



Précautions d'hygiène chez les patients neutropéniques.

Dr Ahmed Khedher

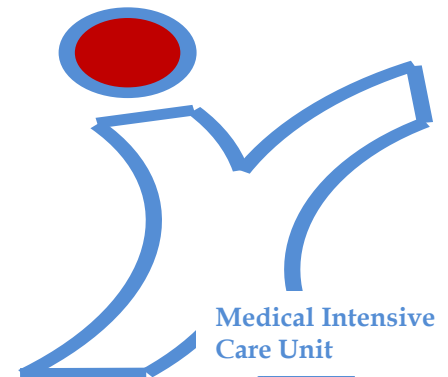
Réanimation médicale

CHU Farhat Hached, Sousse

Collège de Réanimation médicale

Module : Réanimation en Hémato-oncologie

Tunis , Samedi 7 Octobre 2017



Medical Intensive
Care Unit

Introduction

- Risque neutropénie =infection
- Le diagnostic difficile : pauvreté des symptômes cliniques pouvant conduire à des tableaux sévères en cas de retard diagnostique
- Infection= urgence thérapeutique
- La réanimation : Ecologie bactérienne particulière : BMR++
- Le but : Eviter la transmission d'un agent infectieux connu ou présumé à partir d'un réservoir (patient, personnel, visiteur, environnement) à un individu réceptif

Définitions

- La neutropénie est définie par un nombre absolu de polynucléaires neutrophiles (PNN) inférieurs à 1500/mm³
- Une neutropénie sévère= PNN<500/mm³
- Population à risque infectieux croissant :
 - **R1**: Pas de neutropénie
 - **R2** : Neutropénie courte (<500, ≤ 7j)
 - **R3** : Neutropénie longue (<500 pendant 7 à 15j, ou sévère <100)
 - **R4** : Neutropénie longue (<500, ≥ 15j) ou allogreffe

Quelle définition des patients immunodéprimés à risque infectieux élevé, intermédiaire et faible ?

Niveau de Risque/ Immunodépression	Élevé	Intermédiaire	Faible
Aspergillose	• LAM – SMD* allogreffe de CSH avec GVH ou corticothérapie forte dose* • Neutropénie < 500 PNN, durée > 10 jours* • Pulmonaire • Cardiaque • Déficit immunitaire*	• Induction de LAM, ou SMD** allogreffe de CSH avec GVH ou corticothérapie forte dose** • Consolidation de LAM ou SMD • Allogreffe de CSH sans GVH ou sans corticothérapie forte dose • Foie, rein, pancréas, intestin si complication postopératoire, ou séjour prolongé en réanimation • Déficit immunitaire cellulaire avec prophylaxie anti fongique	• Autogreffe de CSH • Foie, rein, pancréas, intestin sans complication postopératoire • Autres patients • Pathologie pulmonaire chronique • Infection VI (CD4 < 200/mm³) • Ac monoclonaux, biothérapies • Corticothérapie à durée prolongée
Pneumocystose	• Déficit de l'immunité cellulaire sans prophylaxie • Leucémie aiguë lymphoïde • Lymphome non hodgkinien • Hémopathie lymphoïde traitée • Allogreffe de CSH • Transplantation d'organe solide dans les 6 premiers mois • Traitement par anti CD-20, anti CD-52 • Analogue des purines • Vascularite des petits et moyens vaisseaux	• Induction de LAM, SMD acutisé sans prophylaxie • Maladie de Waldenström • Cancer du SNC sous corticothérapie • Myélome multiple	• Maladies inflammatoires recevant des immunosuppresseurs
Bactérien	• Allogreffés de CSH, allogreffés de moelle • Neutropénie profonde < 200/mm³ • Neutropénie > 10 jours	• Mucite de grade IV, sans neutropénie	• Autres populations

* en l'absence de prophylaxie anti fongique – ** en présence d'une prophylaxie anti fongique



Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com



journal homepage: <http://france.elsevier.com/direct/REAURG/>



MISE AU POINT

Patient d'oncohématologie neutropénique fébrile admis en réanimation, recommandations actuelles et attitude pratique

Oncohematology patients with febrile neutropenia hospitalized in ICU: Clinical practice guidelines

D. Mokart*, A. Sannini, J.-P. Brun, J.-L. Blache

Tableau 3 Principaux agents pathogènes chez le patient neutropénique.

