

	Référentiel institutionnel médico-soignant	Référence : HUG_00000913
	Approbateur : ROLET Sylvie	Version n° 1.0
<h2>Technique clinique pour l'antisepsie oculaire à la Chlorhexidine en unités de soins</h2>		
Processus : Prise en charge du patient	Sous-processus : Prise en charge médico-soignante	Approuvé le 22/05/2023

1. Résumé

Cette technique clinique s'applique pour les patients et patientes du service d'ophtalmologie, au lit de la ou du patient avant son intervention. Elle est effectuée par l'infirmier ou l'infirmière en charge du ou de la patiente.

2. Cadres de référence

Sur prescription médicale, selon le “ [Protocoles de préparation oculaire préopératoire pour ADULTES](#) ”

Document institutionnel interne – brochure patient (site intranet GIPP) – Le pterygion

Document institutionnel interne – brochure patient (site intranet GIPP) – Le strabisme

Document institutionnel interne ophtalmologie – dépliant sur le glaucome

Document institutionnel interne – brochure patient (site intranet GIPP) – la greffe de cornée

https://pharmacie.hug.ch/infomedic/utilismedic/tab_antiseptiques.pdf

<https://pharmacie.hug.ch/infomedic/utilismedic/PrepOphtalmo.pdf>

<https://vigigerme.hug.ch/>

<https://vigigerme.hug.ch/elimination-dechets-et-excreta>

3. Définitions

Antisepsie de l'œil à la Chlorhexidine[®], durant la préparation préopératoire oculaire, dans le but de diminuer les risques d'endophtalmie.

Cette technique intègre l'utilisation de la Chlorhexidine[®] spécifique à l'usage en Ophtalmologie.

4. Indications

Antisepsie de l'œil à la Chlorhexidine[®], en cas d'hypersensibilité à l'iode et pour les interventions chirurgicales ophtalmiques suivantes :

- Cataractes
- Vitrectomies
- Greffes
- Ptérygions
- Enucléations
- Strabismes adultes
- Opération du glaucome

5. Contre-indications

- Enfants
- Traumatismes (type perforation)
- Chirurgie palpébrale

6. Précautions / prévention

Si l'antisepsie est effectuée à la Chlorhexidine[®], en informer le ou la chirurgienne et le bloc opératoire, au moyen du "[Formulaire de contrôles et transmissions Inter Unités : Soins / Bloc opératoire](#)".

7. Matériel

Pour l'antisepsie de l'œil, on utilise ces 2 produits :

- Chlorhexidine[®] 0.05% collyre fiole de 2 ml

Préparation ophtalmologique à instiller dans l'œil, utiliser un flacon / fiole par patient ou patiente et jeter le restant.

- Chlorhexidine[®] 0.5% solution aqueuse stérile flacon de 100 ml

Solution aqueuse utilisée pour la désinfection des paupières et du pourtour de l'œil.

Matériel nécessaire à préparer avant le soin :

- Solution hydro-alcoolique pour les mains
- 1 fiole de Chlorhexidine[®] 0.05% collyre de 2 ml
- 1 flacon de Chlorhexidine[®] 0.5% solution aqueuse stérile flacon de 100 ml
- 1 set de pansement type III
- 1 uni-dose d'Oxybuprocaine 0,4% (= Novésine 0,4%)
- 1 tube de Lacryvisc gel

Si dilatation nécessaire, prévoir 1 uni-dose de Tropicamide et Phényléphrine/Oxybuprocaine

8. Déroulement

L'antisepsie préopératoire s'effectue idéalement environ une 1/2 heure avant l'opération au moment de la prémédication (sur appel téléphonique du bloc ou selon enchaînement):

- Informer la ou le patient du déroulement du soin
- S'assurer du site à préparer, œil droit, œil gauche ou les deux côtés
- Se frictionner les mains avec la solution hydro alcoolique
- Informer le ou la patiente que la goutte de Novésine va piquer et lui conseiller de laisser l'œil fermé jusqu'à disparition de la gêne
- Mettre une goutte de Novésine 0,4% d'abord dans l'œil à opérer puis dans le 2ème œil attendre 2 minutes que l'effet soit au maximum.
- Remarque : on instillera la goutte de Novésine dans les deux yeux pour éviter qu'une éventuelle goutte du collyre dans l'œil non opéré n'engendre une brûlure vive (douleur supplémentaire et angoisse)

Technique clinique pour l'antisepsie oculaire à la Chlorhexidine en unités de soins

- Après ce soin, **si dilatation nécessaire**, effectuer l'instillation des collyres mydriatiques dans l'œil à opérer.

