

# Antibioprophylaxie lors des chirurgies gynécologiques

Novembre 2005

Ce guide est présenté à titre indicatif et ne remplace pas le jugement du praticien.

## GÉNÉRALITÉS

- La couverture antibiotique appropriée devrait être active contre les cocci Gram  $\oplus$  et les bacilles Gram  $\ominus$  (ou entérobactéries) non nosocomiaux.

## PRINCIPES DE TRAITEMENT

- L'antibioprophylaxie doit être adaptée en fonction des profils de résistance propres à chaque milieu hospitalier.
- Les patientes avec anomalies cardiaques susceptibles de développer une endocardite bactérienne à la suite d'une chirurgie gynécologique devraient recevoir la prophylaxie antibiotique appropriée (référer à la fiche sur l'antibioprophylaxie de l'endocardite bactérienne).
- **Moment d'administration de l'antibiotique en préopératoire :**
  - À l'induction de l'anesthésie
  - Variable, en fonction des particularités des molécules recommandées
  - Césarienne : après clampage du cordon ombilical, afin d'éviter une distribution de l'antibiotique chez le nouveau-né
- Une seule dose est suffisante lorsque l'antibioprophylaxie est indiquée, sauf pour les conditions où un traitement antibiotique doit être poursuivi, généralement pendant 5 jours.
  - ⇒ Par contre, en cas de chirurgie d'une durée supérieure à 3 heures, ou dans les cas où des pertes sanguines importantes surviennent (> 1500 mL chez l'adulte), une dose d'antibiotique devrait être répétée au besoin (à intervalles appropriés selon la demi-vie de l'antibiotique, afin de couvrir au minimum l'intervalle entre l'incision et la fermeture).

### Antibioprophylaxie

- **Antibioprophylaxie de première intention :**

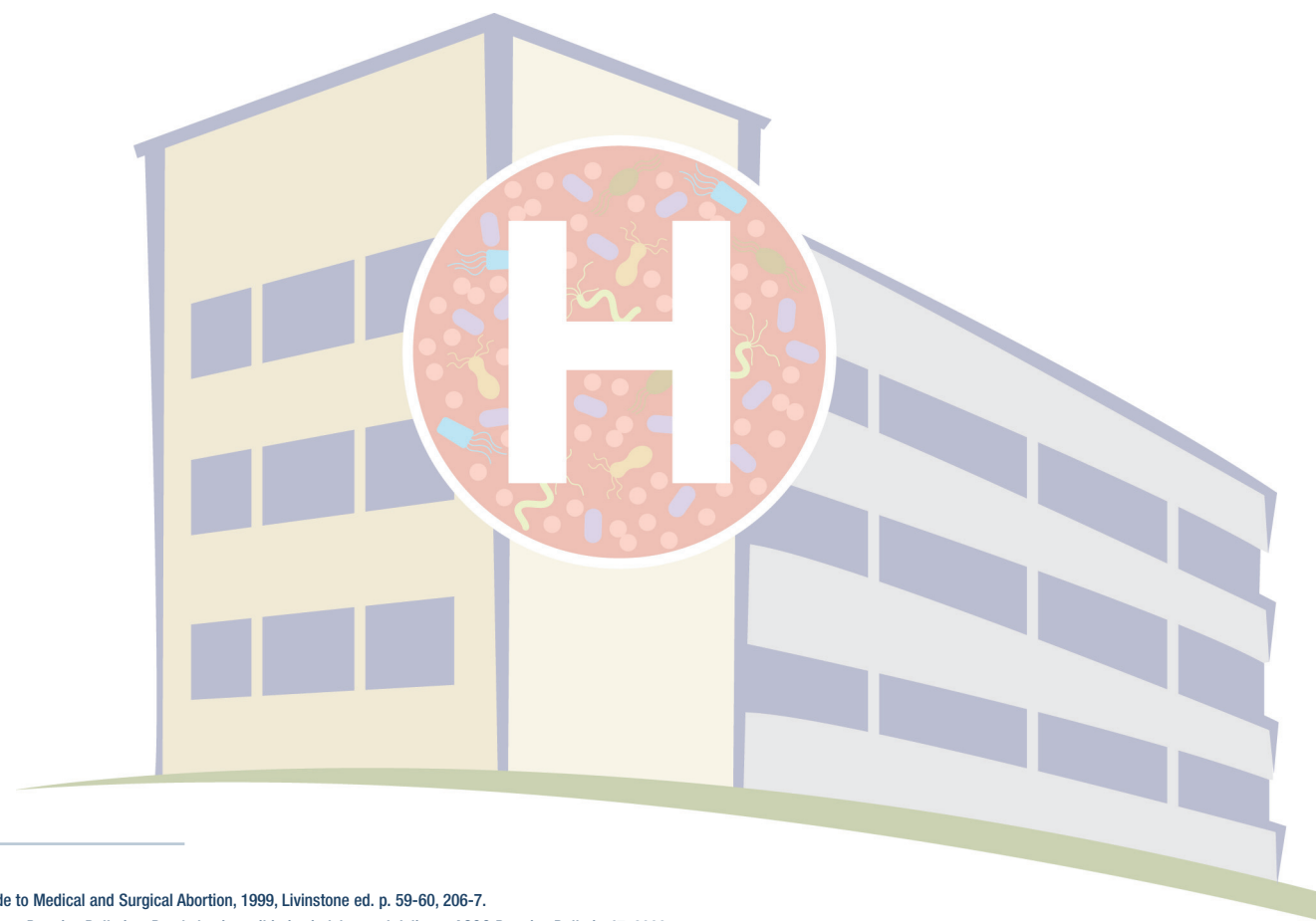
⇒ Le régime de première intention favorisé est la céfazoline.

