

IV Team à l'ICO de Nantes : retour d'expérience



Dr Frédéric SIMONNEAU
28 Novembre 2017

Mr G

- Homme, 65 ans, ASA 1
- Cancer gastrique type limite
- Chimiothérapie néo-adjuvante, dénutrition
- Gastrectomie totale
- Complications post opératoires :
 - J10 : fièvre, bilan, ablation CVC
 - J12 : thrombophlébite suppurée sur CVC ôté
 - J13 : cholécystite gangrénée et choc septique

Analyse ALARM

- Avis infectieux et PEC infectieuse correcte
- Prophylaxie HBPM selon les recommandations
- Réfections pansements et changement des lignes OK

- **Qualification/compétences : RAS**

Individu

Tâches

Patient

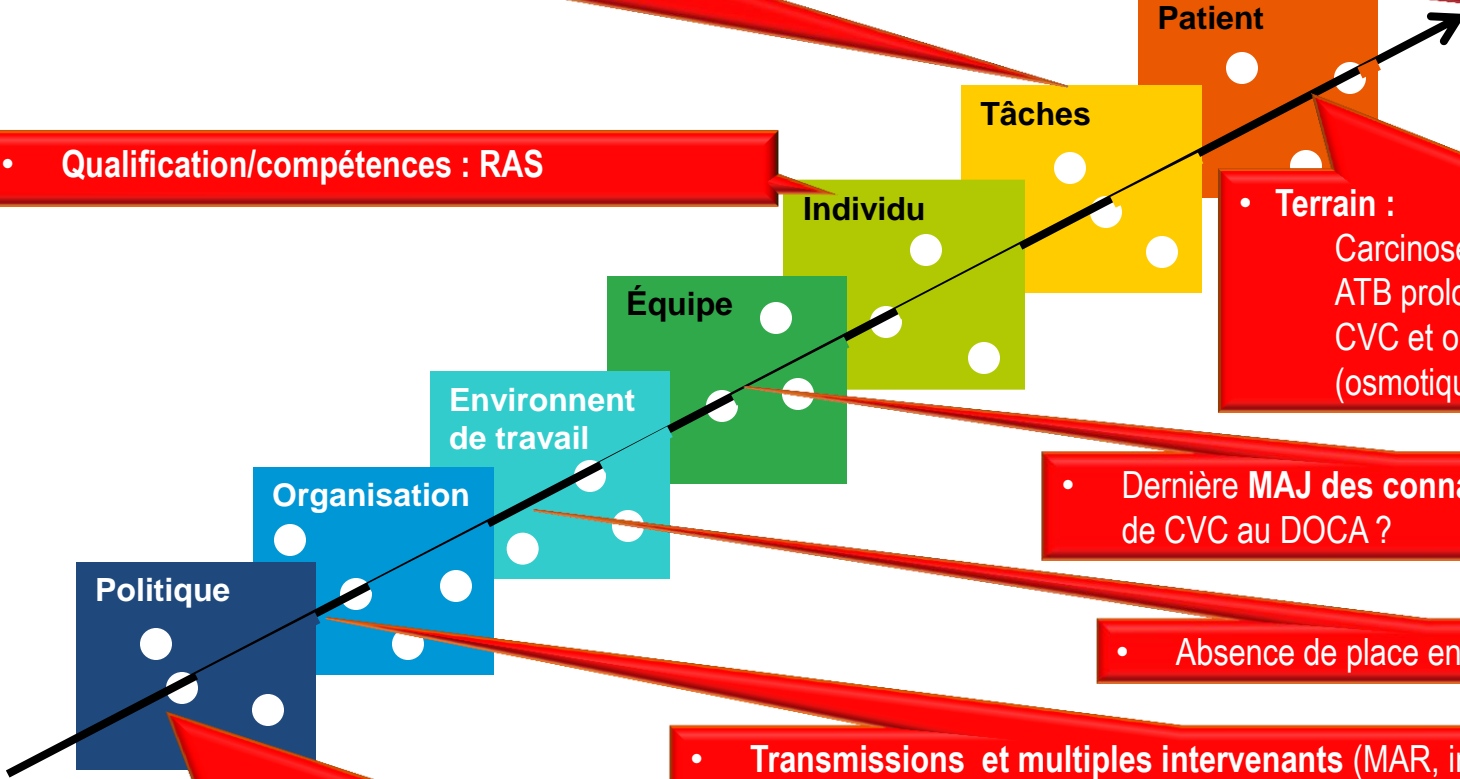
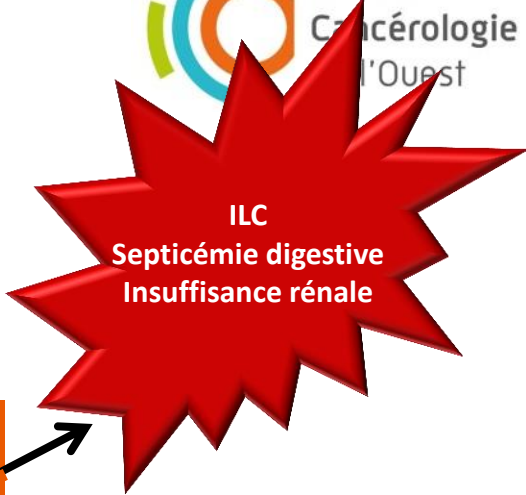
- **Terrain :**
Carcinose péritonéale
ATB prolongée
CVC et opacification digestive (osmotique)

