

Cathéters veineux centraux, comment améliorer la prise en charge ?

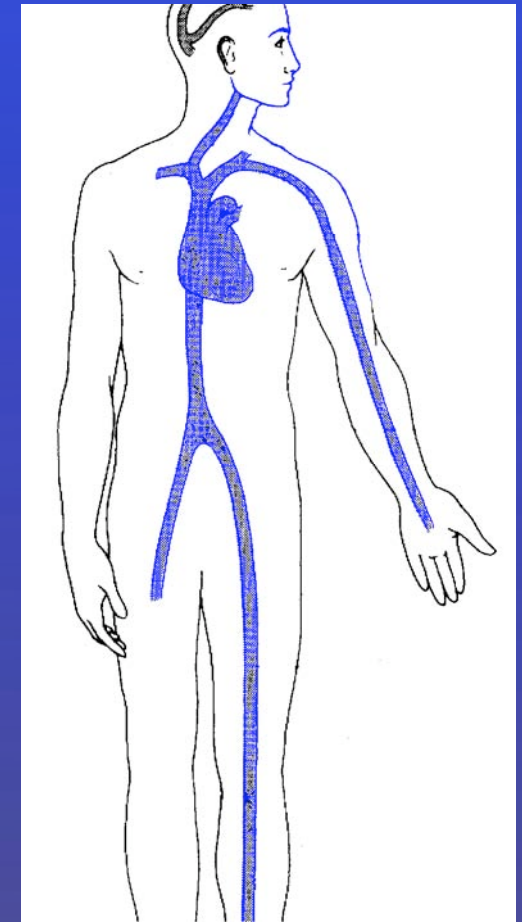


PE Leblanc
DAR KB
2005

Pourquoi faut-il un KTC ?

- Capital veineux périphérique pauvre
- Durée de perfusion longue : réanimation, antibiothérapie, nutrition parentérale, chimiothérapie ...
- Médicaments veinotoxiques : Vancomycine...
- Perfuser des médicaments incompatibles
- Perfuser des médicaments à débit constant : catécholamines (Adrénaline, Noradrénaline...)
- Faire des mesures : PVC, SvjO₂
- ± Remplissage vasculaire rapide (désilet)

Sites de ponction



- Veine jugulaire interne
 - Veine sous clavière
 - Veine fémorale :
 - * Pas de contrôle radiologique
 - * Artère proche (cathétérisme dans le même temps)
 - * Possibilité de compression en cas de trouble d'hémostase
 - * Pas de complication pulmonaire, notamment pneumothorax
 - * Pas de nécessité de décubitus dorsal strict
- = Voie centrale de prédilection pour l'urgence

