



Enquête sur les procédures en chirurgie de la cataracte

Résultats interrégionaux
(Ile-de-France, Occitanie, Grand-Est)

2018



CPIas IDF : C. Daniel, A. Gaudichon, E. Seringe

CPIas Occitanie : C. Mourlan, S. Vandesteene

CPIas Grand-Est : E. Poirier





Contexte

- L'opération de la cataracte est l'acte chirurgical le plus fréquent en France (~ 600 000 / an)
- La complication la plus redoutée est l'endophtalmie, considérée comme une infection de site opératoire (ISO) sévère pouvant entraîner une perte de vision voire une perte de l'œil lui-même
 - Son incidence estimée à 0,027 %¹ a beaucoup diminué ces dernières années notamment grâce à la généralisation de l'antibioprophylaxie chirurgicale par céfuroxime
- Suite à plusieurs signalements externes d'endophtalmies *via* e-SIN, les investigations menées au bloc opératoire par les EOH et/ou les CPias ont mis en évidence des écarts aux recommandations en vigueur dans la prévention de ces ISO

¹ Endophtalmies après chirurgie de la cataracte : incidence et facteurs de risque en France
François C, Miliani K, L'Hériteau F, Astagneau P. Hygiènes 2017; 6: 359-366.



Méthodologie

- Un état des lieux des pratiques autour de la chirurgie de la cataracte a été conduit afin :
 - D'évaluer les pratiques aux niveaux régional et interrégional (Ile-de-France – Occitanie – Grand-Est)
 - D'envisager des actions communes
- L'enquête basée sur le volontariat est composée de 2 questionnaires distincts :
 - Un rempli par les EOH, complété à partir du protocole de l'établissement de santé (ES)
 - Un rempli par les chirurgiens, déclaratif sur leurs pratiques (transmis par l'EOH, soit directement avec le lien internet, soit sous format PDF avec saisie sur le formulaire web par l'EOH)
- Tous les ES des 3 régions participantes pratiquant la chirurgie de la cataracte ont été sollicités
- Période de l'enquête : du 5 mars au 4 juin 2018



Questionnaire EOH

Enquête sur les procédures en chirurgie de la cataracte

En tant qu'EOH, merci de remplir ce questionnaire à partir du ou des protocoles thématiques de la question.

L'équipe des CPias vous remercie pour votre participation.

Statut de l'établissement :

Public Privé Espic

Type d'établissement :

CHU CH MCO

Région :

Occitanie Ile-de-France

Nom de l'établissement : _____

Ville : _____

Nombre de chirurgiens exerçant la chirurgie de la cataracte dans votre établissement : _____

Que prévoit le protocole de votre établissement :

- Q1 : En dehors des cas d'allergie vérifiés, la Bétadine® 5 %, solution pour irrigation oculaire, unidose, est le seul antiseptique préconisé :

Oui Non

- Si non, quelle(s) solution(s) est(sont) préconisée(s) ?

- Povidone iodée (Bétadine® dermique) 10% unidose
- Povidone iodée (Bétadine® dermique) 10% multidose
- Solution à base d'hypochlorite de sodium (Amukine®)
- Autre, précisez : _____

- Q2 : Pour la dilatation de l'œil, votre protocole préconise :

(plusieurs réponses possibles)

- des collyres multidoses servant à plusieurs patients
- des collyres unidoses, une dosette par patient
- des collyres unidoses, une dosette par instillation
- des inserts mydriasset et en êtes satisfait
- des inserts mydriasset et avez rencontré des difficultés d'utilisation
- la spécialité Mydrane en intracaméculaire
- Autre, précisez : _____

- Q3 : L'anesthésie par application de Xylocaïne® (lidocaïne) 2 % gel urétral est préconisée dans le protocole :

Oui Non

- Si oui, précisez à quel moment le gel anesthésique est instillé
- Avant l'antiseptique Après l'antiseptique

- Q4 : La désinfection chirurgicale des mains par friction hydro-alcoolique est la technique privilégiée dans le protocole pour la préparation des mains par l'opérateur et l'aide-opérateur ?

Oui Non

- Q5 : Existe-t-il un support écrit d'une information à remettre au patient sur les conseils à suivre en post opératoire ?

Oui Non

- Q6 : Effectuez-vous un recueil annuel de l'incidence des endophtalmies post cataracte ?

Oui Non

Si oui préciser :

- Nombre de cataractes opérées en 2016 : _____
- Nombre d'endophtalmies post-cataracte en 2016 : _____
- Nombre de cataractes opérées en 2017 : _____
- Nombre d'endophtalmies post-cataracte en 2017 : _____



Questionnaire Chirurgical

Enquête sur les procédures en chirurgie

Recueil anonyme

Suite à l'investigation de plusieurs signalements d'endophthalmitis en Occitanie mènent une enquête sous forme d'un court questionnaire. L'équipe des CPias vous remercie pour votre participation.

Statut de l'établissement :

Public Privé Espic

Type d'établissement :

CHU CH MCO

Région :

Occitanie Ile-de-France

Nom de l'établissement :

Ville :

Q1 : Quel(s) antiseptique(s) utilisez-vous pour la désinfection (plusieurs réponses possibles)

- Bétadine[®] 5%, solution pour irrigation oculaire, uni
 Povidone iodée (Bétadine[®] dermique) 10% unidoses
 Povidone iodée (Bétadine[®] dermique) 10% multidoses
 Solution à base d'hypochlorite de sodium (Amukin)
 Autre, précisez : _____

Q2 : Réalisez-vous une anesthésie par application de Xylocaïn

Oui Non

- Si oui, précisez à quel moment le gel anesthésique est appliqué :
- Avant l'antiseptique Après l'antiseptique

Q3 : Quelle est la technique que vous privilégiez pour la désinfection chirurgicale des mains ?

- désinfection chirurgicale des mains par friction hydro alcoolique
 lavage chirurgical des mains

Q4 : Réalisez-vous systématiquement une antibioprofylaxie par injection intracamerulaire de céfuroxime 1 mg (hors contexte d'allergie aux céphalosporines) :

Oui Non

Si oui, l'aiguille filtrante du kit est-elle systématiquement utilisée ?

Oui Non

Q5 : Pour l'irrigation externe de l'œil en peropératoire, utilisez-vous systématiquement une présentation unidosse stérile de BSS (ou autres solutions physiologiques) ?

Oui Non

Si non, prélevez-vous du BSS en seringue après recueil dans une cupule stérile du soluté avant connexion au phaco ?

Oui Non

Q6 : Pour la dilatation de l'œil, vous utilisez :

(plusieurs réponses possibles)

- des collyres multidoses servant à plusieurs patients
 des collyres unidoses, une dosette par patient
 des collyres unidoses, une dosette par instillation
 des inserts mydriasset et en êtes satisfait
 des inserts mydriasset et avez rencontré des difficultés d'utilisation
 la spécialité Mydrane en intracamérulaire
 Autres, précisez : _____

Q7 : Pour la prise en charge post opératoire :

- Le premier pansement est ouvert le jour même de l'intervention par le patient (instillation collyre) ?
 Oui Non
- Remettez-vous une information écrite au patient sur les conseils à suivre en post opératoire ?
 Oui Non
- Indiquez le nombre de collyres prescrits en post-op en dehors de toute autre pathologie oculaire : _____

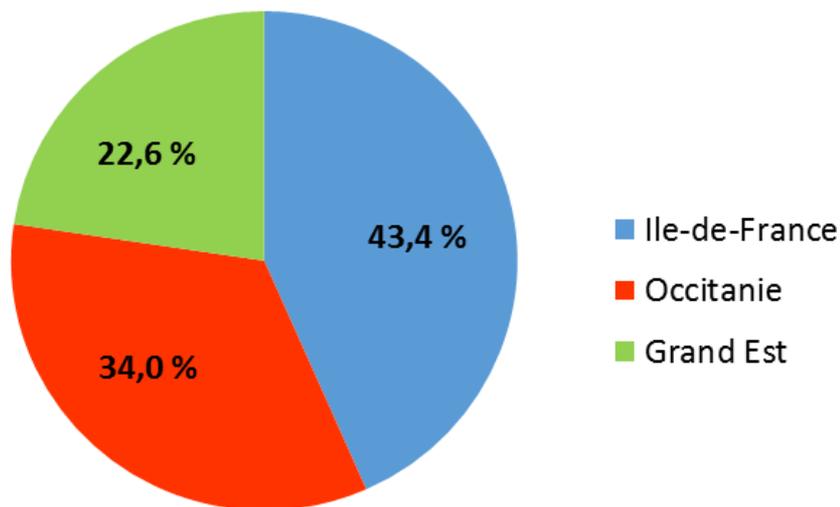


Résultats-1

Participation



- Taux de participation de 49 % :
106 ES répondants sur 217 sollicités
- Répartition par région des ES participants
(N=106)