Attendre 5 minutes avant de commencer l'antisepsie :

- Se frictionner les mains avec la solution hydro-alcoolique
- Instiller 2-3 gouttes de Chlorhexidine® 0.05% collyre dans le cul de sac (Paupière inférieure) et vers le sac lacrymal de l'œil à opérer.
- Ouvrir le pansement type III.
- Verser environ 5 ml de Chlorhexidine® 0.5% solution aqueuse dans le godet d'aluminium

A l'aide de la pince, imbiber les compresses de Chlorhexidine® 0.5% solution aqueuse

- Essorer un peu la compresse pour ne pas faire dégouliner !
- Badigeonner les paupières et le pourtour de l'œil (sourcil compris), de façon à obtenir un champ décontaminé large
- Laisser sécher à l'air libre
- Instiller Lacryvisc gel dans l'œil à opérer
- Demander au ou à la patiente de ne pas toucher l'endroit désinfecté et lui conseiller de garder les yeux fermés.
- Se frictionner les mains avec la solution hydro alcoolique.

Le Lacryvisc gel est utilisé car il permet de ménager la cornée qui, au contact de la Novesine 0.4% est asséchée.

9. Contrôle et surveillance

- Surveiller si apparition de rougeurs, irritations suite à la préparation
- Remplir le [Formulaire de contrôles et transmissions Inter Unités : Soins / Bloc opératoire](#), avec préparation du dossier du patient en vue de son intervention
- Appel au bloc opératoire pour prévenir de l'utilisation de Chlorhexidine®

10. Elimination des déchets

Eliminer les déchets selon les filières appropriées.

11. Références

Kwok, R. P., Yip, W. W., Jhanji, V., Chan, V. C., & Young, A. L. (2016). The Incidence of Postoperative Endophthalmitis Before and After a Revised Preoperative Surgical Site Preparation Protocol. *Asia-Pacific journal of ophthalmology* (Philadelphia, Pa.), 5(2), 110–114. <https://doi.org/10.1097/APO.000000000000151>

Ali, F. S., Jenkins, T. L., Boparai, R. S., Obeid, A., Ryan, M. E., Wibblesman, T. D., Chiang, A., Garg, S. J., & Post-Injection Endophthalmitis Study Group (2021). Aqueous Chlorhexidine Compared with Povidone-Iodine as Ocular Antisepsis before Intravitreal Injection: A Randomized Clinical Trial. *Ophthalmology. Retina*, 5(8), 788–796. <https://doi.org/10.1016/j.oret.2020.11.008>

Grzybowski, A., Kanclerz, P., & Myers, W. G. (2018). The use of povidone-iodine in ophthalmology. *Current opinion in ophthalmology*, 29(1), 19–32.
<https://doi.org/10.1097/ICU.0000000000000437>

12. Personnes rédactrices

ORSO Nadia, infirmière spécialisée, département des neurosciences cliniques
RADEMACHER Catherine, infirmière responsable d'unité ou de secteur, service d'ophtalmologie
THUMANN Gabriele médecin-chef de service, service d'ophtalmologie

13. Personnes relectrices et validatrices

THUMANN Gabriele médecin-chef de service, service d'ophtalmologie
RADEMACHER Catherine, infirmière responsable d'unité ou de de secteur, service d'ophtalmologie
BLANCHARD COURTOIS Anne-Laure, adjointe responsable des soins, département des neurosciences cliniques
Référentiel médico-soignant (RMS)

Cette procédure est placée sous la responsabilité de la Direction des soins et de la Direction médicale et qualité des HUG. Elle s'adresse à tous les professionnels et professionnelles de la santé travaillant aux HUG et, à titre informatif, au public dans un souci de partage de connaissances.

