

Nouvelles recommandations sur les cathéters périphériques et sous cutanés :

Quoi de neuf ? Testez vos connaissances

Introduction - *Prévalence*

- Les cathéters périphériques vasculaires et sous cutanés sont des dispositifs invasifs largement utilisés dans nos établissements de soins.
- Lors de l'enquête nationale de prévalence des Infections Associées aux Soins (IAS) de 2017
 - sur 80 998 patients hospitalisés un jour donné
 - 19 217 (24%) étaient porteurs d'un cathéter périphérique
 - et 3286 (4%) d'un cathéter sous cutané
- Chiffres que l'on peut rapporter aux 12,7 millions de patients hospitalisés en France en 2017

Complications

- Leurs complications infectieuses, bien que moins surveillées et sûrement moins fréquentes que celles liées aux cathéters centraux n'en sont pas moins un sujet de préoccupation pour nous tous.
- Dans une récente revue de la littérature,
 - Incidence des bactériémies sur CVP autour de 0.2% ou 0.5 / 1000 jours de cathéters
 - Cathéters périphériques = 22% de toutes les bactériémies sur cathéter

Mermel et al. Clin Infect Dis. 2017

Nouvelles recommandations

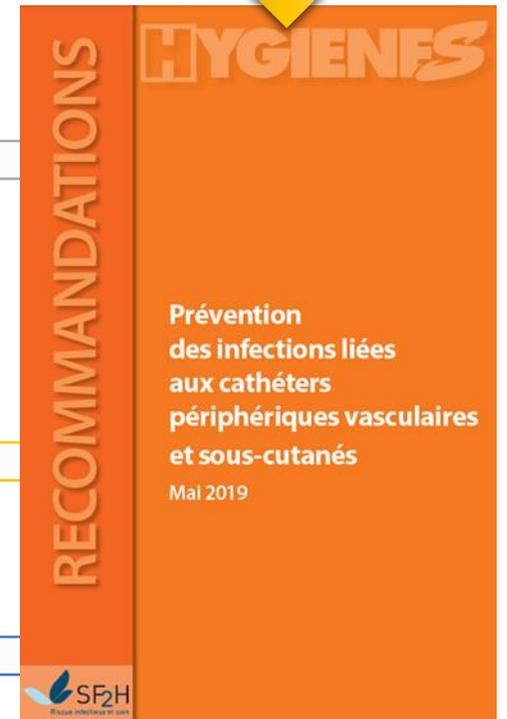
Révision des recommandations 2005 prenant en compte des données récentes de la littérature et des recommandations internationales



Stratégie de maîtrise du risque infectieux lié aux actes invasifs (PROPIAS 2015 axe 3 « Réduire les risques infectieux associés aux actes invasifs tout au long du parcours de santé »)

Prévention concernant les établissements de santé et médicaux sociaux et la ville (Nouvelles missions nationales des CPIAS sous la coordination de Santé Publique France, incitant à participer à SPIADI (Surveillance et Prévention des Infections Associées aux Dispositifs Invasifs) proposée par le CPIAS Centre Centre Val de Loire

Recommandations basées sur une méthode HAS de pratiques cliniques



Qualité et niveau de preuve

Niveau de preuve

- **1 = Preuve scientifique établie** : au moins un essai randomisé de bonne qualité ou une méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ou une analyse de décision fondée sur des études bien menées
- **2 = Présomption scientifique** : au moins un essai non randomisé ou étude de cohorte ou étude cas/témoins ou étude multicentrique ou série historique ou au moins des résultats indiscutables d'études non contrôlées
- **3 = Faible niveau de preuve** : opinion d'expert, résultats d'une expérience clinique, étude descriptive ou résultats d'un consensus de professionnels

La force des recommandations selon Kish

- A- Il est fortement recommandé de faire...
- B- Il est recommandé de faire...
- C- Il est possible de faire ou de ne pas faire...
- D- Il est recommandé de ne pas faire...
- E- Il est fortement recommandé de ne pas faire...



Un guide

3 parties relatives à la prévention des infections associées

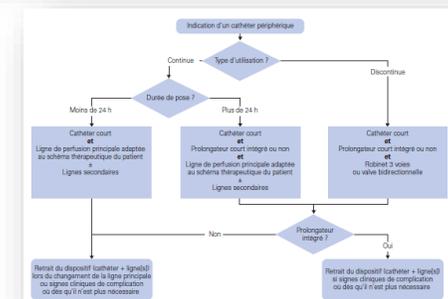
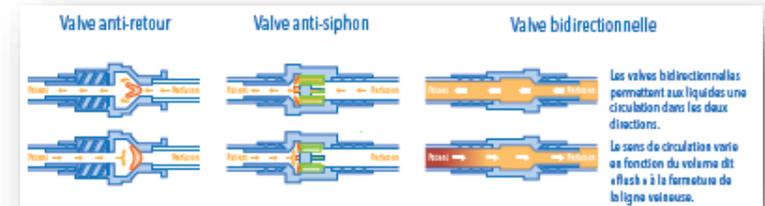
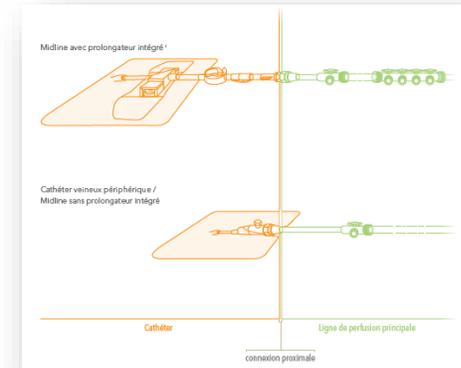
- CVP (révision)
 - Midlines
 - Cathéters sous cutanés
- } 1ères reco. nationales

Rappel des définitions

- Bouchons obturateurs
- Connexions proximales
- Valves bidirectionnelles

Arbre décisionnel pour le choix des accès vasculaires

- Quels traitement?
- Quelles durée?
- Dispositif de 1^{ère} intention et alternative



Synthèse des recommandations et commentaires

Synthèse des recommandations et commentaires

Recommandations communes aux cathéters périphériques vasculaires (CVP et midline) et sous-cutanés

Matériel et tenue professionnelle

R1. Il est fortement recommandé d'utiliser des matériels sécurisés dans le cadre de la protection des professionnels vis-à-vis du risque infectieux et de former les professionnels à l'utilisation de ces matériels (A - Règlementaire).

R2. Il est recommandé de ne pas porter une blouse stérile et une charlotte s'agissant spécifiquement de la prévention du risque infectieux lié au cathéter veineux périphérique ou au midline sans prolongateur (restant moins de 8 jours) ou au cathéter sous-cutané (D-3).

Commentaire : La tenue professionnelle est adaptée à la réalisation de ce soin.

R3. Il est fortement recommandé de réaliser immé-

Antisepsie

R6. Il est recommandé de ne pas dépiler la zone d'insertion (D-3); si la dépilation est indispensable, il est recommandé de privilégier la tonte (B-3).

R7. Le nettoyage de la peau avec un savon doux avant antisepsie est recommandé uniquement en cas de souillures visibles (A-3).

