

Recommandations pour l'antibioprophylaxie péri-interventionnelle dans le service de radiologie

Type d'intervention	1 ^{er} choix	Alternative si allergie de type I
Procédures diagnostiques		
<ul style="list-style-type: none"> ° Biopsies percutanées (foie, reins, surrénales, parties molles, os...) ° Biopsie hépatique par voie transjugulaire (PBF) ° Angiographie diagnostique 	Pas d'antibioprophylaxie	-
Procédures thérapeutiques hors contexte septique		
Viscéral		
<ul style="list-style-type: none"> ° Embolisation hémostatique ° Embolisation pour hypersplénisme 	Pas d'antibioprophylaxie	-
<ul style="list-style-type: none"> ° Chimio-embolisation / thermoablation (foie, rein, poumon...) 	Pas d'antibioprophylaxie pour le foie : en cas d'anomalie anatomique biliaire (tumeur, prothèse, stent, drain interne-externe, anastomose bilio-digestive) Co-amoxicilline 2.2g 3 à 5 jours	Clindamycine 600 mg
<ul style="list-style-type: none"> ° Radio-embolisation hépatique ° Alcoolisation de kyste (rein, foie) ° TIPS / recanalisation de la veine porte 	Pas d'antibioprophylaxie	-
<ul style="list-style-type: none"> ° Gastrostomie / jéjunostomie 	Pas d'antibioprophylaxie	-
<ul style="list-style-type: none"> ° Drainage biliaire percutané hors contexte infectieux ° Pose / changement de prothèse biliaire 	Ceftriaxone 2g IV + Metronidazole 500mg IV	Clindamycine 600 mg
<ul style="list-style-type: none"> ° Néphrostomie percutanée hors contexte septique ° Retrait / changement de sonde de néphrostomie 	Urines stériles : Pas d'antibioprophylaxie <u>Si culture positive</u> : selon antibiogramme (Céfuroxime 1.5 g ou Ceftriaxone 2 g ou Co-Amoxicilline 2.2 g)	Selon antibiogramme (Gentamicine 5mg/kg)
<ul style="list-style-type: none"> ° Embolisation de fibrome-utérin ° Embolisation de varicocèle 	Pas d'antibioprophylaxie	
<ul style="list-style-type: none"> ° Embolisation des artères prostatiques 	Différer et traiter selon antibiogramme si urine contaminée Si urine stérile: Ciprofloxacine 500mg po 1h avant	Co-trimoxazole po (Bactrim Forte: SMX 800 mg/TMP 160 mg)
<ul style="list-style-type: none"> ° Drainage / ponction pleurale ° Ponction d'ascite 	Pas d'antibioprophylaxie	-
Ostéo articulaire et rachis percutané		
<ul style="list-style-type: none"> ° Vertébroplastie ° Ostéosynthèse percutanée 	Céfazoline 2 g	Vancomycine (15 mg/kg) < 70 kg : 1 g 70-99 kg : 1.25 g > 100 kg : 1.5 g ou Clindamycine 600 mg
<ul style="list-style-type: none"> ° Ablation de matériel d'ostéosynthèse 	Pas d'antibioprophylaxie	-

Version 1.0 juin 2021. Validation : GT anti-infectieux CHUV

Rédaction : Dr E. Glampedakis SMPH, Dr B. Viala SMPH, Dre G. Tsoumakidou RAD, Prof S. Qanadli RAD, Prof G. Saliou RAD, Prof A. Denys RAD, Dre M. Chollet-Rivier ALG, Dre L. Senn SMPH

Les commentaires, remarques, suggestions concernant ces recommandations sont à envoyer à laurence.senn@chuv.ch

Recommandations pour l'antibioprophylaxie péri-interventionnelle dans le service de radiologie

Type d'intervention	1er choix	Alternative si allergie de type I
Neurorad		
◦ toutes les interventions endovasculaires	Pas d'antibioprophylaxie	-
Vasculaire		
◦ Angiographie, angioplastie (artérielles / veineuse, périphériques ou viscérales), sur shunt d'hémodialyse ◦ Angioplastie veineuse centrale simple ◦ Pose de stents nus ◦ Embolisation d'anévrisme par 'coiling' ◦ Embolisation de malformation artérioveineuses ◦ Embolisation hémostatique ◦ Thrombolyse ◦ Thrombectomie +/- aspiration ◦ Systèmes de fermeture artérielle ◦ Pose de PICC-line ◦ Autres cathéters vasculaires ◦ Insertion/retrait de filtre cave simple	Pas d'antibioprophylaxie	-
◦ Angioplastie veineuse centrale complexe (>3h) ◦ Endoprothèse couverte ◦ Embolisation/sclérothérapie de malformations veineuses/lymphatiques ◦ Retrait de filtre cave complexe ◦ Recanalisation des occlusions chroniques	Céfazoline 2 g	Vancomycine (15 mg/kg) < 70 kg : 1 g 70-99 kg : 1.25 g > 100 kg : 1.5 g ou Clindamycine 600 mg
Procédures thérapeutiques en contexte septique (antibiothérapie curative)		
◦ Cholangite/Drainage biliaire ◦ Infection urinaire ◦ Pyélonéphrite obstructive ◦ Pose de néphrostomie ◦ Drainage d'abcès	<ul style="list-style-type: none"> - Si l'état clinique le permet, débiter l'antibiothérapie après prélèvements microbiologiques - Si documentation déjà disponible, prendre en compte les résultats microbiologiques pour le choix de l'antibiotique - Si l'antibiothérapie est déjà initiée, à poursuivre. Pas de dose additionnelle 	

