

Antibioprophylaxie : actualités 2010

FO Mallaval- C Meyer

7 octobre 2010

Principes généraux

- ▶ Ce qui ne change pas :
- ▶ L'antibioprophylaxie s'applique selon un protocole actualisé, propre à chaque établissement, pour des chirurgies propres ou propres contaminées
- ▶ L'antibioprophylaxie réduit le risque d'ISO de 50 %
- ▶ L'antibioprophylaxie ne s'applique pas en cas d'infection

Principes généraux

- ▶ Administration : 30 min avant l'incision, double des doses usuelles (x4 chez l'obèse pour β lactamines)
- ▶ Molécules peu utilisées en thérapie anti infectieuse
- ▶ Utilisation >48 h interdite
- ▶ Prescription : doses durées et voie et réadministrations prescrites (toutes les deux $\frac{1}{2}$ vie de l'ATB)

Principes généraux

- ▶ L'exception au protocole doit le rester.
- ▶ Cependant il est possible sous réserve d'argumentation d'adapter les protocoles à des techniques ou des patients « uniques »
- ▶ L'âge élevé, le diabète, une corticothérapie, la chimio/ ou radiothérapie ne sont pas des exceptions à la règle.

Principes généraux

- ▶ Choix des antibiotiques :
- ▶ Adapté à la flore visée selon l'organe(s) opéré
- ▶ Concentrations tissulaires efficaces selon les organes ciblés, validées scientifiquement, jusqu'à la fermeture cutanée(réinjections)
- ▶ Coûtle moins cher possible
- ▶ Non utilisé en thérapeutique
- ▶ Adapté au patient : allergies/flore (réa-reprise-obésité –antcd SAMR)

Principes généraux

- ▶ Ce qui change :
- ▶ Prévention EI ; suite aux recommandations US et européennes publiées par l'ESC ne ciblent plus que les streptocoques oraux et la chirurgie alvéolo-dentaire à l'exclusion de toutes les autres.
- ▶ Quoi : amoxicilline 2g ou clindamycine 600 mg

Prévention EI

- ▶ Les cardiopathies à risque : valve ou matériel prothétique pour réparation valvulaire
- ▶ -atcd personnels d'EI
- ▶ Cardiopathie congénitale :
 - ▶ -cyanogène non opérée ou à fuite résiduelle ou mise en place d'une dérivation chirurgicale
 - ▶ -cardiopathie congénitale avec réparation prothétique placée chirurgicalement ou percut, jusqu'à 6 mois après mise en place (pas +) (la précédente réparée jusqu'à 6 m)
 - ▶ -avec fuite résiduelle au site d'implantation du matériel prothétique mise en place chir ou per cut

Ce qui change-descriptif

- ▶ Ophtalmo : levo chir cibles utilisation intra vitréenne ? Problème principal lié à l'oubli de prescription pour patients cibles.
- ▶ Ortho : reprise précoce : cause non infectieuse : vanco (= chgmt ANTB)-cauchoix I : cefaz
- ▶ Vasculaire cardiaque : compresses imprégnées ne font pas office d'atbp-ATB si chir vasc propose ^m si atb trbl troph pré-op
- ▶ Chir carotidienne plus d'ATBP ?
- ▶ Pose de PM : atbp recommandée

Ce qui change-descriptif

- ▶ Traumatisme : fracture ouverte : précoce : 48 h max
- ▶ OrL : pas plus de 48 h peni A+IB
- ▶ Chirurgie alvéolaire : prévention EI
- ▶ Chirurgie vésiculaire coelio » propre » pas ATBP
- ▶ Hernie (+- plaque) : pas d'atbp
- ▶ Uro : tjrs pas d'ATBP pour néphrectomies ou prostatectomies

Ce qui change-descriptif

- ▶ Chirurgie bariatrique : cibles staph strepto BGN et ana. Poso X2 sauf IMC < 35 kg/m²
- ▶ Céfa sans ouverture dig, sinon cefoxitine.
- ▶ Genta 5 mg/kg dose max 500mg

Antibioprophylaxie en Chirurgie Thoracique

La chirurgie thoracique non cardiaque peut être une chirurgie propre (classe 1 d'Altemeier) (chirurgie médiastinale, vidéo-thoracoscopie) ou propre contaminée (classe 2) en cas d'ouverture des bronches ou de la trachée. Malgré la complexité des situations, l'utilité d'une ABP n'est plus contestée aujourd'hui, comme l'ont montré nombre d'études scientifiques validées.

