

ANTIBIOPROPHYLAXIE, LES NOUVELLES RECOMMANDATIONS :

QUOI DE NEUF ?



15 MAI 2025

Dr Marc Garnier,
Département d'anesthésie-réanimation
CHU de Clermont-Ferrand
Organisateur - SFAR

Pas de lien d'intérêt en rapport avec la présentation





RECOMMANDATIONS FORMALISÉES D'EXPERTS

De la SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ANESTHÉSIE ET RÉANIMATION (SFAR)

et de la SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIES INFECTIEUSES DE LANGUE FRANÇAISE (SPILF)

En association avec les SOCIÉTÉS SAVANTES DE CHIRURGIE ET DE MÉDECINE INTERVENTIONNELLE

ANTIBIOPROPHYLAXIE EN CHIRURGIE ET MÉDECINE INTERVENTIONNELLE

2024

refonte

Pourquoi une ~~actualisation~~ des RFE Antibioprophylaxie ?

- Modifications des pratiques chirurgicales et interventionnelles (nouveaux actes, techniques abandonnées, etc.)
- Manques dans certains tableaux
- Nouvelles données dans la littérature
- Niveau de preuve jamais compilé ni synthétisé dans les tableaux

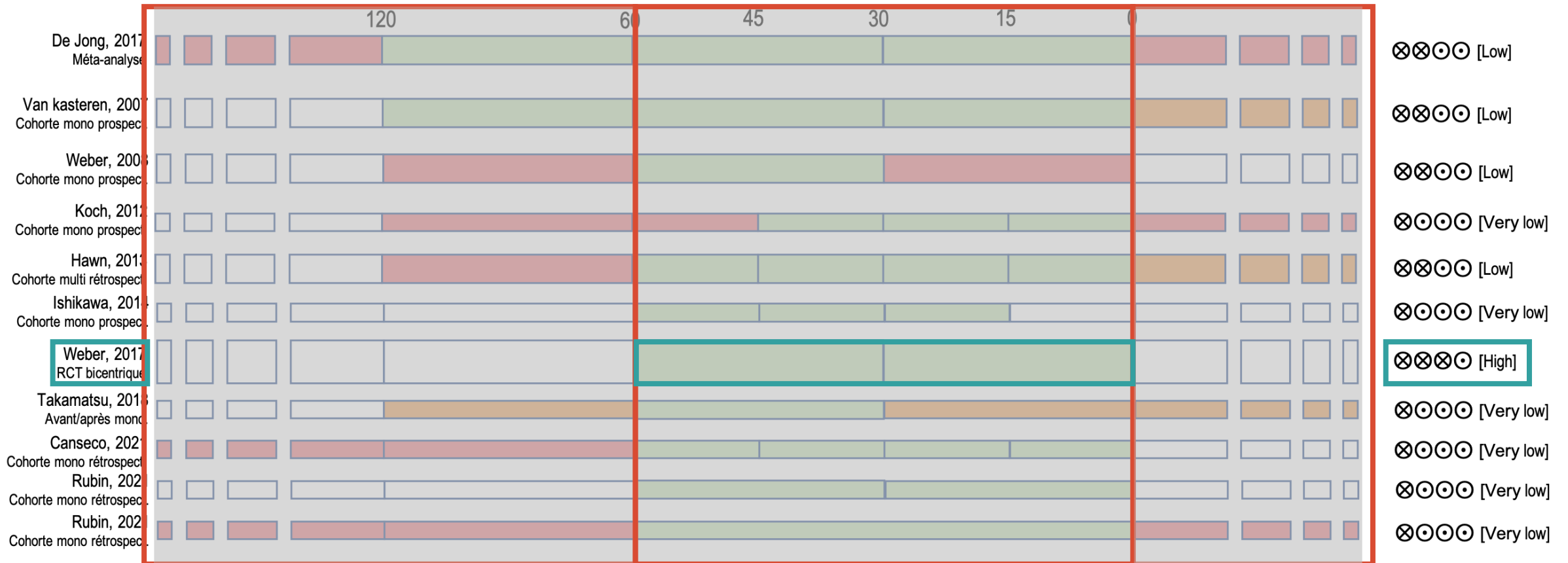


RECOMMENDATION



R1.1 – Il est recommandé d'administrer l'antibioprophylaxie par céphalosporine (ou ses alternatives en cas d'allergie, hors vancomycine) au plus tôt 60 minutes avant et au plus tard avant l'incision chirurgicale ou le début de la procédure interventionnelle pour diminuer l'incidence d'infection du site opératoire.

