



Journée régionale des antibioréférants 2025 des Pays de la Loire

Recommandations SFAR 2024 sur l'antibioprophylaxie en chirurgie et médecine interventionnelle :

Pr Emmanuel RINEAU

Anesthésie-Réanimation, CHU Angers
23 janvier 2025

NEW
Ce qui change !



Liens d'intérêt

- Pas de lien d'intérêt en rapport avec cette présentation
- Membre du groupe de travail « antibioprophylaxie en chirurgie cardiaque, cardiologie structurelle, rythmologie interventionnelle et chirurgie vasculaire » pour les recommandations SFAR 2024

Les recommandations pour l'antibioprophylaxie

2010

INFORMATION PROFESSIONNELLE

Antibioprophylaxie en chirurgie et médecine interventionnelle (patients adultes). Actualisation

2018

Recommandations Formalisées d'Experts



Actualisation de recommandations

Antibioprophylaxie en chirurgie et médecine interventionnelle.
(patients adultes)

2024



RECOMMANDATIONS FORMALISÉES D'EXPERTS

De la SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ANESTHÉSIE ET RÉANIMATION (SFAR)
et de la SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE INFECTIEUSE DE LANGUE FRANÇAISE (SPILF)

Antibioprophylaxie en chirurgie et médecine interventionnelle

Antibiotic prophylaxis in surgery and interventional medicine

2024

Les recommandations pour l'antibioprophylaxie

Ce qui ne change pas :

- **Structure des recommandations :**
 - Principes généraux avec recommandations (36 pages)

Les recommandations pour l'antibioprophylaxie

Ce qui ne change pas :

- **Structure des recommandations :**
 - Principes généraux avec recommandations (36 pages)
 - Stratégie d'antibioprophylaxie pour chaque type d'intervention (55 pages)

Les recommandations pour l'antibioprophylaxie

Ce qui ne change pas :

- **Structure des recommandations :**
 - Principes généraux avec recommandations (36 pages)
 - Stratégie d'antibioprophylaxie pour chaque type d'intervention (55 pages)

- **En pratique**

Consultation chirurgien :
Intitulé intervention

Consultation anesthésie
(obligatoire > 48h pour
intervention programmée) :
ATBprophylaxie choisie et tracée

Chirurgie :
ATBprophylaxie administrée en
peropératoire (avant ou après
induction anesthésique, et toujours
avant chirurgie)



Les recommandations pour l'antibioprophylaxie

Ce qui ne change pas :

- Les grands principes

Antibioprophylaxie → prévenir **infection du site opératoire**

- Survenant dans les 30 jours suivant l'intervention
- Ou survenant dans l'année si pose de prothèse
(implant définitif tel que prothèse articulaire, valve cardiaque, etc.)

Infection superficielle, ou profonde, ou d'organe...

Les recommandations pour l'antibioprophylaxie

Ce qui ne change pas :

- Les grands principes

Classification de Polk-Altermeier

Basée sur études anciennes !

Type de chirurgie	Type d'intervention	Taux d'infection	
		Sans antibiotique	Avec antibiotique
Classe I Chirurgie propre	Incisions primitivement fermées non drainées, non traumatiques, sans inflammation ni faille dans la technique d'asepsie, en l'absence d'ouverture de l'oropharynx, du tube digestif, de l'appareil génito-urinaire ou des voies respiratoires	1 à 5 %	< 1%
Classe II Chirurgie propre-contaminée	Ouverture de l'appareil génito-urinaire en l'absence d'uroculture positive; ouverture des voies respiratoires du tube digestif dans de bonnes conditions et sans contamination anormale; ouverture de l'oropharynx ou des voies biliaires en l'absence de bile infectée; rupture minimes d'asepsie et drainages mécaniques	5 à 15 %	< 7%
Classe III Chirurgie contaminée	Plaies traumatiques récentes, ouverture du tractus biliaire ou génito-urinaire en présence de bile ou d'urines infectées, contamination importante par contenu digestif, inflammations aigues sans pus	>15 %	< 15%
Classe IV Chirurgie sale	Plaies traumatiques souillées, tissus dévitalisés, pus, contamination fécale, perforation viscérale	>30%	diminué

ATB prophylaxie

Antibiothérapie

Les recommandations pour l'antibioprophylaxie

Ce qui ne change pas :

- **Les grands principes**

- Efficace sur les bactéries les plus fréquemment en cause
 - Type d'intervention
 - Ecologie de l'unité d'hospitalisation
 - Flore endogène du patient
- Peu ou pas d'effets indésirables
- Peu générateur de résistance
- De préférence différent des antibiotiques utilisés en curatif
- Précède l'incision
- Limitée à la période peropératoire, parfois 24h postopératoires
- Dose initiale = double de la dose usuelle
- Protocoles locaux : cosignés par opérateurs/AR/infectiologues/CLIN

Recommandations générales : ce qui change

5 questions posées

- Q1 : Quand faut-il administrer l'antibioprophylaxie pour diminuer l'incidence des infections du site opératoire ?
- Q2 : Faut-il réadministrer une ou plusieurs nouvelle(s) dose(s) d'antibioprophylaxie en cours de procédure (et si oui, quand ?) pour diminuer l'incidence des infections du site opératoire ?
- Q3 : Combien de temps faut-il administrer l'antibioprophylaxie pour diminuer l'incidence des infections du site opératoire ?
- Q4 : Faut-il modifier les modalités de l'antibioprophylaxie chez le patient obèse pour diminuer l'incidence des infections du site opératoire ?
- Q5: Faut-il modifier l'antibioprophylaxie chez le patient colonisé au niveau rectal à entérobactérie productrice de bêta-lactamase à spectre étendu (E-BLSE) pour diminuer l'incidence des infections du site opératoire ?

Recommandations générales : ce qui change

Quand faut-il administrer l'ATB ?

- Recommandations 2018 : **30-60 minutes avant l'incision**

R3. Il faut toujours que l'antibioprophylaxie (ABP) précède l'intervention dans un délai d'environ 30 minutes. Lors d'utilisation de vancomycine la perfusion doit être débutée suffisamment tôt pour être terminée au mieux 30 minutes avant l'intervention.

(Grade 1+) Accord fort

- La séquence d'injection des produits d'induction doit être séparée de 5 à 10 minutes de celle de l'ABP.

Recommandations générales : ce qui change

Quand faut-il administrer l'ATB ?

- Recommandations 2024 : **0-60 minutes avant l'incision**

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)

Recommandations générales : ce qui change

Quand faut-il administrer l'ATB ?

