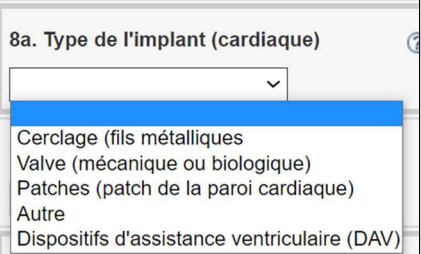


Document 16 SSI-module

KEY TERMS. Version du 05.06.2023. **Nouveau : KT 51**

N	THÈME	DATE	EXPLICATIONS
1	Culture positive obtenue de façon aseptique.	30.09.2013	Il s'agit d'une culture à partir d'un prélèvement effectué de manière à prévenir l'introduction d'organismes des tissus avoisinants dans l'échantillon collecté et pas nécessairement à partir d'un site corporel normalement stérile. Un frottis d'écoulement, réalisé dans de bonnes conditions peut ainsi être pris en compte.
2	Abcès d'un seul point de suture (« stitch abcess »)	30.09.2013	Un abcès d'un seul point de suture (« stitch abcess »), c'est-à-dire une inflammation minime et un écoulement limité au point de pénétration de la suture n'est pas considéré comme une infection du site chirurgical dans le système NHSN et de Swissnoso.
3	Dermo-hypodermite, cellulite	30.09.2013	Une dermo-hypodermite isolée ne suffit pas à poser le diagnostic d'infection incisionnelle superficielle
4	Fuite ou un lâchage de suture anastomotique	30.09.2013	Une fuite ou un lâchage de suture anastomotique, visualisés lors d'un examen radiologique ou lors d'une réintervention, correspondent à une infection d'organe/espace même si les autres critères d'une infection ne sont pas (encore) atteints.
5	Endométrites, endocardites	30.09.2013	Les endométrites et les endocardites après chirurgie sont considérées comme des infections d'organe/espace si elles répondent aux critères spécifiques. Voir tableau des critères spécifiques.
6	LAVH	30.09.2013	LAVH (Laparoscopically A ssisted V aginal H ysterectomy) signifie en français : hystérectomie vaginale assistée par laparoscopie. Cette technique correspond à une laparoscopie , il faut cocher scolie « oui » dans le CRF.
7	Procédure bilatérale	15.10.2013	Lors de procédures chirurgicales bilatérales identiques effectuées l'une après l'autre lors du même temps opératoire, telles que poses de prothèse de genou/hanche à droite et à gauche , il faut : → Créer 2 CFR et suivre l'évolution du site opératoire droite et gauche indépendamment. Si une infection est détectée, noter pour le côté concerné dans la base de données online « infection oui ». Toutes les infections sont ainsi recensées par côté. De plus, il faut noter le temps opératoire « peau à peau » spécifique à chaque côté.

Document 16 **swissnosc** SSI-module

N	THÈME	DATE	EXPLICATIONS		
8	Type d'implant 	15.10.2013 Addendum 05.06.2023	<p>Le type d'implant en chirurgie cardiaque (cerclage, valve mécanique ou biologique, anneaux (annuloplastie), patches (heart wall) et autre dispositif médical) ainsi qu'en chirurgie du rachis (prothèse discale, spacer, et autre dispositif médical) est recensé depuis le 1er octobre 2013. A noter que la base de données online n'active pas cette question pour les cas saisis avant le 1 octobre 2013.</p> <p>Lors d'intervention cardiaque, il est possible d'avoir plus d'un type de matériel étranger implanté durant la même opération. Par exemple des fils métalliques pour fermer la sternotomie (cerclage) et la mise en place d'une valve cardiaque mécanique ou biologique pour une insuffisance des valves mitrale ou tricuspide. Sélectionner la réponse sur la base des explications suivantes :</p>		
			<table border="1"> <tr> <td>Cerclage</td> <td>= cerclage sans autre corps étranger</td> </tr> </table>	Cerclage	= cerclage sans autre corps étranger
			Cerclage	= cerclage sans autre corps étranger	
			<table border="1"> <tr> <td>Valve mécanique ou biologique</td> <td> = valve(s) mécanique(s) avec ou sans cerclage du sternum = valve(s) biologiques(s) avec ou sans cerclage du sternum = anneau d'annuloplastie </td> </tr> </table>	Valve mécanique ou biologique	= valve(s) mécanique(s) avec ou sans cerclage du sternum = valve(s) biologiques(s) avec ou sans cerclage du sternum = anneau d'annuloplastie
			Valve mécanique ou biologique	= valve(s) mécanique(s) avec ou sans cerclage du sternum = valve(s) biologiques(s) avec ou sans cerclage du sternum = anneau d'annuloplastie	
			<table border="1"> <tr> <td>Patches</td> <td>= patches de la paroi cardiaque avec ou sans cerclage du sternum</td> </tr> </table>	Patches	= patches de la paroi cardiaque avec ou sans cerclage du sternum
Patches	= patches de la paroi cardiaque avec ou sans cerclage du sternum				
<table border="1"> <tr> <td>Autre</td> <td>= autre dispositif médical considéré comme un corps étranger avec ou sans cerclage du sternum</td> </tr> </table>	Autre	= autre dispositif médical considéré comme un corps étranger avec ou sans cerclage du sternum			
Autre	= autre dispositif médical considéré comme un corps étranger avec ou sans cerclage du sternum				
<table border="1"> <tr> <td>Dispositifs d'assistance ventriculaire (DAV)</td> <td>= dispositif d'assistance ventriculaire avec ou sans cerclage du sternum</td> </tr> </table>	Dispositifs d'assistance ventriculaire (DAV)	= dispositif d'assistance ventriculaire avec ou sans cerclage du sternum			
Dispositifs d'assistance ventriculaire (DAV)	= dispositif d'assistance ventriculaire avec ou sans cerclage du sternum				
9	Voie d'abord transapicale « TAVI », voies d'abord antérolatérales, mini-sternotomies	15.10.2013	<p>En chirurgie cardiaque, la voie d'abord transapicale (TAVI : transcatheter aortic valve implantation), les autres voies d'abord antérolatérales, et les mini-sternotomies ou mini thoracotomies avec une ouverture partielle supérieure du sternum, sont considérées comme « minimale invasive ».</p>		
10	Voie d'abord antérieure de Hueter ou antérolatérale de Röttinger en chirurgie orthopédique (AMIS)	29.01.2014	<p><u>Définition de l'approche minimal invasive lors de pose de prothèse de hanche</u> : la voie d'abord antérieure de Hueter (décubitus dorsal) et antérolatérale de Röttinger (décubitus latéral) sont des approches qui suivent les principes d'une procédure « mini-invasive » : préservation des muscles et tendons rencontrés lors de l'approche sur la capsule articulaire. Ces approches</p>		