GRADE 1 (accord FORT)



Timing of surgical antimicrobial prophylaxis: a phase 3 randomised controlled trial

Walter P Weber*, Edin Mujagic*, Marcel Zwahlen, Marcel Bundi, Henry Hoffmann, Savas D Soysal, Marko Kraljević, Tarik Delko, Marco von Strauss, Lukas Iselin, Richard X Sousa Da Silva, Jasmin Zeindler, Rachel Rosenthal, Heidi Misteli, Christoph Kindler, Peter Müller, Ramon Saccilotto, Andrea Kopp Lugli, Mark Kaufmann, Lorenz Gürke, Urs von Holzen, Daniel Oertli, Evelin Bucheli-Laffer, Julia Landin, Andreas F Widmer, Christoph A Fux, Walter R Marti

Lancet Infectious Disease

	~75-30 min	~30-0 min		
	SAP in anaesthesia room, early administration (n=2296)*	SAP in operating room, late administration (n=2300)*	Odds ratio (95% CI)	p value†
Primary outcome				
Surgical site infection	113 (5%)	121 (5%)	0.93 (0.72–1.21)	0.601
Superficial incisional infection	48 (2%)	55 (2%)	0.87 (0.59–1.29)	0.491
Deep incisional infection	23 (1%)	20 (1%)	1.15 (0.63–2.11)	0.642
Organ space infection	42 (2%)	46 (2%)	0.91 (0.60–1.39)	0.673
Secondary outcomes				
All-cause 30-day mortality	29 (1%)	24 (1%)	1.21 (0.70–2.09)	0.485
Median length of hospital stay, days	5.1 (3–9)	5.0 (3–10)	NA	0.375

42 min (IQR 30–55) 16 min (IQR 10–25)



R1.1 – Il est recommandé d'administrer l'antibioprophylaxie par céphalosporine (ou ses alternatives en cas d'allergie, hors vancomycine) au plus tôt 60 minutes avant et au plus tard avant l'incision chirurgicale ou le début de la procédure interventionnelle pour diminuer l'incidence d'infection du site opératoire.

GRADE 1 (accord FORT)

Il convient de rappeler, qu'une administration de l'antibioprophylaxie avant l'induction anesthésique présente plusieurs avantages : la certitude que la dose sera délivrée avant l'incision chirurgicale, et, en cas de réaction allergique, l'absence de vasoplégie surajoutée induite par les médicaments anesthésiques, ainsi qu'une détermination plus facile de l'imputabilité des bêtalactamines comme déclencheur de la réaction allergique par rapport aux autres médicaments utilisés pendant l'induction anesthésique.



R1.2 – En cas d'utilisation de la vancomycine en antibioprophylaxie, les experts suggèrent d'en débuter l'administration intraveineuse sur 60 minutes chez le patient non obèse au plus tôt 60 minutes avant et au plus tard 30 minutes avant l'incision chirurgicale ou le début de la procédure interventionnelle pour diminuer l'incidence d'infection du site opératoire.

Avis d'experts (accord FORT)

6 études de cohortes

3 études >60 min vs. <60 min (2 surincidence d'ISO si >60 min)

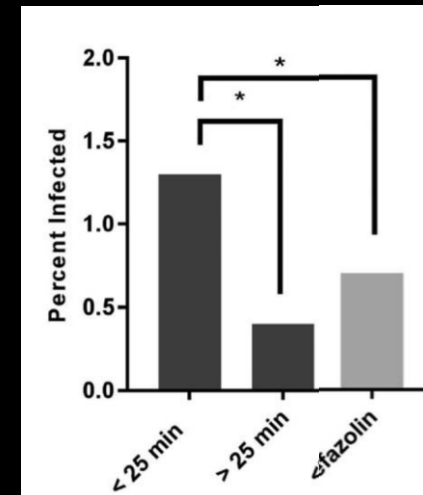
5 études dans l'intervalle 60-0 min

Impact of Reduced Preincision Antibiotic Infusion Time on Surgical Site Infection Rates

A Retrospective Cohort Study

Malhotra et al. *Ann Surg* 2020

7392 patients recevant de la vancomycine
Seuil optimal pour prédire l'ISO : début ≤ 25 min





R1.2 – En cas d'utilisation de la vancomycine en antibioprophylaxie, les experts suggèrent d'en débuter l'administration intraveineuse sur 60 minutes chez le patient non obèse au plus tôt 60 minutes avant et au plus tard 30 minutes avant l'incision chirurgicale ou le début de la procédure interventionnelle pour diminuer l'incidence d'infection du site opératoire.

Avis d'experts (accord FORT)

En conclusion, le délai optimal pour débuter l'administration de vancomycine semble être entre 60 et 30 minutes avant l'incision. Ce délai est compatible avec une administration IV lente sur 1 heure pour la dose d'un patient non obèse.

Il est rappelé qu'une dilution de la vancomycine à 5 mg/mL maximum [8], ainsi que l'utilisation prophylactique d'antihistaminiques avant le début de la perfusion [9], réduisent les complications locales (au point de perfusion) et générales (« vancomycin flushing syndrome », anciennement « red man syndrome ») en rapport avec l'administration de vancomycine.



R1.3.1 – Il est recommandé de réadministrer une à plusieurs dose(s) peropératoire(s) d'antibioprophylaxie en cas de prolongation de la chirurgie ou de l'acte interventionnel pour diminuer l'incidence d'infection du site opératoire.