Commentaire : Le nettoyage est laissé à l'appréciation de l'opérateur si le patient présente une « peau grasse » ou une « sueur abondante ».

R8. Il est fortement recommandé de respecter les règles d'utilisation des antiseptiques préconisés par les fabricants et d'attendre le séchage spontané complet de l'antiseptique avant de débiter l'acte invasif (A-3).

R9. Avant l'insertion d'un cathéter périphérique, il est fortement recommandé de réaliser au moins une application avec une solution antiseptique alcoolique (A-3).

46 recommandations

- Tout type de CP 17 (1 à 17)
- CP vasculaires 9 (18 à 26)
- Spécifiques CVP 3 (27 à 29)
- Spécifiques midline 12 (30 à 41)
- Spécifiques CSC 5 (42 à 46)

Testez vos connaissances

Le choix de l'accès vasculaire se fait en fonction :

1. De la capacité technique du dispositif invasif vasculaire
2. Des produits à perfuser
3. De la durée d'utilisation prévisionnelle

Le choix de l'accès vasculaire se fait en fonction :

- ✓₁ 1. De la capacité technique du dispositif invasif vasculaire
- ✓₂ 2. Des produits à perfuser
- ✓₃ 3. De la durée d'utilisation prévisionnelle

Choix du dispositif

Tableau I – Arbre décisionnel pour le choix d'un accès vasculaire.

1. Quel traitement ?	Toxicité du traitement à perfuser								
	Produit non irritant et non vésicant <900 mOsm/l Abord périphérique possible			Produit irritant ou vésicant Abord central nécessaire					
2. Quelle durée ?	Durée d'implantation prévisionnelle			Durée d'implantation prévisionnelle			Durée d'implantation prévisionnelle		
	7 jours	8 à 14 jours	15 à 30 jours	≥31 jours	≤14 jours	15-30 jours	≥31 jours	≤1 mois	>1 mois
3. Dispositif de première intention	Capital veineux ?		Midline avec prolongateur intégré ou PICC	PICC	PICC	PICC ou CVC tunnellié avec ou sans manchon	PICC ou CVC tunnellié ou Chambre à cathéter implantable	CVC	CVC tunnellié avec ou sans manchon
	Bon	Mauvais ¹							
	CVP	CVP inséré sous échoguidage							
Alternative	Midline sans prolongateur intégré		CVC en USI	Midline avec prolongateur intégré	CVC tunnellié ou chambre à cathéter implantable	CVC en USI			



Synthèse des règles générales de choix d'un cathéter veineux
Connaissance de la toxicité des médicaments à injecter

Cas particulier de la voie sous-cutanée

- Déshydratation ou dénutrition légère à modérée
- Accès veineux impossible ou non toléré
- Risque de déshydratation en cas d'intolérance d'une prise orale
- Attente de la mise en place d'une voie veineuse
- En cas d'infection liée au cathéter et nécessitant la perfusion d'un traitement antibiotique

Avant l'insertion du cathéter (CVP-Midline-SC),

1. Je dépile systématiquement la zone d'insertion
2. Je nettoie systématiquement la peau au savon doux avant l'antiseptie
3. La concentration d'alcool de l'antiseptique doit être = ou > à 70°

Avant l'insertion du cathéter (CVP-Midline-SC),

1. Je dépile systématiquement la zone d'insertion
2. Je nettoie systématiquement la peau au savon doux avant l'antisepsie
- ✓₃ 3. La concentration d'alcool de l'antiseptique doit être = ou > à 70°

R6. Il est recommandé de ne pas dépiler la zone d'insertion (D-3); si la dépilation est indispensable, il est recommandé de privilégier la tonte (B-3).

R7. Le nettoyage de la peau avec un savon doux avant antiseptie est recommandé uniquement en cas de souillures visibles (A-3).

COMMENTAIRE

Le nettoyage est laissé à l'appréciation de l'opérateur si le patient présente une « peau grasse » ou une « sueur abondante ».



Importance de faire une analyse de risque

R9. Avant l'insertion d'un cathéter périphérique, il est fortement recommandé de réaliser au moins une application avec une solution antiseptique alcoolique (A-1).

COMMENTAIRES

- La concentration en alcool de la solution antiseptique doit être voisine de 70%.
- La littérature disponible relative à la survenue d'infection liée au cathéter veineux périphérique ne permet pas à ce jour, sans extrapolation par rapport aux cathéters veineux centraux, de se prononcer sur le choix entre chlorhexidine et polyvidone iodée.
- Cependant, la majorité des études portant sur les voies veineuses privilégient la chlorhexidine alcoolique sans qu'il soit possible de se positionner sur une concentration (0,5 ou 2%).



Utilisation obligatoire d'un antiseptique alcoolique

Je change le cathéter veineux périphérique,

1.Car il est posé depuis 96h

2.Car il a été posé dans de mauvaises conditions

3.Car je constate des rougeurs au niveau de l'insertion

Je change le cathéter veineux périphérique,

1. Car il est posé depuis 96h

✓₂ 2. Car il a été posé dans de mauvaises conditions

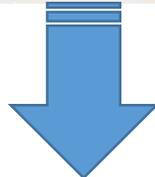
✓₃ 3. Car je constate des rougeurs au niveau de l'insertion

R27. Il est recommandé de changer un CVP posé dans de mauvaises conditions d'asepsie. Ce changement sera réalisé après évaluation du risque lié aux conditions de pose (B-3).

R28. Il est recommandé de remplacer sans délai les CVP en cas de signes cliniques locaux évoquant une infection ou une obstruction sans retrait systématique à 4 jours (B-2).

COMMENTAIRES

- Le changement du CVP est imposé par la clinique et la durée de vie du dispositif (perfuseur, robinet, prolongateur intégré ou non) connecté à l'embase du cathéter sans dépasser la durée de vie éventuellement recommandée par le fabricant.
- Toute manipulation de l'embase du cathéter augmente le risque infectieux (rupture du système clos) et le risque de veinite (mouvement du cathéter).
- Les complications cliniques que peut entraîner un CVP sont la veinite, l'infection locale et la bactériémie. Tous les essais cliniques disponibles dans la littérature ont pour critère principal la veinite.



Evaluation quotidienne ou pluriquotidienne de l'état du KT et de la pertinence de son maintien



11 études portant sur l'évaluation de la fréquence optimale des CVP :

- 3 essais interventionnels randomisés
- 7 études observationnelles
- quelques études de bundles de mesures, comprenant parfois la fréquence de changement mais dont l'intérêt est limité.

Etudes réalisées en prenant la survenue d'une veinite comme critère de jugement principal, parfois avec un critère infectieux secondaire (infection locale ou bactériémie)

R13. Il est fortement recommandé de retirer tout cathéter périphérique dès que celui-ci n'est plus indiqué (A-2). La réévaluation de la pertinence de maintien du cathéter périphérique doit être au minimum quotidienne (A-2).

