

Préparation cutanée chez l'opéré

Ludwig Serge AHO GLELE, Dijon
Recommandations de la SF2H

Décembre 2013

Contexte

Contexte

- Nouvelles publications ou recommandations « importantes »
 - Études originales
 - Antisepsie de la peau
 - Darouiche et al. NEJM, 2010
 - Dépistage patients porteurs de S. aureus
 - Bode et al. NEJM, 2010
 - Méta-analyse
 - Webster et al. Cochrane, 2009
 - Recommandation de la NICE, 2008
- Persistance controverses ou polémiques
 - Douche opératoire
 - Détersion

Contexte

The NEW ENGLAND JOURNAL *of* MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

Chlorhexidine–Alcohol versus Povidone– Iodine for Surgical-Site Antisepsis

Rabih O. Darouiche, M.D., Matthew J. Wall, Jr., M.D., Kamal M.F. Itani, M.D.,
Mary F. Otterson, M.D., Alexandra L. Webb, M.D., Matthew M. Carrick, M.D.,
Harold J. Miller, M.D., Samir S. Awad, M.D., Cynthia T. Crosby, B.S.,
Michael C. Mosier, Ph.D., Atef AlSharif, M.D., and David H. Berger, M.D.

ABSTRACT

Darouiche RO et al. N Engl J Med 2010;362:18-26

Darouiche RO et al., 2010

Résultats

- 849 patients en ITT
 - 409 CHX vs 440 PVI
- Taux ISO, CHX vs PVI
 - 9,5% vs 16,1%; $p = 0.004$
 - $RR=0.59$
 - IC95% : 0,41-0,85
- CHX significativement plus protectrice que PVI
 - Contre ISO superficielles
 - 4,2% vs 8,6%, $p = 0.008$
 - Contre ISO profondes
 - 1% vs 3%, $p = 0.05$
 - Mais non d'organes
 - 4,4% vs 4,5%

Contexte



Preventing Surgical-Site Infections in Nasal Carriers of *Staphylococcus aureus*

Lonneke G.M. Bode, M.D., Jan A.J.W. Kluytmans, M.D., Ph.D., Heiman F.L. Wertheim, M.D., Ph.D.,
Diana Bogaers, I.C.P., Christina M.J.E. Vandenbroucke-Grauls, M.D., Ph.D., Robert Roosendaal, Ph.D.,
Annet Troelstra, M.D., Ph.D., Adrienne T.A. Box, B.A.Sc., Andreas Voss, M.D., Ph.D., Ingeborg van der Tweel, Ph.D.,
Alex van Belkum, Ph.D., Henri A. Verbrugh, M.D., Ph.D., and Margreet C. Vos, M.D., Ph.D.

RCT, double insu, multicentrique

- Dépistage rapide de *S. aureus* à l'admission
- Mupirocine (5 jours) + Chlorhexidine (douche) vs placebo
- Conclusion : "The number of surgical-site *S. aureus* infections acquired in the hospital can be reduced by rapid screening and decolonizing of nasal carriers of *S. aureus* on admission"

**LA "DOUBLE ANTISEPSIE", FABLE MODERNE,
Ou comment gaspiller 80 millions d'euros... "pour la peau".**



J. Soufron

Clinique Notre Dame, Vire - FRANCE

soufron@hotmail.com

"Il est fortement recommandé de pratiquer une déterision à l'aide d'une solution moussante antiseptique suivie d'une désinfection large du site opératoire", cette recommandation étant classée A1 :

A signifiant "il est fortement recommandé" et niveau de preuve 1 "au moins un essai randomisé de bonne qualité". Comme il n'y a aucune bibliographie en annexe, on peut se demander quel est cet essai (ou quels sont ces essais) qui semble nous avoir échappé.

Pour avoir la réponse, il faut réussir à se procurer le texte "**long**" [3] - jamais cité - qui reprend page 21 la même recommandation en désignant dans le corps du texte la procédure sous le nom de "double antisepsie". Il cite à l'appui de cette recommandation 3 références (42, 43 et 44) : on devrait donc trouver là l'essai randomisé promis.

Surprise, surprise : la référence 42 [4] est une publication du CDC d'Atlanta, datant de 1999, qui formule des recommandations très argumentées sur la prévention du risque infectieux en chirurgie et ne fait aucune allusion à la procédure de "double antisepsie". La référence 44 [5] est une

Méthodes

Modalités

- Groupe de travail multidisciplinaire
 - Mêmes sociétés savantes partenaires qu'en 2004
 - SF2H
 - SOFCOT
 - AFU
 - SFCTCV
 - SPILF
 - UNAIBODE
 - SFAR
 - SFCD
 - SFNEP

Modalités

- Groupe de travail multidisciplinaire
 - Mêmes sociétés savantes partenaires qu'en 2004
- Champ
 - Mise à jour partielle
 - « Préparation cutanée »
 - Dépistage et décontamination porteurs de S. aureus
- Méthode « GRADE »
 - Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation
 - » <http://www.gradeworkinggroup.org/publications/index.htm>
 - » Guyatt GH et al. Rating quality of evidence and strength of recommendations GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. BMJ 2008;336:924-926
 - » Cf. série

Méthode : GRADE

- Formuler la **question**
- Choisir le **critère de jugement** d'intérêt
- Réaliser une revue de la **littérature** => méta-analyse
- Estimer l'**effet** de l'intervention
- Évaluer le **niveau de preuve**
- Formuler la **recommandation**, la grader

GRADE

- Poser des questions : PICO
 - Population
 - Intervention(s)
 - Comparaison
 - Outcome
- Rechercher la littérature
 - Répondant à ces questions
- Evaluer la qualité
 - Des études retenues

GRADE : « Outcome »

- Hiérarchiser les critères de jugement (CJ)
 - Critique
 - Important
 - Non important
- Calculer une estimation globale de l'effet pour chaque CJ
 - Méta-analyse
- Evaluer le niveau de preuve pour l'ensemble des études retenues, pour chaque CJ

GRADE : « Outcome »

