



**19-20-21
SEPT. 2018**

**2^{ème} CONGRÈS
DE LA SF2S**

SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DES SCIENCES DE
LA STÉRILISATION

4^{èmes} JIFS

JOURNÉES
INTERNATIONALES
FRANCOPHONES
DE STÉRILISATION

PALAIS DU PHARO - MARSEILLE

- ▶ « Stéri-lisez moi », la lettre d'information de la stérilisation : Mise en place et évaluation

Alexandra DAGUET-GALLOIS, Interne en pharmacie, CHRU de Nancy

alexandra.daguet@gmail.com ; f.benoit@chru-nancy.fr

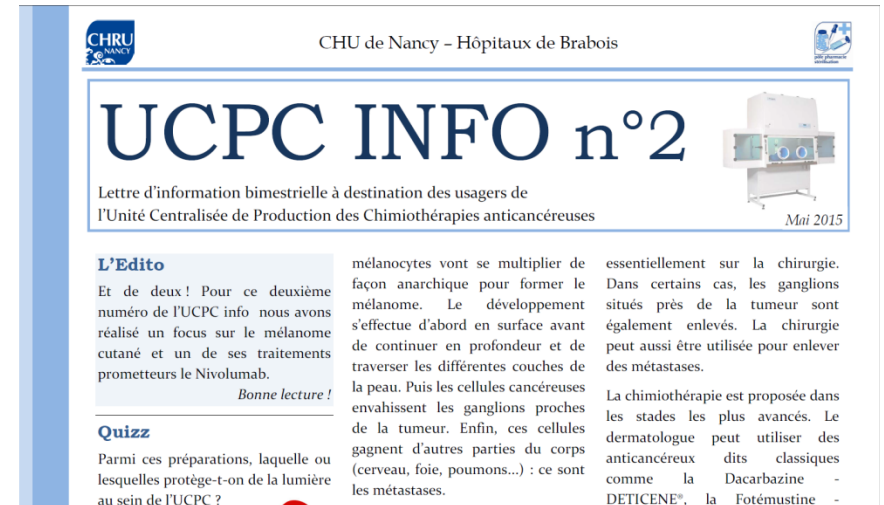
Contexte

Depuis 2015, plusieurs secteurs de la pharmacie des hôpitaux de Brabois du CHRU de Nancy ont mis en place une **lettre d'information** à destination des préparateurs en pharmacie hospitalière.



Accueil très favorable.

Souhait de **poursuivre cette démarche** par l'équipe d'encadrement du **service de stérilisation** (pharmacien, cadre de santé, interne).




Matériels et méthodes (1/2) :

De l'idée...



- Diffusion auprès de l'équipe d'un **questionnaire préalable** afin de recueillir leur avis sur le projet (décembre 2017) :
 - ✓ intérêt pour une telle lettre d'information ;
 - ✓ rubriques souhaitées parmi celles proposées :
 - informations sur des nouveaux dispositifs médicaux pris en charge en stérilisation ;
 - intervention chirurgicale ;
 - description d'un DM et son utilisation en pratique ;
 - jeux
 - ✓ rythme et mode de diffusion de la lettre d'information.

 **STERI-LISEZ MOI**

Bonjour,

Nous avons pour projet de diffuser une lettre d'information à disposition du personnel de l'unité de stérilisation à partir de janvier 2018. Afin de répondre au mieux à vos attentes, nous souhaiterions recueillir vos impressions et avis.
Ainsi, nous vous proposons de remplir l'enquête ci-dessous.
Une boîte cartonnée est à votre disposition pour y déposer les questionnaires complétés.
La date limite de participation a été fixée au **10 décembre**.

Merci de votre participation

1. Seriez-vous intéressés par une telle lettre d'information ?

Oui
 Non

2. Quelles rubriques souhaiteriez-vous y voir figurer ?

Informations sur des nouveaux dispositifs médicaux (DM) ou des DM en prêt pris en charge en stérilisation (mode de nettoyage, conditionnement particulier, stérilisation)

Focus sur une intervention chirurgicale
 Description d'un DM et son utilisation en pratique
 Zoom sur une pratique particulière en stérilisation
 Jeux divers concernant l'activité de stérilisation
 Autres (à compléter)

3. Quel rythme de diffusion serait le plus adapté selon vous ?

1 fois par mois
 1 fois tous les 2 mois
 1 fois par trimestre
 Autre

4. Quel mode de diffusion serait le plus adapté selon vous ?

Un exemplaire par personne
 Quelques exemplaires en salle de pause

5. Remarques et idées complémentaires

.....
.....

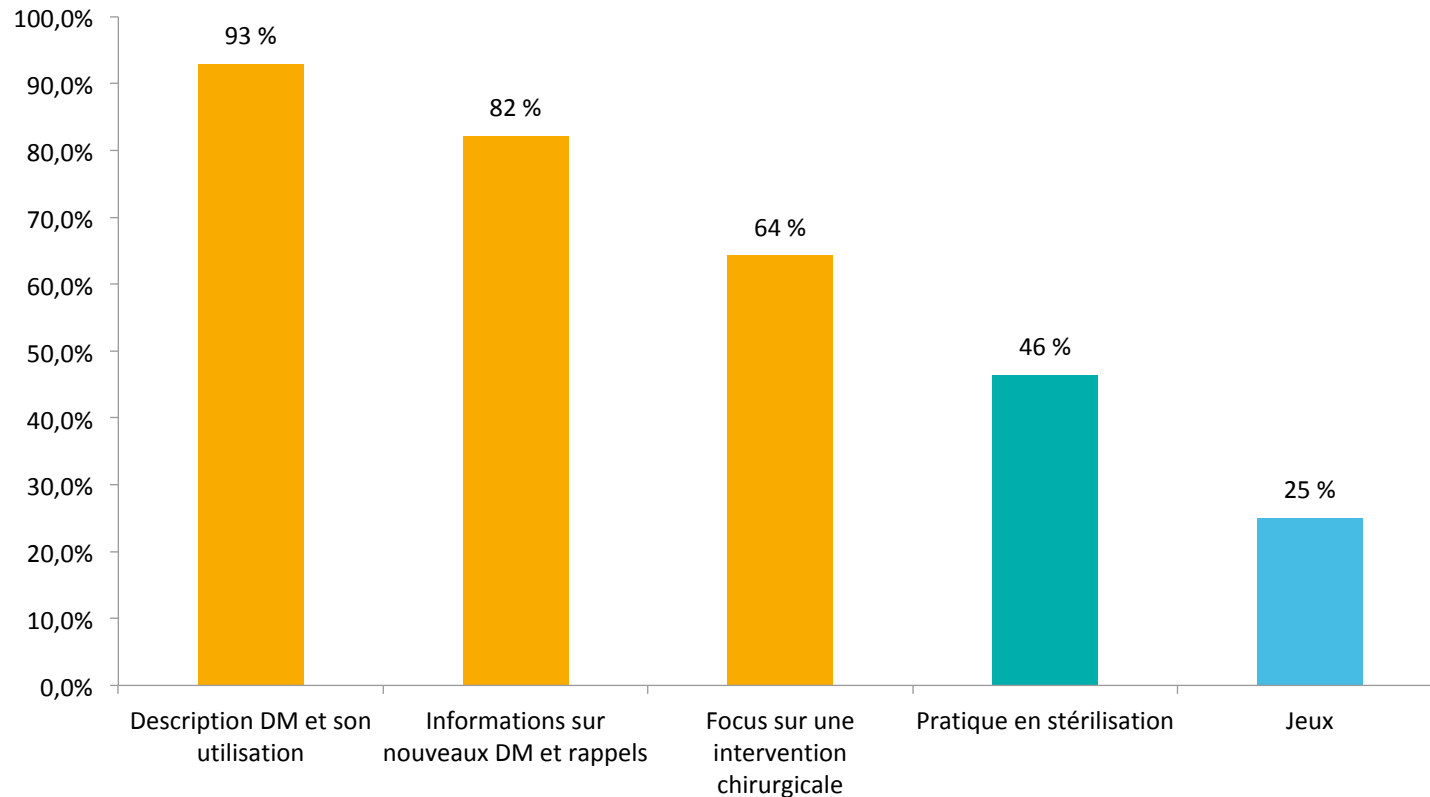
Matériels et méthodes (2/2) : De l'idée...



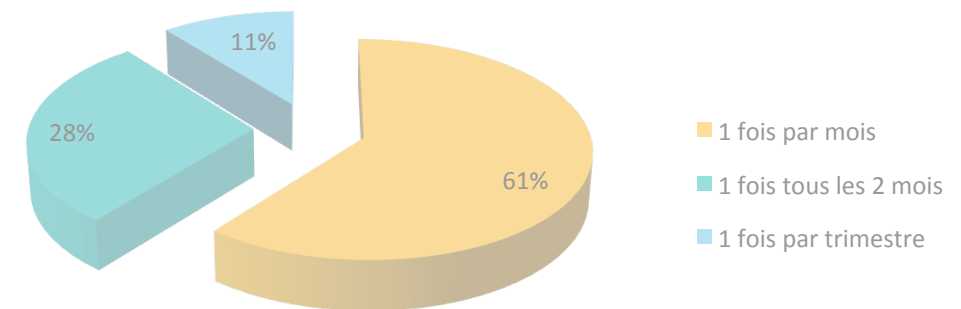
- Taux de participation = 76 % (28 agents sur 37)
- 100 % intéressés par la newsletter



