

	PROTOCOLE THROMBOLYSE IN-SITU Fiche de Surveillance Post-Interventionnelle	Version : 07/06/2019
		Date de création : 07/06/2016 Date d'application : Page 1 sur 3
<i>Mots clés</i>		

	Nom	Fonction	Date et Signature
Rédaction	Dr Di Centa Dr Le Guen Me Braconnier	Chirurgien Vasculaire Anesthésiste Réanimateur IDE coordinatrice SSPI	
Validation de l'expert	Mr Saint-Marc Dr Di Centa	Cadre Supérieur SSPI Chirurgien Vasculaire	
Approbation			

1) Indications

- Les indications à cette procédure restent rares
- La première phase de traitement est réalisée en radiologie interventionnelle ou au bloc central (M-3) sous sédation ou anesthésie générale
- Il s'agit d'une prise en charge en Urgence pour une ischémie sensitive mais non motrice inférieure à 3 semaines:
 - thromboses longues fémoro-poplités-jambières
 - thromboses de pontages infra-inguinaux
 - thromboses d'anévrismes poplités

2) Les contre-indications de la thrombolyse

- Contre-indications absolues:

- Antécédent d'AVC hémorragique quel que soit le délai ou ischémique de moins de 2 ans.
- traumatisme crânien inférieur à 3 mois [16] ou tumeur cérébrale.
- Chirurgie médullaire de moins de 2 mois.
- Chirurgie récente (10 jours)
- Prothèse vasculaire (2 mois)
- Autre traumatisme < 6 jours
- Extraction dentaire de moins de 48 heures.
- Ponction artérielle ne pouvant être comprimée, datant de moins de 48 heures.
- Ponction biopsie rénale de moins de 15 jours.
- Injection intramusculaire de moins de 48 heures.
- Maladie hémorragique.
- Ulcère gastroduodénal évolutif < 6 mois ou hémorragie digestive < 1 mois.
- Insuffisance hépatique grave ou insuffisance rénale sévère.

- Etat actuel

- HTA non contrôlée malgré le traitement (PAS > 180 mm Hg, PAD > 110 mm Hg).

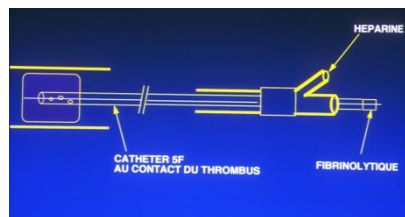
- Suspicion de dissection aortique ou de péricardite.
 - Ethylisme aigu.
 - La grossesse, le post-partum et les périodes menstruelles.
 - choc cardiogénique, infarctus étendu.
- Ne sont généralement pas des contre-indications, mais sont à prendre en compte :
- Age > 75 ans.
 - Réanimation cardiopulmonaire non traumatique < 10 minutes.
 - Rétinopathie diabétique

3) Descriptif de la procédure de thrombolyse in-situ

- Abord pour injection in-situ :

L'abord se fait via un désilet avec une voie latérale. La voie directe permet le geste et l'injection initiale de thrombolyse au sein du thrombus et la voie latérale reçoit la perfusion d'héparine non fractionnée.

Le désilet peut être en position fémorale ou humérale. Dans le désilet est inséré un cathéter dans lequel est injecté le fibrinolytique dont l'extrémité perforée est dans le thrombus. Prévoir au minimum 2 poches à pression.



- Voie principale - Thrombolytique : UROKINASE (Actosolv^o)

- Administration per-procédure de **100 000 UI** (bien cent mille UI) instillé directement dans le thrombus
- En SSPI: **perfusion IV de 100 000 /h à la seringue électrique.**

Modalités de préparation:

Préparer une seringue avec 1 flacon d'Actosolv 600 000 UI pour 6 heures renouvelable;

Diluer dans 12 ml d'eau pour préparation injectable (EPI).

Puis diluer cette solution avec 36 ml de NaCl 0,9% pour arriver à un volume de 48 ml (concentration 12500 UI/ml).

Ensuite déterminer la vitesse du pousse-seringue pour une infusion de 100 000 UI/h, soit 8 ml/h

- Voie latérale - Héparine

- Buts: éviter l'extension du thrombus, empêcher les récives après désobstruction
- Perfusion IV de 200 à 300 UI/kg/24 H.

- Voie Veineuse périphérique - ANALGESIE

- Néfopam en l'absence de contre-indication: 20 mg/6h
- Titration de Morphine IV
- Mise en place de PCA morphine **systematique** selon la prescription du réanimateur.

- Voie Orale

- **Aspirine:** Per os 250 mg dès **J0**
- reprise du traitement personnel selon prescription médicale

4) Surveillance en SSPI - 12 heures post op

- Clinique/ heure :

- Constantes habituelles/ diurèse
ATTENTION: Pression artérielle systolique inférieure à 140 mmHg.
- état du membre traité : pouls/ chaleur / sensibilité / motricité/ doppler systématique
ATTENTION : Prévenir le chirurgien si pâleur, froidure, apparition d'un déficit moteur.
- Etat du point de ponction :
ATTENTION: prévenir si hématome

- Biologique/ 4heures :

- **Fibrinogène** toutes 4 heures.

Si le fibrinogène est > à 1g : continuer la fibrinolyse.

Si le fibrinogène est < à 1 g : arrêter la fibrinolyse et refaire fibrinogène 4 heures après : si toujours < 1g : ne pas reprendre la fibrinolyse.

- **Héparinémie/ TCA** toutes les 4 heures

Héparinémie 0,3 à 0,6 UI/ml

TCA entre 1,5 et 2 × témoin

- et Matin J1:

Numération, TP, TCA, fibrinogène, ionogramme sanguin

- Artériographie :

Une première artériographie de contrôle est effectuée **4 heures après le début de la fibrinolyse.**

En fonction du résultat, une seconde artériographie sera effectuée à 12 heures.

5) Quand arrêter la thrombolyse ?

- Si succès (confirmation du chirurgien)
- Pas de lyse après 24 heures ou sur 2 films successifs à 12 heures
- Complications
- fibrinogène < 1 g