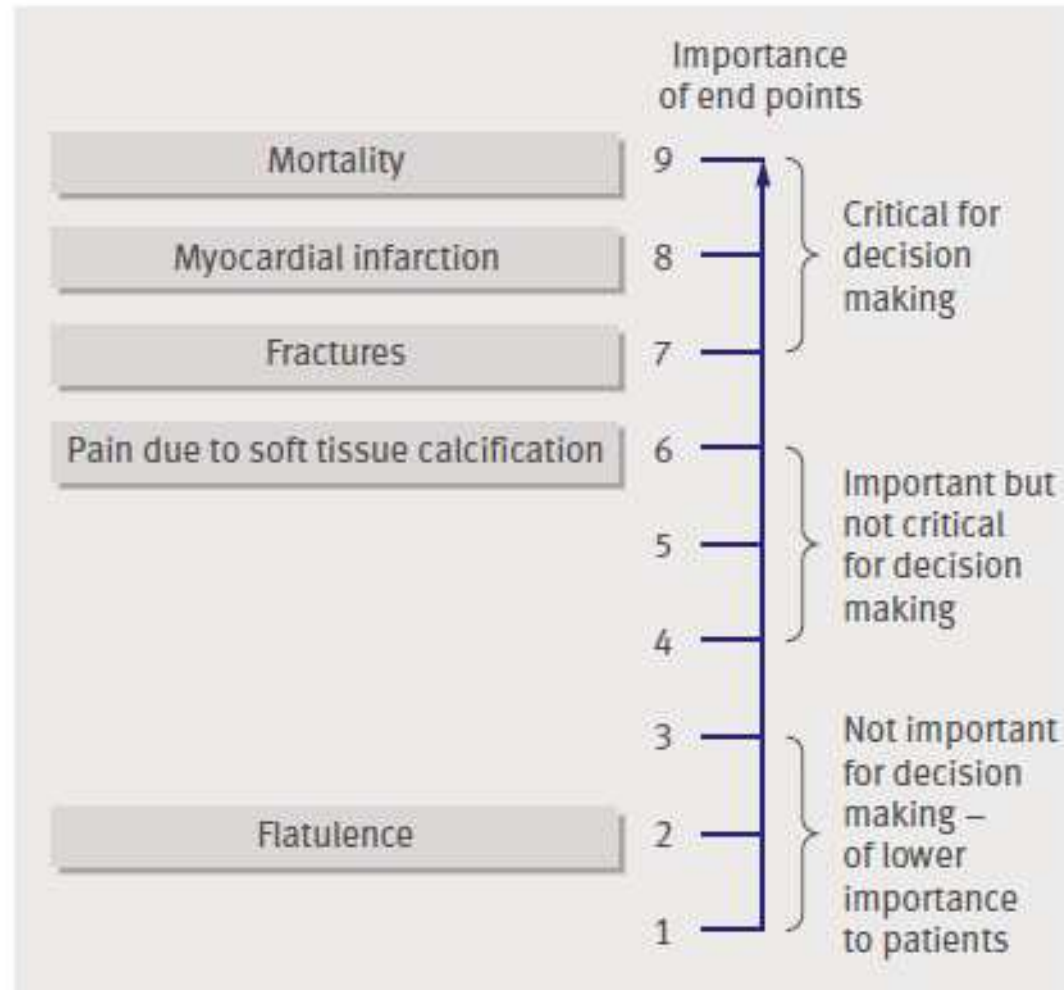


Fig 1 Hierarchy of outcomes according to importance to patients to assess effect of phosphate lowering drugs in patients with renal failure and hyperphosphataemia

GRADE : « Outcome »

- Hiérarchiser les critères de jugement (CJ)
 - Infection
 - Colonisation
 - Autre
 - Concentration cutanée d'antiseptique
 - ...

GRADE : Evaluation de la qualité globale

- Niveau de preuve global pour l'intervention
- = Niveau de preuve pour le CJ critique, avec le plus faible niveau de preuve

GRADE : Evaluation de la qualité globale

- Cotation du niveau de preuve
 - Haut, modéré, bas, très bas
- Cotation de départ
 - Essais randomisés => haut
 - Etudes observationnelles => bas

Quality of evidence	
High quality	⊕⊕⊕⊕ or A
Moderate quality	⊕⊕⊕○ or B
Low quality	⊕⊕○○ or C
Very low quality	⊕○○○ or D

Strength of recommendation	
Strong recommendation for using an intervention	↑ ↑ or 1
Weak recommendation for using an intervention	↑ ? or 2
Weak recommendation against using an intervention	↓ ? or 2
Strong recommendation against using an intervention	↓ ↓ or 1

GRADE : Evaluation de la qualité globale

- Augmente si
 - Effets importants = « force de l'association » (importants : +1 ; très importants : +2)
 - Relation dose-effet (+1)
 - Facteurs confondants diminuant probablement l'effet observé (+1)
- Diminue si
 - Biais (serious : -1 / very serious : -2)
 - Imprécision (serious : -1 / very serious : -2)
 - Hétérogénéité des résultats (serious : -1 / very serious : -2)
 - Mesure indirecte (serious : -1 / very serious : -2)
 - Probable biais de publication (serious : -1 / very serious : -2)

GRADE : Emettre les recommandations

- Direction
 - Pour / contre
- Force
 - Strong / weak
 - Indépendante du niveau de preuve

Niveaux de recommandations et niveaux de preuve

Niveaux de recommandations

- A Il est fortement recommandé de faire ...
- B Il est recommandé de faire ...
- C Il est possible de faire ou de ne pas faire ...
- D Il est recommandé de ne pas faire ...
- E Il est fortement recommandé de ne pas faire ...

Niveaux de preuve

- 1 Au moins un essai randomisé de bonne qualité
- 2 Au moins un essai non randomisé ou une étude cas/témoins ou une étude multicentrique ou une série historique ou au moins des résultats indiscutables d'études non contrôlées
- 3 Opinion d'expert, résultats d'une expérience clinique, étude descriptive ou résultats d'un consensus de professionnels

Questions « habituelles »

- Douche préopératoire
 - Shampoing compris
- Traitement des pilosités
- Déterision
- Antisepsie
- Autres mesures

La forme

- Nouveauté pour la SF2H
- Pour chaque question, tableau synthétique
 - Recommandation
 - Résultats de la méta-analyse
 - Biais des études
 - Commentaires

Résultats

Préparation cutanée

CONFÉRENCE DE CONSENSUS

Mise à jour de
la conférence de consensus
**Gestion
préopératoire
du risque infectieux**

Septembre 2013

Douche préopératoire

- Rappel des recommandations de 2004
 - Il est fortement recommandé de pratiquer au moins une douche pré-opératoire avec une solution moussante antiseptique. (A-1)
- Au moins une douche
 - Quel que soit le type de savon
 - Antiseptique ou non antiseptique

Question D2

Chez les patients de chirurgie, la douche préopératoire avec une solution moussante antiseptique est-elle plus efficace que la douche sans antiseptique pour la prévention des ISO ? (GRADE)

D2 Il est recommandé de réaliser au moins une douche préopératoire. (B3)

Aucune recommandation ne peut être émise sur le type de savon (savon antiseptique ou savon non antiseptique) à utiliser pour la douche préopératoire. (C2)

Résultat de la cotation GRADE

(qualité du niveau de preuve):

Essais randomisés: n = 3.

Risque de biais: faible (n = 1); important (n = 1); très important (n = 1).

Études observationnelles: n = 0.

Résultat de la méta-analyse réalisée à partir des articles évalués:

Essais randomisés: RR: 1,02; IC: 0,57-1,84 (non significatif).

