

Objet	Domaine d'application
<p>Cette procédure décrit les modalités d'antibioprophylaxie (ABP) chirurgicales retenues au centre hospitalier de Saint-Nazaire et à la clinique mutualiste de l'estuaire par concertation médico-chirurgicale. Elle comporte les grands principes de choix de l'antibioprophylaxie et les déclinaisons selon les types d'acte opératoire.</p> <p>Tout acte chirurgical doit être précédé par l'analyse du besoin ou non d'une antibioprophylaxie et de ses modalités.</p>	<p>L'ensemble des services de chirurgie, le bloc opératoire et le service d'anesthésiologie de la cité sanitaire de Saint-Nazaire (CHSN et CMLE). Ces recommandations concernent uniquement le patient adulte.</p>

## Référence(s)

- Antibioprophylaxie en chirurgie et médecine interventionnelle (patients adultes). SFAR.2017
- Protocole régional d'antibioprophylaxie chirurgicale. OMEDIT Pays de Loire. 2018

## Document(s) associé(s)

Antibioprophylaxie en chirurgie vasculaire  
 Antibioprophylaxie en chirurgie thoracique  
 Antibioprophylaxie en chirurgie orthopédique  
 Antibioprophylaxie en traumatologie  
 Antibioprophylaxie en chirurgie ORL, en stomatologie et chirurgie maxillo-faciale  
 Antibioprophylaxie en chirurgie digestive  
 Antibioprophylaxie en chirurgie urologique (urines stériles)  
 Antibioprophylaxie en chirurgie gynécologique  
 Antibioprophylaxie en médecine interventionnelle  
 Antibioprophylaxie en obstétrique  
 Prophylaxie de l'endocardite infectieuse  
 Antibioprophylaxie en chirurgie ophtalmologique

## Processus

L'objectif de l'antibioprophylaxie (ABP) en chirurgie est de s'opposer par l'administration d'antibiotique à la prolifération bactérienne afin de diminuer le risque d'infection postopératoire. Elle est complémentaire des mesures d'hygiène antiseptique

### 1. Modalités générales

- L'ABP doit utiliser un antibiotique adapté à la fois à la cible bactériologique et à l'intervention concernée, afin d'obtenir des **concentrations tissulaires efficaces** sur le site de l'infection potentielle et qui doivent être maintenues tout au long de l'intervention, jusqu'à la fermeture.
- Elle est envisagée lors de la consultation pré-anesthésique et confirmée avant l'induction.

- Sauf exception, l'antibioprophylaxie est réalisée par voie intra-veineuse au moment de l'induction. L'ABP doit toujours précéder l'intervention d'un délai de 30 minutes.
- La séquence d'injection des produits d'induction doit être séparée de 5 à 10 min de celle de l'ABP, afin, en cas de réaction allergique, de faire la part de ce qui revient à chacune
- La dose de charge est habituellement le double de la dose usuelle.
- Des réinjections sont pratiquées pendant la période opératoire, toutes les deux demi-vies de l'antibiotique, à une dose similaire, ou de moitié de la dose initiale.
- La durée de la prescription doit être brève, afin de réduire le plus possible le risque écologique de germes résistants entraîné par toute antibiothérapie.



- La présence d'un drainage du foyer opératoire n'autorise pas à transgresser ces recommandations.
- Le caractère ambulatoire de la chirurgie ne fait pas modifier les protocoles habituellement utilisés.
- Les réinjections ne doivent pas être oubliées en cours d'intervention.

## 2. Modalités particulières liées au contexte

### A- Sujets potentiellement colonisés par une flore bactérienne nosocomiale

**Hospitalisation dans des unités à haut risque d'acquisition de flore bactérienne nosocomiale :** unités de réanimation, centres de long séjour ou de rééducation...

**Risque de colonisation** par des entérobactéries multirésistantes ou du staphylococcus aureus méticilline-résistant.

**Réintervention précoce pour une cause non infectieuse.**

- Les dérogations aux protocoles habituels doivent rester exceptionnelles
- Le risque infectieux potentiel doit être clairement identifié.
- Le portage de ces bactéries résistantes peut être connu ou à rechercher.
- Le choix habituel de l'antibioprophylaxie peut être modifié par l'emploi isolément ou en association de molécules antibiotiques utilisées habituellement en traitement curatif (céphalosporines de 3ème G, quinolones, amikacine et vancomycine).
- L'utilisation reste courte, limitée en général à la période opératoire.