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

RCT bicentrique, Suisse

5580 patients

Chirurgie abdominale, seins, ortho, vascu

Early group: 42 (30-55) min

Late group: 16 (10-25) min

NS pour les différents critères

Weber et al, Lancet Infect Dis 2017

	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

Data are n (%) or median (IQR). For the secondary outcome all-cause 30 day mortality, the complete case set numbers were 2301 in the early and 2306 in the late group. For the secondary outcome median length of hospital stay, the complete case set numbers are equal to the total study population (ie, 2589 for the early group and 2586 for the late group). SAP=surgical antimicrobial prophylaxis. NA=not applicable. *These numbers represent the complete case set (ie, the numbers of cases with complete 30-day follow-up). †p values for binary outcomes are Wald p values from logistic regression and for length of stay from a Wilcoxon (Mann–Whitney) rank-sum test.

Recommandations générales : ce qui change

Quand faut-il administrer l'ATB ?

- Recommandations 2024 : **Vanco 30-60 minutes avant l'incision**

R1.2 – En cas d'utilisation de la vancomycine en antibioprophylaxie, les experts suggèrent d'en débiter 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)

Recommandations générales : ce qui change

Réadministrations en cours de procédure ?

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), à une posologie de la moitié de la dose initiale, 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 (1 g), le céfuroxime (0,75 g) et l'amoxicilline/clavulanate (1 g)**
- **toutes les 4 heures pour la céfazoline (1 g) et la clindamycine (450 mg)**
- **toutes les 8 heures pour la vancomycine (10 mg/kg).**

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

GRADE 2 (accord FORT)

= idem 2018

Recommandations générales : ce qui change

Quelle durée d'antibioprophylaxie ?

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)

≈ idem 2018

En faveur perop uniquement :

Nombreuses études et métaanalyses (> 30) : > vs > 24h, et perop vs 24h

Exceptions éventuelles :

Certains patients à risque en chirurgie cardiaque, chirurgie orthognatique et amputation ?

Recommandations générales : ce qui change

Modalités chez le patient obèse ?

Reco 2018 : « Chez l'obèse (patient de plus de 100kg et index de masse corporelle $> 35 \text{ kg/m}^2$) (...) les doses de bêtalactamines doivent être le double de celles préconisées pour les patients non obèses. »

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/m^2).

Reco 2024

GRADE 2 (accord FORT)

Céphalosporines = hydrophiles, donc volume de distribution n'augmente pas dans même proportion que masse grasse.

Données PK/PD non en faveur, à discuter dans centres où CMI des bactéries incriminées dans ISO sont supérieures aux objectifs PK/PD (cf argumentaires), et/ou chez patients IMC > 50 .

Recommandations générales : ce qui change

Modalités chez le patient obèse ?

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 teicoplanine n'est pas recommandée chez le patient obèse.

Avis d'experts (accord FORT)

Recommandations générales : ce qui change

Quelle antibioprophylaxie si portage rectal à E-BLSE ?

Reco SFAR 2018 :

“Se pose le problème du dépistage de ces patients”

Recommandations générales : ce qui change

Quelle antibioprophylaxie si portage rectal à E-BLSE ?

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

Righi et al, Clin Microbiol Infect 2023

Recommendation	Strength of recommendation	Level of evidence
Extended-spectrum cephalosporin-resistant Enterobacterales (ESCR-E)		
Recommendation on screening for ESCR-E colonization		
We suggest rectal screening to identify ESCR-E carriers before colorectal and liver transplant surgery according to the local epidemiology	Conditional	Low
It might be good clinical practice to screen all solid organ transplant recipients for ESCR-E before surgery according to the local epidemiology	Ungraded good practice statement	Expert opinion
Recommendation on targeted perioperative antibiotic prophylaxis (PAP) for patients who are colonized with ESCR-E before surgery		
We conditionally recommend targeted PAP in patients colonized with ESCR-E undergoing colorectal surgery	Conditional	Low
We conditionally recommend targeted PAP in patients colonized with ESCR-E undergoing liver transplant surgery	Conditional	Very low
It might be good clinical practice to consider targeted PAP for all solid organ transplant recipients who are colonized with ESCR-E before surgery	Ungraded good practice statement	Expert opinion

Recommandations générales : ce qui change

Quelle antibioprophylaxie si portage rectal à E-BLSE ?

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

Reco 2024

Avis d'experts (accord FORT)

Recommandations générales : ce qui change

Quelle antibioprophylaxie si portage rectal à E-BLSE ?

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 un anesthésiste-réanimateur, un chirurgien, un infectiologue (ou un référent en infectiologie) et un microbiologiste pour individualiser l'antibioprophylaxie des patients colonisés au niveau rectal à E-BLSE.

Avis d'experts (accord FORT)

Recommandations générales : ce qui change

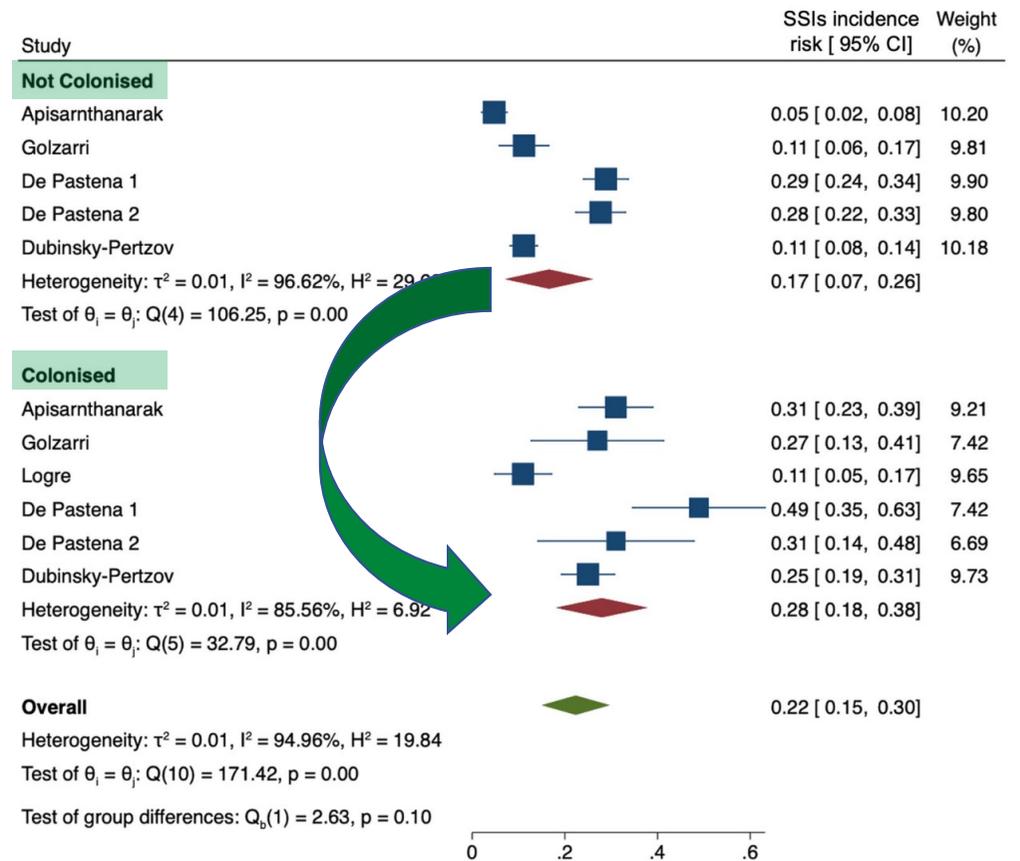
Quelle antibioprophylaxie si portage rectal à E-BLSE ?