Commentaires:

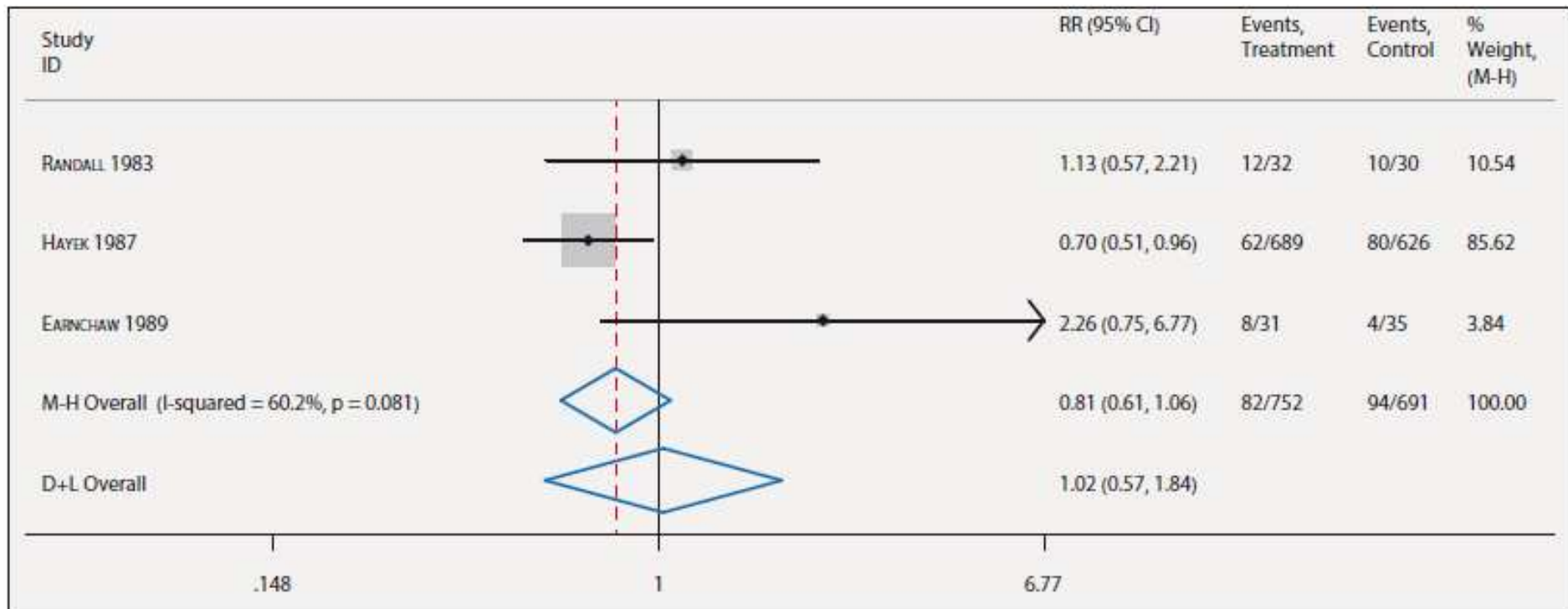
Le produit utilisé doit être conditionné en monodose (jetable).

La littérature a surtout évalué les solutions moussantes à base de chlorhexidine.

La réalisation de la (des) douche(s) préopératoire(s) doit être tracée.

Douche préopératoire

Question : Chez les patients de chirurgie, la douche préopératoire à la chlorhexidine est-elle plus efficace que la douche au savon non antiseptique pour la prévention des ISO? (GRADE) (Figures 1 et 2)



Douche préopératoire

Ex. : CHX vs placebo

Tableau XIII - Synthèse GRADE (Douche préopératoire) : chlorhexidine vs placebo.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Chlorhexidine shower	Placebo shower	Relative (95 % CI)	Absolute		
Surgical site infections												
4	randomised trials	serious ¹	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	none	356/3 906 (9.1 %)	389/3 885 (10 %)	RR 0.91 (0.80 to 1.04)	9 fewer per 1 000 (from 20 fewer to 4 more)	Moderate	Critical

1- Une étude avec un risque de biais important (HAYEK, (HAYEK 1987))

Nombre de douches : Edminston, 2008

- Critères de jugement
 - Primaire : concentration cutanée CHX
 - Secondaire : colonisation cutanée
- Résultats
 - 2 douches (matin et soir) > 1 douche le soir
 - Colonisation
 - Mais pas de différence dans la concentration cutanée en CHX entre une douche le matin et 2 douches (matin et soir) pour la colonisation cutanée
- Essai randomisé
 - n=60 ; 3 groupes parallèles
- Intervention
 - (1) application le soir de savon CHX (A) ou de tissu imbibé à 2% de CHG (B)
 - (2) application le matin de savon CHX (A) ou de tissu imbibé à 2% de CHG (B)
 - (3) 2 applications (soir/matin) de savon CHX (A) ou de tissu imbibé à 2% de CHG (B)
 - 7 jours de « wash-out » entre A et B

Nombre de douches

- Jakobsson, 2011
 - Searching for Evidence Regarding Using Preoperative Disinfection Showers to Prevent Surgical Site Infections: A Systematic Review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* Third Quarter 2011 143-52
- Revue de la littérature
 - Inclusion : n=10 études
 - Dont 4 de qualité méthodologique satisfaisante
 - Design et méthodes différents
 - CHX réduit colonisation
 - Nombre optimal de douche = ?

Douche préopératoire

- A la discrétion du chirurgien
 - Nombre de douche
 - Moment de la douche
 - Shampoing

Traitement des pilosités

- Rappel des recommandations de 2004
 - Il est recommandé de privilégier la non dépilation, à condition de ne pas nuire aux impératifs per et post-opératoires. (B-1)
 - Si les conditions locales justifient la dépilation, il est recommandé de privilégier la tonte ou la dépilation chimique. (B-1)
 - Il est fortement recommandé de ne pas faire de rasage mécanique la veille de l'intervention. (E-1)
 - Il est déconseillé :
 - De dépiler le patient en salle d'opération. (D-3)

Traitement des pilosités

- Rappels : des recommandations de la NICE, 2008
 - « Recommendations on hair removal
 - Do not use hair removal routinely to reduce the risk of surgical site infection.
 - If hair has to be removed, use electric clippers with a single-use head on the day of surgery.
 - Do not use razors for hair removal, because they increase the risk of surgical site infection. »

Traitement des pilosités

- Pas de dépilation en routine
 - Qu'il s'agisse d'un rasage mécanique d'une tonte ou d'une dépilation chimique
 - Point en accord avec les recommandations de 2004
 - Si dépilation jugée utile
 - Période de cette dépilation, i.e. la veille ou le jour de l'intervention
 - Non tranché
 - Crèmes dépilatoires
 - Non tranché

Traitement des pilosités

P1 Dans le but de réduire le risque d'ISO, il est recommandé de ne pas pratiquer une dépilation (rasage mécanique, tonte ou dépilation chimique) en routine. **(B2)**