Au final, deux phases dans la littérature

- Premières études, dans les années 1990-2000, avec comme objectif de définir une fréquence optimale pour le remplacement des CVP afin de limiter à la fois les complications thromboemboliques et infectieuses.
 - Consensus sur changement de routine à 96 h de la pose
 - Certains auteurs ont utilisé des fréquences de remplacement sensiblement différentes (allant de 24-48 h à 120 h).
- Par la suite une deuxième approche, commencée à la fin des années 2000
 - Comparaison du remplacement des CVP à une fréquence fixe contre remplacement motivé par la clinique.
 - Cette approche a été initiée en Australie, par une équipe ayant réalisé 5 essais randomisés ainsi qu'une méta-analyse, allant tous dans le sens d'un changement motivé par la clinique (le changement de stratégie n'ayant pas entraîné de modifications du nombre d'effets indésirables).
 - Trois autres essais ont été publiés sur le changement dont deux de faible qualité, ces deux derniers concluant à l'opposé.

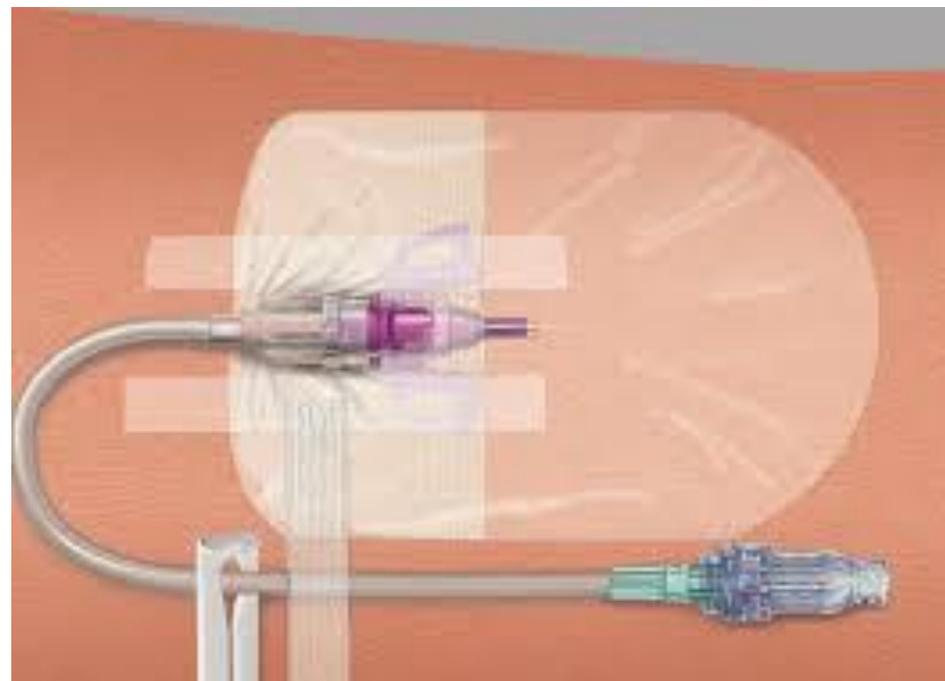
Fixation du cathéter veineux périphérique

R29. Il est recommandé de fixer le CVP avec des bandes-lettres adhésives stériles (B-3).

Commentaire : Il n'y a pas d'études décrivant un lien entre la veinite et le risque d'infection locale. Cependant, de manière indirecte, le bon maintien du cathéter veineux périphérique permet de diminuer l'apparition de signes locaux. L'adhésif doit être posé au niveau de l'embase, à distance du point d'insertion du cathéter.



Pansement permettant un bon maintien du KT afin de prévenir les veinites d'origine mécanique



Pour la ligne de perfusion (CVP – Midline)

- 1.Sa configuration doit permettre de ne jamais manipuler l'embase du cathéter après la pose
- 2.Il est recommandé de changer la ligne de perfusion principale toutes les 96h
- 3.Il est recommandé d'utiliser des valves bidirectionnelles en remplacement des bouchons obturateurs
- 4.Il est recommandé de réaliser des rinçages pulsés

Pour la ligne de perfusion (CVP – Midline)

- ✓₁ 1.Sa configuration doit permettre de ne jamais manipuler l'embase du cathéter après la pose
- 2.Il est recommandé de changer la ligne de perfusion principale toutes les 96h
- 3.Il est recommandé d'utiliser des valves bidirectionnelles en remplacement des bouchons obturateurs
- ✓₄ 4.Il est recommandé de réaliser des rinçages pulsés

Configuration de la ligne de perfusion

R23. Il est recommandé d'utiliser la configuration du dispositif de perfusion la plus simple pour l'utilisation prévue du cathéter (nombre minimal de raccords) (B-3).

R24. Il est recommandé de privilégier une configuration du dispositif de perfusion permettant de limiter les mouvements au niveau de l'embase du cathéter par l'utilisation d'un prolongateur court, celui-ci pourra être intégré au cathéter (B-3).

- La manipulation de l'embase augmente le risque infectieux (rupture du système clos) et le risque de veinite.
- Toute déconnexion du cathéter avec la ligne de perfusion nécessite le changement du cathéter.
- Ne plus utiliser les mandrins obturateurs, car ils nécessitent la manipulation au niveau de l'embase du cathéter et ils ne permettent pas l'emploi de prolongateur ni la réalisation du rinçage pulsé.

