROGETTO IMPIANTO PICC Port

- PROGETTO SOSTENUTO E AUTORIZZATO DALLE DIREZIONI MEDICA E INFERMIERISTICA AZIENDALE
- Iniziato nel 2020 Corso PICC Port, Policlinico Gemelli Roma
- Quattro infermieri Master in Accessi Venosi
 - ✓ dedicati all'impianto di Picc, FICC, Midline e Minimidline dal 2013 e in modo esclusivo dal 2015
- Un chirurgo toracico (tutor e trainer)
 - ✓ esperto nell'impianto di Port toracico

AMBIENTE DI PROCEDURA

- Sala procedurale esclusivamente dedicata all'attività di impianto dei dispositivi venosi



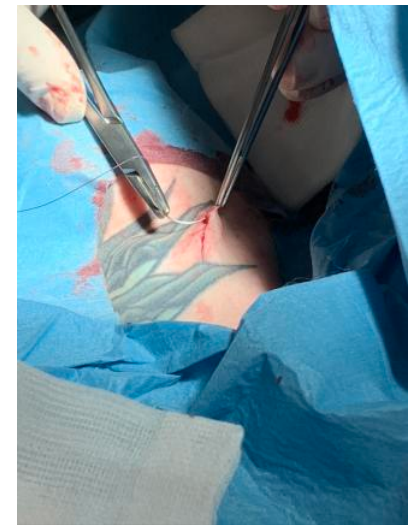
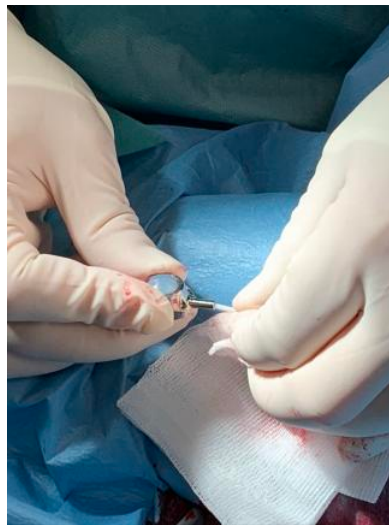
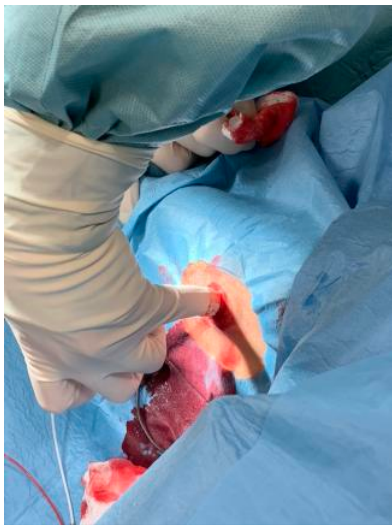
DURATA DEL TRAINING

- Un anno da novembre 2021 a novembre 2022



TRAINING IMPIANTO PICC PORT

- Chirurgo toracico tutor e trainer nella procedura di confezionamento e sutura della tasca
- Infermieri impianto a rotazione per progressione uniforme
- Un giorno a settimana dedicato agli impianti Picc Port



ARRUOLAMENTO PAZIENTI

In accordo con i colleghi del Day Service Oncologico :

- Neoplasie della mammella
- Neoplasie polmonari
- Neoplasie ovaio
- Altra casistica
- **Valutazione pre impianto per arruolare solo pazienti idonei per il PICC Port**
 - Inviare all'impianto port toracico o PICC in caso di rifiuto da parte della paziente



PROTOCOLLO ISP-PORT (GAVeCeLT)