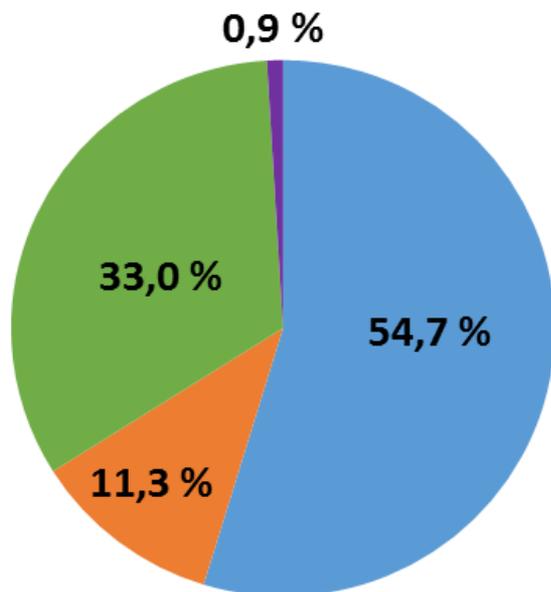




Répartition par type d'établissement

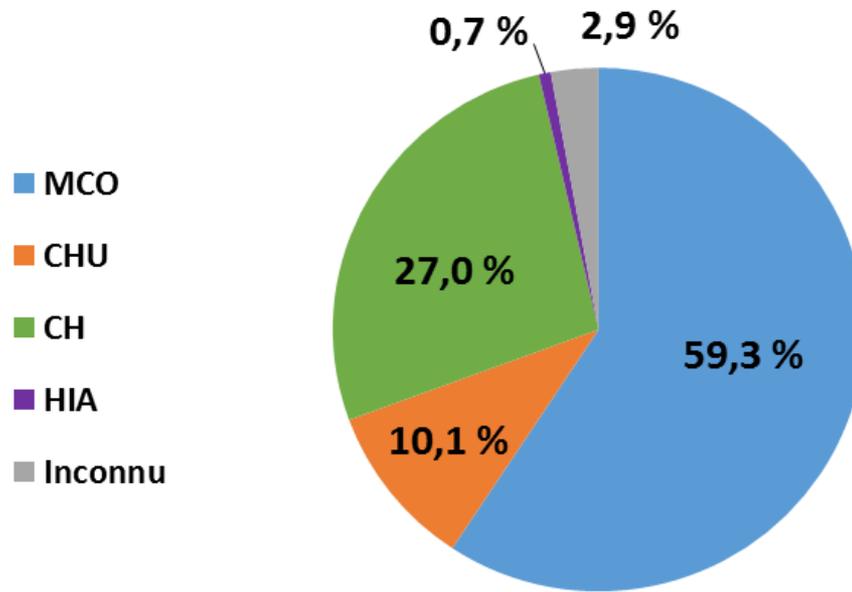
106/217 ES

Taux de participation : 49 %



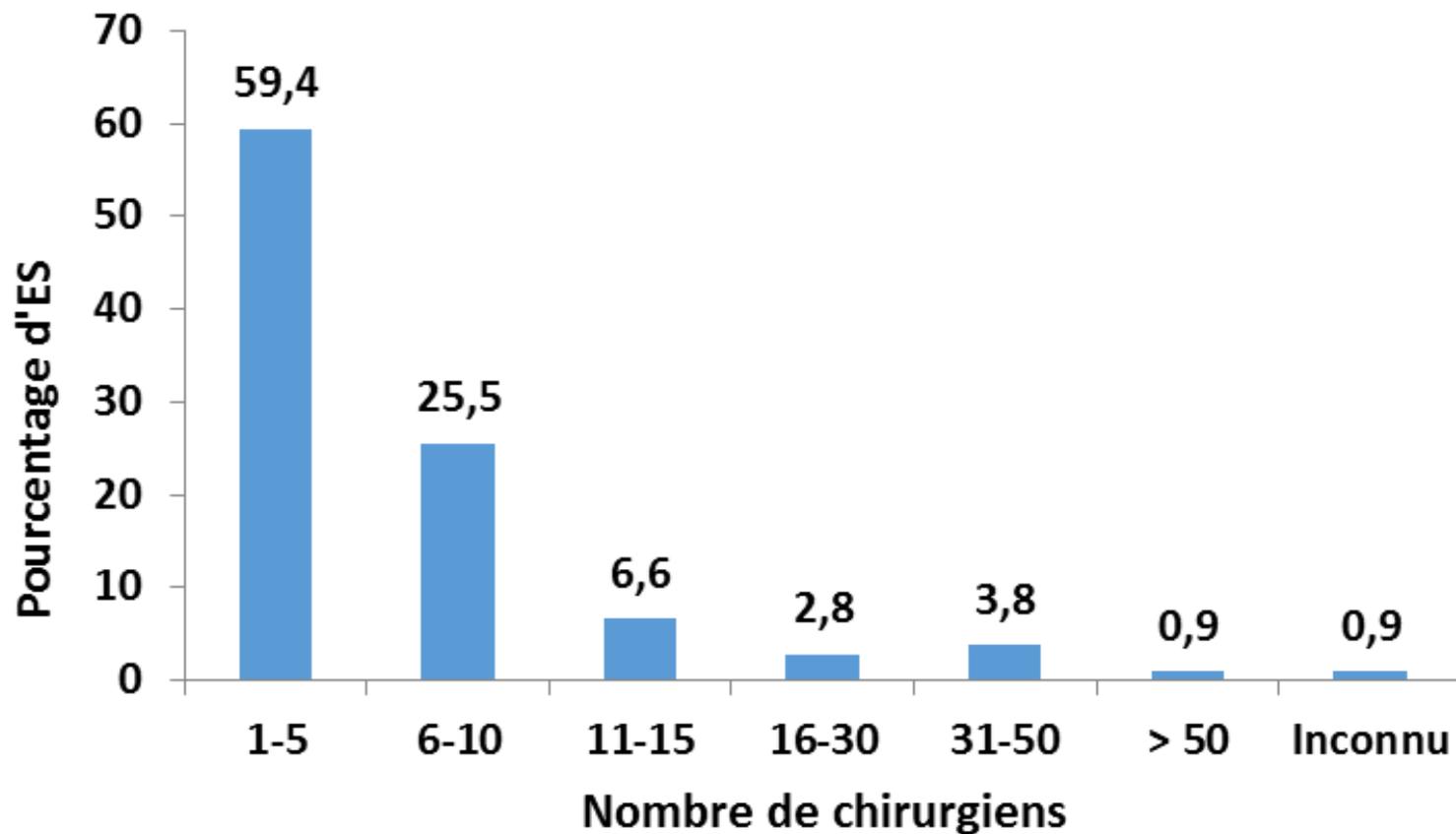
415/833 Chirurgiens

Taux de participation des chirurgiens sollicités : 50 %



3 régions

Nombre de chirurgiens / ES (Nb ES = 106)