Bactéries	Levures et champignons	Parasites	Virus
Entérobactéries (<i>E. coli</i> , <i>Klebsiella</i>), <i>Pseudomonas aeruginosa</i> , <i>Staphylocoques</i> spp. (<i>aureus</i> , <i>epidermidis</i>), <i>Streptocoques</i> spp. (<i>pyogenes</i> , <i>pneumoniae</i> , <i>viridans</i>) <i>Entérocoques faecalis/faecium</i> , <i>Corynebacteries</i> spp	<i>Candida</i> spp. <i>Aspergillus</i> spp. <i>Mucormycosis</i>	Rares	Rares

Faut-il admettre les neutropéniques en réanimation

Recommandations Formalisées d'Experts

PRISE EN CHARGE DU PATIENT NEUTROPÉNIQUE EN RÉANIMATION (HORS NOUVEAU-NÉS)

RFE sous l'égide de la SRLF
Société de Réanimation de Langue Française

- La neutropénie n'est pas à elle seule un facteur pronostique chez les patients d'onco-hématologie en réanimation.
- L'état général du patient avant la complication, ses comorbidités et le projet thérapeutique de la maladie onco-hématologique.
- Ne pas retarder l'admission si jugée nécessaire, sur-risque de décès en cas d'admission secondaire.

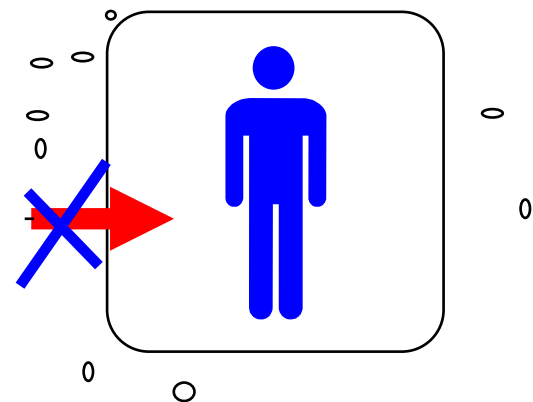
Prognosis of hematologic malignancies does not predict intensive care unit mortality

Paul B. Massion, MD; Alain M. Dive, MD, PhD; Chantal Doyen, MD; Pierre Bulpa, MD; Jacques Jamart, MD; André Bosly, MD, PhD; Etienne Installé, MD

Conclusion: The severity of the underlying hematologic malignancies does not influence intensive care unit or hospital mortality. Short-term prognosis is exclusively predicted by acute organ dysfunctions and by a pathogen's aggressiveness. Therefore, reluctance to admit patients with nonterminal hematologic malignancies to the intensive care unit based only on the prognosis of their underlying hematologic malignancy does not seem justified. (Crit Care Med 2002; 30:2260–2270)

Mesures préventives

- Mesures standards ++
- Mesures spécifiques :
 - Isolement protecteur : Barrière à l'entrée des agent infectieux dans l'environnement immédiat du patient.(Patient immunodéprimé)
 - Maîtrise de l'environnement(filtre HEPA High Efficiency Particulate Air ...)
 - ATBprophylaxie
 - DDS ??