↪ Certaines céphalosporines de 2<sup>e</sup> génération (céfoxitine) sont souvent citées comme une antibioprophylaxie de première intention adéquate pour les hystérectomies. Elles ont cependant été incriminées de façon non négligeable dans le développement de colites à *C. difficile* et dans le développement de résistance bactérienne, à cause de leur large spectre d'action.

- **Antibioprophylaxie de deuxième intention :**

⇒ Est indiquée :

- Lors d'allergie documentée aux  $\beta$ -lactames :
  - patients ayant présenté des signes d'anaphylaxie, de l'urticaire ou un rash survenu dans les 72 heures suivant l'administration d'un antibiotique de la famille des  $\beta$ -lactames, ou ayant présenté une réaction médicamenteuse sérieuse comme une fièvre médicamenteuse ou une épidermolyse bulleuse toxique.
- Pour les patients porteurs de *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) ou de Staphylocoque à coagulase négative résistant à la méthicilline.



### RÉFÉRENCES

- A Clinician's Guide to Medical and Surgical Abortion, 1999, Livinstone ed. p. 59-60, 206-7.
- ACOG Committee on Practice Bulletins. Prophylactic antibiotics in labor and delivery. ACOG Practice Bulletin 47, 2003.
- ACOG Committee on Practice Bulletins. Antibiotic prophylaxis for gynecologic procedures. ACOG Practice Bulletin 23, 2001.
- American Society of Health-System Pharmacists. ASHP therapeutic guidelines on antimicrobial prophylaxis in surgery. American Journal of Health-System Pharmacists 1999, 56: 1839-88.
- Bratzler DW, Houck PM. Antimicrobial prophylaxis for surgery: an advisory statement from the National Surgical Infection Prevention Project. Clinical Infectious Diseases 2004, 38: 1706-15.
- Comité sur les infections nosocomiales du Québec, Institut National de Santé Publique du Québec. Prévention et contrôle de la diarrhée nosocomiale associée au *Clostridium difficile* au Québec: lignes directrices intérimaires pour les centres hospitaliers. 2<sup>e</sup> ed., 2004.
- Gyssens IC. Preventing postoperative infections: current treatment recommendations. Drugs 1999, 57(2): 175-85.
- Mandell G, Bennett J, Dollin R. Principles and practice of infectious diseases. 6 ed. New York: Churchill Livingstone. 2005.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Antibiotic prophylaxis in surgery: a national clinical guideline. 2000 (45): 1-36.
- Small F, Hofmeyr G. Antibiotic prophylaxis for cesarean section. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2002 (3).
- The Medical Letter. Antimicrobial prophylaxis in surgery. The Medical Letter on Drugs and Therapeutics 2001, 43: 92-8.
- The Medical Letter. Antimicrobial prophylaxis for surgery. Treatment Guidelines from The Medical Letter 2004, 2(20): 27-32.

• **Antibioprophylaxie de deuxième intention (suite):**

- ⇒ Lorsqu'un régime de deuxième intention acceptable ne comprenant pas de clindamycine est documenté, nous avons choisi de favoriser ce dernier, à moins que la clindamycine ne présente, face aux pathogènes en cause, un spectre d'action plus approprié que les autres régimes (la clindamycine étant associée de façon importante au développement de colite à *C. difficile* et ce, parfois après une seule dose). Dans les chirurgies gynécologiques, la clindamycine présente habituellement un spectre plus adéquat que celui de la vancomycine, qui est préférée dans d'autres types de chirurgies.
- ⇒ Les régimes de deuxième intention employant la ciprofloxacine ont été évités au profit de ceux employant la gentamicine, compte tenu que certaines données semblent associer la survenue de certaines colites à *C. difficile* à la consommation de quinolones. À interpréter en fonction des différents milieux.
- ⇒ Pour les interruptions volontaires de grossesse (IVG) au 1<sup>er</sup> trimestre à risque élevé et au 2<sup>e</sup> trimestre: pas de prophylaxie de deuxième intention recommandée pour la plupart des patientes car le taux d'infection postopératoire est relativement faible. Si une antibioprophylaxie est donnée, le métronidazole pourrait être utilisé (aucun régime antibioprophylaxique de deuxième intention n'est bien décrit dans les lignes directrices consultées).

