



**ORDONNANCE PRÉIMPRIMÉE AVEC MÉDICATION
ANTIBIOPROPHYLAXIE CHIRURGICALE
CHEZ LES ADULTES**

Installation : _____

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

Allergie(s) : _____ Poids : _____ kg

Diagnostic provisoire : _____

☐ 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

☐ 2 g si moins de 120 kg

☐ 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.**

☐ Métronidazole 500 mg I.V. à l'induction en 20 minutes

☐ Tobramycine I.V. en 60 minutes, à débiter 60 à 120 minutes **avant** la chirurgie (dose maximale 500 mg)

Utiliser poids réel si indice de masse corporelle (IMC) inférieur à 30 kg/m² et en grossesse. Utiliser poids de dosage si IMC égal ou supérieur à 30 kg/m².

Selon débit de filtration glomérulaire estimé (DFGe) inscrit sur les rapports de laboratoire de biochimie. Non recommandé si DFGe inférieur à 10 mL/minute.

☐ 5 mg/kg soit _____ mg si DFGe de 20 mL/minute et plus (si inférieur à 20, consultez un pharmacien ou un infectiologue)

☐ Ciprofloxacine 500 mg per os à débiter 60 à 120 minutes **avant** la chirurgie

☐ Ciprofloxacine 400 mg I.V. en 60 minutes, à débiter 60 à 120 minutes **avant** la chirurgie

☐ Autre _____

Contre-indication à la céfazoline : allergie à la céfazoline ou allergie sévère à la pénicilline non IgE médiée (Ex. : DRESS, Stevens-Johnson, syndrome de nécrolyse épidermique toxique, vasculite, néphrite, anémie hémolytique, etc.)

☐ 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

☐ Vancomycine → **alternative de choix pour chirurgies orthopédiques, implant cardiostimulateur, chirurgies plastiques avec implant**

☐ 0,75 g (si poids inférieur à 57 kg) I.V. en 60 minutes, à débiter 60 à 120 minutes **avant** la chirurgie

☐ 1 g (si poids entre 57 et 73,9 kg) I.V. en 60 minutes, à débiter 60 à 120 minutes **avant** la chirurgie

☐ 1,25 g (si poids entre 74 et 90,9 kg) I.V. en 90 minutes, à débiter 90 à 120 minutes **avant** la chirurgie

☐ 1,5 g (si poids entre 91 et 107,9 kg) I.V. en 90 minutes, à débiter 90 à 120 minutes **avant** la chirurgie

☐ 1,75 g (si poids entre 108 et 124,9 kg) I.V. en 120 minutes, à débiter 120 à 150 minutes **avant** la chirurgie

☐ 2 g (si poids de 125 kg et plus) I.V. en 120 minutes, à débiter 120 à 150 minutes **avant** 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 *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) et devant subir une chirurgie orthopédique avec implant de fixation interne, chirurgie vasculaire ou thoracique ou implantation d'un cardiostimulateur

☐ Vancomycine _____ g (voir ci-dessus I.V. en 60 minutes, à débiter 60 à 120 minutes avant la chirurgie)

☒ Associer avec céfazoline si absence de contre-indication (cocher ci-dessus)

☒ 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 une **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'ANTIBIOGOUVERNANCE

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 cholédocholithiasis, 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** (inclut 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'aminoside (Ex. : tobramycine) peut être considéré lors d'implantation de matériel prothétique.
- implantation d'un **cardiostimulateur** ou d'un **défiibrillateur**
- **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 pipéracilline-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, ADÉNOIDECTOMIES 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, urétéroscopie 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 ceftriaxone 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 cardiostimulateur**. 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 CARDIOSTIMULATEUR 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 précédant l'intervention
- ☑ **Chlorhexidine 0,12% (Peridex)** 15 mL en gargarisme BID les 5 jours précédant l'intervention
- ☑ **Chlorhexidine 4% en lavage pancorporel** (sauf cheveux, visage, oreilles) DIE les 5 jours précédant 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 **cardiostimulateurs/défiibrillateurs**, 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