Remarques

- En cas de portage **MRSA**
 - Si prophylaxie par céfuroxime/céfazoline → remplacer par vancomycine 15 mg/kg
 - Si autre prophylaxie → ajouter la vancomycine en plus de la prophylaxie proposée
- La colonne **alternative si allergie** se réfère aux allergies type I (réactions immédiates) aux beta-lactames. Pour plus de détail cf chapitre « Allergies aux antibiotiques » du guide d'antibiothérapie du CHUV.
- Pour les gestes ne nécessitant pas d'antibioprophylaxie **en cas d'erreur d'asepsie** débiter une antibioprophylaxie per opératoire par céfuroxime 1.5 g (dose unique).
- Pour la pose d'endoprothèses vasculaires couvertes il n'existe pas de littérature solide montrant un bénéfice de l'administration d'antibioprophylaxie. Néanmoins au vu du risque de morbi-mortalité accrue en cas d'infection de prothèse vasculaire une prophylaxie est proposée (avis d'experts).
- Le risque de sepsis ou de formation d'abcès est très bas en chimioembolisation hépatique quand l'arbre biliaire est intact (prophylaxie pas recommandée). Au contraire, le risque est très important en cas d'anomalie anatomique biliaire (stent, tumeur biliaire, anastomose biliodigestive, etc..). Des études de petite taille comparant des antibioprophylaxies longues et agressives avec des antibioprophylaxies courtes ne montrent pas d'effet bénéfique d'une prolongation de la prophylaxie. La durée courte proposée dans l'études est de 3 à 5 jours.
- Pour les gestes en contexte septique le guide d'antibiothérapie du CHUV ou une consultation auprès des infectiologues doivent guider le choix de l'antibiotique selon le guide d'antibiothérapie du CHUV (antibiothérapie à but curative).

Version 1.0 juin 2021. Validation : GT anti-infectieux CHUV

Rédaction : Dr E. Glampedakis SMPH, Dr B. Viala SMPH, Dre G. Tsoumakidou RAD, Prof S. Qanadli RAD, Prof G. Saliou RAD, Prof A. Denys RAD, Dre M. Chollet-Rivier ALG, Dre L. Senn SMPH

Les commentaires, remarques, suggestions concernant ces recommandations sont à envoyer à laurence.senn@chuv.ch

Références

1. Bratzler DW, Dellinger EP, Olsen KM, Perl TM, Auwaerter PG, Bolon MK, et al. Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery. *American journal of health-system pharmacy : AJHP : official journal of the American Society of Health-System Pharmacists*. 2013;70(3):195-283.
2. Swissnoso. Mise à jour des recommandations d'antibioprophylaxie chirurgicale en Suisse, 2015. 2015.
3. SFAR. Antibioprophylaxie en chirurgie et médecine interventionnelle. (patients adultes). 2018.
4. Wang W, Chen W, Liu Y, Siemieniuk RAC, Li L, Martínez JPD, et al. Antibiotics for uncomplicated skin abscesses: systematic review and network meta-analysis. *BMJ open*. 2018;8(2):e020991.
5. Daum RS, Miller LG, Immergluck L, Fritz S, Creech CB, Young D, et al. A Placebo-Controlled Trial of Antibiotics for Smaller Skin Abscesses. *The New England journal of medicine*. 2017;376(26):2545-55.
6. Talan DA, Mower WR, Krishnadasan A, Abrahamian FM, Lovecchio F, Karras DJ, et al. Trimethoprim-Sulfamethoxazole versus Placebo for Uncomplicated Skin Abscess. *The New England journal of medicine*. 2016;374(9):823-32.
7. Venkatesan AM, Kundu S, Sacks D, Wallace MJ, Wojak JC, Rose SC, et al. Practice guidelines for adult antibiotic prophylaxis during vascular and interventional radiology procedures. Written by the Standards of Practice Committee for the Society of Interventional Radiology and Endorsed by the Cardiovascular Interventional Radiological Society of Europe and Canadian Interventional Radiology Association [corrected]. *Journal of vascular and interventional radiology : JVIR*. 2010;21(11):1611-30; quiz 31.
8. Huang SY, Philip A, Richter MD, Gupta S, Lessne ML, Kim CY. Prevention and management of infectious complications of percutaneous interventions. *Seminars in interventional radiology*. 2015;32(2):78-88.
9. Chehab MA, Thakor AS, Tulin-Silver S, Connolly BL, Cahill AM, Ward TJ, et al. Adult and Pediatric Antibiotic Prophylaxis during Vascular and IR Procedures: A Society of Interventional Radiology Practice Parameter Update Endorsed by the Cardiovascular and Interventional Radiological Society of Europe and the Canadian Association for Interventional Radiology. *Journal of vascular and interventional radiology : JVIR*. 2018;29(11):1483-501.e2.
10. Greaves NS, Katsogridakis E, Faris B, Murray D. Prophylactic antibiotics for percutaneous endovascular procedures. *European journal of clinical microbiology & infectious diseases : official publication of the European Society of Clinical Microbiology*. 2017;36(4):597-601.
11. Abt D, Hechelhammer L, Müllhaupt G, Markart S, Güsewell S, Kessler TM, et al. Comparison of prostatic artery embolisation (PAE) versus transurethral resection of the prostate (TURP) for benign prostatic hyperplasia: randomised, open label, non-inferiority trial. *BMJ (Clinical research ed)*. 2018;361:k2338.

Version 1.0 juin 2021. Validation : GT anti-infectieux CHUV

Rédaction : Dr E. Glampedakis SMPH, Dr B. Viala SMPH, Dre G. Tsumakidou RAD, Prof S. Qanadli RAD, Prof G. Saliou RAD, Prof A. Denys RAD, Dre M. Chollet-Rivier ALG, Dre L. Senn SMPH

Les commentaires, remarques, suggestions concernant ces recommandations sont à envoyer à laurence.senn@chuv.ch