Document 16 SSI-module

N	THÈME	DATE	EXPLICATIONS
			<p>antérieures « AMIS » (Anterior Minimally Invasive Surgery) sont considérées comme une procédure minimale-invasive.</p> <p>NB : Les autres approches qualifiées de minimal invasives (voie postérieure, latérale ou double incision) sont seulement des techniques réduisant l'incision cutanée et sont associées à des endommagements des muscles et/ou des tendons. Ces dernières ne sont pas considérées comme minimales invasives mais comme « des techniques conventionnelles ».</p>
11	Saisie des critères de diagnostic de l'endométrite et de l'endocardite dans la base de données online	29.01.2014	<p>Les critères spécifiques de l'endométrite et de l'endocardite (infections d'organe/espace) sont présentés à la page 46-48 en complément du tableau du document 7 du guide de l'utilisateur.</p> <p>Les critères A et C s'appliquent comme pour toute infection du site chirurgical.</p> <p>Saisie dans la base de données online en cas d'endométrite ou endocardite :</p> <ul style="list-style-type: none"> - en présence du critère spécifique CRITERE 1, saisir dans la base de données B1 = oui - en présence du critère spécifique CRITERE 2, saisir dans la base de données B2= oui - B3 = non
12	Définition de la réouverture de la plaie pour le diagnostic d'infection incisionnelle superficielle ou profonde	10.06.2014	<p>Une réouverture délibérée consiste :</p> <ul style="list-style-type: none"> → à inciser la cicatrice et/ou → à enlever prématurément les fils de suture ou les agrafes et/ou → à écarter les berges de la plaie <p>Ceci indépendamment du fait que cela soit effectué par un chirurgien, un autre médecin ou un autre soignant et indépendamment du lieu où ce geste est effectué.</p> <p><i>Nota bene : une ponction n'est pas considérée comme une réouverture</i></p>
13	Utilisation du critère B1 lors d'infection organe /espace	10.06.2014	<p>Si lors d'un examen radiologique une ponction guidée dans le compartiment organe/espace est effectuée pour évacuer un <u>abcès ou une collection abcédée</u>, le critère B1 peut également être appliqué. <i>Se référer au rapport radiologique.</i></p> <p>Si un drain est mis en place dans le compartiment organe/espace lors d'un examen radiologique ou lors d'une opération et que ce drain ramène un écoulement purulent dans les jours qui suivent, le critère B1 peut également être appliqué. <i>Considérer le cas dans son ensemble.</i></p>

