

	PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT PORTEUR D'UN CATHETER INTRATHECAL	HAD-RP-PROT07-V2 Date d'application: 29/07/2025
--	---	---

I. OBJET ET/OU OBJECTIFS

Ce protocole a pour objectif d'expliquer la surveillance d'un cathéter intra-thécal et la conduite à tenir pour tout dysfonctionnement, incident, effet secondaire (surdosage, analgésie inefficace...)

II. DOMAINES D'APPLICATION ET PERSONNES CONCERNÉES

Ce protocole s'applique au service HAD de la filière domicile de la Mutualité Française Charente :

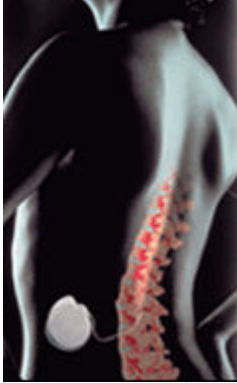
- IDE de coordination
- IDE libéral
- Médecin praticien de l'HAD
- Médecin traitant
- Médecin spécialiste
- Prestataires

	Rédigé par :	Vérifié par :	Approuvé par :
Nom :	Stéphanie PEYRET Pharmacienne HAD	Dominique VELTEN Directrice HAD	Marc Alain CHARLEBOIS Médecin Praticien en HAD
Date :	21/07/2025	21/07/2025	21/07/2025
Visa :			

III. DÉROULEMENT DE L'ACTIVITÉ

A Principe du cathéter intra-thécal :

- ❖ Le cathéter intra-thécal est placé dans le liquide céphalo-rachidien c'est-à-dire dans l'espace sous arachnoïdien, la zone de ponction se situe dans l'espace L2 – L5.
- ❖ Ce cathéter est :
 - Soit relié à un site implantable sous-cutané placé au niveau abdominal en sous costal



- Soit tunné jusqu'à un point de sortie se trouvant au niveau abdominal en sous costal.
- ✓ Ce cathéter est ensuite relié à un système de pompe électrique (via une aiguille de Huber sur la chambre implantable ou directement sur le KT tunné) qui diffuse en continu, avec des possibilités de bolus, le mélange analgésique.

Complications :

- ✓ Après la pose d'un cathéter intra-thécal les complications suivantes peuvent être observées :
 - Un syndrome post ponction lombaire,
 - Une méningite bactérienne
 - Un hématome de la chambre
 - Une épidurite
 - Une fibrose (fréquente sur des cathéters mis en place depuis plus de 6 mois).
 - Un sepsis du point d'entrée
 - Une diffusion intra-vasculaire du produit

Recommandations :

- ✓ Si le patient est déjà porteur d'un dispositif implanté intravasculaire, l'implantation du dispositif nerveux en zone thoracique basse se fera du côté opposé.
- ✓ Le changement de la cassette et de l'aiguille de Huber **se fera en milieu hospitalier** en fonction du protocole établi.
- ✓ Le pansement sera refait en milieu hospitalier
- ✓ Le retrait du cathéter et du dispositif se fait à la fin du traitement au jour et heure fixés par l'anesthésiste

B Surveillance

- ✓ Surveillance quotidienne ou biquotidienne (selon le projet thérapeutique) réalisée par l'infirmier libéral :

- Des différents paramètres de fonctionnement,
- De l'efficacité du dispositif,
- Du volume restant dans la cassette,
- De la tolérance du médicament administré,
- Des signes inflammatoires,
- De l'évaluation de la douleur,
- Des constantes TA, Fc, T°, SpO2
- De la bonne compréhension de l'utilisation de la pompe par le patient.

1. Evaluation de l'analgésie

- Evaluation de la douleur avec l'EN (échelle numérique)
- Surveillance du bloc sensitif et du bloc moteur (si analgésiques locaux) :

BLOC MOTEUR		BLOC SENSITIF *	
0	Mouvements normaux sans gêne	0	Sensibilité normale
1	Mouvements possibles mais gêne	1	Paresthésie ou hypoesthésie
2	Mouvements impossibles	2	Anesthésie totale (insensibilité)

Conduite à tenir si Bloc moteur = 2 et /ou Bloc sensitif = 2

- 1. Arrêt de la pompe**
- 2. Prévenir l'HAD (24/24) au 05.45.20.51.00**

Le test peut se faire avec une compresse mouillée ou un glaçon (sensation de froid) pour tester la sensibilité. Prendre les clavicules comme sensation de référence.

2. Surveillance des signes inflammatoires et/ou infectieux

- **Signes** : rougeur, écoulement, douleur, œdème, extravasation, hyperthermie...

Le pansement doit être propre, sec et occlusif. *Sa réfection dépendra de son état et du protocole.*

3. Surveillance des effets secondaires ou incidents de surdosage

➤ Incidents liés à la toxicité de l'anesthésique local :

- Troubles neurologiques : paresthésies des lèvres, goût métallique dans la bouche, sensation d'ébriété, somnolence, logorrhées, frissons, nystagmus, acouphènes, convulsions.
- Troubles cardiaques : hypotension artérielle, bradycardie ou tachycardie et arrêt cardiorespiratoire.

