



CA1808

ORDONNANCE PRÉIMPRIMÉE AVEC MÉDICATION
ANTIBIOPROPHYLAXIE CHIRURGICALE
CHEZ LES ADULTES

Installation : _____

Date : 20 _____ Heure : _____
aaaa-mm-jj

Allergie(s) : _____ Poids : _____ kg

Diagnostic provisoire : _____

Nom et prénom de l'usager

N° de dossier

Date de naissance (aaaa / mm / jj)

<input type="checkbox"/> Céfazoline I.V. à l'induction en 4 minutes, répétable aux 3-4 h tant que dure la chirurgie et d'emblée si pertes sanguines dépassent 1 500 mL	<input type="checkbox"/> 2 g si moins de 120 kg <input type="checkbox"/> 3 g si 120 kg et plus	Un antécédent d'allergie à la pénicilline de type anaphylaxie (peu importe la gravité) NE représente PAS une contre-indication à la céfazoline.
<input type="checkbox"/> Métronidazole 500 mg I.V. à l'induction en 20 minutes		
<input type="checkbox"/> Tobramycine I.V. en 60 minutes, à débuter 60 à 120 minutes <u>avant</u> la chirurgie (dose maximale 500 mg)	Utiliser poids réel si indice de masse corporelle (IMC) inférieur à 30 kg/m ² et en grossesse. Utiliser poids de dosage si IMC égal ou supérieur à 30 kg/m ² . Selon débit de filtration gloméculaire estimé (DFGe) inscrit sur les rapports de laboratoire de biochimie. Non recommandé si DFGe inférieur à 10 mL/minute.	
<input type="checkbox"/> 5 mg/kg soit _____ mg si DFGe de 20 mL/minute et plus (si inférieur à 20, consultez un pharmacien ou un infectiologue)		
<input type="checkbox"/> Ciprofloxacine 500 mg per os à débuter 60 à 120 minutes <u>avant</u> la chirurgie		
<input type="checkbox"/> Ciprofloxacine 400 mg I.V. en 60 minutes, à débuter 60 à 120 minutes <u>avant</u> la chirurgie		
<input type="checkbox"/> Autre _____		
Contre-indication à la céfazoline : allergie à la céfazoline ou allergie sévère à la pénicilline non IgE médiaée (Ex. : DRESS, Stevens-Johnson, syndrome de nécrolyse épidermique toxique, vasculite, néphrite, anémie hémolytique, etc.)		
<input type="checkbox"/> Clindamycine 900 mg I.V. à l'induction en 30 minutes, répétable aux 6 h pendant la chirurgie et d'emblée si pertes sanguines supérieures à 1 500 mL		
<input type="checkbox"/> Vancomycine → alternative de choix pour <u>chirurgies orthopédiques, implant cardiomastique, chirurgies plastiques avec implant</u>		
<input type="checkbox"/> 0,75 g (si poids inférieur à 57 kg)	I.V. en 60 minutes, à débuter 60 à 120 minutes <u>avant</u> la chirurgie	
<input type="checkbox"/> 1 g (si poids entre 57 et 73,9 kg)	I.V. en 60 minutes, à débuter 60 à 120 minutes <u>avant</u> la chirurgie	
<input type="checkbox"/> 1,25 g (si poids entre 74 et 90,9 kg)	I.V. en 90 minutes, à débuter 90 à 120 minutes <u>avant</u> la chirurgie	
<input type="checkbox"/> 1,5 g (si poids entre 91 et 107,9 kg)	I.V. en 90 minutes, à débuter 90 à 120 minutes <u>avant</u> la chirurgie	
<input type="checkbox"/> 1,75 g (si poids entre 108 et 124,9 kg)	I.V. en 120 minutes, à débuter 120 à 150 minutes <u>avant</u> la chirurgie	
<input type="checkbox"/> 2 g (si poids de 125 kg et plus)	I.V. en 120 minutes, à débuter 120 à 150 minutes <u>avant</u> la chirurgie	
Selon le type de chirurgie, associer avec métronidazole, tobramycine ou ciprofloxacine pour la couverture des bactéries anaérobies ou à Gram négatif.		
Patient colonisé par le <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline (SARM) et devant subir une chirurgie orthopédique avec implant de fixation interne, chirurgie vasculaire ou thoracique ou implantation d'un cardiomastique		
<input type="checkbox"/> Vancomycine _____ g (voir ci-dessus I.V. en 60 minutes, à débuter 60 à 120 minutes avant la chirurgie)		
<input checked="" type="checkbox"/> Associer avec céfazoline si absence de contre-indication (cocher ci-dessus)		
<input checked="" type="checkbox"/> Voir protocole de décolonisation au verso		
L'antibioprophylaxie durant la période postopératoire n'est pas recommandée pour aucun type de chirurgie.		
La présence de drains ou d'une sonde urinaire ne justifie pas une prolongation de l'antibioprophylaxie.		
Lorsqu'il y a perforation d'un viscère (ex. : appendicite ou diverticulite perforée), une antibiothérapie d'une durée maximale de 5 jours est généralement suffisante à la suite du contrôle chirurgical de la source de l'infection.		