- Dernière **MAJ des connaissances** et des protocoles de CVC au DOCA ?

- Absence de place en réanimation HGRL

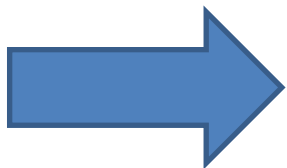
- **Transmissions et multiples intervenants** (MAR, infectieux, réa)

- **Politique :**
 - CVC «facile », utilisation intensive et manipulation multiples
 - Opacifications systématiques des anastomoses « hautes »



Nouvelles actions

- Action 58 : Réflexion concernant les CVC : indications, voies d'abord, durée cathétérisme, manipulations, suivi prospectif des ILC ...
- Responsables : Les anesthésistes



CLIN Juin 2015

ILC au DOCA

- Avril 2014 à Février 2015
- Semaines astreintes FS
- 62 KTC
- Durée moyenne 7 ± 4 jours
- Colonisation : 8,6/1000 jours-cathéter
- **ILC : 12,95/1000 jours-cathéter**

Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales et des traitements anti-infectieux en établissements de santé, France, mai-juin 2012

Résultats



Prévalence des infections nosocomiales

- Enquête un jour donné, en 2012
- 15 180 patients infectés sur 300 300 patients recensés.
- Prévalence de 5,1%