Rubriques souhaitées dans la newsletter



Rythme de diffusion souhaité



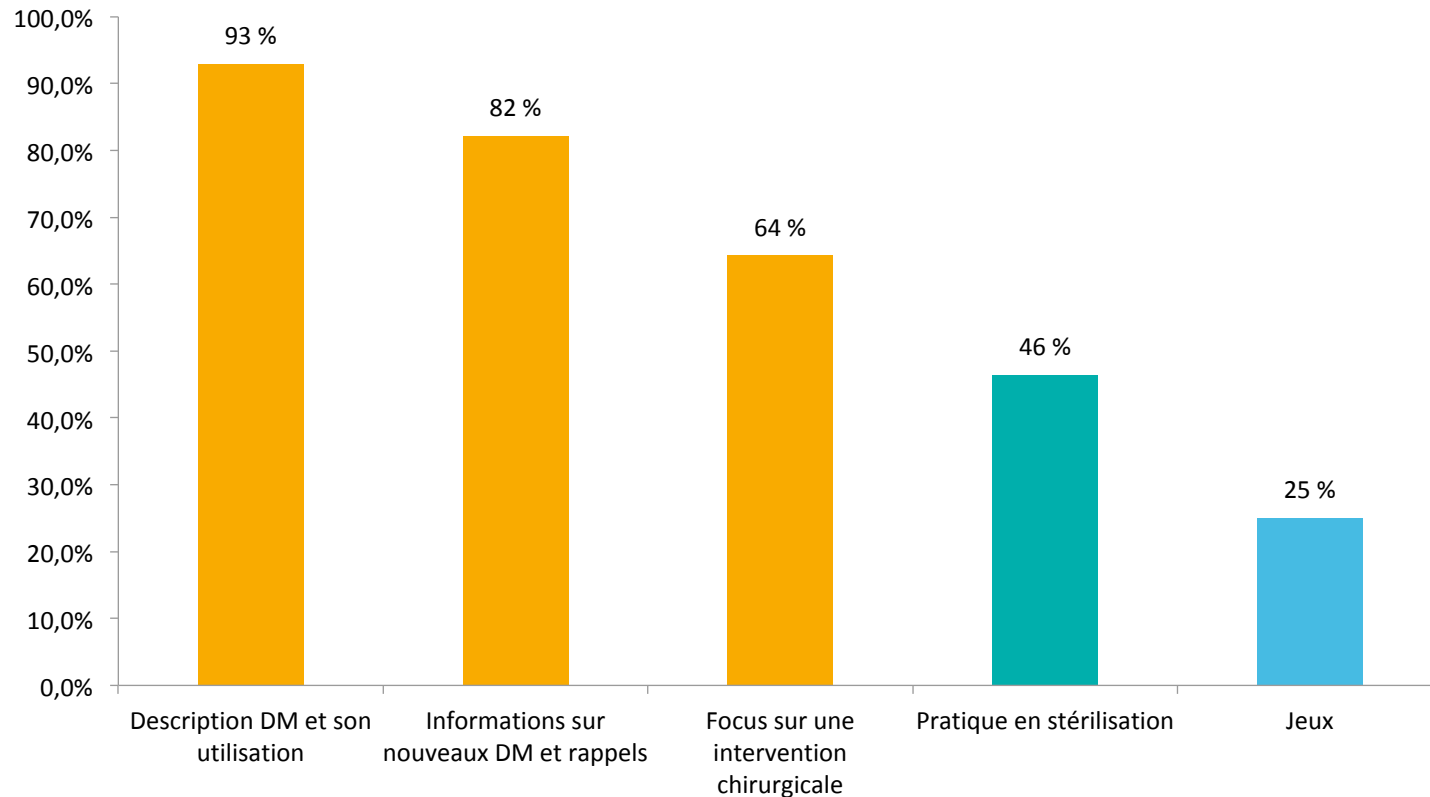
Matériels et méthodes (2/2) : De l'idée...



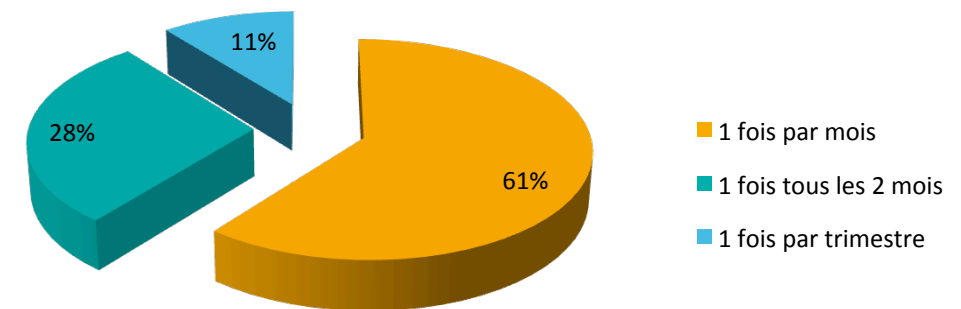
- Taux de participation = 76 % (28 agents sur 37)
- 100 % intéressés par la newsletter



Rubriques souhaitées dans la newsletter



Rythme de diffusion souhaité



Résultats (1/3) :

... A la réalisation



- Constitution d'un **tandem rédacteur-rédacteur en chef** (interne/pharmacien)
- Choix du nom de la newsletter : **Stéri-lisez moi**
- Toutes les **thématiques souhaitées retenues** y compris les jeux malgré la faible sollicitation au départ (25 %) : but de formation et d'auto-évaluation
- Rythme de diffusion : **bimestriel**
- Premier numéro publié en **janvier 2018**
- **Deux feuilles recto-verso** (trois pages suivies d'une page de correction des jeux du numéro précédent)
- **Contenu scientifiquement exact** (relecture par chirurgien/IBODE) tout en restant **accessible au public visé.**



1^{er} numéro de la newsletter « Stéri-lisez moi »

STERI-LISEZ MOI

Janvier
2018 01

La lettre d'information bimestrielle à destination du personnel de l'unité de stérilisation

Editorial

Chers lecteurs, voici le premier numéro de **Stéri-lisez moi**. N'hésitez pas à nous faire part de vos remarques et avis. Bonne lecture.

Focus sur une technique chirurgicale : La phacoémulsification

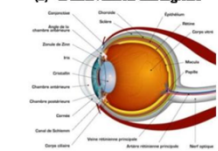
La phacoémulsification est actuellement la technique de référence pour la chirurgie de la cataracte.

(1) C'est quoi la cataracte ?



La cataracte est l'opacification partielle ou totale du cristallin, lentille d'environ 9mm située à l'intérieur de l'œil. Ceci entraîne une baisse progressive de la vision.

(2) L'intervention chirurgicale



En France, environ 800 000 cataractes sont opérées par an. L'opération se fait dans la très grande majorité des cas en chirurgie ambulatoire et dure en moyenne 10 à 15 minutes. Elle se déroule en plusieurs étapes. Elle consiste tout d'abord à mettre en place un **biéparostat** permettant de maintenir les deux paupières écartées.

L'œil est ensuite nettoyé avec un antiseptique type Bétadine®. Deux micro-incisions de 1 à 2 mm (principale et latérale) de la cornée, située

juste devant l'iris permettant l'accès au cristallin et le passage des instruments sont réalisées à l'aide d'une lame ou d'une **pince de Bonn munie de griffes**

qui est la pince de dissection du segment antérieur (cornée, iris, sclère) associée à des **ciseaux de cornée (de Vannas)** permettant la coupe.

Le **compas de Sourdis** permet de mesurer le diamètre cornéen si nécessaire.

Une substance visco-élastique est ensuite injectée entre le cristallin et la cornée (chambre antérieure) afin de protéger la face interne de la cornée pendant la durée de la chirurgie et favoriser la manipulation des instruments.

La capsule du cristallin est ensuite découpée grâce à la **pince Capsulorhexis** de manière à réaliser une ouverture circulaire d'un diamètre de 5.5 mm.

Le cristallin est ensuite fragmenté puis détruit par les vibrations ultrasons du **phacoémulsificateur (pièce US - fragmatome)**

et grâce au **micromanipulateur**.

Le cristallin est ensuite évacué. Cette phase est appelée phacoémulsification. Les fragments produits sont ensuite aspirés par la **pince à main IA** qui permet également de polir la face interne du sac cristallinien avant implantation du cristallin artificiel.

Une fois le sac capsulaire vide, une substance viscoélastique est à nouveau introduite afin de conserver le volume. L'implant (de 11 à 12 mm, légèrement plus grand que le cristallin naturel afin de mettre la capsule en tension) est enfin

mis en place grâce à un **injecteur d'implant** qui permet de l'injecter de façon contrôlée dans l'œil sans agrandir l'incision.

A l'étape de **recomposition**, il faut tourner la molette de l'injecteur d'implant pour faire rentrer la pointe. Elle ne doit pas sortir de l'embout au risque de trous l'emballage.

La **pince de Troutman** permet également de faciliter le positionnement de l'implant. Elle n'a pas de griffes contrairement à la pince de Bonn et est plus longue qu'elle.

La substance visco-élastique est aspirée. Une hydrosuture (injection d'eau dans l'incision) est enfin réalisée. Si l'étanchéité n'est pas obtenue, une suture par un fil cornéen peut être faite.

→ Pour information, la différence entre le **micromanipulateur** et le **crochet de Lester** est microscopique mais ils n'ont pas la même fonction. Le micromanipulateur est une aide à la mobilisation et à la fragmentation du cristallin tandis que le crochet est utilisé en cas de dilatation insuffisante de l'iris.

Un cycle de nettoyage instruments 81 sera utilisé pour cette intervention.

RAPPEL : Les interventions du bloc d'ophtalmologie suivantes nécessitent un **cycle 83 prion** (nerf optique/rétine) :

***Vitrectomie** : ablation du corps vitré permettant d'accéder à la rétine.

***Cryoindentation** : application de froid (cryo) sur la déchirure et remise en contact de la paroi de l'œil et de la rétine décollée.

Orbite : cavité où est situé l'œil

Plaies perforantes et / ou corps étrangers intraoculaires

Encléation : ablation de l'œil en cas de traumatismes par exemple

Les interventions concernées par ce type de nettoyage sont inscrites sur le tableau blanc en zone de nettoyage.

Les instruments de l'OPH comportent le nom et le numéro de la boîte à laquelle ils appartiennent. A vérifier à la reconstitution.