Document 16 SSI-module

N	THÈME	DATE	EXPLICATIONS
14	Utilisation B1 lors d'infection incisionnelle superficielle et profonde	10.06.2014	Si la réouverture délibérée de la plaie (critère B3 pour l'infection incisionnelle superficielle et critère B2 pour l'infection incisionnelle profonde) permet à un abcès ou une collection abcédée de s'écouler, et si cet écoulement est purulent, le critère B1 « écoulement purulent provenant de l'incision superficielle ou profonde » peut <i>également</i> être appliqué.
15	Codage des pontages coronariens combinés	10.06.2014	Lors de pontage coronarien avec l'artère mammaire ou l'artère thoracique (codée 44) couplé à un pontage avec un greffon vasculaire (veineux ou vasculaire) prélevé à une extrémité (codée 45), il faut saisir dans la base de données online comme suit : <ul style="list-style-type: none"> - intervention principale = 45 - seconde procédure = 44 Le code 45 active le sous-formulaire pour le suivi du site secondaire.
16	Réopération pour des motifs non infectieux et survenue d'une infection	10.06.2014 Update 01.10.2021	Durant la période de suivi (30 jours / 90 jours / 1 an) d'un cas initialement inclus par l'hôpital, une infection du site chirurgical peut survenir après qu'une réopération pour des complications <u>non infectieuses</u> ait été effectuée. Dans ce cas, il n'est pas possible d'attribuer avec certitude l'infection à la première opération ou à la deuxième (réopération). L'infection est néanmoins recensée pour autant que le diagnostic soit posé durant la période de suivi de la première intervention même s'il n'est pas possible de dire à quelle intervention l'infection est due.
17	Procédures bilatérales (cures de hernies) avec une voie d'abord chirurgical unique	10.06.2014 Arrêt 30.09.2021	Complément à l'information no7 du 15.10.2013 sur l'attitude en cas de cures de hernie bilatérales. Si les procédures bilatérales sont effectuées l'une après l'autre lors du même temps opératoire et <u>SI</u> l'opération est pratiquée <u>avec une voie d'abord unique</u> soit, par exemple par un abord <u>laparoscopique</u> , il faut : <ul style="list-style-type: none"> - créer 1 seul CFR - noter intervention principale = 11 et seconde procédure = 11 - noter le temps opératoire « peau à peau » - et suivre l'évolution du site chirurgical comme un tout. Nota bene: Si deux incisions distinctes sont réalisées, il faut créer 2 CRF. CF KEY TERMS no7, procédure bilatérale, 15.10.2013.

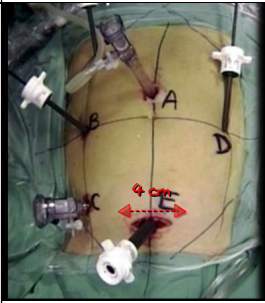
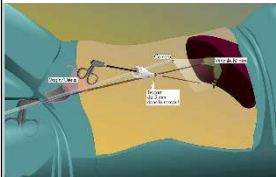
Document 16 SSI-module

N	THÈME	DATE	EXPLICATIONS
18	Procédures bilatérales avec deux voies d'abord chirurgical distinctes et recensement du temps opératoire	10.06.2014	<p>Complément à l'information no7 du 15.10.2013 sur l'attitude en cas de procédures chirurgicales bilatérales identiques (par exemple prothèses de genou) effectuées l'une après l'autre lors du même temps opératoire, par deux voies d'abord distinctes, et pour lesquelles 2 CRF sont créés.</p> <p>En l'absence du temps opératoire spécifique à chaque côté, il faut diviser le temps total de l'intervention en deux. Exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> - coup de bistouri à droite à 07h00 et fin de la suture côté gauche à 09h20. La durée opératoire totale est de 2h20, soit 140 minutes. - CRF no 1, côté droit : début = 07h00 et fin à 08h10 (70 minutes = 140/2) - CRF no 2, côté gauche : début = 08h10 et fin à 09h20 (70 minutes = 140/2) <p>Nota bene : Si une seule dose d'antibiotique a été administrée, le recensement de l'heure d'administration de la prophylaxie antibiotique correspond à l'heure réelle à laquelle l'antibiotique a été administré. Ceci signifie que l'heure d'administration doit être identique pour les deux côtés et donc pour le CRF no 1 et le CRF no 2.</p>
19	Opération de « second look » après chirurgie digestive	10.06.2014	<p>Lors d'une première opération, particulièrement celle avec une classe de contamination IV, il est parfois délibérément décidé de planifier dans les jours qui suivent une intervention dite de « second look » pour compléter le traitement. Celle-ci a lieu dans le même espace que la première et consiste par exemple à laver/rincer la cavité abdominale, et/ou à vérifier la viabilité de segments de l'intestin, et/ou à s'assurer de l'étanchéité de/s anastomose/s, et/ou à fermer secondairement l'abdomen.</p> <p>Cocher « oui » à la question du CRF « réopération pour des complications non infectieuses dans le mois ou pour second look »).</p>
20	Première prothèse élective de hanche ou de genou	10.06.2014 Addendum 05.06.2023	<p>Si dans les années qui précèdent la mise en place d'une prothèse, une ostéotomie de valgisation /varisation, ou une ostéosynthèse due à une fracture ont été effectuées, et si le matériel d'ostéosynthèse est toujours présent au moment de la mise en place de la prothèse, celle-ci ne doit pas être incluse. De même en cas d'implantation initiale de prothèse suite à un traumatisme provoquant une fracture (moins de 30 jours avant l'intervention) ou lors de fracture spontanée.</p> <p>Si le matériel d'ostéosynthèse a été retiré plus d'une année avant la mise en place de la prothèse, l'intervention peut être incluse.</p>