Les HUG déclinent expressément toute responsabilité en cas d'utilisation inappropriée ou illicite de ce document hors des HUG.

14. Liens / Annexes

a. Protocoles de préparation oculaire préopératoire pour ADULTES ”

NOTE DE SERVICE

PROTOCOLES DE PRÉPARATION OCULAIRE PRÉ OPÉRATOIRE pour ADULTES

Objet

Préparations pré opératoires systématiques des yeux à opérer, selon le type d'intervention.

Emetteur(s)

Pre Thumann Gabriëlle, PD Shaarawy Tarek, Dr Massa Horace, Mme Rademacher-Scheuer Catherine

Validé par

Pre Thumann Gabriëlle, Mme Rademacher-Scheuer Catherine

Destinataire(s)

Infirmières service d'ophtalmologie.

	1. CATARACTE Chirurgie COMBINÉE (cataracte + 2, 3 ou 4)	2. RÉTINE	3. GLAUCOME 4. Cornée & Conjonctive 5. STRABOLOGIE 6. Implant Secondaire	7. PAUPIÈRES 8. ORBITES 9. Voies Lacrymales
A. Dilatation Pupillaire systématique	OUI	OUI	NON	NON
Confère protocole de dilatation ci-dessous**	SAUF avis contraire du chirurgien dans la demande de Bloc DPI *			
B. Désinfection Paupières systématique	OUI	OUI	OUI	NON
Protocole Bétadine Solution standardisée ou Chlorexidine si allergie	SAUF avis contraire du chirurgien dans la demande de Bloc DPI *			

* Noté sous l'item: Investigations complémentaires → Renseignements médicaux complémentaires → Précision

**** Protocole de dilatation**

Nom du collyre	DCI	Laboratoire	Posologie	Début des instillations
TROPICAMIDE 0.5% SDU FAURE	Tropicamidum	THES	1 Goutte par instillation, toutes les 15 minutes	1 heure avant le départ au bloc opératoire
PHÉNYLÉPHRINE 2.5% /NEOSYNEPHRINE 2.5% Faure HCl	Phényléphrine	Pharmacie HUG		

Pre Thumann Gabriëlle
Cheffe de Service

Mme Rademacher Catherine
Responsable équipe de soins

b. Formulaire de contrôles et transmissions Inter Unités : Soins / Bloc opératoire

Etiquette patient



Hôpitaux
Universitaires
Genève

Service d'ophtalmologie
Département Neurosciences

**Formulaire de contrôles et transmissions
Inter Unités : Soins / Bloc opératoire**

1. Préparation du patient dans l'unité de soins

Date :/...../..... Urgence

Précautions spécifiques : Contact Gouttelettes Air Protection Strict

Allergie : Autres :

Contrôle de l'identité par l'infirmière

			Infirmière
Identité déclarée par le patient*	Bracelet d'identification (porté par le patient)	<input type="checkbox"/>	Initiales Nom
	Dossier patient	<input type="checkbox"/>	
	Programme opératoire du jour	<input type="checkbox"/>	

Cocher et signer si OK. En cas de discordance, appeler l'infirmière responsable d'unité
*Pour les enfants, la question est posée au parent.
Si le patient est incapable de répondre, vérifier la concordance entre le bracelet, le dossier et le programme.

Contrôle du site opératoire par l'infirmière

				Infirmière
Ordre médical écrit		Réponse du patient*	<input type="checkbox"/>	Initiales Nom
Oeil Droit	<input type="checkbox"/>			
Oeil Gauche	<input type="checkbox"/>			
Les 2 yeux	<input type="checkbox"/>			
Déterminé en salle	<input type="checkbox"/>			
		Programme opératoire du jour	<input type="checkbox"/>	

Cocher et signer si OK. En cas de discordance, appeler le chirurgien
*Pour les enfants, la question est posée au parent.
Si le patient est incapable de répondre, vérifier la concordance entre l'ordre médical et le programme.

