

CONTRE-INDICATIONS

- **Infection** cutanée / infection osseuse / **tumeur** cutanée sur le site d'insertion
- Traumatisme/**Fracture de l'os** concerné
- **IO** ou tentative d'IO sur le même os **dans les 48h**
 - **Matériel** prothétique
 - Ostéogénèse imparfaite = CI relative
- **Saignement veineux majeur** en aval du site de pose

COMPLICATIONS : RARES !

- **Fracture**
- Lésion du cartilage de croissance
 - **Embolie graisseuse**
 - **Syndrome des loges**
 - **Infection** locale, septicémie
- **Extravasation** → nécrose des tissus









PROCEDURE DE POSE

1. **PREPARATION DU MATERIEL** : Vérification du bon fonctionnement de la perceuse, 1 seringue vide de 10ml, 2 seringues de 10 ml de NaCl 0,9% (**PED** : 2 à 5 ml), tubulure de perfusion + de Kt IO purgées, poche de contre pression positionnée sur le pochon de NaCl 0,9%
2. **REPERAGE DU SITE** de pose + choix de l'aiguille + **DESINFECTION** cutanée
3. **ENFONCER** l'aiguille en traversant les tissus mous **JUSQU'À L'OS, SANS ACTIONNER** la perceuse
Quelle que soit l'aiguille, AU MOINS UN REPERE NOIR DOIT ETRE VISIBLE AVANT DE PERCER L'OS
Dans le cas contraire, prendre une aiguille plus grande
4. **PERCER** jusqu'à sentir une perte de résistance (passage de la corticale)
ARRETER la perceuse dès PERTE DE RESISTANCE, même si le KT n'est pas enfoncé totalement
5. **DEVISSER ET RETIRER** l'introducteur, le placer dans le système de protection (rouge)
6. Réaliser un **TEST D'ASPIRATION** (Même si pas de retour, le KT peut être en place)
La moelle aspirée peut être techniquée pour des PRL (tube hépariné) : prévenir le laboratoire +++
7. Réaliser l'**INJECTION** des 2 seringues de NaCl 0,9% : création de la cavité
Flush douloureux, si conscient : discuter l'injection de lidocaïne 2% non adrénalinée avant le flush sur 2'
20 à 40 mg chez l'adulte (**PED** : 0,5 mg/Kg)
8. Placer le **PANSEMENT Stabilizer®**
9. **RACCORDER** le trocart avec la tubulure coudée puis la tubulure avec son pochon
Des **PRESSIONS** jusqu'à 300 mmHg peuvent parfois être utilisées pour assurer un débit
10. Noter l'heure de pose du dispositif intra-osseux

SURVEILLANCE : coloration, induration, douleur (diffusion en dehors de la cavité médullaire)

A SAVOIR

- **DOSES** identiques à celles de la voie IV, équivalent de voie centrale
- **TOUS LES MEDICAMENTS** administrables par voie IV le sont par voie IO
 - En cas d'**ECHEC**, ne pas piquer une seconde fois le même os
 - **RETRAIT** : ôter le pansement, visser une seringue au cathéter,
Tourner dans le sens des aiguilles d'une montre
 - **NE PAS GARDER > 48H**
 - **EVITER POUR BODYSCANNER**, image de très mauvaise qualité

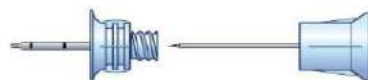
	ADULTE	ENFANT
HUMERUS PROXIMAL	 <p>AIGUILLE JAUNE</p> <p>Patient coude à 90° Main sur l'abdomen Insertion 1 à 2 cm au-dessus du col chirurgical, Sur la partie la plus proéminente du tubercule majeur Viser omoplate controlatérale</p>	<p>Idem adulte pour le positionnement Insertion au-dessus du col chirurgical, sur la partie la plus proéminente du tubercule majeur</p>
TIBIA PROXIMAL	 <p>2 travers de doigt (3 cm) sous la patella + 2 cm en interne par rapport à la TTA, sur la partie plane du tibia</p>	 <p>1 travers de doigt (1 cm) sous la rotule, légèrement médial, sur la partie plane du tibia Pincer le tibia entre 2 doigts pour insérer au milieu de la distance bord médial / bord latéral</p>
TIBIA DISTAL	 <p>2 travers de doigts (3 cm) au-dessus de la partie la plus proéminente de la malléole interne</p>	 <p>1 travers de doigt (1-2 cm) au-dessus de la partie la plus proéminente de la malléole interne. Au milieu de la distance bord antérieur / bord postérieur du tibia sur sa partie plane</p>
FEMUR DISTAL	<p>Non utilisé</p>	 <p>1 travers de doigt au-dessus du bord supérieur de la patella, 1 à 2 cm en médial pour éviter le tendon rotulien. Transport jambe tendue : si le KTIO touche le tendon, jambe pliée = avulsion du KT</p>

15mm



3 à 39 Kg

25mm



+ 40 Kg

45mm



Obèse