Bactéries cibles: Staphylocoques, *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, bactéries à Gram négatif

Acte chirurgical	Produit	Dose initiale	Ré-injection et durée
Exérèse pulmonaire (y compris chirurgie vidéo-assistée)	Péni A + IB*	2 g IV lente	Dose unique (si durée > 2h réinjecter 1g)
	ou		
	céfamandole	1,5 g IV lente	Dose unique (si durée > 2h réinjecter 0,75g)
	ou		
	céfuroxime	1,5 g IV lente	Dose unique (si durée > 2h réinjecter 0,75g)
Allergie :	ou		
	céfazoline	2 g IV lente	Dose unique (si durée > 4h réinjecter 1g)
	clindamycine	600 mg	Dose unique (si durée > à 4h, réinjecter 600 mg)
	+		
	gentamicine	5 mg/kg	Dose unique
Chirurgie du médiastin Chirurgie du pneumothorax Décortication (patient non infecté) Résection pariétale isolée	Céfamandole	1,5 g IV lente	Dose unique (si durée > 2h réinjecter 0,75g)
	ou		
	céfuroxime	1,5 g IV lente	Dose unique (si durée > 2h réinjecter 0,75g)
	ou		
	céfazoline	2 g IV lente	Dose unique (si durée > 4h réinjecter 1g)
Allergie :	ou		
	clindamycine	600 mg	Dose unique (si durée > 4h réinjecter 600mg)
	+		
	gentamicine	5 mg/kg	Dose unique
Médiastinoscopie, vidéothoracoscopie	Pas d'ABP		
Trachéotomie	Pas d'ABP		
Drainage thoracique	Pas d'ABP		



Nom d'utilisateur ***** Se con

Se souvenir de moi Mot de passe oublié ?

Pas encore adhérent SFED ? Devenez membre

ESPACE PRO ESPACES PARTENAIRES ESPACE PA

Professionnel Espace pro

VIDÉO DIGEST du 04 au 06 nov. 2010

ACTA Endoscopica Revue officielle de la SFED

- Images et vidéos
- Diaporamas
- Recommandations
- Fiches info patients
- CRD : protocoles SFED

Rechercher...

- Accueil
- La Société
- Commissions
- Commission Vidéo-Ca
- Club Francophone d'E
- Lettre et Newsletters
- EndoServices
- 2 Jours d'Endoscopie
- Réflexions sur l'Endos
- Le Meilleur d'Endosco
- Universités d'Endosco
- Infirmiers d'Endosco
- Projet OPERA
- Projet Detect

Accueil ► Toutes les actualités

Toutes les actualités

Rendez-vous Francilien de l'Endoscopie le 9 octobre prochain

Plus ancienne réunion locale sous l'égide de la SFED, à l'initiative de Jean-Marc CANARD, la **journée d'actualités digestives du Trocadéro**, dont ce sera 25^{ème} édition du nom et la 10^{ème} de la **réunion régionale Paris - Ile-de-France**, va se tenir dans son cadre habituel du **Pavillon Dauphine, dans le XVI^{ème} arrondissement de Paris, le samedi 9 octobre, de 8 heures à 13 h.**



Protocoles antagonistes !

- ▶ Antibioprophylaxie en endoscopie digestive : les recommandations de la SFED sont toujours d'actualité
- ▶ Une version actualisée de la fiche de recommandations intitulée « Antibioprophylaxie en chirurgie et médecine interventionnelle », à laquelle ont participé 15 sociétés de chirurgie et la SFR en plus de la SFAR mais qui n'est pas sous l'égide de la HAS, est diffusée sur le Web depuis peu. A noter que la SFED n'a pas été invitée à apporter sa contribution.
Il s'agit-là essentiellement de recommandations sur les principes généraux de prescription de l'antibiothérapie lors de la consultation de pré-anesthésie ou en pré-interventionnel, à réaliser 30 minutes avant l'examen et séparée d'au moins 10 min de l'injection des produits pour l'induction anesthésique. Rien ne concerne les gestes d'endoscopie diagnostique ou thérapeutique malgré un titre pouvant le laisser sous-entendre. Et le détail des procédures à haut risque et à faible risque infectieux n'est pas abordé.

