



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO**



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM  
CIRURGIA TRANSLACIONAL**

Coordenação: Profa. Dra. Lydia Masako Ferreira

**RELATÓRIO FINAL DE PÓS-DOCTORADO**

**ANTIBIOTICOPROFILAXIA EM DOSE ÚNICA OU POR 24 HORAS EM  
MAMOPLASTIAS REDUTORAS: ENSAIO CLÍNICO COM  
RANDOMIZAÇÃO**

**Daniela Francescato Veiga**

**Supervisora: Profa. Dra. Lydia Masako Ferreira**

**São Paulo**

**2020**

## 1. RESUMO

**Contexto:** O uso empírico de antibióticos para prevenir infecções após a mamoplastia é amplamente realizado por cirurgiões plásticos de todo o mundo, mas faltam evidências para padronizar o seu uso. **Objetivo:** Comparar a influência da administração de antibiótico profilático em dose única ou por 24 horas nas taxas de infecção após mamoplastias redutoras. **Métodos:** Ensaio clínico randomizado, de não inferioridade, triplo cego, com dois braços paralelos. Serão selecionadas 146 mulheres com hipertrofia mamária, candidatas a mamoplastia redutora e com o procedimento já agendado. As pacientes estão sendo randomicamente alocadas para o grupo A, que recebe antibiótico apenas na indução anestésica (n=73), ou para o grupo B, que recebe antibiótico na indução anestésica e por 24h, durante sua internação hospitalar (n=73). Não são prescritos antibióticos após a alta hospitalar, para nenhuma paciente. Para avaliação da ocorrência de infecção do sítio cirúrgico são utilizados os critérios e definições do *Centers for Disease Control and Prevention*. As pacientes são avaliadas semanalmente, por 30 dias, por um cirurgião que não sabe a alocação. **Resultados (parciais):** A pandemia de Covid-19 gerou atraso inclusão de pacientes no estudo. Foram incluídas, até o momento, 63 pacientes, com idade mediana 35 anos e índice de massa corporal de 25,6Kg/m<sup>2</sup>. A mediana de peso de tecido mamário ressecado foi de 990g e o tempo de cirurgia de 220 minutos. Complicações que não necessitaram de reintervenção foram observadas em 10 (15,9%) pacientes. Três (4,8%) pacientes tiveram infecção do sítio cirúrgico. O sigilo de alocação só será quebrado após a inclusão de todas as pacientes. **Registro do ensaio clínico:** Clinicaltrials.gov. NCT04079686.

**PALAVRAS-CHAVE:** cirurgia plástica; mamoplastia; antibióticos; antibioticoprofilaxia; infecção de ferida pós-operatória

## 2. CONTEXTO

A hipertrofia mamária é uma condição frequente em mulheres das mais diferentes nacionalidades, e diversos estudos tem demonstrado que diminui significativamente a qualidade de vida das mulheres (FREIRE et al., 2004; FREIRE et al., 2007; OKORO et al., 2008; STEVENS et al., 2008; SETALA et al., 2009; KALLIAINEN et al., 2012). O tratamento dessa condição é primariamente cirúrgico, e a mamoplastia redutora é um procedimento eficaz e bem estabelecido, realizado para o alívio da dor física e desconforto associados à hipertrofia mamária. Apresenta bons resultados em longo prazo, com impacto positivo em diferentes aspectos da qualidade de vida das pacientes (FREIRE et al., 2004; FREIRE et al., 2007; SETALA et al., 2009; KALLIAINEN et al., 2012; GARCIA et al., 2015; GUIMARÃES et al., 2015; BERALDO et al., 2016; CABRAL et al., 2017; CABRAL et al., 2018; FONSECA et al., 2018) e boa relação custo-efetividade (ARAÚJO et al., 2014).

Portanto, a mamoplastia redutora é um procedimento muito realizado. Segundo a *International Society of Aesthetic Plastic Surgery* (ISAPS, 2020), em 2019 foram realizadas, no mundo, 600.219 mamoplastias redutoras. O Brasil foi o país com o maior número deste tipo de procedimento (87.640 mamoplastias redutoras), seguido pelos Estados Unidos da América, com 78.936 procedimentos em 2019 (ISAPS, 2020).

