

LA POSE DE VOIE VEINEUSE PERIPHERIQUE DANS UN CONTEXTE D'URGENCE

En cas d'urgence, l'article R4311-14 du code de la santé publique dispose qu'en l'absence du médecin, l'infirmier « décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin ». Dans ce cadre, nous pouvons donc, entre autres gestes, décider de perfuser le patient présentant une détresse vitale en l'attente d'un médecin.

Grands principes et petites astuces pour maîtriser ce geste.

Pourquoi poser une VVP dans le cadre de l'urgence ?

La VVP constitue une voie d'abord pour l'injection immédiate ou ultérieure de drogues de réanimation et/ou une voie de remplissage.

Cependant, même si elle est nécessaire, il faut se garder de se jeter sur la pose de perfusion en cas d'urgence vitale ! En effet, mettons nous en situation de détresse vitale : ne vaut-il mieux pas oxygéner un malade présentant une détresse respiratoire ? Bien sûr que si : mise sous oxygène et position demi- assise devront précéder la pose de perfusion. De même, effectuer un massage cardiaque et poser un défibrillateur semi automatique doivent devancer la pose de VVP... même si celle-ci s'avèrera indispensable pour l'injection d'adrénaline si la victime est en asystolie.

Que dire de la pose de perfusion si l'hémorragie extériorisée présentée par une victime d'accident n'a pas été stoppée ? Rempliriez-vous un seau percé ?

Si vous ne devez retenir qu'une chose sur la pose de VVP en urgence, gardez en mémoire que les gestes de secourisme priment sur celle-ci.

Avec quel matériel ?

La matériel à préparer pour la pose en urgence est sensiblement le même qu'en dehors de ce cadre.

Dans de nombreux services, vous trouverez un « kit pose de VVP » dans le chariot d'urgence. Celui-ci contiendra tout le matériel qui vous sera nécessaire, ce qui constitue un gain de temps appréciable.

• TAILLE DU CATHÉTER :

Le choix du diamètre du cathéter dépendra, outre l'état veineux du patient, du type de détresse et des buts de la pose de VVP : on privilégiera un cathéter de bon calibre (au moins 18G, au mieux 16 voire 14G) si un remplissage semble nécessaire : hémorragie, état de choc décompensé...

En revanche, si le but est de pouvoir injecter des médicaments tels que des catécholamines ou des dérivés nitrés, un diamètre de 18G ou à défaut 20G, suffira.

En pratique, l'infirmier doit être sûr de la voie qui est posée. Mieux vaut un calibre inférieur et savoir que les drogues injectées ne sont pas diffusées en sous cutané ! Tout est affaire de compromis entre le capital veineux et la taille souhaitée du cathéter en fonction de la détresse vitale...

• PERFUSEUR :

Il convient d'opter pour un perfuseur simple présentant au moins un robinet à 3 voies pour permettre les injections.

• SOLUTÉ :

En cas d'urgence, le soluté de choix est le NaCl 0.9 %. Vous pouvez utiliser le G5 % en cas d'hypoglycémie, d'insuffisance cardiaque ou le Ringer Lactate chez les brûlés mais rien ne vous empêche de garder comme habitude de perfuser en urgence avec du NaCl 0.9 % puis de réajuster en fonction des prescriptions médicales.

• FIXATION :

En urgence, les risques d'arrachage de VVP sont importants en raison d'une équipe soignante nombreuse autour du patient, de l'agitation ou du stress des intervenants donc il est vivement recommandé de fixer le cathéter



avec un pansement occlusif transparent puis de consolider l'ensemble avec du sparadrap. Attention toutefois à ne pas faire le tour du membre avec le sparadrap afin de ne pas faire garrot.

Où piquer ?

Là encore, tout est affaire de compromis : entre la nécessité d'une veine présentant une insertion aisée et la préservation du capital veineux en cas d'échec de pose.

Pensez aussi que, même s'il semble simple de piquer au pli du coude et que cela peut vous « sauver la mise » au départ, les victimes qui convulsent gardent rarement les bras tendus... ou que l'administration de catécholamines à la seringue électrique qui devient intermittente à cause des flexions de coude peut poser problème...

“ Les gestes de secourisme priment sur la pose d'une VVP ”

Dans un souci de préservation du capital veineux, la recherche du site de ponction se fera de l'extrémité vers la racine du membre, car un échec de pose distale laissera à l'infirmier la possibilité de poser le cathéter au-dessus de l'échec de point de ponction.

Afin de mieux voir les veines de la victime, le bras sera placé en déclive (à part en cas d'œdèmes majeurs, ce qui aggraverait la situation). Il est également possible d'appliquer de l'alcool modifié ou de tapoter les veines afin de les faire gonfler.

Et l'hygiène ?

Même en urgence, on ne s'affranchira pas des règles essentielles :

- Le lavage des mains, aujourd'hui facilité par l'utilisation de solution hydro alcoolique qui permet de travailler proprement presque n'importe où.

- Le port de gants non stériles, qui est indispensable, comme dans votre pratique quotidienne. Notez que le risque d'AES est majoré en situation d'urgence vitale pour de nombreuses raisons telles que l'agitation, le nombre d'intervenants ou le stress. Puisque les gants ne sont pas stériles, on veillera à ne pas toucher le point de ponction après antiseptie de la zone.

- L'antiseptie, qui sera aussi rigoureuse que possible et effectuée de préférence avec un agent antiseptique dermique alcoolique tel que la polyvidone iodée et éthanol car son temps de séchage court est compatible avec l'urgence.

Quelques astuces pour la pédiatrie...

La recherche du site de pose est parfois difficile... Outre la face dorsale des mains, pensez à chercher au niveau des pieds, notamment au niveau des malléoles.

Lorsque la bonne veine est enfin trouvée et piquée, le reflux n'est parfois pas franc, en raison du petit calibre de celle-ci. Pour cela, il est conseillé d'avoir préparé au préalable une seringue de NaCl 0.9% qui servira à vérifier que le cathlon est en bonne position.

En cas de pose de VVP impossible, il existe aujourd'hui une alternative qu'est la perfusion intra osseuse. On peut ainsi obtenir un abord vasculaire fiable en moins de 1 minute qui permet la perfusion de solutés, de produits sanguins ou de drogues aussi rapidement qu'une VVP. Cette technique nécessite formation et validation. ■

DÉBORAH FRADIN - ANISP

INFIRMIÈRE ANESTHÉSISTE – INFIRMIÈRE SAPEUR-POMPIER