Colonisation with Extended-Spectrum Cephalosporin-Resistant Enterobacterales and Infection Risk in Surgical Patients: A Systematic Review and Meta-analysis

Righi et al, Infect Dis Ther 2023

Méta-analyse 9 études observationnelles (8 prospectives)

↑ risque d'ISO x 1,6



Recommandations générales : ce qui change

Quelle antibioprophylaxie si portage rectal à E-BLSE ?

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

Nutman et al, Clin Infect Dis 2020

Etude prospective non-randomisée, 3 hôpitaux (Israël, Suisse, Serbie)
Avant-après changement de guidelines pour porteurs E-BLSE
(céphalosporine+métronidazole vs ertapénem)

3600 patients screenés => 498 (14%) porteurs E-BLSE

↓ **significative des ISO** dans l'analyse selon le traitement reçu :
23% groupe céphalosporine vs 16% groupe ertapénem

Pathogen	Baseline Phase (n = 31)	Intervention Phase (n = 23)
Enterobacteriaceae		
ESBL-producing	17	4
ESBL-nonproducing	9	9
<i>Escherichia coli</i>		
ESBL-producing	13	2
ESBL-nonproducing	6	6
<i>Klebsiella spp.</i>		
ESBL-producing	4	1
ESBL-nonproducing	1	1
<i>Enterobacter</i>		
ESBL-producing	0	0
ESBL-nonproducing	2	2
<i>Proteus spp.</i>		
ESBL-producing	0	1
ESBL-nonproducing	0	0
<i>Enterococcus spp.</i>	13	7
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	3	5
<i>Staphylococcus aureus</i>	8	3
Other	6	7

Recommandations par disciplines

Méthode



Actes chirurgicaux ou interventionnels	Molécules	Dose initiale	Réinjections et durée	Force de la recommandation
--	-----------	---------------	-----------------------	----------------------------

Plus d'actes précisés
pour limiter interprétations

1 critère de jugement majeur :
L'infection de site opératoire

●●● GRADE 1
●●● GRADE 2
●●● Avis d'experts

Recommandations par disciplines

9 parties

1. Neurochirurgie et neuroradiologie interventionnelle
2. Chirurgie ORL, stomato-maxillo-faciale et ophtalmologique
3. Chirurgie cardiaque, cardiologie structurelle, rythmologie interventionnelle et chirurgie vasculaire
4. Chirurgie thoracique, endoscopie thoracique et radiologie interventionnelle
5. Chirurgie plastique et reconstructrice, d'affirmation de genre et du patient brûlé
6. Chirurgie gynécologique et obstétrique
7. Chirurgie orthopédique et traumatologique
8. Chirurgie digestive et bariatrique, endoscopie et médecine interventionnelle digestive
9. Chirurgie urologique

La chirurgie vasculaire est le plus souvent une chirurgie propre (classe 1 d'Alteimer), mais certaines interventions sont classées en classe 2 à 4 d'Alteimer (trouble trophique distal, amputations de gangrènes infectées). L'abord du triangle de Scarpa, le terrain et les ré-interventions peuvent augmenter le risque d'infection. L'efficacité de l'antibioprophylaxie a été démontrée pour certaines de ces chirurgies vasculaires, mais il n'existe pas de données récentes concernant son efficacité pour d'autres procédures (radiologie interventionnelle, chirurgie veineuse profonde).

L'antibioprophylaxie peut être pratiquée même si une antibiothérapie est en cours pour traiter une infection. L'utilisation de prothèses imprégnées d'antibiotiques ou d'argent, ou de systèmes d'assistance de fermeture cutanée en pression négative ne sont pas considérés comme des alternatives à une antibioprophyllaxie. Leur utilisation ne permet pas de s'affranchir d'administrer une antibioprophyllaxie par voie systémique.

En cas d'allergie aux bêta-lactamines, si antibioprophyllaxie indiquée dans ce tableau :



Si céfazoline : **vancomycine 20 mg/kg IVL** ou **teicoplanine 12 mg/kg IVL**

Si amoxicilline/clavulanate : **clindamycine 900 mg IVL + gentamicine 6 à 7 mg/kg**

●●● (Avis d'experts)

Actes chirurgicaux ou interventionnels	Molécules	Dose initiale	Réinjections et durée	Force de la recommandation
Chirurgie artérielle ouverte				
<ul style="list-style-type: none"> Chirurgie artérielle périphérique ou chirurgie aortique, avec ou sans mise en place de matériel Chirurgie carotidienne avec mise en place de matériel 	Céfazoline	2g IVL	1g si durée > 4h, puis toutes les 4h jusqu'à fin de chirurgie	●●● (GRADE 1)
	<i>Alternative</i> : Céfuroxime	1,5g IVL	0,75g si durée >2h, puis toutes les 2h jusqu'à fin de chirurgie	●●● (GRADE 2)
<ul style="list-style-type: none"> Chirurgie carotidienne sans mise en place de matériel 	PAS D'ANTIBIOPROPHYLAXIE			●●● (GRADE 1)
Chirurgie veineuse				
<ul style="list-style-type: none"> Chirurgie des varices sans abord chirurgical du scarpa 	PAS D'ANTIBIOPROPHYLAXIE			●●● (Avis d'experts)
<ul style="list-style-type: none"> Chirurgie des varices avec abord chirurgical du scarpa 	Céfazoline	2g IVL	1g si durée > 4h, puis toutes les 4h jusqu'à fin de chirurgie	●●● (GRADE 2)
	<i>Alternative</i> : Céfuroxime	1,5g IVL	0,75g si durée >2h, puis toutes les 2h jusqu'à fin de chirurgie	

