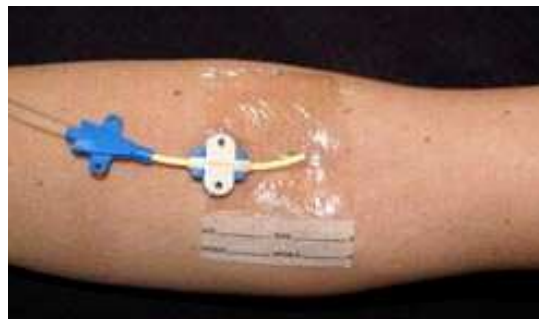


Recommandations régionales Picc-lines



Journée Régionale, 13 Octobre 2015

Pourquoi et comment ?

- Réponse à une demande des hygiénistes de la région : PICC de plus en plus utilisés, pratiques diverses et variées, méconnaissance +++ du matériel
- Mise en place d'un groupe de travail en février 2015: « déblayage » !
- Proposition des fiches pour validation par mail cet été
- 2^{ème} réunion le 24 septembre dernier: finalisation



POSE et RETRAIT d'un Cathéter Veineux Central (CVC) et d'un Cathéter Central à Insertion Périphérique (PICC) hors CCI

Le cathétérisme central est l'introduction dans le système veineux, par voie percutanée, d'un cathéter long donnant accès à la jonction système cave et oreillette droite.

Le PICC est un cathéter central dont l'insertion périphérique se fait par abord veineux brachial de bon calibre, en privilégiant veine basilique et à défaut, veine humérale.

OBJECTIFS	Prévenir les complications infectieuses		Standardiser la technique de pose et de retrait		
POSE DU CATHÉTER (CVC ou PICC)					
PRÉ REQUIS	<ul style="list-style-type: none"> acte programmé (hors situation d'urgence) 	<ul style="list-style-type: none"> par un opérateur entraîné, dans des conditions d'asepsie chirurgicale (préparation préopératoire), en salle à empoussièrisme maîtrisé, salle de radiologie interventionnelle ou en service de réanimation 	<ul style="list-style-type: none"> pour un PICC : sous surveillance cardiaque et échoguidage 	<ul style="list-style-type: none"> SANS antibioprophyxie 	
TENUE	AIDE tenue propre + coiffe + masque chirurgical	OPÉRATEUR tenue chirurgicale complète (casaque stérile + coiffe + masque chirurgical)	PATIENT coiffe + masque chirurgical		
DÉROULEMENT de la POSE					
<ul style="list-style-type: none"> -alèse de protection -casaque stérile, coiffes, masques chirurgicaux, -gants stériles -produit hydro-alcoolique -savon antiseptique -antiseptique <u>alcoolique</u> -compresses stériles -champs stériles (champ de table et grand champ troué) -plateau stérile pour badigeon -plateau d'instruments -flacon d'eau stérile versable ou sérum physiologique stérile -flacon d'anesthésique local -kit de « pose PICC » ou « pose KTC » -seringue (≥ 10 mL) -2 ampoules de NaCl 0,9% -aiguille de prélèvement -système de fixation spécifique PICC (stabilisateur) ou fil de suture non résorbable -pansement stérile absorbant -sac à déchets et collecteur à objets piquants/tranchants <p><i>Si perfusion immédiate</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -soluté à perfuser -tubulure de perfusion -pied à perfusion -contrôleur de débit 	<p>AIDE</p> <p>↓</p> <p>OPÉRATEUR</p> <p>↓</p> <p>AIDE</p> <p>↓</p> <p>OPÉRATEUR</p> <p>↓</p> <p>AIDE</p> <p>↓</p>	<ol style="list-style-type: none"> REGROUPER le matériel INSTALLER le patient RÉALISER une FRICTION HYDRO-ALCOOLIQUE des mains Si dépilation nécessaire, utiliser tondeuse, ciseaux ou crème dépilatoire. PROSCRIRE LE RASAGE PRÉPARER le site d'insertion au plus près de la pose Positionner une protection <ol style="list-style-type: none"> DÉTÉRGER largement le site d'insertion avec des compresses imbibées de savon antiseptique RINCER à l'eau stérile ou avec du sérum physiologique stérile ESSUYER avec des compresses stériles RÉALISER une FRICTION CHIRURGICALE des mains et des avant bras S'HABILLER STÉRILEMENT (casaque, enfiler 2 paires de gants) RÉALISER une FRICTION HYDRO-ALCOOLIQUE des mains SERVIR l'opérateur aseptiquement INSTALLER le matériel sur un support recouvert d'un champ de table stérile BADIGEONNER largement le site d'insertion du centre vers la périphérie avec des compresses stériles imbibées d'antiseptique alcoolique ATTENDRE LE SÉCHAGE SPONTANÉ. NE PAS ESSUYER (respecter le temps de contact préconisé) POSER des champs stériles larges L'OPÉRATEUR change la première paire de gants INJECTER l'anesthésique local si nécessaire RÉALISER LA POSE du cathéter selon le protocole de l'établissement VÉRIFIER l'emplacement du cathéter (contrôle radioscopique) FIXER le cathéter : avec les sutures pour un CVC, avec un stabilisateur pour un PICC NETTOYER aseptiquement le site d'insertion SI PERFUSION IMMÉDIATE, l'opérateur raccorde le cathéter au prolongateur muni d'un robinet puis à la tubulure purgée par l'aide OUVRIR la perfusion, vérifier le retour veineux puis régler le débit METTRE EN PLACE LE PANSEMENT absorbant sur le site d'insertion. <i>Si l'aide réalise le pansement, FRICTION HYDRO-ALCOOLIQUE des mains préalable</i> ÉLIMINER IMMÉDIATEMENT les objets piquants/tranchants Prévention des Accidents d'Exposition au sang RETIRER les gants RÉALISER une FRICTION HYDRO-ALCOOLIQUE des mains Noter dans le dossier de soin : référence, n° de lot, caractéristiques du cathéter, sa bonne position, la longueur insérée et la longueur extériorisée 			
RETRAIT DU CATHÉTER (CVC ou PICC)					
PRÉ REQUIS	<ul style="list-style-type: none"> tout cathéter qui n'est plus nécessaire doit être rapidement retiré 	<ul style="list-style-type: none"> acte infirmier sur prescription médicale et en présence d'un médecin pouvant intervenir à tout moment 	<ul style="list-style-type: none"> mise en culture du cathéter sur prescription médicale et selon protocole de l'établissement 		
TENUE	OPÉRATEUR masque chirurgical + gants à UU non stériles	PATIENT masque (ou à défaut tête tournée) si cathéter mis en culture			
DÉROULEMENT du RETRAIT					
	<ol style="list-style-type: none"> RÉALISER une FRICTION HYDRO-ALCOOLIQUE des mains enfiler des gants à UU non stériles enlever avec précaution le pansement de fixation du cathéter ; si CVC, enlever les fils de fixation réaliser une antiseptie du site d'insertion (antiseptique alcoolique et compresses stériles) 	<ol style="list-style-type: none"> tirer doucement le cathéter et comprimer vérifier la longueur du cathéter et son intégrité. renouveler l'application d'antiseptique alcoolique avec de nouvelles compresses stériles appliquer un pansement stérile, absorbant et occlusif pendant une heure. retirer les gants et RÉALISER une FRICTION HYDRO-ALCOOLIQUE des mains 			
RÉFÉRENCES	<ul style="list-style-type: none"> Bonnes pratiques et gestion des risques associés au PICC - SF2H - Décembre 2013 Gestion préopératoire du risque infectieux - SF2H - Octobre 2013 Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections - CDC - 2011 Surveiller et prévenir les infections associées aux soins. SF2H - HCSP Septembre 2010. Check-list « Pose d'un cathéter veineux central (CVC) ou autre dispositif vasculaire (DV) ». HAS. 2011 				