Figure 7 - Distribution des principaux sites infectieux. ENP, France, juin 2012

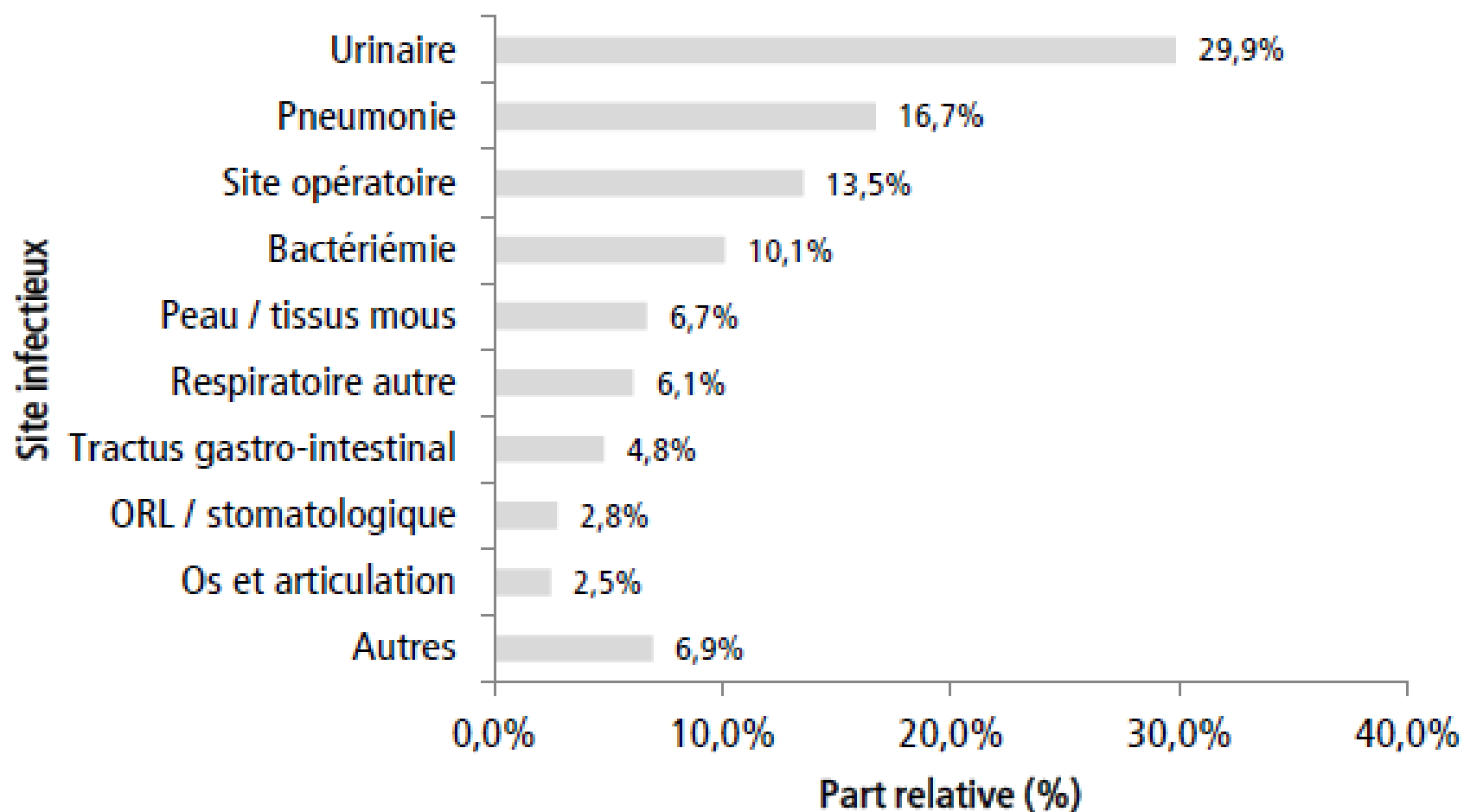


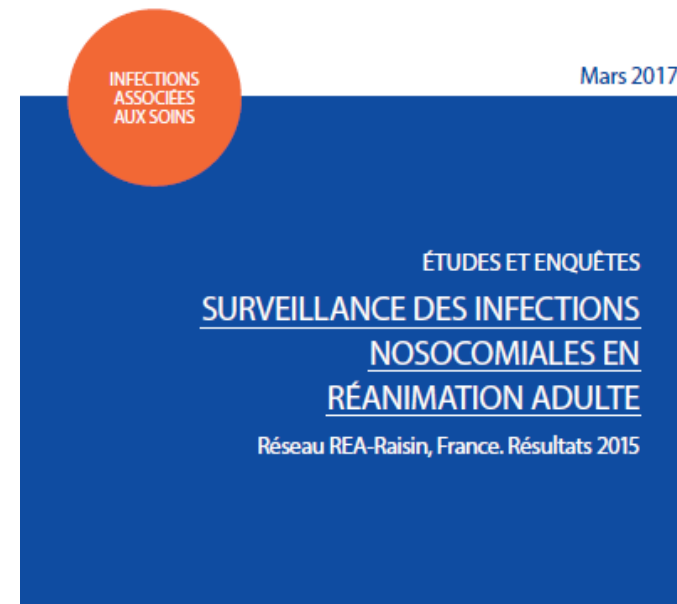
Tableau 39 - Part relative des principaux sites infectieux par catégorie d'ES. ENP, France, juin 2012

