



Préparation de l'opéré : pourquoi ?

Les infections de site opératoire sont majoritairement d'origine endogène : les micro-organismes responsables d'infections proviennent du patient lui-même. En effet, la peau héberge de nombreux micro-organismes et comporte une flore profonde (staphylocoques à coagulases négatives ...) résidente et une flore transitoire (flore ORL et/ou fécale, levures ...). Les muqueuses hébergent également une flore spécifique très abondante.

Ces micro-organismes, s'ils sont introduits en quantité dans l'organisme, lors du geste chirurgical, pourront être à l'origine d'infections plus ou moins graves.

La préparation cutanée de l'opéré au bloc opératoire fait suite, dans les 3 heures, à une première étape de préparation effectuée en service ou à domicile, et qui doit être vérifiée.

Textes de référence :

Mise à jour de la conférence de consensus 2004 « Gestion préopératoire du risque infectieux », SF2H, 2013

- « Surveiller et prévenir les infections associées aux soins », SF2H, 2010

ACCUEIL AU BLOC OPÉRATOIRE



- L'accueil au bloc opératoire se fait au plus près de la préparation cutanée préopératoire de l'opéré, réalisée dans le service
- L'attente du patient, avant admission en salle d'opération, doit être la plus courte possible
- L'infirmière doit vérifier les éléments de la Check-list sécurité, notamment :
 - l'identité du patient et l'intervention prévue,
 - La préparation dans le service
 - la propreté du patient et du linge,
 - la conformité de la tenue,
 - l'absence de bijoux, de prothèses, de lunettes avant l'induction...

Les non conformités seront tracées dans le dossier et corrigées.

HABILLAGE



En salle d'opération :

Circulante, équipe anesthésique :

- Tenue de bloc,
- cagoule,
- masque chirurgical (type 2R),
- sabots de bloc

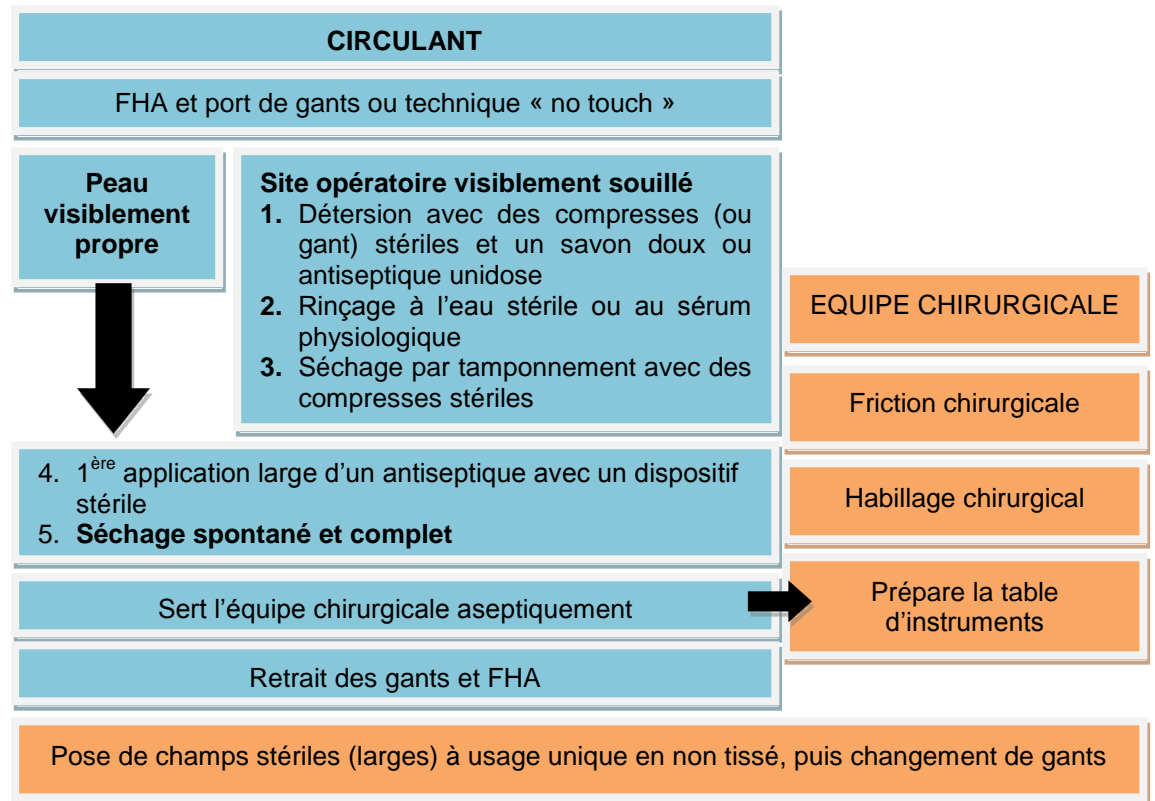
Equipe chirurgicale (instrumentistes, chirurgiens...) :

- Cagoule, casaque stérile
- Masque chirurgical (type 2R) à visière (ou lunettes de protection), changé toutes les 3 heures et entre chaque patient
- Gants stériles : double gantage (si technique chirurgicale le permet), changement de la deuxième paire de gants à chaque temps opératoire et au minimum toutes les heures)

La désinfection du site opératoire fait l'objet d'un protocole écrit et accessible et d'une traçabilité dans le dossier patient.

PREPARATION CUTANEE (réalisée en salle d'opération)

DÉSINFECTION DU SITE OPÉRATOIRE



▪ Choix de l'antiseptique :

- Un antiseptique à large spectre doit être utilisé (dérivé halogéné, biguanides ou dérivé chloré),
 - Utiliser un **antiseptique alcoolique**, sauf sur les muqueuses et la peau lésée
 - Choisir préférentiellement un antiseptique coloré pour une meilleure visualisation du badigeon
- La préparation cutanée du champ opératoire doit déborder largement la zone d'incision comprenant l'éventuelle nécessité de pose de drains
 - Toujours diluer le savon antiseptique avec de l'eau stérile avant la déterSION
 - Si marquage de la zone opératoire, procéder avant l'application de l'antiseptique avec un feutre stérile à usage unique, laisser sécher.

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 PRIVES 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