▶ Par conséquent, ce sont les recommandations de la SFED qui restent d'actualité pour l'endoscopie digestive.

Antibioprophylaxie périopératoire HAS 2005

**RÉFÉRENTIEL DE PRATIQUES
PROFESSIONNELLES**

Critères d'évaluation



Critères portant sur la structure

- ▶ 1. L'équipe d'anesthésie dispose de protocoles d'antibioprophylaxie écrits, validés et adaptés à son secteur d'activité.
- ▶ 2. Les protocoles d'antibioprophylaxie sont régulièrement actualisés.

Critères à rechercher dans les dossiers des patients

- ▶ 3. L'antibioprophylaxie doit être programmée en consultation d'anesthésie. Le nom de l'antibiotique et la posologie à utiliser doivent être mentionnés sur le document de la consultation d'anesthésie.
- ▶ 4. Les particularités liées au terrain du patient (patient allergique aux antibiotiques, patients porteurs de bactéries multirésistantes, patients nécessitant une prophylaxie de l'endocardite, reprise, etc.) susceptibles de modifier le protocole d'antibioprophylaxie, sont renseignées dans le dossier d'anesthésie

▶ Choc anaphylactique mortel au cours d'une antibioprophylaxie pour chirurgie proctologique ou un travail d'équipe... en ordre dispersé et sans procédures

▶ (C.sicot et al, Annales Française d'Anesthésie et de Réanimation 2007)

Critères à rechercher dans les dossiers des patients

- ▶ 5. L'heure de l'incision chirurgicale est mentionnée sur la feuille d'anesthésie.
- ▶ 6. L'heure de l'injection de l'antibioprophylaxie correspondant aux 30 à 60 minutes avant l'incision chirurgicale est mentionnée sur la feuille d'anesthésie.
- ▶ 7. La dose unitaire de l'antibiotique administré en préopératoire est notée sur la feuille d'anesthésie.

Critères à rechercher dans les dossiers des patients

- ▶ 8. La durée de la prescription de l'antibioprophylaxie est strictement inférieure à 48 heures.
- ▶ 9. La molécule utilisée pour l'antibioprophylaxie est conforme au protocole de service et/ou d'établissement pour le type de chirurgie et le terrain.
- ▶ 10. La dose unitaire de l'antibiotique utilisé est conforme au protocole de service et/ou d'établissement pour le type de chirurgie et le terrain.
- ▶ 11. Le nombre de réinjections de l'antibiotique est conforme au protocole de service et/ou d'établissement pour le type de chirurgie et le terrain.

**ÉVALUATION DES PRATIQUES
PROFESSIONNELLES
RAPPORT DE L'EXPÉRIMENTATION
NATIONALE
AUDIT CLINIQUE CIBLÉ APPLIQUÉ À
L'ANTIBIOPROPHYLAXIE EN CHIRURGIE
DE
PREMIÈRE INTENTION
HAS
JUIN 2006**

Les actions d'amélioration
proposées et mises en
place par les établissements
découlent directement
des critères déficitaires pour
chaque grille d'audit

Antibioprophylaxie : protocole

- ▶ Rédaction collégiale d'un protocole d'antibioprophylaxie chirurgicale.
- ▶ Réactualisation du protocole d'antibioprophylaxie existant.
- ▶ Définition des rôles de chacun pour l'antibioprophylaxie.

Exemple

- ▶ Lieu et personne responsable de l'administration de l'antibioprophylaxie non définie entre le service de soins de chirurgie et le bloc opératoire
- ▶ => chacun pense que l'autre l'a fait
- ▶ => oublie d'administration de l'antibioprophylaxie chez certains patients

Correction

- ▶ L'administration est sous la responsabilité de l'IADE au bloc
- ▶ => lors d'une deuxième évaluation l'administration réalisée dans 100% des cas

Antibioprophylaxie : surveillance

- ▶ Réalisation d'un audit des pratiques.
- ▶ Diffusion des résultats de la surveillance des ISO sur intranet.
- ▶ Diffusion du taux de BMR à chaque service.
- ▶ Mise en place d'un suivi des antibiotiques par service.
- ▶ Analyse des cas d'ISO les plus graves.