Zoom sur un instrument : la pince Kocher

La **pince Kocher** est le gros bras des pinces du bloc opératoire. Elle possède des mors dentelés (= des dents comme un **Cocker**), mesure de 14 à 24 cm de long et peut être droite, courbe, à griffe ou sans griffe.

Son rôle est de **tirer avec force** sur les structures tissulaires et de **clamper les vaisseaux** (grâce à un système de crans qui permet de bloquer l'écartement de la pince). Elle peut également servir de porte-aiguille pour réaliser des sutures.

Elle est donc uniquement utilisée pour les **tissus robustes** (peau, os, fibres musculaires) en raison de son effet traumatique mais n'est **pas adaptée aux tissus délicats** comme les nerfs ou les poumons.

Son usage est également détourné en service de soins où elle est utilisée pour clamper les tubules de perfusions, serrer ou dévisser les tubules résistants...



Pratique en stérilisation : rappel sur le lavage manuel des DM non immergeables



Cycle de nettoyage des DM non immergeables

Les nouveautés en stérilisation

Ophtalmologie : Nouveau manipulateur (d'Oscher).

Attention, contrairement à celui présent dans la boîte cataracte, il se nettoie aux **ultrasons** en raison de la fragilité de sa pointe ! La fiche est présente dans le classeur ultrasons de la zone de lavage d'ophtalmologie.

ORL : La nomenclature de la boîte « Complément HA Pr. JR » a été modifiée. Deux nouvelles boîtes sont arrivées : « Endonasale » et « Complément étage antérieur CR ».

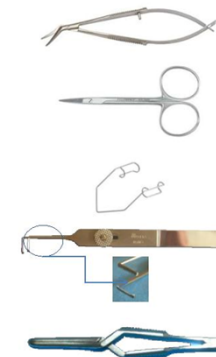
Pour rappel, le manche de Beaver peut être avec ou sans vis : dans la **boîte SRP**, le manche de Beaver n'a **pas de vis**.

Ces informations sont rappelées sur le panneau de transmission du S.A.S.

Espace détente

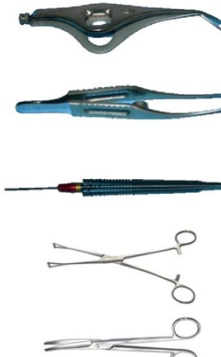
Saurez-vous reconnaître ces instruments ?

Relier le nom de l'instrument et son image.

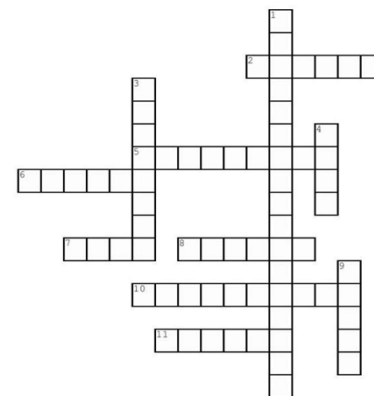


- • Ciseaux de Castroviejo
- Pince Dival
- Pince Malbran
- Pince Colibri
- Pince d'Eckardt
- Pince de Deweckers
- Ciseaux Sevrin Stevens
- Ciseaux Weckers
- Ciseaux Mayo
- Biéparostat de Barraquer « Colibri »

Solutions au prochain numéro



Les mots-croisés de la stérilisation



Vertical

- Aide la phacoémulsification à fragmenter le cristallin
- Pince utilisée en ophtalmologie portant le nom d'un acteur
- Nombre de lavages nécessaires pour un dispositif médical neuf
- Cycle de nettoyage nécessaire pour une vitrectomie

Horizontal

- Pince devant être fermée au lavage et au conditionnement
- Appareil permettant la stérilisation
- Mode de stérilisation le plus courant
- Pince de dissection de la cornée
- Protection à porter en cas d'utilisation d'air comprimé
- Ecarteur sans « bec qui bouge »
- Temps de contact du détergent-désinfectant pour le nettoyage manuel (en minutes)

Quiz

Je suis à usage unique, puis-je être stérilisé ?

Oui

Non

Merci pour votre participation à l'enquête : vous avez été 76% à déclarer être favorables à cette newsletter !

1^{er} numéro de la newsletter « Stéri-lisez moi »

STERI-LISEZ MOI

Janvier
2018

01

La lettre d'information bimestrielle à destination du personnel de l'unité de stérilisation

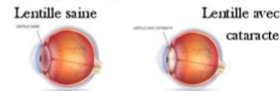
Editorial

Chers lecteurs, voici le premier numéro de **Stéri-lisez moi**. N'hésitez pas à nous faire part de vos remarques et avis. Bonne lecture.

Focus sur une technique chirurgicale : La phacoémulsification

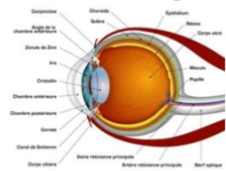
La phacoémulsification est actuellement la technique de référence pour la chirurgie de la cataracte.

(1) C'est quoi la cataracte ?



La cataracte est l'opacification partielle ou totale du cristallin, lentille d'environ 9mm située à l'intérieur de l'œil. Ceci entraîne une baisse progressive de la vision.

(2) L'intervention chirurgicale



En France, environ 800 000 cataractes sont opérées par an. L'opération se fait dans la très grande majorité des cas en chirurgie ambulatoire et dure en moyenne 10 à 15 minutes. Elle se déroule en plusieurs étapes. Elle consiste tout d'abord à mettre en place un **blépharostat** permettant de maintenir les deux paupières écartées.



L'œil est ensuite nettoyé avec un antiseptique type Bétadine®. Deux micro-incisions de 1 à 2 mm (principale et latérale) de la cornée, situées

juste devant l'iris permettant l'accès au cristallin et le passage des instruments sont réalisées à l'aide d'une lame ou d'une **pince de Bonn munie de griffes**

qui est la pince de dissection du segment antérieur (cornée, iris, sclère) associée à des **ciseaux de cornée (de Vannas)** permettant la coupe.

Le **compas de Sourdille** permet de mesurer le diamètre cornéen si nécessaire.

Une substance visco-élastique est ensuite injectée entre le cristallin et la cornée (chambre antérieure) afin de protéger la face interne de la cornée pendant la durée de la chirurgie et favoriser la manipulation des instruments.

La capsule du cristallin est ensuite découpée grâce à la **pince Capsulorhexis** de manière à réaliser une ouverture circulaire d'un diamètre de 5.5 mm.

Le cristallin est ensuite fragmenté puis détruit par les vibrations ultrasons du **phacoémulsificateur (pièce US - fragmatome)**

et grâce au **micromanipulateur**.

Le cristallin est ensuite évacué. Cette phase est appelée phacoémulsification. Les fragments produits sont ensuite aspirés par la **pièce à main IA** qui permet également de polir la face interne du sac cristallinien avant implantation du cristallin artificiel.

Une fois le sac capsulaire vide, une substance viscoélastique est à nouveau introduite afin de conserver le volume. L'implant (de 11 à 12 mm, légèrement plus grand que le cristallin naturel afin de mettre la capsule en tension) est enfin

mis en place grâce à un **injecteur d'implant** qui permet de l'injecter de façon contrôlée dans l'œil sans agrandir l'incision.

A l'étape de **recomposition**, il faut tourner la molette de l'injecteur d'implant pour faire rentrer la pointe. Elle ne doit pas sortir de l'embout au risque de trous l'emballage.

La **pince de Troutman** permet également de faciliter le positionnement de l'implant. Elle n'a pas de griffes contrairement à la pince de Bonn et est plus longue qu'elle.

La substance visco-élastique est aspirée. Une hydrosuture (injection d'eau dans l'incision) est enfin réalisée. Si l'étanchéité n'est pas obtenue, une suture par un fil cornéen peut être faite.

→ Pour information, la différence entre le **micromanipulateur** et le **crochet de Lester** est microscopique mais ils n'ont pas la même fonction. Le micromanipulateur est une aide à la mobilisation et à la fragmentation du cristallin tandis que le crochet est utilisé en cas de dilatation insuffisante de l'iris.

Un cycle de nettoyage instruments 81 sera utilisé pour cette intervention.

RAPPEL : Les interventions du bloc d'ophtalmologie suivantes nécessitent un **cycle 83 prion** (nerf optique/rétine) :
Traitement du décollement de la rétine
***Vitrectomie** : ablation du corps vitré permettant d'accéder à la rétine.
***Cryoindentation** : application de froid (cryo) sur la déchirure et remise en contact de la paroi de l'œil et de la rétine décollée.

Orbite : cavité où est situé l'œil
Plaies perforantes et / ou corps étrangers intraoculaires
Emulsion : ablation de l'œil en cas de traumatismes par exemple

Les interventions concernées par ce type de nettoyage sont inscrites sur le tableau blanc en zone de nettoyage.

Les instruments de FOPH comportent le nom et le numéro de la boîte à laquelle ils appartiennent. À vérifier à la reconstitution.



Zoom sur un instrument : la pince Kocher

La **pince Kocher** est le gros bras des pinces du bloc opératoire. Elle possède des mors dentelés (« des dents comme un Cocker »), mesure de 14 à 24 cm de long et peut être droite, courbe, à griffe ou sans griffe.

Son rôle est de **tirer avec force** sur les structures tissulaires et de **clamper les vaisseaux** (grâce à un système de crans qui permet de bloquer l'écartement de la pince). Elle peut également servir de porte-aiguille pour réaliser des sutures.

Elle est donc uniquement utilisée pour les **tissus robustes** (peau, os, fibres musculaires) en raison de son effet traumatique mais n'est **pas adaptée aux tissus délicats** comme les nerfs ou les poumons.

Son usage est également détourné en service de soins où elle est utilisée pour clamper les tubules de perfusions, serrer ou dévisser les tubules résistants...



Pratique en stérilisation : rappel sur le lavage manuel des DM non immergeables



Les nouveautés en stérilisation

Ophtalmologie : Nouveau manipulateur (d'Oschler).

