

Définition

Mise en place d'un dispositif intra veineux dont l'extrémité est introduite jusque dans la veine cave sup ou inf.

Indications

- Etat de choc, traumatisme crânien grave
- Nécessité de perfusion de produit veino-toxique
- Impossibilité d'accès veineux périphérique (penser au KTIO)
- Remplissage ou transfusion massive => voie veineuse périphérique 20 G (rose) débit max 62mL/min, 18G (vert) 105mL/min, 16G (gris) 215mL/min, 14G (orange) 330mL/min

Contre-indications

- Pas de contre-indication absolue
- Rapport bénéfice / risque : trouble de coagulation, infection point de ponction
- Pas de ponction bilatérale pour accès jugulaire ni sous-clavière
- Lésion veine cave inf pour accès fémoral

Complications possibles

- Complication de ponction : artère, hématome, hémothorax, chylothorax, pneumothorax, lésion nerveuse, embolie gazeuse, effusion médiastinale ou pleurale
 - Complication à l'insertion : perforation cardiaque, tr du rythme
 - Complication à l'entretien : thrombose, infection, endocardite, tr du rythme
- ⇒ **Voie d'urgence à privilégier : FEMORALE** moins de risque immédiat

Réalisation

Matériel :

- Cathéter veineux centrale 3 voies, 20cm : proximale 18G (débit max 28mL/min), médiale 18G (21mL/min), distale 16G (46mL/min)
- Cathéter veineux central 3 voies pédiatriques
- Echographe
- Capote de protection stérile longue
- Gel d'échographie stérile

Echoguidage : RECOMMANDE ++++

- Possible écho repérage, non stérile avant désinfection cutanée
- Sonde linéaire haute fréquence « 9L »
- Réglage vasculaire
- Gel non stérile au contact de la sonde, gel stérile au contact du patient
- **ASEPSIE STRICTE**

Condition de réalisation voie fémorale :

- Patient en décubitus dorsal, membre inférieur en abduction et rotation externe si possible
- **ASEPSIE STRICTE**
- Opérateur : calot, masque chirurgical, lunettes, désinfection chirurgicale des mains, casaque stérile, gants stériles
- Aide opérateur : calot, masque chirurgicale, gant à usage unique
- « Tonte » de la zone de ponction, PAS de RASAGE, nettoyage à l'aide d'un pansement type omnifix®, (pour attraper les poils coupés)
- Désinfection chirurgicale par aide opérateur
- Mise en place champ stérile percé
- Nouvelle désinfection en stérile par l'opérateur
- Si patient vigile : anesthésie locale à la lidocaïne (xylocaïne) 1% non adrénalinée
- Ponction vasculaire en aspiration = reflux de sang veineux
- Si mise en place KT PA en même temps : ponction vasculaire et mise en place des deux guides puis mise en place des cathéters
- Dilatation puis mise en place du cathéter selon la méthode de Seldinger
- Purge des 3 voies avant montage des lignes = **reflux de sang OBLIGATOIRE**
- Fixation du cathéter par 2 point de sutures
- Pansement sec carré + pansement semi perméable transparent type opsite®
- « condamner » le premier raccord des lignes, entre KTC et première tubulure par pansement type tegaderm® en sandwich, un dessus un dessous. Prendre les trois raccords en une seule fois

Montage des lignes pour cathéter 3 voies :