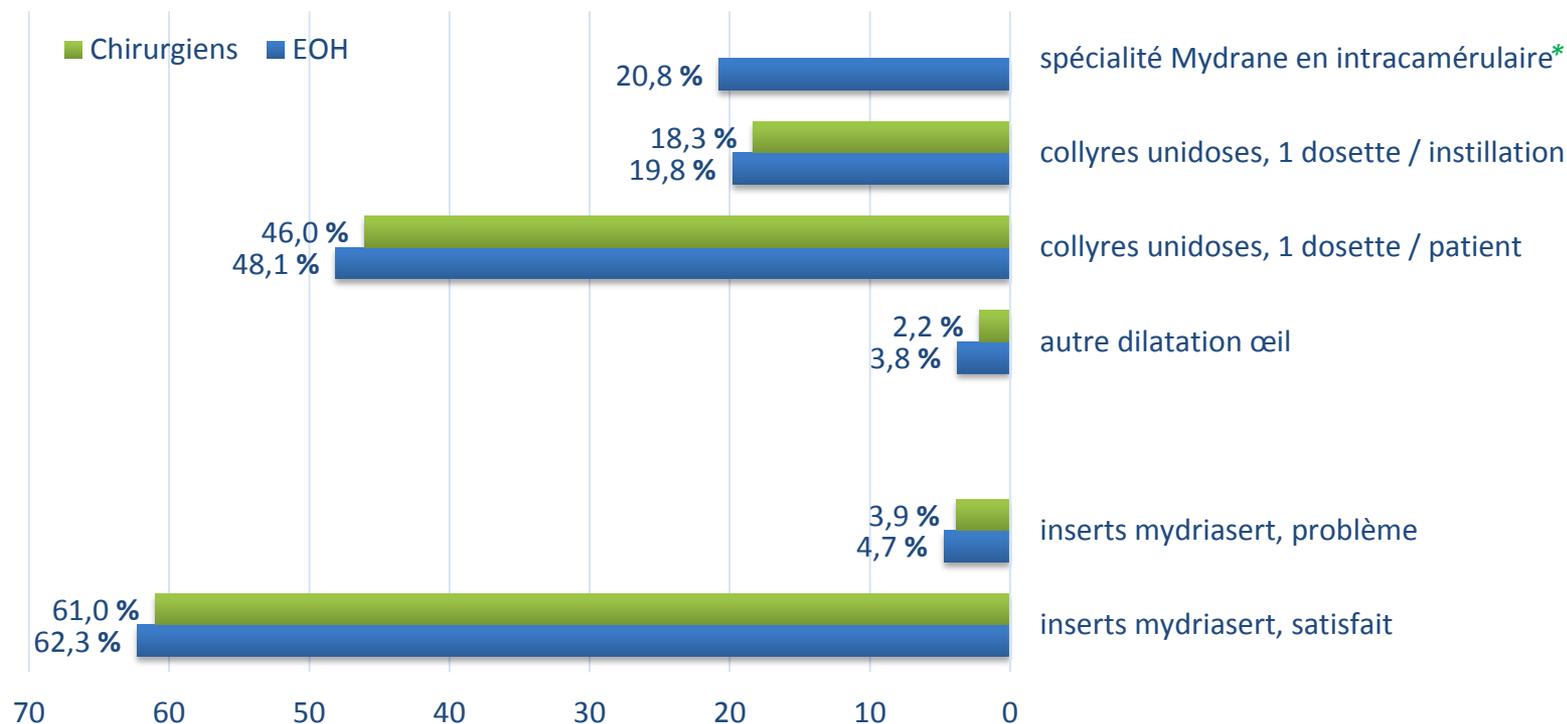
Résultats-2

Prévention du risque infectieux
en pré-opératoire



Modalités de dilatation oculaire

(Nb EOH = 105, Nb chirurgiens = 403)



* En raison d'un problème sur le formulaire, l'utilisation de la spécialité Mydrane par les chirurgien n'a pas été enregistrée

✗ Conservation des collyres unidoses

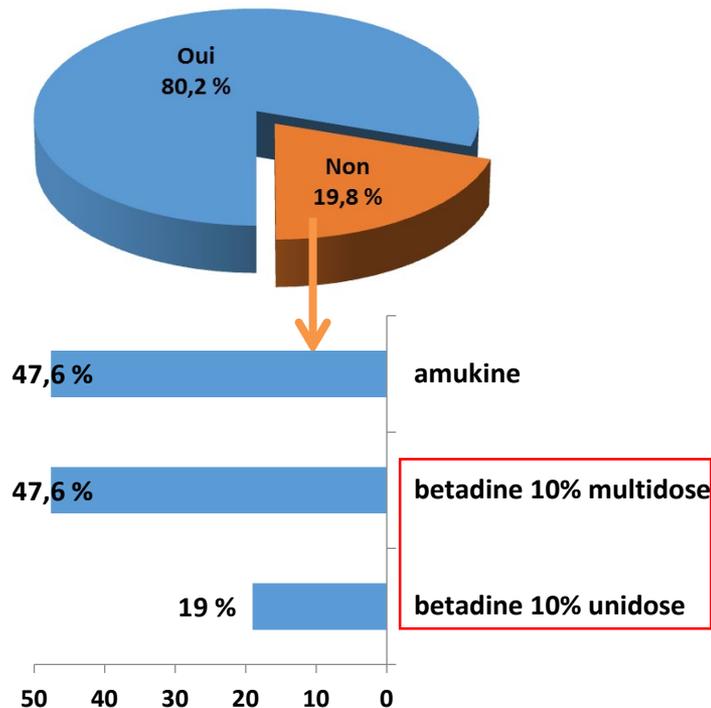
✓ Utilisation importante de l'insert et émergence Mydrane

Préparation oculaire



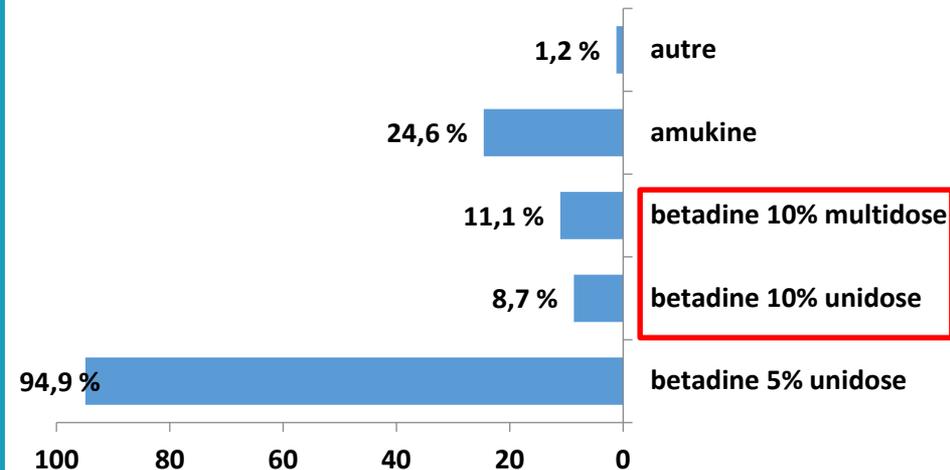
Protocole EOH (N=106)

Sauf allergie, seule Bétadine 5 % unidose



Chirurgiens (N=411)

Antiseptiques utilisés par le chirurgien



X 20 % des ES ne préconisent pas l'utilisation exclusive de la Bétadine® 5 %

✓ ... mais 95 % des chirurgiens l'utilisent

X ... mais 11 % utilisent de la Bétadine 10 % multidose et près de 25 % de l'Amukine®



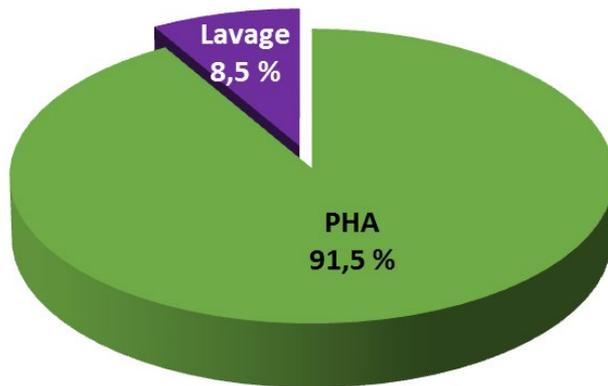
Résultats-3

Prévention du risque infectieux
en peropératoire

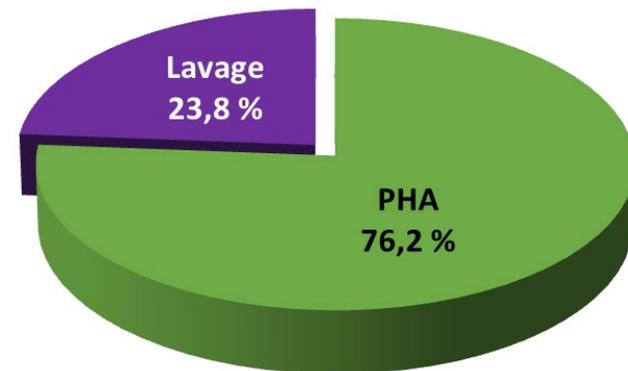


Désinfection chirurgicale des mains

Protocole ES
(N=106)



Chirurgiens
(N=412)

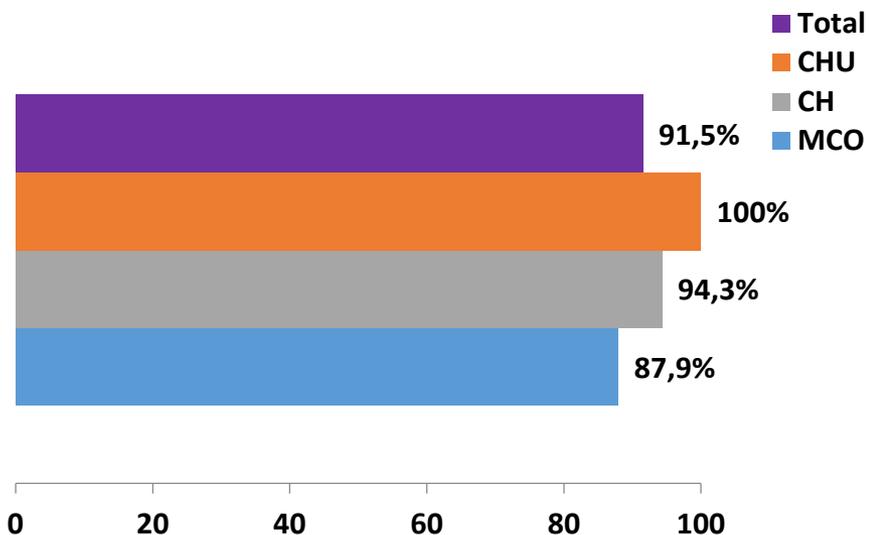


- ✓ DCF largement privilégiée dans les protocoles
- ✗ mais $\frac{1}{4}$ des chirurgiens se lavent les mains

