

Recommandation

BOP - Antibioprophylaxie - recommandations pour les hôpitaux vaudois

Dernière mise à jour

08/11/2016

Etablissements concernés

Hôpitaux FHV, Cliniques, CTR (Toutes spécialités,
Bloc opératoire)

Généralités

Une antibioprophylaxie est recommandée lors de procédures chirurgicales qui ont des taux élevés d'infections du site opératoire (ISO) et pour les procédures dont les conséquences d'une infection sont sévères (p.ex. implants), même si le risque d'infection du site opératoire est très faible. Une antibioprophylaxie chirurgicale n'est en général pas recommandée pour les chirurgies propres.

L'antibiotique choisi pour la prophylaxie chirurgicale doit prévenir les infections du site opératoire (ISO), réduire les coûts des soins et ne pas provoquer d'effets secondaires. Pour ce faire, l'antibiotique choisi doit être actif contre les pathogènes les plus probables du site opératoire. Le dosage de l'antibiotique et le timing d'administration doivent permettre d'obtenir des taux sériques et tissulaires adéquats pendant la période de contamination potentielle. Une concentration suffisante dans les tissus (supérieure à la CMI des agents pathogènes attendus) est nécessaire au moment de l'incision et tout au long de la procédure chirurgicale. La voie intraveineuse permet d'obtenir rapidement des concentrations sériques et tissulaires efficaces. Elle est privilégiée dans la plupart des interventions. Il est recommandé d'administrer la première dose d'antibioprophylaxie dans les 60 minutes avant l'incision chirurgicale. L'administration de vancomycine et de fluoroquinolone devrait débuter dans les 120 minutes avant l'incision compte tenu de la longue durée de perfusion. Une deuxième dose est justifiée si la durée de la procédure dépasse deux demi-vies de l'agent antimicrobien (chirurgie prolongée) ou en cas de pertes de sang importantes (> 1500 ml). L'antibiotique doit être administré sur une courte période afin de minimiser les effets secondaires et le développement de résistances. L'utilisation d'antibiotiques lors de procédures sales ou d'infections avérées est considérée comme le traitement d'une infection et non pas une prophylaxie.

Bactéries multi-résistantes

Chez les patients colonisés par des bactéries multirésistantes, la décision d'adapter ou non l'antibioprophylaxie dépend du pathogène, de son profil de sensibilité, du patient concerné, de la procédure envisagée, de la proximité entre le réservoir du pathogène résistant et le site chirurgical. En revanche, une prophylaxie avec un antibiotique actif contre le *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (MRSA) est recommandée lors de procédures propres chez les patients porteurs de MRSA. Chez ces patients, il est raisonnable de donner ou d'ajouter à l'antibiotique recommandé une dose unique de vancomycine en préopératoire. Idéalement, les patients connus pour un portage de MRSA devraient bénéficier d'une décolonisation avant toute chirurgie à haut risque, en particulier la chirurgie avec implants.

Insuffisance rénale et adaptation au poids

La posologie initiale est la même en cas d'insuffisance rénale (dose unique). Si une deuxième dose est indiquée, l'intervalle d'administration de la deuxième dose doit être adapté à la fonction rénale (cf tableaux propres à chaque chirurgie).

Il existe peu de données sur l'adaptation posologique chez les patients obèses. Les données disponibles suggèrent que des ajustements posologiques en fonction du poids corporel sont indiqués. Toutefois, les études pharmacocinétiques sont rares et il n'y a pas de recommandations spécifiques à disposition, en particulier pour la posologie des β -lactames. Chez les patients obèses, des concentrations de céphalosporines semblables à celles obtenues avec des doses standard chez les patients de poids normal peuvent être obtenues en doublant la dose ou en renonçant à adapter la dose à la fonction rénale (cf tableaux propres à chaque chirurgie). L'administration de 3 g de céfuroxime ou céfazoline pour les patients >120 kg est justifiée. Par contre, les évidences sont limitées pour soutenir la proposition de certains experts d'adapter la dose dès 80 kg.

Les recommandations vaudoises sont adaptées de Swissnoso
http://www.swissnoso.ch/wp-content/uploads/pdf/v20_1_fr.pdf.

Notre objectif est de mettre à disposition des hôpitaux vaudois des documents sous forme de tableaux propres aux pratiques opératoires.

Domaine d'application

Bloc opératoire des hôpitaux et cliniques du Canton de Vaud.

Ce document a été élaboré en 2010 et révisé en février 2016 par l'Unité HPCI en coopération avec les médecins HPCI de la FHV et du représentant des cliniques privées et le SMPH, CHUV. Ce document est en vigueur dans les hôpitaux du canton de Vaud

Responsabilité

Chirurgiens, médecins anesthésistes

Déroulement

-  L'anesthésiste a l'obligation de mentionner l'administration de l'antibioprophylaxie sur la feuille d'anesthésie.
-  La dose utilisée n'est jamais inférieure à une dose thérapeutique standard. Lors d'intervention longue, un ré-administration doit être programmée. L'antibioprophylaxie ne doit pas être poursuivie au-delà de la période péri-opératoire. Elle doit rester courte et ne pas dépasser 24 heures après l'opération, même lorsque les drains restent en place.
-  Les classes d'antibiotiques à utiliser et la liste des interventions sont détaillées dans les recommandations spécifiques à chaque chirurgie.

Texte de référence



Mise à jour des recommandations d'antibioprophylaxie chirurgicale en Suisse.
Swissnoso. Volume 20, Numéro 1, 2015