

PROPHYLAXIE CHIRURGICALE: CHIRURGIE ABDOMINALE ET GASTRO-INTESTINALE

- **Chirurgie œsophagienne avec incision de la muqueuse (sans interposition colique), chirurgie gastroduodénale avec incision de la muqueuse (y compris la chirurgie bariatrique), chirurgie du tractus biliaire chez des patients à haut risque [patients immunodéprimés, diabétiques, âgés (> 70 ans), patientes enceintes, patients avec un historique récent (< 30 jours avant l'intervention chirurgicale) de coliques, de cholécystite ou cholangite, chirurgie non élective, procédure de longue durée, rupture intra-opératoire de la vésicule biliaire, déversement de bile, présence de cailloux dans le cholédoque avec jaunisse obstructive, historique de chirurgie biliaire (< 30 jours avant l'intervention actuelle), vésicule biliaire non fonctionnelle, insertion d'une prothèse], pancréaticoduodénectomie, interventions sur un intestin grêle non obstrué, réparation d'une hernie (herniorraphie, hernioplastie), transplantation du pancréas ou du (pancréas + un rein)**
 - Régimes prophylactiques.
 - Premier choix: céfazoline.
 - Alternative: céfuroxime.
 - Commentaires.
 - Les doses standard pourraient être insuffisantes pour des patients obèses (morbides) subissant une intervention chirurgicale bariatrique.
 - L'utilisation d'antibactériens prophylactiques en cas d'hernioplastie est controversée.
 - Patients greffés sont également à risque pour infections opportunistes.
- **Chirurgie œsophagienne avec interposition colique, appendicectomie, interventions sur un intestin grêle obstrué, chirurgie colorectale (élective ou urgente), chirurgie pour un traumatisme abdominal pénétrant (avec ou sans rupture viscérale)**
 - Régimes prophylactiques.
 - Premiers choix.
 - Céfazoline + métronidazole.
 - Céfazoline + ornidazole.
 - Céfazoline + clindamycine.
 - Alternatives.
 - Amoxicilline-clavulanate.
 - Céfuroxime + métronidazole.
 - Céfuroxime + ornidazole.
 - Céfuroxime + clindamycine.
 - Commentaires.
 - Traumatisme abdominal pénétrant: actuellement pas de données disponibles d'études contrôlées randomisées pour appuyer ou réfuter l'utilisation prophylactique d'antibactériens.
 - Traumatisme abdominal avec rupture viscérale: si le traitement est initié \geq 12 heures après le traumatisme, les patients doivent être traités comme patients souffrants de péritonite secondaire.
 - Chirurgie colorectale élective: le nettoyage intestinal mécanique n'est plus recommandé puisqu'il n'a aucun effet sur l'incidence d'infections postopératoires et est associé avec un risque accru de perforations et fuites gastro-intestinales.
- **Cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE) chez des patients avec obstruction du système biliaire en absence de cholangite, implantation d'un tube par cholangiographie percutanée transhépatique, aspiration à l'aiguille fine sous écho-endoscopie de lésions kystiques, cholangiographie percutanée transhépatique, drainage endoscopique transmural de pseudokystes pancréatiques, biopsie du foie chez les patients avec dérivation gastrique avec anse de Roux-en-Y**
 - Régime prophylactique: amoxicilline-clavulanate.
 - Commentaires.
 - Cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE): pas de prophylaxie si pas d'obstruction. La plupart des études démontrent qu'un drainage adéquat prévient les cholangites postprocédures et les sepsis (prophylaxie n'offre aucun avantage). Si le drainage est incomplet et la procédure doit être répétée, un traitement antibactérien doit être considéré (régime basé sur les résultats de la culture de bile obtenue lors de la première intervention).
 - Aspiration à l'aiguille fine sous écho-endoscopie de lésions kystiques: pas de prophylaxie en cas de masse solide, seulement en cas de lésions kystiques.
- **Transplantation du foie**
 - Régime prophylactique: pipéracilline-tazobactam.
 - Commentaires.
 - Patients greffés sont également à risque pour infections opportunistes.

- Prophylaxie antifongique [fluconazole ou amphotéricine B (liposomale ou complexe lipidique)] diminue de façon significative le nombre d'infections fongiques invasives postopératoires. Par conséquent, elle doit être envisagée si, pendant l'opération, il y a une perte excessive de sang et dans les centres de transplantation hépatique avec une forte prévalence d'infections fongiques invasives.