<ul style="list-style-type: none"> Chirurgie veineuse profonde ouverte 	Céfazoline	2g IVL	1g si durée > 4h, puis toutes les 4h jusqu'à fin de chirurgie	●●● (Avis d'experts)
	<i>Alternative</i> : Céfuroxime	1,5g IVL	0,75g si durée >2h, puis toutes les 2h jusqu'à fin de chirurgie	
Fistule artério-veineuse				
<ul style="list-style-type: none"> Création ou reprise de fistule artério-veineuse sans mise en place de matériel 	PAS D'ANTIBIOPROPHYLAXIE			●●● (GRADE 2)
<ul style="list-style-type: none"> Création ou reprise de fistule artério-veineuse avec mise en place de matériel 	Céfazoline	2g IVL	1g si durée > 4h, puis toutes les 4h jusqu'à fin de chirurgie	●●● (GRADE 2)
	<i>Alternative</i> : Céfuroxime	1,5g IVL	0,75g si durée >2h, puis toutes les 2h jusqu'à fin de chirurgie	
Procédure interventionnelle vasculaire				
<ul style="list-style-type: none"> Stent couvert ou endoprothèse Stent nu ou absence de mise en place de matériel chez un patient avec facteurs de risque * 	Céfazoline	2g IVL	1g si durée > 4h, puis toutes les 4h jusqu'à fin de chirurgie	●●● (GRADE 2)
	<i>Alternative</i> : Céfuroxime	1,5g IVL	0,75g si durée >2h, puis toutes les 2h jusqu'à fin de chirurgie	
<ul style="list-style-type: none"> Stent nu ou absence de mise en place de matériel chez un patient sans facteur de risque* 	PAS D'ANTIBIOPROPHYLAXIE			●●● (GRADE 2)
Amputation de membre				
<ul style="list-style-type: none"> Amputation de membre (hors contexte septique) 	Amoxicilline/Clavulanate	2g IVL	1g si durée > 2h, puis toutes les 2h jusqu'à fin de chirurgie Puis 50 mg/kg/j en 3 ou 4 injections IVL pendant 48h**	●●● (GRADE 2)

* Facteurs de risque d'infection en procédure interventionnelle vasculaire : passage des guides à travers des prothèses ou stents préexistants ; cathéter de radiologie interventionnelle en place >6h ; réintervention dans les 7 jours ; trouble trophique veineux ou artériel ne nécessitant pas d'antibiothérapie

** Si allergie, clindamycine, poursuivie à la dose de 600 mg IVL toutes les 6 heures (patient non obèse) pendant 48h

Recommandations par disciplines

Messages généraux

- **La céfazoline est privilégiée**
 - Vs céfuroxime, et disparition du céfamandole
 - Céfoxitine conservée pour certaines chirurgies pour son spectre un peu plus important sur entérobactéries et pour son activité sur certaines souches BLSE et sur les anaérobies
- **En cas d'allergie, le plus souvent :**

Si céfazoline indiquée	Clindamycine désormais privilégiée Vancomycine reste privilégiée pour certaines chirurgies : cardiothoracique, PTE, dig
Si céfoxitine ou AAC	Clindamycine + gentamicine
Quelques exceptions	Précisées dans les tableaux



En cas d'allergie aux bêtalactamines, si antibioprophylaxie indiquée dans ce tableau :

Si céfazoline : **clindamycine 900 mg IV**

Si amoxicilline/clavulanate : **triméthoprime/sulfaméthoxazole (Bactrim) 160mg/800mg IVL** (pas de réinjection)

©©© (Avis d'experts)

Recommandations par disciplines

Exemple en neurochirurgie

<u>Chirurgie du rachis</u>				
<ul style="list-style-type: none"> Chirurgie instrumentée du rachis avec mise en place de matériel en 1 temps (chirurgie ouverte ou mini-invasive, arthrodèse, ostéosynthèse, etc.) 	Céfazoline	2g IVL	1g si durée > 4h puis toutes les 4h jusqu'à fin de chirurgie	●●● (GRADE 2)
<ul style="list-style-type: none"> Chirurgie instrumentée du rachis avec pose de matériel en 2 temps (au cours de la même hospitalisation ou non)** Reprise du matériel quel que soit le délai** 	Céfazoline	2g IVL	1g si durée > 4h puis toutes les 4h jusqu'à fin de chirurgie	●●● (Avis d'experts) ●●● (Avis d'experts)

Recommandations par disciplines

Exemple en neurochirurgie

<ul style="list-style-type: none"> Chirurgie du rachis percutanée avec pose de matériel (expansion avec implant, cimentoplastie) 	Céfazoline	2g IVL	1g si durée > 4h puis toutes les 4h jusqu'à fin de chirurgie	●●● (Avis d'experts)
<ul style="list-style-type: none"> Chirurgie du rachis sans mise en place de matériel (canal lombaire étroit, laminectomie, voie endoscopique, etc.) Ablation de matériel du rachis <p style="text-align: center;">Particularités ou imprévus</p>	PAS D'ANTIBIOPROPHYLAXIE			<p>●●● (Avis d'experts)</p> <p>●●● (Avis d'experts)</p>
<p><i>En cas d'ablation de matériel d'ostéosynthèse ou de chirurgie sans pose de matériel exposant à une ouverture de la dure-mère, ou de geste prévu comme difficile/avec temps opératoire long, une antibioprophylaxie par céfazoline peut être discutée au cas par cas (●●● Avis d'experts)</i></p>				

Recommandations par disciplines

Exemple en neuroradiologie

Neuroradiologie interventionnelle		
<ul style="list-style-type: none">▪ Angiographie des artères cervicales et cérébrales▪ Endoprothèse des artères cervicales et cérébrales▪ Stent des artères cervicales et cérébrales Angioplastie des artères cervicales et cérébrales▪ Embolisation d'anévrisme, de malformation artério-veineuse cérébrale et spinale	PAS D'ANTIBIOPROPHYLAXIE	●●● (Avis d'experts)
<ul style="list-style-type: none">▪ Thermo-coagulation percutanée du nerf trijumeau	PAS D'ANTIBIOPROPHYLAXIE	●●● (Avis d'experts)

Recommandations par disciplines

Exemple en ORL

Chirurgie otologique				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Chirurgie des tympans (tympanoplastie, myringoplastie, tympanotomie exploratrice, perforation tympanique, etc.) ▪ Chirurgie de la chaîne ossiculaire, stapédecctomie, ossiculoplastie, otospongiose ▪ Chirurgie de cholestéatome (non infecté) 	PAS D'ANTIBIOPROPHYLAXIE			●●● (GRADE 2)
				●●● (GRADE 2)
				●●● (GRADE 2)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implants cochléaires 	Céfazoline	2g IVL	1g si durée > 4h, puis toutes les 4h jusqu'à la fin de la chirurgie	●●● (Avis d'experts)
	<i>Alternatives :</i> Amoxicilline/Clavulanate	2g IVL	1g si durée > 2h, puis toutes les 2h jusqu'à la fin de la chirurgie	