Antioprophylaxie : prescription

- ▶ Sensibilisation des médecins.
- ▶ Sensibilisation des IADE et des IDE.
- ▶ Informatisation de la prescription.
- ▶ Modification de la fiche de préanesthésie (emplacement dédié à la prescription de l'antibioprophylaxie).

Exemple

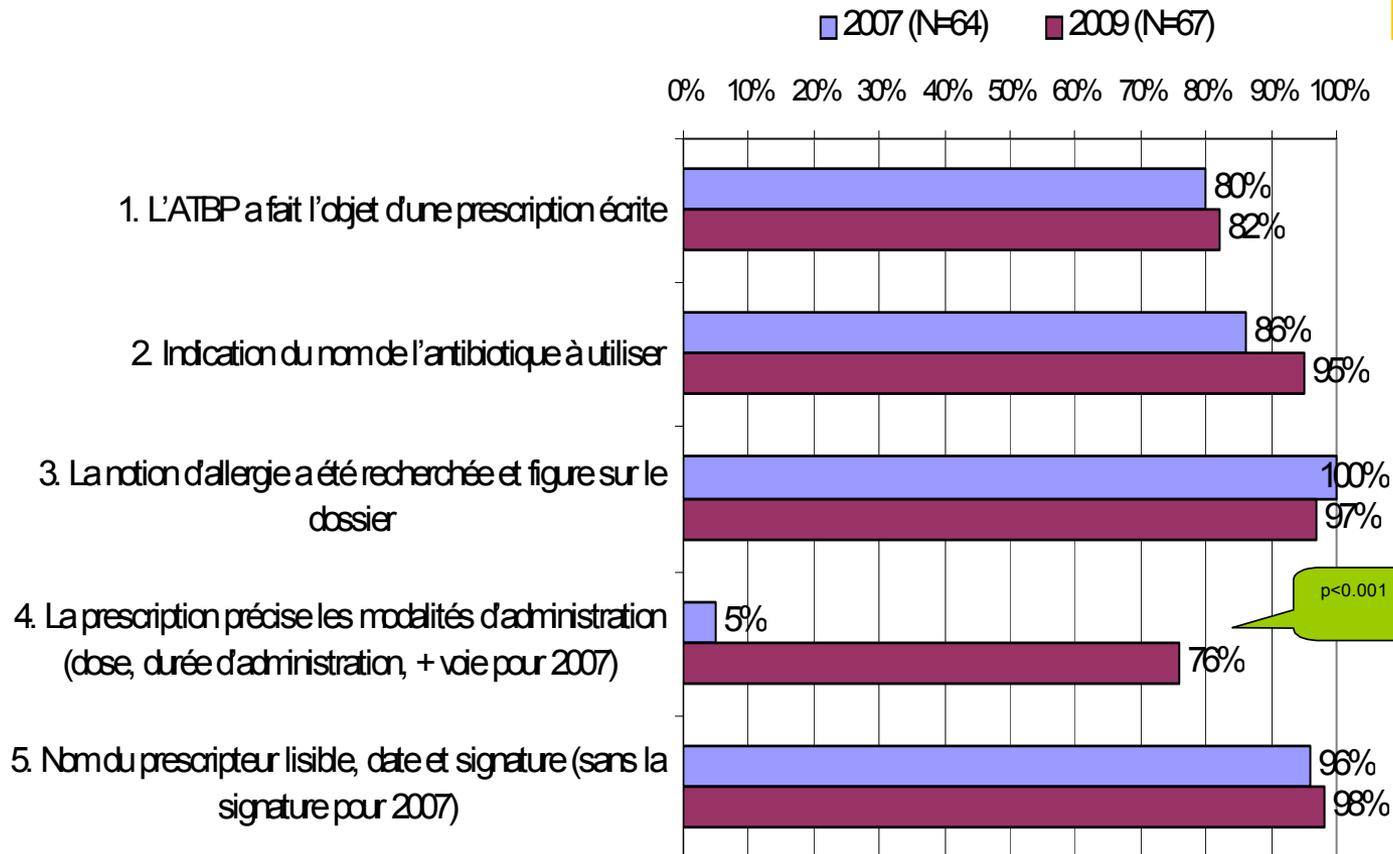
- ▶ Audit réalisé en collaboration avec
- ▶ Pharmacien
- ▶ Anesthésiste
- ▶ Référent antibiotique
- ▶ Hygiéniste
- ▶ => Difficile à réaliser car difficile de réunir tout le monde mais améliore l'adhésion aux modifications éventuelles