Exemple de pose d'un KTC



Repérage



Anesthésie locale

Technique de Seldinger



Merci à LM pour les images



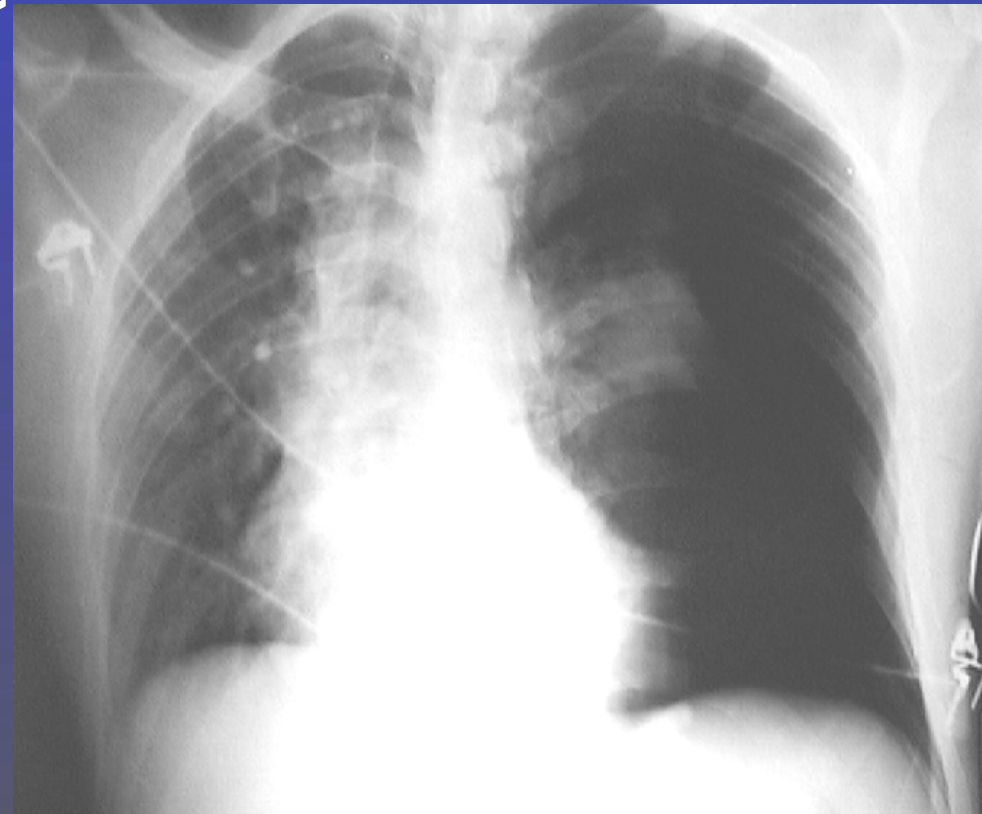
Contrôle du reflux



Fixation

Complications

- Ponction artérielle, hématome
- Embolie gazeuse
- Arythmie
- Perforation péricardique
- Pneumothorax
- Hémothorax
- Thrombose veineuse
- Infection du cathéter

