



EVOLUZIONE DELLA TECNICA DI INSERZIONE

Sergio Bertoglio (Genova)

Gli accessi vascolari totalmente impiantabili (TIVAD-Port) sono molto utilizzati nella pratica medica in particolare per la somministrazione di terapie farmacologiche a lungo termine e per pazienti oncologici candidati alla chemioterapia.



PUNTI DI FORZA DEI PORT

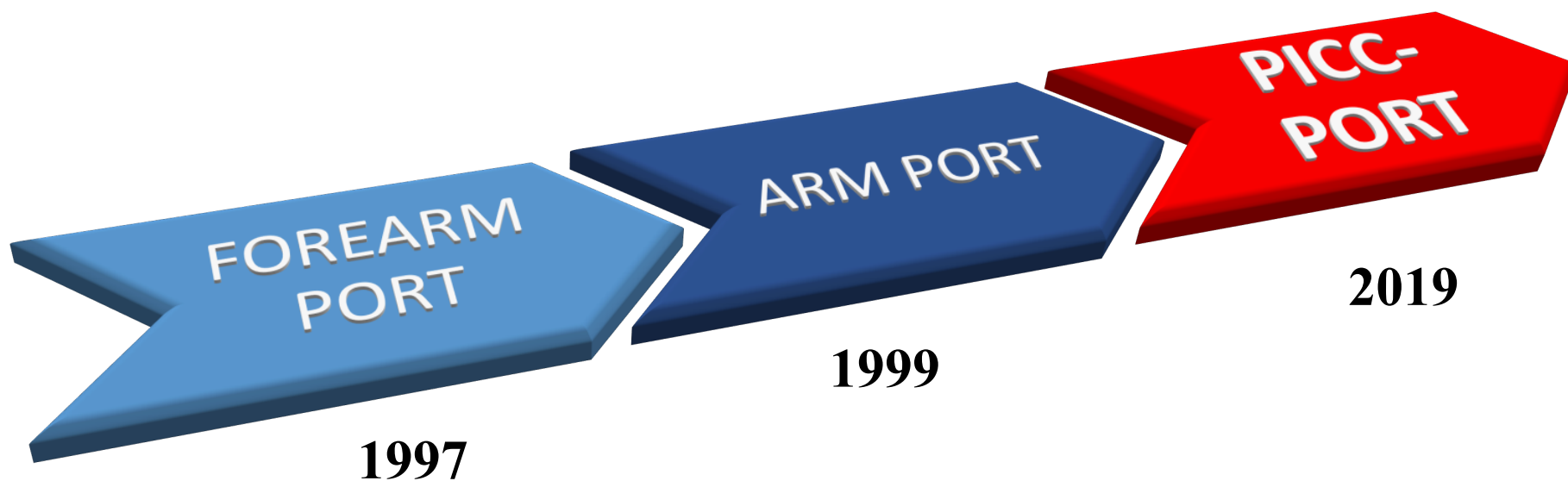
- **SICUREZZA ED EFFICACIA**
- **LUNGA DURATA**
- **BASSA MANUTENZIONE**
- **BASSI COSTI DI GESTIONE**

