

# ANTIBIOPROPHYLAXIE CHIRURGICALE DIGESTIVE

Pr Ag BOUKARI BAWA .M

DARU HNN

FSS (UAM)

Niamey Niger

# INTRODUCTION 1/3

L'**objectif** de l'antibioprophylaxie (ABP) en chirurgie et en médecine interventionnelle est de s'opposer à la prolifération bactérienne afin de diminuer le risque d'infection du site opératoire (ISO).

# INTRODUCTION 2/3

- La **consultation anesthésique** représente un moment privilégié pour décider de la prescription d'une ABP.
  - type d'acte prévu,
  - le risque infectieux
  - adapter la prescription  
( ATCD, TTT, Portage connu)

# INTRODUCTION 3/3

Plusieurs mises à jour ont été publiées

Conférence de consensus

- SFAR 1992
- Révision 1999
- Révision 2010
- Révision 2018

# AGENDA

✓ DONNEES GENERALES

✓ CE QUI N'A PAS CHANGE

✓ CE QUI A CHANGE

# DONNEES GENERALES

# Données générales

- ABP chirurgicale  
( données littératures)
- 30 à 40 % des patients hospitalisés reçoivent des antibiotiques.
- ABP : 30 à 50% des prescriptions
- 20 à 50 % des prescriptions sont inappropriées jusqu'à 90 % pour l'ABP

## Antibiothérapie : Principes

- *Antibiothérapie curative = inoculum lourd*  
≠
- Prophylaxie = inoculum « faible »

# RAPPELS

Action contre une cible bactérienne définie, la plus fréquemment en cause

## Peau

### Flore résidente

#### Cocci à Gram positif

Micrococcus

S saprophyticus

S epidermidis

#### Bacille à gram positif

Corynebacterium

Propionibacterium

## Tube digestif

### Bactéries contaminantes

#### Cocci à Gram positif

Streptocoques

Entérocoques

Staphylocoques

- **Bacilles à Gram négatif**

Entérobactéries

- E coli, Klebsiella,

-Enterobacter

BGN non fermentants

- Pseudomonas,

-Acinetobacter

- **Anaérobies**

Cocci

Streptocoques, Peptostrepto

Bacilles

Bacteroides,

Clostridium, Fusobacterium

CE QUI N A PAS CHANGE

# ABP:quelles chirurgies?

- Chirurgies associées à un taux spontané d'ISO > 5% => **Chirurgie propre-contaminée** : Classe II de la classification d'Altemeier
- Chirurgies associées à des ISO rares mais grevées d'une morbidité élevée => **Chirurgie propre** : Classe I de la classification d'Althemeier
- Chirurgies de classe III et IV relèvent de l'antibiothérapie Curative

# Quelles molécules?

- Actif sur bactéries potentiellement pathogènes
  - En fonction de la chirurgie
  - En fonction de l'écologie locale et du patient
- Faible risque d'émergence de résistance
  - Spectre le plus étroit possible
  - Faible risque de mutations (quinolones, rifampicine)
- Non toxique
- Réservé à la prophylaxie
- Eviter les AB dont on veut préserver l'activité
- Coût modéré

# Quand?

- 15 MN AVANT l'induction de l'anesthésie
- 30 MN AVANT l'incision chirurgicale
- RPC Allergie: 5 à 10 avant induction

Classen, N Engl J Med 1992

# Quelle dose?

- Posologie initiale élevée, voie IV
- Réinjection toutes les 2 demi-vies
- Maintien de concentrations tissulaires efficaces jusqu'à la fermeture

# DUREE: Combien de temps?

- Efficacité de la dose unique démontrée
- Chirurgie digestive (Dipiro, Am J Surg 1986, Song, BJS, 1998)
- Durée limitée, jamais supérieure à 48 heures
- Pas de prolongation pour drainage ( elle a un cout)



**CE QUI A CHANGE**

# LES MOLECULES en DIGESTIF

LA BI ANTIBIOPROPHYLAXIE

Car association au Metronidazole

Pour

La CHIRURGIE COLO-RECTALE

# Antibioprophylaxie chirurgicale non systémique

- Intérêt potentiel de la décontamination digestive associée à la préparation colique dans la prévention des ISO après chirurgie colo-rectale

# Quid de l'obèse?

Chez l'obèse (index de masse corporelle  $>35$ ), même en dehors de la chirurgie bariatrique, les doses doivent être le double de celles préconisées pour les patients ayant un poids supérieur à 100 kg.

**CONCLUSION**

# Antibioprophylaxie chirurgicale

Thème prioritaire :

- Élaboration consensuelle de protocoles
- Protocoles accessibles, aisément consultables
- Régulièrement actualisés
- Régulièrement évalués
- Surveillance concomitante du taux d'ISO  
et évolution des résistances bactériennes