

FICHE DE BONNES PRATIQUES & BON USAGE

Commission Gériatrie

Validation Comité stratégique : Juin 2013

Mise à jour : Octobre 2017

INTERET

Voie SC (= hypoderme) particulièrement pratique en gériatrie, en soins palliatifs et chez des patients au capital veineux altéré.

- en l'absence d'abord veineux
- en remplacement ou en complément de la voie orale

Elle peut être utilisée à domicile, en établissement de santé ou médico-social.

Il s'agit d'un acte infirmier qui est réalisé sur prescription médicale, d'une technique simple, sûre, efficace, confortable.

Elle nécessite peu de surveillance, évite l'immobilisation prolongée, expose à peu d'effets secondaires si elle est correctement utilisée.

Avantages par rapport à la voie IV: facilité d'accès, moins de risque d'infections systémiques et de phlébite, possibilité de déconnecter la perfusion aisément, possibilité de perfusion discontinue nocturne (mobilité et confort du patient).

INDICATIONS

Prévention de la déshydratation en situation à risque (apport oral insuffisant, période de canicule annoncée ...) en particulier chez la personne âgée. Elle semble aussi efficace que la perfusion IV pour réhydrater les personnes modérément déshydratées.

Lorsque la **voie veineuse est difficile ou impossible** (veines fragiles, capital veineux restreint, médicaments agressifs pour les veines ...), ou lorsque la **voie orale est problématique ou impossible** (trouble de la déglutition, dysphagie, nausées, vomissements, agitation, confusion, trouble de la conscience, refus du patient ...)

CONTRE-INDICATIONS

- **Situations d'urgence** : déshydratation sévère, état de choc, collapsus, troubles hydro électrolytiques sévères, acidocétose etc. requérant une réhydratation rapide et massive par voie intraveineuse
- **Troubles majeurs de la coagulation**. Prudence avec les patients sous anticoagulants
- **Infections cutanées diffuses**, dermatose cutanée étendue
- **Mauvaise circulation périphérique, œdèmes généralisés** (ins. cardiaque décompensée), lymphoedème, paralysie, lipodystrophie.

MATERIEL ET TECHNIQUE

Vérifier la prescription médicale, expliquer le soin, informer et installer confortablement le patient.

Solutions de perfusion isotoniques (si hypertonique, douleur et risque de nécrose) **ET contenant des électrolytes** (si absence, risque d'œdèmes et de choc).

- **Salé isotonique** : NaCl 0,9% (308 mOsm/L)
- **Glucosé 5% + 2 g/L de NaCl** (345 mOsm/L), Glucosé 5% + 4 g/L de NaCl (415 mOsm/L)

Chez un patient à risque de décompensation cardiaque, plus volontiers 2 g/L de sodium (soit 20mL de NaCl 10% dans un soluté glucosé de 1 litre) pour contrôler les apports sodés.

- **Glucosé 2,5% + 4 g/L de NaCl** (276 mOsm/L) en cas de patient diabétique.

Il existe aussi des solutés commercialisés prêts à l'emploi (ex. G 2,5% + NaCl 0,45%)

Potassium : l'administration sous-cutanée de chlorure de potassium (KCl) est à **EVITER**

/!\ attention avec les **solutés glucosés avec apport d'ions intégrés**, se reporter aux concentrations ioniques indiquées sur leur flacon. Par exemple, Osmotan® G5 ou Glucidion® G5 : 467 mOsm/L, pH 4.8, 2g de KCl pour 100mL.

Il est conseillé de **ne pas dépasser 2 g de KCl par jour**, au-delà, risque de nécrose cutanée.

Ne pas ajouter de médicaments au soluté, en raison du risque d'incompatibilités.

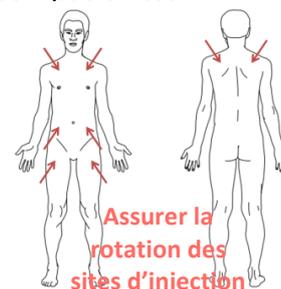
Choix du site d'injection :

- La peau doit être **saine**, en bon état sans lipodystrophie ni hématome.
- Tenir compte des capacités d'absorption du tissu sous-cutané.
- Les sites d'injection privilégiés sont la face antérieure de l'abdomen, thorax, les flancs et la face antérieure des cuisses.

En cas de nécessité, d'autres sites d'injection peuvent être utilisés (thorax, bras).

Si prescription de crème anesthésique locale (prilocaine + lidocaïne), l'appliquer **au moins 1h30 avant la pose du micro-cathéter**.