PUNTI DI DEBOLEZZA DEI PORT

- **PROCEDURA INVASIVA**
- **COSTI DI IMPIANTO**
- **DIFFICOLTÀ LOGISTICHE**
- **COMPLIANCE DEI PAZIENTI**

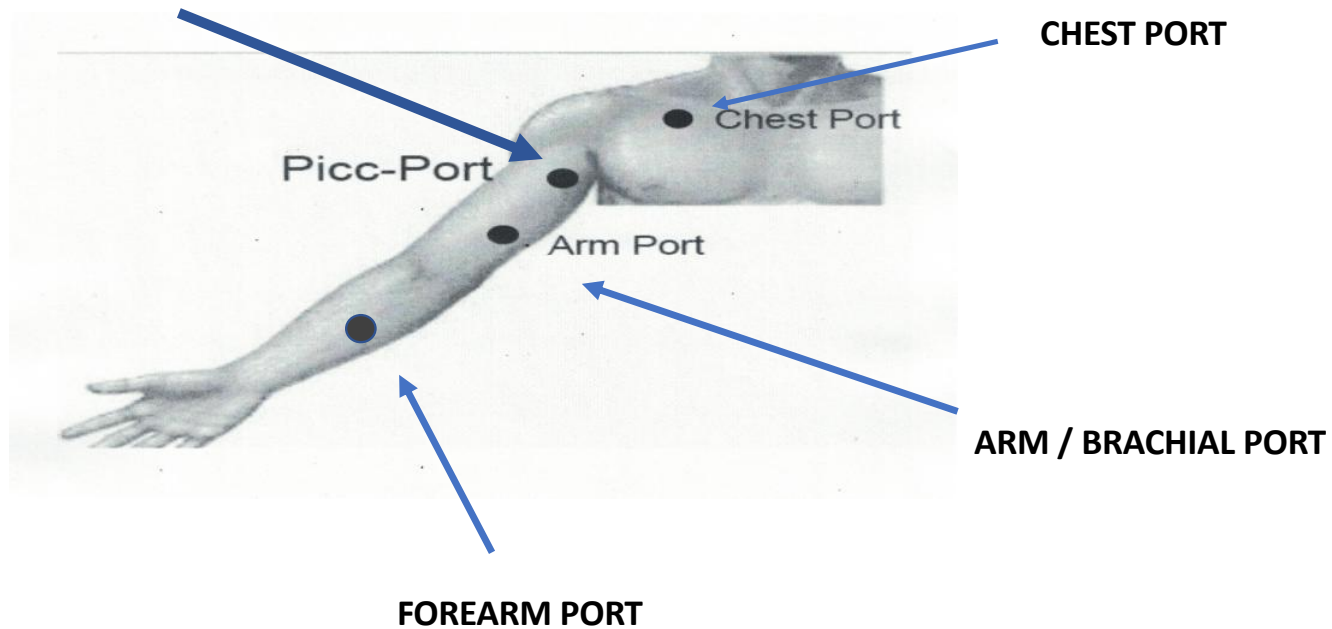
IL POSIZIONAMENTO BRACHIALE DEI PORT

Un processo evolutivo durato oltre 15 anni



LA DEFINIZIONE DI UN PICC-PORT NON E' SEMPLICEMENTE UNA QUESTIONE DI SEDE DEL RESERVOIR

PICC-Port



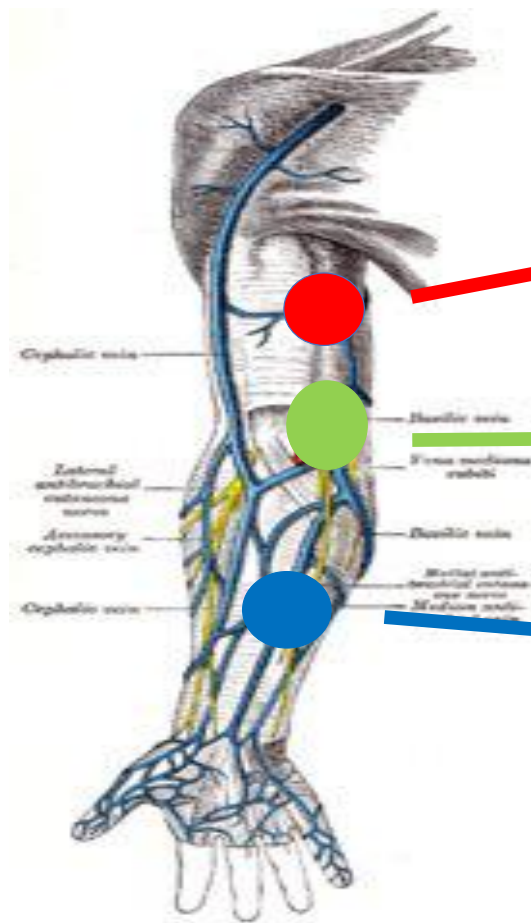
DIFFERENZE TRA PICC-PORT E ARM PORT

CARATTERISTICHE SPECIFICHE DEI PICC-port

- 1- - Inserzione del catetere al 1/3 prossimale del braccio
- 2- Tecnica di inserzione micro-Seldinger ecoguidata e non invasiva
- 3- Rispetto dei protocolli di inserzione sicuri come per i PICC (protocollo SIP - GAVeCeLT)