Précautions Standards

- Par tout soignant
- Lors de tous les actes de soin
- Pour tout patient quelque soit son statut infectieux
- **Eviter les transmissions croisées de microorganismes.**
- Tenue des membres de l'équipe /Manches courtes
- Le port des gants : 1 paire= 1geste=1patient
- Le port d'une sur-blouses/lunettes/masque – La gestion du matériel
- L'hygiène des locaux et de l'environnement

Précautions Standards

- Le transport des prélèvements biologiques, linges (Emballage étanche et fermé)
- Matériel souillé :
 - A usage unique : collecteur, à portée de mains, ne pas recapuchonner...
 - Réutilisable : manipuler avec précautions, immerger immédiatement après utilisation, nettoyer avant de stériliser ou de désinfecter à froid – vérifier le procédé d'entretien du matériel avant de le réutiliser
 - Utiliser le matériel de sécurité de l'établissement



Précautions Standards

Hygiène des mains

- Pas de bijoux au niveau des mains et des avant bras (Piège microbe)
- Ongles courts sans vernis, pas de faux ongles – Cheveux attachés



Précautions Standards

- **Frictions systématiques SHA**

- Avant d'entrer dans la chambre et en sortant
- pour tous et par tous
- Avant et après tout contact, gestes ou soins potentiellement contaminant
- Après retrait des gants

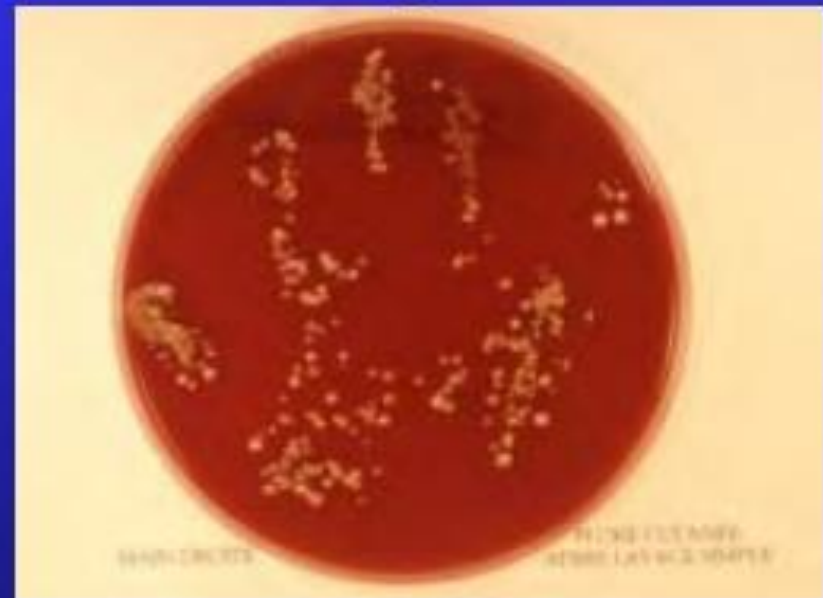


Lavage simple avec un savon doux sans antiseptique

Avant



Après



Friction hydro-alcoolique

Avant



Après



Précautions Standards

- **Isolement contact**

Indications= BMR(bactéries multi-résistantes)

- SARM
- Acinetobacter baumannii
- BLSE- VRE
- Pyocyanique et autres BMR
- Clostridium difficile



Précautions Standards

Isolement de contact : quelle durée?

- Porteurs connus : Toute la durée de l'hospitalisation
- Suspect d'être porteurs : 3 à 5 jours le temps d'avoir le résultat des prélèvements

Précautions spécifiques

- **Isolement protecteur**
 - Mesures environnementales
 - Mesures de protection individuelle
 - Mesures pour le malade
 - Mesures associées

Précautions spécifiques

Recommandations Formalisées d'Experts

PRISE EN CHARGE DU PATIENT NEUTROPÉNIQUE EN RÉANIMATION (HORS NOUVEAU-NÉS)

RFE sous l'égide de la SRLF

Société de Réanimation de Langue Française

- Neutropénie attendue profonde (PNN7 jours), il faut probablement proposer un isolement protecteur à chaque fois que possible (Accord fort).
- L'isolement protecteur n'est pas un isolement stérile (Accord fort).
- Ne doit jamais retarder la prise en charge en réanimation, être un frein à la surveillance ou limiter l'accès à la chambre en situation d'urgence (Accord fort)