Recommandations par disciplines

Exemple en chirurgie stomatologique et maxillo-faciale

<u>Chirurgie orthognatique</u>				
▪ Chirurgie orthognatique	Céfazoline	2g IVL	1g si durée > 4h, puis toutes les 4h jusqu'à la fin de la chirurgie puis 1g/6h postop pendant 48h max.*	●●● (GRADE 2)
	<i>Alternative :</i> Amoxicilline/Clavulanate	2g IVL	1g si durée > 2h, puis toutes les 2h jusqu'à la fin de la chirurgie** puis 1g/6h postop pendant 48h max.*	
▪ Ablation de matériel	PAS D'ANTIBIOPROPHYLAXIE			●●● (Avis d'experts)

Recommandations par disciplines

Exemple en chirurgie stomatologique et maxillo-faciale

<u>Chirurgie alvéolo-dentaire</u>				
▪ Extractions de dents incluses, ectopiques ou en désinclusion	Amoxicilline	2g IVL***	1g si durée > 2h, puis toutes les 2h jusqu'à fin de chirurgie	●●● (GRADE 1)

*** les organisations des structures (accueil en ambulatoire sans nécessairement la possibilité de perfuser le patient et de débiter l'administration intraveineuse d'amoxicilline avant l'arrivée au bloc opératoire) et la rapidité de réalisation du geste chirurgical une fois le patient anesthésié, combinés à la recommandation d'une administration IV lente des spécialités à base d'amoxicilline, font qu'il est parfois difficile de respecter le délai recommandé et que se pose alors la question d'une administration orale d'amoxicilline à l'arrivée à l'hôpital en alternative à l'administration IV au bloc opératoire. L'amoxicilline est rapidement et bien absorbée après administration orale (biodisponibilité d'environ 70 %). Le délai d'obtention de la concentration plasmatique maximale (Tmax) est d'environ une heure. Donc une prise per os de 2g d'amoxicilline, entre 120 et 60 minutes avant l'intervention, pourrait possiblement remplacer l'administration IV. Il faudra néanmoins veiller à **limiter au maximum l'apport hydrique** accompagnant cette prise orale pour respecter les règles de jeûne préopératoire.

Recommandations par disciplines

Exemple en chirurgie stomatologique et maxillo-faciale

Chirurgie alvéolo-dentaire				
<ul style="list-style-type: none"> Extractions de dents incluses, ectopiques ou en désinclusion 	Amoxicilline	2g IVL***	1g si durée > 2h, puis toutes les 2h jusqu'à fin de chirurgie	●●● (GRADE 1)
<ul style="list-style-type: none"> Autres extractions dentaires (dents sur arcade, etc.) Pose de matériel d'ancrage orthodontique Chirurgie apicale Chirurgie alvéolaire (greffe osseuse d'apposition, régénération osseuse alvéolaire, ostéoplastie segmentaire, sinus lift, etc.) 	PAS D'ANTIBIOPROPHYLAXIE			●●● (GRADE 1) ●●● Avis expert ●●● Avis expert ●●● Avis expert

Recommandations par disciplines

Exemple en chirurgie cardiaque

Pas de changement majeur, sauf certaines interventions :


2024

2018

Drainage péricardique	Pas d'ANTIBIOPROPHYLAXIE
Dilatation coronaire +/- stent	Pas d'ANTIBIOPROPHYLAXIE
ECMO ...	Pas d'ANTIBIOPROPHYLAXIE

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Drainage péricardique par thoracotomie ou sternotomie ▪ Fenêtre pleuropéricardique ou péritonéopéricardique ▪ Hémostase postopératoire de chirurgie cardiaque par sternotomie ou thoracotomie 	Céfazoline	2g IVL	1g si durée > 4h, puis toutes les 4h jusqu'à fin de chirurgie	●●● (Avis d'experts)
	<i>Alternative :</i> Céfuroxime	1,5g IVL	0,75g si durée >2h, puis toutes les 2h jusqu'à fin de chirurgie	●●● (Avis d'experts)

Recommandations par disciplines

Exemple en chirurgie cardiaque

Pas de changement majeur, sauf certaines interventions :

<u>Assistance circulatoire de courte durée</u>			
<ul style="list-style-type: none"> Assistance de courte durée avec mise en place per-cutanée <u>sans</u> abord chirurgical, dont ECMO, Impella, CPIA, etc. 	PAS D'ANTIBIOPROPHYLAXIE		●●● (Avis d'experts)
<ul style="list-style-type: none"> Assistance de courte durée <u>avec</u> abord chirurgical dont ECMO, Impella, etc. 	Céfazoline <i>Alternative :</i> Céfuroxime	2g IVL 1,5g IVL	1g si durée > 4h, puis toutes les 4h jusqu'à fin de chirurgie 0,75g si durée >2h, puis toutes les 2h jusqu'à fin de chirurgie ●●● (Avis d'experts)

Recommandations par disciplines

Exemple en cardiologie structurale

Actes chirurgicaux ou interventionnels	Molécules	Dose initiale	Réinjections et durée	Force de la recommandation
<u>Cardiologie structurale</u>				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bioprothèse de la valve aortique par voie artérielle transcutanée (TAVI) ou autre bioprothèse valvulaire par voie transcutanée ▪ Fermeture d'auricule par voie percutanée avec implantation de matériel ▪ Rétrécissement de l'orifice atrioventriculaire gauche (MitraClip) ▪ Fermeture de communication interatriale ou de foramen ovale perméable 	Amoxicilline/Clavulanate	2g IVL	1g si durée > 2h puis toutes les 2h jusqu'à fin de chirurgie	●●● (Avis d'experts)
	<i>Alternative :</i>			
	Céfazoline	2g IVL	1g si durée > 4h, puis toutes les 4h jusqu'à fin de chirurgie	●●● (Avis d'experts)
	+			●●● (Avis d'experts)
	Amoxicilline	2g IVL	1g si durée > 2h puis toutes les 2h jusqu'à fin de chirurgie	●●● (Avis d'experts)