**IL PICC-Port ASSOCIA INSIEME LE TECNICHE DI
IMPIANTO DEI PICC A QUELLE DEI PORT**

I PICC-PORT SONO ACCESSI VASCOLARI TOTALMENTE IMPIANTABILI INSERITI AL 1/3 PROSSIMALE DEL BRACCIO MEDIANTE ECO-GUIDA CON TECNICA MICRO-SELDINGER E POSIZIONAMENTO DEL RESERVOIR SOTTOCUTANEO NELLA FACCIA MEDIALE DEL BRACCIO



PICC-Port

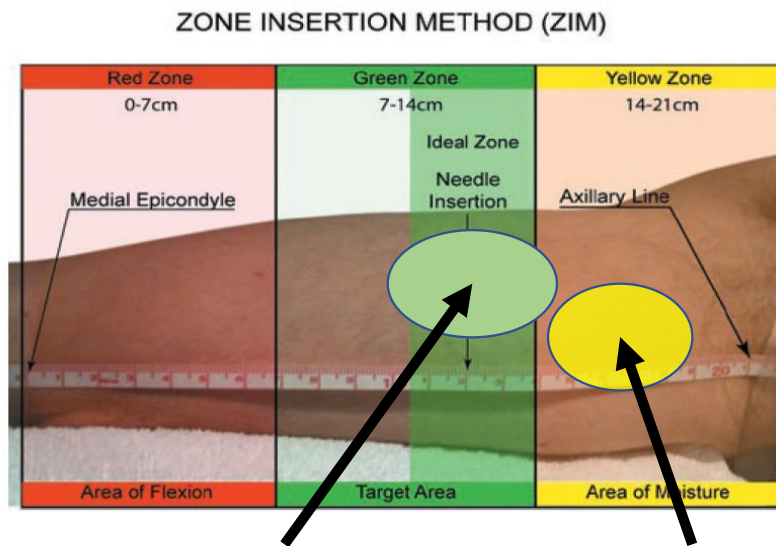
ARM PORT /PORT BRACHIALE

**FOREARM PORT /PORT
ALL' AVAMBRACCIO**

ASPETTI TECNICI EVOLUTIVI DELLA TECNICA DI POSIZIONAMENTO DI UN PICC-PORT

- 1. SITO DI ACCESSO E POSIZIONE DEL RESERVOIR**
- 2. TECNICA CHIRURGICA DEL CONFEZIONAMENTO TASCA DEL
RESERVOIR**
- 3. SUTURA DELLA BRECCIA CHIRURGICA**
- 4. UTILIZZO DELLA COLLA**
- 5. SCELTA DEGLI AGHI NON CAROTANTI (Huber)**
- 6. RIMOZIONE DEI PICC-PORT**

