



1. Couverture antimicrobienne périopératoire

a) Utilisation appropriée des antibiotiques en prophylaxie

- Les organismes gouvernementaux recommandent que la dose complète d'antibiotiques en prophylaxie soit perfusée avant de gonfler le garrot¹⁻³. Les nouvelles recommandations de la trousse de départ ISO indiquent qu'une perfusion d'antibiotique en prophylaxie devrait être commencée et terminée dans les 60 minutes avant l'incision cutanée ou le gonflement du garrot ou dans les 120 minutes pour la vancomycine et les fluoroquinolones afin de maximiser l'efficacité des antibiotiques⁸⁻⁹.
- Les révisions à cette trousse de départ recommandent également que l'administration d'antibiotiques en prophylaxie soit commencée et terminée dans les 60 minutes avant la première incision pour une césarienne plutôt qu'après le clampage du cordon ombilical⁴⁻⁷.
- Il n'y a pas de données pour appuyer le maintien de l'antibioprophylaxie après la fermeture de la plaie ou jusqu'à ce que tous les drains présents et les cathéters intravasculaires soient retirés.
- L'antibioprophylaxie ne doit pas être répétée sauf pour les chirurgies ayant une durée de supérieure à deux demi-vies de l'antibiotique (par exemple, quatre heures pour la céfazoline) ou si la perte de sang peropératoire dépasse 1,5 l¹⁰.

b) Utilisation d'antiseptiques

- On recommande que les patients prennent une douche ou un bain avec un savon ou un agent antiseptique le soir de la veille de l'opération¹¹⁻¹⁹.
- La préparation intraopératoire de la peau doit être effectuée avec un agent antiseptique à base d'alcool, sauf en cas de contre-indication²⁰⁻²⁴.
- Pour optimiser l'efficacité de l'agent antiseptique intraopératoire, telle qu'une solution à 2 % de gluconate de chlorhexidine (GCH)/soixante-dix pour cent (70 %) d'alcool, qui sera couverte par le pansement chirurgical, ne pas laver cette zone à la fin de la chirurgie²⁵.
- Afin de réduire les risques d'incendie, il est impératif que l'agent antiseptique à base d'alcool, comme la solution GCH/alcool, soit séché à l'air ambiant pendant au moins trois minutes avant l'incision cutanée ou davantage s'il y a une pilosité excessive sur le site chirurgical²⁶⁻²⁷.

c) Désinfection

- La pommade nasale à la mupirocine a la capacité d'éliminer presque complètement le *S. Aureus* du site nasal²⁸⁻³⁰.
- Il a été aussi démontré que la thérapie photodynamique combinée aux lingettes de gluconate de chlorhexidine permet de diminuer le taux des ISO³¹⁻³².

d) Sutures imprégnées d'agent antiseptique

- Les sutures imprégnées d'agent antiseptique ont été recommandées pour réduire le taux d'ISO. Cependant, il ne faut pas les utiliser systématiquement en tant que stratégie de réduction des ISO³³.

2. Épilaison appropriée

- Encore une fois la trousse de départ recommande, conformément aux directives de l'OMS, qu'aucune épilaison ne soit effectuée³⁴ et que si nécessaire, d'utiliser une tondeuse pour améliorer la visibilité de la zone chirurgicale - les rasoirs ne sont pas recommandés en aucun cas. Voici les nouvelles recommandations :
- Si l'épilaison est nécessaire, on peut utiliser une tondeuse en dehors de la salle d'opération dans les 2 heures précédant la chirurgie³⁴⁻³⁵;
- Aucune épilaison avant l'admission³⁵.

3. Contrôle de la glycémie périopératoire

- Il est recommandé que les niveaux de glucose sanguin périopératoires soient vérifiés chez tous les patients chirurgicaux diabétiques ou ayant des facteurs de risque pour le diabète³⁶⁻³⁷
- Les équipes sont encouragées de mettre en application un contrôle pour le glucose (glycémie <10-11 mmol/L) aux populations chirurgicales pendant la chirurgie et durant la période postopératoire immédiate. Le contrôle glycémique périopératoire strict (4,1-6,0 mmol/L) doit être évité afin d'améliorer les résultats des patients. Le taux de glucose sanguin ne doit pas descendre en dessous de 4,1mmol/L³⁸.

4. Normothermie périopératoire

- Cette version de la trousse de départ ISO continue de recommander que la normothermie soit maintenue durant la période périopératoire pour *tous* les patients chirurgicaux. La plage de température corporelle à maintenir chez les patients chirurgicaux est de 36,0 °C à 38,0 °C; préopératoire, interopératoire et dans les unités de soins postanesthésiques.⁴⁰⁻⁴¹
- Le préchauffage actif et interopératoire sont indiqués si on s'attend à une intervention chirurgicale d'une durée de plus de 30 minutes.³⁹
- Un chauffe-liquide doit être utilisé si une intervention chirurgicale abdominale de plus d'une heure est prévue.³⁹
- La température ambiante dans la salle opératoire devrait se situer entre 20 ° et 23 °C.⁴²

Autres ajouts à la trousse de départ ISO

Il y a d'autres sujets basés sur les données probantes qui sont compris dans ces lignes directrices qui n'ont pas été abordés dans la version antérieure de la trousse de départ:

- Les aspects des ISO liés à l'économie de la santé
- Le cheminement de la pédiatrie canadienne par rapport aux ISO - B.C. Children's Hospital
- La récupération post chirurgicale améliorée (*Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS))
- *National Surgical Quality Improvement Program* (NSQIP)
- Les facteurs de risque d'ISO individuels
- L'Impact des ISO sur la perspective et la qualité de vie des patients
- L'environnement de la salle d'opération et les ISO
- Conformité de la prévention des ISO

Veillez consulter le site du Système d'indicateurs de la sécurité des patients pour voir la liste actuelle des indicateurs de mesure liés aux ISO.

<https://psmetrics.utoronto.ca/metrics/WorksheetPreview.aspx>