A mama é considerada um sítio cirúrgico limpo ou potencialmente contaminado (BARTISH et al., 2011). A mamoplastia redutora é geralmente classificada como uma cirurgia limpa; entretanto, tem taxas de infecção superiores às de outros procedimentos na mesma categoria (SHORT et al., 2014). Dentre as complicações cirúrgicas mais frequentes deste procedimento, encontram-se distúrbios da cicatrização e infecções do sítio cirúrgico (NICHOLS, 2001).

Infecções de sítio cirúrgico (ISC) são definidas como infecções de feridas que ocorrem após procedimentos invasivos (HORAN et al., 1992; MANGRAM et al., 1999),

respondem por 14-16% de todas as infecções nosocomiais em pacientes internados sendo as mais comuns entre os pacientes cirúrgicos (JUNKER et al., 2012).

A prevenção das ISC é de suma importância, devido à sua morbidade, maior tempo de internação e altos custos (NICHOLS, 2001; LANDES et al., 2008; THROCKMORTON et al., 2009; JUNKER et al., 2012). Particularmente em procedimentos de cirurgia plástica, minimizar o risco de ISC é imperativo, porque mesmo pequenas infecções são capazes de complicar o processo de cicatrização e o resultado estético (ANDENAES et al., 1995).

Pacientes que desenvolvem ISC têm hospitalizações mais longas e com maiores custos, além de maiores taxas de mortalidade e maior risco de permanência em unidade de terapia intensiva ou de readmissão hospitalar (LANDES et al., 2008). O objetivo de estudar a incidência de ISC e os custos associados a ela é desenvolver e implementar intervenções para reduzir a sua ocorrência (OLSEN et al., 2008).

O uso de antibióticos para evitar as ISC em cirurgia plástica não está claramente definido na literatura (BARAN et al., 1998; PEROTTI et al., 2002; KOMPATSCHER et al., 2003. LIU et al., 2012). No entanto, a sua utilização é ampla, especialmente em procedimentos estéticos, em um esforço em oferecer aos pacientes maiores padrões de segurança (AHMADI et al., 2005).

Autores demonstraram diferença significativa nas taxas de ISC quando se utiliza antibioticoprofilaxia em mamoplastias redutoras, comparado ao uso de nenhum antibiótico (AHMADI, 2005; VEIGA-FILHO et al., 2010; VIEIRA et al., 2016). Shortt et al. (2014) realizaram uma meta-análise sobre antibioticoprofilaxia em mamoplastias redutoras e encontraram apenas três ensaios clínicos randomizados sobre o tema. (SHORTT et al., 2014). Observaram uma diminuição na incidência de ISC de 75%, comparado ao uso de placebo ou de nenhum antibiótico, concluindo que a antibioticoprofilaxia é efetiva em prevenir a ocorrência de infecção após mamoplastias redutoras. Mas também salientaram a

escassez e a necessidade de ensaios clínicos aleatórios para avaliar o uso de antibioticoprofilaxia no pós-operatório de mamoplastia redutora (SHORTT et al., 2014).

O *American Board of Plastic Surgery* publicou, em 2013, as evidências disponíveis em mamoplastia redutora (KERRIGAN & SLEZAK, 2013). Apresentaram dados compilados desde 2007, relativos a mamoplastias redutoras realizadas em 6.451 pacientes nos Estados Unidos, por 606 cirurgiões plásticos. Especificamente sobre o uso de antibióticos, constataram que 71% das pacientes receberam antibióticos no intra-operatório e que 56% receberam antibióticos por mais de 24 horas. A revisão sistemática apresentada neste mesmo artigo concluiu que os dados disponíveis até aquele momento apoiavam o uso de uma única dose de antibiótico antes da incisão cirúrgica, mas com um nível de evidência baixo, e salientou a necessidade de mais ensaios clínicos aleatórios sobre o tema (KERRIGAN & SLEZAK, 2013).

Em janeiro de 2017, o *American Board of Plastic Surgery* publicou uma atualização das evidências em mamoplastia redutora (GRECO & NOONE, 2017). Dados obtidos de 1.343 cirurgiões plásticos que realizaram mamoplastia redutora em 2010 pacientes nos Estados Unidos demonstraram que 98% dos cirurgiões usam antibióticos nos períodos pré e intra-operatório e 58,2% deles mantem o uso de antibióticos no pós-operatório (GRECO & NOONE, 2017).