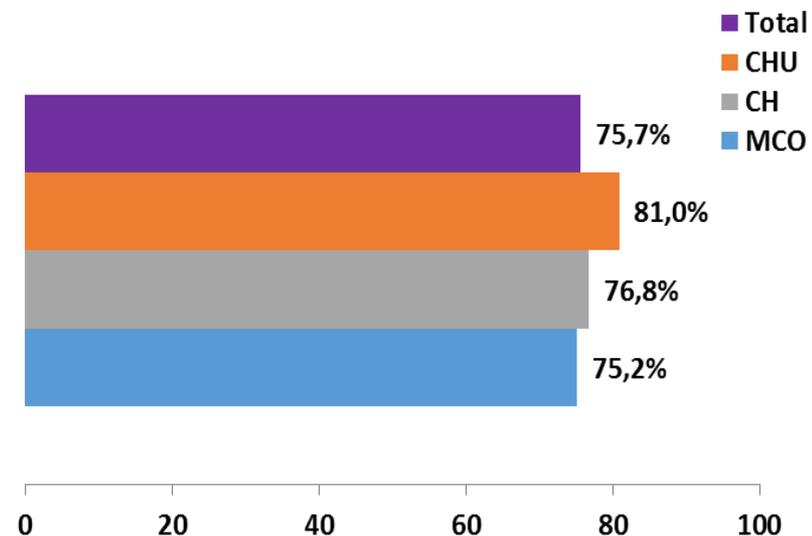


Désinfection chirurgicale des mains par PHA par type d'ES

Protocole ES (N=105)



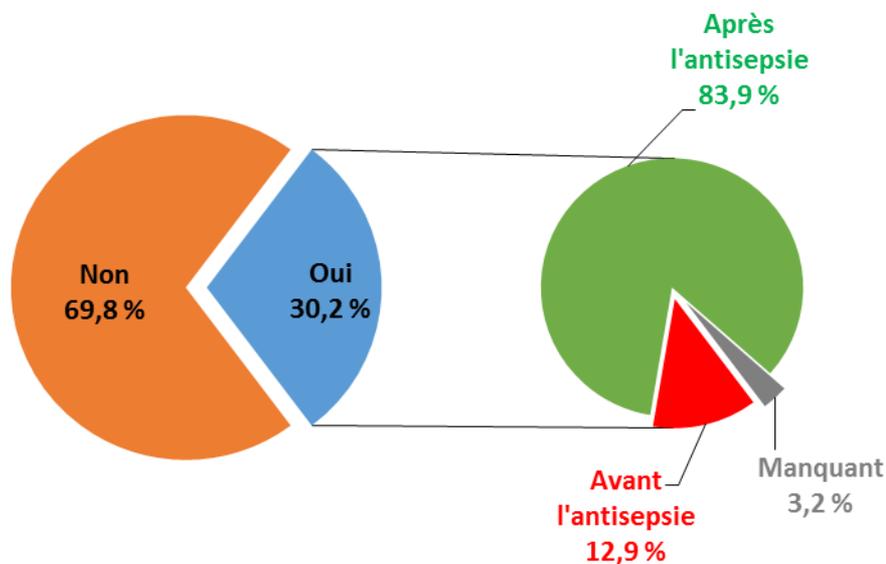
Chirurgiens (N=400)



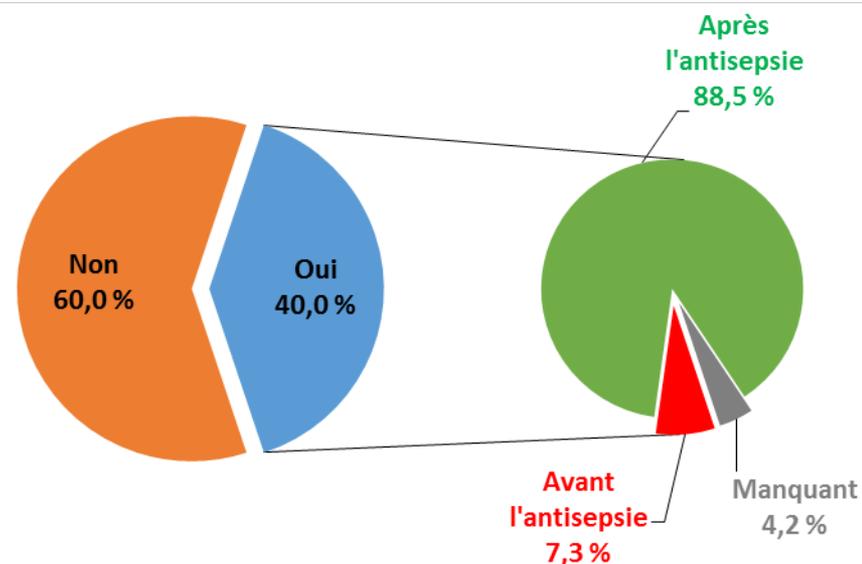


Anesthésie par application de Xylocaïne® 2 % gel urétral et moment d'instillation

Protocole ES (N=105)



Chirurgiens (N=414)

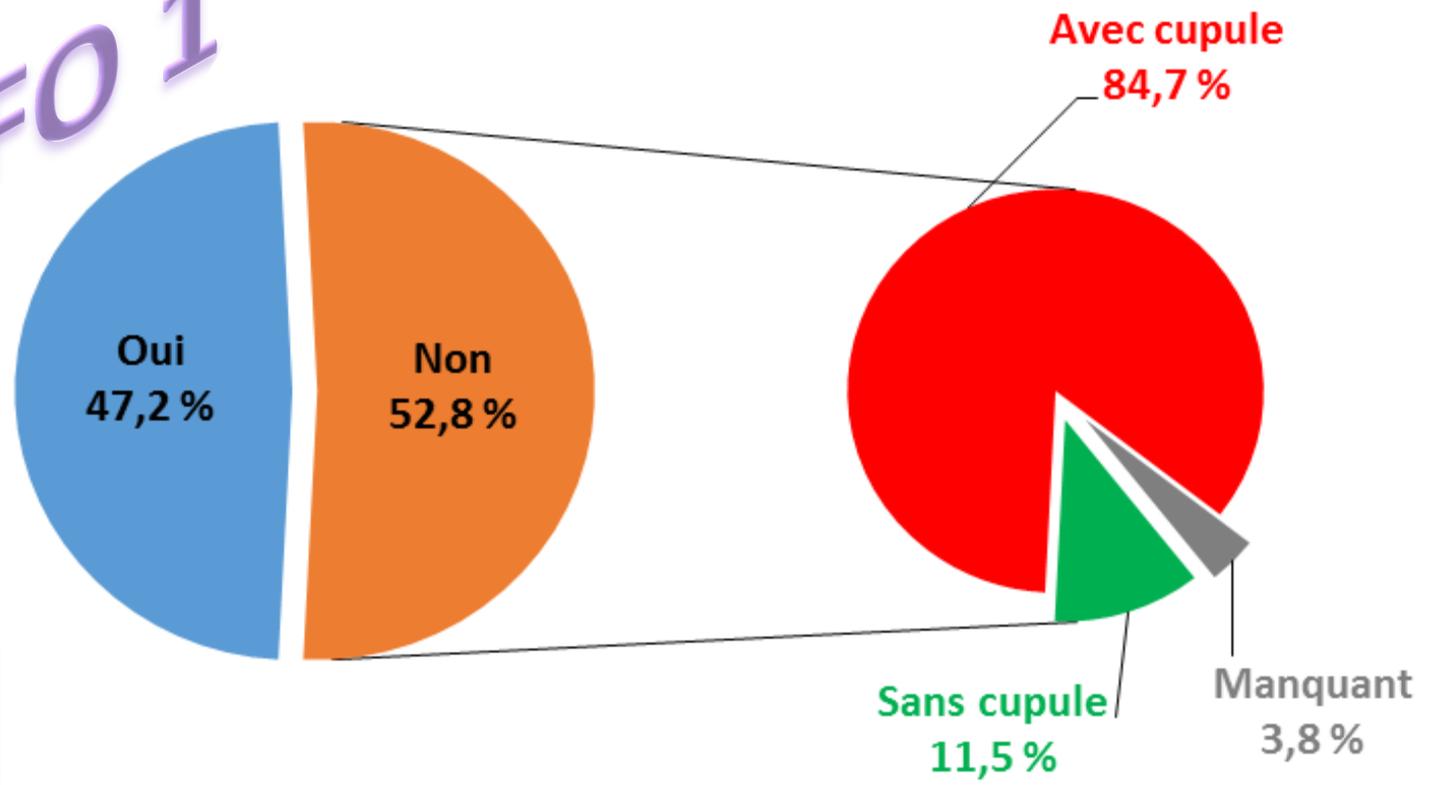


✓ Privilégier l'utilisation d'un anesthésique avec AMM ou à défaut respecter l'antiseptie avant application de Xylocaïne®



Irrigation perop BSS unidose (N chirurgiens=405)

