



Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
www.em-consulte.com



Stérilisation et désinfection des endoscopes en urologie

Sterilization and disinfection of endoscopes in urology

E. Lechevallier^{a,*}, C. Saussine^b,
O. Traxer^c, J.-P. Mignard^d

^a Service d'urologie, hôpital La Conception, 147, boulevard Baille, 13005 Marseille, France

^b Service d'urologie, hôpital Civil, 1, place de l'hôpital, 67091 Strasbourg cedex, France

^c Service d'urologie, hôpital Tenon, 4, rue de la Chine, 75970 Paris cedex 20, France

^d Hôpital privé de St-Brieuc, site Jeanne-d'Arc, 9, rue du vieux-séminaire, 22015 St Brieuc cedex 1, France

Reçu le 28 juillet 2008 ; accepté le 2 septembre 2008

Disponible sur Internet le 16 octobre 2008

MOTS CLÉS

Urologie ;
Endoscope ;
Fibroscope ;
Désinfection ;
Stérilisation ;
Infection
nosocomiale

KEYWORDS

Urology;
Endoscope;
Fibroscope;
Disinfection;
Sterilization;
Infection

Résumé La stérilisation/désinfection des endoscopes prend en compte le risque de transmission d'infection et d'infection nosocomiale. Ce risque est régit par des textes de loi. L'urologie fait partie des actes à haut risque, dit actes critiques. Le matériel utilisé doit être à usage unique ou à défaut stérilisable (18 minutes à 134°C). Les endoscopes souples sont thermosensibles et doivent être désinfectés et utilisés immédiatement. Ces processus doivent faire l'objet de contrôle qualité et de traçabilité.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary Sterilization and disinfection of endoscopes take account of the risk of transmitted infections and nosocomial infections. These risks are ruled by legal texts. Urology is a high risk speciality. The material which is used must be single use or at least sterilisable (18 min at 134°C). Flexible endoscopes are sensitive to high temperatures and needs disinfection, and immediate use. These steps are subjected to quality control rules and marking.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : elechevallier@ap-hm.fr (E. Lechevallier).

Le but de ce travail a été de faire une mise au point sur la stérilisation et la décontamination des endoscopes utilisés en urologie. Cette stérilisation doit être replacée dans le contexte de prévention des infections transmises par les endoscopes et des infections nosocomiales, d'économie en respectant les lois et les exigences des patients, de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Ce travail ne reprend pas des références bibliographiques mais reprend les données de plusieurs sources et textes de lois :

- Mignard J.-P., Comité de formation continue, Comité d'évaluation en collaboration avec le Comité d'infectiologie. Stérilisation et désinfection des instruments. Prog Urol 2004;14 (suppl.1) :1043–1093 ;
- Guide de bonnes pratiques de désinfection des dispositifs médicaux. CSHPF, CTIN, Anaes 1998 ;
- Guide de bonnes pratiques de désinfection des dispositifs médicaux « entretien manuel des endoscopes digestifs » septembre 2002. Ministère de la santé, de la famille, et des personnes handicapées. CTIN/DGS/DHOS ;
- Afssaps. Recommandations relatives à la désinfection des endoscopes. DM/RECO 05/02. afssaps.sante.gouv.fr ;
- textes de loi :
 - Circulaire DGS/VS2-DH/EM1/EO1 n° 97-672 du 20/10/1997. Relative à la stérilisation des dispositifs médicaux dans les établissements de santé ;
 - Circulaire DGS/5 C/DHOS/E 2 n° 2001-138 du 14/03/2001. Relative aux précautions à observer lors de soins en vue de réduire les risques de transmission des agents transmissibles non conventionnels (ATNC) ;
 - Circulaire DHOS/E2/DGS/SD5C n° 2003-591 du 17/12/2003. Relative aux modalités de traitement manuel pour la désinfection des endoscopes non autoclavables dans les lieux de soins ;
 - Abrogeant la circulaire DGS/DH 236 du 02/04/1996 relative aux modalités de désinfection des endoscopes dans les lieux de soins.

