



Épidémiologie :

- En France, entre 1999 et 2015, 1,54% des opérés ont eu une infection de site opératoire (ISO).
- En 2016, dans l'inter région Est, le taux brut d'infection était de 1,31 pour 100 patients opérés (IC95% : [1,17-1,47]).
- Selon la quatrième Enquête Nationale de Prévalence réalisée en France en 2012 (ENP 2012), les ISO représentent 13,5% des infections nosocomiales, ce qui les classe à la 3ème place après les infections urinaires (29,9%) et les pneumopathies (16,7%)
- Les ISO prolongent la durée d'hospitalisation de 7,3 jours en moyenne, les situant au 1er rang en terme de durée de séjour supplémentaire, engendrant des coûts additionnels non négligeables.

Consultations et rôle préventif :

- La prévention des ISO, passe par une série de mesures dont plusieurs vont dépendre du dialogue instauré entre le praticien et son patient lors des consultations pré-interventionnelles. Ce dialogue sera notamment garant de la compréhension du risque par le patient et donc du respect des mesures de prévention par celui-ci.
- Ces consultations représentent également le moment clé de l'évaluation des facteurs de risque particulier liés au patient et à l'intervention. Le praticien pourra donc décider des mesures prophylactiques particulières et des éventuels surveillances et dépistages à mettre en place.

Textes de référence :

- Mise à jour de la conférence de consensus 2004 « Gestion préopératoire du risque infectieux », SF2H, 2013
- « Antibio prophylaxie en chirurgie et médecine interventionnelle (patients adultes) », SFAR, actualisation 2017

INFORMATION MÉDICALE DU PATIENT



S'assurer de la compréhension

- Si difficulté, faire appel à un tiers

Information sur le risque infectieux

- Par le praticien
 - **Quantifier** de façon simple le risque « X % des patients bénéficiant de cette intervention présente une infection post opératoire », à partir de la surveillance ISO RAISIN
 - **Qualifier** le risque : rareté mais potentielle gravité donc importance de respecter les mesures de prévention que l'on va lui demander
 - **Rappeler le lien entre diminution du risque et les mesures d'hygiène**
- Demander **l'arrêt du tabac** (même momentané), si besoin, adresser le patient en consultation d'addictologie ou tabacologie
- Le cas échéant : patient diabétique insulino-dépendant **et non insulino-dépendant**, prévoir de vérifier **l'équilibre du diabète et si besoin, l'injection d'insuline IV en peropératoire et post opératoire (24h) si glycémie > 2g/l.**

Information sur les mesures d'hygiène

- **Par une personne ayant autorité** et pouvant répondre à toute question au sujet de l'hygiène : praticien, infirmière ou AS (éviter de confier ce rôle à un non soignant)
- **Favoriser la toilette préopératoire au sein du service** (au plus près de l'intervention : < 3 heures avant le badigeon), sinon prescrire un savon unidose doux ou antiseptique
- Demander au patient de se présenter sans bijoux, ni vernis, ni piercing, ni french manucure



DÉTECTION DES FACTEURS DE RISQUE

- **Remettre les documents explicatifs** sur les mesures d'hygiène et décrire ces mesures :
 - Insister sur le fait que la toilette préopératoire est un soin et pas une douche « comme à la maison ». Préciser si un shampoing est nécessaire : chirurgie de la tête, du visage ou du cou
 - Informer le patient sur la vérification visuelle par le personnel de l'application des mesures d'hygiène, notamment le résultat de la toilette préopératoire
 - Insister sur l'interdiction du rasage mécanique préalable. Si une dépilation est nécessaire, elle sera effectuée dans le service de soins.

Tracer l'information du patient dans le dossier médical

Établir le score ASA du patient

Difficulté d'autonomie et/ou de respect des mesures pré-interventionnelles (prophylaxie, hygiène ...) ⇒ Hospitalisation la veille de l'intervention

Tout foyer d'infection doit être recherché (examen et interrogatoire) et systématiquement traité, sauf urgence ou si la chirurgie contribue au traitement de l'infection.

Identification des patients avec risque infectieux particulier (pour tous les types de chirurgie)

- **Sujets pouvant être colonisés par une flore microbienne nosocomiale :**
 - antibiothérapie antérieure
 - ré-intervention précoce pour une cause non infectieuse
 - patients hospitalisé en réanimation, centres de long séjour ou SSR
- **Patients immunodéprimés :**
 - radiothérapie < 3 mois
 - corticothérapie chronique ou à haute dose
 - chimiothérapie en cours,
 - anciens transplantés,
 - diabétiques,
 - âge > 85 ans
- **Patients obèses, ou très maigres.**



Recherche foyer infectieux

- **BU/ECBU**
 - **Pourquoi ?** chirurgie de l'arbre génito-urinaire ou toute chirurgie si suspicion clinique d'infection urinaire
 - **Pour qui ?** tous les patients
 - **Quand ?** 1 à 2 semaines avant l'intervention en cas de chirurgie programmée et à l'admission pour toute chirurgie programmée/non programmée
 - **En cas de positivité :**
 - ⇒ Traitement
 - ⇒ Réflexion sur le décalage de l'intervention
- **Examen dentaire**
 - **Pourquoi ?** chirurgie cardiaque programmée (> 48 heures avant)
 - **Pour qui ?** tous les patients
 - **Quand ?** 1 mois à 15 jours avant l'intervention
 - **En cas de positivité :**
 - ⇒ Traitement
 - ⇒ Réflexion sur le décalage de l'intervention