GRADE 1 (accord FORT)

R.1.3.2 – Il est probablement recommandé de réadministrer cette (ces) dose(s) peropératoire(s), de la moitié de la dose initiale (chez l'adulte), toutes les deux demi-vies de l'antibiotique utilisé pour diminuer l'incidence d'infection du site opératoire, soit durant la période peropératoire :

- toutes les 2 heures pour la céfoxitine (1g), le céfuroxime (0,75g) et l'amoxicilline/clavulanate (1g)
- toutes les 4 heures pour la céfazoline (1g) et la clindamycine (450mg)
- toutes les 8 heures pour la vancomycine (10mg/kg).

Du fait de leur demi-vie très longue, la gentamicine, le métronidazole et la téicoplanine ne nécessitent pas de réinjection peropératoire.

GRADE 2 (accord FORT)



Intraoperative Redosing of Surgical Antibiotic Prophylaxis in Addition to Preoperative Prophylaxis Versus Single-dose Prophylaxis for the Prevention of Surgical Site Infection

A Meta-analysis and GRADE Recommendation

Wolfhagen et al. *Ann Surg* 2022

Observational cohort

Bertschi, 2000

de Jong

Subgroup of studies that administered redosing within 2 half-lives after initial administration showed a pooled OR for SSI of 0.43 (95% CI: 0.28–0.65, $I^2 = 31\%$) versus an OR of 0.69 (95% CI: 0.41–1.14, $I^2 = 59\%$) for studies that reported redosing without this strict interval. Analysis comparing studies that did, and those that did not

Heterogeneity: $I^2 = 56\%$

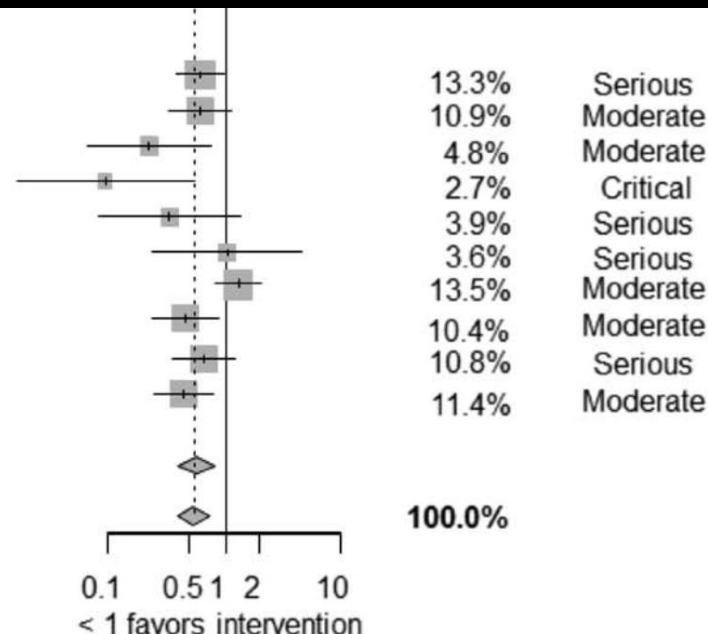
Pooled effect size (95% CI)

Heterogeneity: $I^2 = 50\%$

428	0.44 [0.23; 0.85]	13.3%	Serious
547	0.65 [0.35; 1.22]	10.9%	Moderate
1840	0.43 [0.24; 0.78]	4.8%	Moderate
	0.53 [0.08; 1.36]	2.7%	Critical
	1.02 [0.23; 4.54]	3.9%	Serious
	1.27 [0.80; 2.02]	3.6%	Serious
	0.44 [0.23; 0.85]	13.5%	Moderate
	0.65 [0.35; 1.22]	10.4%	Moderate
	0.43 [0.24; 0.78]	10.8%	Serious
	0.43 [0.24; 0.78]	11.4%	Moderate

0.55 [0.38; 0.79]

0.54 [0.40; 0.74]



Au total, sur 9 études de cohortes, 6 (9300 patients avec réadministration vs. 3100 patients sans réadministration malgré indication) soutiennent la réinjection



R1.3.1 – Il est recommandé de réadministrer une à plusieurs dose(s) peropératoire(s) d'antibioprophylaxie en cas de prolongation de la chirurgie ou de l'acte interventionnel pour diminuer l'incidence d'infection du site opératoire.

GRADE 1 (accord FORT)

R.1.3.2 – Il est probablement recommandé de réadministrer cette (ces) dose(s) peropératoire(s), de la moitié de la dose initiale (chez l'adulte), toutes les deux demi-vies de l'antibiotique utilisé pour diminuer l'incidence d'infection du site opératoire, soit durant la période peropératoire :

- toutes les 2 heures pour la céfoxitine (1g), le céfuroxime (0,75g) et l'amoxicilline/clavulanate (1g)
- toutes les 4 heures pour la céfazoline (1g) et la clindamycine (450mg)
- toutes les 8 heures pour la vancomycine (10mg/kg).