Attention, contrairement à celui présent dans la boîte cataracte, il se nettoie aux **ultrasons** en raison de la fragilité de sa pointe ! La fiche est présente dans le classeur

ultrasons de la zone de lavage d'ophtalmologie. Ces informations sont rappelées sur le panneau de transmission du S.A.S.

ORL : La nomenclature de la boîte « Complément HA Pr. JR » a été modifiée. Deux nouvelles boîtes sont arrivées : « Endonasale » et « Complément étage antérieur CR ».

Pour rappel, le manche de Beaver peut être avec ou sans vis : dans la **boîte SRP**, le manche de Beaver n'a **pas de vis**.

1^{er} numéro de la newsletter « Stéri-lisez moi »

STERI-LISEZ MOI

Janvier
2018

01

La lettre d'information bimestrielle à destination du personnel de l'unité de stérilisation

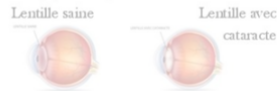
Editorial

Chers lecteurs, voici le premier numéro de Stéri-lisez moi. N'hésitez pas à nous faire part de vos remarques et avis. Bonne lecture.

Focus sur une technique chirurgicale : La phacoémulsification

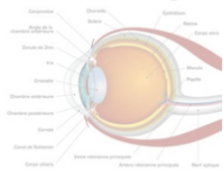
La phacoémulsification est actuellement la technique de référence pour la chirurgie de la cataracte.

(1) C'est quoi la cataracte ?



La cataracte est l'opacification partielle ou totale du cristallin, lentille d'environ 9mm située à l'intérieur de l'œil. Ceci entraîne une baisse progressive de la vision.

(2) L'intervention chirurgicale



En France, environ 800 000 cataractes sont opérées par an. L'opération se fait dans la très grande majorité des cas en chirurgie ambulatoire et dure en moyenne 10 à 15 minutes. Elle se déroule en plusieurs étapes. Elle consiste tout d'abord à mettre en place un blépharostat permettant de maintenir les deux paupières écartées.



L'œil est ensuite nettoyé avec un antiseptique type Bétadine®. Deux micro-incisions de 1 à 2 mm (principale et latérale) de la cornée, située

juste devant l'iris permettant l'accès au cristallin et le passage des instruments sont réalisées à l'aide d'une lame ou d'une pince de Bonn munie de griffes

qui est la pince de dissection du segment antérieur (cornée, iris, sclère) associée à des ciseaux de cornée (de Vannas) permettant la coupe.

Le compas de Sourdille permet de mesurer le diamètre cornéen si nécessaire.

Une substance visco-élastique est ensuite injectée entre le cristallin et la cornée (chambre antérieure) afin de protéger la face interne de la cornée pendant la durée de la chirurgie et favoriser la manipulation des instruments.

La capsule du cristallin est ensuite découpée grâce à la pince Capsulorhexis de manière à réaliser une ouverture circulaire d'un diamètre de 5.5 mm.

Le cristallin est ensuite fragmenté puis détruit par les vibrations ultrasons du phacoémulsificateur (pièce US = fragmatome)

et grâce au micromanipulateur.

Le cristallin est ensuite évacué. Cette phase est appelée phacoémulsification. Les fragments produits sont ensuite aspirés par la pièce à main IA qui permet également de polir la face interne du sac cristallinien avant implantation du cristallin artificiel.

Une fois le sac capsulaire vide, une substance viscoélastique est à nouveau introduite afin de conserver le volume. L'implant (de 11 à 12 mm, légèrement plus grand que le cristallin naturel afin de mettre la capsule en tension) est enfin

mis en place grâce à un injecteur d'implant qui permet de l'injecter de façon contrôlée dans l'œil sans agrandir l'incision.

A l'étape de *recomposition*, il faut tourner la molette de l'injecteur d'implant pour faire rentrer la pointe. Elle ne doit pas sortir de l'embout au risque de trous l'emballage.

La pince de Troutman permet également de faciliter le positionnement de l'implant. Elle n'a pas de griffes contrairement à la pince de Bonn et est plus longue qu'elle.

La substance visco-élastique est aspirée. Une hydrosuture (injection d'eau dans l'incision) est enfin réalisée. Si l'étanchéité n'est pas obtenue, une suture par un fil cornéen peut être faite.

→ Pour information, la différence entre le micromanipulateur et le crochet de Lester est microscopique mais ils n'ont pas la même fonction. Le micromanipulateur est une aide à la mobilisation et à la fragmentation du cristallin tandis que le crochet est utilisé en cas de dilatation insuffisante de l'iris.

Un cycle de nettoyage instruments 81 sera utilisé pour cette intervention.

RAPPEL : Les interventions du bloc d'ophtalmologie suivantes nécessitent un cycle 83 prion (nerf optique/rétine) :

Traitement du décollement de la rétine

***Vitrectomie :** ablation du corps vitré permettant d'accéder à la rétine.

***Cryoindentation :** application de froid (cryo) sur la déchirure et remise en contact de la paroi de l'œil et de la rétine décollée.

Orbite : cavité où est situé l'œil

Plaies perforantes et / ou corps étrangers intraoculaires

Emulsié : ablation de l'œil en cas de traumatismes par exemple

Les interventions concernées par ce type de nettoyage sont inscrites sur le tableau blanc en zone de nettoyage.

Les instruments de l'OPH comportent le nom et le numéro de la boîte à laquelle ils appartiennent. À vérifier à la reconstitution.



Zoom sur un instrument : la pince Kocher

La pince Kocher est le gros bras des pinces du bloc opératoire. Elle possède des mors dentelés (« des dents comme un Cocker »), mesure de 14 à 24 cm de long et peut être droite, courbe, à griffe ou sans griffe.

Son rôle est de tirer avec force sur les structures tissulaires et de clamer les vaisseaux (grâce à un système de crans qui permet de bloquer l'écartement de la pince). Elle peut également servir de porte-aiguille pour réaliser des sutures.

Elle est donc uniquement utilisée pour les **tissus robustes** (peau, os, fibres musculaires) en raison de son effet traumatique mais n'est **pas adaptée aux tissus délicats** comme les nerfs ou les poumons.

Son usage est également détourné en service de soins où elle est utilisée pour clamer les tubules de perfusions, serrer ou dévisser les tubules résistants...



Pratique en stérilisation : rappel sur le lavage manuel des DM non immergeables



Les nouveautés en stérilisation

Ophtalmologie : Nouveau manipulateur (d'Oschler).

Attention, contrairement à celui présent dans la boîte cataracte, il se nettoie aux ultrasons en raison de la fragilité de sa pointe ! La fiche est présente dans le classeur



ultrasons de la zone de lavage d'ophtalmologie.

ORL : La nomenclature de la boîte « Complément HA Pr. JR » a été modifiée. Deux nouvelles boîtes sont arrivées : « Endonasale » et « Complément étage antérieur CR ».

Pour rappel, le manche de Beaver peut être avec ou sans vis : dans la boîte SRP, le manche de Beaver n'a pas de vis.



Ces informations sont rappelées sur le panneau de transmission du S.A.S.

1^{er} numéro de la newsletter « Stéri-lisez moi »

STERI-LISEZ MOI

Janvier
2018

01

La lettre d'information bimestrielle à destination du personnel de l'unité de stérilisation

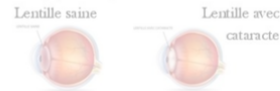
Editorial

Chers lecteurs, voici le premier numéro de **Stéri-lisez moi**. N'hésitez pas à nous faire part de vos remarques et avis. Bonne lecture.

Focus sur une technique chirurgicale : La phacoémulsification

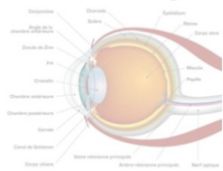
La phacoémulsification est actuellement la technique de référence pour la chirurgie de la cataracte.

(1) C'est quoi la cataracte ?



La cataracte est l'opacification partielle ou totale du cristallin, lentille d'environ 9mm située à l'intérieur de l'œil. Ceci entraîne une baisse progressive de la vision.

(2) L'intervention chirurgicale



En France, environ 800 000 cataractes sont opérées par an. L'opération se fait dans la très grande majorité des cas en chirurgie ambulatoire et dure en moyenne 10 à 15 minutes. Elle se déroule en plusieurs étapes. Elle consiste tout d'abord à mettre en place un **blépharostat** permettant de maintenir les deux paupières écartées.



L'œil est ensuite nettoyé avec un antiseptique type Bétadine®. Deux micro-incisions de 1 à 2 mm (principale et latérale) de la cornée, située

juste devant l'iris permettant l'accès au cristallin et le passage des instruments sont réalisées à l'aide d'une lame ou d'une **pince de Bonn munie de griffes**



qui est la pince de dissection du segment antérieur (cornée, iris, sclère) associée à des **ciseaux de cornée (de Vannas)** permettant la coupe.



Le **compas de Sourdille** permet de mesurer le diamètre cornéen si nécessaire.



Une substance visco-élastique est ensuite injectée entre le cristallin et la cornée (chambre antérieure) afin de protéger la face interne de la cornée pendant la durée de la chirurgie et favoriser la manipulation des instruments.

La capsule du cristallin est ensuite découpée grâce à la **pince Capsulorhexis** de manière à réaliser une ouverture circulaire d'un diamètre de 5.5 mm.



Le cristallin est ensuite fragmenté puis détruit par les vibrations ultrasons du **phacoémulsificateur (pièce US = fragmatome)**



et grâce au **micromanipulateur**.

Le cristallin est ensuite évacué. Cette phase est appelée phacoémulsification. Les fragments produits sont ensuite aspirés par la **pièce à main IA** qui permet également de polir la face interne du sac cristallinien avant implantation du cristallin artificiel.



Une fois le sac capsulaire vide, une substance viscoélastique est à nouveau introduite afin de conserver le volume. L'implant (de 11 à 12 mm, légèrement plus grand que le cristallin naturel afin de mettre la capsule en tension) est enfin

mis en place grâce à un **injecteur d'implant** qui permet de l'injecter de façon contrôlée dans l'œil sans agrandir l'incision.