Recommandations pour la pose et le retrait des cathéters veineux centraux et PICC-lines – RHC – version 1 octobre 2015

rhc-arlin.com

Points « clé »

- Une seule et même fiche pour CVC et PICC

- Déroulement retrait 

- Double gantage pour l'opérateur

- Importance de la traçabilité

Journée régionale RHC-Arlin, 13 octobre 2015



Gestion des Cathéters Centraux à Insertion Périphérique (PICC line)

RAPPELS OBJECTIFS	<ul style="list-style-type: none"> le PICC line est un cathéter central Prévenir les complications infectieuses 		<ul style="list-style-type: none"> pour abord veineux de durée \geq à 7jours et $<$ 3 mois Standardiser la gestion des PICC 	
TENUE	Manipulations proximales		Manipulations distales	
MATÉRIEL	PERSONNEL	PATIENT	PERSONNEL	
IMPERATIF	<ul style="list-style-type: none"> toute manipulation est effectuée avec des compresses stériles imprégnées d'un antiseptique alcoolique réévaluation quotidienne de l'intérêt du dispositif et retrait dès qu'il n'est plus nécessaire surveillance clinique (recherche de complication locale ou générale). En cas de doute, informer rapidement le médecin 			
RÉFÉCTION DU PANSEMENT				
J1 APRES LA POSE	SANS DÉLAI	HORS SOUILLURE/DÉCOLLEMENT		
si pansement avec compresse (stabilisateur changé uniquement si souillé/décollé)	si pansement ou stabilisateur souillé/décollé	4 jours pour pansement avec compresses et non transparent	8 jours maxi. pour pansement stérile semi-perméable transparent	stabilisateur 8 jours valve bidirectionnelle en fonction des reco. du fabricant
MATÉRIELS	<ol style="list-style-type: none"> RÉALISER une FRICTION HYDRO-ALCOOLIQUE des mains préparer le matériel sur champ stérile posé sur plan de travail désinfecté au préalable enfiler les gants non stériles avec précaution, retirer le pansement transparent par éirement latéral RETIRER les gants et RÉALISER une FRICTION HYDRO-ALCOOLIQUE des mains 		<p>ENFILER des gants stériles retirer le stabilisateur retirer les gants puis RÉALISER une FRICTION HYDRO-ALCOOLIQUE des mains</p>	
- pansement - compresses stériles - savon liquide doux ou antiseptique selon le protocole de l'établissement - sérum physiologique ou eau stérile - antiseptique alcoolique - gants non stériles à UU - gants stériles - seringue de 10 ml de NaCl 0,9% - stabilisateur, si nécessaire - valve bidirectionnelle, si nécessaire - bandelette adhésive pour stabiliser le PICC lors de la réfection - sac à déchets	<ol style="list-style-type: none"> ENFILER une paire de gants stériles RÉALISER une déterision avec un savon liquide* RINCER avec eau stérile ou sérum physiologique, SÉCHER avec des compresses stériles antiseptie avec un antiseptique alcoolique attendre le séchage spontané de l'antiseptique SI BESOIN: mettre un nouveau stabilisateur changer le pansement RETIRER les gants stériles et RÉALISER une FRICTION HYDRO-ALCOOLIQUE des mains 		<p>SI CHANGEMENT DE STABILISATEUR</p> <p>SI CHANGEMENT DE LA VALVE</p> <p>ENFILER des gants stériles PURGER puis CHANGER la valve retirer les gants puis RÉALISER une FRICTION HYDRO-ALCOOLIQUE des mains</p>	
<p>15. Tracer les actions réalisées</p>				
MANIPULATION et GESTION DES LIGNES (injection, changement des lignes de perfusion,...)				
IL EST IMPERATIF DE BIEN CONNAÎTRE LES CARACTÉRISTIQUES DU PICC AVANT UTILISATION (carnet de suivi du patient)				
RYTHME de changement de lignes	SYSTÉMATIQUEMENT		TOUS LES 4 JOURS	
	après passage de produits sanguins, lipidiques ou anticancéreux	après chaque poche, si perfusion discontinue	ligne principale et dispositifs associés (robinets, rampes, ...)	
	<ul style="list-style-type: none"> EFFECTUER toutes les manipulations de façon aseptique et après désinfection des mains (friction hydro-alcoolique) DÉSINFECTER les sites d'injection et valves bidirectionnelles avant utilisation avec des compresses stériles imbibées d'antiseptique alcoolique en cas d'injection à la seringue, toujours utiliser une seringue \geq 10 ml RÉALISER un rinçage pulsé après toute injection médicamenteuse, et au moins 1 fois par semaine (lors de la réfection du pansement) (injection de 10 mL de NaCl 0,9 % de manière pulsée par poussées successives ; augmenter le volume à 20 ml en cas de produit à haute viscosité (sang, lipides, ...)) PROTÉGER la connectique de la ligne veineuse par un pansement stérile les sites d'injection de la ligne principale sont éloignés de la literie en utilisant un prolongateur (longueur suffisante) et un porte rampe les connexions proximales et les sites d'injection sont protégés et tenus à distance des sources de contamination Utiliser un système actif de perfusion (pompe volumétrique, pousse seringue) TRACER les actions réalisées 			
VALVES BIDIRECTIONNELLES (connecteurs de sécurité)	<ul style="list-style-type: none"> dispositifs pour injection et prélèvement veineux sans aiguille (adaptation de seringue Luer-lock sur la valve), réalisant la fermeture de la ligne (remplacent les bouchons obturateurs) à pression positive, neutre ou négative manipulations différentes au retrait de la seringue ou de l'embout de la tubulure si pression positive, neutre ou négative 			
SI POSITIVE : flush liquidien vers le patient (pas de reflux à l'extrémité du cathéter) Ne pas clamber ni fermer le robinet avant déconnexion de la seringue	SI NEUTRE aucun déplacement de liquide Clamber ou fermer le robinet avant déconnexion de la seringue	SI NÉGATIVE reflux sanguin vers l'extrémité du cathéter Clamber ou fermer le robinet avant déconnexion de la seringue		
PRÉLÈVEMENTS				
TENUE	PERSONNEL	<ul style="list-style-type: none"> prélèvement en proximal : tenue professionnelle propre + masque chirurgical + gants stériles prélèvement en distal : tenue professionnelle propre + gants à UU non stériles 		
MATÉRIELS	PATIENT	<ul style="list-style-type: none"> masque chirurgical, ou à défaut la tête tournée du côté opposé au PICC 		
- compresses stériles - antiseptique alcoolique - corps de pompe à UU - seringue de 20 ml de NaCl 0,9% - gants non stériles à UU (manip. distales) ou stériles (proximales) sacs à déchets, collecteur à OPCT	<ol style="list-style-type: none"> RÉALISER une FRICTION HYDRO-ALCOOLIQUE des mains préparer le matériel nécessaire sur un plan de travail désinfecté au préalable RÉALISER une FRICTION HYDRO-ALCOOLIQUE des mains ENFILER les gants utiliser une compresse stérile imbibée d'antiseptique alcoolique pour manipuler les connexions réaliser le prélèvement (ne pas utiliser les 5-10 premiers mL, sauf pour hémocultures,) effectuer le rinçage pulsé de la ligne ÉLIMINER immédiatement les objets piquants/coupants/tranchants dans le collecteur retirer les gants et RÉALISER une FRICTION HYDRO-ALCOOLIQUE des mains 			
	<p>Bonnes pratiques et gestion des risques associés au PICC - SF2H - Décembre 2013 Bonnes pratiques et gestion des risques associés au PICC. Foire aux questions. SF2H. Mai 2014 Gestion préopératoire du risque infectieux - SF2H - Octobre 2013 Surveiller et prévenir les infections associées aux soins. Septembre 2010. SF2H-HCSP</p>			
RÉFÉRENCES	<p>Recommandations pour l'utilisation des PICC – RHC Version 1- octobre 2015</p>			

