

Compte-rendu

Cathéter veineux périphérique : le remplacement systématique est-il encore justifié ?

Mots-clés

cathéter veineux périphérique, remplacement, risque infectieux
Clinically indicated removal versus routine removal of peripheral venous catheters

Charles KR, et al., Cochrane Database of Systematic Reviews, 27.01.2026

[10.1002/14651858.CD007798.pub6](https://doi.org/10.1002/14651858.CD007798.pub6).

Introduction

Les cathéters veineux périphériques (CVP) sont utilisés chez la majorité des patient-es hospitalisé-es. Leur remplacement systématique toutes les 72–96 heures est encore pratiqué dans certains établissements afin de prévenir les infections. Cette stratégie augmente toutefois le nombre de poses, la douleur et les coûts. Cette mise à jour Cochrane évalue si un retrait uniquement lorsqu'il est cliniquement indiqué est aussi sûr qu'un remplacement programmé.

Méthode

Revue systématique avec méta-analyse d'essais randomisés contrôlés comparant remplacement systématique versus retrait selon l'indication clinique chez des adultes hospitalisés. **Issue primaire** : bactériémie liée au cathéter. **Issues secondaires** : bactériémie primaire, infection locale, thrombophlébite, infiltration, occlusion, mortalité et coûts. L'évaluation du risque de biais et la gradation du niveau de preuve ont été réalisées selon la méthodologie Cochrane (approche GRADE).

Résultats

14 RCTs comprenant 11'428 adultes hospitalisés ont été inclus. L'incidence des infections et de la mortalité était inférieure à 1 % dans les deux groupes. Aucune différence significative n'a été observée pour la bactériémie liée au cathéter, la bactériémie primaire, l'infection locale ou la mortalité. Il n'y avait pas de différence claire pour la thrombophlébite ; le remplacement systématique pourrait réduire légèrement l'infiltration et l'occlusion en incidence brute, sans effet évident par 1'000 jours-cathéter. La stratégie de retrait selon l'indication clinique diminuait le nombre de poses de cathéters et pourrait réduire modestement les coûts.

Discussion

Aucun bénéfice clinique du remplacement systématique n'est démontré pour les infections ou la mortalité. La rareté des événements entraîne toutefois une imprécision importante et une différence modeste ne peut être exclue. Les complications mécaniques semblent au mieux marginalement influencées par la stratégie choisie.

Points forts : large effectif cumulé, méthodologie Cochrane rigoureuse avec évaluation structurée.

Limitations : événements très rares entraînant une imprécision statistique, hétérogénéité entre essais. Par ailleurs, l'absence d'intégration des données observationnelles limite l'extrapolation en vie réelle.

Conclusion

Chez les adultes hospitalisés, le retrait d'un CVP uniquement lorsqu'il est cliniquement indiqué n'est pas associé à une augmentation du risque d'infection par rapport à un remplacement systématique, tout en réduisant le nombre de poses et probablement les coûts. En pratique, l'enjeu semble moins être le respect d'un calendrier fixe mais plutôt l'évaluation quotidienne de l'indication au maintien du cathéter, la surveillance attentive du site d'insertion et le maintien strict des mesures d'asepsie.

Date de publication	Auteurs
10.03.2026	Virginie Moulin