À l'étape de **recomposition**, il faut tourner la molette de l'injecteur d'implant pour faire rentrer la pointe. Elle ne doit pas sortir de l'embout au risque de trous l'emballage.

La **pince de Troutman** permet également de faciliter le positionnement de l'implant. Elle n'a pas de griffes contrairement à la pince de Bonn et est plus longue qu'elle.



La substance visco-élastique est aspirée. Une hydrosuture (injection d'eau dans l'incision) est enfin réalisée. Si l'étanchéité n'est pas obtenue, une suture par un fil cornéen peut être faite.

→ Pour information, la différence entre le **micromanipulateur** et le **crochet de Lester** est microscopique mais ils n'ont pas la même fonction. Le micromanipulateur est une aide à la mobilisation et à la fragmentation du cristallin tandis que le crochet est utilisé en cas de dilatation insuffisante de l'iris.

Un cycle de nettoyage instruments 81 sera utilisé pour cette intervention.

RAPPEL : Les interventions du bloc d'ophtalmologie suivantes nécessitent un cycle 83 prion (nerf optique/rétine) :

Traitement du décollement de la rétine

***Vitrectomie :** ablation du corps vitré permettant d'accéder à la rétine.

***Cryoindentation :** application de froid (cryo) sur la déchirure et remise en contact de la paroi de l'œil et de la rétine décollée.

Orbite : cavité où est situé l'œil

Plaies perforantes et / ou corps étrangers intraoculaires

Emulsion : ablation de l'œil en cas de traumatismes par exemple

Les interventions concernées par ce type de nettoyage sont inscrites sur le tableau blanc en zone de nettoyage.

Les instruments de l'OPH comportent le nom et le numéro de la boîte à laquelle ils appartiennent. À vérifier à la reconstitution.



Zoom sur un instrument : la pince Kocher

La **pince Kocher** est le gros bras des pinces du bloc opératoire. Elle possède des mors dentelés (« des dents comme un Cocker »), mesure de 14 à 24 cm de long et peut être droite, courbe, à griffe ou sans griffe.

Son rôle est de **tirer avec force** sur les structures tissulaires et de **clamper les vaisseaux** (grâce à un système de crans qui permet de bloquer l'écartement de la pince). Elle peut également servir de porte-aiguille pour réaliser des sutures.

Elle est donc uniquement utilisée pour les **tissus robustes** (peau, os, fibres musculaires) en raison de son effet traumatique mais n'est **pas adaptée aux tissus délicats** comme les nerfs ou les poumons.

Son usage est également détourné en service de soins où elle est utilisée pour clamper les tubules de perfusions, serrer ou dévisser les tubules résistants...



Pratique en stérilisation : rappel sur le lavage manuel des DM non immergeables



Les nouveautés en stérilisation

Ophtalmologie : Nouveau manipulateur (d'Oschler).

Attention, contrairement à celui présent dans la boîte cataracte, il se nettoie aux **ultrasons** en raison de la fragilité de sa pointe ! La fiche est présente dans le classeur



ultrasons de la zone de lavage d'ophtalmologie.

ORL : La nomenclature de la boîte « Complément HA Pr. JR » a été modifiée. Deux nouvelles boîtes sont arrivées : « Endonasale » et « Complément étage antérieur CR ».

Pour rappel, le manche de Beaver peut être avec ou sans vis : dans la **boîte SRP**, le manche de Beaver n'a pas de vis.



Ces informations sont rappelées sur le panneau de transmission du S.A.S.

1^{er} numéro de la newsletter « Stéri-lisez moi »

STERI-LISEZ MOI

Janvier
2018

01

La lettre d'information bimestrielle à destination du personnel de l'unité de stérilisation

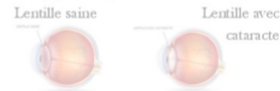
Editorial

Chers lecteurs, voici le premier numéro de **Stéri-lisez moi**. N'hésitez pas à nous faire part de vos remarques et avis. Bonne lecture.

Focus sur une technique chirurgicale : La phacoémulsification

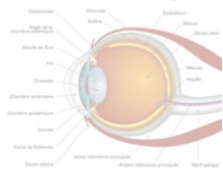
La phacoémulsification est actuellement la technique de référence pour la chirurgie de la cataracte.

(1) C'est quoi la cataracte ?



La cataracte est l'opacification partielle ou totale du cristallin, lentille d'environ 9mm située à l'intérieur de l'œil. Ceci entraîne une baisse progressive de la vision.

(2) L'intervention chirurgicale



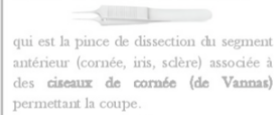
En France, environ 800 000 cataractes sont opérées par an. L'opération se fait dans la très grande majorité des cas en chirurgie ambulatoire et dure en moyenne 10 à 15 minutes.

Elle se déroule en plusieurs étapes. Elle consiste tout d'abord à mettre en place un **blépharostat** permettant de maintenir les deux paupières écartées.



L'œil est ensuite nettoyé avec un antiseptique type Bétadine®. Deux micro-incisions de 1 à 2 mm (principale et latérale) de la cornée, située

juste devant l'iris permettant l'accès au cristallin et le passage des instruments sont réalisées à l'aide d'une lame ou d'une **pince de Bonn munie de griffes**



qui est la pince de dissection du segment antérieur (cornée, iris, sclère) associée à des **ciseaux de cornée (de Vannas)** permettant la coupe.

Le **compas de Sourdille** permet de mesurer le diamètre cornéen si nécessaire.



Une substance visco-élastique est ensuite injectée entre le cristallin et la cornée (chambre antérieure) afin de protéger la face interne de la cornée pendant la durée de la chirurgie et favoriser la manipulation des instruments.

La capsule du cristallin est ensuite découpée grâce à la **pince Capsulorhexis** de manière à réaliser une ouverture circulaire d'un diamètre de 5.5 mm.



Le cristallin est ensuite fragmenté puis détruit par les vibrations ultrasons du **phacoémulsificateur (pièce US - fragmatome)**



et grâce au **micromanipulateur**.

Le cristallin est ensuite évacué. Cette phase est appelée phacoémulsification. Les fragments produits sont ensuite aspirés par la **pièce à main IA** qui permet également de polir la face interne du sac cristallinien avant implantation du cristallin artificiel.



Une fois le sac capsulaire vide, une substance viscoélastique est à nouveau introduite afin de conserver le volume. L'implant (de 11 à 12 mm, légèrement plus grand que le cristallin naturel afin de mettre la capsule en tension) est enfin

mis en place grâce à un **injecteur d'implant** qui permet de l'injecter de façon contrôlée dans l'œil sans agrandir l'incision.



À l'étape de **recomposition**, il faut tourner la molette de l'injecteur d'implant pour faire rentrer la pointe. Elle ne doit pas sortir de l'embout au risque de trous l'emballage.

La **pince de Troutman** permet également de faciliter le positionnement de l'implant. Elle n'a pas de griffes contrairement à la pince de Bonn et est plus longue qu'elle.



La substance visco-élastique est aspirée. Une hydrosuture (injection d'eau dans l'incision) est enfin réalisée. Si l'étanchéité n'est pas obtenue, une suture par un fil coméen peut être faite.

→ Pour information, la différence entre le **micromanipulateur** et le **crochet de Lester** est microscopique mais ils n'ont pas la même fonction. Le micromanipulateur est une aide à la mobilisation et à la fragmentation du cristallin tandis que le crochet est utilisé en cas de dilatation insuffisante de l'iris.

Un cycle de nettoyage instruments 81 sera utilisé pour cette intervention.

RAPPEL : Les interventions du bloc d'ophtalmologie suivantes nécessitent un cycle 83 prion (nerf optique/rétine) :
 Traitement du décollement de la rétine
 ***Vitrectomie** : ablation du corps vitré permettant d'accéder à la rétine.
 ***Cryoindentation** : application de froid (cryo) sur la déchirure et remise en contact de la paroi de l'œil et de la rétine décollée.

Orbite : cavité où est situé l'œil
Plaies perforantes et / ou corps étrangers intraoculaires
Emulsié : ablation de l'œil en cas de traumatismes par exemple

Les interventions concernées par ce type de nettoyage sont inscrites sur le tableau blanc en zone de nettoyage.

Les instruments de l'OPH comportent le nom et le numéro de la boîte à laquelle ils appartiennent. À vérifier à la reconstitution.



Zoom sur un instrument : la pince Kocher

La **pince Kocher** est le gros bras des pinces du bloc opératoire. Elle possède des mors dentelés (« des dents comme un Cocker »), mesure de 14 à 24 cm de long et peut être droite, courbe, à griffe ou sans griffe.

Son rôle est de **tirer avec force** sur les structures tissulaires et de **clamper les vaisseaux** (grâce à un système de crans qui permet de bloquer l'écartement de la pince). Elle peut également servir de porte-aiguille pour réaliser des sutures.

Elle est donc uniquement utilisée pour les **tissus robustes** (peau, os, fibres musculaires) en raison de son effet traumatique mais n'est **pas adaptée aux tissus délicats** comme les nerfs ou les poumons.

Son usage est également détourné en service de soins où elle est utilisée pour clamper les tubules de perfusions, serrer ou dévisser les tubules résistants...



Pratique en stérilisation : rappel sur le lavage manuel des DM non immergeables



Les nouveautés en stérilisation

Ophtalmologie : Nouveau manipulateur (d'Oschler).

Attention, contrairement à celui présent dans la boîte cataracte, il se nettoie aux **ultrasons** en raison de la fragilité de sa pointe ! La fiche est présente dans le classeur



ultrasons de la zone de lavage d'ophtalmologie.

ORL : La nomenclature de la boîte « Complément HA Pr. JR » a été modifiée. Deux nouvelles boîtes sont arrivées : « Endonasale » et « Complément étage antérieur CR ».