rhc-arlin.com

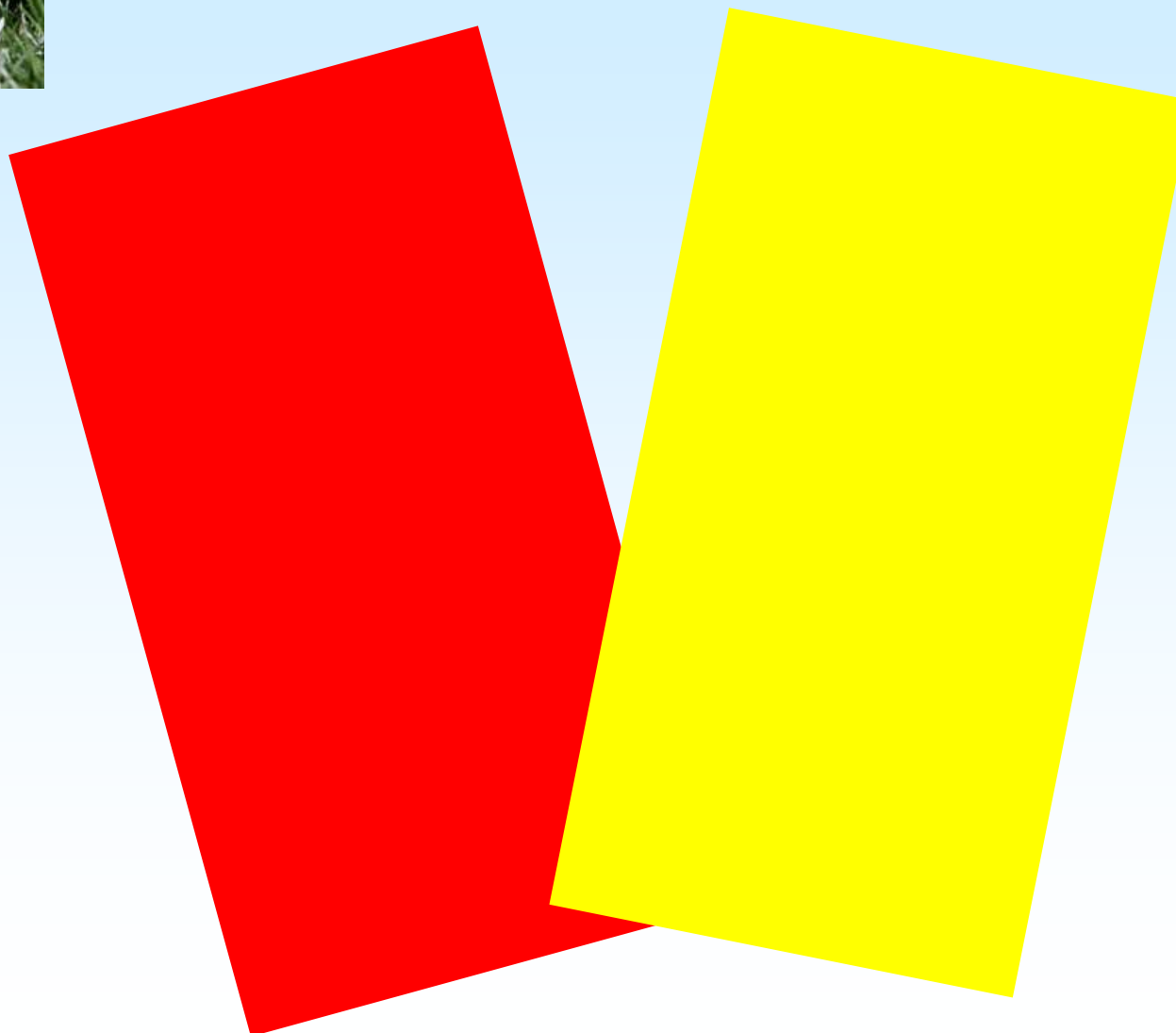
Points « clé »