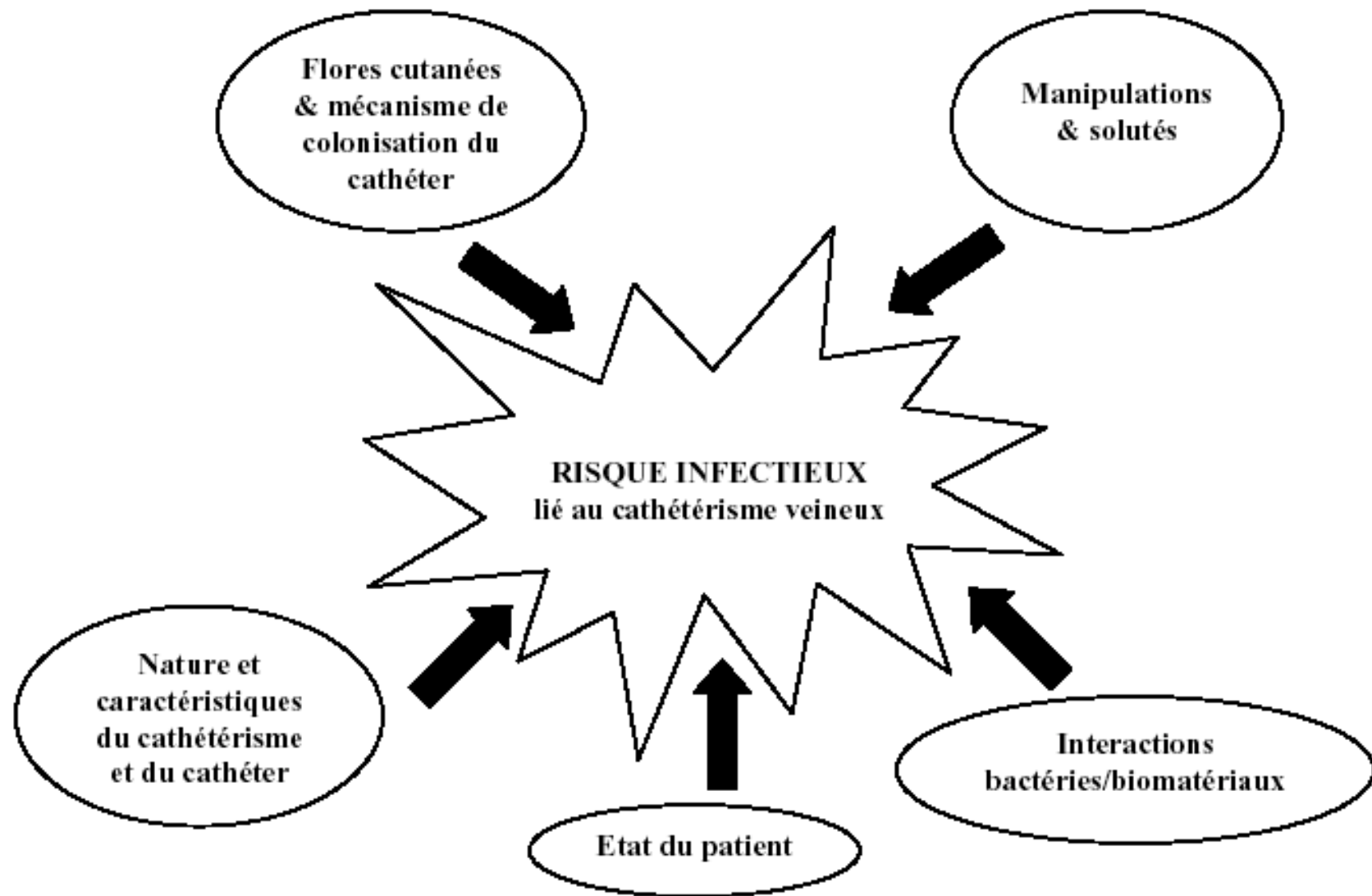


Définition de l'infection nosocomiale sur KTC

- colonisation du KTC = culture qui retrouve un taux de bactéries $\geq 10^3$ UFC/ml
- infection = KTC colonisé avec :
 - * pus, placard inflammatoire au niveau de l'émergence du KT : infection locale
 - * signes infectieux généraux régressant dans les 48 h suivant l'ablation : infection générale
 - * au moins une hémoculture au même germe : bactériémie liée au KTC

Comment s'infecte un KTC ?

- contamination par voie extraluminale (voie cutanée, le + fréquent) ou endoluminale (durée > 3 S)
- constitution d'un manchon de fibrine, plaquettes, leucocytes, collagène autour du KTC
- adhésion bactérienne (variable d'une espèce à l'autre), favorisée par des protéines plasmatiques et plaquettaires
- adhésion bactérienne non spécifique sur du matériel (staphylocoque)



