

PREVENTION DES AES

CHIRURGIE-BLOC OPERATOIRE

Données épidémiologiques

Les AES sont fréquents au bloc opératoire, 39 à 44 % des chirurgiens déclarent avoir eu un accident percutané dans le mois précédent (et 71 à 87.5 % un contact cutanéomuqueux). 6.4 à 30.1 % des interventions observées de façon prospective donnent lieu à un AES. 1.7 à 7.9 % des interventions observées donnent lieu à un accident percutané, cela d'autant plus si les interventions sont longues et hémorragiques, sans spécialités à l'évidence plus exposantes que d'autres. En revanche, parmi les temps opératoires, c'est la fermeture pariétale qui est la plus vulnérante.

Les séroconversions sont rares : les données les mieux connues le sont pour le VIH : sur 182 cas, 7 concernent des chirurgiens dont 4 ayant travaillé en Afrique. Il faut toutefois remarquer qu'il existe dans la littérature des observations certes exceptionnelles mais parfaitement bien documentées de chirurgiens ayant contaminé leurs patients pour le VIH, l'hépatite B ou l'hépatite C.

Risques particuliers

Ils résident au bloc opératoire dans l'utilisation par les chirurgiens d'aiguilles pleines, vulnérantes bien que moins dangereuses que les aiguilles creuses, l'existence de projection de sang : par hémorragie ou éclat tissulaire (osseux en particulier).

Mesures de protection

- a) Protection immunologique : la vaccination contre l'hépatite B est obligatoire pour le personnel soignant. Elle doit être complète, contrôlée dans son efficacité et documentée.
- b) Protection mécanique : le matériel barrière permet d'assurer une protection du soignant vers le soigné et inversement.
 - le port d'une double paire de gants diminue par trois le taux de perforation des gants en fin d'intervention. Elle a de plus un effet d'essuyage diminuant le volume de sang exposant.
 - le matériel non tissé, notamment renforcé, assure une barrière d'une efficacité incomparable par rapport au matériel tissé qui devrait être abandonné pour les casques et les champs opératoires.
 - 25% des AES intéressent la face et le cou incitant au port de bavettes renforcées et de protections oculaires : lunettes de protection ou masques avec visière.
- c) Protection ergonomique :
 - l'utilisation d'aiguilles à bout mousse lors de la fermeture pariétale divise le taux de piqûre par 2 et par 5 dans des études prospectives comparées indépendantes.
 - la présence d'un collecteur stérile dans le champ opératoire élimine le risque de piqûre ou coupure par des objets traînants piquants ou tranchants.
 - l'utilisation d'agrafeuses ou la diminution des abords pariétaux (chirurgie mini-invasive, ou coelioscopie) diminue l'utilisation d'aiguilles.

Recommandations

- a) Certaines mesures sont inutiles ou dangereuses telles que l'utilisation d'aiguilles droites, le dépistage pré opératoire, la modification du programme opératoire.
- b) Le chef d'établissement a obligation de mettre à disposition des matériels de protection.
- c) La présence d'un cahier de déclarations d'accidents dans l'ensemble du bloc opératoire et d'un médecin référent dans l'établissement disponibles, 24 heures sur 24, favorise la déclaration d'AES et la prise en charge médicale et administrative.
- d) Le risque zéro n'existe pas mais il existe des moyens simples pour accroître la protection.