IMPIANTO SICURO PICC PORT

1. Esplorazione ecografica sistematica di tutte le vene del braccio (dal gomito all'ascella) e delle vene maggiori della zona sottoclaveare e sopraclaveare, seguendo i protocolli RaPeVA (*Rapid Peripheral Vein Assessment*) e RaCeVA (*Rapid Central Vein Assessment*).
2. Igiene delle mani, disinfezione cutanea con clorexidina 2% in soluzione alcolica e utilizzo delle massime protezioni di barriera (mascherina e berretto non sterili, guanti sterili, camice sterile, ampio campo sterile sul paziente e coprisonda lungo per la sonda ecografica).
3. Scelta della vena più appropriata in termini di profondità e di calibro, a seconda del calibro del catetere pianificato (rapporto 1:3 tra diametro esterno del catetere e diametro interno della vena), utilizzando il sistema ZIM: l'area dove preferibilmente alloggiare il *reservoir* è la metà superiore della zona verde di Dawson; pertanto, se il sito di venipuntura ideale è situato nella zona gialla di Dawson, è bene tunnellizzare il catetere in modo da ottenere l'alloggiamento del *reservoir* nella zona verde.
4. Chiara identificazione ecografica della arteria brachiale e del nervo mediano prima di procedere alla venipuntura (e quindi utilizzo quindi di ecografi che permettano la chiara identificazione del nervo).
5. Venipuntura ecoguidata *out-of-plane* in asse corto utilizzando appropriati kit di microintroduzione (ago 21G ecogenico, microguida in nitinol *soft straight tip*, microintroduttore- dilatatore di buona qualità).
6. Controllo della posizione centrale della punta (*tip location*) mediante il metodo dell'ECG intracavitario - nella variante modificata nel caso di pazienti in fibrillazione atriale - eventualmente corroborato da *tip location* mediante ecocardiografia transtoracica con *bubble test* (secondo il protocollo ECHOTIP).
7. Nei casi in cui vi siano ostacoli alla progressione o quando non si apprezzino modifiche dell'onda P all'ECG intracavitario, controllo e direzionamento del catetere (*tip navigation*) mediante ecografia della regione sopraclaveare (visualizzazione del catetere nella vena succlavia e nella vena anonima) (secondo il protocollo ECHOTIP).
8. Creazione della tasca sopra il muscolo bicipite mediante idro-dissezione con anestesia locale, con un volume pari a quello del *reservoir*. Chiusura del derma mediante sutura intradermica a punti invertenti e apposizione di colla in cianoacrilato sulla cute. Copertura per almeno 3 giorni con medicazione trasparente semipermeabile con buona traspirabilità (alto MVTR – *moisture vapor transfer rate*).

PROTOCOLLO ISP-PORT (GAVeCeLT)

IMPIANTO SICURO PICC PORT

6. Controllo della posizione centrale della punta (*tip location*) mediante il metodo dell'ECG intracavitario - nella variante modificata nel caso di pazienti in fibrillazione atriale - eventualmente corroborato da *tip location* mediante ecocardiografia transtoracica con *bubble test* (secondo il protocollo ECHOTIP).



ECG intracavitario intraprocedurale con onde P massimali.



ECG intracavitario intraprocedurale in paziente con fibrillazione atriale cronica. Onde di fibrillazione (onde F) con altezza massima.



Ecografia sottocostale 4 camere

Nuvola del bubble test in atrio destro

ATTIVITÀ DI IMPIANTO

- Posizionati 130 PICC Port, 2 FICC Port
- Zero complicanze intraprocedurali relative al confezionamento della tasca e alla puntura ecoguidata



ATTIVITÀ DI IMPIANTO

Complicanze precoci (entro 48 ore):

- ✓ Ematoma o ecchimosi (11)
- ✓ Dolore post-procedurale nell'area di impianto (3)



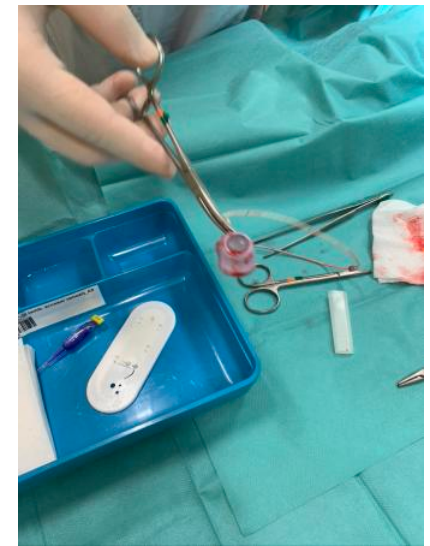
Complicanze tardive (oltre 48 ore):

- ✓ 1 infezione della tasca e rimozione (10 mesi dopo impianto)
- ✓ 1 flemmone sopra la tasca e rimozione (due mesi dopo impianto)
- ✓ 1 occlusione e rimozione (2 mesi dall'impianto)
- ✓ 2 PICC port ruotati (un mese dopo l'impianto)
- ✓ 1 TVP sintomatica (trattata)
- ✓ 1 stravaso (non rimozione)



PER IL FUTURO

- Iniziare attività in autonomia con programmazione giornaliera di impianto e rimozione (come avviene per i PICC).
- Aumentare il numero di impianti per soddisfare le richieste non solo dell'ospedale "HUB" oncoematologico di Reggio Emilia, ma anche dei presidi periferici.
- Proseguire con la formazione degli infermieri in merito ai criteri di arruolamento dei pazienti, all'utilizzo e alla gestione dei PICC Port.



II° Convegno Nazionale PICC PORT
Roma 5 dicembre 2022

GRAZIE



Roma, 5,6,7 dicembre 2022



Marco Bigliardi
marco.bigliardi@ausl.re.it
Team Accessi Venosi AUSL di Reggio Emilia