



Profilassi antibiotica in chirurgia. Principi generali e prescrizione dell'antibioticoprofilassi

M. Leone, F. Michel, C. Martin

La profilassi antibiotica in chirurgia è uno dei complementi delle misure di igiene perioperatoria. Il suo obiettivo è di opporsi alla proliferazione batterica per ridurre il rischio di infusione del sito operatorio. L'antibiotico è scelto in funzione dei bersagli batterici, essi stessi dipendenti dal tipo di chirurgia o di paziente. L'iniezione iniziale deve essere eseguita entro 30 min che precedono l'intervento e la profilassi antibiotica non deve mai essere prolungata oltre le 48 h. Gli antibiotici utilizzati devono essere differenti da quelli utilizzati per il trattamento di un'infezione postoperatoria. La visita anestesiologica è il momento privilegiato per prendere delle decisioni tenendo conto del paziente, della procedura chirurgica prevista e dell'ecologia dell'unità di terapia.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Antibioticoprofilassi; Infezione postoperatoria; Prevenzione; Infezione del sito operatorio

Struttura dell'articolo

■ Introduzione	1
■ Principi e prescrizione dell'ABP	1
■ Pazienti che presentano un rischio infettivo particolare	2
Soggetti potenzialmente colonizzati da una flora batterica nosocomiale	2
Soggetti splenectomizzati	2
Trapianti	2
■ La gestione anestesiologica può influenzare la comparsa dell'infezione postoperatoria?	2
Sospensione del fumo	3
Aumento della FiO ₂ intraoperatoria	3
Uso di N ₂ O?	3
Normotermia perioperatoria	3
Incrementare l'apporto liquido intraoperatorio?	3
■ Ortopedia traumatologica	3
Coprire il rischio di infusione da <i>Staphylococcus aureus</i> resistente alla meticillina?	3
Cemento impregnato di antibiotico	3
■ Neurochirurgia	3
■ Chirurgia oftalmologica	3
■ Chirurgia cardiotoracica o vascolare	4
■ Chirurgia digestiva	4
Preparazione colica	4
Antibioticoprofilassi	4
■ Endoscopie digestive	4
■ Posizionamento di un dispositivo intrauterino	4
■ Profilassi dell'endocardite infettiva	4
■ Conclusioni	5

■ Introduzione

L'infezione è un rischio permanente in chirurgia e si riscontrano batteri patogeni in più del 90% delle ferite chirurgiche al momento della chiusura [1], questo qualunque sia la tecnica chirurgica e qualunque sia l'ambiente (il flusso laminare non sopprime completamente questo rischio). Questi batteri sono poco numerosi, ma possono proliferare. Essi trovano nella ferita chirurgica un ambiente favorevole (ematoma, ischemia, modificazione del potenziale di ossidoriduzione ecc.) e l'atto chirurgico induce alterazioni delle difese immunitarie. L'obiettivo dell'antibioticoprofilassi (ABP) in chirurgia è opporsi alla proliferazione batterica per ridurre il rischio di infusione del sito operatorio [2]. La visita preoperatoria rappresenta un momento privilegiato per decidere la prescrizione di un'ABP in chirurgia. È possibile definirvi il tipo di intervento chirurgico previsto, il rischio infettivo che vi si riferisce (e quindi la necessità o meno di un'antibioticoprofilassi), il momento della prescrizione prima dell'atto chirurgico ed eventuali precedenti allergici che possono modificare la scelta della molecola antibiotica selezionata.

■ Principi e prescrizione dell'ABP

Un antibiotico può essere prescritto in modo probabilista, mirando a un bersaglio batterico particolare più che a un altro. È il caso dell'ABP diretta contro alcuni batteri che dipendono dal sito operatorio, dalla flora endogena del paziente ed eventualmente dall'ecologia dell'unità di cure per i pazienti ricoverati e allettati nel periodo preoperatorio. Prevenzione e profilassi sono sinonimi: il primo termine viene dal greco e il secondo dal latino.

