

Antibioprophylaxie en chirurgie urgente de la main

J. GAUDIAS
CHU STRASBOURG

FESUM
Bordeaux 2019

Repères

- Conférence de consensus « Antibioprophylaxie en chirurgie » sous l'égide de la SFAR en 1992, actualisée en 1998, 2010, 2017.
 - Cadre général, principes, référentiels
 - Efficacité démontrée pour PTH, PTG, fractures extrémité sup. Fémur (Taux d'infection > 1%)
 - [Extrapolation pour toutes les autres indications. Pas de recommandations spécifiques pour la chirurgie de la main.](#)
- « L'antibioprophylaxie en chirurgie de la main : à la recherche d'un consensus » Dumontier C., Lemerle J.P. Chirurgie de la main 23(2004) 167-177

L'antibioprophylaxie en chirurgie de la main : à la recherche d'un consensus.

Dumontier C., Lemerle J.P. Chirurgie de la main 23(2004) 167-177

- Taux d'infection: littérature 0,3-13%
- Taux d'infection: enquête (déf: opéré par chir main, hors infections primaires, hors infection post nécrose vasculaire, hors suture aux urgences ou fermées sous tension sans parage): 22000 patients sans ABP, 21 reprises pour infection: **1/1000**
- Enquête de pratiques: taux de prescription ABP 50%
- Recommandations :
 - Chirurgie réglée avec pose d'implants
 - Chirurgie longue prévisible > 2h

Current Evidence Regarding Routine Antibiotic Prophylaxis in Hand Surgery

Dunn C. et al; Hand 2018

- **Consensus** : morsures animales et humaines, arthroplastie du coude, utilisation de sangsues, contexte d'urgence.
- Contexte d'urgence :(Platt et al 1995) 236 patients, ISO 10% en chirurgie réglée, 9,7% en urgence. Pas d'effet de l'ABP en chir. réglée, réduction de 8 fois en urgence. Plaie souillée, risque x 13 !!
- Contre l'ABP Niveaux de preuve 0
- **Propositions** : pas d'ABP chirurgie propre, sans immunodépression, sans prise de corticoïdes, sans pose de matériel, sans risque prévisible d'hématome, opérés en ambulatoire

ABP en chirurgie de la main

Enquête 2004

Fractures fermées

- Ostéosynthèse interne
42,9%
- Ostéosynthèse externe
33,3%

Fractures ouvertes

- > 6h, souillées 92,3%
- > 6h propres 84,5%
- < 6h souillées 84,9%
- < 6h propres 72%