Du fait de leur demi-vie très longue, la gentamicine, le métronidazole et la téicoplanine ne nécessitent pas de réinjection peropératoire.

GRADE 2 (accord FORT)

Enfin, la réadministration de l'antibioprophylaxie est discutée en cas de fortes variations volémiques ou du volume de distribution du patient. Si une telle pratique est habituelle en chirurgie cardiaque au démarrage de la circulation extra-corporelle, plusieurs études ont considéré une nouvelle dose d'antibioprophylaxie en cas de saignement important, et/ou de perfusion de grands volumes de fluides et/ou de transfusion de plusieurs concentrés de globules rouges [5,11]. Si le rationnel PK-PD d'une telle approche existe, la diversité des seuils proposés par les études devant conduire à réadministrer une dose d'antibioprophylaxie, tant pour le volume de saignement que pour le volume de transfusion, rend l'analyse des preuves très difficile et empêche de formuler une recommandation. Les experts soulignent néanmoins qu'une réadministration d'antibiotique doit



R1.4 – Il n'est pas recommandé, dans la très grande majorité des cas (et hors exceptions mentionnées dans chaque tableau), de prolonger l'administration de l'antibioprophylaxie au-delà de la fin de la chirurgie pour diminuer l'incidence d'infection du site opératoire.

GRADE 1 (accord FORT)

≤ 24h vs. >24h

33 méta-analyses (2000>2021)

9 études randomisées contrôlées (2021>2023)

28/33 méta-analyses (chir cardiaque n=2, chir orthognatique n=3)

8/9 ERC (amputation membre n=1)

> Pas de supériorité du traitement prolongé

Per op. vs. Per + Postop

14 méta-analyses (2000>2022)

Orthopédie (n=5), maxillo-facial (n=2), viscéral (n=3),
césarienne (n=2), urologie (n=2)

**> Pas de supériorité du traitement prolongé en
postopératoire**



R1.5 – Il n'est probablement pas recommandé d'augmenter la dose unitaire de céphalosporine utilisée en antibioprophylaxie chez le patient obèse pour diminuer l'incidence d'ISO en dehors de cas particuliers (IMC supérieur à 50 kg/m²).

GRADE 2 (accord FORT)

Molécules hydrophiles → Augmentation du Vd << augmentation masse grasse



Céfazoline (2g dose de charge) :

16 études PK/PD montrant C_{max} et AUC_{0-24h} suffisantes
 6 études PK/PD C_{max} libre suffisantes
 2 études PK/PD montrant C_{max} libre suffisantes
 3 études PK/PD C_{max} libre suffisantes
 4 études PK/PD C_{max} libre suffisantes
 1 étude PK/PD C_{max} libre suffisantes
 4 études PK/PD C_{max} libre suffisantes

1 étude clinique rétrospective (37680 patients) : pas de différence d'ISO entre 2g et 3g chez obèses
 3 études cliniques rétrospectives : pas de différence d'ISO après 2g entre non-obèses et obèses chez >80 kg
 2 études cliniques rétrospectives : pas de différence d'ISO entre 2g et 3g chez obèses