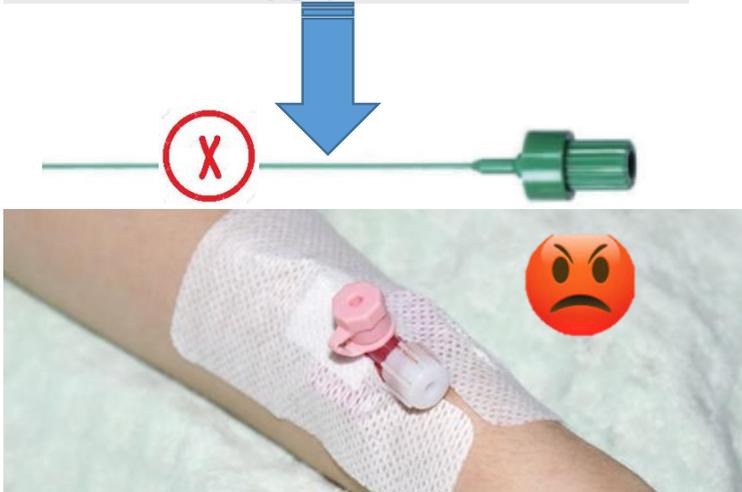
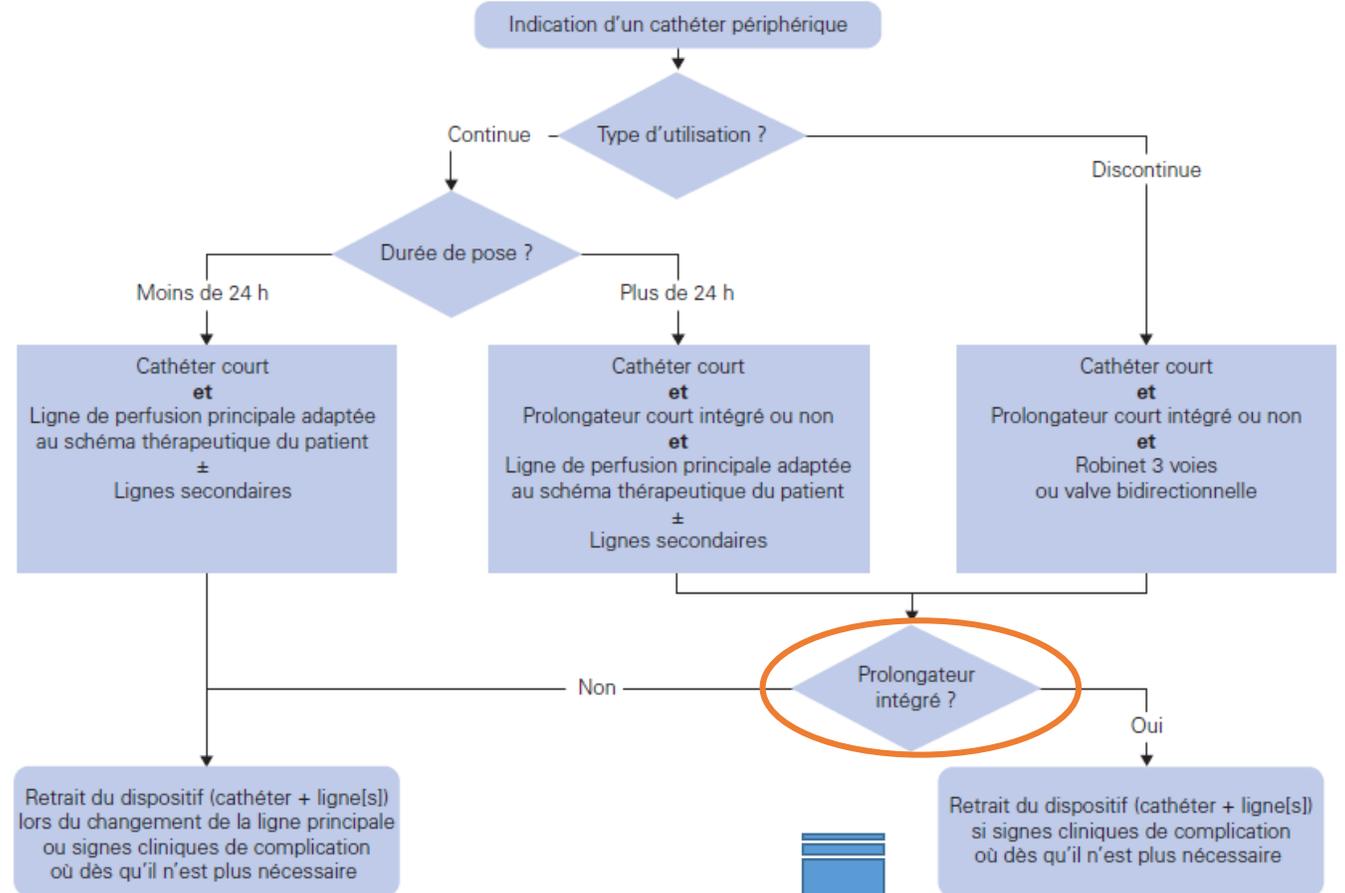


Figure 4 – Arbre décisionnel pour l'indication et le montage de la ligne de perfusion d'un cathéter périphérique (source : Groupe de travail de la SF2H).



Importance d'utiliser des prolongateurs afin de conserver un système clos

Changement des lignes de perfusion

R25. Il est recommandé de remplacer les tubulures utilisées après chaque administration de produits sanguins labiles, dans les 24 heures suivant l'administration d'émulsions lipidiques (B-2) et fortement recommandé dans les 12 heures pour le propofol (A-1).

R26. Il est recommandé de ne pas changer la ligne de perfusion principale avant 4 jours (A-1) sans excéder 7 jours.

COMMENTAIRE

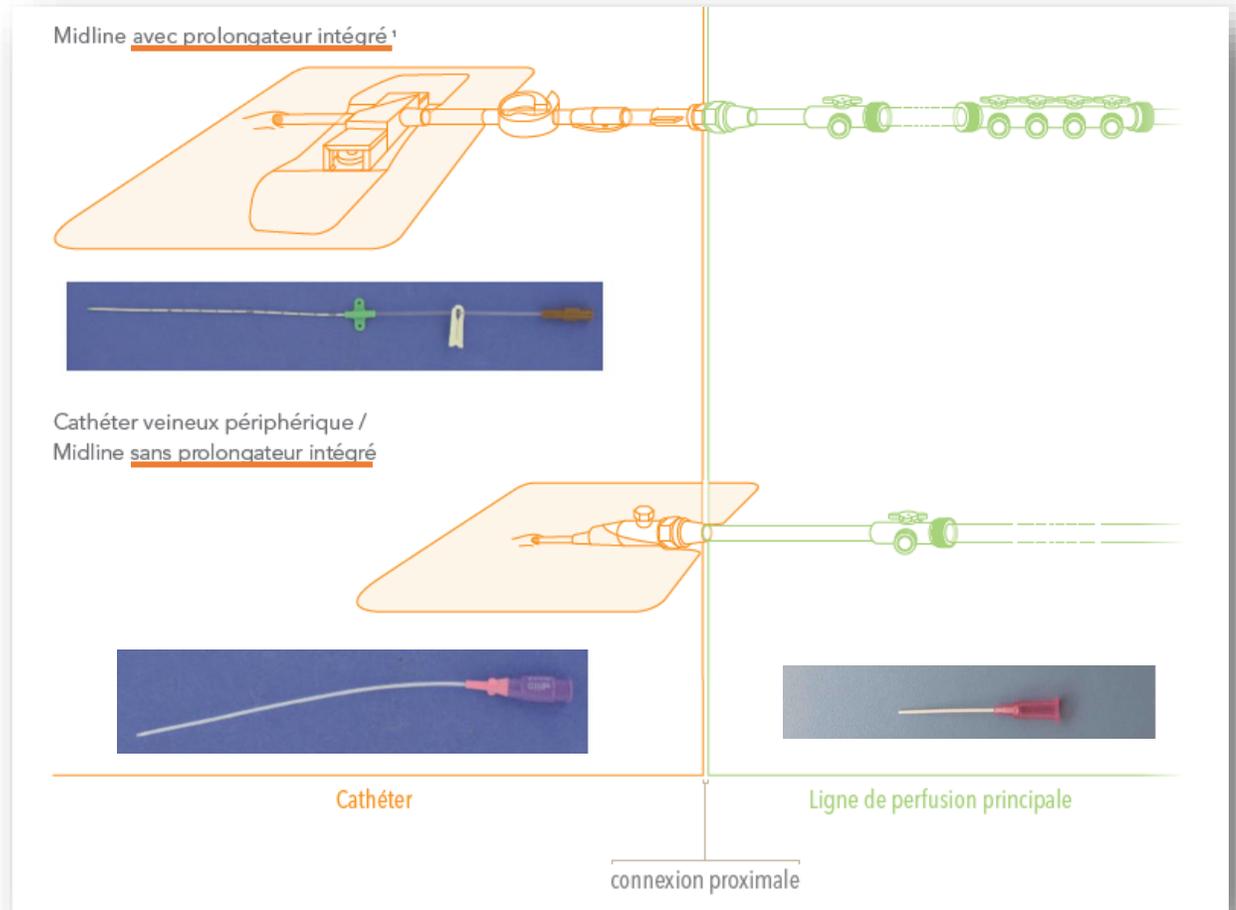
- Il est par contre possible de la laisser en place au-delà de 4 jours, dans la limite des délais mentionnés par les fabricants.
- Il n'existe pas d'étude évaluant la fréquence de changement de la ligne de perfusion au-delà de 4 jours.
- Les études ayant suggéré un suivi clinique au-delà de 4 jours pour le maintien du cathéter, ne précisent pas la fréquence de changement de la ligne de perfusion principale au-delà de ce délai.
- Toute déconnexion au niveau de l'embase du cathéter nécessite son retrait et celui de la ligne de perfusion (cf. R28).