Em agosto de 2017, o CDC publicou uma atualização das diretrizes para prevenção de ISC (BERRIOS-TORRES et al., 2017). Foi feita uma revisão sistemática da literatura buscando as melhores evidências para embasar essas novas diretrizes. Especificamente sobre o uso profilático de antibióticos, constataram que existem evidências fortes que apoiam o uso de antibiótico antes de se realizar a incisão cirúrgica e indicam que o uso de antibióticos no pós-operatório não seria necessário, em cirurgias limpas ou potencialmente contaminadas, mesmo quando se utiliza drenos (BERRIOS-TORRES et al., 2017). Entretanto, existe uma falta de evidências sobre as vantagens ou

desvantagens do uso de mais de uma dose de antibiótico (KALLIAINEN et al., 2012; ITANI et al., 2017).

Também há que se considerar que as diretrizes do CDC dizem respeito a ISC em geral (BERRIOS-TORRES et al., 2017). Há uma falta de evidências de alta qualidade especificamente sobre mamoplastia redutora para embasar a prática. Considerando que uma infecção, além de aumentar custos e morbidade, pode prejudicar o resultado estético, importante em uma mamoplastia redutora, muitos cirurgiões preferem utilizar antibióticos por um tempo prolongado (AHMADI et al., 2005; BARTISCH et al., 2011; HARDWICKE et al., 2013; LEWIN et al., 2015).

As diretrizes para a prática clínica em mamoplastias redutoras da *American Society of Plastic Surgeons* (ASPS) salientam que, embora a administração de antibioticoprofilaxia diminua as taxas de infecção após mamoplastia redutora, a escassez de evidências não permite uma recomendação sobre o melhor momento ou a duração do uso de antibióticos (KALLIAINEN et al., 2012).

Recentemente, nosso grupo realizou um ensaio clínico em que pacientes submetidas a mamoplastia redutora receberam antibiótico intravenoso na indução anestésica e por 24 horas (GARCIA et al., 2016; GARCIA et al., 2017; GARCIA et al., 2020). Na alta hospitalar, foram randomicamente alocadas para um grupo que recebeu prescrição de antibióticos por sete dias ou para um grupo placebo, que recebeu antibiótico apenas pelas 24 horas da internação, e não houve diferença significativa entre os grupos, indicando que não há necessidade de manter antibiótico além de 24 horas (GARCIA et al., 2020). Entretanto, como todas as participantes, nos dois grupos, receberam antibiótico por 24 horas, não ficou esclarecido se apenas uma dose pré-operatória seria suficiente.

Assim, o presente estudo testa a hipótese de que manter o uso de antibióticos por 24 horas não reduz as taxas de infecção em relação ao uso de apenas uma dose pré-operatória, e pode contribuir com evidências que possam embasar a prática clínica.

### **3. OBJETIVO**

Comparar o efeito do uso de antibiótico profilático em dose única pré-operatória ou por 24 horas nas taxas de infecção de sítio cirúrgico após mamoplastias redutoras.

### **4. MÉTODOS**

#### **4.1. Desenho do estudo:**

Ensaio clínico randomizado de não inferioridade, com dois grupos paralelos, alocação 1:1, triplo-cego (pacientes, equipe cirúrgica, avaliador de desfecho).

#### **4.2. Local e Considerações éticas:**

Estudo realizado no Programa de Pós-graduação em Cirurgia Translacional da Unifesp, em integração com a Universidade do Vale do Sapucaí (Univás). Os procedimentos cirúrgicos e o acompanhamento ambulatorial das pacientes são realizados no Hospital das Clínicas Samuel Libânio (HCSL), hospital universitário da Univás. O Diretor Técnico do HCSL autorizou a realização do estudo nas dependências do hospital (Apêndice 1).

O projeto teve início após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unifesp (Apêndice 2), segue rigorosamente as determinações da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre diretrizes e normas que regulamentam a pesquisa envolvendo seres humanos, e todas as pacientes assinam um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

### **4.3. Casuística:**

#### **4.3.1. Cálculo do tamanho da amostra:**

O tamanho da casuística foi calculado com poder de teste de 80%, monocaudal, e nível de significância de 5%. Para comparação de duas proporções, foram considerados os resultados da metanálise publicada por Shortt *et al.* (2014), que encontraram taxa de infecção do sítio cirúrgico (ISC) de 10% quando é administrado antibiótico no pré-operatório apenas; e os resultados do ensaio clínico de Garcia *et al.* (GARCIA et al., 2017; GARCIA et al., 2020), que observaram taxa global de ISC de 0,8% quando é administrado antibiótico no pré-operatório e mantido por 24 horas. O cálculo resultou em 73 pacientes por grupo.