Contents lists available at ScienceDirect

American Journal of Infection Control

journal homepage: www.ajicjournal.org

AJIC
American Journal of
Infection Control

Brief report

Effectiveness of a Protective Environment implementation for cancer patients with chemotherapy-related mortality incidence

Paula Stoll Pharm, MSc^a
Bruno Ismail Splitt BS^c,

ne Mito Menegat Cola BS^c,

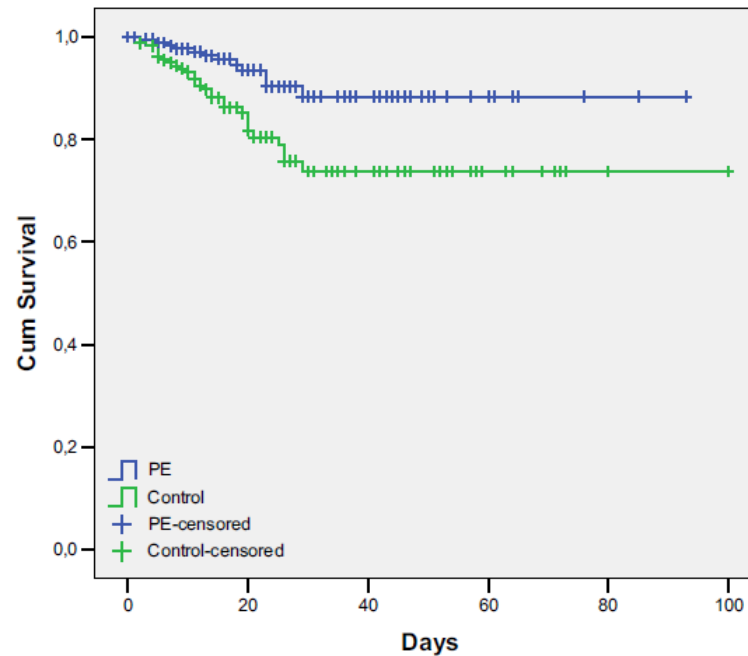


Fig 2. Kaplan-Meier curves for 30-day mortality in protective environment (PE) and control groups (log-rank test, $P = .003$).

Isolement géographique: Architecture

- Chambre individuelle
- Equipements spécifiques (sas, surpression, flux laminaire)
- Matériel de soins (brassard de tension, stéthoscope) dans la chambre optimisera cet isolement.
- La porte de la chambre fermée.
- Signalisation obligatoire
- Visites limitées

Traitement de l'Air

- Réservé aux neutropénies sévères de plus de 2 semaines, elles ont fait preuve de leur efficacité dans la prévention du risque aspergillaire.
- Trois procédés sont recommandés :
 - Une filtration HEPA (High Efficiency Particulate Air)
 - Une surpression d'au moins 15 Pa
 - Un taux de renouvellement d'au moins 20 volumes/heure



Isolement géographique

Recommandations

- R1. Il est fortement recommandé d'héberger des patients à risque élevé dans un secteur à environnement maîtrisé, dans une chambre individuelle avec traitement d'air - A-2
- R2. En l'absence d'un secteur à environnement maîtrisé, il est possible d'utiliser un système mobile de traitement d'air pour diminuer la charge fongique environnementale, sans que l'on dispose actuellement d'une preuve formelle sur la diminution d'incidence des aspergilloses invasives C-3



The Influence of High-Efficiency Particulate Air Filtration on Mortality and Fungal Infection among Highly Immunosuppressed Patients: A Systematic Review

Tim Eckmanns,¹ Henning Rüden,¹ and Petra Gastmeier²

¹Institute of Hygiene and Environmental Medicine, Charité–University Medicine Berlin, Berlin, and ²Institute of Microbiology and Hospital Hygiene, Medical University Hanover, Hanover, Germany

Conclusions. The placement in protected areas of patients with hematological malignancies with severe neutropenia or patients with bone marrow transplants appears to be beneficial, but no definitive conclusion could be drawn from the data available.