Vérifier les recommandations du fabricant par rapport au délai d'utilisation des DM

Changement de la ligne de perfusion

- La ligne de perfusion principale = changement jusqu'à la connexion proximale



- Si manipulation de l'embase = retrait du cathéter

Valves bidirectionnelles

R18. Afin de maintenir un système clos lors de l'utilisation en discontinu d'un accès vasculaire, il est possible de remplacer les bouchons obturateurs par une valve bidirectionnelle (C-3).

COMMENTAIRE

La revue de la littérature ne permet pas de se prononcer sur le modèle de valve bidirectionnelle à privilégier (pression positive, négative ou neutre).

Intérêt dans la prévention du RI non démontré ?
Littérature scientifique dense mais étude faible puissance
Biais ++

R19. Il est fortement recommandé de réaliser une désinfection du septum et du pas de vis de la valve avant son utilisation, par mouvement de friction avec de l'alcool à 70% pendant au minimum 15 secondes (A-3).

LES VALVES BI DIRECTIONNELLES (ou CONNECTEURS DE SÉCURITÉ)

Avril 2019

DÉFINITION

Valve bi directionnelle = dispositif de perfusion permettant un accès direct à la voie veineuse et assurant son obturation automatique (système clos). La valve est ouverte par la connexion d'un embout Luer mâle (seringue, prolongateur, perfuseur) et autorise les injections et les prélèvements - d'où l'appellation « bi-directionnelle » puis se referme lors du retrait de l'embout Luer mâle.

Limite les AES (connexion sans aiguille).

INDICATIONS

Obturation continue des extrémités proximales des dispositifs utilisés dans l'abord parentéral assurant un « système clos ». Ce système permet des injections continues ou discontinues et/ou des prélèvements sur une durée maximale de 7 jours.

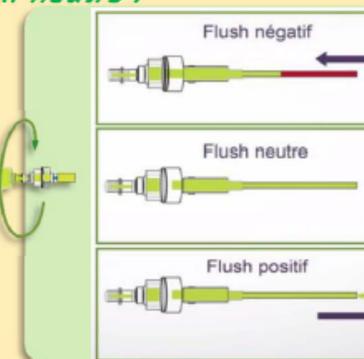
Attention !!!

La valve n'est pas un bouchon obturateur. Ne jamais fermer les valves avec un bouchon Luer Lock. Exception : PICC à valve intégrée : mettre un bouchon Luer Lock au niveau du raccord.



Comment reconnaître le type de valve : positif-négatif-neutre ?

1. Prendre une valve non montée. Connecter une aiguille côté Luer de la valve et une seringue remplie de sérum physiologique coté septum.
2. Faire apparaître une goutte de sérum physiologique au bout de l'aiguille sans la faire tomber.
3. Déconnecter la seringue de la valve et observer en même temps la goutte;



A la déconnexion, si la goutte :
rentre dans le trocart :
valve à **pression négative**

reste au bout du trocart :
valve à **pression neutre**

est « éjectée » :
valve à **pression positive**

Quelles incidences sur la manipulation ?

Valve à pression positive	Valve à pression neutre ou négative
1. Pour la déconnexion de la seringue ou de la tubulure :	
Ne pas clamper	Clamper
le cathéter ni fermer le robinet (sinon annule le principe du flush positif)	le cathéter ou fermer le robinet
2. Avant de changer la valve Clamper le cathéter	

tous les 7 jours

Désinfection du septum et du pas de vis

Par friction mécanique de l'extrémité pendant 15 secondes minimum avec un antiseptique alcoolique et des compresses stériles



SF2H 2019 : Prévention des infections liées aux cathéters périphériques vasculaires et sous cutanés ; SF2H 2013 : Recommandations des Bonnes pratiques et gestion des risques associés au PICC ; SF2H 2012 : Prévention des infections associées aux chambres à cathéter implantables

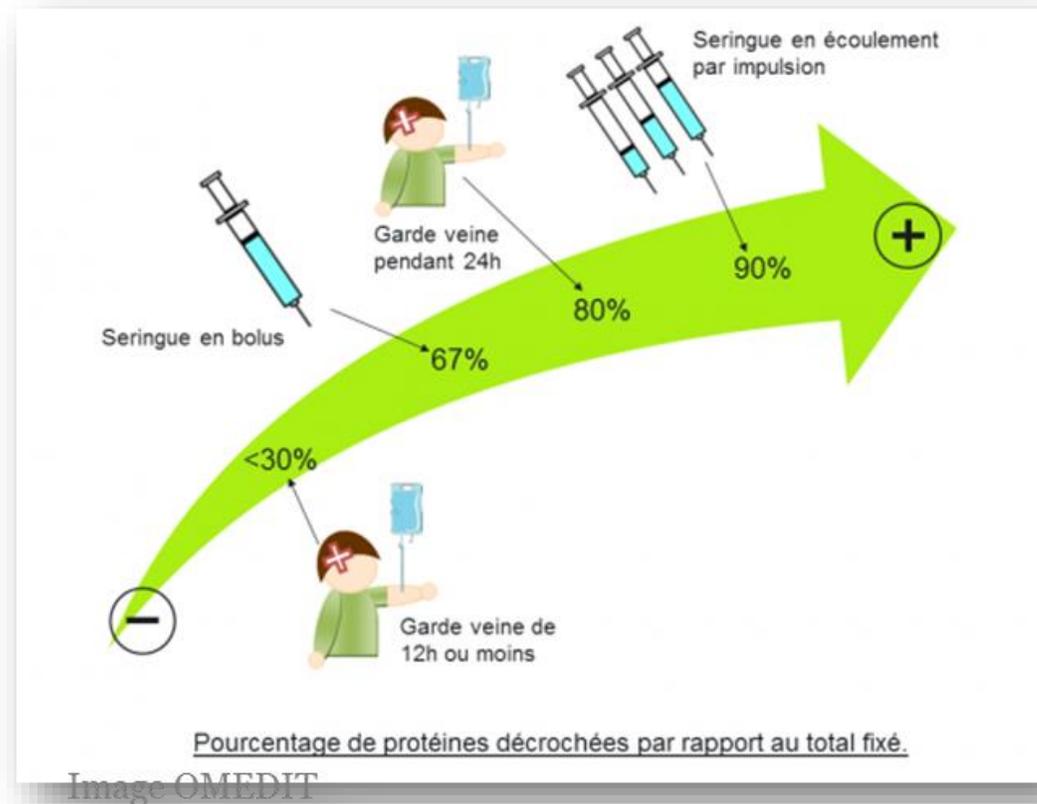
R21. Il est recommandé de faire un rinçage par poussées successives, dit « rinçage pulsé », après chaque injection/perfusion médicamenteuse, après un prélèvement sanguin, avant et après l'utilisation d'un cathéter en discontinu (B-3).