Questa tecnica terapeutica si applica a certe chirurgie «pulite» o «pulite-contaminate» [1, 3]. Per le chirurgie «contaminate» e «sporche», l'infezione è già in sede e richiede una terapia antibiotica curativa le cui regole sono diverse, in particolare in

termini di durata di terapia, con la prima dose iniettata nel periodo preoperatorio. Ciononostante, quando il paziente è preso in carico precocemente (trattamento chirurgico prima della 6^a ora), questo trattamento curativo si associa a una profilassi: deve prevenire non la contaminazione, ma l'evoluzione dell'infezione già in sede. Queste situazioni sono affrontate in quanto tali in questo capitolo.

L'ABP deve essere rivolta a un bersaglio batterico definito, riconosciuto come quello più frequentemente in causa. Non deve cercare di prendere in considerazione tutti i batteri eventualmente riscontrati. Il protocollo di ABP deve comportare una molecola che includa nel suo spettro questo bersaglio batterico. Alcuni lavori metodologicamente accettabili devono aver validato la sua attività, la sua diffusione locale e la sua tollerabilità in questa indicazione. È indispensabile selezionare molecole a spettro di attività ristretto e che abbiano ottenuto un'autorizzazione di immissione in commercio (AIC) in questa indicazione [1, 4].

L'ABP (somministrata generalmente per via endovenosa) deve sempre precedere l'atto operatorio in un lasso di tempo di 30 min. Questo punto è fondamentale e illustrato da due studi tra gli altri [5, 6]. Su diverse migliaia di pazienti, è molto chiaro che il rischio infettivo è più basso nel gruppo dove l'iniezione dell'ABP è eseguita nell'ora che precede l'incisione chirurgica. Questo fatto ammesso da tutti deve essere comunque ricordato poiché, nel 2006, una valutazione su un largo collettivo di pazienti mostrava che ciò era riscontrato solo nel 69,7% dei pazienti [7]. Una valutazione in Francia era più ottimistica [4]. L'ABP deve essere breve, limitata il più delle volte al periodo operatorio, a volte a 24 ore ed eccezionalmente a 48 ore [8]. Deve tendere verso un accorciamento ogni volta che gli studi lo consentono. La presenza di un drenaggio del focolaio operatorio non autorizza a trasgredire queste raccomandazioni. Non vi è ragione di prescrivere reiniezioni al momento della rimozione di drenaggi, sonde o cateteri. Il carattere ambulatoriale della chirurgia non porta a modificare i protocolli di solito utilizzati. Insistere su una durata breve di prescrizione dell'ABP non è non inutile, sapendo che, nel 2006, solo il 52,9% dei pazienti aveva una prescrizione sospesa alla 24^a ora [7]. La prima dose (o dose di carico) è di solito il doppio della dose abituale. Reiniezioni sono praticate durante il periodo operatorio, ogni due emivite dell'antibiotico, a una dose simile o a metà della dose iniziale [9]. Per esempio, per la cefazolina, che ha un'emivita di 2 ore, una reiniezione è necessaria solo se l'intervento dura più di 4 ore.

I protocolli di ABP sono stabiliti localmente attraverso un accordo tra chirurghi, anestesiologi e rianimatori, infettivologi, microbiologi e farmacisti. Essi sono oggetto di un'analisi economica rispetto ad altre scelte possibili. La loro efficacia è regolarmente rivalutata mediante un monitoraggio dei tassi di infezioni postoperatorie e dei microrganismi responsabili nei pazienti operati o meno. Si può prendere in considerazione l'alternanza sistematica con altre molecole altrettanto valide per la stessa indicazione. Così, in ogni servizio specialistico bisogna stabilire una politica dell'ABP, cioè un elenco degli atti chirurgici raggruppati a seconda del loro assoggettamento o meno all'ABP con, per ogni gruppo, la molecola scelta e la sua alternativa in caso di allergia. Inoltre, i pazienti a rischio infettivo elevato (o qualsiasi altra condizione che lo giustifichi) sono oggetto di un'ABP particolare che si può dire «personalizzata» (o «à la carte»). In uno stesso reparto si raccomanda di scegliere distintamente le molecole utilizzate in ABP e in terapia antibiotica curativa. I protocolli scelti devono essere scritti, validati dal Centro di coordinamento di lotta contro le infezioni nosocomiali (CLIN) e dal comitato del farmaco dell'istituto. Questi protocolli devono essere affissi in sala operatoria. Alcuni quadri di raccomandazioni che rappresentano l'aggiornamento (dal primo trimestre 2010) delle raccomandazioni della *consensus conference* del 1992 (promotore la Société française d'anesthésie et de réanimation [SFAR]) sono disponibili sul sito della SFAR.