Signature médicale autorisée : _____ # permis : _____ Date : 20 _____ Heure : _____

Nom de l'usager	Prénom de l'usager	N° de dossier
-----------------	--------------------	---------------

ANTIBIOPROPHYLAXIE CHIRURGICALE : RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS DU COMITÉ D'ANTIBIOPROPHYLAXIE

LA CÉFAZOLINE EST L'AGENT DE CHOIX POUR LES CHIRURGIES SUIVANTES :

- **œsophagiennes à haut risque** (toute incision de la muqueuse, obésité morbide, obstruction gastro-intestinale, acidité gastrique ou mobilité gastro-intestinale diminuée, saignement gastrique, néoplasie ou perforation, immunosuppression)
- **biliaires à haut risque** (cholécystite aiguë, laparotomie, âge supérieur à 70 ans, ictère obstructif ou cholédocholithiases, immunosuppression, diabète)
- **gastroduodénales (excluant la pancréaticoduodénectomie (procédure de Whipple) → voir ci-dessous)**
- **herniorraphie ou hernioplastie** → recommandé dans les lignes directrices nord-américaines mais il s'agit d'un sujet controversé
- **orthopédiques avec implant de fixation interne**
- **thoraciques**
- **vasculaires**
- **chirurgies pour cancer du sein à haut risque d'infection** (Âge supérieur à 70 ans, dénutrition, diabète, obésité morbide, tabagisme, immunosuppression)
- **gynécologiques et obstétricales** (inclus l'urétropexie)
- **génito-urinaires ouvertes ou laparoscopiques** si perforation du tractus urinaire (incluant chirurgie rénale percutanée) ou installation d'une prothèse urologique (implant pénien, sphincter artificiel, urétropexie avec fronde sous-urétrale synthétique, ancrages pour reconstruction du plancher pelvien)
L'ajout d'une dose d'aminoacide (Ex. : tobramycine) peut être considéré lors d'implantation de matériel prothétique.
- **implantation d'un cardiomoteur ou d'un défibrillateur**
- **chirurgie plastique à haut risque** (implant prothétique, procédure propre-contaminée, réduction mammaire, diabète, obésité, immunosuppression, tabagisme, dénutrition, antécédent de radiothérapie au site de chirurgie, chirurgie sous la taille)

ATTENTION : les chirurgies de l'anus ne nécessitent aucune antibioprophylaxie.

CHIRURGIES COLORECTALES ET LES APPENDICECTOMIES SANS PERFORATION : la **combinaison de céfazoline ET de métronidazole** est recommandée.

Alternatives : clindamycine ET [tobramycine OU lévofloxacine], ou encore métronidazole ET [tobramycine OU lévofloxacine]

Une préparation mécanique de l'intestin et des antibiotiques oraux sont également prévus pour les chirurgies colorectales (programme ERAS).

PANCRÉATICODUODÉNECTOMIE (PROCÉDURE DE WHIPPLE) : la **combinaison pipéacilline-tazobactam 3,375 g I.V.** est recommandée à l'induction (et doit être répétée à toutes les 2 heures jusqu'à concurrence de 3 doses et ensuite aux 6 heures tant que dure la chirurgie).

CHIRURGIES ORL OU MAXILLO-FACIALES AVEC INCISION DE LA MUQUEUSE ORALE OU PHARYNGÉE, À L'EXCEPTION DES AMYGDALECTOMIES, ADÉNOÏDECTOMIES ET SEPTOPLASTIES : la **combinaison de céfazoline ET de métronidazole** est recommandée. Alternative : clindamycine.

