

Planchers de la salle d'opération : Pas de règle des cinq secondes

Jim Gauthier

Les sols des salles d'opération contiennent beaucoup de débris : du sang et des substances corporelles libérés lors d'une procédure chirurgicale, nos pieds, nos équipements et nos draps, des articles tombés, les protecteurs d'aiguilles, etc.

Les procédures opérationnelles normalisées (PON) indiquent que s'ils sont visiblement sales, les planchers de la salle d'opération seront désinfectés. Dans l'industrie des désinfectants, la « désinfection » est définie comme une réduction des micro-organismes d'un grand facteur de 10 (log10). Le log 10 pour 100 est 2, le log 10 sur 1000 est 3, etc. Pour les bactéries, la réduction doit être de 6 log, soit 99,9999 % des bactéries seraient tuées. Pour les virus, une réduction de 4 log doit être démontrée : 99,99 % des virus tués par le désinfectant. Cette réduction des bactéries et des virus (4-6 log ou 99,99 - 99,9999 %) sur un sol de salle d'opération est-elle nécessaire, ou s'agit-il d'une énorme marge de sécurité ? L'assainissement du sol (3 log ou réduction de 99,9 %) serait-il suffisant pour protéger les patients contre les micro-organismes qui peuvent se déplacer du sol au patient par le mouvement du personnel ?

Quel est le risque ? Le sang, l'urine, le LCR et les fragments d'os provenant de l'intervention d'un patient seraient généralement considérés comme propres ou exempts de micro-organismes, à moins que le patient n'ait été septique ou qu'une situation nécrotique ait été rencontrée. Les pratiques de base voudraient que ces fluides ou substances corporelles soient nettoyés et que la zone soit désinfectée en cas de micro-organismes non reconnus (agents pathogènes véhiculés par le sang, par exemple). Les matières fécales ou les sécrétions respiratoires contiennent des niveaux très élevés de micro-organismes, indépendamment de la préparation du patient ou de la décolonisation. Ces substances devraient être nettoyées et la zone de cette substance corporelle désinfectée. L'application d'un sporicide sur un déversement de matières fécales, après le nettoyage et la désinfection, est également logique, car le nombre de spores dans les matières fécales peut se chiffrer en milliards.

Les articles ou les études sur le dénombrement des colonies au sol sont rares ou assez âgées. Une étude a révélé que le nombre de colonies (à l'aide d'une plaque de contact - gélose dans une boîte de Pétri pressée à la surface) pendant les opérations était de l'ordre de 4 par 10 cm² (Suzuki et al. 1984). Même une semaine sans utiliser de désinfectant, mais simplement un nettoyant, le nombre de colonies n'était que de 11,3 par 10 cm², soit

environ 1 colonie par centimètre carré. Ces dénombrements de colonies sont tous inférieurs à 2 log (<100). La majeure partie de la flore sur les sols ou dans la poussière de la salle d'opération est de la flore cutanée du personnel (Shin et al., 2015).

Un désinfectant non en contact avec les aliments doit être capable de tuer 3 log (99,9%) de bactéries en 5 minutes, le fabricant indiquera le temps de contact de leur désinfectant. De nombreux désinfectants portent également un désinfectant qui est généralement une solution plus diluée avec un temps de contact plus court.

L'utilisation régulière d'un désinfectant entre les cas sur un sol visiblement propre pourrait tuer ou éliminer les bactéries qui pourraient être nocives pour le prochain patient et permettre un délai d'exécution rapide de la salle d'opération. Pour ce faire, toute salissure visible (sang, éclat d'os) devrait être nettoyée avec une lingette désinfectante, puis réappliquée pendant un certain temps de contact.

Les lignes directrices actuelles de l'AIISOC sont de travailler de haut en bas, de propre à sale, ce qui signifie que dans de nombreuses salles d'opération, toute salissure visible sur le sol est laissée jusqu'à la fin de la procédure. Cela peut permettre au sang et aux substances corporelles d'être déplacés pendant le processus de nettoyage « élevé ». Pourrions-nous envisager de nettoyer (et de désinfecter) et les substances corporelles sur le sol d'abord (à l'aide d'un chiffon et d'un désinfectant, ou d'une lingette pré-mouillée), puis de compléter les étapes de nettoyage des autres surfaces, en terminant par un désinfectant sur le sol (certains produits ont un temps de contact de 30 secondes), afin de gagner du temps (si l'on utilise un désinfectant avec un temps de contact plus long) ?

Jim Gauthier est un praticien en prévention des infections avec plus de 34 ans d'expérience. Il est également technologue en microbiologie et adore ses insectes !

Références

- Shin, H., Pei, Z., Martinez, K. A., 2nd, Rivera-Vinas, J. I., Mendez, K., Cavallin, H., & Dominguez-Bello, M. G. (2015). The first microbial environment of infants born by C-section: the operating room microbes. *Microbiome*, 3, 59. <https://doi.org/10.1186/s40168-015-0126-1>
- Suzuki, A., Namba, Y., Matsuura, M., & Horisawa, A. (1984). Bacterial contamination of floors and other surfaces in operating rooms: A five-year survey. *The Journal of Hygiene*, 93(3), 559-566. <https://doi.org/10.1017/s002217240006513x>