#### **4.3.2. Seleção:**

Estão sendo selecionadas consecutivamente, nos ambulatórios de Cirurgia Plástica do HCSL, 146 pacientes candidatas a mamoplastia redutora, que são realizadas no centro cirúrgico deste hospital.

Para a seleção de pacientes são considerados os seguintes critérios de elegibilidade:

##### *Critérios de inclusão:*

- Sexo feminino, entre 18 e 60 anos de idade, sem restrição quanto à etnia, escolaridade ou classe social;
- Índice de massa corpórea entre 19 e 30Kg/m<sup>2</sup>;
- Hipertrofia mamária segundo os critérios de Sacchini et al. (1991) e Franco (2002), com mamoplastia redutora já agendada.

##### *Critérios de não inclusão:*



- Procedimento prévio reparador ou estético nas mamas;
- Diagnóstico de doenças mamária;
- Tabagistas ou que pararam de fumar há menos de um mês;
- Parto ou lactação há menos de um ano;
- Comorbidades que constituam contraindicação ao procedimento cirúrgico.

*Critérios de exclusão:*

- Pacientes que não retornem a alguma das visitas semanais para avaliação da ferida operatória;
- Pacientes para as quais seja indicada antibioticoterapia durante o período de seguimento, por outras razões que não a ISC;
- Pacientes que retirem seu consentimento em qualquer etapa do estudo.

Pacientes que preenchem os critérios de elegibilidade para o estudo são convidadas a participar e só serão incluídas no estudo as que assinam o TCLE (Apêndice 3). Dados demográficos e clínicos coletados são coletados e registrados.

#### **4.3.3. Randomização e sigilo de alocação:**

Para alocação das pacientes nos grupos foi gerada uma sequência aleatória pelo *software* Bioestat 5.3 (Instituto Mamirauá, Brasil). O sigilo de alocação é assegurado por envelopes selados, opacos e numerados contendo um papel carbono e alumínio no seu interior. Os envelopes são abertos ao final da cirurgia, de acordo com a sequência numérica, determinando o grupo de alocação, por um cirurgião auxiliar que não participa da avaliação pós-operatória quanto à ocorrência de ISC. Antes da abertura do envelope este cirurgião deve escrever o nome da paciente sobre o envelope. Devido à presença do papel carbono no interior do envelope, o nome da paciente fica gravado no papel que contém o grupo de alocação antes da abertura do envelope, garantindo assim a alocação da paciente

definida pela randomização (SCHULZ & GRIMES, 2002). Esse mesmo cirurgião faz a prescrição de antibiótico ou placebo (solução salina estéril a 0,9%) nas 24 horas subsequentes.

As pacientes são aleatoriamente alocadas para os grupos:

- Grupo A (n=73): recebem uma dose de cefazolina (1g) na indução anestésica e 10mL de solução de cloreto de sódio a 0,9% a cada seis horas nas primeiras 24 horas pós-operatórias;
- Grupo B (n=73): recebem uma dose de cefazolina (1g) na indução anestésica e a cada seis horas nas primeiras 24 horas pós-operatórias.

#### **4.4. Procedimentos:**

Todas as pacientes são internadas na véspera da cirurgia e tomam um banho com solução degermante de clorexidina 4% no dia da cirurgia (VEIGA *et al.*, 2009). As pacientes são submetidas à mamoplastia redutora por técnica convencional, no centro cirúrgico do Hospital das Clínicas Samuel Libânio (HCSL), pela equipe de Cirurgia Plástica.

As cirurgias são realizadas sob anestesia geral, e a antisepsia do campo operatório é realizada com solução alcoólica de clorexidina 0,5% (VEIGA *et al.*, 2008a). Todas as pacientes recebem antibiótico por via endovenosa no intra-operatório, e apenas um grupo recebe antibiótico durante seu período de internação (cefazolina, 1g a cada seis horas).