R9 SFO 1



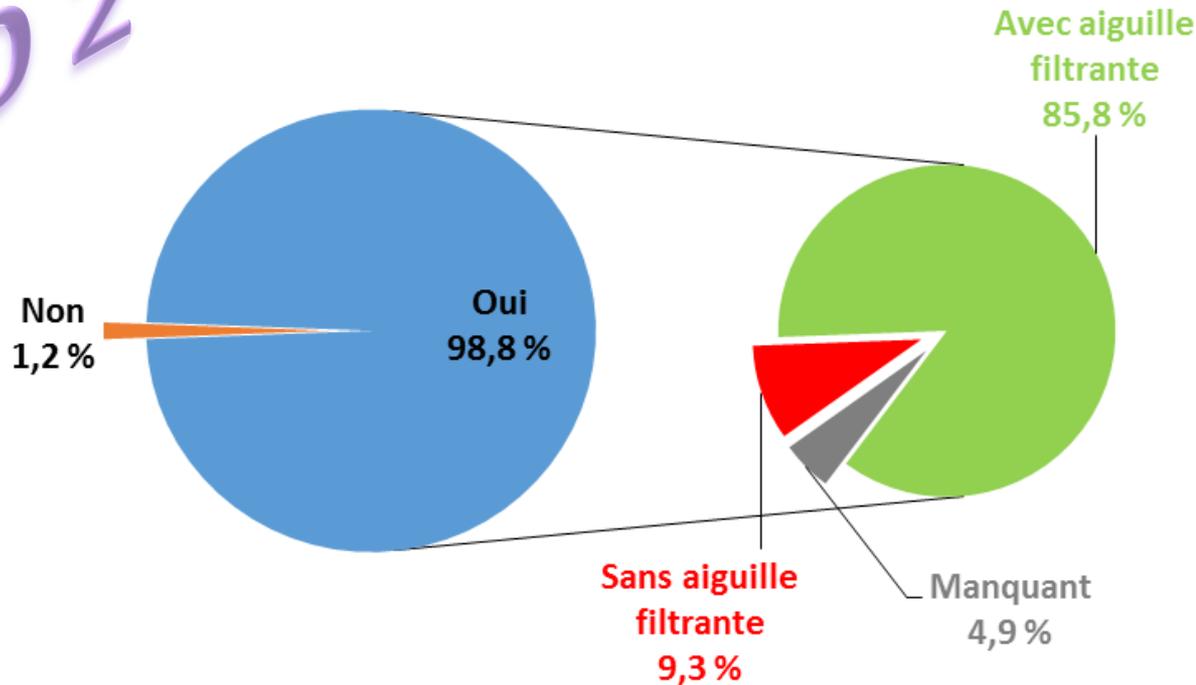
X Rupture système clos

Antibioprophylaxie chirurgicale par injection de céfuroxime 1 mg (Nb chirurgiens = 414)



3 régions

R9 SFO 2



- ✓ Généralisation ATBprophylaxie par céfuroxime intracaméculaire
- ✗ Utilisation non systématique de l'aiguille filtrante lors de la préparation pour éviter tout dépôt particulaire



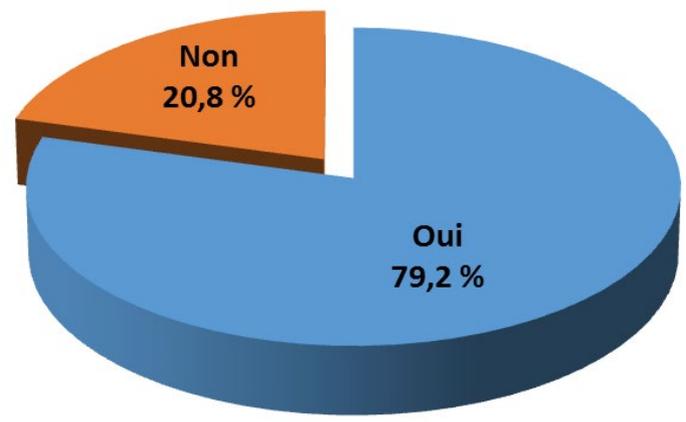
Résultats-4

Prévention du risque infectieux
en postopératoire

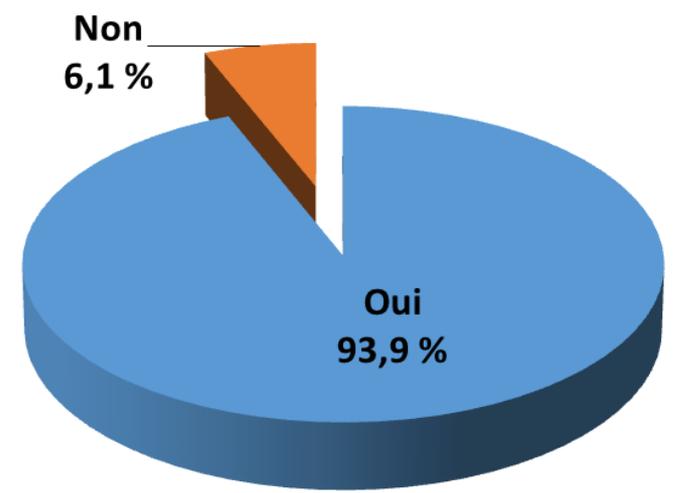


Support d'information patient

Protocole EOH (N=106)



Chirurgiens (N=411)



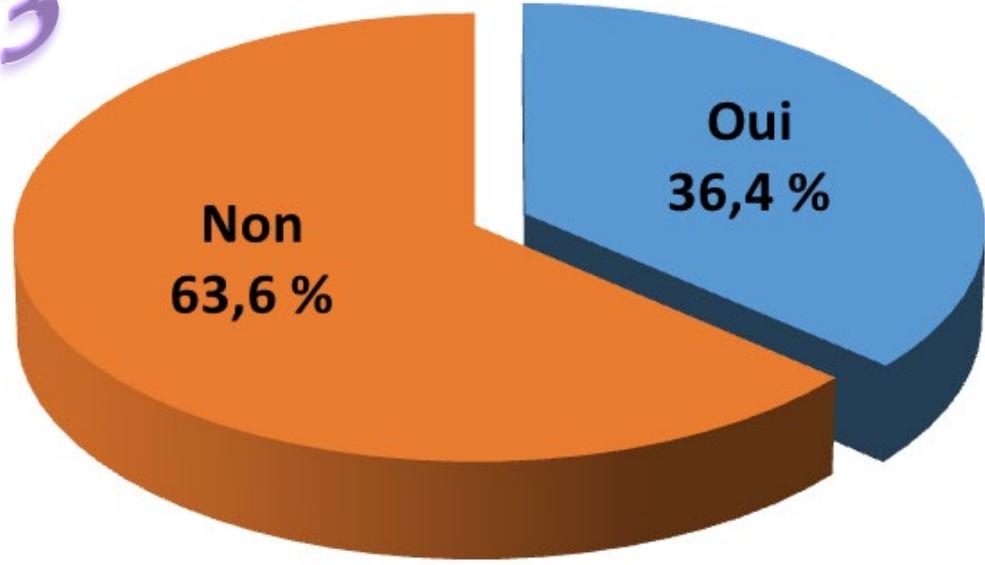
✓ Généralisation du support d'information patient remis par le chirurgien



Pansement postopératoire et nombre de collyres (Nb chirurgiens = 409)

- Pansement ouvert par le patient < 24 h

R9 SFO 3



- Nombre de collyres moyen en postopératoire : 2,4 [1-7] (N=373)

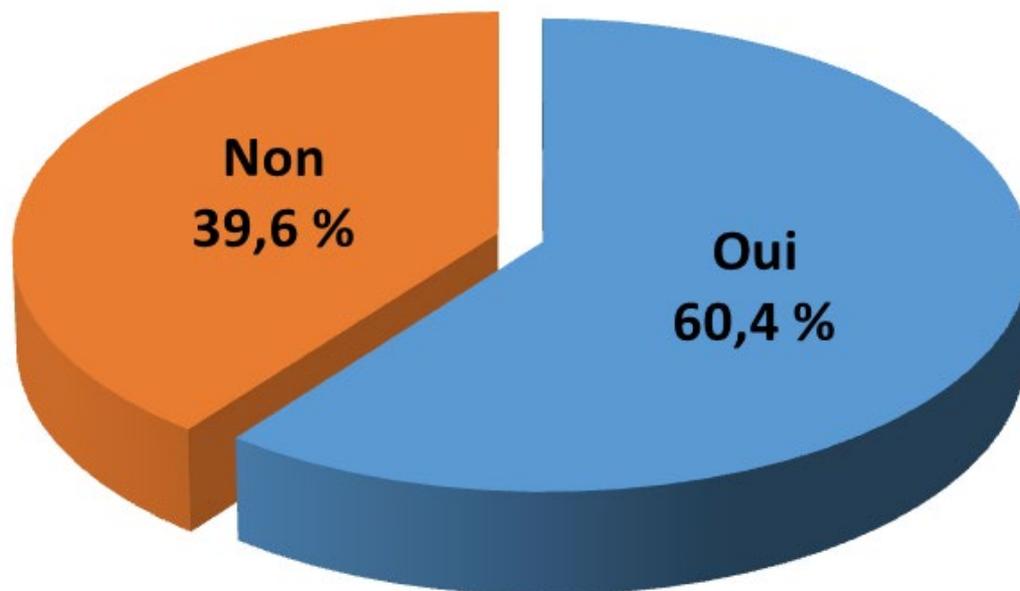
X Ouverture du pansement par le patient avant 24 h