- Fiche spécifique pour la réfection et gestion du PICC
- Point sur les valves
- Importance du rinçage
- Surveillance / réévaluation
- Uniformisation avec CVC/CCI
- Importance de la traçabilité

Journée régionale RHC-Arlin, 13 octobre 2015



Sortez vos cartons...!!



Journée régionale RHC-Arlin, 13 octobre 2015



LE PROPIAS 2015 ...

**L'un des axes majeurs vise à réduire
le risque infectieux associé aux
dispositifs invasifs**

Ne concerne pas les PICC-lines

INSTRUCTION N°DGOS/PF2/DGS/RI1/DGCS/2015/ 202 du 15 juin 2015 relative au programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (Propias) 2015



AXE 3

Réduire le RI associé aux actes invasifs

	Local	Régional	National
O1 : Connaitre, évaluer et prévenir le risque infectieux associé aux actes invasifs réalisés dans les 3 secteurs de l'offre de soins	<p>A2 : Revue de pertinence des actes et du maintien des dispositifs invasifs</p> <p>A3 : Formation des professionnels à la pratique des actes invasifs: simulation, tutorat, évaluation des connaissances techniques avant la pratique</p> <p>A4 : Programmes d'amélioration de la sécurité du patient: travail en équipe, apprentissage par l'erreur, faisceaux de mesures, etc.</p> <p>A5 : Promotion des outils d'audit/Approches EPP-DPC/Analyse systémique des causes/REX-RMM</p> <p>A6 : Sensibilisation/évaluation des bonnes pratiques en ville</p>	<p>A1 : Identification des actes invasifs réalisés en ville, en EMS / Recommandations associées</p> <p>A1 : Diffusion des recommandations de bonnes pratiques (SRVA)</p> <p>A3 : Développer des outils spécifiques dédiés à la PIAS (SRVA)</p> <p>A5 : Promotion des outils d'audit (Grephe, HAS) et analyse des résultats/Publication de REX</p> <p>A6 : Contrôles de conformité des installations (ARS, ordres).</p>	<p>A1 : Diffusion des recommandations de bonnes pratiques</p> <p>A3 : Développer des outils spécifiques dédiés à la PIAS</p> <p>A5 : Promotion des outils d'audit (Grephe, HAS) et analyse des résultats/Publication de REX</p>

Action 4 : Généraliser la surveillance des bactériémies associées aux dispositifs invasifs, dont les bactériémies à *S. aureus* sur DIV (cathéter périphérique, CVC, CCI, Picc...) en ES avec un objectif de réduction. En EMS et en ville, l'objectif est de repérer les bactériémies à *S. aureus* sur DIV à partir du LBM.

Action 2 : En ES, utiliser les entrepôts de données (PMSI, SIH) et développer des méthodes/outils pour surveiller les infections associées à certains actes invasifs (ex : ISO après pose de prothèse articulaire ou autres dispositifs implantés, certains cathéters veineux centraux tels les cathéters centraux à insertion périphérique (Picc), les cathéters à chambre implantable (CCI) ...);



OBJECTIFS

Etablissements de santé		Niveau	Echéance Périodicité	Source
Bactériémies	Bactériémie sur CVC en réanimation : taux \leq 1/1000 J-cathéter	Local	2015/Annuel	Raisin
	Bactériémie sur CVC hors réanimation : diminution de 20% de la prévalence	Local Régional National	2017/5 ans	ENP
	Diminution de 20% de la prévalence des bactériémies à <i>S. aureus</i> sur DIV en réanimation et hors réanimation	National	2017/5 ans	ENP

Etablissements médicaux-sociaux Secteurs des soins de ville		Niveau	Echéance Périodicité	Source
Bactériémies	Signalement des bactériémies à <i>S. aureus</i> sur DIV à partir du LBM*	Régional	2016	ARS Cclin/Arlin



LE PICC-LINE EST

**Un cathéter veineux central à
insertion périphérique**

Un cathéter veineux périphérique

PICC: Définition

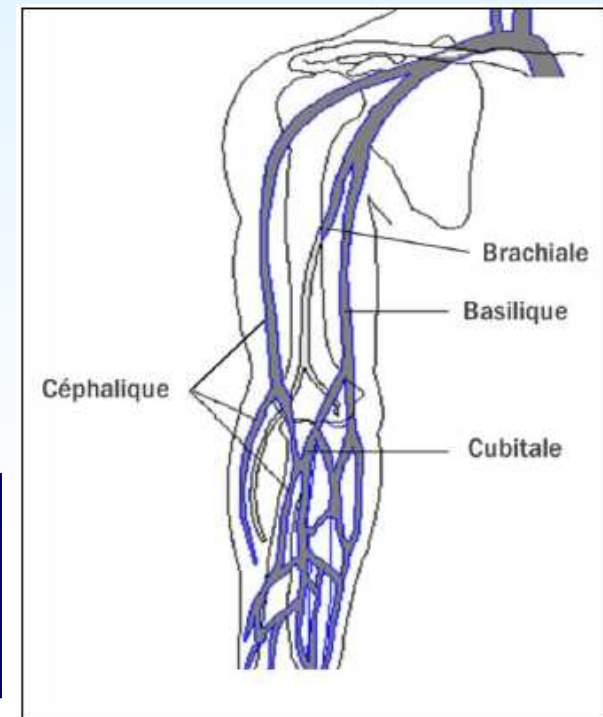
Cathéter central dont l'**insertion périphérique** se fait par un abord veineux brachial de bon calibre (veine basilique, humérale, (ou céphalique))