No momento da alta hospitalar, no primeiro dia pós-operatório, o cirurgião assistente remove o curativo, orienta a paciente a lavar a ferida operatória diariamente com água corrente e sabão e a usar um sutiã próprio para o pós-operatório (sutiã ref. 1002, MaCom malhas de compressão, Brasil). Não são prescritos antibióticos para nenhuma paciente após 24 horas.

#### **4.5. Desfecho:**

O desfecho primário é infecção do sítio cirúrgico. O CDC considera infecção do sítio cirúrgico (ISC) a que aparenta estar relacionada ao procedimento cirúrgico e ocorre até 30 dias após a operação, quando não são utilizados implantes, ou até um ano após a cirurgia, nos casos em que se utilizaram implantes (HORAN et al., 1999).

Para avaliação da ocorrência de ISC as pacientes são avaliadas uma vez por semana, durante os primeiros 30 dias pós-operatórios, uma vez que não são utilizados implantes. A avaliação é feita por um único cirurgião, membro sênior da equipe cirúrgica com ampla experiência em cirurgias mamárias, que não saberá a alocação das pacientes. Este cirurgião utiliza os critérios e classificações do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) para ISC (HORAN et al., 1999), dicotomizando o desfecho em ocorrência de ISC (Sim/Não). Quando houver ISC, o mesmo cirurgião faz a classificação em incisional superficial, incisional profunda ou de órgãos/espacos, segundo os critérios do CDC (Quadro 1, HORAN et al., 1999).

**Quadro 1.** Definições e classificações de infecção do sítio cirúrgico do CDC (HORAN et al., 1992)

<b>Incisional superficial</b>	<b>Incisional profunda</b>	<b>De órgão ou espaço</b>
<p>Envolve apenas pele ou tecido subcutâneo e apresenta pelo menos um dos seguintes itens:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Secreção purulenta da porção superficial da incisão;</li> <li>- Isolamento de microorganismos em cultura de fluído ou tecido da porção superficial da incisão;</li> <li>- Pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas de infecção: dor, turgor, edema localizado, hiperemia ou calor, abertura deliberada da porção superficial da ferida pelo cirurgião, mesmo com cultura negativa;</li> <li>- Diagnóstico de infecção superficial pelo médico ou cirurgião assistente.</li> </ul>	<p>Envolve tecidos moles profundos (fáscia, músculo) e apresenta pelo menos um dos seguintes itens:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Secreção purulenta de porção profunda da incisão, mas não envolvendo órgão ou espaço;</li> <li>- Porção profunda da incisão com deiscência espontânea ou deliberadamente aberta pelo cirurgião quando o paciente apresenta pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas: febre (&gt;38°C), dor localizada ou turgor, mesmo com cultura negativa;</li> <li>- Abscesso ou outra evidência de infecção envolvendo porção profunda da incisão, encontrado em exame direto, durante reoperação ou em exame radiológico ou histopatológico;</li> <li>- Diagnóstico de infecção profunda pelo médico ou cirurgião assistente.</li> </ul>	<p>Envolve qualquer parte da anatomia (órgãos, espaços) e apresenta pelo menos um dos seguintes itens:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Secreção purulenta oriunda de dreno colocado em órgão ou espaço;</li> <li>- Isolamento de microorganismos em cultura de fluído ou tecido coletados de órgão ou espaço;</li> <li>- Abscesso ou outra evidência de infecção envolvendo órgão ou espaço, encontrado em exame direto, durante reoperação ou em exame radiológico ou histopatológico;</li> <li>- Diagnóstico de infecção de órgão ou espaço pelo médico ou cirurgião assistente.</li> </ul>

#### **4.6. Cegamento:**

As pacientes, os cirurgiões responsáveis pelo recrutamento, a equipe cirúrgica, o cirurgião que faz a avaliação do desfecho (ISC) e o bioestatístico que analisará os dados são cegados para o grupo de alocação. Um único cirurgião, que faz a prescrição do antibiótico ou do placebo, sabe a alocação. Esse cirurgião não participa do recrutamento nem da avaliação do desfecho.

A prescrição só pode ser acessada pela equipe de enfermagem no setor onde as pacientes são internadas. A equipe de enfermagem foi previamente treinada a preparar a solução para ambos os grupos em frascos idênticos de 100ml de solução salina, identificados para administração apenas como “solução do estudo”, além dos dados da paciente, conforme protocolo do hospital.