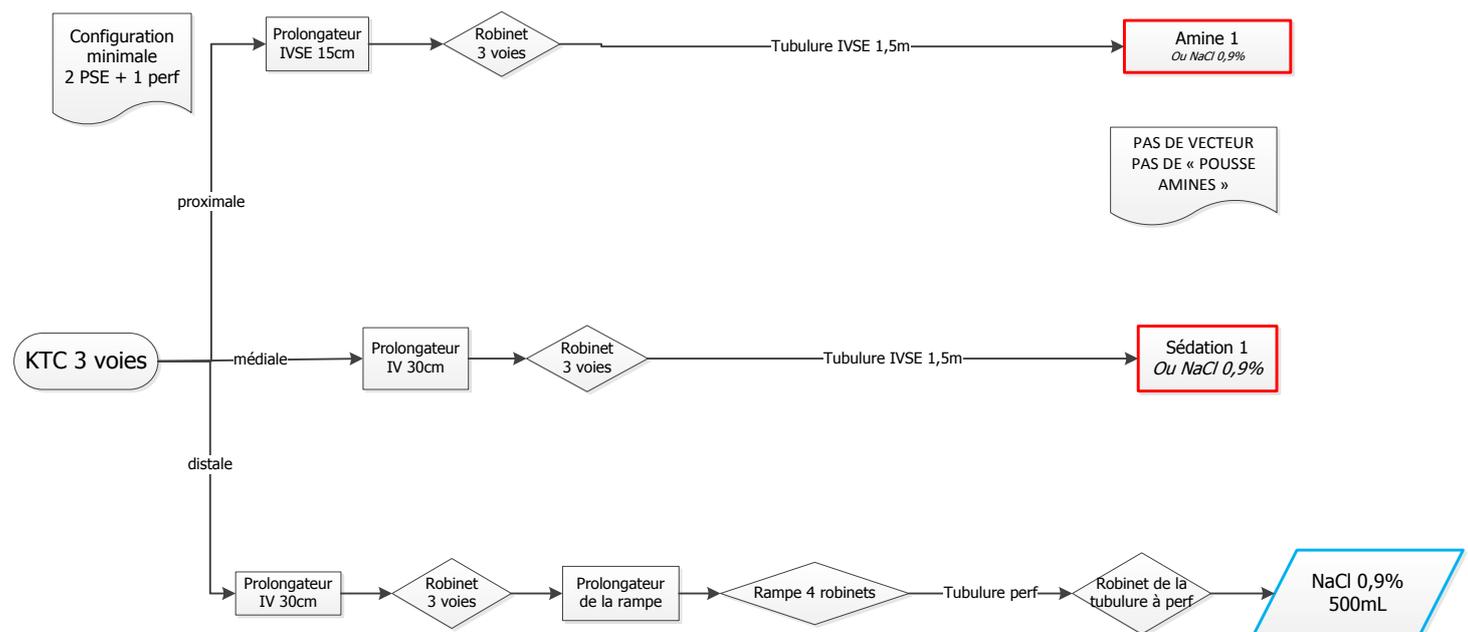
- Voie proximale : réservée aux **amines**, prolongateur IV 15cm avec son robinet puis tubulure IVSE 1,5m puis seringue 50mL sur PSE
- Voie médiale : réservée pour la **sédation**, prolongateur IV 30cm avec son robinet puis tubulure IVSE 1,5m puis seringue 50mL sur PSE
- Voie distale : autres traitements (transfusion, remplissage), prolongateur 30cm IV avec son robinet puis prolongateur avec rampe 4 robinets puis tubulure de perfusion avec son robinet puis une poche de 500mL de NaCl 0,9%

Surveillance

- Etre attentif aux plaintes du patient si vigile
- Etre attentif aux symptômes thoracique, pulmonaire et hémodynamique si cathéter sous clavier ou jugulaire
- Si détresse respiratoire et / ou ACR au décours d'une pose de KT sous clavier ou jugulaire => pneumothorax compressif = **exsufflation à l'aiguille immédiate**
- Au niveau du point de ponction : rougeur, écoulement, douleur
- Contrôler la perméabilité du cathéter par recherche du reflux sanguin puis purge avec 20mL de NaCl 0,9%
- Maintenir un débit continu sur les trois voies pour éviter l'occlusion, 20mL/h si tubulure IV, 2mL/h si tubulure IVSE

Schéma

Cathéter 3 voies :



Cathéter 2 voies :