Conduite à tenir :

1. Arrêt de la pompe

2. Appel au C15 si détresse respiratoire, état de choc ou arrêt cardio-respiratoire.

3. Prévenir l'HAD (24/24) au 05.45.20.51.00

➤ Incidents liés à la morphine

- Effets indésirables : Rétention urinaire, prurit, somnolence, constipation, vomissement.
- Confusion, troubles de la conscience et dépression respiratoire

SEDATION	SURDOSAGE
Patient éveillé orienté = 1	Si score de sédation > ou = 2 et FR<10 :
Somnolent par intermittence, facilement réveillable = 2	
Somnolent la plupart du temps, réveillable par stimulation tactile légère = 3	
Somnolent et difficilement réveillable = 4	
A partir d'un score de 2, surveiller la fréquence respiratoire	

Conduite à tenir : Si score > 2 Arrêt **immédiat** de la pompe et prévenir le médecin traitant et l'HAD.

4 Surveillance du cathéter et du site

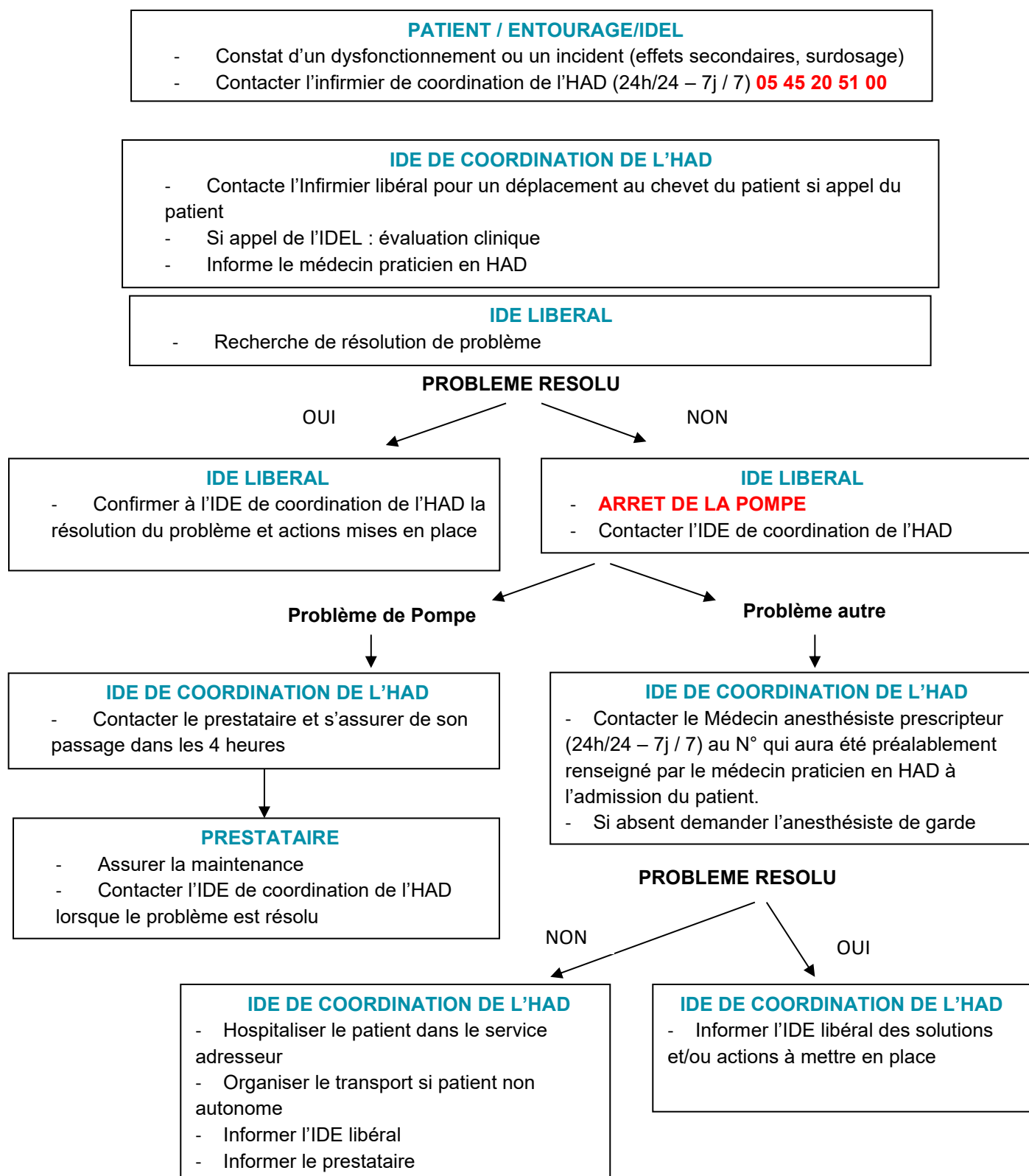
➤ Incidents liés au cathéter ou au site :

- Fuite, obstruction, déconnection du filtre, rupture....

Conduite à tenir : **1. Arrêt de la pompe**

2. Prévenir l'HAD (24/24) au 05.45.20.51.00

C Organisation de la gestion des dysfonctionnements ou incidents



IV. ANNEXES

HAD-RP-ENR04 Grille de surveillance des cathéters intrathécaux

NATURE DES MODIFICATIONS		
Version	Date	Objet de la modification
1	15/03/2021	Création du protocole (remplace HAD-RP06-PRO01-PROT01-V2)
2	21/07/2025	Actualisation de la procédure