Pour rappel, le manche de Beaver peut être avec ou sans vis : dans la **boîte SRP**, le manche de Beaver n'a pas de vis.















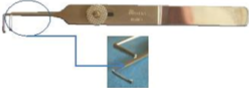






Ces informations sont rappelées sur le panneau de transmission du S.A.S.

1^{er} numéro de la newsletter « Stéri-lisez moi »

Espace détente

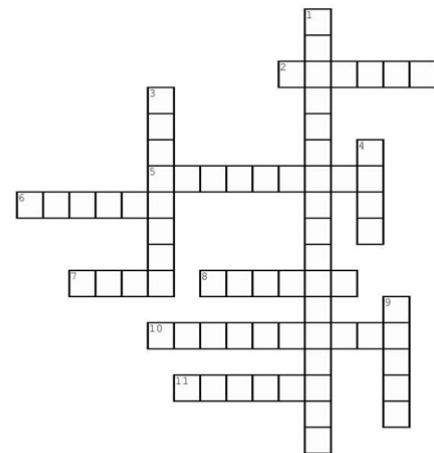
Saurez-vous reconnaître ces instruments ?

Relier le nom de l'instrument et son image.

	• •	Ciseaux de Castroviejo	• •	
	•	Pince Duval	•	
	• •	Pince Malbrau	• •	
	•	Pince Colibri	•	
	•	Pince d'Eckardt	•	
	• •	Pince de Deweckers	• •	
	• •	Ciseaux Seuren Stevens	• •	
	•	Ciseaux Weckers	•	
	•	Ciseaux Mayo	•	
	• •	Blépharostat de Barraquer « Colibri »	• •	

Solutions au prochain numéro

Les mots-croisés de la stérilisation



- Vertical**
- Aide le phacoémulsificateur à fragmenter le cristallin
 - Pince utilisée en ophtalmologie portant le nom d'un acteur
 - Nombre de lavages nécessaires pour un dispositif médical neuf
 - Cycle de nettoyage nécessaire pour une vitrectomie
- Horizontal**
- Pince devant être fermée au lavage et au conditionnement
 - Appareil permettant la stérilisation
 - Mode de stérilisation le plus courant
 - Pince de dissection de la cornée
 - Protection à porter en cas d'utilisation d'air comprimé
 - Ecarteur sans « bec qui bouge »
 - Temps de contact du détergent-désinfectant pour le nettoyage manuel (en minutes)

Quizz











Je suis à usage unique, puis-je être stérilisé ? ②

- Oui
Non

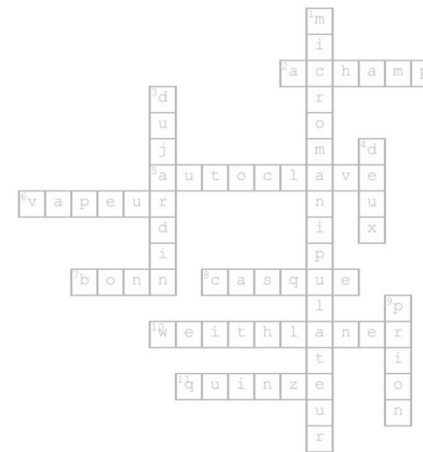
Merci pour votre participation à l'enquête : vous avez été 76% à déclarer être favorables à cette newsletter !

Corrections du précédent numéro

Saurez-vous reconnaître ces instruments ?

	Ciseaux de Castroviejo		Ciseaux Weckers
	Ciseaux Seuren Stevens		Pince Colibri
	Blépharostat de Barraquer « Colibri »		Pince d'Eckardt
	Pince Malbrau		Pince Duval
	Pince de Dewecker		Ciseaux Mayo

Les mots-croisés de la stérilisation



- Vertical**
- Aide le phacoémulsificateur à fragmenter le cristallin
 - Pince utilisée en ophtalmologie portant le nom d'un acteur
 - Nombre de lavages nécessaires pour un dispositif médical neuf
 - Cycle de nettoyage nécessaire pour une vitrectomie
- Horizontal**
- Pince devant être fermée au lavage et au conditionnement
 - Appareil permettant la stérilisation
 - Mode de stérilisation le plus courant
 - Pince de dissection de la cornée
 - Protection à porter en cas d'utilisation d'air comprimé
 - Ecarteur sans « bec qui bouge »
 - Temps de contact du détergent-désinfectant pour le nettoyage manuel (en minutes)

Quizz Je suis à usage unique, puis-je être stérilisé ? ②

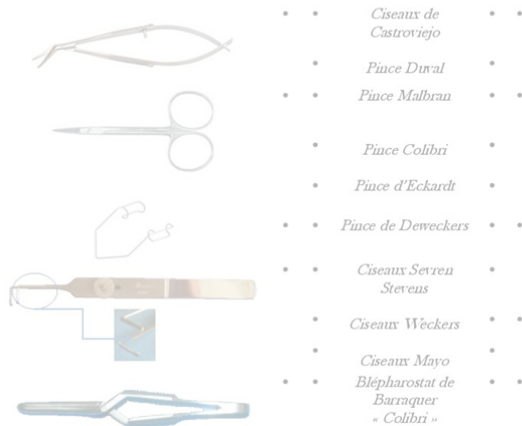
- Oui X → Un instrument neuf non stérile peut être stérilisé. En revanche, ne pas traiter un DM à usage unique déjà utilisé !
Non

1^{er} numéro de la newsletter « Stéri-lisez moi »

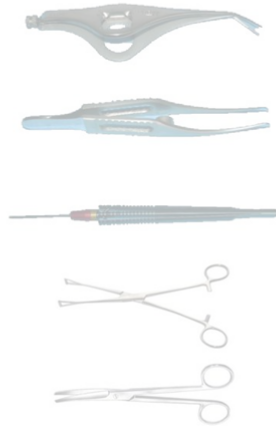
Espace détente

Saurez-vous reconnaître ces instruments ?

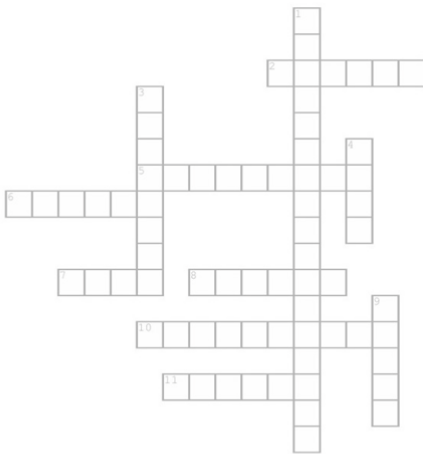
Relier le nom de l'instrument et son image.



Solutions au prochain numéro



Les mots-croisés de la stérilisation



- Vertical
- Aide le phacoémulsificateur à fragmenter le cristallin
 - Pince utilisée en ophtalmologie portant le nom d'un acteur
 - Nombre de lavages nécessaires pour un dispositif médical neuf
 - Cycle de nettoyage nécessaire pour une vitrectomie
- Horizontal
- Pince devant être fermée au lavage et au conditionnement
 - Appareil permettant la stérilisation
 - Mode de stérilisation le plus courant
 - Pince de dissection de la cornée
 - Protection à porter en cas d'utilisation d'air comprimé
 - Ecarteur sans « bec qui bouge »
 - Temps de contact du détergent-désinfectant pour le nettoyage manuel (en minutes)

Quizz

Je suis à usage unique, puis-je être stérilisé ? ②

Oui

Non

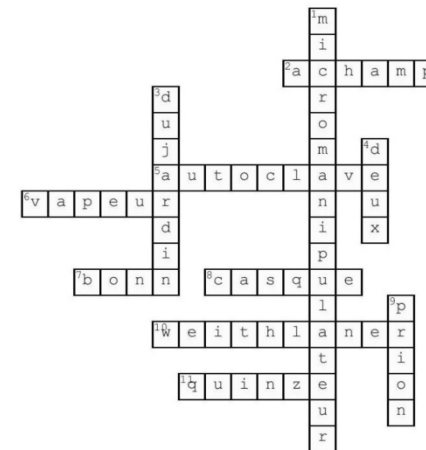
Merci pour votre participation à l'enquête : vous avez été 76% à déclarer être favorables à cette newsletter !

Corrections du précédent numéro

Saurez-vous reconnaître ces instruments ?

	Ciseaux de Castroviejo		Ciseaux Weckers
	Ciseaux Seuren Stevens		Pince Colibri
	Blépharostat de Barraquer « Colibri »		Pince d'Eckardt
	Pince Malbran		Pince Duval
	Pince de Dewecker		Ciseaux Mayo

Les mots-croisés de la stérilisation



- Vertical
- Aide le phacoémulsificateur à fragmenter le cristallin
 - Pince utilisée en ophtalmologie portant le nom d'un acteur
 - Nombre de lavages nécessaires pour un dispositif médical neuf
 - Cycle de nettoyage nécessaire pour une vitrectomie
- Horizontal
- Pince devant être fermée au lavage et au conditionnement
 - Appareil permettant la stérilisation
 - Mode de stérilisation le plus courant
 - Pince de dissection de la cornée
 - Protection à porter en cas d'utilisation d'air comprimé
 - Ecarteur sans « bec qui bouge »
 - Temps de contact du détergent-désinfectant pour le nettoyage manuel (en minutes)