Document 16 SSI-module

N	THÈME	DATE	EXPLICATIONS
21	Critères d'inclusion ou d'exclusion en cas de procédures chirurgicales multiples	10.06.2014 Addendum 05.06.2023 <i>Applicable pour les cas opérés dès le 01.10.2021</i>	<p>Lors de procédures chirurgicales multiples, seule l'intervention chirurgicale principale doit être considérée pour décider de l'inclusion du cas. Exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hystérectomie avec ovariectomie dont le motif principal est une tumeur cancéreuse étendue de l'ovaire et qui nécessite également une <i>résection colique</i>. Ce cas ne doit pas être inclus comme un côlon, mais il doit/peut être inclus comme une hystérectomie si l'hôpital suit ce type d'intervention (dans ce cas coder : intervention principale=30, seconde procédure=6) - Duodéno-pancréatectomie (opération de Whipple : ablation de la tête et/ou le corps du pancréas, d'une section de la partie inférieure de l'estomac, du duodénum, d'une section du jéjunum, de la vésicule biliaire, du canal cholédoque et des ganglions lymphatiques avoisinants). Ce cas ne doit pas être inclus comme une cholécystectomie. - Lors d'opérations multiples du rachis, dès lors qu'une spondylodèse/fusion vertébrale (ancien code 51) fait partie des interventions pratiquées, le cas doit être exclus. L'intervention principale ne pouvant être déterminée avec certitude. Exemple : intervention de laminectomie avec implant (code 50) et de fusion vertébrale (ancien code 51) = exclusion, sauf si ces 2 procédures sont effectuées sur des segments distincts et non adjacents.
22	Exclusion des interventions effectuées dans les 30 jours (ou 1 an si implant) après une première opération	10.06.2014	<p>Les interventions chirurgicales, qu'il s'agisse d'une réopération sur le même site corporel et/ou organe, ou d'une nouvelle intervention dans le même espace (par exemple cavité abdominale) qui ont lieu dans les 30 jours (ou dans l'année si implant) après une première opération, ne doivent pas être incluses.</p> <p>Exemple : un patient subit une résection de l'intestin grêle le 01.04.2013 suivie d'une résection du côlon droit le 20.04.2013. Dans ce cas, le côlon n'est pas inclus.</p> <p>Exemple : un patient subit une cholécystectomie le 07.04.2014 suivie d'une hémicolectomie gauche et une sigmoïdectomie pour diverticulite le 25.04.2014. Dans cette situation, le côlon n'est pas inclus.</p> <p>Exemple : Pontages coronariens (44, 45) avec cerclage métallique le 01.01.2013 et un changement de valve (43) 6 mois plus tard. La pose de valve n'est pas incluse.</p>

Document 16 SSI-module

N	THÈME	DATE	EXPLICATIONS
23	Interventions viscérales effectuées en laparoscopie avec une mini-incision pour enlever la pièce anatomique	01.10.2016	 <p>De plus en plus d'interventions viscérales sont effectuées par laparoscopie. C'est le cas par exemple pour les résections coliques et rectales.</p> <p>Dans ces situations, l'extraction de la pièce anatomique réséquée est réalisée à travers une mini incision (4 à 6 cm), généralement en position sus-pubienne (incision dite de « Pfannenstiel »), plus rarement en fosse iliaque droite.</p> <p>Malgré la réalisation de cette incision, ceci est à considérer comme une intervention effectuée par laparoscopie. Scopie=oui.</p>
24	Interventions effectuées par robotique/robot assistée	01.10.2016	<p>Il s'agit technique opératoire mini-invasive assistée par ordinateur. Le système robotique est composé de la console du chirurgien, du chariot-patient porteur des bras articulés et de la tour d'imagerie similaire à une tour de laparoscopie.</p> <p>Ceci est à considérer comme une intervention effectuée par laparoscopie. Scopie=oui.</p>
25	Interventions par voie d'abord transvaginal, autre qu'hystérectomies	01.10.2016	<p>Les méthodes opératoires utilisant les orifices naturels du corps comme voie d'abord pour la chirurgie laparoscopique sont appelées « <u>n</u>atural <u>o</u>rifice <u>t</u>ransluminal <u>e</u>ndoscopic <u>s</u>urgeries » (<i>NOTES</i>). Cela consiste à recourir à la voie d'abord transvaginal comme voie d'abord pour l'introduction du laparoscope dans le cadre, par exemple, d'une cholécystectomie ou d'une sigmoïdectomie.</p>  <p>En plus de la voie d'abord transvaginal, un trocart supplémentaire de faible diamètre est parfois inséré via le nombril (<i>NOTES hybrides</i>) afin de faciliter la création du pneumopéritoine et le contrôle visuel interne. La majorité de la procédure est réalisée par l'orifice naturel.</p> <p>Figure : Voie d'abord transvaginal (<i>NOTES hybrides</i>) pour l'ablation de la vésicule biliaire (© Eucker 2012)</p>
26	Codage des hystérectomies laparoscopiques par voie abdominales (30) et par voie vaginale (31)	01.10.2016	<p>La manière de coder l'ablation de l'utérus (30 pour l'hystérectomie par voie abdominale et 31 pour l'hystérectomie par voie vaginale) dépend de la voie d'abord et de la technique chirurgicale utilisées pour la résection des structures à enlever. De ce fait, elle ne dépend pas de l'endroit du corps de la patiente par lequel l'extraction de la pièce opératoire est effectuée.</p> <p>Hystérectomie laparoscopique par voie abdominale : la totalité de la dissection de l'utérus et des structures avoisinantes (ligaments utéro-ovariens, larges, ronds, utéro-sacrés, espace vésico-</p>