Résultats-5

Modalités de surveillance
des endophtalmies

Recueil annuel endophtalmies (Nb ES = 106)



X 40 % des ES n'organisent pas le recueil systématique des endophtalmies

Recueil annuel endophtalmies

Données disponibles



	2016	2017
Nb ES répondants	61	61
Cataractes	98 765	105 284
Endophtalmies (<i>nombre de cas signalés sur e-SIN</i>)	39 (15)	37 (23)
Incidence / 1 000 cataractes [min-max]	0,395 [0-42,6]	0,351 [0-6,5]

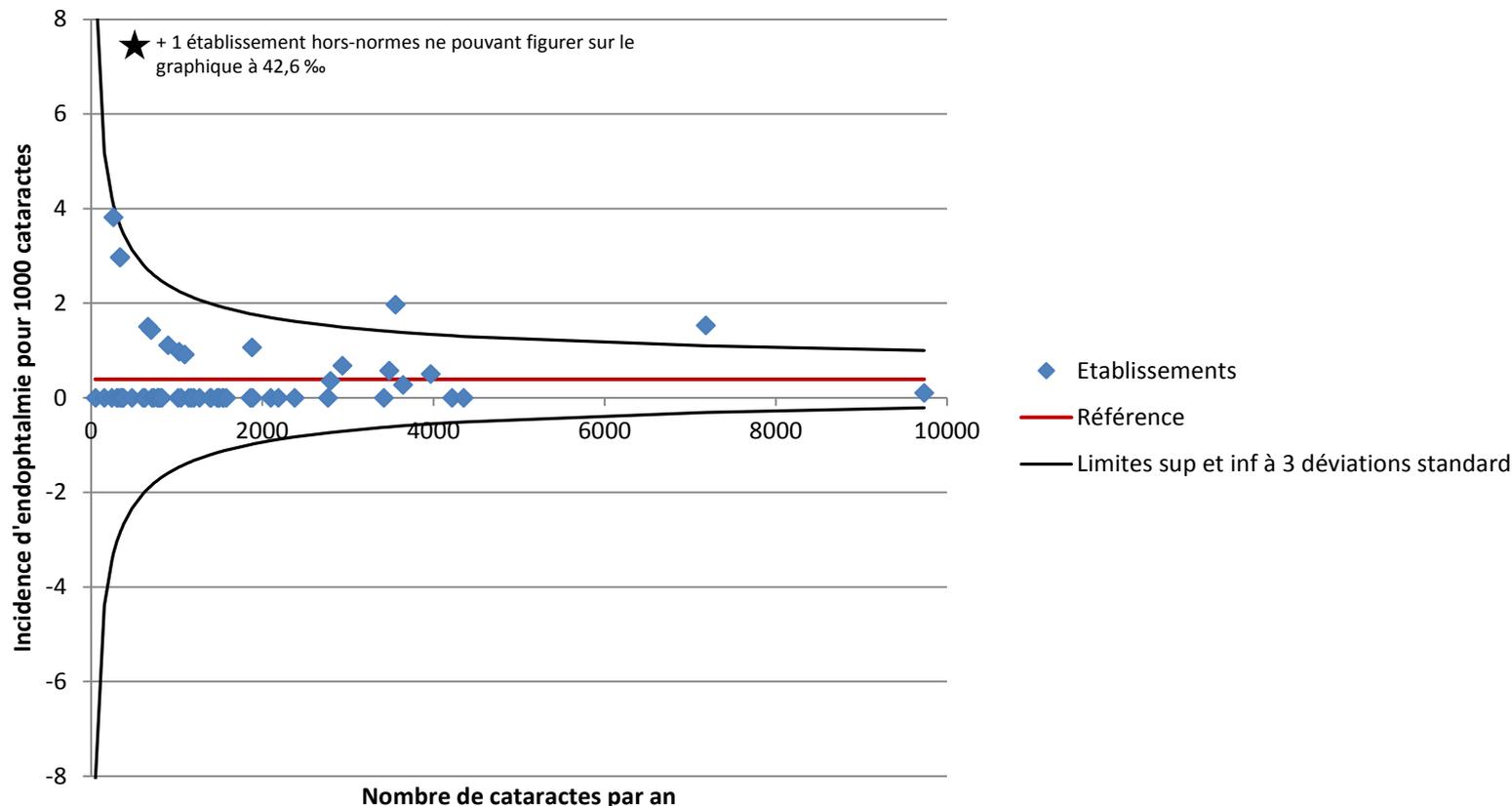
X Déclaration e-SIN non systématique des endophtalmies

NB : il n'était pas demandé le type de méthode de recueil des endophtalmies (durée de suivi des patients en post-opératoire, recapture des patients traités dans un autre établissement...) => biais possible.

Funnel plot incidence d'endophtalmies post-cataractes 2016 (N=61)



Funnel plot des incidences d'endophtalmies post-cataractes en 2016

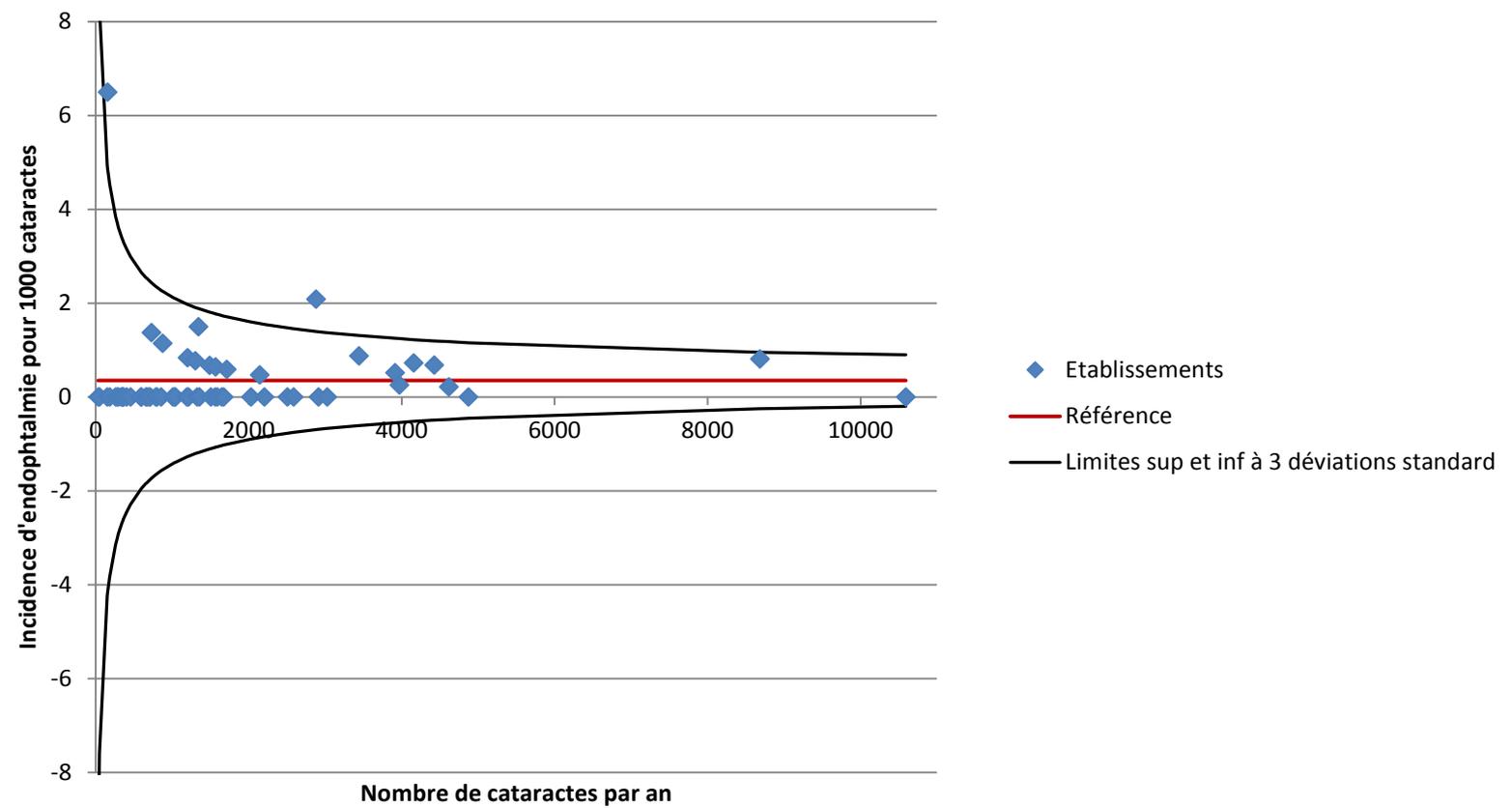


Ce *funnel plot* (ou diagramme en entonnoir) permet de situer chaque établissement par rapport à la moyenne d'incidence des endophtalmies de cet échantillon. Les établissements situés au dessus de l'entonnoir ont un résultat statistiquement différent de la valeur de référence et sont donc considérés comme « hors normes ou atypiques »

