

Réflexion sur les pratiques de perfusion en service de réanimation néonatale

Falabrègues V¹, Guibert A¹, Lagrave AC¹, Constant N², Boileau P², Durand A¹.
¹ Pharmacie, ² Réanimation Néonatale, CHI Poissy / Saint-Germain-en-Laye, site de Poissy (78)

INTRODUCTION

Le service de réanimation néonatale accueille des prématurés de faible poids et des nouveaux nés nécessitant de nombreux traitements par voie parentérale, notamment par cathéter veineux central (KTC).

Pour réaliser ces administrations, un grand nombre de dispositifs médicaux (valve bidirectionnelle, prolongateur PE, prolongateur opaque, prolongateur à valve, filtres, prémontés ou non) sont utilisés au sein du service.

Dernièrement, plusieurs problèmes de matériovigilance sur ces dispositifs ont eu lieu entraînant un changement ponctuel de matériel et perturbant les utilisateurs.

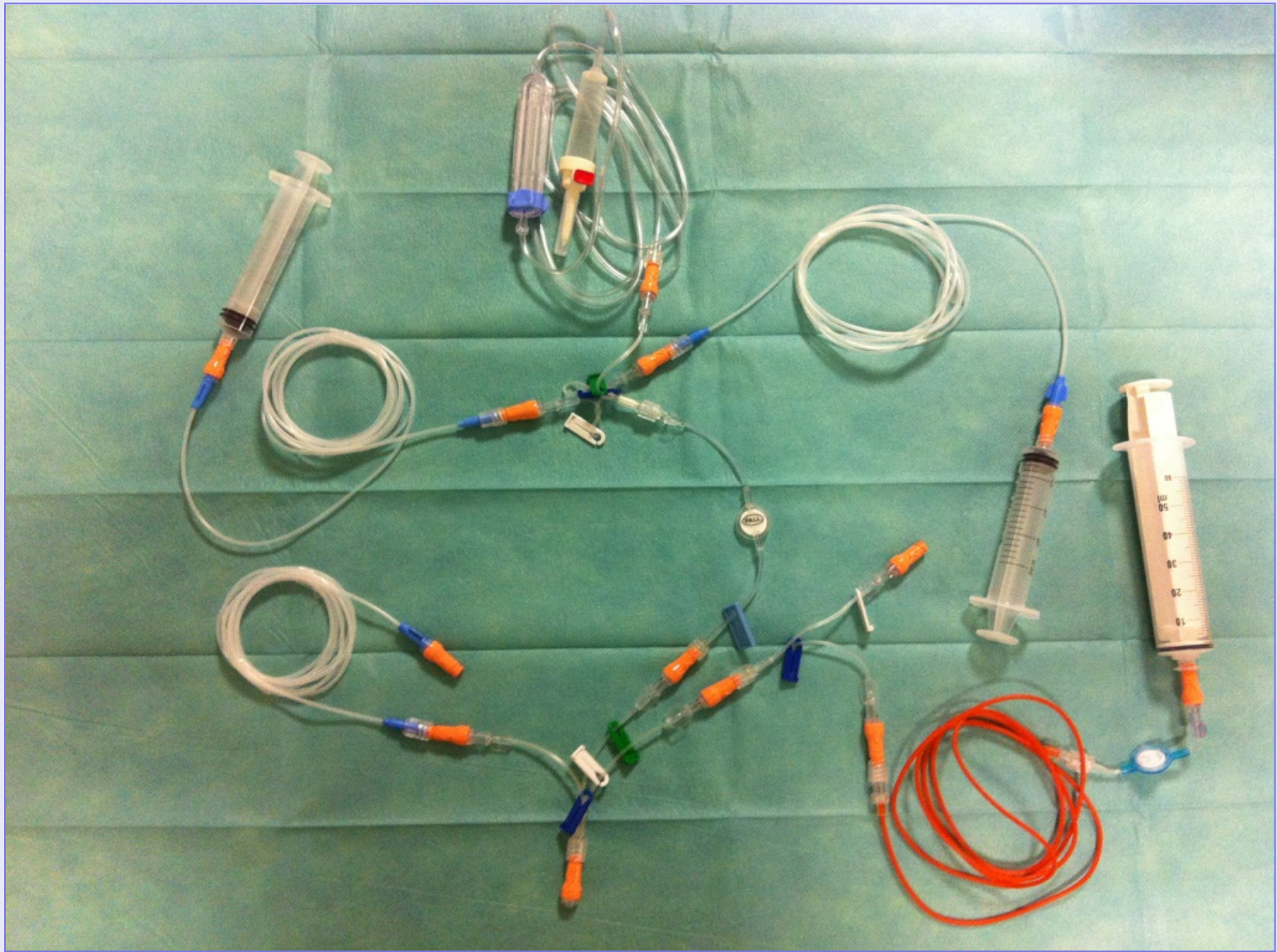
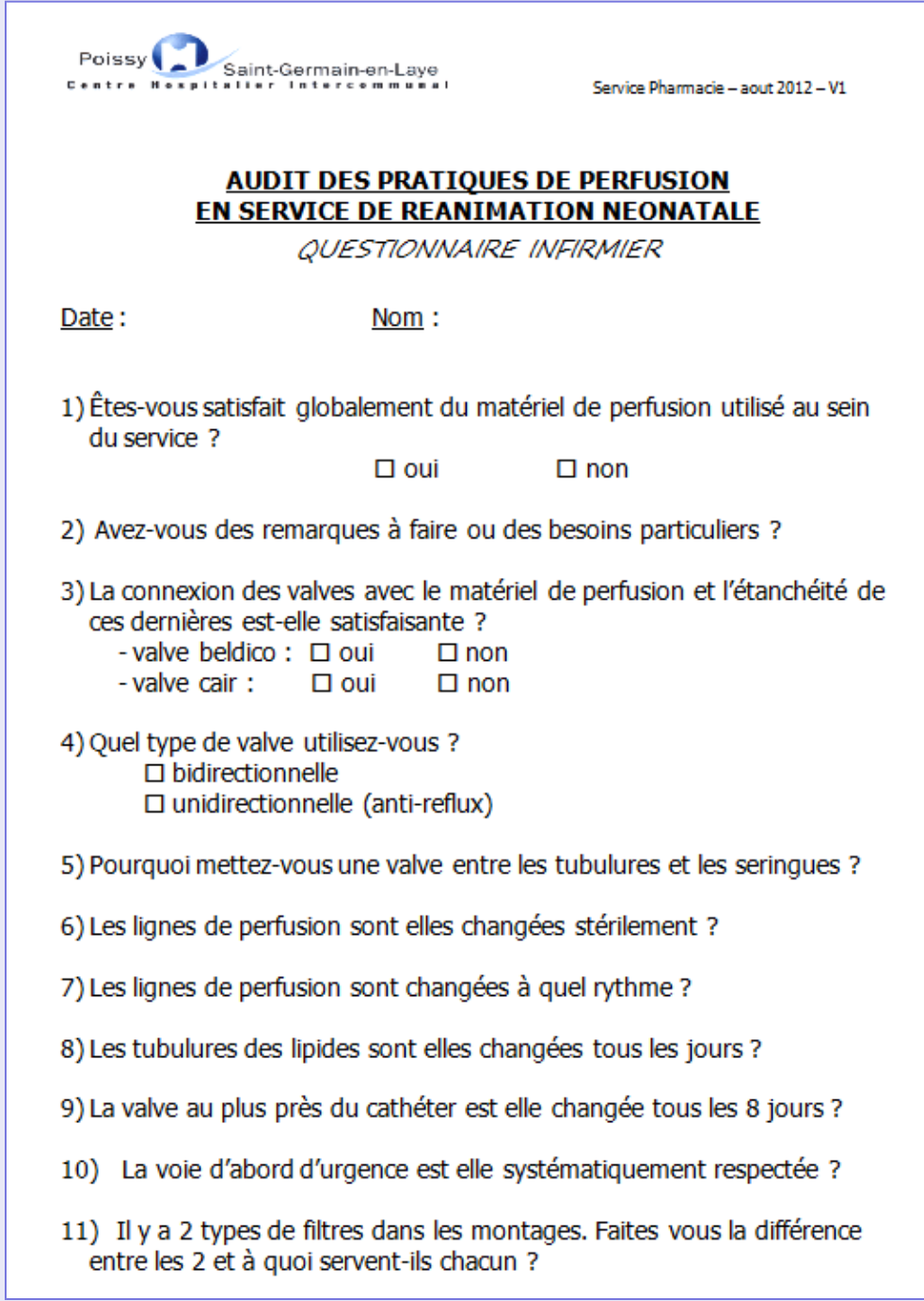
OBJECTIF