Document 16 SSI-module

N	THÈME	DATE	EXPLICATIONS
			<p>utérin, préparation et section des vaisseaux utérins) se fait à l'aide des instruments glissés dans la cavité abdominale par les trocars. L'extraction de la pièce opératoire totalement libérée peut s'effectuer par l'abdomen ou par le vagin qui a été ouvert (colpotomie). La suture du dôme vaginal a lieu par la cavité abdominale (voie laparoscopique).</p> <p>Hystérectomie par voie vaginale assistée par laparoscopie : seule une partie de la dissection des structures pour libérer le corps utérin jusqu'à l'espace vésico-utérin est effectuée par l'abdomen. Puis une colpotomie est pratiquée par voie vaginale permettant la dissection du col de l'utérus (cervix) et la ligature et la section des ligaments utéro-sacrés et des vaisseaux utérins. La pièce opératoire est extraite par le vagin. Le péritoine et la colpotomie sont suturés par voie vaginale.</p> <p><i>La voie d'abord pour la ligature (ou la cautérisation) et la section des vaisseaux utérins constitue l'étape décisive pour différencier une hystérectomie laparoscopique par voie abdominale (a) d'une hystérectomie par voie vaginale assistée par laparoscopie (b)</i></p> <p style="margin-left: 40px;">a) <i>ligature ou cautérisation et section des vaisseaux utérins par voie abdominale</i> b) <i>ligature ou cautérisation et section des vaisseaux utérins par voie vaginale</i></p> <p>Code CHOP_2022 : Hystérectomie abdominale par laparoscopie [LSH et THL] : 68.31, 68.41, 68.61. Hystérectomie par voie vaginale assistée par laparoscopie [LAVH et LARVH] : 68.44, 68.64</p>
27	<p>Clearance de la créatine (Créatine-Clearance GRF ml/min), choix de la valeur et fenêtre temporelle</p>	<p>01.10.2016</p> <p>Addendum 01.10.2021</p>	<p>Critères de choix par ordre de priorité :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Considérer la valeur préopératoire calculée durant l'hospitalisation en cours ou durant la visite pré-anesthésique dans les 2 semaines précédant l'hospitalisation, la plus proche de l'intervention chirurgicale 2. Si aucune valeur préopératoire n'a été calculée durant l'hospitalisation en cours ou durant la visite pré-anesthésique dans les 2 semaines précédant l'hospitalisation, considérer la valeur postopératoire la plus élevée 3. Si aucune valeur de l'hospitalisation en cours n'est disponible, considérer la meilleure valeur calculée dans l'année qui précède si cette information est facilement disponible. Si cela n'est pas le cas, cocher « non mesuré ». Lors de la saisie dans la base de données, le système va utiliser par défaut la valeur >50ml/min pour effectuer le monitoring.

Document 16 SSI-module

N	THÈME	DATE	EXPLICATIONS
28	Infections incisionnelles superficielles ou profondes et durée du suivi	01.10.2016 Maj 01.10.2022	Les infections incisionnelles superficielles ou profondes diagnostiquées avant la fin de la période d'observation désignée peuvent s'aggraver et toucher un plan anatomique plus profond voir un organe, un espace ou une cavité articulaire. Ces cas doivent tout de même être suivis à 30 jours/90 jours à l'aide de l'entretien téléphonique ou de la documentation médicale (si celle-ci est disponible et complète) afin de s'assurer qu'ils ne se sont pas aggravés.
29	Détermination du type d'infection et plans anatomiques	01.10.2016	Si plusieurs plans anatomiques sont impliqués et atteints, la détermination du type d'infection superficielle, profonde ou d'organe/espace doit refléter l'infection la plus profonde.
30	Détermination du type d'infection lors d'une intervention nécessitant plusieurs incisions (ex. laparoscopie, laparotomie et colostomie)	01.10.2016	Si plusieurs incisions sont effectuées lors de la même procédure chirurgicale , par exemple lors de chirurgie laparoscopique, lors de colostomie ou lors de la pose d'un drain, et que celles-ci s'infectent, il faut considérer le niveau d'infection le plus profond. Par exemple : <ol style="list-style-type: none"> 1. Si une incision remplit les critères pour une infection superficielle et qu'une autre remplit les critères pour une infection profonde, il faut recenser l'infection incisionnelle profonde 2. Si une infection d'organe/espace et une infection incisionnelle superficielle ou profonde sont présentes, il faut recenser l'infection d'organe/espace 3. Si une infection concerne le site de la colostomie et de la laparotomie, il ne faut recenser que la plus profonde qu'elle que soit l'incision.
31	Date de diagnostic de l'infection	01.10.2016	La date qui doit être recensée correspond à celle où le premier critère de diagnostic d'infection du site chirurgical est atteint. Voir page 43-47 du guide de l'enquêteur.
32	Classe de contamination lors d'endocardite / évaluation du résultat de la culture et de la PCR	01.10.2016	Les critères de décision pour la détermination de la classe de contamination lors d'endocardite sont différenciés selon si le traitement antibiotique instauré est toujours en cours au moment de l'intervention cardiaque (1) ou s'il est terminé (2). <ol style="list-style-type: none"> 1. Intervention effectuée pendant la durée du traitement antibiotique instauré pour l'endocardite : <ol style="list-style-type: none"> a) Classe III si la culture de la valve ou des végétations est négative, que la PCR soit négative ou positive.