**Antibioprophylaxie lors des chirurgies gynécologiques**

Une antibioprophylaxie n'est généralement PAS RECOMMANDÉE lors de chirurgies gynécologiques.

Antibioprophylaxie RECOMMANDÉE lorsque (cas d'exception):

**Chirurgies contaminées**

**Chirurgies propres contaminées:**

- **Hystérectomie:**  
Antibioprophylaxie recommandée pour tous les types d'hystérectomie totale, que l'approche soit abdominale, vaginale ou assistée par laparoscopie. Pour l'hystérectomie subtotale, l'antibioprophylaxie est probablement non nécessaire.
- **Césarienne à risque élevé:**  
À la suite d'une rupture prématurée des membranes, d'un travail actif ou d'une césarienne d'urgence.  
  
La prophylaxie pour les césariennes non compliquées et dans les cas d'occlusion des trompes de Fallope est controversée. Certains auteurs recommandent une antibioprophylaxie pour les césariennes à faible risque également, même si les bénéfices en sont moindres que pour les césariennes à risque élevé (la revue Cochrane incluait par contre dans cette catégorie des patientes avec rupture prématurée des membranes, habituellement considérées à risque élevé). Il faut par contre considérer le risque de colite à *C. difficile* qui peut se développer même après une seule dose d'antibiotique.
- **Interruption volontaire de grossesse (IVG) à risque élevé au 1<sup>er</sup> trimestre:**  
Patientes avec histoire de maladie pelvienne inflammatoire, de gonorrhée ou de partenaires sexuels multiples. Certains auteurs ont démontré un bénéfice de l'antibioprophylaxie chez toutes les patientes subissant une interruption volontaire de grossesse. Il faut par contre considérer le risque de colite à *C. difficile* qui peut se développer même après une seule dose d'antibiotique.
- **Interruption volontaire de grossesse au 2<sup>e</sup> trimestre.**

**Administration des antibiotiques**

Céfazoline, céfoxitine	IV directe en 3-5 minutes OU perfusion IV en 15-30 minutes
Clindamycine	Perfusion IV en 30-60 minutes (maximum 30 mg/minute chez l'adulte)
Gentamicine	Perfusion IV en 15-30 minutes
Métronidazole	Perfusion IV en 30 minutes
Pénicilline G sodique	Perfusion IV en 30 minutes

**TRAITEMENT**

**ANTIBIOPROPHYLAXIE LORS DE CHIRURGIES GYNÉCOLOGIQUES, LORSQUE RECOMMANDÉE**

Type de chirurgie	Adulte et adolescente			
	Traitement de 1 <sup>re</sup> intention**	Coût par dose <sup>††</sup>	Traitement de 2 <sup>e</sup> intention**	Coût par dose <sup>††</sup>
Hystérectomie	Céfazoline (Ancef®) 1 g IV à l'induction	1\$	Métronidazole (Flagyl®) 500 mg IV ET Gentamicine (Garamycin®) 2 mg/kg IV à l'induction	1\$  3\$ (60 kg)
	<i>N.B. Une dose de 2 g IV à l'induction pourrait être utilisée chez les patientes &gt; 80 kg selon certains auteurs.</i>		Clindamycine <sup>§</sup> 900 mg IV à l'induction ET Gentamicine (Garamycin®) 2 mg/kg IV à l'induction	3\$  3\$ (60 kg)
	Césarienne à risque élevé	Céfazoline (Ancef®) 1 à 2 g IV après clampage du cordon ombilical	1\$	Métronidazole (Flagyl®) 500 mg IV ET Gentamicine (Garamycin®) 2 mg/kg IV à l'induction
IVG 1 <sup>er</sup> trimestre, à risque élevé	Doxycycline 100 mg PO 60 min préop. et 200 mg PO 30 min postop	2\$	Clindamycine <sup>§</sup> 900 mg IV à l'induction ET Gentamicine (Garamycin®) 2 mg/kg IV à l'induction	3\$  3\$ (60 kg)
			Métronidazole (Flagyl®) 1 g PO avant la procédure et 500 mg PO q 6h x 3 doses	0,30\$ <sup>§</sup>
IVG 2 <sup>e</sup> trimestre,	Céfazoline (Ancef®) 1 g IV à l'induction	1\$	Métronidazole (Flagyl®) 1 g PO avant la procédure et 500 mg PO q 6h x 3 doses	0,30\$ <sup>§</sup>

\* Une seule marque de commerce a été inscrite bien que plusieurs fabricants puissent offrir les produits sous d'autres noms commerciaux.  
† Prix approximatifs négociés pour les établissements de santé de la région de Québec (juin 2005).  
‡ Céfazoline, céfoxitine: répéter la dose peropératoire si durée > 3 heures et également si pertes sanguines de plus de 1500 mL.  
§ Les régimes avec la clindamycine devraient être utilisés en dernier recours afin de diminuer le risque de colites à *C. difficile*.  
|| Prix approximatifs apparaissant à la Liste de médicaments de la RAMQ (février 2005).