Patient à jeun	<input type="checkbox"/>	Pas de prothèses auditives	<input type="checkbox"/>	Bijoux + piercings enlevés	<input type="checkbox"/>
Vessie vide	<input type="checkbox"/>	Pas de vernis à ongles	<input type="checkbox"/>	Chemise HUG + charlotte	<input type="checkbox"/>
Propreté vérifiée (Démaquillage)	<input type="checkbox"/>	Pas de verres de contact	<input type="checkbox"/>	Pas de vêtements personnels (sauf culotte si anesthésie locale)	<input type="checkbox"/>
Etat cutané vérifié	<input type="checkbox"/>	Pas de prothèses dentaires	<input type="checkbox"/>	Lit exempt des effets personnels et de linges de toilette	<input type="checkbox"/>

Observations infirmières / cibles ouvertes dans l'unité :
.....
.....
.....

Marquage du site op Effectué par le chirurgien Délégué et effectué par l'infirmier Initiées

	oui	non	Infirmière		oui	non	Infirmière	
Dilatation préopératoire N°1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Initiales Nom	Collyres anesthésiant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Initiales Nom	
Dilatation préopératoire N°2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Prémédication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Dilatation : Mydriasset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Cible ouverte dans DPI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Désinfection préopératoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

Contrôle de l'identité par le transporteur

			Transporteur
Identité déclarée par le patient*	Bracelet d'identification (porté par le patient)	<input type="checkbox"/>	Initiales Nom
	Dossier patient	<input type="checkbox"/>	
	Programme opératoire du jour	<input type="checkbox"/>	

Cocher et signer si OK. En cas de discordance, appeler l'infirmière
*Pour les enfants, la question est posée au parent.
Si le patient est incapable de répondre, vérifier la concordance entre le bracelet, le dossier et le programme.

2. Bloc opératoire

Heure d'arrivée au bloc :H.....	IDO/AS responsable installation : <i>Initiales huissier</i>
---------------------------------------	---

Contrôle de l'identité

		Aide-soignant		Infirmière Salle d'op		Infirmière anesthésiste ou médecin anesthésiste	
		<input type="checkbox"/>	Initiales huissier	<input type="checkbox"/>	Initiales huissier	<input type="checkbox"/>	Initiales huissier
Identité déclarée par le patient*	Bracelet d'identification (porté par le patient)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	Dossier patient	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	Programme opératoire du jour	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Cocher et signer si OK. En cas de discordance, contacter l'infirmière référente du patient à l'étage

**Pour les enfants, la question est posée au parent.
Si le patient est incapable de répondre, vérifier la concordance entre le bracelet, le dossier et le programme.*

Contrôle du site opératoire

		Aide-soignant		Infirmière Salle d'op		Infirmière anesthésiste ou médecin anesthésiste	
		<input type="checkbox"/>	Initiales huissier	<input type="checkbox"/>	Initiales huissier	<input type="checkbox"/>	Initiales huissier
Ordre médical écrit	Œil Droit <input type="checkbox"/>	Réponse du patient*	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Œil Gauche <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Les 2 yeux <input type="checkbox"/>		Programme opératoire du jour	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Déterminé en salle <input type="checkbox"/>							

Cocher et signer si OK. En cas de discordance, contacter le chirurgien

**Pour les enfants, la question est posée au parent.
Si le patient est incapable de répondre, vérifier la concordance entre le bracelet, le dossier et le programme.*

Installation opératoire

Tête	<input type="checkbox"/>	Tête fixée	<input type="checkbox"/>
Décubitus dorsal sur matelas de gel seul	<input type="checkbox"/>		
Décubitus dorsal sur matelas de gel + drap	<input type="checkbox"/>		
Appui-bras	<input type="checkbox"/>	droit	<input type="checkbox"/>
		Gauche	<input type="checkbox"/>
		DDC	<input type="checkbox"/>
Bras le long du corps	<input type="checkbox"/>	droit	<input type="checkbox"/>
		Gauche	<input type="checkbox"/>
		DDC	<input type="checkbox"/>

Observations infirmières / cibles ouvertes:

.....

.....