Quizz Je suis à usage unique, puis-je être stérilisé ? ②

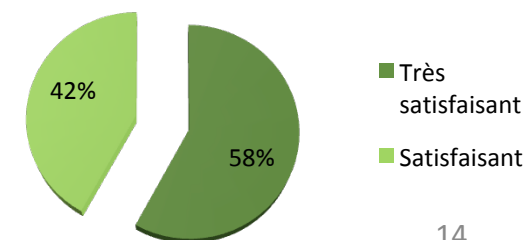
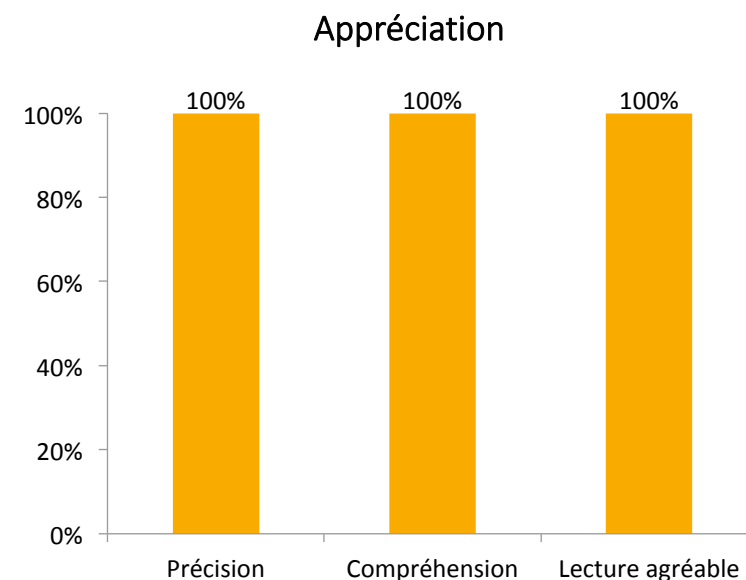
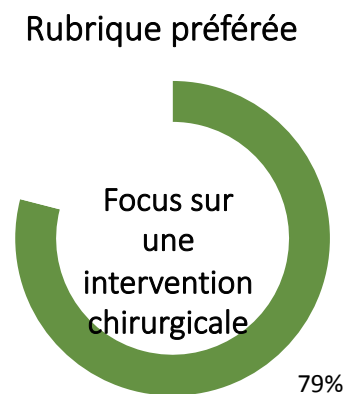
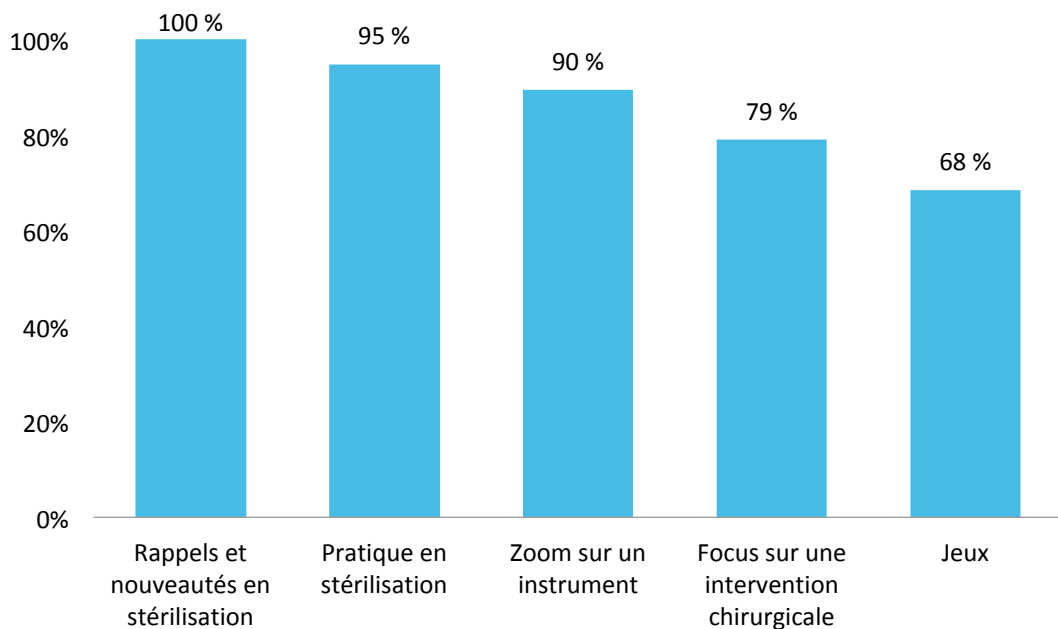
Oui X → Un instrument neuf non stérile peut être stérilisé. En revanche, ne pas traiter un DM à usage unique déjà utilisé !

Non

Résultats (3/3) : A l'évaluation...



- Diffusion d'un questionnaire de satisfaction après le 2^{ème} numéro (avril 2018)
- Taux de participation = 54 % (20 agents sur 37)
Rubriques à poursuivre dans la newsletter



Discussion et conclusion

- Premier pilier de la démarche de formation continue dans le service qui était jusqu'ici non formalisée.
- Moyen **efficace et ludique** d'acquérir des connaissances sur la stérilisation et de donner du sens à l'usage des instruments, dans le but de fiabiliser la recomposition des boites opératoires.
- Dynamiser et varier les jeux.





**19-20-21
SEPT. 2018**

**2^{ème} CONGRÈS
DE LA SF2S**

**SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DES SCIENCES DE
LA STÉRILISATION**

4^{èmes} JIFS

**JOURNÉES
INTERNATIONALES
FRANCOPHONES
DE STÉRILISATION**

PALAIS DU PHARO - MARSEILLE

▶ **Merci de votre attention**

Autres numéros...

STERI-LISEZ MOI

Mars
2018 | 02

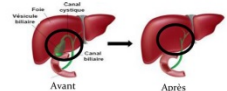
La lettre d'information bimestrielle à destination du personnel de l'unité de stérilisation

Editorial

Chers lecteurs, voici le deuxième numéro de **Stéri-lisez moi**. *N'hésitez pas à nous faire part de vos remarques et avis.* Bonne lecture.

Focus sur une technique chirurgicale : la cholécystectomie par cœlioscopie

La **cholécystectomie** correspond au retrait de la vésicule biliaire.



La **cœlioscopie** (ou laparoscopie) est une technique chirurgicale mini-invasive consistant à introduire des trocarts à l'aide d'une caméra à travers de petites incisions cutanées de la paroi abdominale. Elle est devenue depuis la fin des années 1980 la technique de référence dans de nombreuses opérations chirurgicales. La cholécystectomie est réalisée dans 98% des cas sous cœlioscopie.

La cholécystectomie par cœlioscopie dure moins d'une heure et est l'une des interventions les plus fréquemment pratiquées en France.

La technique conventionnelle consiste à gonfler la paroi abdominale à l'aide d'un gaz (CO₂) au moyen d'une aiguille à pneumopéritoine dite de Palmer-Veress (à usage unique) introduite à travers la peau. Une incision au **bistouri froid** est ensuite réalisée.



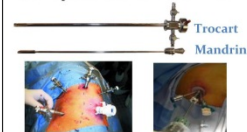
Un tube optique appelé **endoscope**, permettant d'amener la lumière à l'intérieur de la cavité est ensuite inséré, relié à une source lumineuse

grâce à un câble à lumière froide et à une caméra (la vision du champ opératoire par le chirurgien s'effectue sur un écran)



Câble à lumière froide

Le choix de l'angulation de l'optique se fait en fonction de la chirurgie. Les autres **trocarts** (3 à 4) sont ensuite positionnés avec leur mandrin, permettant l'insertion des instruments. Dans certains cas, un seul trou est réalisé dans le nombril où sont passés tous les instruments.



Trocart
Mandrin

Tout d'abord, une **pince fenêtrée**, permettant d'exposer et de manipuler les tissus est insérée dans la paroi.



Pince
fenêtrée

Les adhérences entre l'estomac et la vésicule biliaire sont **sectionnées** grâce au **crochet coagulateur**, relié à un **câble monopolaire** qui coagule en même temps les petits vaisseaux des tissus (contrairement à la pince bipolaire qui ne fait que coaguler).



Crochet coagulateur
A distinguer



Câble monopolaire Câble bipolaire

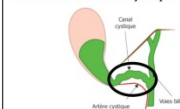
Il faut ensuite isoler l'artère et le canal cystique. Pour cela, des clips sont posés sur ces tissus grâce à la **pince à clip** qui assure une sécurité

hémostatique et permet de limiter le risque de fuite biliaire.



Pince à clip et clip en place

L'artère et le canal cystique



sont ensuite sectionnés avec les **ciseaux coelioscopiques**.



Ciseaux coelioscopiques

La vésicule est ensuite disséquée et séparée du foie grâce au **crochet coagulateur**. Il peut être parfois nécessaire d'écarter le foie pour pouvoir accéder correctement à la vésicule biliaire. Le chirurgien utilise pour cela un **écarteur** à foie également appelé « **sardine** » (lavage aux ultrasons)

Une fois sectionnée, la vésicule est disposée dans un sac qui sera évacué par l'ombilic.

Enfin, un lavage de la zone opératoire au sérum physiologique est réalisé grâce au tube **d'irrigation-aspiration**.



Tube irrigation-aspiration

Les instruments utilisés sont soit démontables en 3 parties ou non. S'ils sont non démontables, il convient d'utiliser un **support cœlioscopique** et de **brancher** les instruments permettant un nettoyage interne en lavage.

Pour rappel, les **optiques** sont lavés manuellement (DM immergeables) et stérilisés au Sterrad® (cycle rapide).

STERI-LISEZ MOI

Mai
2018 | 03

La lettre d'information bimestrielle à destination du personnel de l'unité de stérilisation

Editorial

Chers lecteurs, voici le troisième numéro de **Stéri-lisez moi**. *N'hésitez pas à nous faire part de vos remarques et avis.* Bonne lecture.

Focus sur une technique chirurgicale : l'avulsion dentaire

L'**avulsion dentaire**, également appelée extraction dentaire peut être nécessaire en cas de dent cariée qui ne peut être sauvée, de dent fêlée ou fracturée suite à un accident ou à un choc, de dent de sagesse douloureuse et/ou mal positionnée, de dent avec un déchaussement important ou de fracture de la racine d'une dent.



Elle se déroule en plusieurs temps :

- l'**anesthésie locale** à l'aide d'une aiguille et d'une seringue.



Figure 1 : Seringue dentaire

Un **écarteur** (écarteur de Dautrey par exemple) peut être utilisé pour écarter les lèvres et les joues afin que le site d'extraction et d'injection soit visible.



