

L'ACTUALITE JURIDIQUE

Reprise chirurgicale : Antibioprophylaxie or not ?

Cher(e)s Assuré(e)s,

Certaines chirurgies, en particulier celles sans pose de matériel, n'ont pas besoin d'antibioprophylaxie lors de la première intervention.

Mais qu'en est-il des reprises pour complication ?

Par exemple en cas d'hématome après cure d'hydrocèle, doute sur une torsion de testicule avec nouvelle exploration, hématome après cure de hernie sans prothèse etc, les recommandations de la SFAR sont claires :

☞ Sujets potentiellement colonisés par une flore bactérienne nosocomiale et ré-intervention précoce pour une cause non-infectieuse.

Il s'agit de sujets hospitalisés dans les trois mois précédents dans des unités à haut risque d'acquisition de ce type de flore : unités de réanimation, centres de long séjour ou de rééducation, voyage à l'étranger dans l'année qui précède... Le risque existe alors d'une colonisation par des entérobactéries multi-résistantes ou du *staphylococcus aureus* méticilline-résistant.

☞ Pour les patients soumis à une ré-intervention précoce pour une cause non-infectieuse :

- un dépistage du portage de ces bactéries multirésistantes peut être préconisé, si on a le temps et si le patient a séjourné en unité de soins... le problème du dépistage de ces patients fait encore l'objet de débats

- pour les patients qui ont été hospitalisés dans une unité avec une écologie à staphylocoque méticilline-résistant, antibiothérapie antérieure...

- 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 3e génération, quinolones systémiques, aminosides et vancomycine). En cas d'utilisation de la vancomycine, l'injection dure 60 minutes et doit se terminer au plus tard lors du début de l'intervention et au mieux 30 minutes avant.

Vous trouverez ci-dessous un rappel synthétique des recommandations publiées validées par 16 sociétés savantes ! Ce sont nos règles de l'art à tous.

L'infection est un risque pour toute intervention et, par exemple, en chirurgie l'on retrouve des bactéries pathogènes dans plus de 90 % des plaies opératoires, lors de la fermeture. Ceci existe quelle que soit la technique chirurgicale et quel que soit l'environnement (le flux laminaire ne supprime pas complètement ce risque). Ces bactéries sont peu nombreuses mais peuvent proliférer. Elles trouvent dans la plaie opératoire un milieu favorable (hématome, ischémie, modification du potentiel d'oxydoréduction...) et l'intervention induit des anomalies des défenses immunitaires. En cas d'implantation de matériel étranger le risque est majoré. L'objectif de l'antibioprophylaxie (ABP) est de s'opposer à la prolifération bactérienne afin de diminuer le risque d'infection du site de l'intervention. La consultation préopératoire représente un moment privilégié pour décider de la prescription d'une ABP.

L'antibioprophylaxie (ABP) est une prescription d'antibiotique qui s'applique à certaines chirurgies "propres" ou "propre-contaminées".

L'ABP diminue d'environ 50 % le risque d'infection du site opératoire.

Pour les interventions « contaminées » et « sales », l'infection est déjà en place et relève d'une antibiothérapie curative dont les règles sont différentes notamment en termes de durée de traitement, la première dose étant injectée en préopératoire.

Chaque équipe doit déterminer dans un protocole écrit quel est le praticien responsable de la prescription de l'ABP et de sa surveillance. Celui-ci peut être l'anesthésiste-réanimateur, le chirurgien, le gastroentérologue, le radiologue.... En France

l'ABP est pratiquement toujours gérée par les anesthésistes-réanimateurs. Cependant il y a une responsabilité partagée avec les opérateurs. Le protocole de service doit clairement déterminer qui fait quoi en la matière.

La dose initiale (ou dose de charge) de l'antibiotique est habituellement le double de la dose usuelle.

Cette recommandation s'applique jusqu'à un poids de 100 kg (les données pharmacocinétiques permettent d'être assuré d'obtenir des concentrations tissulaires d'antibiotique suffisantes).

Chez la personne obèse (patient de plus de 100kg et index de masse corporelle $> 35\text{kg/m}^2$), **même en dehors de la chirurgie bariatrique, les doses de bêtalactamines doivent être le double de celles préconisées pour les patients non obèses.**

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.

Les protocoles d'ABP sont établis localement après accord entre chirurgiens, anesthésistes-réanimateurs, infectiologues, microbiologistes et pharmaciens.

L'ABP doit toujours précéder l'intervention dans un délai d'environ 30 minutes. Ce point est fondamental. 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. L'opérateur doit s'assurer que l'ABP a bien été prescrite. Le temps dédié à la «check-list» permet en outre la vérification de l'administration de l'ABP.

L'ABP doit être brève, limitée le plus souvent à la période opératoire, parfois à 24 heures et exceptionnellement à 48 heures et jamais au-delà. La présence d'un drainage du foyer opératoire n'autorise pas la transgression de ces recommandations. Il n'y a pas de raison de prescrire des réinjections lors de l'ablation de drains, sondes ou cathéters.

Le caractère ambulatoire de la chirurgie ne fait pas modifier les protocoles habituellement utilisés.

A vos ABP or not !

Bien confraternellement,
Docteur Didier LEGEAIS
Directeur Général Médirisq

Pour en savoir plus :

- https://sfar.org/wp-content/uploads/2018/08/Antibioprophylaxie-version-2017-CRC_CA_MODIF.pdf