Document 16 SSI-module

N	THÈME	DATE	EXPLICATIONS
			<p>b) Classe IV si la culture de la valve ou des végétations est positive, indépendamment du résultat de la PCR ou si des abcès sont visualisés durant l'opération, même si la culture est négative</p> <p>2. Intervention effectuée après la fin du traitement antibiotique de l'endocardite :</p> <p>a) Classe I si la culture de la valve ou des végétations est négative et si absence de signes d'inflammation visualisés durant l'opération</p> <p>b) Classe III si des signes d'inflammation sont visualisés durant l'opération et/ou si la PCR est positive, même si la culture est négative</p> <p>c) Classe IV si la culture de la valve ou des végétations est positive, indépendamment du résultat de la PCR ou si des abcès sont visualisés durant l'opération, même si la culture est négative.</p>
33	Examens et interventions gynécologiques dans les 30 jours précédant une hystérectomie	01.10.2016	Un examen gynécologique tel qu'une hystéroscopie ou une intervention se limitant à la cavité utérine telle qu'un curetage ne constitue pas un critère d'exclusion de l'hystérectomie effectuée dans les 30 jours après. La cavité abdominale n'est pas pénétrée et il n'est pas pratiqué d'incision.
34	Chirurgie abdominale et classe de contamination IV : inclusion, évolution de l'infection initiale vs. infection d'organe/espace	14.11.2016 Addendum 29.11.2016	<p>Une intervention initiale effectuée lorsqu'une infection est déjà présente (classe de contamination IV) doit être incluse dans la surveillance comme toute autre intervention. Par exemple sigmoïdectomie pour diverticulite perforée.</p> <p>Dans une telle situation, une infection survenant ultérieurement au niveau de l'incision (superficielle ou profonde) doit être considérée selon les critères du CDC, quel que soit son délai d'apparition après l'intervention initiale.</p> <p>Par contre, une infection d'organe/espace après une intervention abdominale initiale en classe IV ne sera à considérer selon les critères du CDC que si elle survient au 6ème jour ou plus tard (jour de l'opération = jour 0) après l'intervention initiale. Des éléments suggérant une infection d'organe/espace dans les 5 premiers jours postopératoires sont encore à considérer comme l'évolution de l'infection initiale et non pas comme une infection du site chirurgical.</p> <p>Précision du 29.11.2016: le principe du KEY TERM No 34 doit être appliqué pour les interventions effectuées dès le 01.10.2016 (à appliquer aussi rétrospectivement pour les interventions du</p>

Document 16 SSI-module

N	THÈME	DATE	EXPLICATIONS
			<p>01.10.2016 au 29.11.2016 si nécessaire), afin que sa mise en œuvre corresponde au début de la période de surveillance en cours.</p> <p>Nota bene: une fuite ou un lâchage de suture anastomotique, visualisés lors d'un examen radiologique ou lors d'une réintervention, correspondent toujours à une infection d'organe/espace même si les autres critères d'une infection ne sont pas (encore) atteints (KEY TERM No 4) et même si la fuite ou le lâchage anastomotique intervient dans les 5 jours après l'opération. La définition KEY TERM No 34 <u>ne s'applique pas</u> à la situation particulière du lâchage de l'anastomose.</p>
35	Coloscopie dans les 30 jours précédant une opération d'un organe de la cavité abdominale IV	01.11.2018	<p>Une coloscopie (avec ou sans biopsies) est un examen endoscopique se limitant à la lumière intestinale. Cette procédure ne constitue <u>pas</u> un critère d'exclusion d'une intervention digestive ou gynécologique effectuée dans les 30 jours qui suivent.</p> <p>Si une perforation iatrogène a lieu durant la coloscopie et qu'elle nécessite une résection digestive, celle-ci est incluse et la classe de contamination est de IV.</p>
36	Drainage d'abcès percutané à l'aide d'un cathéter de type Pigtail par voie trans-abdominale, -rectale ou -vaginale.	01.11.2018	<p>La présence d'un cathéter de type Pigtail (ou autre drain) ou un drainage temporaire d'abcès de la cavité abdominale ou du petit bassin, y compris un drainage guidé par CT scan, dans les 30 jours précédents l'opération constitue un critère d'exclusion lors de résection digestive ou d'autres procédures chirurgicales digestives ou gynécologiques.</p>
37	Présence d'une sonde d'alimentation par gastrostomie percutanée endoscopique (PEG)	01.11.2018	<p>La présence d'une sonde d'alimentation gastrostomie percutanée endoscopique (PEG) au moment de l'opération d'un organe de la cavité abdominale (digestive ou gynécologique) ou dans les 30 jours précédents, constitue un critère d'exclusion lors procédures chirurgicales digestives ou gynécologiques.</p>
38	Ponction articulaire dans le 30 jours précédents la mise en place d'une prothèse	01.11.2018	<p>Une ponction articulaire dans les 30 jours précédents la mise en place d'une prothèse constitue un critère d'exclusion (même articulation).</p>
39	Multiplés procédures lors de chirurgie du rachis	01.11.2018	<p>Si lors de la même opération, deux zones distinctes et non adjacentes, par exemple au niveau de la troisième vertèbre dorsale et au niveau des vertèbres lombaires 4 et 5 sont opérées, il faut créer 2</p>