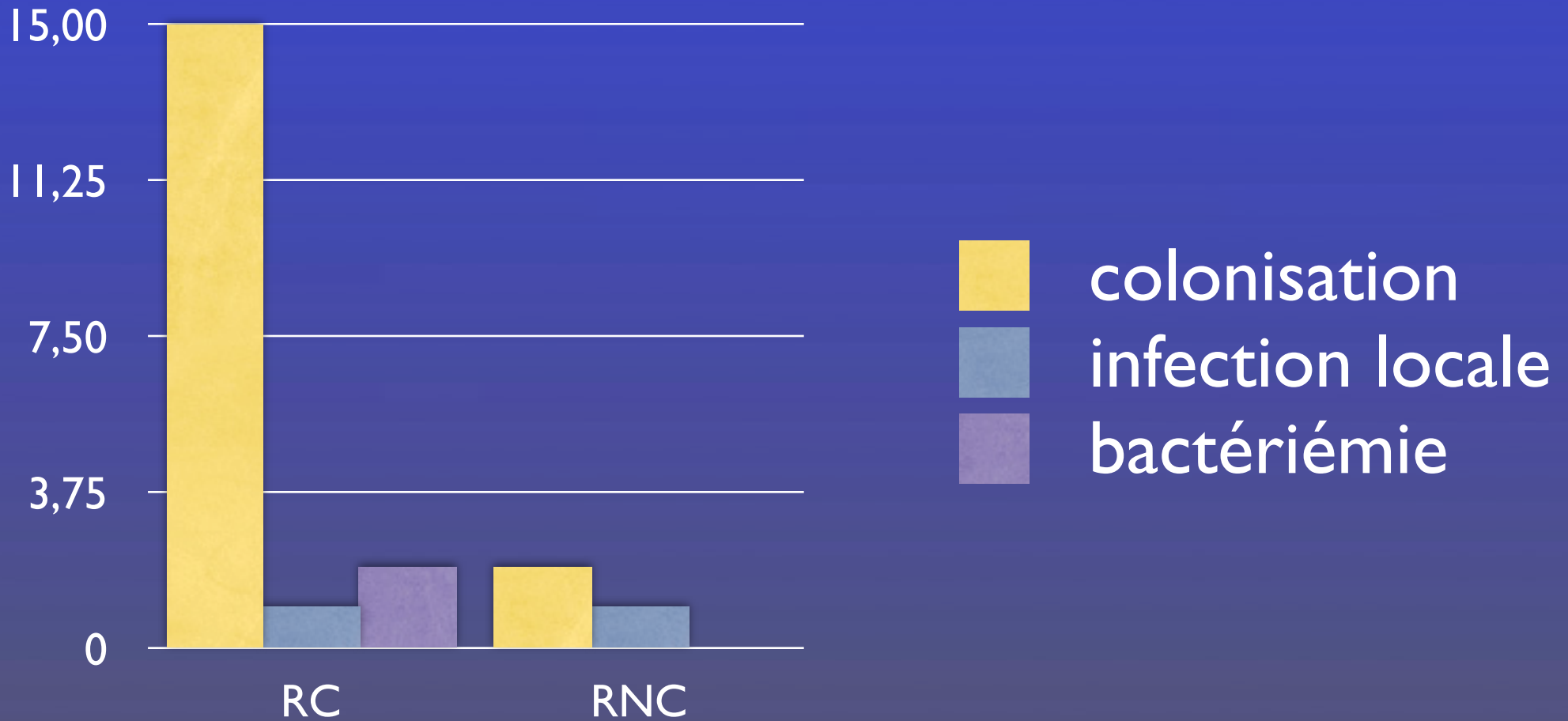
Infection sur KTC, où en est-on au KB ?

- Résultats connus grâce à l'enquête Réacat puis Réa Raisin
- Recueil des infections nosocomiales sur KTC pendant 6 mois
- Permet une évaluation et une comparaison de la qualité des réanimations dans la prise en charge des KTC (pose, surveillance...)