Infection nosocomiale

Une infection nosocomiale est une infection acquise à l'hôpital et qui était absente (ni en incubation) à l'admission, secondaire ou non à un acte invasif. Le délai d'apparition habituel est de 48–72 heures sauf pour les plaies opératoires (délai : 30 jours) et les prothèses et implants (délai : 1 an).

Les agents infectieux peuvent être :

- des bactéries (colibacille, staphylocoque, pyocyanique, mycobactéries) ;
- des champignons et levures ;
- des virus (HBS, HBC, HIV, CMV) ;
- des spores ;
- des agents transmissibles non conventionnels (ATNC) ou prions (CJ).

Ces germes sont véhiculés par des supports appelés Particules donnant naissance à des colonies (PNC) qui peuvent être de la poussière, des produits humains, des particules de linge, des instruments chirurgicaux. . .

Les origines des agents infectieux peuvent être le patient (risque endogène), d'autres patients par transmission croisée (risque exogène) à partir des surfaces, de l'air, du matériel, des mains, ou d'autres risques exogènes (personnel, environnement, air, eau, surfaces, matériel, visiteurs). La colonisation du patient peut avoir lieu sur une maladie sous-jacente ou en cas d'immunosuppression qui sont des facteurs de gravité de l'infection nosocomiale.

Risques d'infection nosocomiale

Les risques d'infection nosocomiale sont hiérarchisés selon l'acte ou le dispositif médical selon la classification américaine de Spalding-1072.

Les actes à haut risque, dits « critiques », dont fait partie l'urologie, sont les actes au cours desquels le matériel pénètre à travers une porte d'entrée un tissu stérile ou le système vasculaire.

Les actes à risque moyen, « semi-critiques », sont les actes utilisant un matériel en contact avec une muqueuse ou des matériels souillés, pas des liquides biologiques.

Les actes à risque faible, « non critiques », sont les actes utilisant un matériel ne touchant que la peau intacte.

Le traitement des risques dépend du niveau du risque. L'urologie est un acte à haut risque, dit « critique ». Le matériel utilisé doit être à usage unique stérile ou à défaut stérilisable par vapeur d'eau (18 min, 134°) ou à défaut subir une désinfection de haut niveau avec un produit de groupe 2 inactivant les ATNC. La désinfection du matériel doit être de « haut niveau » bactéricide, mycobactéricide, sporicide, fongicide, virucide. De plus, depuis la circulaire DHOS n° 591 du 17 décembre 2003, le prion doit être pris en compte. Il est stipulé l'abandon du glutaraldéhyde qui fixe l'infectiosité du prion, au profit de désinfectants du groupe 2 (circulaire 138) et de réaliser un double nettoyage de dix et cinq minutes pour éliminer les débris protéiques. Le désinfectant le plus utilisé est l'acide péracétique (trempage 30 min, au lieu de 60 min) mais qui est plus agressifs pour les supports que le glutaraldéhyde.

Le traitement du risque dépend aussi de la hiérarchie de l'agent infectieux (Tableau 1).

ATNC et urologie

Le prion ou l'ATNC est une protéine PrPc modifiée, infectieuse, PrPsc, qui est responsable de encéphalopathies spongiformes subaiguës transmissibles (ESST). Chez l'homme, il s'agit de la maladie de Creutzfeld-Jacob (MCJ), de l'insomnie familiale, le variant (« vache folle »). . .

Le prion est résistant aux protéinases, au rayonnement, à la chaleur et aux désinfectants. La seule destruction possible du prion est l'incinération à 800° mais il subi une inactivation sans destruction au cycle de l'autoclave, 18 min à 134°.

L'urologie n'est pas une spécialité à risque pour le prion. Mais sa recherche doit être systématique par interrogatoire et des signes neurologiques évocateurs chez tous les patients. Chez les patients suspects, il faut utiliser du matériel à usage unique qui doit être incinéré après utilisation. Sinon le matériel doit être séquestré jusqu'au décès avec autopsie du patient.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3827611>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3827611>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)