- Evaluer les pratiques de perfusion et les connaissances des soignants dans le service de réanimation néonatale.
- Mettre à jour le protocole des pratiques de perfusion afin de les uniformiser et apporter aux personnels soignants la formation et l’information nécessaires au bon usage de ces dispositifs médicaux.

MATERIEL et METHODE

- Phase d’observation des pratiques de perfusion avec relevé des montages de perfusion mis en place chez les prématurés,
- Evaluation des connaissances, des besoins et des dysfonctionnements auprès du personnel infirmier à l’aide d’un questionnaire (11 items),
- Enquête des pratiques de perfusion dans des services de réanimation néonatale d’autres hôpitaux,
- Constitution d’un groupe de travail avec des médecins, infirmières, cadres, pharmaciens et l’unité d’hygiène pour discuter et valider les pratiques de perfusion du service.

RESULTATS - DISCUSSION

Résultats	Discussion avec le groupe de travail
Phase d’observation des pratiques - n = 40 montages  • un seul type de montage principal observé • Non conformités relevées - Remontée des lipides dans la tubulure → 10% - Présence d’insuline sur le montage (flush) → 5% - Voie d’urgence placée avant le filtre → 5% - Absence de voie d’urgence → 2,5%	• Valves - Méconnaissance constatée sur le type de valve utilisée, - Maintien des valves bidirectionnelles sur tout le montage et discussion avec le médecin de la mise en place de valves anti - retour uniquement à certains endroits stratégiques. - Proposition du retrait de la valve avant le filtre car pas de déconnexion à cet endroit - Proposition de la nouvelle valve transparente «Cair drive®» pour meilleure visibilité. • Montage de perfusion - Demande des infirmières d’un montage « prémonté » → Asepsie et gain de temps - Proposition de deux montages « prémontés » à façon : ■ Valve bidirectionnelle ● Filtre antibactérien (0,22µm) → montage « Beldico » avec valves transparentes (Qsite® - BD). → montage « Cair » avec des valves transparentes (Cair drive® - Cair) et absence de la valve près du filtre ■.
Evaluation auprès du personnel - n = 10 infirmières  • Satisfaction globale du matériel de perfusion (90%) • Besoins - Préférence pour le montage « prémonté » - Valves « Cair drive » moins appréciées • Connaissances - IDE pensent à tort utiliser des valves anti-retour (90%) - Pas de changement de la valve au plus près du KTC tous les 8 jours selon recommandation du fournisseur (100%) - IDE font la différence entre les deux filtres du montage (100%) mais 40% ne savent pas pourquoi	• Pratiques : rinçage des antibiotiques et médialipides - Perte de temps. - Risque infectieux car manipulation supplémentaire. → Réévaluation de l’intérêt du rinçage et discussion avec le médecin de son arrêt.
Enquête des pratiques de perfusion autres hôpitaux - n = 5 • Hôpitaux : Louis Mourier, Necker, St Denis, Cochin, Trousseau • Pratiques constatées : - 100% ont une procédure au sein du service. - 100% n’utilisent pas de montage « prémonté ». - Diversité des pratiques concernant le changement de tubulures (1 à 7 jours) - Confusion des valves anti-retour et bidirectionnelles.	

CONCLUSION

Le relevé des montages de perfusion, le recueil des besoins et l’évaluation des connaissances des infirmières a permis de constater une diversité des pratiques entre les différents hôpitaux et une méconnaissance des dispositifs médicaux utilisés. Le protocole a été validé en préconisant le montage pré-monté avec des valves bidirectionnelles et une valve anti-retour. Les pratiques étant désormais protocolisées et acquises, il apparait nécessaire de former régulièrement les personnels à la connaissance des dispositifs qu’ils utilisent.