Pacientes que apresentem reações adversas a medicamentos nas 24 horas de internação terão o sigilo de alocação quebrado. Nesse caso, a prescrição é disponibilizada para o médico assistente para esclarecimento e instituição imediata da terapia adequada.

#### **4.6. Análise estatística:**

Todos os dados coletados durante o estudo estão sendo tabulados em uma planilha única, para manter o cegamento e o sigilo de alocação. Ao final do estudo, depois que a última paciente incluída tiver sido operada e completado o período de seguimento, o grupo de alocação de cada paciente será revelado e serão preparadas planilhas separadas para os grupos placebo e antibiótico. Essas planilhas serão enviadas para análise estatística com os grupos denominados como A e B, para manter o cegamento do bioestatístico.

A análise será realizada com o programa Bioestat, versão 5.3 (Instituto Mamirauá, Amazonas e Pará, Brasil), e o nível de rejeição da hipótese de nulidade será fixado em 5%. Para as variáveis numéricas será utilizada estatística descritiva, com cálculos da mediana,

da média e do desvio padrão. O teste de Mann-Whitney será utilizado para comparação dos grupos quanto à idade, IMC, tempo de duração do procedimento cirúrgico e peso de tecido mamário ressecado.

O teste do Qui-quadrado ou o teste exato de Fisher serão utilizados para a comparação entre os grupos quanto à ocorrência de ISC. Esses testes também serão utilizados para correlacionar a ocorrência de infecção com as variáveis idade, IMC, tempo de duração da cirurgia e peso de tecido mamário ressecado, em cada grupo. Para isso, os valores de cada variável, para cada grupo, serão subdivididos em até a mediana e acima da mediana.

#### **4.7. Registro:**

O ensaio clínico foi registrado na plataforma Clinicaltrials.gov, com o identificador NCT04079686, em 06/09/2019.

[https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04079686?term=NCT04079686&recrs=ab&draw=2  
&rank=1](https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04079686?term=NCT04079686&recrs=ab&draw=2&rank=1)

O protocolo do estudo foi publicado (Veiga DF, et al. Single dose versus 24 h antibiotic prophylaxis in reduction mammoplasty: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2020 Jul 2;21(1):605. doi: 10.1186/s13063-020-04539-0).

## 5. RESULTADOS (PARCIAIS)

Até março de 2020 foram incluídas no estudo 63 pacientes. Com o avanço da pandemia de Covid-19, todas as cirurgias eletivas do HCSL foram suspensas, e com isso a inclusão de pacientes no estudo.

Uma paciente foi excluída na segunda semana de seguimento, por uso de antibiótico (cefalexina, por seis dias) por amigdalite. Todas as demais 62 pacientes concluíram o período de 30 dias de seguimento do estudo.

A maioria das pacientes (50/63=79,4%) tem pele branca. A classificação da hipertrofia mamária é apresentada na tabela 1 e as medidas-resumo das principais características clínicas e do procedimento cirúrgico das pacientes são apresentadas na tabela 2.

**Tabela 1.** Índices de Sacchini (SACCHINI et al., 1991) e classificação de Franco (FRANCO, 2002) das 63 pacientes incluídas no estudo

<b>Índice de Sacchini</b>	<b>Mama direita</b>	<b>Mama esquerda</b>
Variação	10,0 – 20,5	10,5 – 20,5
Mediana	14,0	14,2
Média ± DP <sup>1</sup>	14,2 ± 2,4	14,4 ± 2,3
<b>Classificação de Franco</b>	<b>2º grau</b>	<b>3º grau</b>
n (%)	56 (88,9)	7 (11,1)

<sup>1</sup>DP: desvio-padrão

**Tabela 2.** Idade, IMC, peso do tecido mamário ressecado, tempo de cirurgia e técnica utilizada para ascensão do complexo areolopapilar das 63 pacientes incluídas no estudo

<b>Variável</b>	<b>Variação</b>	<b>Mediana</b>	<b>Média ± DP<sup>2</sup></b>
Idade (anos)	18 - 57	35	35,9 ± 10,5
IMC <sup>1</sup> (Kg/m <sup>2</sup> )	20,9 - 30,0	25,6	25,6 ± 2,1
Peso ressecado (g)	245 - 3170	990	1023,1 ± 571,0
Tempo (min)	150 - 300	220	218,3 ± 39,4