- Afin de ne pas endommager le cathéter par suppression, cette manœuvre doit être exercée à l'aide d'une seringue d'un calibre supérieur à 10 cm³ remplie d'un volume minimum de 10 ml (si possible 20 ml après un prélèvement sanguin sauf contre-indication médicale) de solution de chlorure de sodium injectable stérile à 0,9% (ou, en cas d'incompatibilité, de glucose à 5%).
- Le rinçage « en débit libre » n'est pas une manœuvre de rinçage efficace.



Au moins 3 poussées, au mieux 10 poussées

Rinçage pulsé pour assurer la perméabilité du cathéter



Je pose un cathéter sous cutané, le choix du site dépend :

1. De la facilité de ponction
2. De l'apparition d'une douleur minimisée
3. D'une diffusion importante
4. D'une facilité d'accès

Je pose un cathéter sous cutané, le choix du site dépend :

- ✓₁ 1. De la facilité de ponction
- ✓₂ 2. De l'apparition d'une douleur minimisée
- ✓₃ 3. D'une diffusion importante
- ✓₄ 4. D'une facilité d'accès

Cathéter sous cutané

R42. Il est recommandé d'utiliser des sites de pose anatomique différents et prédéfinis (B-3).

Abdomen : parois latérales

(**Commentaire :** Ne pas piquer au niveau la zone péri-ombilicale).

Cuisses : zone antérieure et externe

(**Commentaire :** À proscrire chez les patients agités).

Région sous-claviculaire (homme)

(**Commentaire :** À 3 travers de doigts au-dessous du milieu de la clavicule).

Dos : région sous-scapulaire

(**Commentaire :** À privilégier pour le patient agité en raison du risque moindre de se dépiquer).

Bras : face externe

(**Commentaires :** Surveillance plus fréquente en raison du risque d'œdème si débit rapide).

Thorax : face latérale antérieure.



R43. Il est recommandé d'assurer la rotation des sites d'insertion (B-3).

COMMENTAIRES

- Varier les sites d'insertion permet d'éviter l'apparition de rougeur, d'induration au niveau cutané.
- Assurer la traçabilité permet de varier les sites de pose.

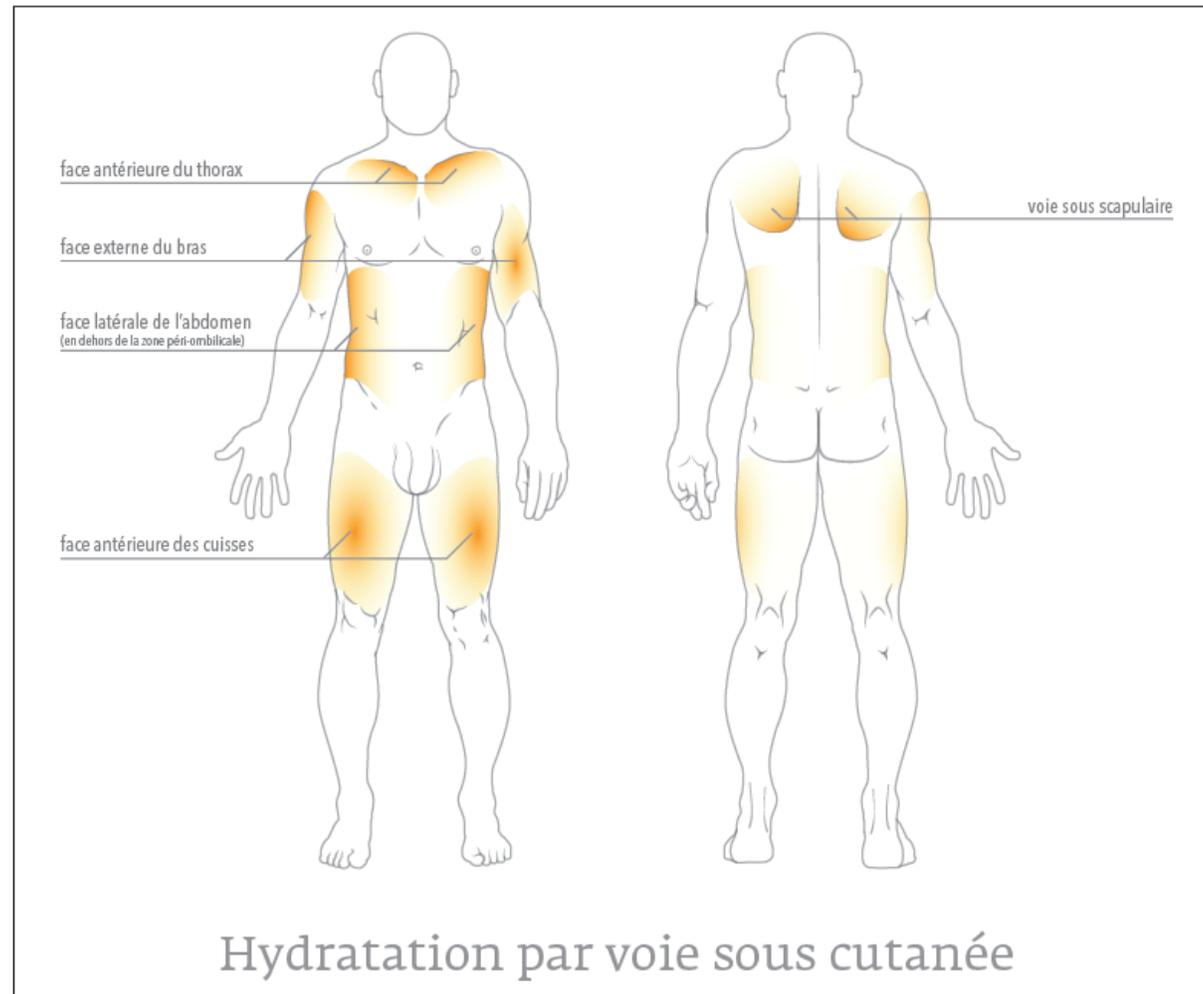


Illustration Guillaume Matecamp, février 2019

Importance de la traçabilité du geste et de la surveillance associée

Je pose un cathéter sous cutané,

1. Je peux utiliser un cathéter veineux périphérique non sécurisé
2. La quantité de perfusion à ne pas dépasser est de 1000 à 1500 ml/jr/site d'injection
3. Le débit maximum de perfusion est de 1 à 3 ml/min

Je pose un cathéter sous cutané,

1. Je peux utiliser un cathéter veineux périphérique non sécurisé
- ✓₂ 2. La quantité de perfusion à ne pas dépasser est de 1000 à 1500 ml/jr/site d'injection
- ✓₃ 3. Le débit maximum de perfusion est de 1 à 3 ml/min

Cathéter sous cutané

R44. Il est fortement recommandé d'utiliser exclusivement des cathéters souples sécurisés, de taille 22 gauges ou 24 gauges (A-3).