Recommandations par disciplines

TAVI

11 études
2012-2018

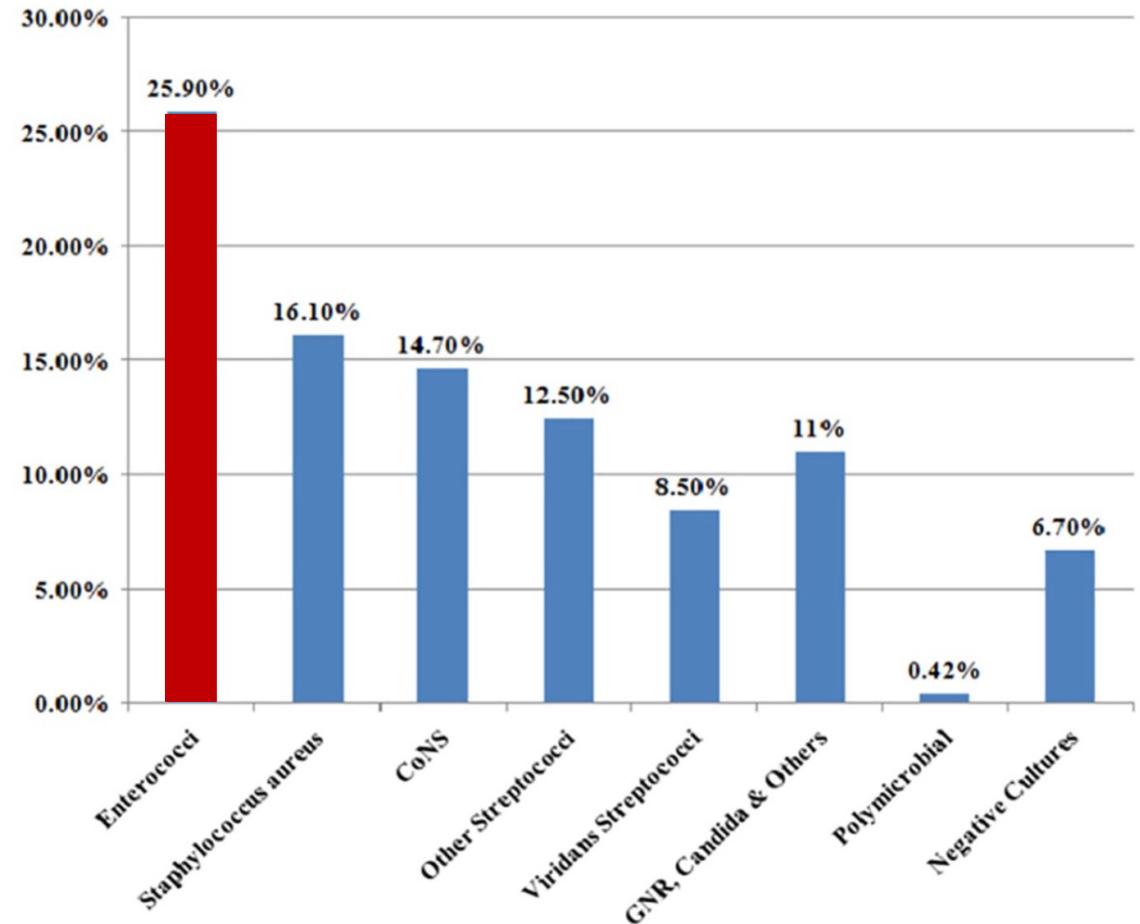
Prédominance Enterocoque (faecalis ++)

Puis Staph aureus

Puis Staph coagulase négative

Céfazoline non active sur l'entérocoque

Khan et al, Plos One 2020



Recommandations par disciplines

Exemple en rythmologie

<u>Implantation ou changement de prothèse rythmique (stimulateur ou défibrillateur)</u>				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implantation, explantation ou changement de stimulateur ou défibrillateur ▪ Implantation, explantation ou changement de sonde de stimulation ou de défibrillation 	Céfazoline	2g IVL	1g si durée > 4h, puis toutes les 4h jusqu'à fin de chirurgie	●●● (GRADE 1)
<u>Explorations endocavitaires et ablations de trouble du rythme cardiaque par cathéter</u>				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exploration électrophysiologique endocavitaire atriale et/ou ventriculaire ▪ Ablation de trouble du rythme cardiaque par cathéter (radiofréquence, cryothérapie, etc.) dans les cavités cardiaques droites ou gauches 	PAS D'ANTIBIOPROPHYLAXIE *			●●● (Avis d'experts)
	* Si procédure chez un patient avec prothèse intracardiaque (rythmique ou non) déjà implantée : Céfazoline 2g IVL ●●● (Avis d'experts)			●●● (Avis d'experts)

Recommandations par disciplines

Exemple en chirurgie vasculaire

<u>Chirurgie veineuse</u>			
<ul style="list-style-type: none"> Chirurgie des varices <u>sans</u> abord chirurgical du scarpa 	PAS D'ANTIBIOPROPHYLAXIE		●●● (Avis d'experts)
<ul style="list-style-type: none"> Chirurgie des varices <u>avec</u> abord chirurgical du scarpa 	Céfazoline <i>Alternative :</i> Céfuroxime	2g IVL 1,5g IVL	1g si durée > 4h, puis toutes les 4h jusqu'à fin de chirurgie 0,75g si durée >2h, puis toutes les 2h jusqu'à fin de chirurgie ●●● (GRADE 2)

Recommandations par disciplines

Exemple en chirurgie gynécologique

Chirurgie de l'utérus par voie laparotomique, coelioscopique ou robotique				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hystérectomie totale sans ou avec annexectomie ▪ Colpo-hystérectomie élargie ▪ Colpo-trachélectomie élargie 	Céfoxitine	2g IVL	1g si durée >2h puis toutes les 2h jusqu'à fin de chirurgie	●●● (Avis d'experts)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hystérectomie subtotale sans ou avec annexectomie (sans temps vaginal) ▪ Myomectomie ▪ Cerclage de l'isthme utérin en dehors de la grossesse ▪ Hystérorraphie, hystéroplastie 	Céfazoline	2g IVL	1g si durée > 4h puis toutes les 4h jusqu'à fin de chirurgie	●●● (GRADE 2)
	<u>Alternative :</u> Céfuroxime	1,5g IVL	0,75g si durée >2h puis toutes les 2h jusqu'à fin de chirurgie	

Recommandations par disciplines

Exemple en obstétrique

<u>Tamponnement utérin</u>				
<ul style="list-style-type: none"> Tamponnement intra-utérin pour hémorragie obstétricale 	Céfazoline	2g IVL	Dose unique lors de la pose du ballon intra-utérin	●●● (Avis d'experts)
	<i>Alternative :</i> Céfuroxime	1,5g IVL		
<u>Délivrance artificielle / révision utérine</u>				
<ul style="list-style-type: none"> Révision de la cavité de l'utérus après délivrance naturelle Extraction manuelle du placenta complet 	Céfazoline	2g IVL	Dose unique lors de la révision ou de la délivrance manuelle	●●● (Avis d'experts)
	<i>Alternative :</i> Céfuroxime	1,5g IVL		