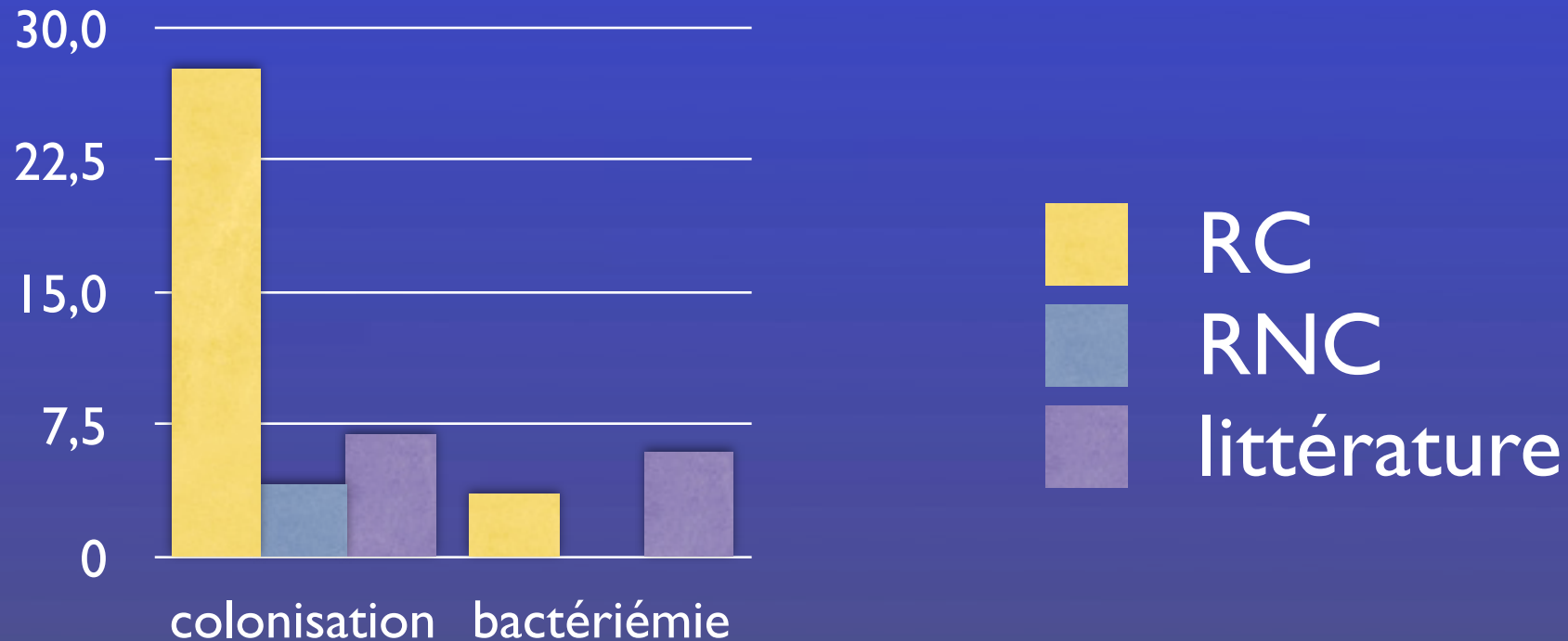
Résultats RC, RNC

	RC (2003)	RNC (2004)
n	134	152
âge (ans)	44	51
% patients chir	80	75
IGS II	35	25
DMS (jours)	16	12
KTC (n)	66	64

Colonisation et infection sur KT



Comparaison avec la littérature



En nombre pour 1000 jours d'exposition

Peut-on faire mieux ?

- En RC : problème des locaux inadaptés
- Nouveau protocole de prise en charge
- Application correcte des protocoles
- Il n'y a pas de fatalité

VIGILANCE à toutes les étapes

Une solution en Réa chir ?

LE PARAVENT !!!

Principes généraux

- Avoir un souci constant de l'hygiène du KTC dont vous êtes responsable
- Pas de prélèvement sanguins sur un KTC
- Pas de transfusion sur un KTC
- Éloigner lignes et robinets des facteurs contaminants : SNG, sonde IOT, drains divers, redons, SU...
- Un KTC posé en urgence ne doit pas rester en place plus de 48 heures
- Les manipulations des robinets se font avec des compresses stériles ± imbibées d'alcool

Principes de pose

- Respecter autant que possible : porte fermée, limitation des entrées / sorties, bavette + charlotte pour chaque personne qui entre dans la chambre
- L'antiseptique de choix est la chlorhexidine : Hibitane®
- Rasage tondeuse ou ciseau, pas de rasage mécanique
- Préparation de la peau : lavage au savon antiseptique (Hibiscrub®), rinçage au sérum phy, séchage
- Ère antiseptie par l'IDE

C'est le médecin qui prépare les lignes, avant la ponction veineuse

Rappel :

- voie I6G distale = base, remplissage
- voie I8G proximale = catécholamines
- voie I8G medium = le reste

Pas plus de 2 tentatives de ponction pour un junior

Fin de pose

- Nettoyage local à l'Hibitane
- 1er pansement avec Mépore® recouvert par un Tégaderm®