Site infectieux	Total Sites (N)	Urinaire	Pneumonie	ISO	ISO superficielle	ISO profonde	ISO organe	Bactériémie	Bact. liée KTC	Bact. liée KTP	PTM	Respi. autre	KT sans bact.
		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
CHR/CHU	4 555	20,3	20,9	16,4	2,8	5,5	8,2	14,7	4,9	1,1	5,1	3,0	1,4
CH	6 056	31,9	19,0	9,5	2,4	3,2	3,8	9,6	2,7	0,9	6,4	7,3	1,2
- dont <300 lits	1 883	39,5	14,4	6,9	2,1	2,7	2,1	6,9	1,8	0,7	7,5	9,3	1,1
- dont ≥300 lits	4 173	28,5	21,1	10,7	2,6	3,5	4,6	10,9	3,1	0,9	5,9	6,5	1,2
CHS/Psy	409	35,5	12,5	6,4	2,0	2,4	2,0	0,7	0,0	0,2	13,9	10,3	0,0
HL	431	38,3	9,3	7,2	3,5	2,1	1,6	1,4	0,7	0,0	13,5	15,1	0,9
MCO	2 259	32,1	12,0	21,6	5,8	9,5	6,3	10,3	4,0	1,1	5,6	4,6	1,8
- dont <100 lits	356	35,4	9,6	22,2	6,2	10,7	5,3	5,9	2,8	0,0	5,3	7,0	3,1
- dont ≥100 lits	1 903	31,5	12,5	21,5	5,7	9,3	6,5	11,1	4,2	1,3	5,7	4,2	1,6
HIA	122	11,5	30,3	14,8	3,3	3,3	8,2	15,6	8,2	0,8	7,4	0,8	2,5
SSR	1 901	42,6	6,7	13,2	3,7	4,2	5,3	2,3	0,6	0,2	9,8	9,0	0,4
SLD	41	46,3	17,1	4,9	2,4	2,4	0,0	0,0	0,0	0,0	14,6	4,9	0,0
CLCC	250	18,8	15,2	12,4	2,4	4,0	6,0	25,2	13,6	0,8	4,0	4,8	2,4
Ensemble	16 024	29,9	16,7	13,5	3,2	4,8	5,5	10,1	3,3	0,8	6,7	6,1	1,2

ISO : infection du site opératoire ; PTM : infection de la peau et des tissus mous ; Bact : bactériémie ; KTC : cathéter central ; KTP : cathéter périphérique ; KT : cathéter

REA-Raisin 2015

- BLC : 0,62 BLC pour 1000 jours-cathéter
- ILC : 0,71 ILC pour 1000 jours cathéters