Funnel plot incidence d'endophtalmies post-cataractes 2017 (N=61)



Funnel plot des incidences d'endophtalmies post-cataractes en 2017



Synthèse



✓ Points forts :

- Désinfection chirurgicale des mains / PHA
- Information patient
- Antibioprophylaxie : prescription systématique de céfuroxime 1 mg

✗ Points faibles :

- Non-conformité de l'antiseptique utilisé : seule AMM = Bétadine® 5 % oculaire
- Utilisation non exclusive d'unidoses pour antiseptique, collyre, BSS
- ATBprophylaxie : reconstitution non conforme du céfuroxime 1 mg
- Utilisation hors AMM du gel urétral de Xylocaïne® 2 %
- Ouverture du pansement par le patient < 24 heures
- Recueil et suivi des endophtalmies non systématique pour tous les ES



Conclusion et perspectives

- Bon taux de participation global
- Cette enquête a permis de renforcer le lien entre EOH et chirurgiens
- Des pistes d'améliorations ont été proposées et devront être mises en place notamment par les établissements « hors normes »

Enquête inter-régionale sur les pratiques en chirurgie de la cataracte



AUTEURS

A. Gaudichon¹, C. Mourian², S. Vandesteene¹, C. Daniel³, E. Poirier¹, P. Astagneau¹
¹ CPIas Ile-de-France, ² CPIas Occitanie, ³ CPIas Grand-Est
 Contact : agnes.gaudichon@aphp.fr

1 CONTEXTE

La chirurgie de la cataracte est un acte fréquent dont les complications infectieuses peuvent être sévères. Lors de différentes investigations réalisées au décours de plusieurs signalements d'endophtalmies, certaines pratiques à risque ont été identifiées.

L'objectif de ce travail était d'évaluer la fréquence de ces pratiques à risque afin d'envisager des actions correctives communes.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Une enquête a été adressée aux établissements de santé (ES) pratiquant cette chirurgie dans les 3 régions participantes en mars 2018. Elle était composée de 2 questionnaires :

- Un sur les protocoles rempli par l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH)
- Un déclaratif sur les pratiques rempli par les chirurgiens de ces ES.

3 RÉSULTATS

Caractéristiques des répondants : 48% des ES pratiquant la chirurgie de la cataracte dans ces 3 régions ont répondu, soit 106 ES dont la moitié sont privés. Dans ces ES, 415 chirurgiens ont participé et la médiane du nombre de chirurgiens par ES est de 3 (1-77).

Risque infectieux pré-opératoire

- **Dilatation oculaire :** 46 % des chirurgiens utilisent un collyre unidose conservé pour une réinstillation au même patient.
- **Antiseptie :** la povidone iodée 5% oculaire (seule ayant l'autorisation de mise sur le marché, AMM) est utilisée pour l'antiseptie de l'œil par 93 % des chirurgiens mais 20 % des chirurgiens utilisent également la povidone iodée 10 % dont la moitié en flacons multidoses.

Risque infectieux per-opératoire

- **Désinfection chirurgicale des mains :** la friction est la technique privilégiée pour 92 % des EOH et 72 % des chirurgiens.
- **Anesthésie oculaire :** le gel urétral de lidocaïne est utilisé en dehors de son AMM par 40 % des chirurgiens et 7 % d'entre eux l'appliquent avant l'antiseptie (barrière à l'action de l'antiseptique).
- **Irrigation oculaire externe :** seuls 47 % des chirurgiens utilisent le balneacel soit solution (BSS) en unidose pour l'irrigation externe en peropératoire, les autres déconditionnent majoritairement le BSS dans une cupule occasionnant une rupture d'asepsie.
- **Antibioprophylaxie :** le céfuroxime est prescrit par 99 % des chirurgiens mais la reconstitution du médicament se fait sans aiguille filtrante dans 9 % des cas, majorant le risque de complication.

Risque infectieux post-opératoire

- **Informations :** 94 % des chirurgiens remettent un support d'information au patient.
- **Soins :** 36 % des chirurgiens font ouvrir trop tôt le pansement par le patient, le jour de l'intervention.
- **Surveillance :** le recueil annuel des endophtalmies est effectué par seulement 60 % des EOH. Parmi les EOH suivant ces ISO, une incidence moyenne de 0,351 % en 2017 a été calculée, légèrement supérieure aux données de la littérature. Toutes les endophtalmies n'ont pas fait l'objet d'un signalement externe.

4 CONCLUSION

Ce travail a permis de renforcer le dialogue entre chirurgiens et EOH afin de mettre en adéquation les protocoles existants avec les pratiques. Les écarts aux bonnes pratiques relevés et les pistes d'amélioration proposées ont été diffusés aux chirurgiens via une infographie (ci-contre) destinée au bloc opératoire.



Enquête inter-CPIas 2018

PROCÉDURES EN CHIRURGIE DE LA CATARACTE

Participation de 3 régions

106 établissements
(participation : 49%)



Grand-Est
Ile-de-France
Occitanie



415 chirurgiens

Antiseptie

- ✔ 95 % des chirurgiens utilise la Bétadine® 5 % oculaire
- ✘ Utilisation de Bétadine® 10 % et pas exclusivement en unidose

Utiliser exclusivement la Bétadine® 5% unidose en intraoculaire

Dilatation oculaire

- ✘ 46 % utilise le collyre en unidose mais conservent l'unidose pour réinstillation

Utiliser 1 unidose par instillation

Anesthésie oculaire

- ✘ 40 % utilise de la Xylocaïne® 2 % gel urétral (hors AMM) et parmi eux, 7 % l'applique avant l'antiseptie

Privilégier l'utilisation d'anesthésique avec AMM (à défaut réaliser l'antiseptie avant application du gel)

Antibioprophylaxie

- ✔ 99 % réalise une antibioprophylaxie par l'Aprokam®
- ✘ 9 % n'utilise pas d'aiguille filtrante

Respecter les étapes de reconstitution de l'Aprokam®

Retour à domicile

- ✔ 94 % remet un support d'information à leurs patients
- ✘ 36 % fait ouvrir le pansement par le patient le jour de l'intervention

Attendre 24h minimum pour ouvrir le pansement

Irrigation oculaire externe

- ✘ 85 % des chirurgiens qui n'utilisent pas d'unidose font un transfert en cupule (rupture du système clos)

Utiliser du BSS en unidose



Et penser à signaler tout cas d'endophtalmie !

CPIas

Résultats complets de l'enquête sur <https://cpias-occitanie.fr>



CATARACTE – PLAQUETTE DE CONSEIL POST-OPÉRATOIRE.

ESPACE DE TÉLÉCHARGEMENT

→ Cataracte – Plaquette de conseil

Adresse de l'établissement (en ne figure pas sur le logo)

LOGO de l'établissement

Téléphone du standard : _____

Téléphone du service d'ophtalmologie ou de l'ophtalmologiste : _____

Numéro de téléphone en cas d'urgence (24h/24h + WE) : _____

Nom du chirurgien qui vous a opéré :

Date et heure de votre intervention : Le à h

Date et heure de votre prochain rendez vous : Le à h

CONSIGNES POST- OPERATOIRES APRES UNE CHIRURGIE DE LA CATARACTE

[A LIRE OU A VOUS FAIRE LIRE](#)

COMPLICATIONS APRES UNE CHIRURGIE DE LA CATARACTE

L'intervention de la cataracte est un acte très fréquent, parfaitement standardisé. Il est suivi d'excellents résultats. Cependant, l'opération de la cataracte n'échappe pas à la règle générale selon laquelle il n'existe pas de chirurgie sans risque.

Avant votre intervention, vous avez été averti(e) des complications possibles après une intervention de la cataracte. Un document vous a été remis. Vous pouvez vous y référer.

Le patient et ses proches ont un rôle personnel à jouer dans la réussite de la chirurgie de la cataracte, en respectant les recommandations post opératoires pour la réalisation des soins et la protection de l'œil opéré vis-à-vis de tout traumatisme.

C'est pourquoi vous devez suivre attentivement les consignes de ce document.

Une prescription de soins infirmiers à domicile sera délivrée uniquement (mais systématiquement) pour les patients peu ou pas autonomes, sans entourage pouvant les aider dans les soins post opératoires prescrits.