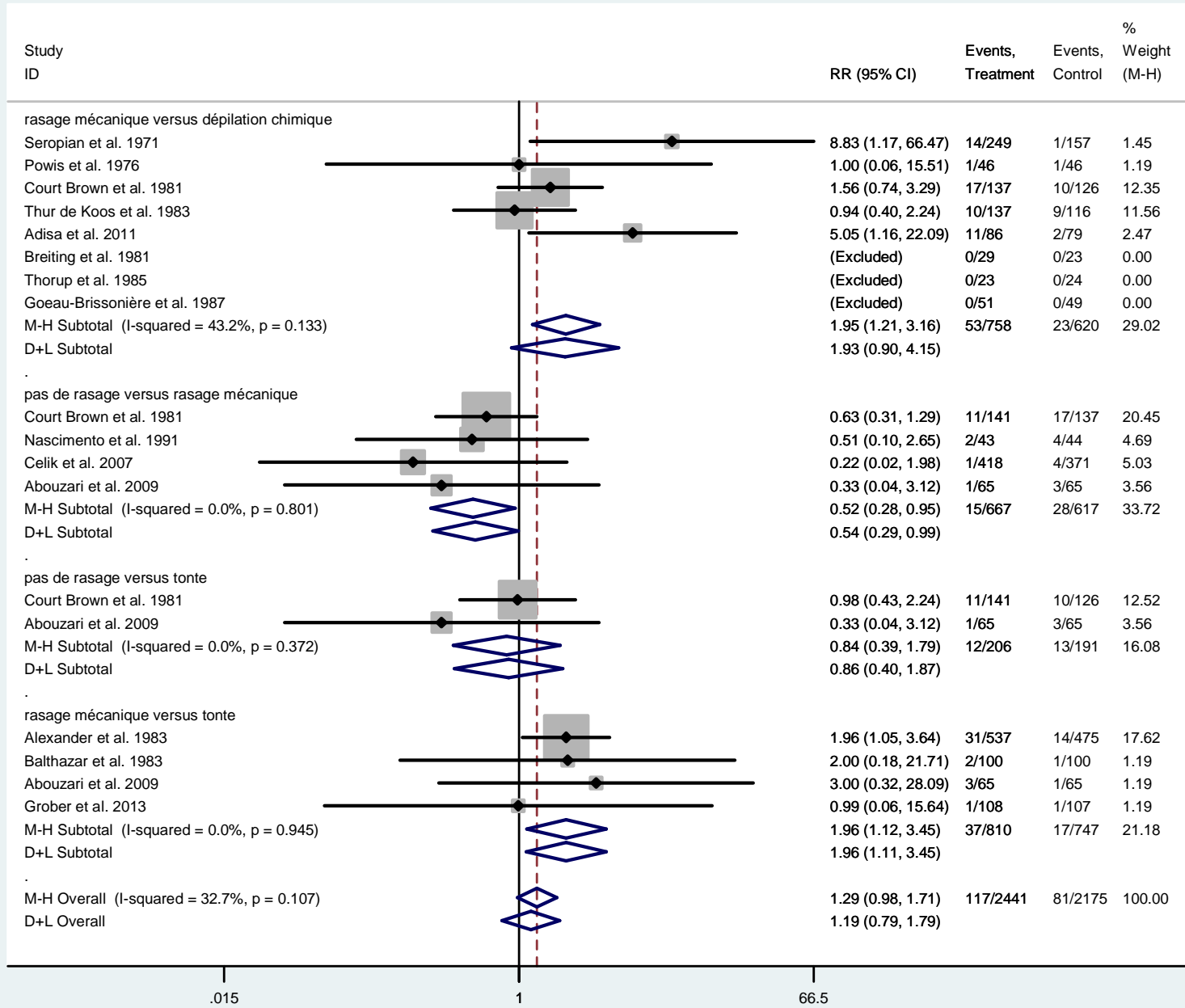
P2 Si la dépilation est réalisée, il est recommandé de privilégier la tonte. **(B2)**

Si la dépilation est utile, il est fortement recommandé de ne pas recourir au rasage mécanique. **(E1)**

Aucune recommandation ne peut être émise concernant l'utilisation de crèmes dépilatoires. **(C2)**

P3 Aucune recommandation ne peut être émise concernant la période de dépilation (veille ou jour de l'intervention). **(C2)**

Traitement pilosités : analyse en sous groupes



Détersion

- Rappel des recommandations de 2004
 - Il est fortement recommandé de pratiquer une détersion à l'aide d'une solution moussante antiseptique suivie d'une désinfection large du site opératoire.(A-1)
 - Il est conseillé d'effectuer :
 - La phase de détersion qui se situe après le traitement des pilosités, immédiatement avant la désinfection ; elle doit être suivie d'un rinçage abondant à l'eau stérile et d'un essuyage. (B-3)

Détersion

- De nombreux débats en France
- Mais pas vraiment d'arguments pour la prôner systématiquement
 - Hormis l'existence d'une peau souillée.

Question De1

Faut-il réaliser une détersion préopératoire immédiate ? (méthode GRADE) ?

De1 Aucune recommandation ne peut être émise concernant la détersion avant la réalisation d'une antiseptie sur une peau sans souillure. **(B2)**

Il est recommandé de réaliser une détersion sur une peau souillée. **(C3)**

Critère de jugement : ISO

Résultat de la cotation GRADE

(qualité du niveau de preuve):

Essais randomisés : $n = 3$;

Risque de biais : important ($n = 1$) ; très important ($n = 2$).

Études observationnelles : $n = 0$.

Résultat de la méta-analyse réalisée à partir des articles évalués:

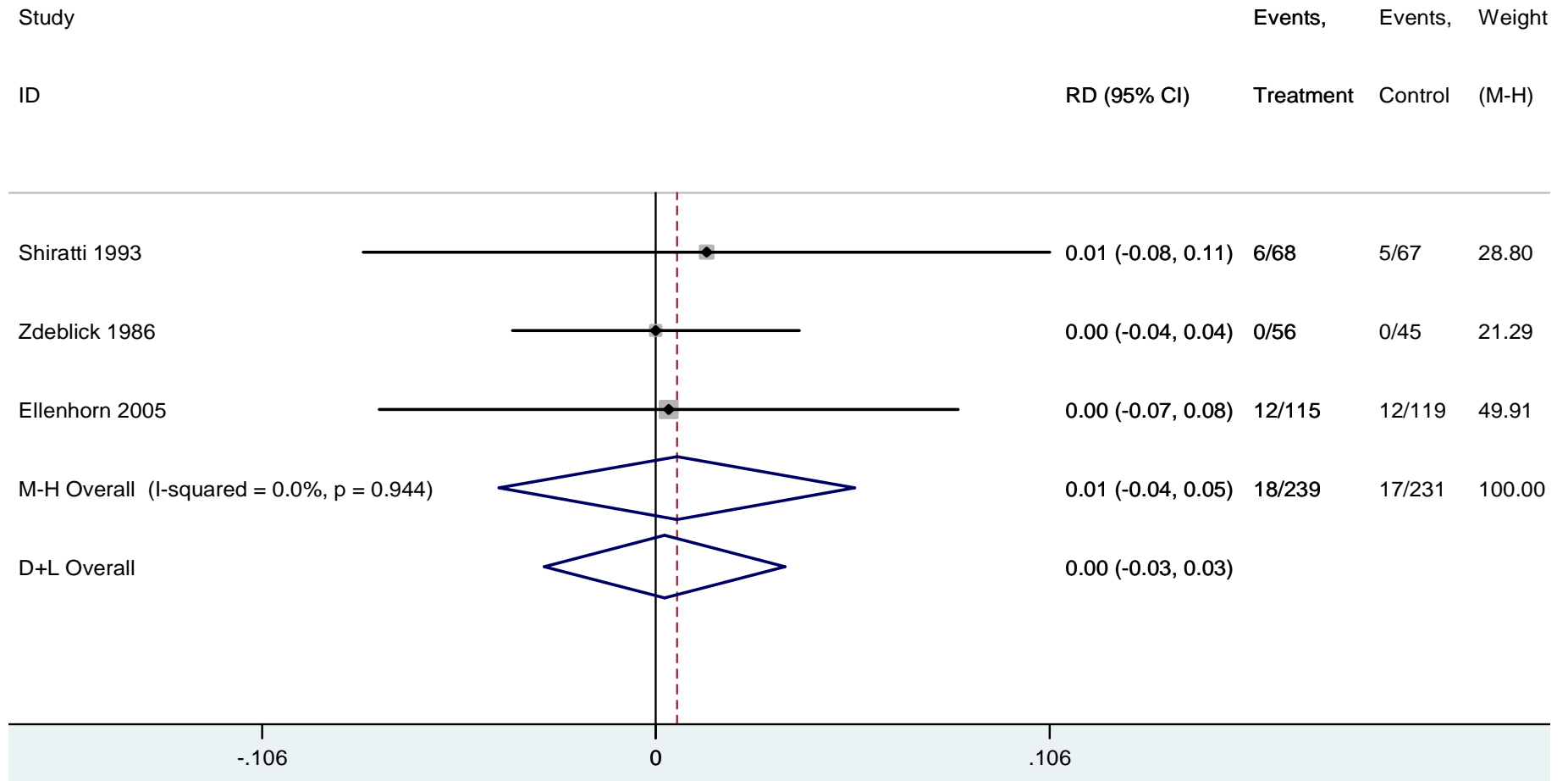
Essais randomisés : RR : 1,08 ; IC : 0,57-2,03 (non significatif)

Détersion

- N.B. : les termes « souillure », « propre », « macroscopiquement souillé », « macroscopiquement propre » sont subjectifs et difficiles à définir
- Le terme souillure a été retenu par le groupe de travail

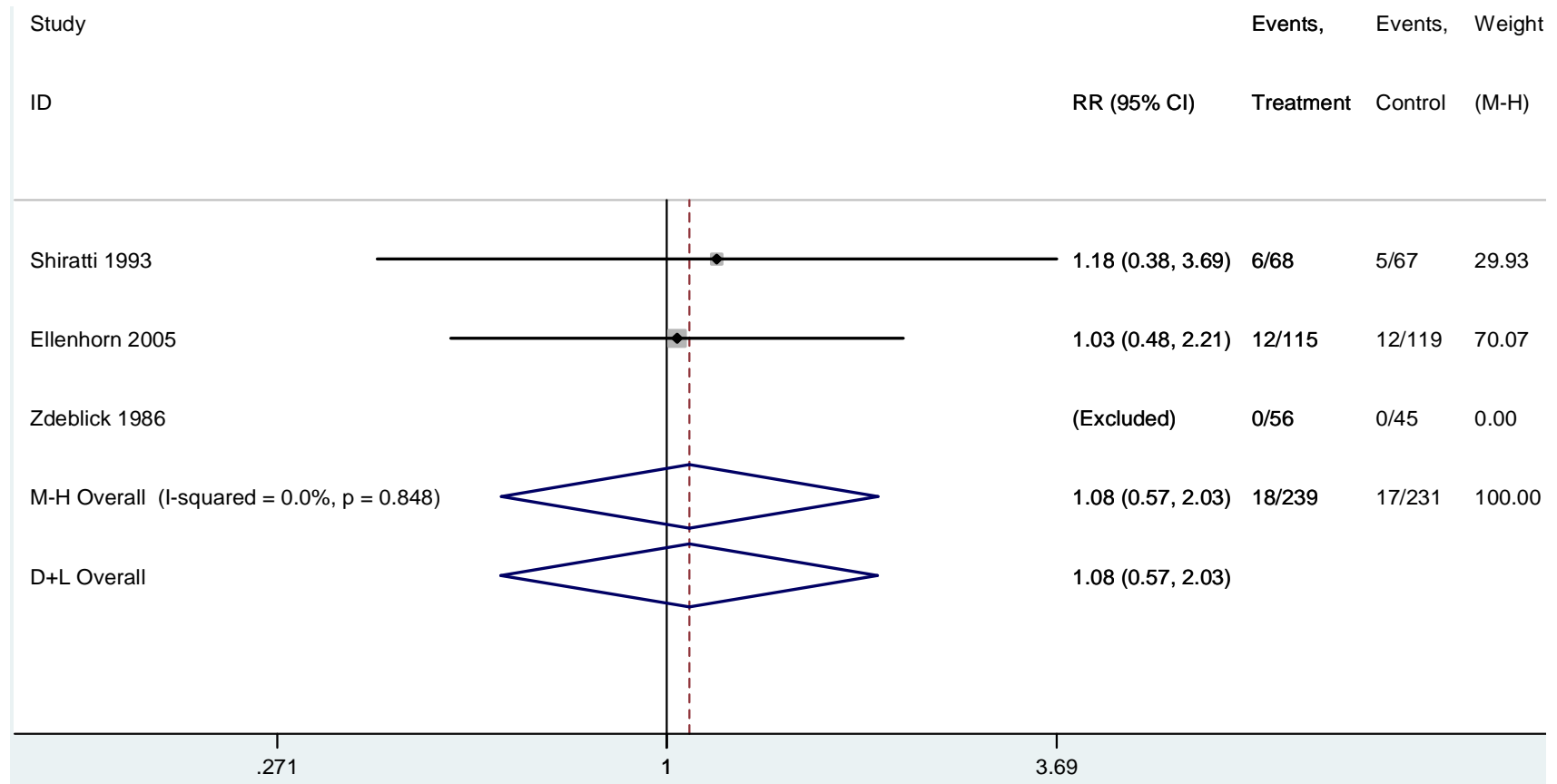
Détersion : scrub and paint vs paint only

CJ : ISO ; DR



Déterision : scrub and paint vs paint only

CJ : ISO ; RR



Antiseptie du champ opératoire

- Rappel des recommandations de 2004
 - Il est recommandé de privilégier un antiseptique alcoolique. (B3)
 - Il est conseillé d'effectuer :
 - L'application d'un produit antiseptique selon des modalités de réalisation qui doivent tenir compte des sites opératoires et des pathologies. (B3)
 - Il est conseillé :
 - D'attendre le séchage spontané complet du champ opératoire avant le collage des champs. (B3)

Antiseptie du champ opératoire

- Désinfection large du champ opératoire à l'aide d'un antiseptique en solution alcoolique
 - Toujours d'actualité
 - Chlorhexidine ou povidone iodée

Antiseptie du champ opératoire

A1 S'il est fortement recommandé de pratiquer une désinfection large du site opératoire (**A1**), aucune recommandation ne peut être émise concernant l'antiseptique à utiliser entre la chlorhexidine et la povidone iodée. (**C2**)
Aucune recommandation ne peut être émise concernant l'application successive de deux antiseptiques de gamme différente (chlorhexidine, povidone iodée) dans la prévention des infections du site opératoire. (**C3**)

Alcool dans les deux groupes d'antiseptiques

Résultat de la cotation GRADE

(qualité du niveau de preuve):

Essais randomisés: $n = 3$.