Surveillance

- A J1 : 1er pansement
- A J3 : 2nd pansement + changement de lignes et de protèges rampes
- Puis pansement tous les 2 jours et changement de ligne tous les 4 jours
- Changement de ligne immédiatement après transfusion et toutes les 24 heures si nutrition parentérale
- Tout pansement souillé ou décollé doit être immédiatement changé

Conclusion

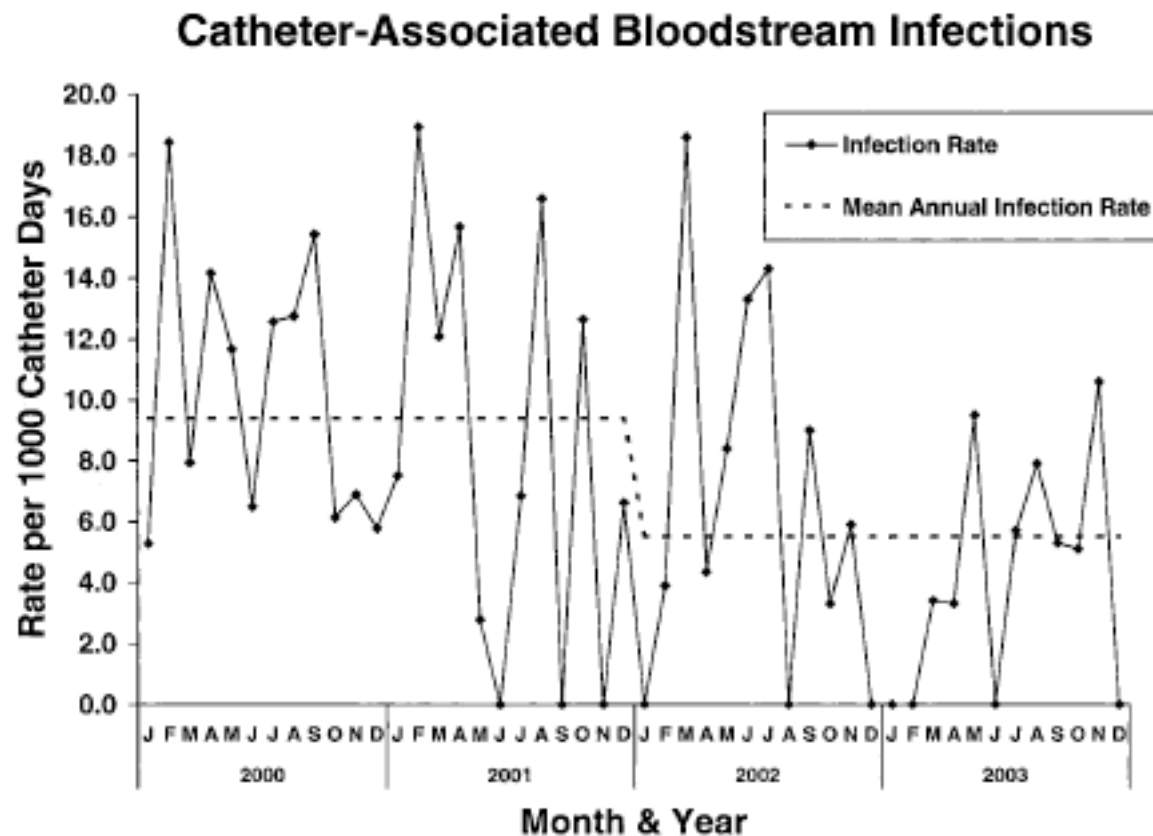


FIGURE 1. Monthly rate per 1,000 catheter-days of catheter-associated bloodstream infection from January 2000 through December 2003. The mean catheter-associated bloodstream infection rate for the baseline period (2000 and 2001) and the time period following introduction of the education program (2002 and 2003) are shown (broken line).

Il est toujours possible de faire mieux !