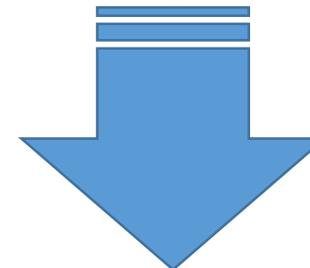
COMMENTAIRES

- Soit un cathéter souple veineux périphérique sécurisé ou soit un cathéter spécifique pour perfusion sous-cutanée sécurisé.
- Il ne faut pas utiliser d'aiguilles épicroâniennes parce qu'elles sont traumatiques pour le patient. De plus, en cas d'agitation du patient, le risque d'arrachement et de piqûre augmente tant le patient que le professionnel, augmentant *in fine* le risque d'AES. La présence d'une aiguille métallique augmente par ailleurs la douleur ressentie par le patient.



Réduction des complications sur le site d'insertion et du changement fréquent

Pour une bonne absorption en sous cutanée



R45. Il est recommandé de ne pas dépasser la quantité de 1 000 ml à 1 500 ml/jour/site d'injection, sans dépasser 3 000 ml/24 h sur 2 sites différents (B-3).

COMMENTAIRES

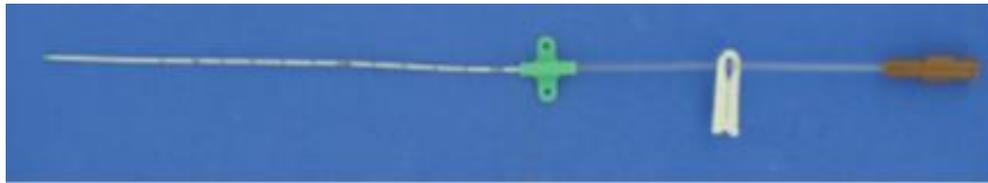
- Le retrait du cathéter a lieu soit lorsque le volume maximal de perfusion est atteint sur un site anatomique de pose, soit en fonction de l'apparition de signes cliniques (cf. recommandation R14).
- La littérature ne permet pas de définir un délai maximal de maintien et de retrait systématique d'un cathéter sous-cutané. Si le cathéter doit rester plus de 24 h pour raison de confort (exemple: fin de vie), il est conseillé de changer le cathéter dès l'apparition de signes infectieux locaux.

R46. Il est recommandé un débit maximum de 1 à 3 ml/min (B-3).

COMMENTAIRE

La voie sous-cutanée ne permet pas de dépasser un certain volume sous risque de nécrose et de douleur. Les débits trop rapides entraînent un œdème local car la résorption est insuffisante. À l'inverse, les débits trop faibles augmentent le risque d'obturation du cathéter.

Avec prolongateur intégré

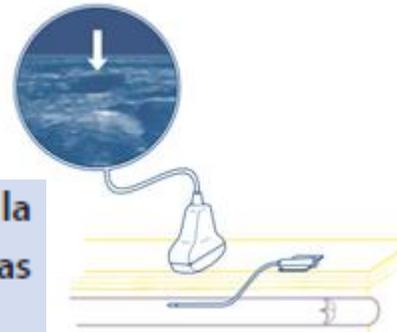


Sans prolongateur intégré



- Condition de pose
 - Pose par écho guidage

R33. Il est fortement recommandé de privilégier la veine basilique, à défaut céphalique, au niveau du bras non dominant pour l'implantation (A-3).



R32. Il est fortement recommandé d'utiliser la technique d'échoguidage pour la pose d'un midline (A-3).

COMMENTAIRE

Échoguidage par opposition à un repérage préalable à la ponction. L'échographie doit permettre de guider la progression de l'aiguille.

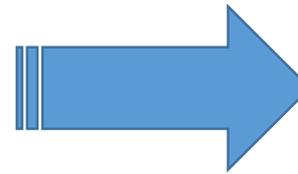
- Choix du cathéter
 - Similaire au PICC

R30. Il est recommandé de privilégier les midlines avec prolongateur intégré si la durée de maintien est supérieure à 7 jours (B-3).

COMMENTAIRE

L'embase du midline sans prolongateur intégré est contiguë du point d'insertion, il n'y a pas de possibilité de clamper le cathéter au moment du changement de la ligne de perfusion; donc le midline sans prolongateur intégré devra être retiré en même temps que la ligne de perfusion principale.

- Similaire au CVP



- Changement de cathéter au changement de ligne de perfusion

Cathéter
périphérique

Midline

Avec prolongateur intégré

- Condition de pose

R34. Il est fortement recommandé de réaliser la pose d'un midline avec prolongateur intégré dans de strictes conditions d'asepsie (désinfection chirurgicale des mains par friction et port de gants stériles) (A-3).

COMMENTAIRE

Il n'existe actuellement pas de recommandation quant au lieu de pose des midlines avec prolongateur intégré.

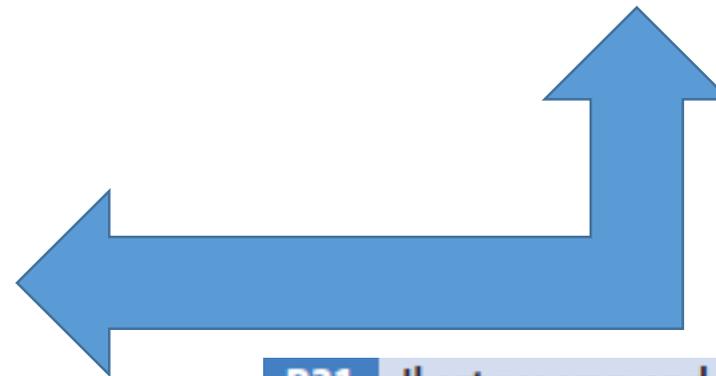
R35. Il est recommandé de porter un masque chirurgical, une coiffe, une casaque stérile et d'utiliser un champ large stérile lors de la pose d'un midline avec prolongateur intégré. Le patient porte un masque chirurgical et une coiffe (B-3).

R37. Il est fortement recommandé d'identifier le midline avec prolongateur intégré pour qu'il ne soit pas confondu avec un PICC (A-3).

Écrit aussi au niveau de l'embase

Sans prolongateur intégré

R36. Il est possible de poser les midlines sans prolongateur intégré, dont le délai de maintien est inférieur à 7 jours, dans des conditions (environnement et tenue de l'opérateur) équivalentes aux cathéters veineux périphériques de courte durée (C-3).