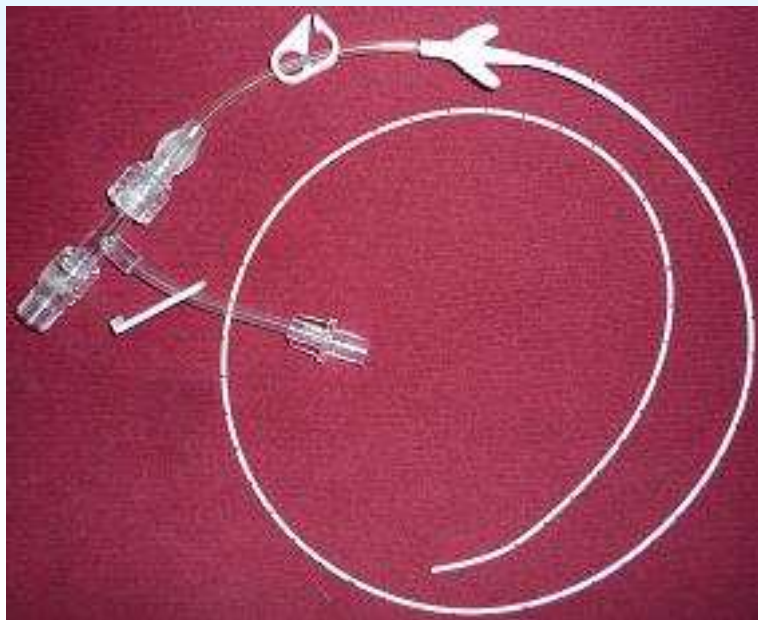
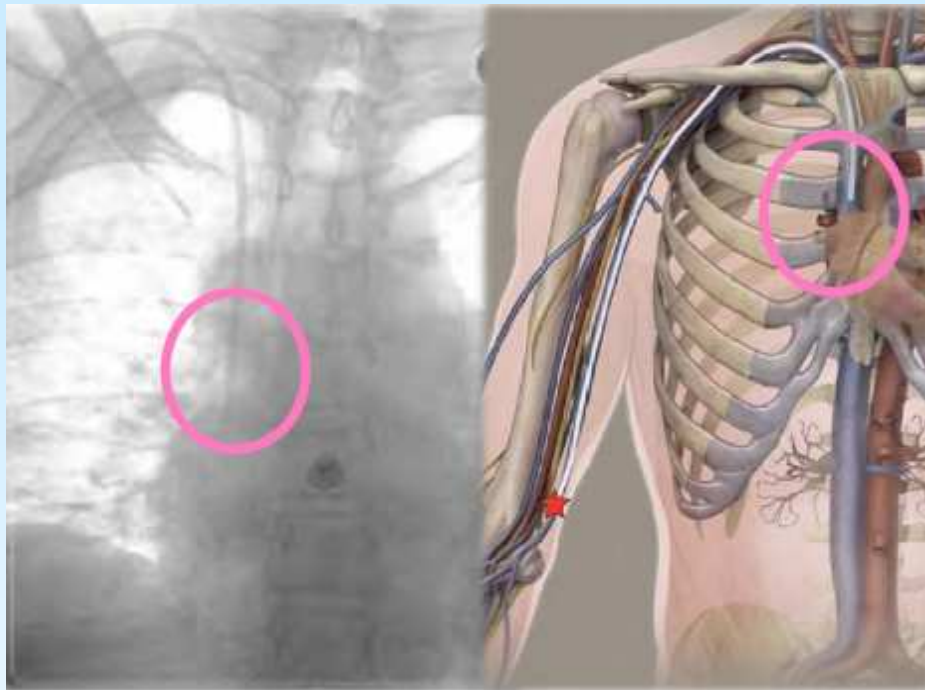
→ inséré au-dessus du pli du coude dans une veine profonde du bras.

→ l'extrémité se situe à la jonction de la veine cave supérieure et de l'oreillette droite

A privilégier : PICC monolumière \leq 4 French

Prévoir PICC haute pression si injection produit de contraste





Journée régionale RHC-Arlin, 13 octobre 2015



La durée attendue de pose est ...

> 3 mois

≥ 7 jours et < 3 mois

INDICATIONS

- Traitement à domicile (adultes et enfants)
- Durée attendue de pose de **> 7 jours et < 3 mois**
- Antibiothérapie, nutrition parentérale, chimiothérapie, prélèvements sanguin et transfusions
- Patient atteint de thrombopénie ou de neutropénie
- Patient refusant CCI ou en cas de contre-indication temporaire d'une CCI

PRINCIPAUX AVANTAGES:

- Utilisation dans tout secteur de soin, toutes disciplines confondues
- Plus confortable pour le patient (moins de ponction que pour CVP, pas de cicatrice)

CONTRE-INDICATIONS

PRINCIPALES:

- Choc avec nécessité de remplissage rapide
- Insuffisance rénale avec hémodialyse envisagée
- Du côté d'un curage axillaire, d'un lymphoedème
- A proximité de lésions cutanées infectées ou chroniques

RELATIVES:

- Maladies thromboemboliques (anomalie génétique connue)
- Radiothérapie locorégionale
- ATCD de thrombophlébite du membre supérieur

COMPLICATIONS

- Lors de la pose: ponction artérielle, saignement...
- Arythmie cardiaque
- Obstruction
- Retrait accidentel
- Infection
- Thrombose veineuse
- Rupture, migration du cathéter

Risque infectieux (bactériémie/1000 j.cathéter)

- CVP : 0,5
- CCI, abord séquentiel : 0,5
- PICC : 1 à 2
- CVC à émergence cutanée : 1,5 à 2,5
- CVC vs PICC : 13 études, IRR : 0,91 (0,46-1,79)

(Chopra V et al, Infect Control Hosp Epidemiol 2013)

Risque de thrombose veineuse :

- PICC : 6,3%
- CVC : 1,3% (11 études, OR : 2,55, IC95% : 1,54-4,23)

(Chopra V et al, Lancet ID 2013)



La pose du PICC se fait...

