

Hôpital du Kremlin Bicêtre
Service d'anesthésie-réanimation

LA VOIE VEINEUSE PÉRIPHÉRIQUE (VVP)

SOMMAIRE

Points essentiels et Recommandations	3
Pose de la VVP	4
Surveillance de la VVP	6
Retrait de la VVP.....	7
Groupe de travail et bibliographie.....	8

Abréviations :

SHA = soluté hydro-alcoolique

VVP = voie veineuse périphérique

POINTS ESSENTIELS

- Un respect des conditions d'asepsie lors de la pose, de la manipulation et du retrait de la VVP, permet de minimiser les risques d'infections
- Il faut une vérification régulière du site d'insertion à la recherche de signes locaux
- La ligne de perfusion doit être montée avant la pose de la VVP
- Tout cathéter doit être changé au bout de 72 h s'il n'y a pas de diffusion ou de signes d'infection auparavant
- Une VVP posée dans le cadre de l'urgence (SAMU ou autre...) doit être retirée dès que possible
- Les robinets doivent être manipulés avec des compresses stériles imbibées de chlorhexidine alcoolique. Cette recommandation est valable pour tout le personnel manipulant les robinets (IDE, IADE, médecins juniors et séniors)

RECOMMANDATIONS

- Choisir un site d'insertion aux membres supérieurs plutôt qu'aux membres inférieurs
- Éviter d'insérer un cathéter en regard d'une articulation
- Ne pas insérer de cathéter sur un membre sur lequel un curage ganglionnaire ou une radiothérapie ont été réalisés ou sur lequel une tumeur maligne a été diagnostiquée
- Ne pas insérer un cathéter sur un membre avec une fistule artério-veineuse
- Ne pas insérer de cathéter à proximité de lésions cutanées infectieuses suintantes
- Éviter d'insérer de cathéter sur un membre avec une prothèse orthopédique ou sur un membre paralysé
- Éviter de dépiler la zone d'insertion ; si la dépilation est indispensable, privilégier la tonte (pas de rasage)
- Il est recommandé de passer la main au bout de 3 échecs

POSE DE LA VVP

DÉFINITION

- Geste invasif qui consiste à l'introduction d'un cathéter dans une veine périphérique, afin de permettre l'administration de solutés et de médicaments quand la voie orale n'est pas possible
- Décret 2004-802 du 29/07/04 relatif aux parties IV et V du code de la santé publique, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmière

MATÉRIEL

- 1 protection type carré bleu
- 1 boîte pour objets piquants, coupants, tranchants
- 1 paire de gants non stériles
- 1 paire de gants stériles
- 1 garrot
- 1 paquet de 5 compresses stériles
- 1 flacon individuel (125 ml) de chlorhexidine moussante type Hibiscrub®
- 2 pipettes de sérum physiologique
- 1 flacon de chlorhexidine alcoolique non colorée type Hibitane®
- 1 cathéter périphérique sécurisé (privilégier le diamètre 18G)
- 1 poche de soluté sur prescription médicale
- 1 tubulure
- 1 rampe et son protège rampe
- 1 pansement occlusif transparent stérile type Tégaderm®

PRÉPARATION

- Se laver les mains : SHA
- Préparer la ligne de perfusion et purger le système de façon aseptique
- Prévenir le patient et l'installer
- Mettre le garrot et repérer la veine à cathériser puis desserrer le garrot
- Placer la protection (type carré bleu) sous le membre

DÉROULEMENT

- Se laver les mains : SHA
- Réaliser une déterision de la zone d'insertion : nettoyage à la chlorhexidine moussante, rinçage au serum physiologique, séchage
- Imbiber les compresses d'antiseptique
- Mettre le garrot
- Se laver les mains : SHA
- Enfiler les gants stériles
- Désinfecter la région à perfuser
- Introduire le cathéter
- Glisser une compresse sous le cathéter lorsque celui ci est en place
- Desserrer le garrot
- Exercer une pression sur la veine au dessus du cathéter avant de désadapter l'aiguille puis l'éliminer dans le container à aiguille
- Connecter la ligne de perfusion et déclamper le système
- S'assurer de l'existence d'un reflux veineux
- Utiliser éventuellement des bandelettes adhésives stériles pour fixer le cathéter, sous réserve du respect des règles d'asepsie
- Appliquer le pansement transparent de façon occlusive
- Régler le débit de la perfusion
- Jeter le matériel souillé dans les poubelles adéquates
- Réinstaller le patient
- Se laver les mains : SHA
- Noter sur la feuille de surveillance quotidienne le type de cathéter, son n° de gauge et le site de pose
- Noter le soin sur la pancarte mensuelle (type, site, date)

SURVEILLANCE D'UNE VVP

- Il s'agit de repérer précocement des signes d'extravasation, d'inflammation ou d'infection
- Avant chaque pose de médicaments IV ou changement de base et/ou régulièrement dans la journée :
 - Vérifier la présence d'un reflux sanguin (pas systématique pour les cathéters de diamètre inférieur à 20G et les tubulures de PCA)
 - Surveiller l'apparition de signes d'inflammation au point de ponction et sur le trajet de la veine : rougeur, chaleur, douleur, œdème
 - Vérifier que le pansement est bien occlusif
- Vérifier qu'il y a bien un bouchon sur chaque robinet

RETRAIT D'UNE VVP

- Le retrait du cathéter se fait sur prescription médicale, lorsqu'il n'y a plus d'indication à son maintien, ou toutes les 72h après avoir reperfusé le patient

MATÉRIEL

- gants non stériles
- compresses stériles
- sparadrap

DÉROULEMENT

- Se laver les mains : SHA
- Clamper la perfusion
- Mettre les gants non stériles
- Retirer le pansement transparent puis le cathéter
- Appliquer la compresse sur le point de ponction et comprimer jusqu'à l'arrêt du saignement
- Appliquer le sparadrap sur la compresse
- Noter le soin
- Se laver les mains : SHA

GROUPE DE TRAVAIL

IDE

- Marie Dethyre
- Émilie Dufaye
- Sylvie Hanzard
- Cécile Lawson
- Corinne Merchez
- Nora Thonet

MÉDECIN

- PE Leblanc

CADRE

- Véronique Allain

BIBLIOGRAPHIE

Hygiène des mains : guide de bonne pratique. CCLIN Paris Nord 2001

Le cathétérisme veineux, guide de bonnes pratiques : recommandations pour l'élaboration de protocoles de soins sur les voies veineuses. CCLIN Paris Nord 2001

Prévention des infections liées aux cathéters veineux périphériques : référentiel de l'HAS 2005