

ANTIBIOPROPHYLAXIE EN CHIRURGIE ET MEDECINE INTERVENTIONNELLE : PRINCIPES GENERAUX

POINTS ESSENTIELS

<http://sfar.org/antibioprophylaxie-en-chirurgie-et-medecine-interventionnelle-patients-adultes-2018/>

- 1) L'administration d'antibiotique doit précéder le début de l'intervention d'environ 30 minutes. Lors de l'utilisation de la vancomycine la perfusion doit être débutée suffisamment tôt pour être terminée au mieux 30 minutes avant l'intervention. *La vancomycine est désormais recommandée à la dose de 30 mg/kg au lieu de 15 mg/kg antérieurement, ceci afin d'assurer des concentrations sériques suffisantes pour une efficacité améliorée. La perfusion doit durer 2 heures au minimum.*
- 2) La séquence d'injection des produits d'induction doit être séparée de 5 à 10 minutes de celle de l'ATB.
- 3) L'application de la « check-list » fait vérifier l'administration de l'ATB.
- 4) Posologie chez l'obèse
La dose initiale de bêta lactamine est le double de la dose usuelle chez l'obèse dont l'index de masse corporelle est $> \text{à } 35\text{kg/m}^2$, même en dehors de la chirurgie bariatrique, sauf si le poids reste inférieur à 100 kgs.
Pour la vancomycine la posologie est de 30 mg/kg ; l'injection se fait à la vitesse de 1000 mg/heure maximum et doit se terminer au plus tard lors du début de l'intervention et au mieux 30 minutes avant.
Par exemple : - Céfazoline 4g (perfusion 30 min). Dose unique, sauf si durée d'intervention $>$ à 4h, réinjecter 2 g). – Pour la Vancomycine 30 mg/kg sur 120 minutes (dose calculée sur le poids réel, - Pour la gentamicine 5 mg/kg/j (dose calculée sur le poids réel), - Clindamycine 1200 mg (dose unique).
- 5) Des réinjections sont pratiquées pendant la période opératoire, toutes les deux demi-vies de l'antibiotique, à une dose soit similaire, soit de moitié de la dose initiale. Par exemple, pour la céfazoline, d'une demi-vie de 2 heures, une réinjection n'est nécessaire que si l'intervention dure plus de 4 heures.
- 6) La durée de la prescription doit être la plus courte possible. L'injection d'une dose unique est recommandée et la prescription au-delà de 48 heures est interdite.
- 7) Les patients présentant un risque particulier peuvent bénéficier d'une ATB « à la carte » en évitant les molécules à très large spectre antibactérien.
- 8) Les dérogations aux protocoles habituels doivent rester exceptionnelles et être argumentées.
- 9) Il n'y a pas de raison de prescrire des réinjections lors de l'ablation de drains, sondes ou cathéters.
- 10) Le caractère ambulatoire de la chirurgie ne fait pas modifier les protocoles habituellement utilisés.
- 11) En cas d'allergie à la pénicilline, le risque d'allergie croisée aux céphalosporines de 1^{ère} ou 2^{ème} génération est faible (3%). En l'absence d'allergie connue aux céphalosporines, l'antibioprophylaxie doit donc comprendre une céphalosporine. En cas d'allergie documentée aux céphalosporines, la vancomycine (30 mg/kg) est indiquée en 1^{ère} intention mais sur une durée de 120 minutes ce qui peut poser des problèmes d'organisation. Une autre option est l'association clindamycine + gentamicine. La gentamicine (5 mg/kg) doit être administrée en IVSE 45 minutes pour limiter le risque de toxicité.

Drs B. Szekely et P. Lesprit le 21/03/2019

Validé le 21/03/2019 par la COMAI et le CLIN

Service Anesthésie Pr Fischler

12) Des réinjections sont pratiquées pendant la période opératoire, toutes les deux demi-vies de l'antibiotique, à une dose soit similaire, soit de moitié de la dose initiale. Par exemple, pour la céfazoline, d'une demi-vie de 2 heures, une réinjection n'est nécessaire que si l'intervention dure plus de 4 heures.

13) Les malades à risque infectieux élevé (ou toute autre situation le justifiant) peuvent faire l'objet d'une antibiothérapie particulière « à la carte ».

Il s'agit aussi de patients soumis à une ré-intervention précoce pour une cause non-infectieuse. Pour tous ces patients, un dépistage du portage de ces bactéries multirésistantes peut être préconisé. Le choix habituel de l'ABP peut être modifié par l'emploi, isolément ou en association, de molécules antibiotiques utilisées habituellement en traitement curatif (céphalosporines de 3^e génération, quinolones systémiques, aminosides et vancomycine).

Dans tous les cas :

- les dérogations aux protocoles habituels doivent rester exceptionnelles. Le bénéfice potentiel pour le malade doit être évalué par rapport aux inconvénients pour la communauté : apparition de résistances bactériennes, coût.

- Le risque infectieux potentiel doit être clairement identifié.

- L'utilisation reste courte, limitée à la période opératoire.

14) De plus, les malades à risque infectieux élevé font l'objet d'une ABP particulière que l'on peut dire « personnalisée ». Transplantations (voir www.agence-biomedecine.fr Agence de la biomédecine – Recommandations. Greffe d'organe. Prévention de l'infection du greffon).

15) En l'absence de recommandations spécifiques pour une situation donnée, les praticiens peuvent, ou non, choisir de prescrire une antibiothérapie en se rapprochant au plus près des pathologies ou techniques similaires.

16) Le traitement antibiotique curatif en cours doit être poursuivi. Une discussion entre anesthésiste et prescripteur doit avoir lieu pour décider de la nécessité de faire une antibioprophylaxie complémentaire.

17) Pour les autres chirurgies non habituellement pratiquées à l'hôpital Foch, aller sur le site : <http://sfar.org/antibioprophylaxie-en-chirurgie-et-medecine-interventionnelle-patients-adultes-2017/>