Risque de biais: faible ($n = 3$).

Études observationnelles: $n = 0$.

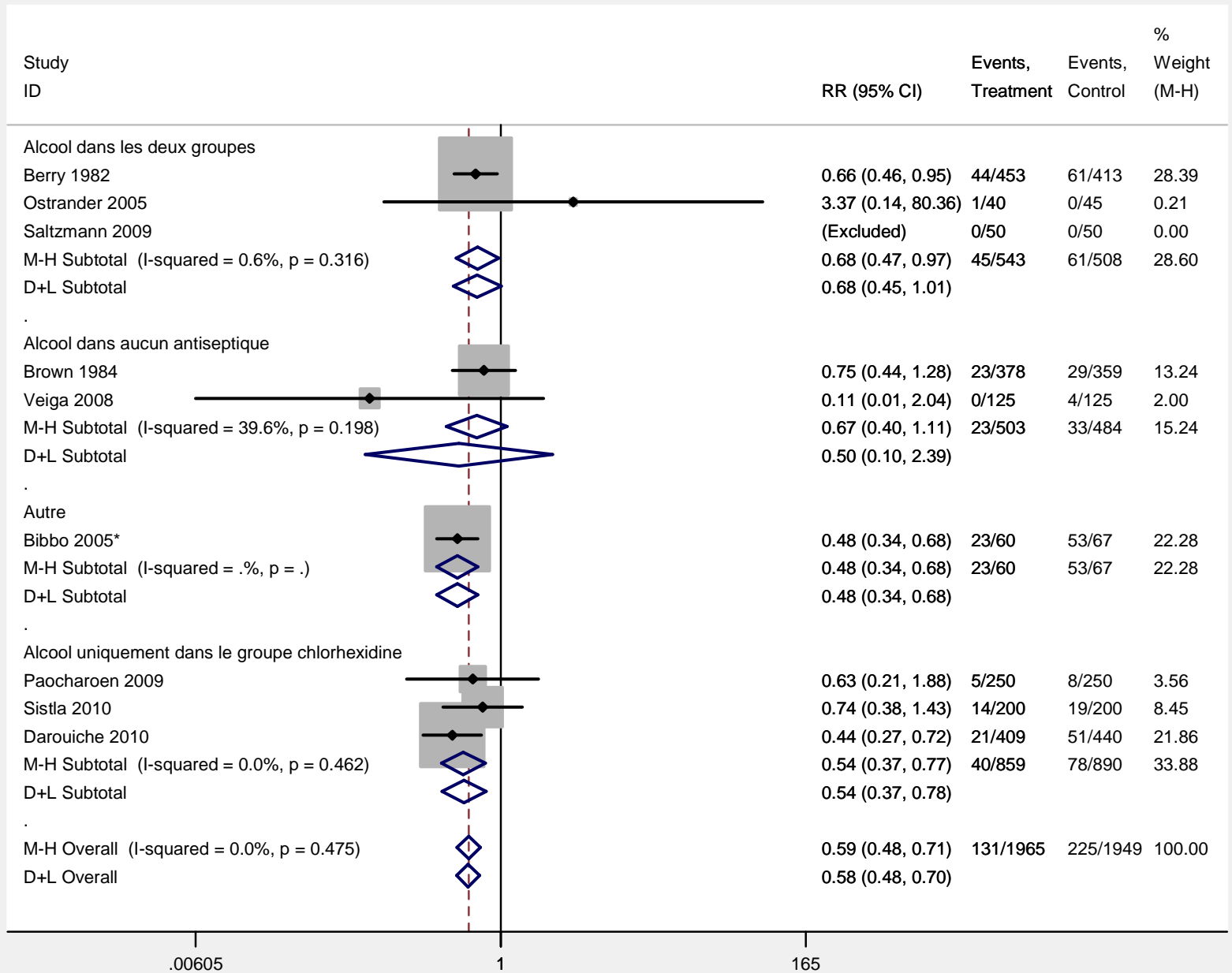
Résultat de la méta-analyse réalisée à partir des articles évalués:

Essais randomisés:

RR (MH): 0,68; IC: 0,47-0,97 (significatif, « limite »).

RR (DL): 0,68; IC: 0,45-1,01 (non significatif, « limite »).

Antiseptie du champ opératoire



Antiseptie

Argumentaire

- « ... De manière indirecte, l'étude de Langgartner *et al.* porte sur les cathéters veineux centraux. Elle compare la colonisation bactérienne dans trois groupes : (1) povidone iodée à 10%, (2) chlorhexidine à 0,5% et propanol à 70%, et (3) chlorhexidine à 0,5% et propanol à 70% suivi de povidone iodée à 10%. Des cultures positives ont été observées dans 30,8% des cas dans le groupe (1), 24,4% dans le groupe (2), et 4,7% dans le groupe (3), $p=0,006$. Les résultats de l'étude d'Anderson *et al.* qui porte sur six pathogènes nosocomiaux vont dans le même sens que ceux de l'étude de Langgartner *et al.* »

Autres

- Tissus imprégnés d'antiseptiques
- Pellicules bactério-isolantes
- Champs adhésifs imprégnés d'antiseptiques