Recommandations par disciplines

Exemple en chirurgie orthopédique

<u>Chirurgie de la main</u>				
<ul style="list-style-type: none"> Chirurgie prothétique ou osseuse avec mise en place de matériel 	Céfazoline	2g IVL	1g si durée > 4h, puis toutes les 4h jusqu'à fin de chirurgie	●●● (Avis d'experts)
<ul style="list-style-type: none"> Chirurgie des parties molles Ablation de matériel d'ostéosynthèse** Chirurgie articulaire non prothétique Ablation de kyste 	PAS D'ANTIBIOPROPHYLAXIE			●●● (GRADE 2) ●●● (GRADE 2) ●●● (Avis d'experts) ●●● (Avis d'experts)

Recommandations par disciplines

Exemple en traumatologie

Fractures fermées				
<ul style="list-style-type: none"> Ostéosynthèse par : <ul style="list-style-type: none"> - fixateur externe - brochage percutané 	PAS D'ANTIBIOPROPHYLAXIE			●●● (Avis d'experts)
<ul style="list-style-type: none"> Ostéosynthèse à foyer ouvert (tout type de matériel) ou enclouage 	Céfazoline	2g IVL	1g si durée > 4h, puis toutes les 4h jusqu'à fin de chirurgie	●●● (Avis d'experts)
Fractures ouvertes (hors main)				
<ul style="list-style-type: none"> Fracture ouverte Gustilo 1, quel que soit le matériel mis en place 	Céfazoline	2g IVL	1g si durée > 4h, puis toutes les 4h jusqu'à fin de chirurgie	●●● (Avis d'experts)
<ul style="list-style-type: none"> Fracture ouverte Gustilo 2 ou 3, quel que soit le matériel mis en place 	Amoxicilline/Clavulanate	2g IVL	1g si durée > 2h, puis toutes les 2h jusqu'à fin de chirurgie	●●● (Avis d'experts)

Fracture	Description	Taux d'infection	Contamination	
Type 1	Plaie < 1 cm Contamination minimale	< 2 %	Minimale	
Type 2	Plaie de 1 à 10 cm Sans lésion extensive des tissus mous	2 à 5 %	Intermédiaire	
Type 3	Lésion tissulaire étendue > 10 cm		Majeure	
	3.A	Couverture cutanée possible Comminution importante		5 à 10 %
	3.B	Exposition osseuse Comminution importante		10 à 50 %
	3.C	Lésion artérielle associée	25 à 50 %	

En cas de chirurgie pour fracture ouverte considérée comme Altemeier 3 ou 4, considérer une antibiothérapie curative poursuivie au-delà du bloc opératoire*

Recommandations par disciplines

Exemple en chirurgie digestive

<u>Chirurgie colorectale et appendiculaire</u>				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Colectomie ▪ Amputation abdomino-périnéale ▪ Proctectomie ▪ Rétablissement de continuité 	<u>La veille soir :</u> Tobramycine **** + Métronidazole	200 mg	Dose unique per os	●●● (GRADE 1) ***
		1 g	Dose unique per os	●●● (Avis d'experts)
	<u>Lors de la chirurgie :</u> Céfoxitine	2 g IVL	1g si durée > 2h puis toutes les 2h jusqu'à fin de chirurgie	●●● (GRADE 1)
Si portage rectal d'entérobactérie BLSE ***** : Antibioprophylaxie active sur la souche identifiée (cf. R1.7) [●●●Avis d'experts]				

Recommandations par disciplines

Exemple en chirurgie digestive

PRESCRIPTION MEDICALE

Décontamination digestive avant chirurgie colo-rectale (recommandations SFAR-SPILF 2024)

A prendre le XX/XX/XX (soit la veille de votre chirurgie du XX/XX/XX) :

1) Tobramycine 200 mg (*prescription hors AMM*) = 2 flacons de 100 mg

L'emballage mentionne une administration par voie injectable mais l'utilisation ici se fera par **voie orale** (i.e. par la bouche)

Modalités d'administration à domicile :

- 1- Enlever l'opercule métallique, puis le bouchon en caoutchouc des deux flacons
- 2- Verser le contenu des deux flacons dans un verre d'eau (possiblement additionné de sirop) ou de jus de pomme
- 3- Boire l'intégralité du verre d'eau

(contient des sulfites, à ne pas administrer chez les patients avec allergie vraie aux sulfites)

2) Métronidazole 1000 mg (boîte de 4 comprimés de 500 mg) = 2 comprimés de 500 mg

Prendre 2 comprimés de 500 mg en même temps que la tobramycine

Ordonnance type :

<https://sfar.org/download/ordonnance-type-tobramycine-metronidazole-avant-chirurgie-colo-rectale/>



Utilisation orale hors AMM

Vérifier absence d'allergie aux sulfites

Entente préalable CPAM ou 6€ pour le patient

Recommandations par disciplines

Exemple en chirurgie digestive

Effect of oral antimicrobial prophylaxis on surgical site infection after elective colorectal surgery: multicentre, randomised, double blind, placebo controlled trial

RCT 11 hôpitaux en France, 926 patients
1 g ornidazole oral 12h avant chirurgie
Vs placebo
ATBp céfoxitine IV dans les 2 groupes

Outcomes	Oral prophylaxis group (n=463)	Placebo group (n=463)	Relative risk (95% CI)*	P value
Primary outcome				
Any surgical site infection within 30 postoperative days	60 (13.0)	100 (21.6)	0.60 (0.45 to 0.80)	0.001
Secondary outcomes†				
Superficial incisional infection	15 (3.2)	24 (5.2)	0.56 (0.29 to 1.09)	0.09
Deep incisional infection	22 (4.8)	37 (8.0)	0.54 (0.31 to 0.92)	0.03
Organ space infection	23 (5.0)	39 (8.4)	0.53 (0.31 to 0.91)	0.02
SIRS	96 (20.7)	122 (26.4)	0.79 (0.62 to 0.99)	0.045
Sepsis or septic shock	26 (5.6)	42 (9.1)	0.62 (0.39 to 0.99)	0.046

