

Antibioprophylaxie dans le cadre d'interventions obstétricales

La présente directive clinique a été rédigée par le comité sur les maladies infectieuses et approuvée par le comité exécutif et le Conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

AUTEURES PRINCIPALES

Julie van Schalkwyk, MD, Vancouver (C.-B.)

Nancy Van Eyk, MD, Halifax (N.-É.)

COMITÉ SUR LES MALADIES INFECTIEUSES

Mark H. Yudin, MD (président), Toronto (Ont.)

Marc Boucher, MD, Montréal (Québec)

Beatrice Cormier, MD, Montréal (Québec)

Andrée Gruslin, MD, Ottawa (Ont.)

Deborah M. Money, MD, Vancouver (C.-B.)

Gina Ogilvie, MD, Vancouver (C.-B.)

Eliana Castillo, MD, Vancouver (C.-B.)

Caroline Paquet RM, Trois-Rivières (Québec)

Audrey Steenbeek, inf. aut., Halifax (N.-É.)

Nancy Van Eyk, MD, Halifax (N.-É.)

Julie van Schalkwyk, MD, Vancouver (C.-B.)

Thomas Wong, MD, Ottawa (Ont.)

Tous les membres du comité nous ont fait parvenir une déclaration de divulgation.

Les recherches documentaires et le soutien bibliographique nécessaires aux fins de la rédaction de la présente directive clinique ont été assurés par Mme Becky Skidmore, analyste de recherche médicale, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

Résumé

Objectif : Analyser les résultats et formuler des recommandations sur le recours à l'antibioprophylaxie dans le cadre d'interventions obstétricales.

Issues : Parmi les issues évaluées, on trouve la nécessité et l'efficacité du recours à des antibiotiques aux fins de la prévention des infections dans le cadre d'interventions obstétricales.

Mots clés : Antibiotic prophylaxis, surgical prophylaxis, obstetrical procedures, surgical site infection, SSI, endometritis, endocarditis

Résultats : La littérature publiée a été récupérée par l'intermédiaire de recherches menées dans Medline et *The Cochrane Library* au moyen de la rubrique « antibioprophylaxie dans le cadre d'interventions obstétricales ». Les résultats ont été restreints aux analyses systématiques, aux essais comparatifs randomisés / essais cliniques comparatifs et aux études observationnelles. Les recherches ont été mises à jour de façon régulière et les articles publiés entre janvier 1978 et juin 2009 ont été incorporés à la directive clinique. Les lignes directrices actuellement publiées par le *American College of Obstetrics and Gynecology* ont également été incorporées à la directive clinique. La littérature grise (non publiée) a été identifiée par l'intermédiaire de recherches menées dans les sites Web d'organismes s'intéressant à l'évaluation des technologies dans le domaine de la santé et d'organismes connexes, dans des collections de directives cliniques, dans des registres d'essais cliniques et auprès de sociétés de spécialité médicale nationales et internationales.

Valeurs : Les résultats obtenus ont été analysés et évalués par le comité sur les maladies infectieuses de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada sous la gouverne des auteures principales, et les recommandations ont été formulées conformément aux lignes directrices élaborées par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (Tableau 1).

Avantages, désavantages et coûts : La mise en œuvre de la présente directive clinique devrait réduire les coûts et les torts attribuables à l'administration d'antibiotiques lorsque celle-ci ne s'avère pas requise, ainsi que les torts attribuables à la non-administration d'antibiotiques lorsque ceux-ci pourraient s'avérer bénéfiques.

Déclarations sommaires

1. Les données disponibles ne soutiennent pas le recours à l'antibioprophylaxie en vue d'atténuer la morbidité infectieuse à la suite d'un accouchement vaginal opératoire. (II-1)
2. Nous ne disposons pas de données suffisantes pour soutenir ou déconseiller le recours à l'antibioprophylaxie en vue d'atténuer la morbidité infectieuse dans les cas de retrait manuel du placenta. (III)
3. Nous ne disposons pas de données suffisantes pour soutenir ou déconseiller le recours à l'antibioprophylaxie au moment de la dilatation-curetage postpartum visant des produits de conception en rétention. (III)
4. Les données disponibles ne soutiennent pas le recours à l'antibioprophylaxie en vue d'atténuer la morbidité infectieuse à la suite d'un cerclage planifié ou d'urgence. (II-3)