### B- Sujets porteurs d'une cardiopathie à haut risque d'endocardite avérée à l'échographie et nécessitant une antibioprophylaxie spécifique

**La chirurgie dentaire** est la seule formellement concernée et uniquement si intervention gingivale ou de la région péri-apicale de la dent, ou perforation de la muqueuse orale

### C- Non indications de déviations par rapport au protocole

C'est la prophylaxie pour l'acte chirurgical prévu qui s'impose.

Patients ayant reçu une radiothérapie, soumis à une chimiothérapie ou une corticothérapie, Patients ayant un diabète déséquilibré, patients très âgés, obèses (posologie spécifique) ou très maigres.

Sujets porteurs d'une prothèse articulaire

### D- Obèse (index de masse corporelle > 35kg/m<sup>2</sup>)

Même en dehors de la chirurgie bariatrique, les doses de bêta-lactamines doivent être le double de celles préconisées pour les patients non obèses. La dose maximale de gentamicine est de 500mg.

### 3. Points essentiels (dérivé de la SFAR)

- 1) Les recommandations ne couvrent pas et ne peuvent pas couvrir l'ensemble des situations cliniques. De nombreux actes n'ont pas fait l'objet d'une évaluation scientifique.
- 2) En l'absence de recommandations pour un sujet spécifique, les praticiens peuvent, ou non, choisir de prescrire une ABP en se rapprochant au plus près de pathologies ou techniques similaires.
- 3) L'antibioprophylaxie (ABP) est une prescription d'antibiotique qui s'applique à certaines chirurgies "propres" ou "propre-contaminées". Pour les chirurgies "contaminées" et "sales", l'infection est déjà en place et relève d'une antibiothérapie curative dont les règles sont différentes notamment en terme de durée de traitement, la première dose étant injectée en période pré-opératoire. Néanmoins, lorsque le patient est pris en charge précocement (traitement chirurgical avant la 6ème heure), ce traitement curatif précoce s'apparente alors à une prophylaxie ;
- 4) L'ABP diminue d'environ 50 % le risque d'infection du site opératoire.
- 5) La cible bactérienne doit être identifiée et dépend du type de chirurgie, de la flore endogène du patient et de l'écologie de l'unité d'hospitalisation.
- 6) L'indication de l'ABP est posée lors de la consultation pré-interventionnelle et tracée dans le dossier.
- 7) L'administration doit précéder le début de l'intervention d'environ 30 minutes. La séquence d'injection des produits d'induction doit être séparée de 5 à 10 minutes de celle de l'ABP.
- 8) L'application de la « check-list » fait vérifier l'administration de l'ABP.
- 9) Le médecin responsable de la prescription de l'ABP est en général le médecin anesthésiste-réanimateur sauf exception indiqué dans le protocole
- 10) La dose initiale est le double de la dose thérapeutique usuelle. Chez l'obèse (index de masse corporelle > 35kg/m<sup>2</sup>), même en dehors de la chirurgie bariatrique, la dose de bêta-lactamines est encore doublée (dose habituelle de la prophylaxie x 2).
- 11) 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.
- 12) Les patients présentant un risque particulier peuvent bénéficier d'une ABP « à la carte » qui doit éviter autant que faire se peut les molécules à très large spectre antibactérien.
- 13) Les dérogations aux protocoles habituels doivent rester exceptionnelles et être argumentées.

	Nom - Fonction	Date	Visa
Rédacteur	J. BROCHARD, Infectiologue	31/05/18	
Vérificateur	MA LETARD de la BOURALIERE, médecin anesthésiste Commission Antibiotiques		
Approbateur	J. HOFF, Référent « antibiotiques »	03/08/18	Signé
<b>Approbation par la cellule qualité et risques pour mise en application le</b>			<b>18/08/18</b>