Antibioprophylaxie : administration

- ▶ Sensibilisation des médecins à la nécessité de réaliser une prescription écrite.
- ▶ Sensibilisation des IADE et des IDE au respect des horaires.
- ▶ Précision systématique des horaires dans les prescriptions postopératoires.
- ▶ Diffusion du protocole à tous les acteurs.

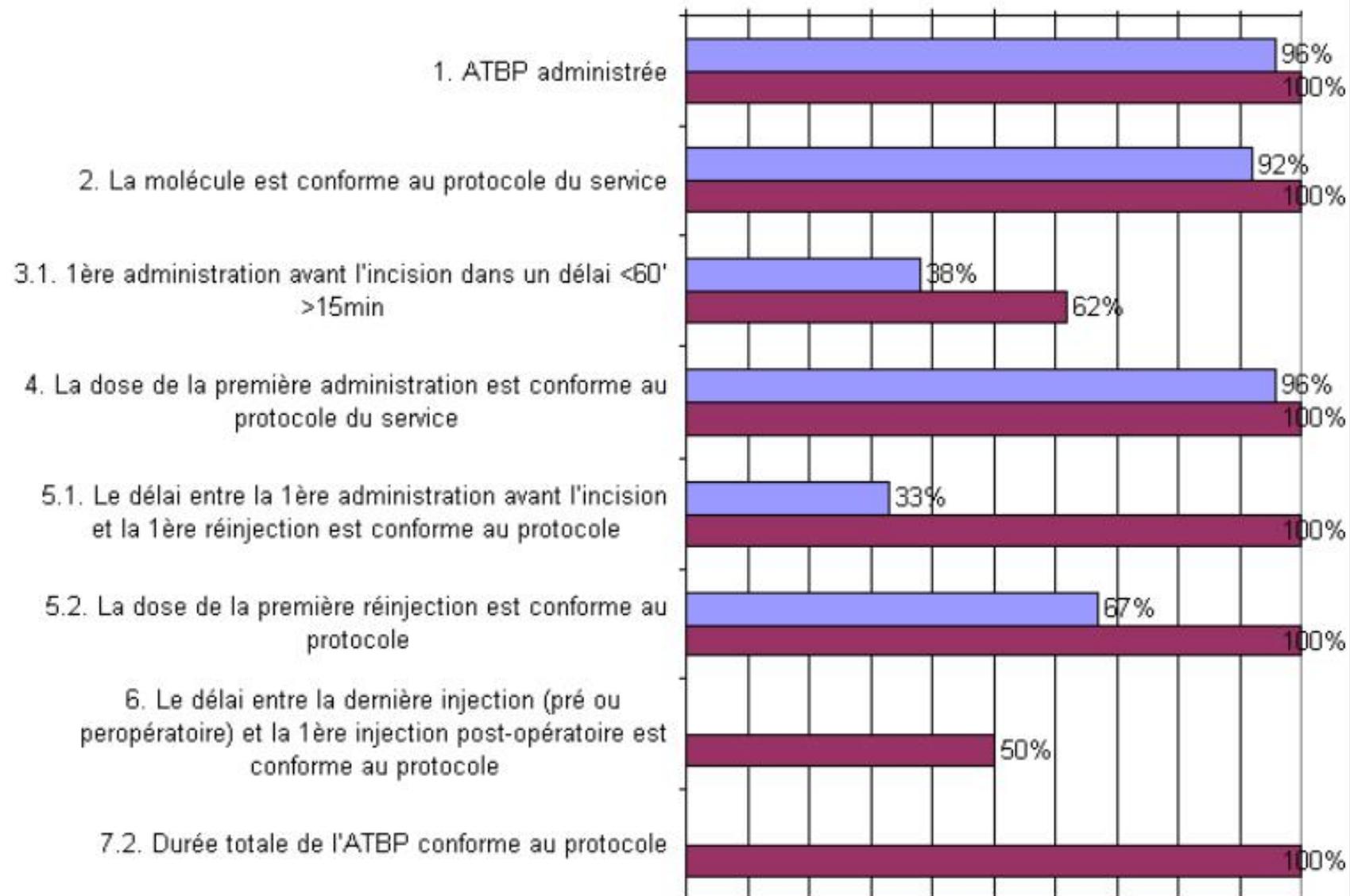
Réalisme : audits exemple chambérien

La prescription, trois secteurs



■ 2007 (N=25) ■ 2009 (N=39)

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%





Etude EOH

- **Antibioprophylaxie tracée et conforme selon les éléments tracés** (administrée au moins 15 minutes avant et conforme au protocole ou non administrée car non indiquée) : **60 (64.5%)**
- **Non conforme** au protocole selon les éléments tracés : **29 (31.2%)** dont 1 cas antibiothérapie pour appendicite
- **Conformité impossible à évaluer** car support de traçabilité égaré ou ATB tracée mais manque d'éléments (ex heures d'administration) pour évaluer la conformité : **4 (4.3%)**

Evaluation du traitement antibiotique peri-opératoire dans un service de chirurgie ORL carcinologique

(ECCMID 2003)

Objectifs

- ▶ Evaluer l'efficacité et les conséquences de la prescription antibiotique peri-opératoire dans un service de chirurgie ORL

Méthode

- ▶ Etude prospective de Mars 2001 à Aout 2002
- ▶ 98 patients inclus (= 1iere chirurgie carcinologique)
- ▶ Protocole « d'antibioprophylaxie » du service
 - Lors de l'induction anesthésique : AUG(1Gx3)+GEN(3mg/kg/24h)
 - GEN de J0 à J2
 - AUG de J0 à J5
- ▶ Prélèvements bactério
 - Pré-op : Pvt nasal et Sécrétion trachéale (ST)
 - Post-op : ST + pus peri-tracheal (J6 à J20)