■ **Pazienti che presentano un rischio infettivo particolare**

Soggetti potenzialmente colonizzati da una flora batterica nosocomiale

Si tratta di soggetti ospedalizzati in unità ad alto rischio di acquisizione di questo tipo di flora: unità di rianimazione, centri di lungodegenza o di rieducazione ecc. Esiste allora il rischio di una colonizzazione da parte di enterobatteri multiresistenti o di *Staphylococcus aureus* meticillina-resistente (MRSA).

Si tratta anche di pazienti sottoposti a un reintervento precoce per una causa non infettiva. Per tutti questi pazienti può essere consigliato uno screening dello stato di portatore di questi batteri «problematici». La scelta abituale dell'ABP può essere modificata dall'uso, isolatamente o in associazione, di molecole antibiotiche utilizzate abitualmente in trattamento curativo (cefalosporine di 3^a generazione, chinolonici sistemici, aminoglicosidi di tipo amikacina e vancomicina):

- le deroghe ai protocolli abituali devono restare eccezionali. Il beneficio potenziale per il malato deve essere valutato rispetto agli inconvenienti per la comunità: comparsa di resistenze batteriche, costo;
- il rischio infettivo potenziale deve essere chiaramente identificato;
- l'impiego resta breve, limitato in generale al periodo operatorio.

I pazienti che avevano ricevuto una radioterapia, sottoposti a una chemioterapia o a una corticoterapia, i pazienti con un diabete scompensato, i pazienti molto anziani, obesi o molto magri sono ad alto rischio di infezione postoperatoria. Tuttavia, essi avranno delle infezioni dovute ai «batteri bersaglio» dell'ABP. In questi pazienti non è giustificata alcuna trasgressione dei protocolli abituali.

Soggetti splenectomizzati

Nel 2003 sono stati censiti in Francia 250 000 soggetti splenectomizzati con un alto rischio di infezioni da batteri capsulati: pneumococchi, meningococchi, *Haemophilus influenzae*. In caso di splenectomia programmata, le vaccinazioni che coprono lo pneumococco, l'*Hemophilus* di tipo B e il meningococco di tipo C devono essere eseguite almeno 15 gg prima dell'intervento. In caso di chirurgia in urgenza, le vaccinazioni devono essere realizzate entro i 30 gg postoperatori. L'ABP è a base di cefazolina fino alla ripresa del transito [10]. Successivamente, è istituita una sostituzione orale (oxacillina) per almeno 2 anni nell'adulto e 5 anni nel bambino [10].

Trapianti

La prevenzione delle infezioni opportunistiche legate all'immunodepressione (virali, fungine e parassitarie) non può essere trattata in questa sede. Per quanto riguarda la prevenzione dell'infezione del sito operatorio, si possono schematizzare due situazioni:

- paziente ambulatoriale: l'infezione postoperatoria è legata a batteri comunitari. L'ABP è scelta in funzione dell'organo trapiantato;
- malato potenzialmente colonizzato da una flora nosocomiale: l'ABP è adeguata in funzione dell'ecologia locale e comprende molecole di solito riservate ai trattamenti delle infezioni denunciate.

In ogni caso, la durata di prescrizione resta limitata: dose singola, o, al massimo, prescrizione fino a 48 h.

■ **La gestione anestesiologica può influenzare la comparsa dell'infezione postoperatoria?**

Oltre all'ABP, l'anestesista-rianimatore può svolgere un ruolo fondamentale nella prevenzione dell'infezione postoperatoria.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2757049>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2757049>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)