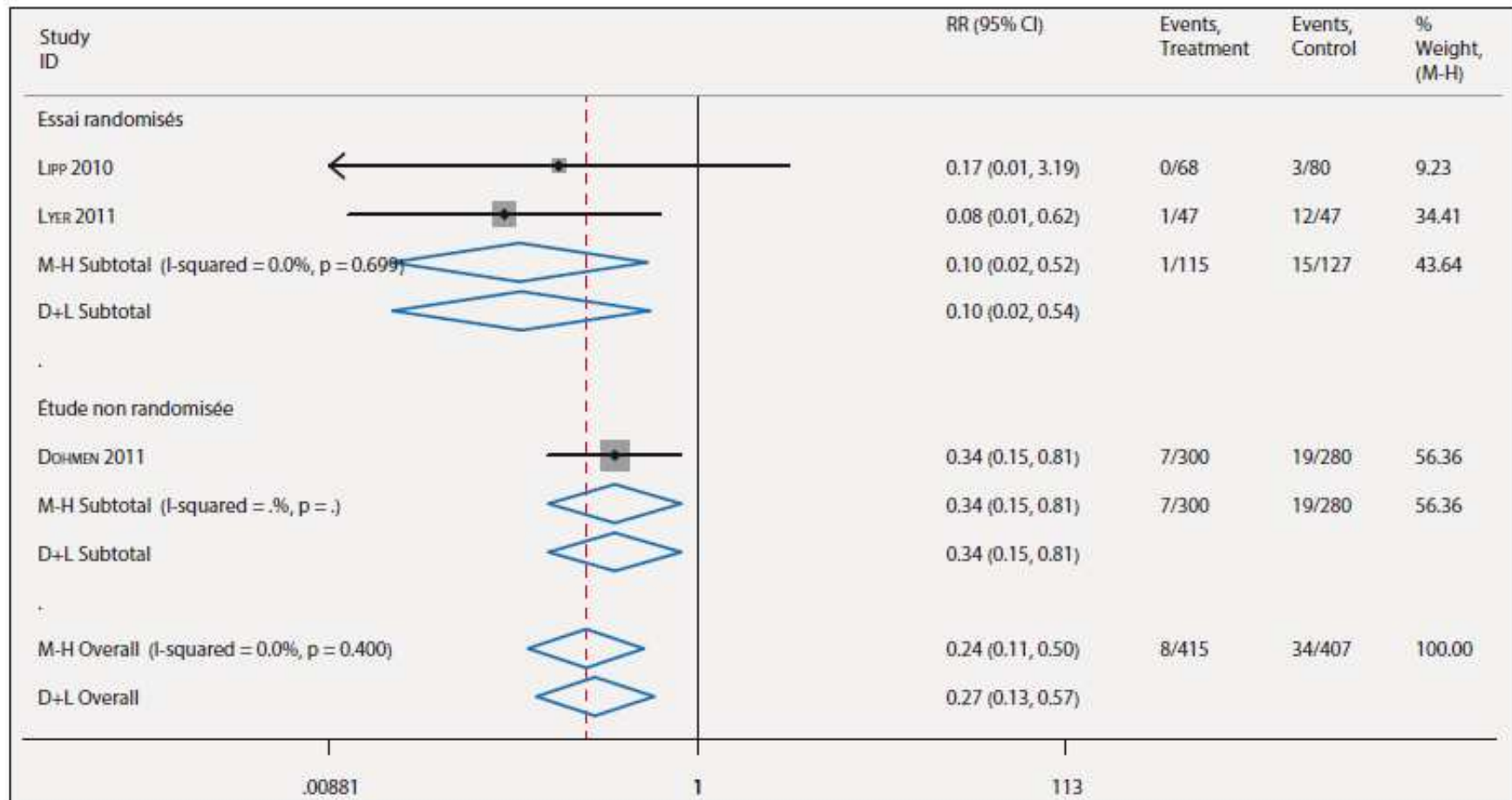
Autres

- Recommandation QPbi1 :
- Aucune recommandation ne peut être émise concernant l'utilisation de pellicules bactério-isolantes dans la prévention des ISO (C-2).

- Recommandation QCA1 :
- Il est recommandé de ne pas utiliser en routine des champs adhésifs non imprégnés d'antiseptiques pour la prévention du risque infectieux (D-1).

- Recommandation QCA2 :
- Aucune recommandation ne peut être émise concernant l'utilisation en routine des champs adhésifs imprégnés d'antiseptiques pour la prévention du risque infectieux (C-2).
- Aucune recommandation ne peut être émise concernant la supériorité d'un antiseptique par rapport à un autre antiseptique (C-3).

Pellicules bactério-isolantes



Champs adhésifs

Use of plastic adhesive drapes during surgery for preventing surgical site infection (Review)

Webster J, Alghamdi A



This is a reprint of a Cochrane review, prepared and maintained by The Cochrane Collaboration and published in *The Cochrane Library* 2011, Issue 10

Authors' conclusions

There was no evidence from the seven trials that plastic adhesive drapes reduces surgical site infection rate and some evidence that they increase infection rates. Further trials may be justified using blinded outcome assessment to examine the effect of adhesive drapes on surgical site infection based on different wound classifications.



Bacterial recolonization of the skin and wound contamination during cardiac surgery: a randomized controlled trial of the use of plastic adhesive drape compared with bare skin

K. Falk-Brynhildsen^{a,c,*}, B. Söderquist^{b,c}, Ö. Friberg^a, U.G. Nilsson^{c,d}

^aDepartment of Cardiothoracic and Vascular Surgery, Örebro University Hospital, Örebro, Sweden

^bDepartment of Laboratory Medicine, Clinical Microbiology, Örebro University Hospital, Örebro, Sweden

^cSchool of Medicine and Health, Örebro University, Örebro, Sweden

^dCentre for Health Care Sciences, Örebro University Hospital, Sweden

Champs adhésifs. Falk-Brynhildsen 2013

- Etude de Falk-Brynhildsen et al ; juin 2013
- Essai randomisé, monocentrique
- 140 patients de chirurgie cardiaque
- Objectif : comparer l'utilisation de champs adhésifs (non imprégnés d'antiseptiques) à la désinfection cutanée à la chlorhexidine (0,5 %) en solution alcoolique
- Critère de jugement : recolonisation cutanée
- Résultats : A 120 minutes, significativement plus de cultures positives dans le groupe champs adhésifs (63 % vs 44 % ; $p=0,034$ pour *P. acnes* et 45% vs 24 % ; $p=0,013$ pour *Staphylocoque* à coagulase négative)
- Conclusion des auteurs, « les champs adhésifs ne réduisent pas la recolonisation bactérienne ».

Au total, que faire

- Douche préopératoire
 - Avec un savon
 - Quel qu'il soit
- Pas de dépilation en routine
- Antiseptie du champ opératoire
 - Avec un antiseptique en solution alcoolique

Discussion-Conclusion

Discussion-Conclusion

- Formulation des recommandations
 - Aucune recommandation ne peut être émise...
 - Cf. « unresolved issue »
- Cotation
 - Cotation « classique » vs GRADE
 - Double cotation
 - Erreur différentielle
 - Ex. : Détersion
 - C ou D ?
 - Ex. de 2004
 - Douche antiseptique en niveau de preuve 1
- Certitude vs probabilité
 - Schwartz D. L'irrésolu. In : Lellouch J Ed. Présent et futur de l'épidémiologie. Paris : Inserm, 1988

Discussion-Conclusion

- Domaines de recherches non porteurs
 - Détertion
- Études parfois anciennes
- Préparation cutanée
 - Des confirmations plus que des « révolutions »
 - La France comme le reste du monde ?

La France comme le reste du monde ?