R31. Il est recommandé d'adapter la longueur du midline à la morphologie du patient afin que l'extrémité du cathéter ne dépasse pas la zone axillaire et reste dans le réseau veineux périphérique (B-3).

Réaliser par un professionnel formé pour l'acte d'échographie

- par décret de compétence (IADE, manipulateur électroradiologie)
- par protocole de coopération (IDE)

Avec prolongateur intégré

- Fixation, pansement, manipulation

R38. Il est fortement recommandé d'utiliser un système de fixation adhésif (ou « stabilisateur ») pour fixer le midline à la peau (A-3).

COMMENTAIRE

Pour les patients agités ou à fort risque de retrait involontaire, une fixation par suture peut être envisagée.

Nouveau : système d'ancrage sous cutané



En place sur la durée de vie du cathéter

Douloureux au retrait

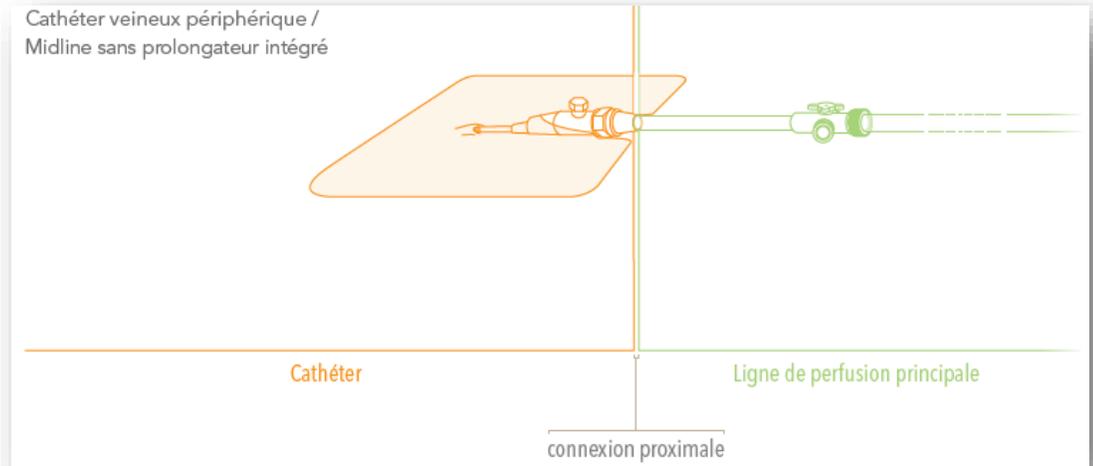
Bibliographie pauvre pour se positionner sur le bénéfice prévention du risque d'infection

R41. Il est recommandé de manipuler un midline avec prolongateur intégré selon les mêmes règles qu'un PICC (B-3).

Pst : tenue professionnelle propre, masque + coiffe opérateur, masque patient...

Sans prolongateur intégré

R39. Il est fortement recommandé que le système de fixation adhésif (stabilisateur) soit changé tous les 8 jours (plus précocement si pansement souillé ou décollé) (A-3).



R40. Il est recommandé de manipuler un midline sans prolongateur intégré selon les mêmes règles qu'un cathéter veineux court (B-3).

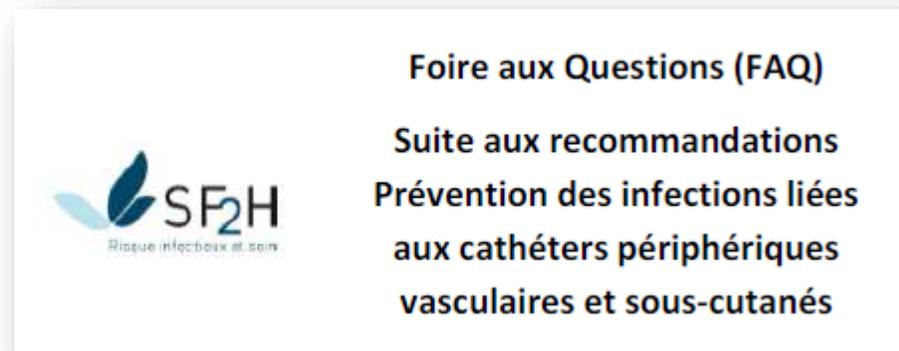
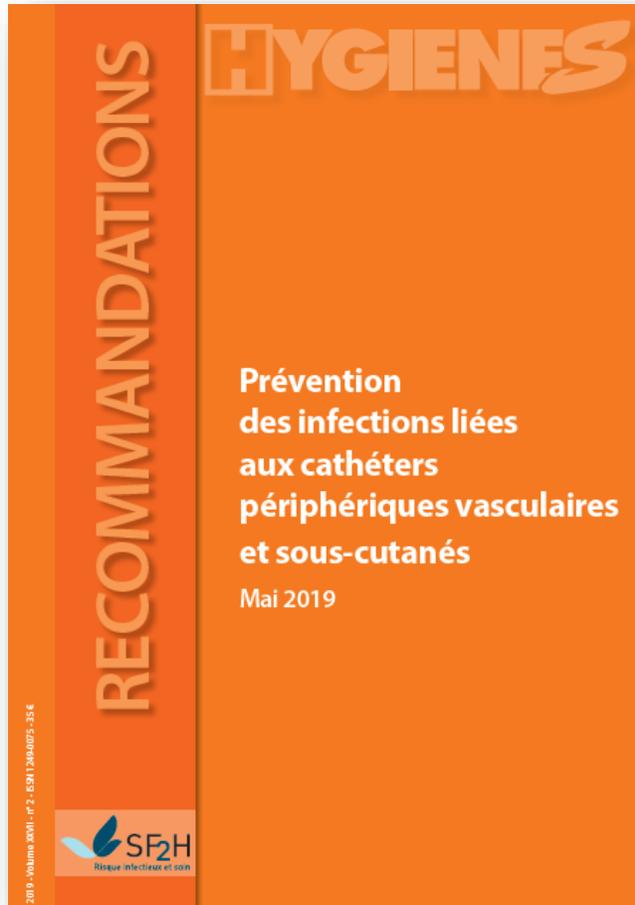
Pst : même condition que CVP car maintien du midline < 7jrs pour limiter les manipulations à l'embase du KT

En bref...la gestion d'un cathéter au quotidien

- Bien déterminer le choix du cathéter à poser et privilégier les cathéters avec prolongateurs
- Réaliser une surveillance du point de ponction et des signes locaux
- Assurer sa perméabilité par des rinçages pulsés
- Identifier les midline versus les PICC
- Assurer une traçabilité précise
- S'interroger sur la pertinence du maintien
 - Nouvelle enquête par le CPIAS Occitanie : pertinence du maintien des cathéters, en ligne sur le site : <https://cpias-occitanie.fr/outils-cpias-occitanie/audit-pertinence-catheter/>



Des recommandations, une FAQ



<https://sf2h.net/publications/prevention-des-infections-lies-aux-catheters-peripheriques-vasculaires-et-sous-cutanes-mai-2019>