Quelles précautions complémentaires recommander pour les patients immunodéprimés à risque d'infections ?

Recommandations

- Il est fortement recommandé de faire porter un masque de protection respiratoire de type FFP2 aux patients à risque élevé lors de leurs déplacements hors secteur à environnement maîtrisé pour la prévention du risque aspergillaire. (A-2)
- Le port du masque est recommandé en cas de
 - Symptômes respiratoires
 - Patients à risque élevé
 - Environnement maîtrisé
 - Périodes de circulation des virus respiratoires. (B3)

A prospective, randomised study on the use of well-fitting masks for prevention of invasive aspergillosis in high-risk patients

G. Maschmeyer^{1*}, S. Neuburger², L. Fritz¹, A. Böhme³, O. Penack⁴, R. Schwerdtfeger⁵, D. Buchheidt⁶ & W.-D. Ludwig⁷ on behalf of the Infectious Diseases Working Party (AGIHO) of the German Society of Haematology and Oncology



Recommandations

- R7 Il est fortement recommandé que l'entretien des locaux dans les secteurs à environnement maîtrisé soit réalisé par du personnel formé et respectant les protocoles validés en interne. (A-3)
- R8 Il est recommandé d'utiliser une technique de balayage humide pour l'entretien des locaux et des surfaces. (B-3)

Quelle maitrise globale de l'environnement recommander pour les patients immunodéprimés à risque d'infections ?

Tableau IX – Aliments permis ou non chez les patients à risque élevé.

Groupe d'aliments	Possibles	À éviter
Laitages	- Lait pasteurisé - Fromage, yaourt, pasteurisés - Fromage à pâte molle et semi-molle emballé tel que Cheddar, Mozzarella...	- Lait non pasteurisé - Produits à base de lait non pasteurisé - Fromage avec moisissures (Bleu d'Auvergne, Gorgonzola, Roquefort) - Fromage à pâte molle (brie, camembert) - Fromage acheté en épicerie fine - Fromage au lait cru
Viandes, Poissons	- Toute viande cuite (volaille > 180°, autre > 160°, cuites à cœur) - Viande en conserve (saucisse, jambon, volaille, porc, bœuf...) - Œuf pasteurisé - Œuf cuisiné (jaune et blanc d'œuf devant être cuits) - Jambon, salami, hot dog commercialisé, chauffés jusqu'à... - Tofu pasteurisé ou cuisiné - Saumon, truite, poisson, cuisinés à 160°	- Viande crue ou insuffisamment cuite - Œuf cru ou insuffisamment cuit - Œuf ou produit non pasteurisé - Poisson mariné - Saumon fumé non cuit - Viande et poissons achetés en épicerie fine
Fruits	- Fruit cru correctement lavé - Fruit surgelé - Fruit cuit ou en conserves - Fruit et jus pasteurisés - Fruits secs grillés, noix et cacahuètes grillées	- Fruit cru insuffisamment lavé - Baies fraîches ou surgelées - Noix et cacahuètes non grillées - Jus de fruits non pasteurisé - Fruits secs non grillés
Légumes, soupes	- Toute soupe cuisinée cuite - Légume cru ou congelé correctement lavé - Sauce embouteillée (à garder au réfrigérateur après ouverture) - Herbe fraîche lavée, épice et herbe sèche - Légume cuit	- Soupe miso - Légume, ou herbe, cru insuffisamment lavé - Produit des épiceries fines
Pain, céréales, graines	- Pain, bagel, baguette, muffin, pancake. - Chips, pop-corn, tortilla, bretzel, riz, pâtes	- Produit issu de l'agriculture biologique - Produit cru (non cuit au four) - Avoine, blé cru
Autres	- Poivre et épices inclus dans les plats préparés bénéficiant d'une cuisson. - Infusions préparées et boissons lyophilisées reconstituées, puis portées à ébullition	- Poivre et épice en sachet sur le plateau-repas - Sachet de thé ou tisane, café ou chocolat lyophilisés