.....

.....

Préparation en salle d'opération

IDO responsable préparation :	Opérateur:
-------------------------------------	------------------

Dilatation	<input type="checkbox"/>
Collyre anesthésique	<input type="checkbox"/>
Désinfection selon protocole	<input type="checkbox"/>
Bétadine	<input type="checkbox"/>
PVP iodé	<input type="checkbox"/>
Chlorexidine	<input type="checkbox"/>
Hibidil	<input type="checkbox"/>
Autre :	

Type d'anesthésie	
Topique	<input type="checkbox"/>
Sous-conjonctivale	<input type="checkbox"/>
Intra-caméral	<input type="checkbox"/>
Rétro-bulbaire	<input type="checkbox"/>
Sous-ténonienne	<input type="checkbox"/>
Anesthésie générale	<input type="checkbox"/>
Sous-cutanée	<input type="checkbox"/>
Autre :	

→ Contrôle final :

<p>La procédure de contrôle final est réalisée au moment de la désinfection de l'œil par le chirurgien. Celui-ci déclare l'identité du patient, le côté à opérer et la procédure chirurgicale.</p> <p>Quittance est donnée par l'IDO et l'ISA ou le médecin anesthésiste.</p> <p>En cas de discordance, l'intervention est suspendue jusqu'à résolution du problème par l'équipe et commentée ci-dessous :</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Time out effectuée initiale huissier</p> <p>Opérateur</p>	<p>Time out effectuée initiale huissier IDO circulante</p>
---	--	--

INTERVENTION	OD <input type="checkbox"/>	OG <input type="checkbox"/>	DDC <input type="checkbox"/>	Paupière Supérieure <input type="checkbox"/>	Inférieure <input type="checkbox"/>	
Phacoémulcification cristallin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dacryocystorhinostomie: DCR	<input type="checkbox"/>	Indentation sclérale	<input type="checkbox"/>
Cataracte Extra-Capsulaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Op des paupières	<input type="checkbox"/>	Vitrectomie	<input type="checkbox"/>
Implantation secondaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Paupières excision tumeur	<input type="checkbox"/>	Cerclage	<input type="checkbox"/>
Glaucome/Spic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Paupière reconstruction	<input type="checkbox"/>	Laser indirect	<input type="checkbox"/>
Excision ptérygion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Décompression orbitaire	<input type="checkbox"/>	Endolaser	<input type="checkbox"/>
Greffe de cornée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Biopsie	<input type="checkbox"/>	Cryocoagulation	<input type="checkbox"/>
Greffe de membrane amiotique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chir. réf. : Femto-LASIK	<input type="checkbox"/>	Cyclodiode	<input type="checkbox"/>
Œil ouvert traumatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chir.réf. : PRK	<input type="checkbox"/>	Injection intra vitrénne : IVT	<input type="checkbox"/>
Op. de strabisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cross Linking : CXL	<input type="checkbox"/>	Autre :	<input type="checkbox"/>

Matériel d'implantation	Produits injectés	Complications	
Lentille intra oculaire (IOL) <input type="checkbox"/>	Lucentis <input type="checkbox"/>	Ceftazidim <input type="checkbox"/>	Hématome <input type="checkbox"/>
Explant scléral <input type="checkbox"/>	Avastin <input type="checkbox"/>	Dexamethasone <input type="checkbox"/>	Hémorragie interne <input type="checkbox"/>
Gaz <input type="checkbox"/>	Ozurdex <input type="checkbox"/>	Triamcynolone <input type="checkbox"/>	Expulsive <input type="checkbox"/>
Huile de silicone <input type="checkbox"/>	Eylea <input type="checkbox"/>	Vancomycine <input type="checkbox"/>	Prolapsus de vitré <input type="checkbox"/>
Lentille thérapeutique <input type="checkbox"/>	Autre : <input type="checkbox"/>		Abrasion de cornée <input type="checkbox"/>
Autre <input type="checkbox"/>	Autre : <input type="checkbox"/>		Autre <input type="checkbox"/>

Autres interventions :

Remarques/observations per-opératoire:.....

.....

.....