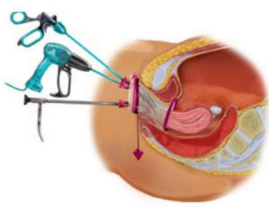
Document 16 SSI-module

N	THÈME	DATE	EXPLICATIONS
			<p>CRF, noter le temps opératoire « peau à peau » spécifique à chaque procédure et suivre l'évolution des 2 sites opératoires séparément.</p> <p>Si lors de la même opération, deux sites opératoires adjacents sont concernés, par exemple les segments L1-L2 et D11-D12, on considère cette procédure comme un seul site chirurgical même en cas d'abord par 2 incisions distinctes. Dans ce cas créer 1 seul CRF.</p> <p>Lors d'opération du rachis comprenant simultanément 1 abord postérieur et 1 abord antérieur (cervical ou abdominal) et portant sur le même segment vertébral, créer 1 seul CRF et considérer une infection (si présente) qu'elle que soit l'incision.</p> <p>Lors d'opérations faites à dates différentes et si elles concernent des segments vertébraux non adjacents, par exemple au niveau cervical C5-C6 et au niveau lombaire L2-L3, les 2 interventions doivent être incluses.</p> <p>Lors d'opérations faites à dates différentes et si elles concernent des segments vertébraux adjacents, par exemple au niveau lombaire L2-L3 lors d'une première intervention et L4-L5 lors d'une seconde, la 2^{ème} opération portant sur le segment L4-L5 ne doit pas être incluse.</p>
40	<p>Césarienne et classe de contamination IV</p>	<p>01.11.2018</p> <p>Màj</p> <p>05.06.2023</p> <p><i>Applicable pour les cas opérés dès le 01.10.2022</i></p>	<p>Dans le cadre d'une césarienne chez une parturiente présentant un liquide amniotique trouble et/ou malodorant ou une culture positive d'un prélèvement peropératoire du liquide amniotique, <u>au moins 1 des signes</u> infectieux tels que fièvre >38°C, leucocytose ou augmentation de la CRP doit être présent (sans autre cause établie) pour entraîner une classe de contamination de IV.</p>
41	<p>Césarienne, syndrome d'infection intra-amniotique et classe de contamination</p>	<p>01.11.2018</p> <p>Màj</p> <p>05.06.2023</p>	<p>Lors de <u>diagnostic médical</u> de syndrome d'infection intra-amniotique et en l'absence de liquide amniotique trouble et/ou malodorant ou de culture positive, la classe contamination est de III.</p>
42	<p>Infection du site secondaire > 30 jours</p>	<p>01.11.2018</p> <p>Addendum</p> <p>05.06.2023</p>	<p>Les infections du site secondaire en chirurgie cardiaque (prise du greffon veineux à la jambe ou artériel à l'avant-bras) ne sont recensées que jusqu'à 30 jours après l'opération. Une infection se développant après 30 jours n'est pas recensée.</p>