CLINICAL INVESTIGATION

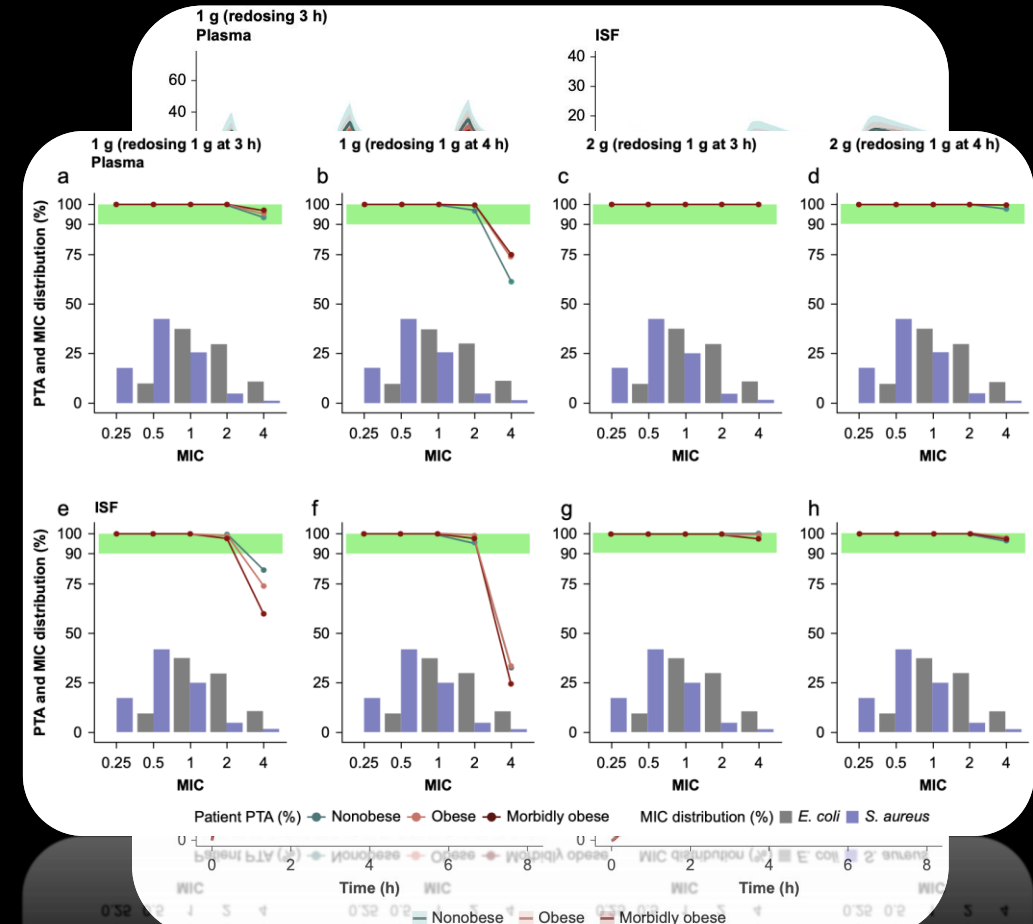
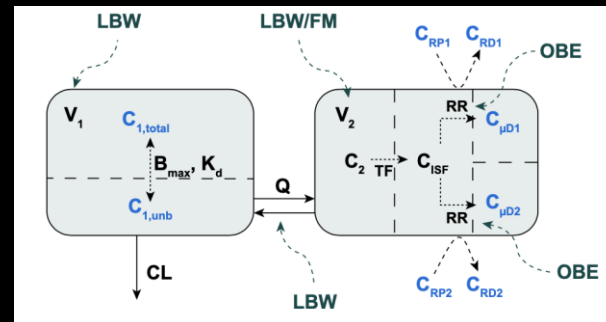
Evaluation of the need for dosing adaptations in obese patients for surgical antibiotic prophylaxis: a model-based analysis of cefazolin pharmacokinetics

Davide Bindellini^{1,2,†}, Philipp Simon^{3,4,5,*†}, David Busse^{1,2,6,†}, Robin Michelet¹, David Petroff⁷, Linda B. S. Aulin¹, Christoph Dorn⁸, Markus Zeitlinger⁹, Wilhelm Huisinga¹⁰, Hermann Wrigge^{4,11,12,†} and Charlotte Kloft^{1,*,†}

Participant characteristics

	Nonobese (n=15)	Obese (n=15)
Sex, n (%)		
Male	5 (33.3)	5 (33.3)
Female	10 (66.7)	10 (66.7)
Age (yr), median (range)	45 (21–65)	45 (25–65)
eGFR (CKDEPI) (ml min ⁻¹), median (range)	103.8 (86.1–121.7)	133 (82.8–269)
BMI (kg m ⁻²), median (range)	26.0 (18.7–29.8)	52.6 (39.5–69.3)
TBW (kg), median (range)	78.0 (50.0–96.0)	155 (123–200)

Parameter (unit)	Parameter estimate	SIR 95% CI
Fixed-effects parameters		
CL (L h ⁻¹)	17.9	16.6–19.2
V ₁ (L) (LBW = 64.3 kg)*	22.9	19.2–26.5
Exponent V ₁	1 [†]	–
Q (L h ⁻¹) (LBW = 64.3 kg)*	56.8	49.2–66.9
Exponent Q	0.75 [†]	–
V ₂ (L) (LBW = 64.3 kg, FM = 41.5)*	34.3	32.4–36.9
R (%)	76.4	64.9–86.0
B _{max} (mg L ⁻¹)	247	219–289
K _d (mg L ⁻¹)	65.3	55.8–79.9
TF (%)	65.5	59.4–70.9
RR _{obese} (%)	23.3	19.4–29.1
RR _{nonobese} (%)	41.1	35.3–48.8
Interindividual variability, CV (%)		
CL	21.9	17.9–29.0
V ₁	40.1	28.7–56.4
Q	54.8	42.0–72.9
V ₂	12.4	6.33–18.6
B _{max}	9.20	5.66–12.9
RR	43.3	22.8–63.0
Intercatheter	58.6	42.6–80.7
Intracatheter	90.3	73.8–110
Residual variability, CV (%)		
Plasma proportional error	35.7	33.9–37.7
μD proportional error	52.1	50.4–54.0
RD proportional error	28.9	23.8–36.3





Surgical Antibiotic Prophylaxis Dosing in Adult Patients with Obesity: A Comprehensive Review of Pharmacokinetic and Pharmacodynamic Data

Stefanie Nothofer, Michael Haselbeck-Koebler, M.D., Markus Zeitlinger, Prof. Dr. med., M.D., Christoph Dorn, Priv. Doz., Ph.D., David Petroff, Priv. Doz., Ph.D., Hermann Wrigge, Prof. Dr. med., M.D., Christian Dumps, M.D., Axel R. Heller, Prof. Dr. med., M.D., Philipp Simon, Prof. Dr. med., M.D.