ABP en chirurgie de la main

Enquête 2004

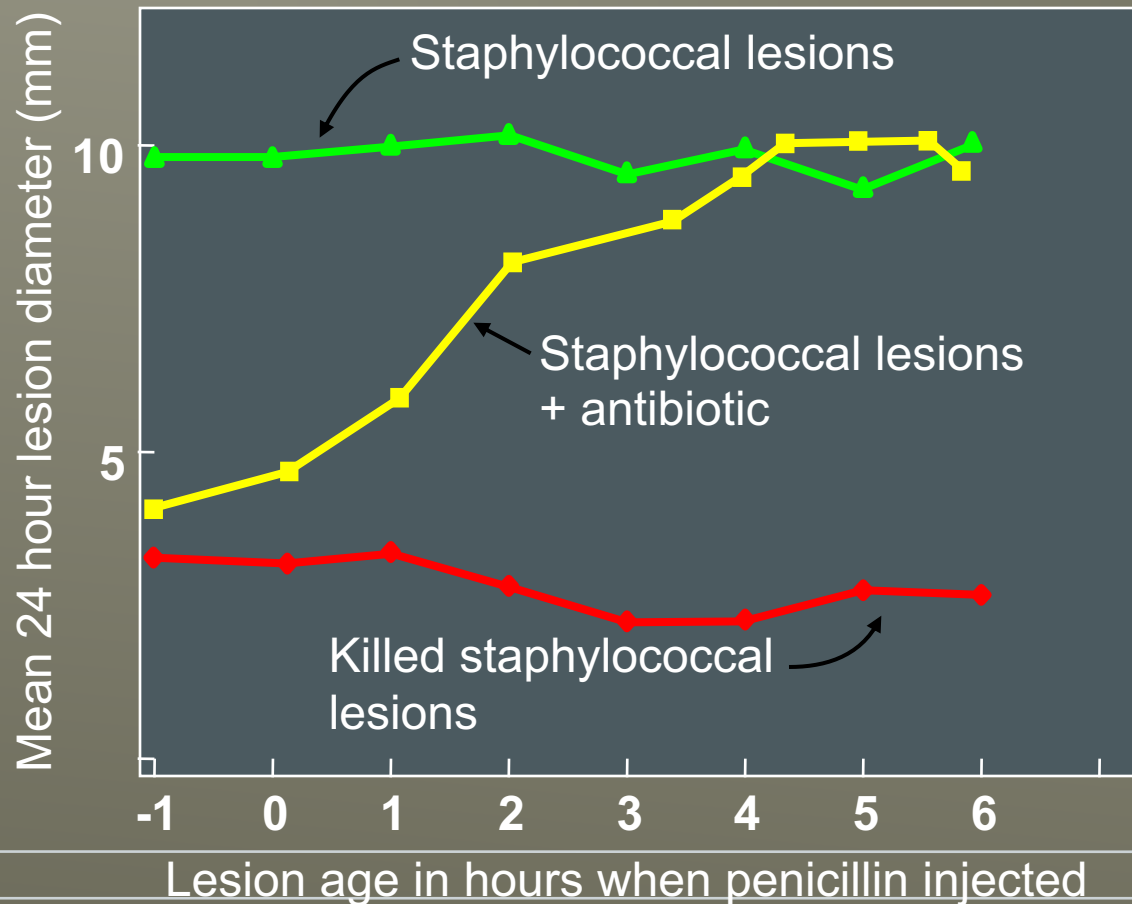
Plaies souillées

- > 6h tissu noble 84%
- > 6h blanche 69%
- < 6h tissu noble 68%
- < 6h blanche 50%

Plaies propres

- > 6h, tissu noble 68%
- > 6h blanche 32%
- < 6h tissu noble 28%
- < 6h blanche 16%

The effective period of preventive antibiotic action in experimental incisions and dermal lesions J. BURKE 1961



ABP et chirurgie de la main

- **Un exercice de pharmacocinétique tissulaire**
- Injection au moins 30 minutes avant l'incision
- En laissant 5 à 10 minutes entre ABP et produits d'induction anesthésique
- En tenant compte de la pose d'un garrot pneumatique

ABP et plaies de la main, fractures ouvertes

- ABP au mieux dégradée, voire inutile si on se réfère au travail de Burke.
- Plaies : administration de l'AB avant pose du garrot/évaluation **pré opératoire** du caractère souillé, de lésions de structures nobles ! **Donc AB pour tous !!**
- Fractures ouvertes : extrapolation à partir des fractures des membres ? Classification de Gustilo ? (Grade I, II, IIIA risque faible. IIIB/IIIC risque élevé)

Prévention de l'infection et chirurgie urgente de la main

Indications : SFCM

- La vitesse de bactéricidie du bistouri est supérieure aux meilleurs antibiotiques
- L'ischémie tissulaire ne répond pas aux AB
- Plaies, fractures fermées, ouvertes : non sauf durée opératoire longue.
- contamination massive, morsures : Antibiothérapie (courte)

Modalités : référentiel SFAR

- Céphalosporine I ou II
- Alternative: Clindamycine
- **Antibiothérapie** : à la carte
hypothèse aëromonas :
C1G, C2G, AMOX/AC.
CLAV inefficaces.

Infection de site opératoire

PREVENIR (la prime au bistouri)

GUERIR (la prime au diagnostic, précoce)