

Prise en charge d'une extravasation d'un médicament non-cytotoxique

| IOMERON 350 ® IOMERON 400 ® (Iomeprol, agent de contraste non ionique de basse osmolarité) | | Risque de sévérité (1): ELEVE | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|--------------|-----|---|--|--------|---|--|-------|---|--|--------|---|---|------------|---|--|
| Facteurs de risque liés au médicament | <ul style="list-style-type: none"> Osmolalité = 618 mOsm/kg pour Iomeron 350 ® et 726 mOsm/kg pour l'Iomeron 400 ® Viscosité élevée (7,5 ± 0,6 mPa*s vs 12,6 ± 1.1 mPa*s). Représente un facteur de gravité des dommages tissulaires.(2) Volume extravasé supérieur à 100 mL → Signe de gravité (3). Présence de trométamol comme excipient pourrait représenter un facteur de risque supplémentaire. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Symptômes cliniques possibles lors d'extravasation | <p><u>Dans la plupart des cas :</u> (2)</p> <ul style="list-style-type: none"> Douleurs Œdème Erythème <p>Ces réactions sont le plus souvent transitoires et évoluent vers une guérison sans séquelle.</p> <p><u>Rare :</u> (2)</p> <ul style="list-style-type: none"> Inflammation Développement d'une nécrose Développement d'une ulcération de la peau (4) | <p><u>Symptômes indicateurs de lésions sévères nécessitant un avis chirurgical :</u> (3) (5) (6)</p> <ul style="list-style-type: none"> Phlyctènes ou aspect cartonné de la peau Altération de la perfusion des tissus Paresthésie, diminution de la force musculaire Augmentation ou persistance des douleurs après 4h | <p><u>Evolution :</u> (4)</p> <p>Les symptômes disparaissent en général dans les 2 à 4 jours suivant l'incident en cas d'absence de symptômes graves.</p> <p>NB : La première évaluation clinique ne permet pas de prédire s'il s'agit d'une lésion rapidement résorbée ou si l'évolution sera défavorable (apparition d'une ulcération, d'une nécrose ou d'un autre dommage tissulaire).</p> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Autres symptômes (hors extravasation) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cas recensés dans la littérature | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cas cliniques recensés entre 2012 et 2015 (1) | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Degré de sévérité</th> <th>Nombre</th> <th>Commentaires</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nul</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Faible</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Moyen</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sévère</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td rowspan="2">Deux cas sont survenus suite à l'extravasation d'un volume < à 100 mL. Un cas impliquant du Iomeron ® 400 a été jugé très sévère.</td> </tr> <tr> <td>Non évalué</td> <td style="text-align: center;">7</td> </tr> </tbody> </table> | Degré de sévérité | Nombre | Commentaires | Nul | 0 | | Faible | 5 | | Moyen | 2 | | Sévère | 3 | Deux cas sont survenus suite à l'extravasation d'un volume < à 100 mL. Un cas impliquant du Iomeron ® 400 a été jugé très sévère. | Non évalué | 7 | |
| Degré de sévérité | Nombre | Commentaires | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nul | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Faible | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Moyen | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sévère | 3 | Deux cas sont survenus suite à l'extravasation d'un volume < à 100 mL. Un cas impliquant du Iomeron ® 400 a été jugé très sévère. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Non évalué | 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Remarques concernant administration | Administration sous-cutanée ou par voie intramusculaire non applicable | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Prise en charge proposée | <ul style="list-style-type: none"> Retirer la voie. Surélever le bras. Appliquer une compresse froide (coldpack) en protégeant la peau 20 min/heure pendant 6 heures. Traitement antalgique si nécessaire. Si les injections doivent être poursuivies, privilégier l'autre bras. Vu la gravité potentielle de l'atteinte tissulaire, assurer un suivi clinique régulier (délimitation du contour de l'extravasation sur la peau, prise de photos avec consentement du patient, évaluer le risque de compression tissulaire selon le volume extravasé et l'apparition d'une nécrose, contacter chirurgien au besoin). | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Références:

1. Jaren L. Analyse rétrospective des extravasations de médicaments non-cytotoxiques à l'hôpital, UNIGE, PIC. 2015.
2. CHUV. RefMed.
3. Prévention de l'extravasation de produit de contraste [Internet]. CIRTACI; 2005. Disponible sur: <http://www.iradiologie.com/documents/documentation/023c5e6277d6c953a5f4c7fcd5d2eb52.pdf>
4. Schaverien MV, Evison D, McCulley SJ. Management of large volume CT contrast medium extravasation injury: technical refinement and literature review. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2008;61(5):562-565; discussion 565.
5. Bellin M-F, Jakobsen JA, Tomassin I, Thomsen HS, Morcos SK, Thomsen HS, et al. Contrast medium extravasation injury: guidelines for prevention and management. Eur Radiol. nov 2002;12(11):2807-12.
6. Reynolds PM, MacLaren R, Mueller SW, Fish DN, Kiser TH. Management of Extravasation Injuries: A Focused Evaluation of Non cytotoxic Medications. Pharmacotherapy. juin 2014;34(6):617-32.