Histoire belge



Association Belge des Infirmier(ère)s en Hygiène Hospitalière
Belgische Vereniging van Verpleegkundigen in Ziekenhuihygiëne

BAPCOOC
Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee



Belgian Infection Control Society
asbl/vzw

Trimestriel :

VOL. XVII n° 3

3^{ème} trimestre 2013

Bureau de dépôt :

Belgique - België
Bruxelles - Brussel X
P.P. 1/3542

Editeur Responsable :

A. Simon
UCL - Hygiène Hospitalière
Av. Mounier - Tour Franklin -2 sud
B - 1200 - BRUXELLES

SOMMAIRE

- 2 Une lettre du Dr Daniel Reyn-
ders envoyée aux Médecins

EDITORIAL

Mythes et rites au Quartier Opérateur ou comment prévenir
efficacement les infections du site opératoire





Association Belge des Infirmier(ères) en Hygiène Hospitalière
Belgische Vereniging van Verpleegkundigen in Ziekenhuihygiëne

BAPCOC
Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee



Belgian Infection Control Society
asbl/vzw

Trimestriel :
VOL. XVII n° 3
3^{ème} trimestre 2013
Bureau de dépôt :
Belgique - België
Bruxelles - Brussel X
P.P. 1/3542
Editeur Responsable :
A. Simon
UCL - Hygiène Hospitalière
Av. Mounier - Tour Franklin -2 sud
B - 1200 - BRUXELLES

EDITORIAL

SOMMAIRE

- 2 Une lettre du Dr Daniel Reyn-
ders envoyée aux Médecins
Hygiénistes et Médecins
Directeurs dans les hôpitaux
belges
- 3 Gestion des épidémies :
feuille de route
- 5 Nous avons lu pour vous
- 6 La dépilation préopératoire en
tant que composant du care-
bundle ISO : un état des lieux
pour la Belgique
- 11 Recherche sur les méthodes
d'épilation préopératoire au
sein des hôpitaux belges en
2012
- 15 Directive sur l'hygiène hospi-
talière en revalidation
- 19 Prévention des infections au
quartier opératoire
- 20 Travaux dans les institutions
de soins
- 21 Site Web
- 22 Agenda scientifique
- 23 Instructions aux auteurs
- 24 Comité de Rédaction
Abonnements

**Avec le soutien du SPF Santé
Publique, Sécurité de la Chaîne
alimentaire et Environnement,**
Eurostation Bloc II - 1^{er} étage
(1D01D)
Place Victor Horta, 40/10
1060 Bruxelles

Mythes et rites au Quartier Opératoire ou comment prévenir efficacement les infections du site opératoire

Les infections du site opératoire (SSI) font partie des principales infections associées aux soins. Comme l'a montré l'enquête de prévalence du KCE en 2007, elles ont des conséquences non négligeables en terme de mortalité attribuable, de morbidité avec des reprises possibles, de prolongation de la durée de séjour. Les conséquences financières sont aussi importantes évidemment.

On sait qu'il existe de nombreux facteurs favorisant l'infection. Ils sont soit pré-opératoires, per-opératoires ou post-opératoires. Certains sont contrôlables et d'autres pas.

On sait aussi qu'il existe des mesures de prévention pré-opératoires, per-opératoires et post-opératoires mais finalement nous avons peu d'éléments basés sur l'évidence pour affirmer que certaines mesures de prévention ont une véritable efficacité. Certaines de ces mesures relèvent donc plus du rite que de «l'Evidence-based medicine».

Nous savons aussi, nous hygiénistes que nous sommes tous confrontés aux mêmes problèmes de non respect des recommandations de base.

Merci dès lors au président de la section «Prévention des Infections du Conseil Supérieur de la Santé» d'avoir initié cette rédaction de recommandations qui vont permettre de nous appuyer sur des recommandations raisonnables basées sur l'évidence et émanent en tous cas d'un groupe d'experts de terrain.

Il ne faut pas s'étonner, à la lecture de ces nouvelles recommandations, que certaines directives aient changé. Je pense notamment au port du bonnet dans les couloirs propres du QO. Pendant des années, nous nous sommes battus pour que cette mesure soit respectée. Cela nous posait même parfois des problèmes pour le personnel de la salle de réveil si elle était intégrée dans le QO. Cette mesure n'est plus recommandée. Et ceci n'est qu'un exemple parmi d'autres.

Les équipes chirurgicales conseillées par les hygiénistes doivent comprendre que nous sommes loin de l'ère du «on a toujours fait comme ça».

Comme pour beaucoup d'autres sujets, il serait intéressant de partager nos expériences via Noso-info. Pas besoin de grande littérature, juste écrire comme si vous le racontiez à un collègue ! Les succès comme les échecs de chacun sont autant de leçons qui permettent aux collègues soit d'y arriver plus facilement soit de ne pas recommencer les mêmes erreurs.

Bonne rentrée à tous !

Anne Simon

NOSO INFO

La France comme le reste du monde ?

Tableau 1 : aperçu du contenu des care-bundles ISO actuels

SCIP-InfPrev-IHI [6] (USA 2005 avec mises à jour)	Saferhealthcarenow ! [7] (Canada 2011)	VMS-zorg [8] (Pays-Bas 2009)	NHS [9] (Royaume-Uni 2007)
Prophylaxie antibiotique adéquate - 1h avant l'incision - sélection des antibiotiques, cf. directives nationales - pas plus de 24h, sauf en cas de chirurgie cardiaque (48h)	Prophylaxie antibiotique adéquate - 1h avant l'incision - sélection correcte d'antibiotiques - pas plus de 24h	Prophylaxie antibiotique adéquate - le bon médicament - au bon moment : 15-60 minutes avant l'incision, et en cas d'opération de longue durée, répéter après 4h	Prophylaxie antibiotique adéquate - 1h avant l'incision
Pas de dépilation préopératoire, ou par tondeuse	Pas de dépilation préopératoire, ou par tondeuse	Pas de dépilation préopératoire, ou par tondeuse	Pas de dépilation préopératoire, ou par tondeuse
Contrôle postopératoire de la glycémie en cas de chirurgie cardiaque (jour 1 et jour 2 postop - toutes les 6h; glucose <200mg/dl)	Contrôle postopératoire de la glycémie en cas de chirurgie cardiaque (jour 1 et jour 2 postop - toutes les 6h; glucose <10mmol/l)		Contrôle périopératoire de la glycémie chez les patients diabétiques <11 mmol/l
Sonde urinaire retirée le jour 1 ou le jour 2 après l'intervention		Discipline d'hygiène (nombre de mouvements de portes admissible durant l'intervention déterminé par une norme)	Avant l'opération : Dépistage du SARM chez les groupes à risque et décolonisation si le résultat est positif
Gestion périopératoire de la température Dans les 15 minutes qui suivent l'intervention. Min.36°C en cas de chirurgie colorectale Dans les 15 minutes qui suivent l'intervention. Min.36°C pour tous les patients de chirurgie ayant subi une anesthésie générale ou péridurale pour une intervention d'une durée d'au moins 1h	Gestion périopératoire de la température Dans les 15 minutes qui suivent l'intervention. Min.36°C en cas de chirurgie colorectale et de chirurgie abdominale ouverte	Normothermie périopératoire Pour chaque patient, une première mesure de la température en salle de réveil entre 35,5° et 37,5°C (température non mesurée au niveau rectal)	Normothermie périopératoire (36°-37°C)

MRSA: methicilline résistante *Staphylococcus aureus*

NHS = The National Health Service

SCIP = The Surgical Care Improvement Project

VMS = veiligheidsmanagementsysteem

Conclusion-Discussion

- « Qui hait les certitudes est sauvé »
 - Thalès de Milet

- « Ce qui est affirmé sans preuve, peut être réfuté sans preuve »
 - Euclide de Mégare