Recommandations

- Chez les patients à risque élevé, hospitalisés en secteur bénéficiant ou pas d'une qualité d'air maîtrisée, il est possible de proposer une alimentation à faible risque. (C-2)
- Il est recommandé de filtrer tous les points d'eau utilisés par des patients à risque élevé pour maîtriser le risque infectieux lié à *Legionella pneumophila* et à *Pseudomonas aeruginosa*. (B-2)
- Il est recommandé de protéger le linge destiné aux secteurs à environnement protégé et de le stocker dans un environnement sec et régulièrement entretenu. (B-3)

Recommandations

- Quel que soit le niveau de risque du patient, il est recommandé de ne pas interdire l'introduction de jouets plastiques, d'ordinateurs et de téléphones portables s'ils sont préalablement nettoyés avec un détergent-désinfectant. (B-3)
- Pour les patients à risque élevé, il est possible d'introduire en quantité limitée des journaux, revues, livres neufs et du papier hygiénique sous emballage dans le secteur, en l'absence de stérilisation. (C-3)

Situation		Élevé	Intermédiaire	Faible
Risque aspergillaire	<i>Mesures de prévention</i>			
	• Chambre individuelle	Oui	Oui	Oui
	• Traitement d'air	SAS - 15 Pascal, 20 v/h, HEPA	Non, sauf travaux	Non
	• Masque FFP2, lors des déplacements	Oui	Oui	Non
	• Entretien des locaux	Oui	Oui	Oui
	• Alimentation stérile	Non	Non	Non
	• Alimentation à faible risque	Oui	Oui	Oui
	<i>Autres mesures</i>			
	• Port de surchaussures	Non	Non	Non
	• Port de coiffe	Non, sauf pour soins aseptiques	Non, sauf pour soins aseptiques	Non, sauf pour soins aseptiques
Risque bactérien	• Protection de la tenue professionnelle	Possible	Non	Non
	• Port de gants, hors PS	Non	Non	Non
	• HDM, solutions hydro alcooliques	Oui	Oui	Oui
	• Eau embouteillée	Oui	Non	Non
	• Alimentation stérile	Non	Non	Non
Risque viral	• Alimentation à faible risque	Oui	Oui	Oui
	• Filtration des points d'eau	Oui	Non	Non
	• Chambre individuelle	Oui	Oui	Non, sauf période épidémique
	• Masque chirurgical hors PS (soignants, visiteurs)	Oui	Non	Non
	• HDM, Solutions hydro alcooliques	Oui	Oui	Oui
Risque pneumocystose	• Chambre individuelle	Oui	Non	Non
	• Masque chirurgical lors des déplacements	Oui	Non	Non

Antibioprophylaxie

Clinical Practice Guideline for the Use of Antimicrobial Agents in Neutropenic Patients with Cancer: 2010 Update by the Infectious Diseases Society of America

Recommendations

25. Fluoroquinolone prophylaxis should be considered for high-risk patients with expected durations of prolonged and profound neutropenia ($\text{ANC} \leq 100 \text{ cells/mm}^3$ for >7 days) (B-I). Levofloxacin and ciprofloxacin have been evaluated most comprehensively and are considered to be roughly equivalent,

27. Antibacterial prophylaxis is not routinely recommended for low-risk patients who are anticipated to remain neutropenic for <7 days (A-III).