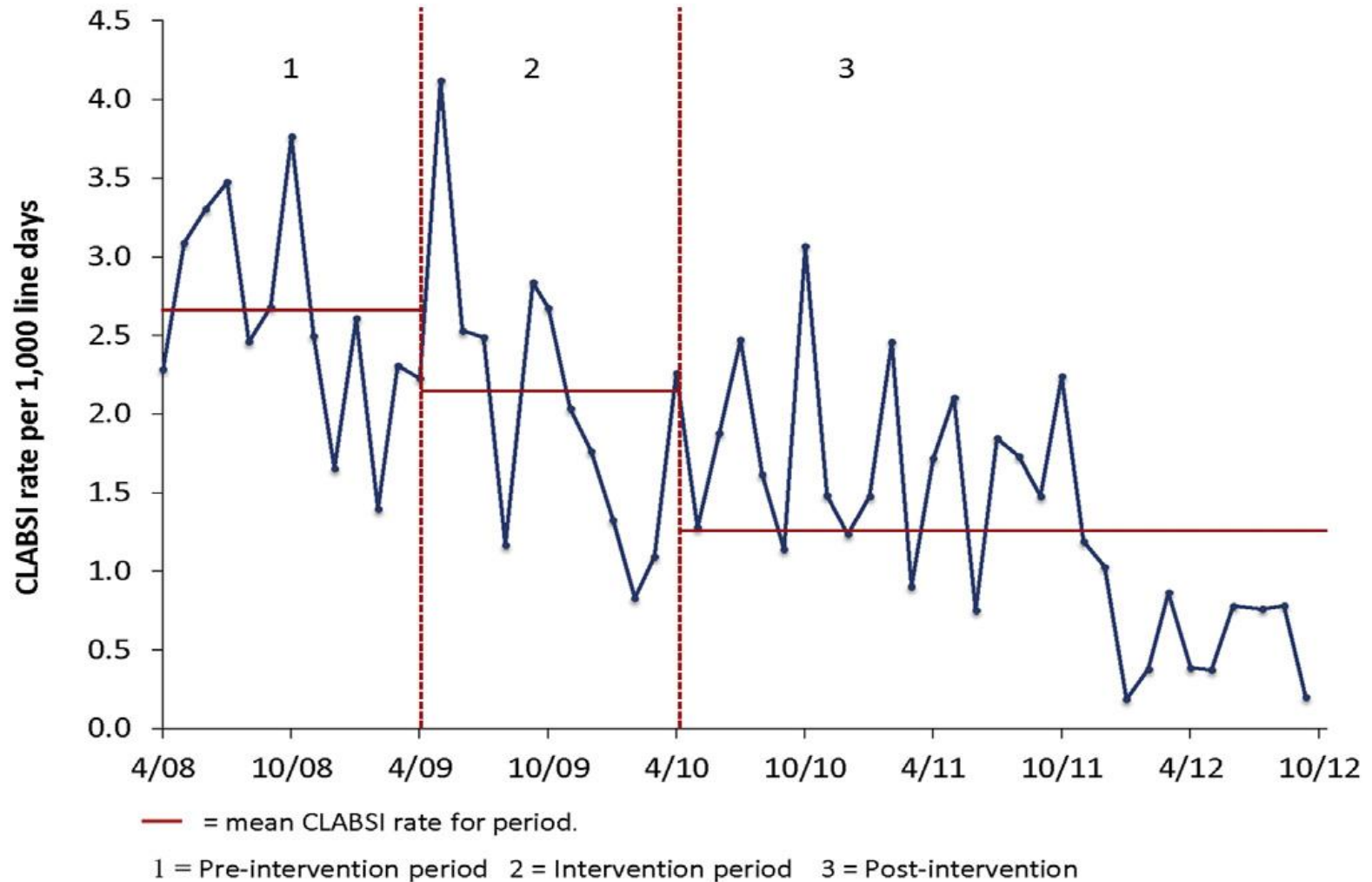
En partenariat avec :

Les ILC hors réanimation ?



- Etude prospective avant / après
- 2008-2012 hors réanimation (6 Hôpitaux)
- IV team
 - Programme de formation
 - Formation de chaque centre
 - Audit / feedback

Dumyati, G., et al. (2014). "Sustained reduction of central line-associated bloodstream infections outside the intensive care unit with a multimodal intervention focusing on central line maintenance." Am J Infect Control 42(7): 723-730.



Dumyati, G., et al. (2014). "Sustained reduction of central line-associated bloodstream infections outside the intensive care unit with a multimodal intervention focusing on central line maintenance." *Am J Infect Control* 42(7): 723-730.

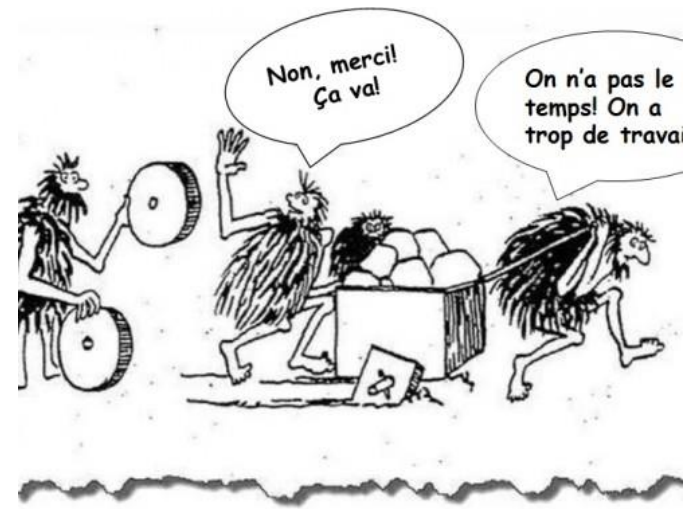
Création de l'IV Team

CVC à émergence cutanée hors PICC Line
Service du DOCA



Intérêt d'une IV Team

- Sensibiliser et responsabiliser
- Communication entre les équipes concernées par les CVC
- Etat des lieux des pratiques
- MAJ de référentiels
- Formation des personnels



