

MEMO Dérivation Lombaire Externe (DLE)

- **Objectif de la DLE dans l'indication en chirurgie de l'aorte thoraco-abdominale** : diminuer la pression médullaire en drainant le liquide céphalo-rachidien (LCR) autour de la moelle épinière pour limiter le risque de survenue ou l'aggravation d'une **ischémie médullaire**
- **La prescription médicale doit comporter** :
 - le niveau réglé en millimètres d'eau \pm mmH₂O (ex : +100 ou +150 mmH₂O)
 - la fréquence du relevé (ex : toutes les 1 ou 3 heures)
 - l'objectif de débit de drainage (ex : 10 à 15 mL / heure)
 - la teinte du liquide (ex : clair, trouble, rosé, hémorragique)
 - la perméabilité de la DLE = visualisation d'une goutte qui tombe dans la poche de recueil (ex : perméable OUI ou NON)
 - surveillance clinique associée : motricité et sensibilité des membres inférieurs, objectifs de PAM (ex : PAM entre 80 et 90 mmHg), surveillance des AMSOS (ex : hémoglobine \geq 10g/dL, saturation entre 95 et 99%, normoglycémie, normothermie, normocapnie, normonatémie...)
- **Réglage du niveau** : **le niveau ZERO se situe au niveau du point de ponction lombaire**. Pour placer au niveau +100mmH₂O, il faut monter la poche pour que le point de ponction se retrouve au repère 100mmH₂O.
- A chaque mobilisation du patient / changement de la hauteur du lit ou du dossier / mise au fauteuil / transport : **clamper le cathéter +++ via les deux clamps** situés entre le patient et la poche de recueil
- Repositionner le niveau après chaque mobilisation puis déclamper le cathéter (vérifier les 2 clamps)
- Ne jamais aspirer ni injecter dans la DLE +++. Etiqueter tous les robinets de la DLE : **"DLE : NE PAS INJECTER"**
- Ne jamais mettre au sol la poche de drainage sans avoir clampé le cathéter
- En cas de déconnexion accidentelle : clamper le cathéter, prévenir le médecin pour qu'il change le système de drainage en stérile
- Prévenir le médecin en cas de : non perméabilité (pas de visualisation d'une goutte ou débit nul sur 1 heure), changement de teinte du liquide (clair \rightarrow trouble, rosé, hémorragique), survenue de céphalées intenses (syndrome d'hypotension intra-crânienne), surdrenage (> 20 mL / heure).
- Retrait de DLE : après 48-72h en prophylaxie, jusqu'à 7 à 10 jours en curatif ou si l'évaluation neurologique est impossible (patient sédaté). Le retrait de la DLE s'effectue en stérile en vérifiant l'intégrité du cathéter (extrémité distale), envoi en bactériologie sur prescription médicale. Après chaque retrait de DLE, même accidentel : le médecin doit réaliser un point de suture en stérile au point de ponction puis un pansement occlusif afin d'éviter les fuites de LCR qui favorisent le risque d'infection. Le patient doit ensuite rester en décubitus dorsal strict pendant 4 à 6 heures (céphalées post-retrait fréquentes).
- La pose et le retrait de la DLE nécessitent : TP $> 70\%$, INR < 1.2 , TCA < 1.2 , plaquettes > 100 G/L, arrêts des traitements anticoagulants ou antiagrégants (à l'exception du Kardégic® au cas par cas)