Au bloc opératoire, en salle de radiologie interventionnelle ou en réanimation

Dans la chambre standard du patient

Conditions de pose des PICC

- Conditions d'**ASEPSIE CHIRURGICALE**
- **Sous échoguidage** en temps réel et sous surveillance cardiaque
- Par un **opérateur entraîné ou encadré**
- En dehors de l'urgence: **acte programmé**
- **Longueur extériorisée minimale notée**
- **Pas d'antibioprophylaxie** en systématique

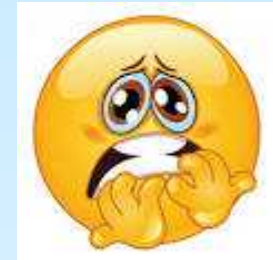


Lors de la réfection du pansement...

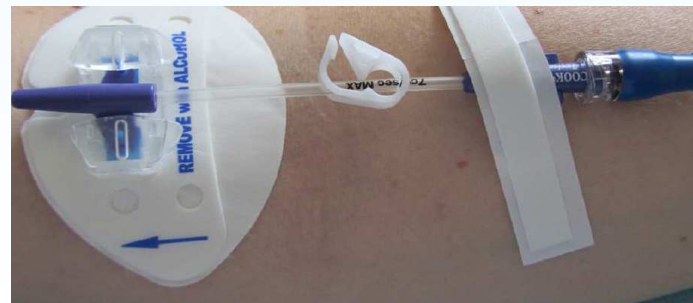
Il est nécessaire de vérifier la longueur extériorisée avant et après le soin

Tout pansement souillé et/ou décollé est refait sans délai

Réfection pansement



- **Geste à risque de désinsertion**
- J1 après la pose si pansement avec compresse
- Pansement semi-perméable transparent stérile à privilégier et à retirer par étirement
 - ↳ Réfection / 8 j et **sans délai si souillé/décollé**
- Noter longueur extériorisée cathéter avant / après
- Nécessité d'un stabilisateur (fixation sans suture): changé tous les 8 jours (ou sans délai si souillé/décollé)





Les valves (ou connecteurs de sécurité)...

Leur utilisation est obligatoire

Permettent de garantir un système clos

Valves ou connecteurs de sécurité

- Pas obligatoires
- Permettent un **système clos** (prévention risques embolie gazeuse et infectieux) et sans aiguille (prévention AES)
- Si utilisées, préférer **valve à septum pré-fendu** (fente qui s'ouvre) plutôt que valve mécanique
- Bidirectionnelles: permettent l'administration et le prélèvement
- **Critères de choix modèles**: surface de connexion plane, transparents (évaluation qualité rinçage) et résistants aux injections successives
- Désinfection avec ATS alcoolique avant chaque utilisation



Risque infectieux majoré lié
au mécanisme interne



Pression positive

Pression neutre

Pression négative



Lors des manipulations du PICC ...

Une hygiène des mains par friction hydro-alcoolique doit être effectuée avant toute manipulation

Une coiffe doit être mise pour toute manipulation

Préalables à l'utilisation des PICC

Manipulations proximales:

- tenue professionnelle propre
- masque chirurgical
- gants stériles
- (coiffe si ouverture pansement)

Patient: - masque chirurgical

(ou tête tournée côté opposé)

- dénudation suffisante (port de vêtements amples)

Manipulations distales :

- tenue professionnelle propre
- gants non stériles à UU si nécessaire



**Friction
hydro-alcoolique
avant toute
manipulation**

Manipulation et gestion des lignes

- Toute manipulation est effectuée avec une compresse stérile imbibée d'ATS alcoolique
- Port de gants à UU non stériles si nécessaire pour la protection du personnel (produit cytotoxique) et la prévention d'une exposition potentielle aux liquides biologiques
- Sites d'injection ligne principale éloignés de la literie: prolongateur et porte rampe
- **Changement des lignes:**
 - systématiquement après passage de produits sanguins, lipidiques ou anticancéreux
 - après chaque poche si perfusion en discontinu
 - ligne principale et dispositifs associés (robinets, rampes...): / 4 jours
- **Désinfection systématique des sites d'injection et valves** avant utilisation avec une compresse imbibée d'ATS alcoolique