A VOTRE DOMICILE

- 1) A votre retour
 - Repos indispensable jusqu'au lendemain matin.
 - S'alimenter car l'intervention est réalisée à jeun.

- 2) La première nuit
 - Ne pas rester seul la première nuit (Obligatoire).
 - Eviter de dormir du côté de l'œil opéré cette nuit là.

- 3) La première nuit et les jours suivants
 - **Ne pas toucher ni froter l'œil.**
 - Mettre une taie d'oreiller ou de traversin propre. Elle doit toujours rester propre.
 - La coque et/ou le pansement sont à remettre avant de dormir durant huit jours. (voir recommandations ci-après)
 - Débuter le traitement collyre et/ou pommade prescrit par votre chirurgien pour l'œil opéré. (Voir recommandations ci-après)
 - Poursuivre la prescription de collyre(s) et/ou de pommade durant le temps précisé sur l'ordonnance médicale.
 - Reprendre votre traitement médicamenteux habituel, sauf contre indication par le chirurgien ophtalmologiste et/ou l'anesthésiste.
 - Porter des lunettes (Quel que soit le type de lunettes : lunettes de vue adaptées, neutres ou lunettes de soleil) durant la journée et ce durant 8 jours, pour diminuer le risque de traumatisme de l'œil.

URGENCES

Pour l'œil opéré, en cas de symptôme pouvant évoquer une complication, tel que :

- o Baisse de la vision franche et brutale de l'œil opéré.
- o Douleur oculaire.
- o Aggravation de la rougeur oculaire.
- o Perception importante de mouches volantes, taches, d'un voile noir ou d'éclairs.

Vous devez contacter immédiatement votre chirurgien ou l'établissement dans lequel vous avez été opéré pour avis médical le jour même. (Voir Numéros d'appel p.1)



RECOMMANDATIONS

GESTION ET INSTILLATION DES COLLYRES ET/OU POMMADE

Pour prévenir tout risque d'infection sur l'œil opéré lors de l'instillation des collyres et/ou de pommade :

AVANT DE TOUCHER L'ŒIL ET DE MANIPULER LES COLLYRES ET/OU LA POMMADE

- Lavez-vous les mains avec du savon liquide et de l'eau avant chaque soin en vous essuyant les mains sur un papier jetable ou une serviette propre.
- ou
- Désinfectez-vous les mains avec une solution hydro-alcoolique que vous pouvez trouver en pharmacie.
Frictionner jusqu'à ce que les mains soient sèches.



GESTION DES COLLYRES ET DES TUBES DE POMMADE



- Noter sur chaque flacon et/ou tube la date d'ouverture.
- Respecter la durée limite d'utilisation après ouverture (cf. notice du médicament).
- Refermer les collyres et/ou tubes après chaque utilisation.
- Déposer les collyres et/ou tubes sur un endroit propre et non poussiéreux.
- Si vos deux yeux sont opérés, identifiez les flacons pour chaque œil concerné.
- Après avoir ouvert les flacons et/ou tubes, poser les bouchons sur une surface propre en veillant à ce que le côté interne du bouchon ne soit pas posé côté table (cf. photo).



ADMINISTRATION DU COLLYRE

- Veiller à ce que l'orifice du flacon ne touche rien (ni les mains, ni l'œil) (Cf photos).



ADMINISTRATION DE LA POMMADE

- Appliquer la dose prescrite dans le cul-de-sac obtenu en abaissant la partie interne de la paupière inférieure, puis procéder comme pour un collyre.
- Ne pas toucher le globe oculaire, les paupières ou les cils avec l'extrémité du tube.

APRÈS ADMINISTRATION DU COLLYRE OU DE LA POMMADE

- Utiliser une compresse stérile pour enlever l'excédent de collyre ou de pommade.
- Jeter la compresse après utilisation (1 compresse par œil si les deux yeux sont opérés).
- Pour améliorer l'efficacité des collyres, respecter un temps de 5 minutes entre chaque collyre.
- Bien reboucher les flacons et tubes après chaque utilisation.

RECOMMANDATIONS

SI UTILISATION DE LA COQUE

- Laver la coque tous les jours avec du liquide vaisselle, bien la rincer et l'essuyer avec un papier jetable propre (papier absorbant ou mouchoir à usage unique).
- Déposer la coque dans un endroit propre et sec ou dans un papier jetable propre.

RECOMMANDATIONS

SI PRESCRIPTION D'UN PANSEMENT

- Lavez-vous ou désinfectez-vous les mains avant le soin.
- Utiliser des compresses stériles.
- Si l'œil coule, utiliser une compresse stérile et ne pas la réutiliser.

CE QU'IL NE FAUT PAS FAIRE

- Se frotter l'œil opéré.
- Toucher l'œil opéré jusqu'à la prochaine consultation.
- Mouiller l'œil durant la toilette ou le shampoing, durant les 8 premiers jours post opératoires.
- Maquiller l'œil opéré durant le premier mois.
- Mettre d'autres collyres que ceux prescrits.

JUSQU'À LA PROCHAINE CONSULTATION :

- Faire une activité demandant un effort physique important ou pouvant vous exposer au sable ou à la poussière :
 - Transporter des charges lourdes.
 - Jardiner, réaliser des travaux agricoles.
 - Utiliser un tracteur à cause des vibrations et de la poussière.
 - Réaliser des travaux sales et poussiéreux.
- Aller à la piscine.

DURANT LE PREMIER MOIS :

- Faire une activité physique ou un sport pouvant exposer à une contusion oculaire ou à la poussière :
 - Tennis, sport de contact sport de combat et de ballon.
 - Vélo, moto.
 - Jouer avec de jeunes enfants et des animaux domestiques.

CE QUE VOUS POUVEZ FAIRE

- Le lendemain de l'intervention, vous pouvez reprendre une vie « normale ». Par exemple :
 - Regarder la télévision.
 - Utiliser l'ordinateur.
 - Marcher.
 - Vous alimenter normalement.
 - Lire, coudre...
 - Vous doucher quotidiennement en évitant la tête et le visage.
 - Prendre l'avion.
- Vous pouvez éventuellement vous laver les cheveux durant la première semaine, mais uniquement si vous évitez de mettre de l'eau et du shampoing dans l'œil opéré. L'aide d'une tierce personne est souhaitable, voir indispensable.

ACTIVITES AUTORISEES APRES AVIS MEDICAL

- La reprise de la conduite de votre véhicule.
- La reprise de votre activité professionnelle.
- La reprise d'une activité physique ou sportive modérée, non violente.
- La reprise de la natation.
- Les voyages.

Ne vous inquiétez pas si votre vision n'est pas tout à fait satisfaisante, notamment pour la lecture durant 3 à 4 semaines après la chirurgie.

Remarques SFO et retours...



Rq SFO 1

Pour l'utilisation d'unidoses pour le collyre de dilatation ou le BSS, ils évoquent principalement une contrainte financière (+/- développement durable). L'utilisation de BSS en unidose n'a selon eux aucun intérêt parce qu'il sera forcément déconditionné dans une cupule, que ce soit à partir de la poche du phako ou de la dosette.

- « Si nous l'avons proposé et si autant de chirurgien l'utilisent c'est qu'effectivement cela évite la mise en cupule : le conditionnement est unitaire et stérile : ouvert sur la table d'instrumentation, une canule est livrée en emballage stérile elle aussi permettant l'irrigation directe de l'œil. On peut aussi répondre que c'est économiquement acceptable puisque 47 % des chirurgiens ont fait ce choix. »
- « Ils trouvaient cela intéressant une fois que je leur ai expliqué le risque et montré le dispositif. Le seul problème est le surcoût, beaucoup travaillant en privé, ils ont peur que les pharmaciens refusent. »



Remarques SFO et retours...



Rq SFO 2

Pour le céfuroxime, ils auraient souhaité qu'on s'intéresse au partage de flacon entre plusieurs patients car c'est des pratiques qui semblent encore d'actualité dans les blocs.

- Pas de problème identifié ailleurs. Est-on passé à côté ?

Remarques SFO et retours...



R9 SFO 3

Pour l'ouverture du pansement le lendemain de la chirurgie, la biblio démontre qu'il y a un réel intérêt à initier les collyres dans les heures suivant la chirurgie donc la balance bénéfice / risque n'est pas en faveur de cette mesure.

- « 2/3 des chirurgiens ne le recommande pas à leurs patients, sont-ils tous en dehors des clous ? » On n'a pas les références biblio évoquées.
- « L'ouverture du pansement se fait souvent le lendemain matin, quelle que soit l'heure d'intervention, donc avant 24 h pour ceux opérés l'après-midi. Par contre discussion intéressante autour des collyres antiinflammatoires dont un d'action prolongée mais apparemment plus irritant, le Yellox et les autres d'action plus courte, mais donc nécessité d'en remettre au minimum 6-12 h après intervention, d'où ouverture précoce du pansement. »

