

Info-antibio N° 76: septembre 2017

Lettre d'information sur les antibiotiques accessible par abonnement gratuit sur ce [lien](#)..

Moins prescrire d'antibiotiques, c'est préserver leur efficacité

Le bon usage des antibiotiques limite le développement des résistances et préserve l'efficacité des antibiotiques...

Antibioprophylaxie chirurgicale 2017: Recommandations formalisées d'experts

Voir le document pdf : [sur le site de la SFAR](#) – [sur infectiologie.com](#)

Il s'agit de la réactualisation par la SFAR en collaboration avec la SPILF et d'autres sociétés savantes des recommandations précédentes datant de 2010. Il n'est pas possible de tout détailler en une page mais voici les principaux éléments :

Ce qui ne change pas :

- L'ABproph ne concerne que les chirurgies de type propre » ou « propre contaminée ». Les chirurgies de type « contaminée » ou « sale » relèvent d'une ATB curative.
- L'ATB doit être actif contre les bactéries les plus fréquemment en cause dans l'infection opératoire du site concerné
- L'ABP doit précéder l'intervention d'environ 30mn (1h30 pour le début de la vancomycine en perfusion d'1h).
- En cas d'intervention prolongée, il faut effectuer une réinjection après 2 demi-vies de l'antibiotique.
- L'ABP est limitée à la période opératoire, parfois à 24 heures, exceptionnellement à 48 heures et jamais au-delà
- Les protocoles d'ATB doivent être écrits, cosignés par les anesthésistes-réanimateurs et les opérateurs, validés par le CLIN, la commission des anti-infectieux ou le COMEDIMS et être disponibles et éventuellement affichés en consultation, au bloc et en unités de soins.
- Les patients à risque particulier peuvent avoir une ABP « à la carte » mais qui doit éviter, si possible, les molécules à très large spectre antibactérien.
- Les dérogations aux protocoles habituels doivent rester exceptionnelles et être argumentées.
- Patient à risque infectieux particulier, dont ayant reçu une radiothérapie, soumis à une chimiothérapie ou une corticothérapie, patients ayant un diabète déséquilibré, patients très âgés, obèses ou très maigres.
 - Pas de modification au protocole standard (hors dose chez l'obèse)
- Sujets potentiellement colonisés par une flore nosocomiale et ré-intervention précoce pour cause non-infectieuse.
 - Concerne: les sujets hospitalisés dans les 3 mois précédents dans des unités à haut risque d'acquisition: réanimation, long séjour (sans les mêmes garde-fous que la [RFE ATB en réanimation résumée dans info-Antibio N°50](#)) ou rééducation mais aussi voyage à l'étranger dans l'année qui précède (ce qui semble flou).
 - Pour ces patients, se pose la question, non tranchée, du dépistage de BMR.

Ce qui change :

- Elaboration des recommandations par la méthode GRADE
- La recommandation de dose double d'une dose unitaire standard s'applique jusqu'à 100kg. Au-delà, si IMC > 35kg/m², il faut encore doubler les doses de bêta-lactamines.
- Augmentation des doses de clindamycine à 900mg et de vancomycine à 30mg/kg en 60 mg quand elles sont employées
- Disparition de la céfoxitine en chirurgie digestive, urologique et gynécologique (remplacée par péni A + inhibiteur)

Principales modifications par discipline

Chirurgie du rachis : suppression de clindamycine + gentamicine en alternative pour les allergies aux β lactamines

Ophthalmologie : injection intracaméculaire de céfuroxime pour les cataractes (à la place de la lévofloxacine PO)

Orthopédie : Plus d'ajout systématique de gentamicine si l'on utilise la vancomycine en cas d'allergie aux β lactamines

Chirurgie vasculaire : abandon de la proposition d'utiliser la vancomycine en cas de réintervention de moins d'un an
Chirurgie digestive :

Abandon de la céfoxitine pour la chirurgie du grêle et les prolapsus. Péni A +inhibiteur passe en 1^{ère} intention

Recommandation d'une ABP pour les cures de hernie avec plaque

Chirurgie urologique : Abandon de la céfoxitine pour cystectomie, soutènement urethral (TOT, TVT) et cure de prolapsus.

Péni A +inhibiteur passe en 1^{ère} intention

Chirurgie gynécologique : Abandon de la céfoxitine pour cure de prolapsus remplacé par Péni A +inhibiteur. Prévoir de discuter l'ajout d'azithromycine IV pour les césarienne quand le produit aura une AMM et ne sera plus en ATU.

Chirurgie bariatrique et chez l'obèse (IMC > 35 kg/m²): précision d'utiliser le poids REEL pour les doses de vancomycine et gentamicine.

Chirurgie plastique et reconstructive : remplacement de péni A + inhibiteur par céfazoline pour les classes 2 d'Alteimer.

Pas de modifications (hors posologies clindamycine/vancomycine) en chirurgie cardiaque, thoracique, ORL, maxillo-faciale et en radiologie et médecine interventionnelle.

Médecine et
maladies infectieuses



Sources d'information nationales sur l'utilisation des antibiotiques

Recommandations sur les ATB: [infectiologie.com](#). ATB rationnelle en soins primaires: [antibioticlic.com](#). ANSM: AMM des ATB, surveillance des effets indésirables. [Site sur les ATB](#) du Ministère de la Santé. Évaluation des pratiques : [HAS](#) - [SPILF](#). Sites régionaux d'information sur les ATB : [Lorraine](#) - [Nord Pas de Calais](#) - [Pays de la Loire](#)