Current Dosing Recommendations
By National Guidelines on Surgical Antibiotic Prophylaxis^{18–21}

Antibiotic	Current Dosing Recommendations				Dosing Alteration Necessary According to Current PK/PD Data?
	USA	Germany	France	Australia	
Cefazolin	2 g 3 g > 120 kg	2 g 3 g > 120 kg	2 g + 1 g > 4 h, then 1 g every hour	2 g 3 g > 120 kg	No
Cefoxitin	2 g	—	2 g + 1 g > 2 h, then 1 g every hour	—	Yes
Cefuroxime	1.5 g	1.5 g 3 g > 120 kg	1.5 g + 0.75 g > 2 h, then 1 g every hour	—	No



R1.5 – Il n'est probablement pas recommandé d'augmenter la dose unitaire de céphalosporine utilisée en antibioprophylaxie chez le patient obèse pour diminuer l'incidence d'ISO en dehors de cas particuliers (IMC supérieur à 50 kg/m²).

GRADE 2 (accord FORT)

En conclusion, il n'est probablement pas recommandé d'utiliser une dose unitaire différente de céfazoline, céfoxitine ou céfuroxime chez le patient obèse, si l'intervalle de réinjection recommandé est respecté. Dans les centres où les CMI des bactéries incriminées dans les ISO sont supérieures aux objectifs PK/PD détaillés ci-dessus et/ou dans les centres prenant en charge des patients avec des IMC supérieurs à 50 kg/m², une stratégie différente peut être discutée collégialement, reposant soit sur l'augmentation de la dose unitaire, soit sur le raccourcissement de l'intervalle de réinjection en cas d'administration discontinue, soit sur l'utilisation d'une dose d'entretien en intraveineux continue pendant la procédure.



R1.6 – Pour les molécules utilisées en alternatives aux bêtalactamines en cas d’allergie, les experts suggèrent d’utiliser les doses suivantes chez le patient obèse pour diminuer l’incidence d’ISO :

- **clindamycine** : 900 mg pour des IMC entre 30 et 45 kg/m² ; 1200 mg pour des IMC entre 45 et 60 kg/m² ; 1600 mg pour des IMC > 60 kg/m²
- **gentamicine** : 6 à 7 mg/kg de poids ajusté
- **vancomycine** : 20 mg/kg de poids total (comme chez le non-obèse).

Du fait de l’absence de donnée dans cette population, la téicoplanine n’est pas recommandée chez le patient obèse.

Avis d’experts (accord FORT)

L’utilisation de la dose de 20 mg/kg chez le patient obèse peut conduire à dépasser le débit d’administration de 1 à 1,5 g par heure permettant de limiter la survenue de « vancomycin flushing syndrome » (anciennement « red man syndrome »). Dans ce cas, un début de perfusion dans l’intervalle 90-60 minutes avant l’incision avec une administration sur 90 à 120 minutes, voire dans l’intervalle 120-90 minutes avant l’incision avec une administration sur 120 à 180 minutes en cas de dose supérieure à 3g doit être envisagé. Il est rappelé qu’une dilution de la vancomycine à 5 mg/mL maximum [15] et l’utilisation prophylactique d’antihistaminiques avant le début de la perfusion [16], réduisent les complications locales (au point de perfusion) et générales (« vancomycin flushing syndrome », anciennement « red man syndrome ») en rapport avec l’administration de vancomycine.



R1.7.1 – Dans les centres où la prévalence de colonisation digestive à entérobactéries productrices de bêta-lactamase à spectre étendu (E-BLSE) est supérieur ou égal à 10%, les experts suggèrent de réaliser un dépistage de la colonisation rectale à E-BLSE chez les patients devant être opérés de chirurgie colorectale, dans le mois précédant la chirurgie, afin d’adapter l’antibioprophylaxie et de diminuer l’incidence d’infection du site opératoire.

Avis d’experts (accord FORT)

R1.7.2 – En cas de positivité du dépistage de la colonisation rectale à E-BLSE, les experts suggèrent d’administrer, pour une chirurgie colo-rectale, une antibioprophylaxie ciblée active sur la souche d’E-BLSE identifiée lors du dépistage, pour diminuer l’incidence d’infection du site opératoire.

Avis d’experts (accord FORT)

R1.7.3 – Dans le cadre de la chirurgie colo-rectale, les experts suggèrent une prise en charge multidisciplinaire incluant l’anesthésiste-réanimateur, le chirurgien, un infectiologue (ou un référent en infectiologie) et un microbiologiste pour individualiser l’antibioprophylaxie des patients ayant un portage rectal d’E-BLSE.