Résultats pré-opératoire

- ▶ 96 patients ST + nasal
- ▶ 2 patients nasal seul
- ▶ 62% des bactéries sont Sensibles à l'AUG
- ▶ 86% des bactéries sont sensibles à GEN
- ▶ 90% des bactéries sont sensibles à AUG + GEN

Résultats post opératoire

- ▶ 73/98 patients ont eu 1 ou + prélèvements
- ▶ 40% des bactéries sont Sensibles à l'AUG
- ▶ 92% des bactéries sont sensibles à GEN
- ▶ 93% des bactéries sont sensibles à AUG + GEN

Analyse résultats (1)

- ▶ GEN de J0 à J2:
 - 86% à 92% de souches sensibles
- ▶ AUG de J0 à J5:
 - 62% à 40% de souches sensibles
- ▶ => la prolongation de « l'antibioprophylaxie » au-delà de 48h induit une pression de sélection

Analyse résultats (2)

- ▶ Reco SFAR: AUG seul pendant 24h et en alternative Clinda + GEN
- ▶ L'association AUG + GEN n'est pas recommandée MAIS adaptée à l'écologie des patients pris en charge dans ce service de chirurgie carcinologique ORL
- ▶ AUG seul en pré-op 62% de sensibilité alors que AUG + GEN = 90%

Conséquences

(JNI 2005)

- ▶ Présentation des résultats à l'équipe soignante
- ▶ Modification du protocole d'antibioprophylaxie du service
- ▶ Maintien de la bi-thérapie AUG + GEN
- ▶ Durée raccourcie à 48h maxi

conclusions

- ▶ Mise en place de protocole adapté à l'établissement, mis en place conjointement avec des cliniciens du clin ou des référents en infectiologie, en hygiène, les pharmaciens , le comité anti-infectieux, les anesthésistes, les différents chirurgiens .
- ▶ Le suivi est indispensable pour former au nouveau protocole : communiquer avec le bloc, les services, la pharmacie, les cadres
- ▶ Évaluer pour mesurer l'impact réel du protocole sur les pratiques