

Foire aux Questions (FAQ)



Suite aux recommandations Prévention des infections liées aux cathéters périphériques vasculaires et sous-cutanés

- Antiseptie et pose d'un cathéter périphérique

Question 1 : Quelle préparation du bras du patient avant la pose d'un cathéter veineux périphérique ?

Réponse : Chez un patient ayant une hygiène de base satisfaisante (douche ou toilette au lit au moins quotidienne), un bras visiblement propre, il n'est pas nécessaire de faire une déterision (sauf en cas de peau grasse ou de sueur abondante). Si la peau apparaît souillée, un nettoyage à l'eau et au savon sera nécessaire.

L'antiseptique alcoolique utilisé aura une concentration voisine de 70%, à base de chlorhexidine (2% ou 0,5%) ou de polyvidone iodée ; au moins une application sera réalisée. **Veiller à laisser sécher.**

1

- Fixation du cathéter

Question 2 : Faut-il fixer un cathéter veineux périphérique en plus sous le pansement transparent ?

Réponse :

1. La présence de signes inflammatoires au niveau du site de ponction ne signe une infection que dans 20% des cas (1, 2)
2. Une équipe australienne observe que 32% des CVP sont retirés avant la fin du traitement pour cause de veinite, d'infiltration, d'occlusion ou de retrait accidentel) (3)
3. Cette même équipe constate que toute fixation supplémentaire du pansement est associée à une réduction significative des occlusions, de veinites ou des retraits accidentels (4)

A ce jour, le groupe de travail recommande de fixer le CVP avec des bandelettes adhésives stériles (B-3).

Cet adhésif doit être posé au niveau de l'embase, à distance du point d'insertion du cathéter.

(1) Brun-Buisson C., Cathéters et infection : questions actuelles, in La lettre de l'infectiologue, tome V, vol.11, 1990, pp373-78

(2) Groupe Réanis, Prévention des complications infectieuses liées aux dispositifs intravasculaires, in Guide pour la prévention des infections nosocomiales en réanimation, Arnette, 1994 pp71-86

(3) Marsh N, Webster J, Mihala G, Rickard CM. Devices and dressings to secure peripheral venous catheters: A Cochrane systematic review and meta-analysis. Int J Nurs Stud 2017;67:12-19

(4) Marsh N, Webster J, Larsen E, Cooke M, Mihala G, Rickard CM. Observational study of peripheral intravenous catheter outcomes in adult hospitalised patients: a multivariable analysis of peripheral intravenous catheter failure. J Hosp Med 2018; 13: 83-89.

- Retrait prématuré d'un CVP pour cause de veinite

Question 3 : Que préconisez-vous pour limiter les veinites ?

Réponse : Le groupe de travail sur les recommandations de la SF2H a fait le choix :

1. d'étudier les divers pansements et fixations existantes permettant un bon maintien du cathéter afin de prévenir les veinites d'origine mécanique (cf. question 2)
2. de ne pas aborder le problème des veinites liées aux traitements veinotoxiques. Nos collègues belges du CHU de Charleroi ont réalisé un référentiel concernant la causticité des molécules que vous pouvez retrouver sur un diaporama présenté aux Journées Francophones des Infirmier(e)s hygiénistes à Lausanne en 2018.

<https://www.rif2018-lausanne.ch/wp-content/uploads/2018/05/Janiczek-Jean.pdf>

- Valves bidirectionnelles

Question 4 : Y a-t-il un intérêt à mettre plusieurs valves bidirectionnelles sur une ligne de perfusion ?

Réponse : Il n'y a aucun intérêt à mettre une valve bidirectionnelle sur une ligne de perfusion en continue :

1. La durée nécessaire à la désinfection du septum avant utilisation (minimum 15 secondes) n'est pas plus rapide que le retrait du bouchon obturateur
2. Elle n'offre pas d'avantage de sécurité dans la prévention du risque infectieux
3. Elle prévient le risque d'embolie gazeuse uniquement si la déconnexion accidentelle se produit à la connexion valve – ligne de perfusion.

Lors d'utilisation discontinue d'un accès vasculaire, une valve bidirectionnelle peut remplacer le robinet car elle est moins volumineuse et donc elle gênera moins le patient.

2

- Antiseptie pour la manipulation de la ligne de perfusion

Question 5 : Je croyais que les antiseptiques alcooliques étaient supérieurs à l'alcool à 70%. Pourquoi la SF2H préconise-t-elle son utilisation pour la manipulation des rampes et les robinets ?

Réponse : L'activité antimicrobienne des antiseptiques en solutions alcooliques est supérieure sur la peau saine, par contre la supériorité de la chlorhexidine alcoolique ou de la polyvidone iodée alcoolique sur l'alcool à 70% pour la désinfection des surfaces inertes n'est pas prouvée.

- Recherche du retour veineux

Question 6 : Faut-il aspirer pour vérifier un cathéter périphérique, avant chaque utilisation ?

Réponse : Ce sujet n'est pas abordé dans les recommandations internationales et il n'y a pas EBN (Evidence Based Nursing) sur cette question.