↓ ISO dans le groupe décontamination orale

Futier et al, BMJ 2022

Recommandations par disciplines

Exemple en chirurgie pancréatique

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pancréatectomie gauche avec ou sans conservation de la rate ▪ Pancréatectomie totale ou subtotale avec conservation du duodénum ▪ Gestes d'épargne pancréatique : isthmectomie pancréatique, exérèse de tumeur 	Céfazoline <i>Alternative :</i> Céfuroxime	2g IVL 1,5g IVL	1g si durée > 4h puis toutes les 4h jusqu'à fin de chirurgie 0,75g si durée >2h puis toutes les 2h jusqu'à fin de chirurgie	●●● (GRADE 2)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Duodéno-pancréatectomie céphalique (DPC) sans geste de drainage biliaire préopératoire ▪ Duodéno-pancréatectomie totale (DPT) sans geste de drainage biliaire préopératoire 	Céfoxitine	2 g IVL	1g si durée > 2h puis toutes les 2h jusqu'à fin de chirurgie	●●● (GRADE 1)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ DPC ou DPT pour ampullome ou avec antécédent de drainage biliaire ou de sphinctérotomie préopératoires 	Pipéracilline + Tazobactam	4g IVL	4g si durée > 4h, puis toutes les 4h jusqu'à fin de chirurgie	●●● (GRADE 2)

Recommandations par disciplines

JAMA | Original Investigation

Piperacillin-Tazobactam Compared With Cefoxitin as Antimicrobial Prophylaxis for Pancreatoduodenectomy A Randomized Clinical Trial

D'Angelica et al, JAMA 2023

POPULATION

456 Men
322 Women



Adults undergoing elective open pancreatoduodenectomy

Median age: 67 years

LOCATION

26 Medical centers in the US and Canada



INTERVENTION



Piperacillin-tazobactam
3.375 or 4.5 g intravenously within 60 min of incision and every 2-4 hours during operation until incision closing

Cefoxitin
2 g intravenously within 60 min of incision and every 2-4 hours during operation until incision closing

PRIMARY OUTCOME

Development of postoperative SSI within 30 days

FINDINGS

Patients with 30-day postoperative SSI

Piperacillin-tazobactam
75 of 378 patients



Cefoxitin
131 of 400 patients



Absolute difference, **-13.0%**
(95% CI, -19.1% to -6.9%)

Odds ratio, **0.51**
(95% CI, 0.38 to 0.68); $P < .001$

Recommandations par disciplines

Exemple en urologie

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Curiethérapie ▪ Biopsies de prostate par voie trans-périnéale 	PAS D'ANTIBIOPROPHYLAXIE			●●● (Avis d'experts)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Biopsies de prostate par voie transrectale 	Fosfomycine-trométamol	3g <i>per os</i>	Dose unique, au moins 2 h avant le geste	●●● (GRADE 1)
	<u>Si allergie :</u> Ciprofloxacine	500mg <i>per os</i>	Dose unique, au moins 2 h avant le geste	●●● (GRADE 2)

À la place de l'ofloxacine (reco 2018)

Recommandations par disciplines

Exemple en urologie

<ul style="list-style-type: none">▪ Cure de prolapsus, quelle que soit la voie d'abord, avec ou sans matériel▪ Injection de macroplastique	Céfazoline	2g IVL	1g si durée > 4h puis toutes les 4h jusqu'à fin de chirurgie	●●● (Avis d'experts)
<ul style="list-style-type: none">▪ Cystectomie sustrigonale partielle ou totale, quel que soit le mode de dérivation	Céfoxitine	2 g IVL	1g si durée > 2h puis toutes les 2h jusqu'à fin de chirurgie	●●● (Avis d'experts)

À la place de l'amoxicilline-acide clavulanique

Ce qui n'est pas abordé ici

• Prévention de l'endocardite

General prevention measures are recommended in individuals at high and intermediate risk for IE.	I	C	
Antibiotic prophylaxis is recommended in patients with previous IE .	I	B	
Antibiotic prophylaxis is recommended in patients with surgically implanted prosthetic valves and with any material used for surgical cardiac valve repair .	I	C	
Antibiotic prophylaxis is recommended in patients with transcatheter implanted aortic and pulmonary valvular prostheses.	I	C	
Antibiotic prophylaxis is recommended in patients with untreated cyanotic CHD , and patients treated with surgery or transcatheter procedures with post-operative palliative shunts, conduits, or other prostheses . After surgical repair, in the absence of residual defects or valve prostheses, antibiotic prophylaxis is recommended only for the first 6 months after the procedure.	I	C	
Antibiotic prophylaxis is recommended in patients with ventricular assist devices .	I	C	
Antibiotic prophylaxis should be considered in patients with transcatheter mitral and tricuspid valve repair .	IIa	C	
Antibiotic prophylaxis may be considered in recipients of heart transplant .	IIb	C	
Antibiotic prophylaxis is not recommended in other patients at low risk for IE.	III	C	



2023

Situation	Antibiotic	Single-dose 30–60 min before procedure	
		Adults	Children
No allergy to penicillin or ampicillin	Amoxicillin	2 g orally	50 mg/kg orally up to maximum of 2 g
	Ampicillin	2 g i.m. or i.v.	50 mg/kg i.m. or i.v. up to maximum of 2 g
	Cefazolin or ceftriaxone	1 g i.m. or i.v.	50 mg/kg i.v. or i.m. up to maximum of 1 g
Allergy to penicillin or ampicillin	Cephalexin ^{a,b}	2 g orally	50 mg/kg orally up to maximum of 2 g
	Azithromycin or clarithromycin	500 mg orally	15 mg/kg orally up to maximum of 500 mg
	Doxycycline	100 mg orally	<45 kg, 2.2 mg/kg orally >45 kg, 100 mg orally
	Cefazolin or ceftriaxone ^b	1 g i.m. or i.v.	50 mg/kg i.v. or i.m. up to maximum of 1 g

Ce qui n'est pas abordé ici

- Prévention de l'**endocardite**
- Antibioprophylaxie en **pédiatrie** : à venir !
- Antibioprophylaxie et **allergie** : précisions à venir



Utilisation de score ?

PEN-FAST Validation Tool

F = ≥ 5 years since the reaction occurred

A = Anaphylaxis or angioedema

S = Severe cutaneous reaction

T = Treatment required secondary to reaction

F, A, S are worth 2 points; **T** is worth 1 point.

A score of < 3 is associated with a low-risk patient, who can safely be rechallenged with penicillin.



Recommandations SFAR 2024 sur l'antibioprophylaxie en chirurgie et médecine interventionnelle : ce qui change

- Injection de l'antibiotique dans l'heure qui précède l'incision
- Céfazoline privilégiée
- Dose augmentée uniquement pour IMC > 50
- Nombreuses modifications par spécialités : méthode GRADE utilisée
- Protocoles locaux d'antibioprophylaxie tenant compte de l'épidémiologie locale (écologie bactérienne du centre / patientèle) sont possibles
= **multidisciplinaire : chirurgien, AR, infectiologue, hygiéniste, CLIN...**

**Merci pour votre attention
...et bon appétit !**