1. SEDE DELL' ACCESSO VENOSO E POSIZIONE DEL RESERVOIR



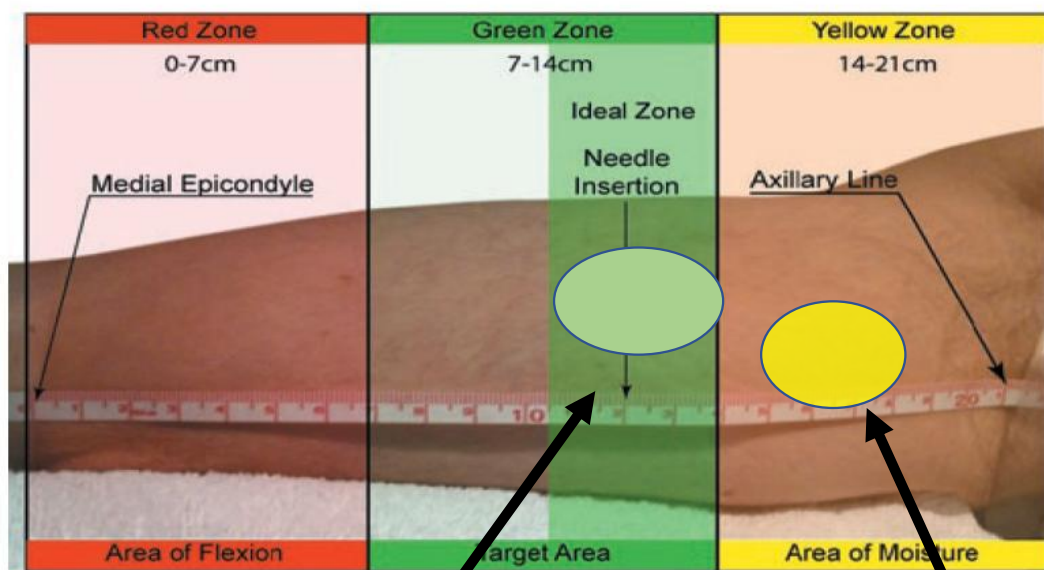
SEDE RESERVOIR

ACCESSO VASCOLARE

- LA DIMENSIONE DELLA VENA DEVE RISPETTARE IL RAPPORTO CATETERE VENA di 1a3
- IL RESEVOIR DEVE ESSERE COLLOCATO SULLA FASCIA MEDIALE DEL BICIPITE LONTANO DAL FASCIO VASCOLONERVOSO

TUNNELIZZARE O NO?

ZONE INSERTION METHOD (ZIM)



SEDE RESERVOIR

ACCESSO VASCOLARE

NECESSARIO QUALORA UNA VENA DI CALIBRO IDONEO PER IL RISPETTO DEL RAPPORTO CATETERE/VENA $\leq 1/3$ NON SIA REPERIBILE NELLA GREEN ZONE

