

RECOMMANDATION POUR LA PRISE EN CHARGE PÉRI- OPÉRATOIRE DE PATIENTS COLONISÉS PAR DU STAPHYLOCOQUE DORÉ RÉSISTANT À LA MÉTICILLINE (MRSA)

1. OBJET

Ce document vise à fournir des recommandations pour la prise en charge péri- opératoire des patients porteur de *S. aureus* résistants à la méticilline (MRSA).

Les infections du site opératoire contribuent à la morbidité et à la mortalité des interventions chirurgicales. Le risque d'infection postopératoire dépend de divers facteurs, liés à la procédure chirurgicale, aux mécanismes de défense du patient, à la quantité et à la virulence des microorganismes de la flore du patient.

La préparation cutanée préopératoire a pour but de limiter le risque d'infection des plaies opératoires. La douche et le savon désinfectant permettent l'élimination d'une grande partie des squames cutanées et une diminution significative de la flore cutanée.

Selon le risque infectieux, une prophylaxie antibiotique péri- opératoire se justifie. De manière générale, elle est recommandée lors de: (a) procédures avec un risque élevé d'infection (chirurgie propre-contaminée et contaminée); (b) chirurgie avec implantation de matériel prosthétique; (c) procédures pour lesquelles les conséquences d'infections sont très sévères.

Le choix de l'antibiotique dépend de l'organe abordé et des micro-organismes en cause dans les infections liées à ce type de chirurgie. Les céphalosporines de première génération (par exemple céfazoline) ou de deuxième génération (par exemple cefuroxime ou cefamandole) constituent le premier choix pour la plupart des interventions chirurgicales, en raison de leur spectre antibactérien, de leur sécurité d'emploi, de leur demi-vie relativement longue et de leur coût bas. De plus, les céphalosporines de 2^{ème} génération présentent une bonne pénétration dans le liquide céphalo-rachidien. Lors de chirurgie colorectale ou appendiculaire, l'association céphalosporines de 1^{ère} ou de 2^{ème} génération au metronidazole ou l'usage d'amoxicilline-acide clavulanique, confère une couverture contre les germes anaérobies.

L'utilisation d'un glycopeptide (vancomycine ou teicoplanine) en prophylaxie péri-opératoire doit être réservé aux patients avec un risque vital d'allergie aux bêtalactames, et aux patients présentant une colonisation à MRSA (inefficacité des céphalosporines contre les MRSA). Les problèmes liés à l'usage de vancomycine sont son spectre d'action étroit (bactéries Gram négatif non couvertes), la vitesse d'infusion lente et le risque de sélection de microorganismes résistants (apparition de résistance chez les entérocoques (VRE) et les staphylocoques (VISA, VRSA), réduisant dramatiquement les options thérapeutiques contre ces bactéries). L'utilisation de vancomycine reste donc réservée à des indications strictes.

2. DOMAINE D'APPLICATION

Services des chirurgies, bloc opératoire.

3. RESPONSABILITES

Chirurgiens, médecins anesthésistes.

4. DEROULEMENT

Le chirurgien est responsable de mentionner le portage d'agents infectieux lors de la réservation de la salle.

a. Mesures additionnelle de contact

Instaurer un isolement ou précautions de contact pour le patient porteur de MRSA, selon les recommandations du Service de Médecine Préventive Hospitalière (SMPH)

b. Evaluer si infection par MRSA chez le patient

Evaluation médicale sur la base de signes cliniques et para-cliniques. Si nécessaire, demander une évaluation par un infectiologue.

c. Programmation de l'opération

Prévoir si possible le patient en fin de programme (en cas d'intervention programmée).

d. Traitement de décolonisation topique

Dans la mesure du possible (intervention programmée), instaurer un traitement de décolonisation dans les 4 j précédant l'intervention chirurgicale (J-4) + le jour de l'intervention (J0= 5^{ème} jour de traitement de décolonisation).

Le cas échéant, le débouter au moins la veille de l'intervention (si possible) (J-1) + le jour de l'intervention (J 0), et le poursuivre en post opératoire pour une durée totale de 5 jours :

- **Douche, ou en alternative toilette complète**, avec un savon antiseptique contenant de la chlorhexidine 4% (Lifoscrub® ,Hibiscrub®), en alternative un savon à base d'iode (Bétadine® savon), 1x/ jour pendant 5 jours.
 - o **Technique** : Mouiller soigneusement la peau (tête, cheveux et l'ensemble du corps). Savonner toutes les parties du corps (5 ml de solution) en insistant particulièrement au niveau des aisselles, des plis inguinaux, du périnée et de l'ombilic. **Ne pas utiliser de gant de toilette**. Laisser agir le savon au moins 2-3 minutes avant de bien rincer. Pour les interventions portant sur le cuir chevelu (neurochirurgie, chirurgie plastique), appliquer le savon désinfectant (5 ml de solution) comme un shampoing puis bien rincer.
- **Mupirocine (Bactroban®) onguent nasal 3x/ jour pendant 5 jours**.
 - o **Technique** : appliquer une pointe de pommade (environ la quantité d'une petite noisette) sur un coton tige type Q tips. Insérer le coton tige dans la narine afin de déposer la substance (s'assurer que la pommade ne reste pas au bord de la narine). Masser la narine pour répartir la pommade. Répéter la procédure pour l'autre narine.
- **Chlorhexidine 0.1% spray buccal (Collunovar®) 3x/jours pendant 5 jours**. Chez les patients porteurs de prothèses dentaires, il est souhaitable de procéder à une désinfection quotidienne des prothèses dans une solution désinfectante à base de chlorhexidine (Corsodyl®).
- **Désinfection d'éventuelle plaie avec un désinfectant contenant du povidone iodée (Bétadine®, BraunoI®) 1x/jour, selon ordre médical**

e. Prophylaxie antibiotique péri- opératoire, patient colonisé par MRSA

Remplacer l'administration de céphalosporine de 1^{ère} ou de 2^{ème} génération par la **vancomycine 1 g i.v.** au moment de l'induction (Temps de perfusion : \geq 60 minutes !).

Remarque : En raison de son spectre d'action étroit (bactéries Gram négatif et anaérobies non couvertes), associer à la vancomycine, le metronidazole (0.5 g i.v. au moment de l'induction, perfusion de 30-60 min) ou l' amoxicillin-acide clavulanique (1.2 g i.v. au moment de l'induction, perfusion de 30-60 min) lors d'interventions qui nécessitent une couverture contre les germes anaérobies.

5. Références

1. Talbot TR, Kaiser AB. Postoperative infections and antimicrobial prophylaxis. In: Mandell JL, Bennett JE, Dolin R, editors. Principles and practice of infectious diseases. 6th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone.p.3533-3547
2. Bernasconi E, Francioli P. Recommandations pour la prophylaxie antibiotique périopératoire. Swiss-Noso; 2000 :7(2). (Disponible sur : <http://www.chuv.ch/swiss-noso/cf72a1>)
3. Zanetti G, Prophylaxie antibiotique péri-opératoire Swiss Knife 2007; 4 (Disponible sur http://www.sgc-ssc.ch/sgc_d/pdf/swiss_knife_4_07.pdf)
4. Centers for Disease Control and Prevention of Atlanta (CDC): 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings (Disponible sur : <http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/isolation2007.pdf>)