Dépistage

- **Staphylocoques aureus**
 - **Pourquoi ?** chirurgie cardiaque, greffe hépatique ou toute chirurgie prothétique si le patient présente un sur risque de colonisation à Staph. aureus
 - **Pour qui ?**
 - Chirurgie cardiaque ou greffe hépatique : tous les patients
 - Chirurgie prothétique : en cas de taux d'infection à *Staph. aureus* élevé (cibler les sujets pouvant être colonisés avec une flore microbienne nosocomiale)
 - **Quand ?** 15 jours à 5 jours avant l'intervention
 - **Comment ?** 2 stratégies existent



Stratégie 1	Stratégie 2
<p>1-Dépistage : Ecouvillonnage nasal, et, le cas échéant, au niveau des plaies chroniques</p> <p>2-En cas de positivité : ⇒ Décolonisation, à débiter au plus tard la veille de l'intervention et poursuivre 5 jours :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Mupirocine nasale 2X/ jour ○ Bain de bouche 2X/ jour avec un produit à base de Chlorhexidine ou d'Octénidine ○ Douche corporelle cheveux compris, 1X/ jour, avec un produit à base de Chlorhexidine ou d'Octénidine <p>⇒ Adaptation de l'antibioprophylaxie de manière à couvrir le SARM</p>	<p>Pour tous les patients concernés ⇒ Décolonisation, à débiter au plus tard la veille de l'intervention et poursuivre 5 jours :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Mupirocine nasale 2X/ jour ○ Bain de bouche 2X/ jour avec un produit à base de Chlorhexidine ou d'Octénidine ○ Douche corporelle cheveux compris, 1X/ jour, avec un produit à base de Chlorhexidine ou d'Octénidine <p>⇒ Adaptation de l'antibioprophylaxie de manière à couvrir le SARM Attention : organiser la surveillance de l'apparition de résistances à la Mupirocine</p>

- **Autres bactéries multi résistantes aux antibiotiques (BMR)**
 - **Pourquoi ?** si une espèce bactérienne présente un risque d'infection spécifique à la chirurgie envisagée (exemple : chirurgie prothétique urologique)
 - **Pour qui ?** patient en provenance (ou antécédent < 6 mois d'hospitalisation) d'un service à forte prévalence ou antécédent d'antibiothérapie < 3 mois
 - **Quand ?** 15 jours à 5 jours avant l'intervention
 - **Comment ?** écouvillonnage rectal
 - **En cas de positivité :**
 - ⇒ Prise en charge en précautions complémentaires contacts
 - ⇒ Adaptation de l'antibioprophylaxie de manière à couvrir la BMR
- **Encéphalopathie spongiforme transmissible (EST)**
 - Identifier le risque d'EST pour chaque patient et le tracer (fiche spécifique)
 Transmettre l'information : au bloc opératoire, à la stérilisation, à l'EOH, en cas de risque identifié

ANTIBIO-PROPHYLAXIE



- **Indication posée lors de la consultation pré-interventionnelle et tracée dans le dossier**
- **Protocoles**
 - **Ecrits**, cosignés (Anesthésiste réanimateurs – opérateurs) validés par l'instance en charge de la prévention des IAS et l'instance en charge du bon usage des antibiotiques
 - **Disponibles** et éventuellement affichés en salles de consultation pré-anesthésique, en salles d'intervention et en unités de soin.
- **La cible bactérienne doit être identifiée** et dépend du type de chirurgie, de la flore endogène du patient et de l'écologie de l'unité d'hospitalisation
 - Spectre adapté au site opératoire
 - Diffusion tissulaire adaptée
- **Molécule à usage réservé** (céfazoline – céfamandole - céfoxitine, par ex)
- **Certaines molécules doivent voir leur prescription limitée** dans le cadre des protocoles d'ABP vu leur utilisation fréquente pour un traitement curatif. Il s'agit par exemple de la vancomycine (parfois proposée chez le sujet allergique ou pour couvrir le SARM).
- **Pour les patients pouvant être colonisés par une flore microbienne nosocomiale (cf. détection des facteurs de risque), le choix habituel de l'antibioprophylaxie peut être modifié par l'emploi isolé ou en association de molécules antibiotiques récentes et utilisées habituellement en traitement curatif (C3G et quinolones récentes, aminosides...), le cas échéant après dépistage de BMR.**
- L'administration doit précéder le début de l'intervention (incision) de 30 minutes à 1 heure.
- Réinjection toutes les 2 demi-vies si la fermeture totale n'est pas encore effectuée.
- **Durée de la prescription la plus courte possible.** (La prescription au-delà de 48 heures est à proscrire).

Groupe de travail : CAILLOUX P.CENTRE CHIRURGICAL EMILE GALLE- NANCY, FRESSE M. CH – EPINAL, FUMERY B. CLINIQUE LOUIS PASTEUR – ESSEY LES NANCY, GAMERRE S. CH – REMIREMONT, GONZALEZ L. CH – NEUFCHATEAU, HENRY A. CLINIQUE NOTRE DAME – THIONVILLE, HERRBACH M-R. ICL VANDOEUVRE, LANG D. C.H. SAINT AVOLD, LAURENT B. HOPITAUX PRIVÉS DE METZ, LE COADOU I. C.H. BRIEY, LE ROUX P. POLYCLINIQUE LA LIGNE BLEUE – EPINAL, LEFEBVRE C. CH – NEUFCHATEAU, PIERRE N. POLYCLINIQUE LA LIGNE BLEUE – EPINAL, POULAIN S. C.H.R. METZ-THIONVILLE, QUINTIN L. C.H. – VERDUN, SELLIES J. C.H.R. METZ-THIONVILLE, VELOSO J. CHU de NANCY, WATELET, POIRIER E. ARLIN Lorraine