Recommandations

1. Toutes les femmes qui subissent une césarienne planifiée ou d'urgence devraient se voir administrer une antibioprophylaxie. (I-A)
2. Une dose unique d'une céphalosporine de première génération devrait constituer l'antibiotique à privilégier pour ce qui est des césariennes. Lorsque la patiente présente une allergie à la pénicilline, on peut avoir recours à la clindamycine ou à l'érythromycine. (I-A)

Ce document fait état des percées récentes et des progrès cliniques et scientifiques à la date de sa publication et peut faire l'objet de modifications. Il ne faut pas interpréter l'information qui y figure comme l'imposition d'un mode de traitement exclusif à suivre. Un établissement hospitalier est libre de dicter des modifications à apporter à ces opinions. En l'occurrence, il faut qu'il y ait documentation à l'appui de cet établissement. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite sans une permission écrite de la SOGC.

Tableau 1 Critères d'évaluation des résultats et de classification des recommandations, fondés sur ceux du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs

Niveaux de résultats*	Catégories de recommandations†
I : Résultats obtenus dans le cadre d'au moins un essai comparatif convenablement randomisé.	A. On dispose de données suffisantes pour appuyer la mesure clinique de prévention.
II-1 : Résultats obtenus dans le cadre d'essais comparatifs non randomisés bien conçus.	B. On dispose de données acceptables pour appuyer la mesure clinique de prévention.
II-2 : Résultats obtenus dans le cadre d'études de cohortes (prospectives ou rétrospectives) ou d'études analytiques cas-témoins bien conçues, réalisées de préférence dans plus d'un centre ou par plus d'un groupe de recherche.	C. Les données existantes sont contradictoires et ne permettent pas de formuler une recommandation pour ou contre l'usage de la mesure clinique de prévention; cependant, d'autres facteurs peuvent influencer sur la prise de décision.
II-3 : Résultats découlant de comparaisons entre différents moments ou différents lieux, ou selon qu'on a ou non recours à une intervention. Des résultats de première importance obtenus dans le cadre d'études non comparatives (par exemple, les résultats du traitement à la pénicilline, dans les années 1940) pourraient en outre figurer dans cette catégorie.	D. On dispose de données acceptables pour déconseiller la mesure clinique de prévention. E. On dispose de données suffisantes pour déconseiller la mesure clinique de prévention.
III : Opinions exprimées par des sommités dans le domaine, fondées sur l'expérience clinique, études descriptives ou rapports de comités d'experts.	L. Les données sont insuffisantes (d'un point de vue quantitatif ou qualitatif) et ne permettent pas de formuler une recommandation; cependant, d'autres facteurs peuvent influencer sur la prise de décision.

*La qualité des résultats signalés dans les présentes directives cliniques a été établie conformément aux critères d'évaluation des résultats présentés dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs⁴⁰.

†Les recommandations que comprennent les présentes directives cliniques ont été classées conformément à la méthode de classification décrite dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventif⁴⁰.

3. Dans le cas de la césarienne, l'antibioprophylaxie devrait être administrée de 15 à 60 minutes avant l'incision de la peau. Aucune dose additionnelle n'est recommandée. (I-A)

4. Lorsqu'une intervention à abdomen ouvert est de longue durée (>3 heures) ou que la perte sanguine estimée est supérieure à 1 500 ml, une dose additionnelle d'antibiotique prophylactique peut être administrée de 3 à 4 heures à la suite de la dose initiale. (III-L)

5. L'administration d'une antibioprophyllaxie peut être envisagée pour atténuer la morbidité infectieuse associée à la réparation d'une lésion périnéale du troisième ou du quatrième degré. (I-B)

6. Chez les patientes massivement obèses (IMC > 35), il est possible d'envisager le doublement de la dose d'antibiotiques. (III-B)

7. L'administration d'antibiotiques aux seules fins de prévenir l'endocardite ne devrait pas être mise en œuvre chez les patientes qui doivent subir une intervention obstétricale, quelle qu'en soit la nature. (III-E)

J Obstet Gynaecol Can, vol. 32, n° 9, 2010, p.885–892