



Pose et utilisation d'un cathéter veineux périphérique chez l'adulte et l'enfant de plus de 30 mois

Près de 25 millions de cathéters veineux périphériques (CVP) sont posés chaque année en France. Cette mise en place peut être à l'origine d'infections locales ou systémiques potentiellement sévères.

Afin d'éviter ces infections locales ou générales et réduire les intolérances liées aux CVP, il est nécessaire de rédiger une **procédure écrite, validée et connue de tous**, celle-ci doit mettre l'accent sur le respect des précautions d'antisepsie strictes lors de la pose et des manipulations.

MISE EN PLACE



PREPARATION DU MATERIEL

Matériaux et type de CVP utilisés : en polyuréthanes ou en polymères fluorés
L'utilisation de matériel de sécurité doit être privilégiée dans le cadre de la protection des professionnels vis-à-vis du risque d'accident d'exposition au sang (AES)
Utiliser un garrot préalablement désinfecté

Friction hydro alcoolique (FHA) puis préparation du matériel nécessaire au geste sur un plan de travail, préalablement nettoyé désinfecté.

PREPARATION DU PATIENT

Hors urgence, pose si possible après la toilette

Installer le patient (lit, fauteuil...)

Antalgie selon protocole ou prescription médicale

Choix du site :

- Préférer l'avant-bras et la main (gauche pour les droitiers et inversement) en évitant le pli du coude et également les membres inférieurs
- Contre-indications : le coté d'un curage axillaire, d'une fistule artério-veineuse, un bras hémiparétique, la présence sur le membre d'une lésion cutanée et infectieuse

Eviter la dépilation, si impossible (pilosité importante) : tonte la moins large possible

ANTISEPSIE

Choisir un antiseptique alcoolique

Choisir un savon doux liquide si nécessaire

Friction hydro alcoolique

En l'absence de souillures visibles

1. Application large d'un antiseptique alcoolique avec des compresses stériles (temps de contact minimum = 30s)

2. Séchage spontané complet de l'antiseptique appliqué avant de débiter l'acte

Si présence de souillures visibles

1. Nettoyage de la peau avec un savon doux liquide unidose (à défaut savon antiseptique)

2. Rinçage à l'eau ou au sérum physiologique

3. Séchage avec des compresses

4. Application large d'un antiseptique alcoolique (temps de contact minimum = 30s)

5. Séchage spontané complet de l'antiseptique appliqué avant de débiter l'acte



INSERTION DU CATHETER

FHA et port de gants non stériles pour la prévention des AES

Mettre en place le cathéter, retirer le mandrin et l'éliminer immédiatement dans le collecteur pour objets perforants

Effectuer une pression et/ou mettre une compresse stérile sous le cathéter (qui sera retirée dès la fin du branchement)

Brancher la perfusion et vérifier le reflux



PANSEMENT



- Fixer le cathéter avec des bandelettes adhésives stériles après vérification du reflux
- Recouvrir le site d'insertion par un pansement adhésif stérile, semi perméable transparent (pour permettre la surveillance du point d'insertion)

Retrait des gants et FHA

TRACABILITE DE LA POSE

Noter la date de pose sur le pansement et sur le dossier du patient, en précisant la localisation du CVP et le type du cathéter utilisé

Si le cathéter est posé en condition d'urgence, le reposer dès que possible

MANIPULATION



Toute manipulation est précédée d'une FHA et se fait avec des compresses stériles imbibées d'antiseptique alcoolique

Respecter la notion de système clos en regroupant les manipulations et en utilisant un robinet 3 voies ou une rampe de perfusion
Changer les bouchons à usage unique après chaque utilisation

PANSEMENT

- Pas de changement périodique, sauf si souillures ou perte d'étanchéité : changement immédiat du cathéter (à noter dans le dossier, la date notée sur le pansement reste celle de la pose)

LIGNES DE PERFUSION

- Pas de changement périodique, changement en même temps que le cathéter
- Sauf si transfusion ou perfusion d'émulsion lipidique = changement à chaque fois
- Le prolongateur adjoint au cathéter est considéré comme faisant partie du cathéter et non de la ligne veineuse : il n'est donc pas concerné par le rythme de changement des tubulures. Il est changé en même temps que le cathéter.
- Après chaque perfusion, en discontinu, rinçage de la voie au sérum physiologique

En cas de cathéter bouché, préférer le changement de site à toute manœuvre de désobstruction en force car il y a un risque d'embol

SURVEILLANCE

Effectuer une surveillance clinique au moins quotidienne (présence ou absence de signes locaux ou généraux) avec traçabilité dans le dossier du patient

Indice	Signes cliniques	Indice	Conduite à tenir en fonction de l'indice
0	Pas de signe	0	Surveillance quotidienne du point de ponction
1	Sensibilité du site d'insertion ou rougeur : pas de gonflement, pas d'induration	1 et 2	Renforcer la surveillance du point de ponction
2	Sensibilité du site d'insertion (avec rougeur ou léger gonflement) : pas d'induration ni d'écoulement	3 et 4	Prévenir le médecin. Retirer le cathéter. Faire un pansement alcoolisé qui sera renouvelé 2 à 3 fois par jour selon la sévérité des signes cliniques et jusqu'à disparition de ces signes.
3	Sensibilité du site d'insertion avec rougeur et léger gonflement ou cordon veineux palpable ou écoulement		
4	Sensibilité du site d'insertion et rougeur et léger gonflement et cordon veineux palpable +/- écoulement	5	Prévenir le médecin. Retirer le cathéter +/- mettre l'extrémité distale en culture et/ou prélèvement de pus. Désinfection et pansement antiseptique alcoolique 2 fois par jour et jusqu'à disparition des signes cliniques. Mettre en place une antibiothérapie adaptée au résultat microbiologique dès que possible.
5	Présence de pus et tous les signes de l'indice 4 ou signe généraux d'infection et indice 3 ou 4		

D'après l'échelle de Madoxx modifiée

CHANGEMENT DU CATHETER

La durée du cathétérisme intervient dans le mécanisme de la colonisation bactérienne, le risque augmente de façon exponentielle au-delà de 96h

Changer le CVP **toutes les 96 heures** (sauf capital veineux précaire : à noter dans le dossier)
Si maintien au-delà renforcement de la surveillance

En cas d'ablation définitive du cathéter, le tracer dans le dossier du patient

Groupe de travail : CANOVA M. CH SAINT DIE DES VOSGES, COLNOT I. C.H. EPINAL, DIGUIO N. C.H.R.U. NANCY, FUMERY B. CLINIQUE LOUIS PASTEUR – ESSEY LES NANCY, GAUTHIER F. CENTRE DE REEDUCATION FLORENTIN, LANG D. C.H. SAINT AVOLD, MAZZOLI I. AHVO – MOYEVRE GRANDE, MERTEL N. C.H SARREGUEMINES, MOLY F. POLYCLINIQUE LA LIGNE BLEUE – EPINAL, PIZZOLATO P. C.H BRIEY, RAPHENNE D. CENTRE JACQUES PARISOT – BAINVILLE SUR MADON, RENEL S. CH – NEUFCHATEAU, THIEBAUT B. HOPITAL LOCAL – LAMARCHE, THIEBAUT C. C.H. TOUL, TOUSSAINT E. CH –REMIREMONT, UNTERSINGER M. C.H. MONT ST MARTIN, GUERRE K. ARLIN Lorraine, POIRIER E. ARLIN Lorraine