Antibioprophylaxie

- Co-trimoxazole en prophylaxie pour tous les patients à risque de *Pneumocystis jirovecii* (allogreffés de moins de 100 jours)

Clinical Practice Guideline for the Use of Antimicrobial Agents in Neutropenic Patients with Cancer: 2010 Update by the Infectious Diseases Society of America

High risk

31. Prophylaxis against *Candida* infection is recommended in patient groups in whom the risk of invasive candidal infection is substantial, such as allogeneic hematopoietic stem cell transplant (HSCT) recipients or those undergoing intensive remission-induction or salvage-induction chemotherapy for acute leukemia (A-I). Fluconazole, itraconazole, voriconazole, posaconazole, micafungin, and caspofungin are all acceptable alternatives.

Causes « non infectieuses » de la détresse respiratoire

Cause of respiratory involvement				
Congestive heart failure	25 (12.3)	0.12	0.03–0.42	0.0009
Bacterial pneumonia	60 (29.5)	1.85	1.09–3.42	0.04
Invasive aspergillosis	27 (13.3)	2.06	0.89–4.76	0.08
<i>Pneumocystis carinii</i> pneumonia	18 (8.9)	0.87	0.33–2.31	0.78
Pulmonary infiltration by malignant cells	17 (8.4)	0.57	0.20–1.62	0.29
Isolated alveolar hemorrhage	13 (6.4)	1.11	0.34–7.02	0.74
1 Viral pneumonia	9 (4.4)	0.53	0.13–2.21	0.38
Toxic pneumonia	7 (3.5)	0.17	0.02–1.48	0.11
Tuberculosis	4 (2)	1.1	0.15–8.01	0.92
No definite diagnosis	42 (20.7)	2.57	1.27–5.26	0.009

Autres : Leucostase, embolie pulmonaire, hémorragie intra alvéolaire, TRALI, Toxicité pulmonaire, fuite capillaire..

Les causes infectieuses sont les plus fréquentes+++++

Place de la VNI

NONINVASIVE VENTILATION IN IMMUNOSUPPRESSED PATIENTS WITH PULMONARY INFILTRATES, FEVER, AND ACUTE RESPIRATORY FAILURE

GILLES HILBERT, M.D., DIDIER GRUSON, M.D., FRÉDÉRIC VARGAS, M.D., RUDDY VALENTINO, M.D.,
GEORGES GBIKPI-BENISSAN, M.D., MICHEL DUPON, M.D., JOSY REIFFERS, M.D., AND JEAN P. CARDINAUD, M.D.

Conclusions In selected immunosuppressed patients with pneumonitis and acute respiratory failure, early initiation of noninvasive ventilation is associated with significant reductions in the rates of endotracheal intubation and serious complications and an improved likelihood of survival to hospital discharge. (N Engl J Med 2001;344:481-7.)



Official ERS/ATS clinical practice guidelines: noninvasive ventilation for acute respiratory failure

Bram Rochwerg ¹, Laurent Brochard^{2,3}, Mark W. Elliott⁴, Dean Hess⁵, Nicholas S. Hill⁶, Stefano Nava⁷ and Paolo Navalesi⁸ (members of the steering committee); Massimo Antonelli⁹, Jan Brozek¹, Giorgio Conti⁹, Miquel Ferrer¹⁰, Kalpalatha Guntupalli¹¹, Samir Jaber¹², Sean Keenan^{13,14}, Jordi Mancebo¹⁵, Sangeeta Mehta¹⁶ and Suhail Raoof^{17,18} (members of the task force)

Recommendation

We suggest early NIV for immunocompromised patients with ARF. (Conditional recommendation, moderate certainty of evidence.)

recommendation is inclusive both of bilevel NIV and early CPAP as the current evidence demonstrates the benefit of both interventions compared with standard care. In addition, one recent RCT [67] showed benefits of high-flow nasal cannula oxygen therapy over bilevel NIV with regard to intubation and mortality, and more study is required to determine whether this modality has advantages over NIV in immunocompromised patients with ARF.