Avis d’experts (accord FORT)



Personalized Ertapenem Prophylaxis for Carriers of Extended-spectrum β -Lactamase–producing Enterobacteriaceae Undergoing Colorectal Surgery

Nutman et al. *Clin Infect Dis* 2020

Intention-to-treat analysis

The rate of SSI caused by an ESBL-producing pathogen decreased significantly from 15 of 209 patients (7.2%) in the baseline phase to 4 of 269 patients (1.5%) in the intervention phase (ARD, -5.7% [95% CI, -9.5% to -1.9%]), a 79% reduction (ARR, 0.21 [95% CI, 0.07–0.62]).

As treated analysis

Among ESBL-PE carriers who received cephalosporin-based prophylaxis, 56 (22.7%) developed SSI compared with 35 (15.8%) patients who received ertapenem. After controlling for study site, **the risk difference was -7.8%** (95% CI, -14.8% to $-.8\%$). In the multivariable model that also included NNIS score and stoma creation, the risk difference was -7.7% and was statistically significant (95% CI, -14.6% to $-.8\%$); **SSI risk decreased by 33%** (ARR, 0.67 [95% CI, .46–.97]).

The **number needed to treat to prevent 1 episode** of SSI in ESBL-PE carriers (NNT) **was 13**. Depending on local prevalence of ESBL-PE carriage, the **number needed to screen** to prevent 1 SSI (NNS) **ranged by study site from 45 to 138**.



R1.7.1 – Dans les centres où la prévalence de colonisation digestive à entérobactéries productrices de bêta-lactamase à spectre étendu (E-BLSE) est supérieur ou égal à 10%, les experts suggèrent de réaliser un dépistage de la colonisation rectale à E-BLSE chez les patients devant être opérés de chirurgie colorectale, dans le mois précédant la chirurgie, afin d'adapter l'antibioprophylaxie et de diminuer l'incidence d'infection du site opératoire.

Avis d'experts (accord FORT)

R1.7.2 – En cas de positivité du dépistage de la colonisation rectale à E-BLSE, les experts suggèrent d'administrer, pour une chirurgie colo-rectale, une antibioprophylaxie ciblée active sur la souche d'E-BLSE identifiée lors du dépistage, pour diminuer l'incidence d'infection du site opératoire.

Avis d'experts (accord FORT)

R1.7.3 – Dans le cadre de la chirurgie colo-rectale, les experts suggèrent une prise en charge multidisciplinaire incluant l'anesthésiste-réanimateur, le chirurgien, un infectiologue (ou un référent en infectiologie) et un microbiologiste pour individualiser l'antibioprophylaxie des patients ayant un portage rectal d'E-BLSE.

Avis d'experts (accord FORT)



Guidelines

ESCMID/EUCIC clinical practice guidelines on perioperative antibiotic prophylaxis in patients colonized by multidrug-resistant Gram-negative bacteria before surgery





R1.7.1 – Dans les centres où la prévalence de colonisation digestive à entérobactéries productrices de bêta-lactamase à spectre étendu (E-BLSE) est supérieur ou égal à 10%, les experts suggèrent de réaliser un dépistage de la colonisation rectale à E-BLSE chez les patients devant être opérés de chirurgie colorectale, dans le mois précédant la chirurgie, afin d’adapter l’antibioprophylaxie et de diminuer l’incidence d’infection du site opératoire.

Avis d’experts (accord FORT)

R1.7.2 – En cas de positivité du dépistage de la colonisation rectale à E-BLSE, les experts suggèrent d’administrer, pour une chirurgie colo-rectale, une antibioprophylaxie ciblée active sur la souche d’E-BLSE identifiée lors du dépistage, pour diminuer l’incidence d’infection du site opératoire.

Avis d’experts (accord FORT)

R1.7.3 – Dans le cadre de la chirurgie colo-rectale, les experts suggèrent une prise en charge multidisciplinaire incluant l’anesthésiste-réanimateur, le chirurgien, un infectiologue (ou un référent en infectiologie) et un microbiologiste pour individualiser l’antibioprophylaxie des patients ayant un portage rectal d’E-BLSE.

Avis d’experts (accord FORT)

Dans cet objectif, il convient de dépister les patients par la réalisation d’un écouvillon rectal avec recherche microbiologique d’E-BLSE dans le mois précédant la chirurgie (recommandation conditionnelle avec bas niveau de preuve [1]). Il convient toutefois de noter que la mise en place d’une telle procédure doit prendre en compte les incidences locales de colonisation rectale à E-BLSE, et qu’en l’absence de seuil prospectivement validé, il est raisonnable de considérer une incidence de 10% de patients colonisés (définie par l’OMS comme une incidence « élevée » de colonisation à E-BLSE [7]) comme seuil au-delà duquel une stratégie de dépistage et une adaptation de l’antibioprophylaxie en cas de colonisation sont à mettre en place [1]. De plus, un dépistage individuel peut s’envisager chez un patient devant bénéficier de ces types de chirurgie et ayant un antécédent connu de colonisation digestive ou d’infection à E-BLSE au cours des 6 mois avant la chirurgie.