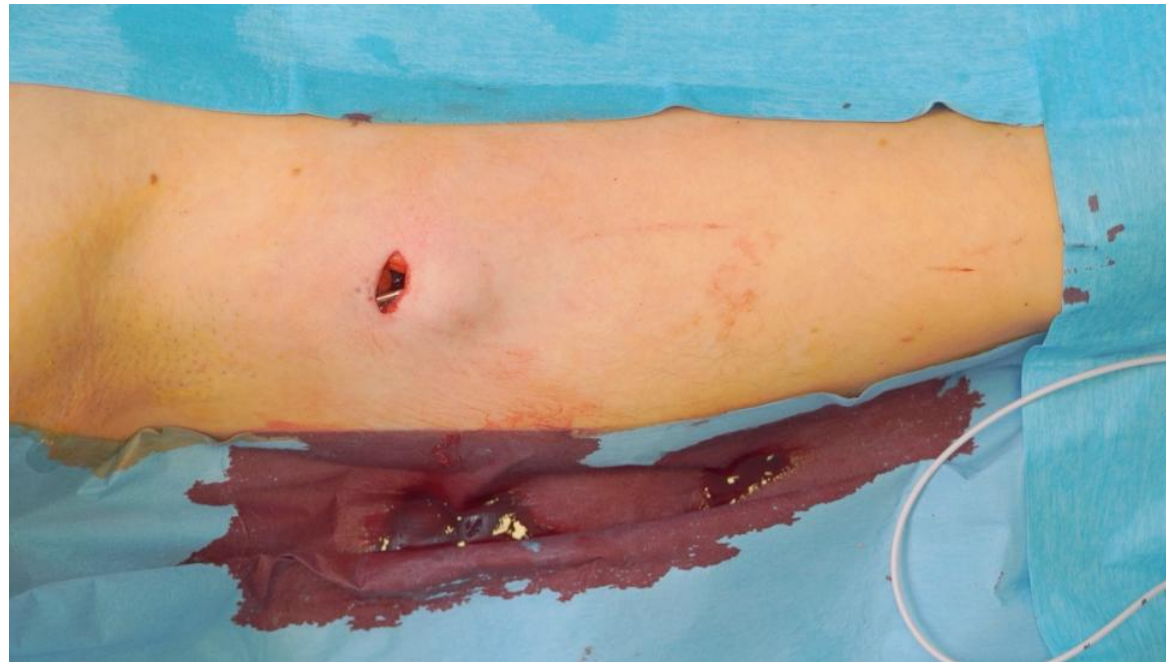
2. TECNICA CHIRURGICA DEL CONFEZIONAMENTO TASCA DEL RESERVOIR

Incisione chirurgica di ridotte dimensioni, dissezione smussa evitando l'uso della elettrocoagulazione a meno che non sia indispensabile



3-SUTURA DELLA BRECCIA CHIRURGICA

Materiale riassorbibile



4-UTILIZZO DELLA COLLA

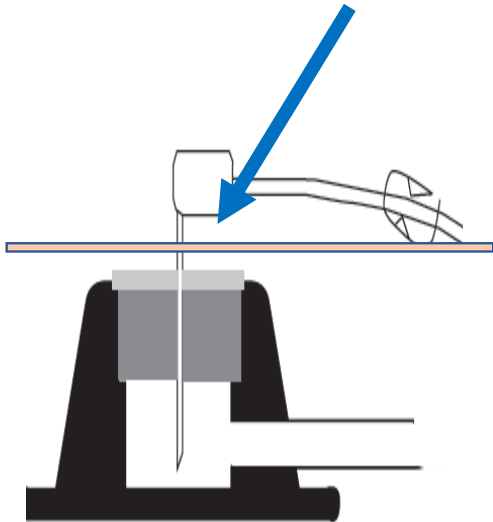
Preferibilmente N-Butyl Cyanoacrylate



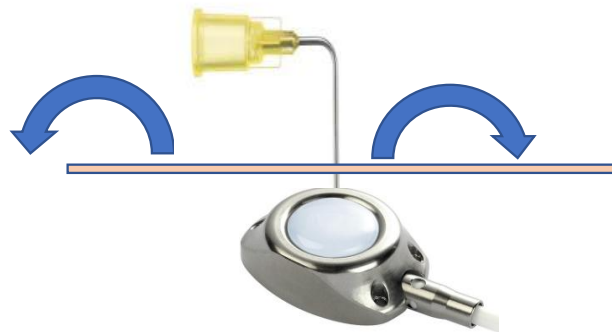
5. CORRETTA SCELTA DEGLI AGHI NON CAROTANTI (Huber)

Si consiglia di lunghezze degli aghi tra 15 mm e 20 mm e diametro tra 22 e 20 Gauge

RIDOTTO SPAZIO TRA L'HUB DELL'AGO E LA SOTTOSTANTE CUTE



RIDUZIONE MOVIMENTI DELL'AGO E PREVENZIONE DISLOCAZIONE DELLO STESSO



MIGLIOR STABILIZZAZIONE CON PELLICOLA TRASPARENTE

6. TECNICA DI RIMOZIONE DEI PICC-Port

Del tutto simile alla rimozione dei Port toracici



CONSIGLI PRATICI PER IL CORRETTO POSIZIONAMENTO DI UN PICC-Port



GRAZIE PER L'ATTENZIONE !



s.bertoglio@p1h.it