Place de l'oxygénothérapie nasale à haut débit



The NEW ENGLAND JOURNAL *of* MEDICINE

ESTABLISHED IN 1812

JUNE 4, 2015

VOL. 372 NO. 23

High-Flow Oxygen through Nasal Cannula in Acute Hypoxemic Respiratory Failure

CONCLUSIONS

In patients with nonhypercapnic acute hypoxemic respiratory failure, treatment with high-flow oxygen, standard oxygen, or noninvasive ventilation did not result in significantly different intubation rates. There was a significant difference in favor of high-flow oxygen in 90-day mortality. (Funded by the Programme Hospitalier de Recherche Clinique Interrégional 2010 of the French Ministry of Health; FLORALI ClinicalTrials.gov number, NCT01320384.)

VNI : Mesures spécifiques de prévention non médicamenteuses de PAVM

1/ Limiter l'agression :

- La ventilation non invasive (VNI) pourrait être une alternative séduisante à l'intubation.**
- Attention : Respect des indications et contre indications!!!!

***Girou E et al. Association of noninvasive ventilation with nosocomial infections and survival in critically ill patients. JAMA 2000.*

Implementing quality improvements in the intensive care unit: Ventilator bundle as an example

Marya D. Zilberberg, MD, MPH; Andrew F. Shorr, MD, MPH; Marin H. Kollef, MD

Exemple de bundle :

- Hygiène des mains
- Port de gants
- Surrélévation de la tête
- Surveillance pression du ballonnet
- Sonde oro gastrique
- Surveillance du résidu gastrique
- Désinfection buccale
- Limiter les aspi trachéales

Les cathéters veineux centraux

- Guideline for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Bloodstream Infections CDC Hicpac* action May 17, 2010 *Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee
- La règle: Limiter les indications de pose et la durée
- Protocoles écrits, élaborés par l'ensemble d'une équipe et respectés par tous

Clinical Practice Guideline for the Use of Antimicrobial Agents in Neutropenic Patients with Cancer: 2010 Update by the Infectious Diseases Society of America

XI. How are Catheter-Related Infections Diagnosed and Managed in Neutropenic Patients?

Recommendation

43. Differential time to positivity (DTP) >120 min of qualitative blood cultures performed on specimens simultaneously drawn from the CVC and a vein suggests a central line–associated blood stream infection (CLABSI) (A-II).

44. For CLABSI caused by *S. aureus*, *P. aeruginosa*, fungi, or mycobacteria, catheter removal is recommended in addition to systemic antimicrobial therapy for at least 14 days (A-II). Catheter removal is also recommended for tunnel infection or port pocket site infection, septic thrombosis, endocarditis, sepsis with hemodynamic instability, or bloodstream infection that persists despite ≥ 72 h of therapy with appropriate antibiotics (A-II).

Prévention des ILC

Clinical Practice Guideline for the Use of Antimicrobial Agents in Neutropenic Patients with Cancer: 2010 Update by the Infectious Diseases Society of America

47. Hand hygiene, maximal sterile barrier precautions, and cutaneous antisepsis with chlorhexidine during CVC insertion are recommended for all CVC insertions (A-I).

ILC

- Les mesures préventives doivent être utilisées en bouquet (« bundles » des anglo-saxons)
- Conditions d'asepsie de type chirurgical
- Préparation cutanée en quatre temps: Détersion – Rinçage – Séchage – Antisepsie
- L'utilisation d'une solution alcoolique de chlorhexidine doit être privilégiée
- Le site d'insertion du cathéter doit être recouvert par un pansement occlusif

ILC

- Toute manipulation du cathéter et de l'ensemble des éléments constituant le dispositif de perfusion doit être réalisée après un friction des mains avec une solution hydro-alcoolique
- Les embouts et les robinets doivent être désinfectés avant leur manipulation à l'aide d'une compresse stérile imprégnée d'un antiseptique
- La voie sous claviere++++
- Pas de changement systématique

Merci