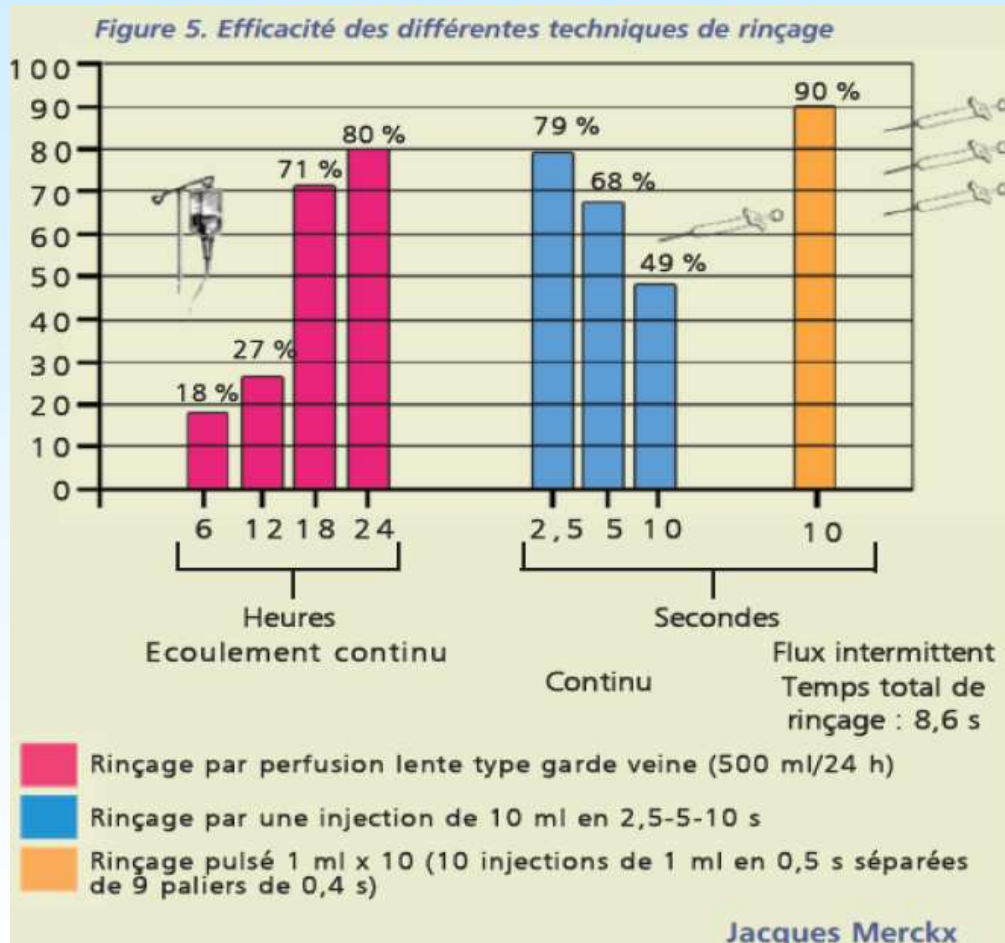


Quelle méthode de rinçage préconisez-vous ?

Rinçage continu en 10 secondes

Rinçage pulsé par poussées successives

Prévention du risque d'occlusion du PICC



Etude de Merckx en 2010

Décrochage mesuré:

- Rinçage pulsé: 90%

- Rinçage continu de 10 secondes: 49%

Prévention du risque d'occlusion du PICC

- Rinçage efficace = **de manière pulsée par poussées successives** après chaque injection médicamenteuse, et au moins une fois par semaine
 - ↳ Seringue toujours > 10 mL
 - ↳ Avec 10 mL de sérum physiologique
- Augmenter volume à 20 mL si produit à haute viscosité (sang, lipides...)
- Utiliser un **système actif de perfusion** (pousse-seringue électrique, pompe...)



Concernant le retrait du Picc-line...

**La longueur et l'intégrité du cathéter
doivent être vérifiées**

Le retrait est du rôle propre de l'infirmier

Retrait du Picc-line

- Dès qu'il n'est plus nécessaire !

→ Evaluation +++ quotidienne de la nécessité du maintien

En cas de complication liée au PICC (infections avérées, thromboses veineuses avec syndrome infectieux...):
surveillance clinique régulière +++

- **Acte infirmier sur prescription médicale**, avec médecin pouvant intervenir à tout moment
- Pas de consensus sur le lieu de retrait
- **Vérifier la longueur et l'intégrité au retrait**
- **Tenue opérateur**: masque chirurgical + gants à UU non stériles
- **Antisepsie site d'insertion avec ATS alcoolique**
- Mise en culture sur prescription médicale si nécessaire (port du masque par le patient)



La traçabilité et le PICC...

N'est pas une obligation légale si le PICC est utilisé à domicile

Est une obligation légale quel que soit le lieu de prise en charge

Traçabilité

- **Obligation légale**
- **Dès la pose:** carte de porteur PICC (lot, marque, références, longueur)
- **Dès la 1^{ère} utilisation:** dossier patient + carnet de surveillance
- Noter les manipulations et l'entretien, la longueur extériorisée du cathéter, la surveillance locale, les valves...
- **Quel que soit le lieu de prise en charge**



ENCADREMENT DES PRATIQUES

Formation du personnel
Procédures et standardisation pratiques
Bonnes connaissances du matériel utilisé
Asepsie +++ lors de la pose
et de l'utilisation
Education du patient

TRACABILITE

Matériel
Carnet de suivi
Dossier patient

SURVEILLANCE

Clinique, locale et générale, quotidienne
Evaluation quotidienne nécessité PICC
Surveillance des inf. associées aux PICC
Signalement interne voire externe EIG
(EOH, matériovigilance)