Mise en place décalée dans le temps

- Concertation avec EOHH
- Validation par le CLIN
- Validation en réunion de service des MAR
- 1^{ère} réunion en décembre 2016

Composition

- 3 MAR
- Bloc opératoire : cadre et correspondants hygiène
 - 1 IADE
 - 1 IBODE
 - 1 AS
- Service de chirurgie : idem
 - 2 IDE
 - 1 AS
- EOHH :
 - 1 praticien hygiéniste
 - 1 IDE hygiéniste

Actions repérées

- Clarifier:
 - Indications de CVC
 - Site de pose
- Modalités au bloc opératoire :
 - Préparation cutanée
 - Changement de gants après champagne
 - 1^{er} pansement
- PEC des CVC dans le service :
 - Mise en place et utilisation des lignes de perfusion
 - Gestion des valves
 - Prélèvements sanguins
 - Administrations IV sur CVC
 - Réfection du pansement
 - Retrait

Indications et sites de pose

Médecins Anesthésistes Réanimateurs

Indications en général

- Capital veineux insuffisant et prévision durée voie IV longue
- Besoin d'amines en per/post op
- Toute indication de NPE en post opératoire immédiat. Discuter si PAC en place.
- Monitoring de la PVC : NON

Indications KTC en l'absence de PAC en place

KTC:	Pas de KTC:
<ul style="list-style-type: none">• Œsophagectomie, Gastrectomie, Hépatectomie• DPC• Résection de grêle• CHIP• Capital veineux insuffisant• Amines• NPE prévue en post opératoire immédiat	<ul style="list-style-type: none">• Chirurgie colorectale isolée (laparotomie / cœlioscopie)• Laparotomie gynéco sans résection digestive• Cœlioscopie gynécologie

Pose KTC en fin d'intervention ou à distance si besoin

Faciliter les soins post opératoires

Recueil des IDE du service



Sites de pose : faciliter les pansements

- Privilégier :
 - La voie sous-clavière
 - Jugulaire interne avec point de ponction le plus bas possible
- Fixation du CVC au point de ponction et non à distance
- Pas de voie fémorale sauf urgence vitale ou syndrome cave supérieur

Modalités au bloc opératoire

- Préparation cutanée
- Antiseptie
- Changement de gants après mise en place des champs
- Pansement occlusif
- Poser des KTC 1 ou 2 voies :
 - 3^{ème} voie non utilisée dans le service.
 - Pansement plus facilement occlusif.

Entretien du CVC : formalisation

- Essai et changement des pansements
 - Meilleure tenue et + occlusif
- Désinfection des valves :
 - 20 à 30s avec un antiseptique alcoolique
- Port du masque en cas de manipulation des valves proximales
- Planification des changements de voies sur la pancarte (prescription IDE)

Bilan sur CVC

- Pas de bilan sanguin sur KTC en 1^{ère} intention:
 - KTA si présent
 - Ponction veineuse si capital veineux satisfaisant



Retrait du CVC

- Ne pas oublier de retirer le CVC dès que inutile
 - ⇒ Ne pas le laisser bouchonné plus de 24 heures
 - ⇒ Question quotidienne
- Pas d'envoi systématique du CVC en bactériologie lors de son retrait

MAJ des modes opératoires

- MAJ du protocole de réfection de pansement
- MAJ des branchements de lignes de perfusion
- Plan de formation des équipes
 - Service de chirurgie et bloc opératoire
 - MAR/IDE/AS
 - En cours ...

Conclusion

- IV Team :
 - Démarche d'amélioration des pratiques
 - Intérêt de la pluridisciplinarité
 - Garder la « motivation »
- A l'avenir :
 - Check List pose de voie centrale (HAS)
 - Mesure de l'incidence des ILC
 - Discuter les CVC imprégnés d'ATB, changement d'antiseptique pour la préparation cutanée, etc.