RÉSECTION TRANSURÉTRALE DE LA PROSTATE (RTUP), BIOPSIES PROSTATIQUES TRANSRECTALES OU CYSTOSCOPIE À HAUT RISQUE (culture d'urine positive ou non disponible, présence préalable d'une sonde urinaire, manipulation des voies urinaires [incluant lithotripsie, biopsie, dilatation, fulguration, résection, urétéroskopie et installation de matériel prothétique], ou immunosuppression)

La combinaison **triméthoprime-sulfaméthoxazole** (Bactrim, Septra, 1 comprimé double force [DS] **60 à 120 minutes avant**) ou la **ciprofloxacine** (1 dose de 500 mg per os ou 400 mg I.V. **60 à 120 minutes avant**) sont recommandées. Une dose de céftriaxone ou de tobramycine constitue une autre alternative. En cas de résistance documentée ou utilisation récente de quinolones, l'utilisation ou l'ajout d'un autre antibiotique oral peut être considéré pour les biopsies prostatiques transrectales (comme la **fosfomycine** par exemple).

PATIENTS COLONISÉS PAR LE STAPHYLOCOCCUS AUREUS RÉSISTANT À LA MÉTHICILLINE (SARM) : la **vancomycine I.V.** est l'antibiotique de choix pour les **chirurgies orthopédiques avec implant de fixation interne, les chirurgies vasculaires, les chirurgies thoraciques et l'implantation d'un cardiomoteur**. Il est également suggéré d'administrer la **céfazoline** en absence de contre-indication car la vancomycine est moins efficace contre le *S. aureus* sensible à la méthicilline (SASM). Voir protocole de décolonisation ci-dessous.

DÉCOLONISATION S. AUREUS LORS D'UNE CHIRURGIE AVEC IMPLANT ORTHOPÉDIQUE, IMPLANTATION D'UN CARDIOMOTEUR OU CHIRURGIE POUR PONTAGE VASCULAIRE AUX MEMBRES INFÉRIEURS :

Tous les usagers devant subir l'une de ces interventions devraient d'emblée bénéficier d'un protocole de décolonisation préopératoire :

- Onguent de mupirocine 2% (Bactroban) en application aux 2 narines BID les 5 jours précédent l'intervention**
- Chlorhexidine 0,12% (Peridex) 15 mL en gargantua BID les 5 jours précédent l'intervention**
- Chlorhexidine 4% en lavage pancorporel (sauf cheveux, visage, oreilles) DIE les 5 jours précédent l'intervention**

Le protocole de décolonisation doit être complété après la chirurgie si la chirurgie a lieu avant la fin du protocole de décolonisation.

Le dépistage préopératoire de *Staphylococcus aureus* n'est pas nécessaire.

ANTÉCÉDENT D'ALLERGIE SÉVÈRE À LA PÉNICILLINE NON IgE-MÉDIÉE (EX. ÉRYTHÈME MULTIFORME, SYNDROME DE STEVENS-JOHNSON, SYNDROME DE NÉCROLYSE ÉPIDERMIQUE TOXIQUE, DRESS SYNDROME, ANÉMIE HÉMOLYTIQUE, VASCULITE OU NÉPHRITE) OU ALLERGIE À LA CÉFAZOLINE :

la **clindamycine** ou la **vancomycine** sont recommandées comme alternatives pour la plupart des chirurgies, avec l'ajout de **tobramycine ou ciprofloxacine** lorsque des bactéries à Gram négatif sont susceptibles d'être impliquées (**chirurgies digestives et gynécologiques incluant l'hystérectomie**). La combinaison de **métronidazole** avec **tobramycine (ou ciprofloxacine)** constitue une autre alternative pour ces types de chirurgies. Pour la **césarienne**, l'alternative de choix est la combinaison de **clindamycine (ou vancomycine) ET tobramycine**.

Pour les **chirurgies orthopédiques**, pour l'implantation des **cardiomoteurs/défibrillateurs**, et pour les **chirurgies plastiques avec implant de matériel prothétique** l'alternative de choix est la **vancomycine I.V.**

SI PERFORATION D'UN VISCÈRE (EX. APPENDICITE OU DIVERTICULITE PERFORÉE) : une **antibiothérapie d'une durée de 5 jours** est généralement suffisante suite à un **contrôle chirurgical de la source** de l'infection.

Adopté par le comité de pharmacologie le 21 janvier 2025

ORDONNANCE PRÉIMPRIMÉE AVEC MÉDICATION – ANTIBIOPROPHYLAXIE CHIRURGICALE CHEZ LES ADULTES