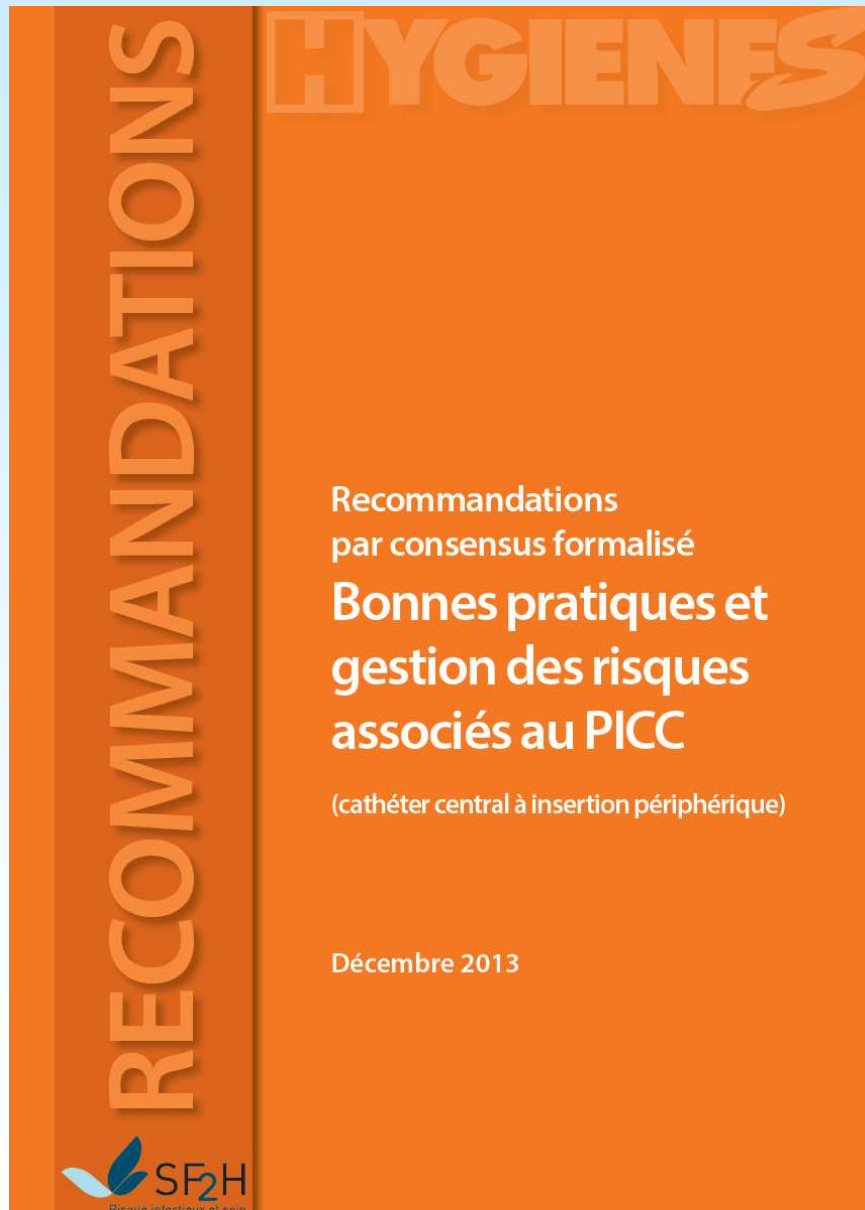


**Etes-vous satisfaits de
cette présentation ?**

OUI

OUI

Références



12 mai 2014

Foire aux Questions – PICC

Bonnes pratiques et gestion des risques associés au PICC
Recommandations par Consensus Formalisé

- **Indications et contre-indications des PICC**

Q 1 : La pose d'un PICC est-elle indiquée chez les patients ayant des troubles de coagulation (TP bas par exemple) ou sous traitement anticoagulant ?

Réponse : La pose d'un PICC est possible lors de tous troubles de la coagulation, alors que d'autres abords veineux centraux peuvent être contre-indiqués.

Q 2 : En cas de refus du patient, peut-on étendre l'indication de PICC aux autres cathéters veineux centraux (Broviac, Groshung, etc...) ?

Réponse : En oncologie, un PICC n'est pas le dispositif privilégié pour les traitements prolongés (supérieurs à 6 mois) et discontinus des tumeurs solides (AF). Cependant, si le patient refuse les cathéters de longue durée tels que CCI, cathéters tunnélisés, ...etc., un PICC peut être proposé. Le choix d'un PICC par rapport aux autres abords veineux centraux est défini a priori, selon l'indication.

Q 3 : La durée du PICC est-elle modifiée si celui-ci possède une valve intégrée ?

Réponse : La durée de vie d'un PICC avec valve intégrée n'est pas plus longue qu'un PICC sans valve intégrée.

- **Pose du PICC**

Q 4 : Peut-on poser un PICC dans une chambre à flux laminaire ou une chambre avec un système du type Immunair® ?

Réponse : En réanimation ou en service de soins intensifs, chez un patient nécessitant un flux laminaire (ex. : aplasie), la pose d'un PICC peut être réalisée dans une chambre avec flux (conventionnelle ou type Immunair®) sous réserve de disposer du matériel de surveillance nécessaire à la pose.

Q 5 : La pose d'un PICC peut-elle se faire dans une Unité de Soins Intensifs ?

Réponse : La pose d'un PICC peut se faire en réanimation (R28), ce qui peut être élargi aux unités de soins intensifs et aux salles de déchoquage. L'important est de disposer de la place et du matériel nécessaires pour une pose dans les conditions d'asepsie chirurgicale, de précautions chirurgicales. La pose dans une salle à empoussièrément maîtrisé est cependant préférable.

Q 6 : En cas de saignement intempestif au niveau du point de ponction, l'emploi de compresses hémostatiques est-il un facteur favorisant l'infection ?

Réponse : Il n'y a pas de réponse dans la littérature pour les PICC, ni pour les autres CVC.

Journée régionale RHC-Arlin, 13 octobre 2015



Merci aux membres du groupe de travail

Mme M. ARCHAMBAULT (PITHIVIERS), Mme S. BAUNE (Sully sur Loire), Mme M. BEAUVAIS (Châteauroux), Mme H. BLANCHECOTTE (Chinon), Mme A. BLONDEAU (Châteaudun), Mme G. BORGNE (Fleury les Aubrais), Mme M. BOUCHER (Châteaudun), Mme B. CHARON (Bourges), Mme V. CHEVEREAU (La Chaussée St Victor), Mme C. CHU (Amilly Montargis), Mme P. DE LUCAS (Tours), Mme C. DECREUX (Châteauroux), Mme N. DELAUNAY (La Membrolle sur Choisille), Mme M. DELVINGT (Saran), Mme F. DEPERROIS (Chinon), Mme C. DESCORMIERS (Luynes), Mme P. DESPRES (St Amand Montrond), Mme C. GIROD (St Cyr sur Loire), Mme le Dr C. GOULET (Chinon), Mme M.-F. GUILLON (Châteauroux), Mme B. HERACLIDE (Tours), Mme L.-L. HOURCADE (Chambray les Tours), Mme B. JACHEET (Olivet), Mme S. JOUANNEAU (St Aignan sur Cher), Mme le Dr A. JUNCHAT (Tours), M. le Dr O. LEHIANI (Bourges, St Amand Montrond, Vierzon), Mme H. LELOUP (Amboise), Mme S. LEMONIER (Le Blanc), Mme S. MARTINS (Le Blanc), Mme M. MERCIER (Blois), Mme M. J. MEYER (St Doulchard), Mme V. MICHEL (Le Blanc), Mme L. MILLET (Loches), Mme L. OHANIAN (Châteauroux), Mme A. PETITEAU (Tours), Mme le Dr G. PETIT LE GOUAS (Nogent le Rotrou, Chartres), M. le Dr D. RATOVOHERY (Châteauroux), Mme N. REGINAUD (Levroux), M. P. RENAUD (Lorris), Mme B. ROUSSEAU (Gien), Mme V. SALAÜN (Tours), Mme K. SALLE (Levroux), Mme P. SERRAT-PIED (Chartres), M. Eric UZUREAU (Nogent le Rotrou), Mme le Dr N. van der MEE (Tours).

MERCI
pour votre
participation !