R1.7.1 – Dans les centres où la prévalence de colonisation digestive à entérobactéries productrices de bêta-lactamase à spectre étendu (E-BLSE) est supérieur ou égal à 10%, les experts suggèrent de réaliser un dépistage de la colonisation rectale à E-BLSE chez les patients devant être opérés de chirurgie colorectale, dans le mois précédant la chirurgie, afin d’adapter l’antibioprophylaxie et de diminuer l’incidence d’infection du site opératoire.

Avis d’experts (accord FORT)

R1.7.2 – En cas de positivité du dépistage de la colonisation rectale à E-BLSE, les experts suggèrent d’administrer, pour une chirurgie colo-rectale, une antibioprophylaxie ciblée active sur la souche d’E-BLSE identifiée lors du dépistage, pour diminuer l’incidence d’infection du site opératoire.

Avis d’experts (accord FORT)

R1.7.3 – Dans le cadre de la chirurgie colo-rectale, les experts suggèrent une prise en charge multidisciplinaire incluant l’anesthésiste-réanimateur, le chirurgien, un infectiologue (ou un référent en infectiologie) et un microbiologiste pour individualiser l’antibioprophylaxie des patients ayant un portage rectal d’E-BLSE.

Avis d’experts (accord FORT)

Enfin, dans une perspective d’épargne des carbapénèmes, une antibioprophylaxie ciblée chez les patients colonisés à E-BLSE ne doit pas être synonyme d’administration systématique de carbapénèmes. En effet, la céfoxitine, l’amoxicilline/clavulanate ou la pipéracilline/tazobactam peuvent être des alternatives efficaces sur certaines souches d’E-BLSE. Si seul un carbapénème peut être utilisé, l’ertapénème (2g en intraveineux lent en dose unique quelle que soit la durée de la chirurgie) est le choix préférentiel.



R1.7.1 – Dans les centres où la prévalence de colonisation digestive à entérobactéries productrices de bêta-lactamase à spectre étendu (E-BLSE) est supérieur ou égal à 10%, les experts suggèrent de réaliser un dépistage de la colonisation rectale à E-BLSE chez les patients devant être opérés de chirurgie colorectale, dans le mois précédant la chirurgie, afin d’adapter l’antibioprophylaxie et de diminuer l’incidence d’infection du site opératoire.

Avis d’experts (accord FORT)

R1.7.2 – En cas de positivité du dépistage de la colonisation rectale à E-BLSE, les experts suggèrent d’administrer, pour une chirurgie colo-rectale, une antibioprophylaxie ciblée active sur la souche d’E-BLSE identifiée lors du dépistage, pour diminuer l’incidence d’infection du site opératoire.

Avis d’experts (accord FORT)

R1.7.3 – Dans le cadre de la chirurgie colo-rectale, les experts suggèrent une prise en charge multidisciplinaire incluant l’anesthésiste-réanimateur, le chirurgien, un infectiologue (ou un référent en infectiologie) et un microbiologiste pour individualiser l’antibioprophylaxie des patients ayant un portage rectal d’E-BLSE.

Avis d’experts (accord FORT)

Une discussion multidisciplinaire associant chirurgien, anesthésiste-réanimateur, microbiologiste et infectiologue est alors nécessaire en préopératoire pour choisir la meilleure antibioprophylaxie ciblée en fonction de la souche d’E-BLSE mise en évidence dans le dépistage préopératoire. Dans les structures ne disposant pas d’infectiologue mais d’un médecin référent qualifié en infectiologie, celui-ci peut participer à la prescription personnalisée de l’antibioprophylaxie. Dans les structures n’ayant pas d’infectiologue ni de référent avec des compétences validées en infectiologie, un partenariat avec l’équipe d’infectiologie de la structure la plus proche pour discuter quand cela est nécessaire de la meilleure antibioprophylaxie avant chirurgie colo-rectale d’un patient colonisé à E-BLSE est à mettre en œuvre. Le développement d’équipes transversales d’infectiologie dans de



Les RFE vont servir de référentiel pour un nouvel AUDIT NATIONAL (octobre – décembre 2025)

- Collaboration SPICMI/SFAR avec SPILF et Mission nationale SPARES (pilotage GT : SPICMI)
- Groupe travail multidisciplinaire : MAR, infectiologues, hygiénistes, pharmaciens, chirurgiens, IADE...
- Représentants de sociétés savantes, de CPias/CRATB, d'établissements
- Outil : évaluation sur dossiers de l'antibioprophylaxie pré, per et post-opératoire (durée)
- Patients adultes / Chirurgie + médecine interventionnelle + endoscopie interventionnelle
- Grille en cours de test – outil informatique à préparer

L'antibioprophylaxie N'est PAS dénuée d'effets indésirables





Un petit bol
d'air pour
vous
remercier de
votre
attention!