Figure 2 : Ecarteur de Dautrey

- la **syndesmotomie** : il s'agit de décoller la gencive de la dent en coupant les fibres du ligament périodentaire autour de la dent à l'aide du **syndesmotome** inséré entre la dent et l'os. Cet instrument est tenu comme un stylo et est muni d'un manche métallique et d'une lame épaisse peu tranchante. Il est droit pour les dents de la mâchoire supérieure (maxillaires) et coudé pour les dents de la mâchoire inférieure (mandibulaires).



Figure 3 : Syndesmotome de Bernard

Il peut également être en forme de faucille, il est alors appelé **syndesmotome de Chompret**.



Figure 4 : Syndesmotome de Chompret

- la **luxation** : la dent est luxée dans son alvéole afin d'être mobilisée par mouvement de va-et-vient. Pour cela, un **élévateur** (droit ou coudé) est introduit entre l'os et le ciment de la racine en prenant appui sur l'os pour rompre les fibres reliant l'os alvéolaire et la dent.



Figure 5 : Elévateur de Roy

- l'**avulsion proprement dite** : la dent est retirée de son alvéole avec le **davier** après avoir été luxée. Il existe des daviers pour les dents maxillaires (droits, dans le prolongement du corps) et des daviers pour les dents mandibulaires (coudés à 90°). Chaque **davier** est adapté à l'anatomie de la dent à extraire. Pour certaines dents, il y a un **davier** pour la droite et un **davier** pour la gauche.



Figure 6 : Davier maxillaire



Figure 7 : Davier mandibulaire

- **vérification de l'alvéole** : un fragment dentaire ou osseux est recherché. Il doit être retiré par curetage à l'aide d'une **curette**. La curette permet également de cureter un kyste ou du tissu infecté.



Figure 8 : Curette

La surface osseuse est ensuite régularisée à l'aide d'une **rape** à os



Figure 9 : Râpe à os

ou d'une **pince gouge** si nécessaire qui sert à couper les rebords osseux pointus de l'alvéole.



Figure 10 : Pince gouge

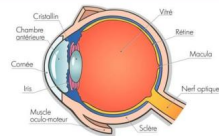
Une pression est exercée sur l'alvéole pour arrêter le saignement et le patient doit mordre un tampon de gaze, placé sur l'emplacement de la dent extraite, pendant quelques minutes. Une suture est enfin réalisée si nécessaire dans le cadre d'une extraction complexe.

Parmi les participants à l'enquête, vous avez été 79% à souhaiter que cette rubrique soit poursuivie dans les prochains numéros et pour 79% d'entre vous, c'est votre rubrique préférée.

Editorial

Chers lecteurs, voici le quatrième numéro de **Stéri-lisez moi**. *N'hésitez pas à nous faire part de vos remarques et avis.* Bonne lecture.

Focus sur une technique chirurgicale : la vitrectomie pour membrane épitréiniennne



La vitrectomie, également appelée ablation du vitré est une technique chirurgicale permettant d'avoir accès à la rétine. Cette intervention est réalisée en cas de décollement de la rétine, de trou maculaire ou pour une membrane épitréiniennne par exemple. Elle est aussi parfois combinée à l'opération de la cataracte.

Elle est réalisée sous microscope opératoire et sous anesthésie loco-régionale le plus souvent, ou sous anesthésie générale plus rarement. Le microscope est muni de poignées permettant son déplacement par le chirurgien.



La membrane épitréiniennne touche environ 10% de la population de plus de 60 ans. Elle correspond à une très fine pellicule de cellules et de tissus fibreux recouvrant la macula, partie centrale de la rétine. Elle provoque une baisse de l'acuité visuelle et une déformation de la vue. On proposera ainsi à un patient atteint d'une membrane épitréiniennne une

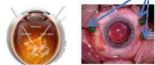
vitrectomie avec pelage de la membrane épitréiniennne.

Cette intervention nécessite la boîte opératoire « vitrectomie » stérile à usage multiple restérilisable et le pack « vitrectomie » à usage unique.

Un blépharostat de Castroviejo est mis en place pour maintenir les paupières ouvertes.



L'intervention débute par la mise en place de trois trocarts à usage unique (« plugs ») ayant une valve anti-reflux et permettant le passage de la lumière, de l'irrigation et des instruments (vitrectome, ciseaux, pince...) selon le modèle de la cœlioscopie.



Le compas, présent dans la boîte opératoire, peut être utilisé pour mesurer la distance au limbe (bord de la cornée).



Une lentille panoramique (en deux parties, à visser l'une sur l'autre) est montée sur un manche.



Figure 1 : Lentille panoramique montée sur un manche

La lentille sera tenue par l'instrumentiste sur l'œil, grâce au manche et restera en place durant toute l'intervention.

A lieu ensuite la vitrectomie : il s'agit d'enlever le corps vitré et de le remplacer par une solution saline

(BSS) infusée par un générateur. Le corps vitré est un gel, transparent à l'état normal, remplissant l'espace situé entre le cristallin et la rétine. Il n'est pas indispensable à la vision et c'est pourquoi il peut être retiré.

Cette opération est réalisée à l'aide du vitrectome (pack vitrectomie), appareil permettant de couper et d'aspirer le vitré à l'aide de la pièce à main connectée au module (usage unique).



La lame est un tube creux réalisant un mouvement de piston : lorsqu'elle descend : section du corps vitré et lorsqu'elle remonte : aspiration.

La lentille panoramique est retirée et est remplacée par une lentille biconvexe à usage unique posée sur



l'œil. Une fois le corps vitré aspiré, la membrane épitréiniennne est visualisée après injection d'un colorant bleu. Elle est enfin retirée à l'aide d'une pince de Shah de 25 G restérilisable ou une pince d'Eckardt à usage unique.



Figure 2 : Pince de Shah

Les plugs sont retirés avec le trocart ou avec la pince de Bonn (munie de griffes).



Si nécessaire, une suture peut être réalisée à l'aide d'un fil résorbable, d'un porte-aiguille de Barraquer et des ciseaux de Stevens.



Figure 3 : Porte-aiguille de Barraquer et ciseaux de Stevens

Rappel : Vitrectomie (contact RETINE) nettoyage cycle prion n°83.

Editorial

Chers lecteurs, voici le cinquième numéro de **Stéri-lisez moi**. *N'hésitez pas à nous faire part de vos remarques et avis.* Bonne lecture.

Focus sur une technique chirurgicale : la greffe de cornée

Chaque année, environ 5 000 greffes de cornées sont réalisées en France.

La greffe de cornée est principalement indiquée pour les kératopathies bulleuses (œdème de la cornée), les kératocônes (déformation de la cornée en cône), les kératites (inflammation de la cornée) bactériennes, virales, fongiques et parasitaires et les dystrophies cornéennes (altération des tissus de la cornée) dont la dystrophie de Fuchs.

Le greffon est obtenu sur donneur décédé. Une fois prélevée, la cornée est envoyée dans une banque de tissus autorisée (Unité de Thérapie Cellulaire et Banque de Tissus - UTCT) dont le rôle est de réceptionner, anonymiser, valider et distribuer les tissus d'origine humaine.

Pendant la période de quarantaine du greffon de 14 jours à 31°C, une recherche de marqueurs infectieux est réalisée chez le donneur et des contrôles bactériologiques et mycologiques sont réalisés sur le milieu de prélèvement de la cornée.

A J14, la qualité de l'endothélium de la cornée est contrôlée en ZAC. Le plateau « prélèvement de cornée » de IUTCT est utilisé à cette fin.



Si tous les contrôles sont conformes, la cornée peut être proposée à la greffe entre J14 et J33.

Le greffon est alors placé dans un milieu, appelé milieu de déturgescence. A partir de ce moment, le délai de péremption du greffon est de 96h. Au-delà, le greffon devra être détruit.

Ainsi, environ 50 % des cornées prélevées sont greffées.

La greffe de cornée est réalisée sous anesthésie générale et dure environ une heure. Dans le cadre d'une kératoplastie transfixiante, la cornée est retirée et remplacée dans sa totalité.

Une décontamination de la peau et de la surface oculaire est réalisée.

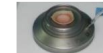
Le premier temps opératoire est la trépanation (=découpe) du greffon grâce au trépan de Hannah.



Le diamètre de trépanation dépend du diamètre coméen du receveur qui est mesuré à l'aide du compas de Sourdille.



Le greffon est centré sur le bloc de Téflon® du trépan. Il est maintenu pendant la trépanation par un système d'aspiration manuelle (seringue).



La trépanation est réalisée à l'aide d'un système de guillotine (lame circulaire à usage unique).



Le greffon est ensuite placé, à l'aide du porte-greffon (sorte de « minipassoire »), dans une cupule contenant du liquide de conservation, jusqu'à utilisation.



Le deuxième temps opératoire est la trépanation de la cornée réceptrice.

Il faut repérer le centre de la trépanation ; pour cela on peut utiliser un marqueur à rayons.



La trépanation (=découpe de la cornée du receveur) est réalisée sous microscope opératoire à l'aide d'une autre partie du trépan de Hannah.



La trépanation est complétée avec les ciseaux de cornée qui sont courbés.



Le troisième temps opératoire est consacré à la suture du greffon à la cornée réceptrice. Le greffon est délicatement déposé dans le lit de la greffe grâce au porte-greffon. Tout d'abord, quatre points séparés cardinaux sont réalisés à l'aide d'un porte-aiguille et de la pince de Bonn.

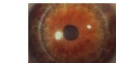


Les nœuds sont effectués à l'aide de deux pinces de Troutmann.



Les nœuds ne doivent pas être trop serrés afin d'éviter un astigmatisme postopératoire.

Enfin, un surjet termine la suture (procédé n'utilisant qu'un seul long fil avec des points serrés régulièrement et maintenus sous pression).



L'étanchéité de la suture est vérifiée et un collyre antibiotique est appliqué.