La recherche de la perméabilité du cathéter dépend du contexte :

- en discontinue, faire un retour veineux puis un rinçage pulsé et brancher le traitement en discontinue (donc aspirer puis pousser)
- en continue, vérifier que le débit correspond à celui attendu, brancher le traitement (on ne met pas une seringue pour vérifier la perméabilité)

- Durée de maintien du cathéter

Question 7 : Dans mon établissement, il n’y a pas de cathéter à prolongateur intégré. Combien de temps un CVP peut-il rester ?

Réponse : S’il y a toujours un traitement intraveineux et en l’absence de signes cliniques de complication, un cathéter sans prolongateur intégré ne pourra pas rester plus de 7 jours.

1. Au bout de 7 jours la ligne de perfusion principale doit être changée car les bouchons et valves sont donnés pour ce délai maximum par les fabricants (en 2019)
2. Toute déconnexion du cathéter avec la ligne de perfusion nécessite le changement du cathéter (commentaire de la recommandation 24) car la manipulation de l’embase augmente le risque infectieux (rupture du système clos) et le risque de veinite.

- Réfection d’un pansement de CVP restant plus de 7 jours :

Question 8 : Faut-il recommander la réfection systématique du pansement d’un cathéter restant plus de 7 jours ?

Réponse :

1. il y a extrêmement peu de CVP qui pourront rester plus de 7 jours (retrait avant car pas de prolongateur intégré, fin de traitement, ...) et le pansement sera peut-être décollé avant
2. nous n'avons aucune bibliographie concernant les CVP ; les recommandations du CDC 2011 pour les CVC indiquent : changement tous les 7 jours sauf en pédiatrie où le bénéfice du changement du pansement est inférieur au risque de faire bouger le CVC (catégorie I B) – Le CDC évoque l’article de RASERO en 2000 comparant 2 groupes de patients subissant une greffe de moelle osseuse. L'objectif de l’étude était de comparer deux protocoles d'intervalle de temps différents pour le pansement CVC afin d'évaluer les effets sur les infections locales et la toxicité. 399 patients greffés de moelle osseuse présentant : CVC tunnelisé - groupe A, 230 patients, changements de pansement de CVC tous les 5 ou 10 jours et CVC non tunnelisé - groupe B, 169 pts changement de pansement tous les 2 ou 5 jours. Dans les deux groupes, pas d'augmentation significative du taux d'infections locales, tandis que ceux qui ont reçu un pansement tous les 2 jours ont présenté une augmentation significative de la toxicité cutanée locale. Les résultats démontrent que l’augmentation de l’intervalle de temps entre les changements de pansement CVC chez les patients BMT n’augmente pas le risque d’infections locales, tout en réduisant significativement l’inconfort et les coûts des patients.

Le groupe de travail recommande de procéder à la réfection du pansement uniquement s’il est décollé ou souillé, et ce dans les mêmes conditions que celles de pose. B-3 (recommandation 12)

- Présence médicale lors du retrait d’un midline

Question 9 : Est-ce qu’un midline peut-être ôté à domicile ? Si oui, y a-t-il des recos spécifiques (exemple : présence médicale) ?

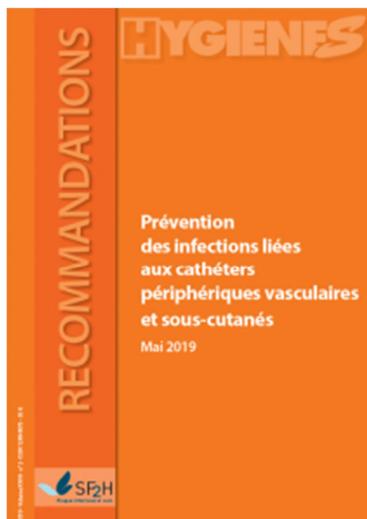
Réponse : Ce point n'a pas été précisé dans les recommandations. Cependant, le midline étant un cathéter périphérique, il peut être retiré à domicile par une IDE sans qu'une présence médicale soit nécessaire. Par contre, il faut être sûr qu'il s'agit bien d'un midline et pas d'un PICC (écrit au niveau de l'embase ou dans les transmissions lors de la sortie du patient de l'ETS).

- Délai de maintien d'un midline non utilisé

Question 10 : Comment de temps peut rester un midline non utilisé ?

Réponse : Le schéma thérapeutique des patients équipés avec un PICC est différent de celui des patients équipés avec un midline. Sur un schéma thérapeutique de longue durée sur accès central il est possible d'avoir des périodes de non utilisation de plusieurs jours. Ainsi, il a été nécessaire dans les recommandations PICC de tenir compte de ce point et de recommander un rinçage pulsé hebdomadaire pour assurer la perméabilité du PICC. Le midline est posé pour une indication périphérique de courte durée (moins d'un mois), les schémas thérapeutiques sont différents et les périodes de non utilisation beaucoup plus réduites.

Théoriquement, de la même façon que pour le PICC, à partir du moment où le rinçage pulsé est correctement fait au moment de la mise en discontinu de l'accès, il est possible de le réutiliser dans le délai de maintien du cathéter. Cependant, la pertinence de maintien d'un midline non utilisé pendant 4 jours se pose car, il convient de se poser quotidiennement la question de l'intérêt du maintien de l'accès.



Les documents et les recommandations « Prévention des infections liées aux cathéters périphériques vasculaires et sous-cutanés » sont consultables [sur le site de la SF2H](#) , et en cliquant directement [sur ce lien](#).