Respect des règles d'asepsie, comme pour une injection IV.



- Éviter de piquer dans des zones œdématisées, où il existe des problèmes d'absorption.
- Éviter de piquer dans une zone où le tissu SC est trop mince

En l'absence de réaction locale, le même point de ponction peut être utilisé **jusqu'à 6 jours maximum**.

Le site inter-scapulaire peut être intéressant chez le sujet confus risquant d'arracher le dispositif.

Matériel :

- Gants à usage unique
- Matériel pour antiseptie cutanée
- 1 pied à perfusion
- 1 perfuseur simple (ou pompe à perfusion)
- 1 micro-cathéter 22 ou 24 Gauge
- 1 pansement adhésif transparent
- 1 anesthésique local (*si prescrit*)
- 1 container OPCT et 1 sac poubelle



« Une canule souple, pas d'aiguille métal »

Utiliser un cathéter souple à ailettes
de petit diamètre : 22 à 25 Gauge.

PAS d'aiguille épicroânienne à ailettes type « Butterfly », afin de ne pas laisser une aiguille métallique en place, de limiter la douleur, le risque d'AES et le risque d'arrachage.

Technique de pose :

- Se référer à la prescription médicale
- Lorsque l'ajout d'apports ioniques au soluté est nécessaire, les préparer et les purger dans la salle de soins
- Identifier la solution au nom du patient
- Installer le patient confortablement
- Installer la perfusion sur le pied à perfusion approprié
- Réaliser une antiseptie des mains par friction puis mettre une paire de gants à usage unique non stériles
- Pratiquer l'antiseptie du site d'injection selon le protocole institutionnel
- Pincer la peau, piquer dans le pli, en biais (30°), biseau vers le haut (pour une meilleure diffusion)
- Retirer et éliminer immédiatement le mandrin dans le container OPTC
- Connecter le perfuseur sur le cathéter et régler le débit

Débit de perfusion : 1 mL/min = débit < 3 mL/min.

➔ *Perfusion continue sur 24h* : 40 à 80 mL/h

➔ *Perfusion discontinue nocturne sur 8 à 12h* : 70 à 120mL/h

Débit maximal : 500 mL sur 2,5 heures, 2 à 3 fois/jour

Les débits trop rapides entraînent un œdème local par résorption insuffisante

Volumes perfusés :

En routine 2 x 500 mL / jour

Volume maximal :
1500 mL/ jour/ site d'injection

- Fixer la tubulure et protéger le point d'injection avec le film adhésif transparent
- Tracer le soin

SURVEILLANCE

Surveillance après la pose puis quotidienne TRACEE : état cutané local, débit, position du cathéter, absence de fuite ou de reflux.

Devant toute anomalie, le retrait de la perfusion s'impose :

- Si douleur, rougeur, placard blanc, crépitements à la palpation, hématome, sang dans la tubulure : changer de site de perfusion.
- Si douleur ou œdème : diminuer la vitesse de perfusion (un petit gonflement après la pose est normal, surtout en cas d'hypoprotidémie). Possibilité d'œdème des régions génitales : bénin, disparaît à l'arrêt de la perfusion.

ABLATION DU CATHETER

- Clamper la perfusion
- Faire une friction hydro-alcoolique des mains
- Décoller le pansement
- Mettre des gants
- Appliquer une compresse imprégnée d'antiseptique sur le point d'insertion du cathéter et le retirer
- Éliminer cathéter, lignes et flacon dans les DASRI
- Tracer le retrait

SOURCES DOCUMENTAIRES

1. Ferry M « la déshydratation de la personne âgée ». Med Nutr 2013 ; 49 (1) : 27-37
2. Dardaine V « L'Hypodermoclyse : intérêts et indications en gériatrie ». Revue Médecine Interne 2005; 26: 643-650
3. Monnet F. "La perfusion sous-cutanée" Revue du soignant en gériatrie 2005 ; 21.
4. Hypodermoclyse en gériatrie – Journées EuroPharmat Bordeaux 2008
5. Réhydratation par voie sous-cutanée – site web des Hôpitaux Universitaires de Genève - Janvier 2013
6. Voie sous-cutanée en soins palliatifs – centre hospitalier du Haut Anjou – Octobre 2013
7. La perfusion sous-cutanée – La revue Prescrire, 2004 ; 24 (250) : 372-376
8. Déshydratation modérée des personnes âgées – La revue Prescrire, 2017 (404) : 434-438