Document 16 SSI-module

N	THÈME	DATE	EXPLICATIONS
		<i>Applicable pour les cas opérés dès le 01.10.2021</i>	Les infections du site secondaire suite à une chirurgie vasculaire artérielle des membres inférieurs sont recensées, comme les infections du site principal, jusqu'à 90 jours après l'opération.
43	Critère spécifique B1 de l'infection associée à une prothèse orthopédique	01.11.2018	Le critère spécifique B1 pour l'infection associée à une prothèse orthopédique est atteint lorsqu'au moins 2 cultures positives pour le même micro-organisme sont obtenues à partir de prélèvements péri-prothétiques. Les 2 prélèvements ne doivent pas nécessairement être collectés en même temps mais peuvent être effectués à des périodes différentes (par exemple lors d'une ponction, puis lors de l'intervention chirurgicale consécutive).
44	Examen physique clinique	01.11.2018	Mise en évidence d'une infection ou d'éléments infectieux probants lors d'une procédure invasive ou lors de l'examen clinique du patient par un médecin au cours du séjour hospitalier ou lors de contrôles ultérieurs. Ceci complète le critère B3 utilisé pour le diagnostic d'infection incisionnelle profonde et le critère B3 pour celle d'organe/espace. Voir le document no 7 du guide de l'utilisateur, version 01.10.2018. Référence : Centers for Disease Control and Prevention. The National Healthcare Safety Network (NHSN). Surgical Site infection (SSI) Event. January 2018.
45	Méthode d'identification de micro-organismes	01.11.2018	La méthode d'identification de micro-organisme(s) à l'aide d'une méthode ou d'un test autre que la culture est admise.
46	Purulence	01.11.2018	Il n'existe pas de définition standard et/ou des critères cliniques de la notion de purulence ou d'écoulement purulent. En général, un écoulement de liquide décrit par le personnel soignant (notes ou observation directe) comme épais, visqueux, trouble, avec ou sans présence de sang, est accepté comme un écoulement purulent.
47	Infection du moignon vaginal après hystérectomie	01.11.2018	Afin d'harmoniser la méthode de Surveillance Swissnoso avec les critères spécifiques du CDC/NHSN, une infection du moignon vaginal après hystérectomie abdominale ou vaginale est considérée comme une infection d'organe/espace si au moins un des critères suivants est atteint : <ol style="list-style-type: none"> 1. Ecoulement purulent provenant du moignon vaginal objectivé lors de l'examen clinique de la patiente (critère B1). 2. Micro-organismes identifiés à partir d'un liquide ou de tissu provenant du moignon vaginal, à l'aide d'une culture ou d'un autre test d'identification de micro-organisme effectués dans un but de diagnostic clinique ou de traitement (critère B2).

Document 16 **swissnosc** SSI-module

N	THÈME	DATE	EXPLICATIONS
			<p>3. Abscès ou une autre évidence d'infection* du moignon vaginal décrit lors de l'examen clinique de la patiente, d'un examen radiologique ou d'une procédure invasive (critère B3).</p> <p>*Des douleurs abdominales provoquées par l'examen clinique de la patiente constituent une preuve suffisante d'infection détectée sans autre procédure invasive.</p> <p>4. Le/la gynécologue décrit la situation telle que 1) ou 3), ou pose le diagnostic d'infection du moignon vaginal (critère C).</p> <p>Nota bene : une vaginite après hystérectomie n'est pas considérée comme une infection du site chirurgical.</p>
48	Critère spécifique B3 de l'infection associée à une prothèse orthopédique	01.11.2018	<p>Le critère mineur « une seule culture positive » est aussi atteint même si le critère B1 (au moins 2 cultures positives) est déjà utilisé.</p> <p>A noter que le diagnostic d'infection associée à une prothèse orthopédique est déjà posé en présence du critère B1.</p>
49	Infiltration intra-articulaire dans le 30 jours précédents une intervention du rachis (50, 51)	16.04.2021 <i>Applicable pour les cas opérés dès le 01.04.2021</i>	<p>Une infiltration intra-articulaire dans les 30 jours précédents une laminectomie/hernie discale (50 LAM) ou une arthrodèse de vertèbres (51 FUSN) constitue un critère d'exclusion si elle a lieu dans le même segment vertébral opéré ou dans un segment adjacent.</p>
50	Hystérectomies vaginales par la technique vNOTES	14.03.2022 <i>Applicable pour les cas opérés dès le 01.10.2021</i>	<p>Certaines hystérectomies vaginales sont, depuis récemment en Suisse, effectuées grâce à une nouvelle technique minimal-invasive vNOTES (Vaginal Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery, en français chirurgie endoscopique transluminale par l'orifice naturel du vagin). Cela signifie qu'aucune incision cutanée n'est requise et que tous les gestes sont effectués par l'orifice naturel du vagin y compris la laparoscopie. Sélectionner dans la base de donnée : « abord transvaginal (vNOTES) »</p>  <p>Figure : Voie d'abord transvaginal (vNOTES) lors d'une hystérectomie vaginale (©Applied Medical)</p>

Document 16 **swissnosc** SSI-module

N	THÈME	DATE	EXPLICATIONS
51	Multiplés pièces de résection lors de chirurgie digestive	05.06.2023	<p>Lorsque deux pièces (ou plus) sont réséquées lors d'une chirurgie digestive, l'une devant être codée comme un côlon et l'autre comme un rectum, le code attribué à l'intervention principale dépend des types d'interventions suivis par l'hôpital:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Si l'hôpital ne suit que les côlons, inclure le cas en tant que chirurgie du côlon (intervention principale = code 6) et saisir la chirurgie rectale (281) en tant que seconde procédure2. Si l'hôpital suit les côlons ET les rectums ou seulement les rectums, inclure le cas en tant que chirurgie rectale (281) et coder la chirurgie du côlon en tant que seconde procédure* <p>* Car le risque infectieux est plus élevé lors d'une chirurgie du rectum que du côlon.</p>