<b>Técnica</b>	<b>Ped.<sup>3</sup> Superomedial</b>	<b>Ped.<sup>3</sup> Inferior</b>	<b>Enxerto</b>
n (%)	61 (96,8)	1 (1,6)	1 (1,6)

<sup>1</sup>IMC: índice de massa corporal; <sup>2</sup>DP: desvio-padrão; <sup>3</sup>Ped.: pedículo

Dez das 63 pacientes (15,9%) apresentaram algum tipo de complicação. Nenhuma das complicações necessitou de reintervenção cirúrgica. Quatro pacientes (6,3%) tiveram pequenas deiscências na região do “T”, três (4,8%) epidermólise também na região do “T” e outras três pacientes (4,8%) necrose parcial do CAP.

Três pacientes (4,8%) apresentaram ISC. Em todos os casos a infecção foi classificada como incisional superficial, e diagnosticada no retorno das pacientes na segunda semana pós-operatória. Foi prescrita antibioticoterapia com ciprofloxacina 500mg a cada 12 horas, por sete dias, com remissão do quadro infeccioso, em todos os casos.



## 6. DISCUSSÃO

A mamoplastia redutora é uma cirurgia muito realizada, tendo sido a sétima cirurgia plástica mais realizada no mundo, no ano de 2019 (ISAPS, 2020). Problemas cicatriciais são frequentes em mamoplastia redutora, indo desde problemas menores, como necrose marginal, vistos frequentemente na junção da incisão em “T” invertido, a infecções importantes que exigem reintervenção cirúrgica (LIU et al., 2012). Muitos cirurgiões preferem administrar antibióticos acreditando que isso irá reduzir a incidência destes problemas (AHMADI et al., 2005; O’GRADY et al., 2005).

Embora seja geralmente considerada uma cirurgia limpa, a mamoplastia redutora apresenta taxas de infecção superiores às de outros procedimentos na mesma categoria (SHORT et al., 2014; VIEIRA et al., 2016; BOCCARA et al. 2018). As ISC, juntamente com problemas de cicatrização, figuram entre as complicações mais comuns no pós-operatório da mamoplastia redutora (VEIGA-FILHO 2010; SHORT 2014; GARCIA et al., 2020).

Os fatores de risco e as medidas de prevenção para a ISC ainda não foram bem estudadas, por razões éticas ou logísticas. Junker et al., em uma revisão da literatura, observaram, como fatores que influenciam de forma significativa a ocorrência de ISC, o momento em que a antibioticoprofilaxia é administrada e a ocorrência de perfuração das luvas no intraoperatório. Outros fatores avaliados, como anemia, transfusão sanguínea e experiência do cirurgião não influenciaram de forma significativa a ocorrência de ISC (JUNKER et al., 2012).

Sajid et al., em um artigo de revisão, concluíram que o uso profilático de antibióticos reduz o risco de ISC após procedimentos cirúrgicos nas mamas, sendo que o risco de reações adversas a esta propedêutica não foi significativa (SAJID et al., 2012). Entretanto, não existem evidências que justifiquem o uso rotineiro da administração de antibióticos no pós-operatório de mamoplastias redutoras, não havendo consenso nem

mesmo entre cirurgiões de um mesmo departamento (PELED et al., 2000; HEDRICK et al., 2007; NG et al., 2007; TROCKMORTON et al., 2009; KAILLIAINEN et al., 2012).

Apesar da falta de evidências oriundas de estudos controlados prospectivos randomizados para sua avaliação, o uso de antibióticos em cirurgia plástica é muito difundido (PELED et al., 2000; RORICH et al., 2003; LANDES et al., 2008).

Uma pesquisa com todos os cirurgiões plásticos certificados pela Associação Israelense de Cirurgia Plástica (taxa de resposta: 85%) concluiu que a maioria prefere administrar antibióticos e 71% deles os usam como profilaxia em mamoplastia redutora naquele país (PELED et al., 2000). Um inquérito com 230 cirurgiões plásticos do Reino Unido e Irlanda (taxa de resposta: 61%) revelou que 47% dos consultados nunca deram antibióticos para pacientes submetidas à mamoplastia redutora, enquanto 46% prescrevem ao menos uma dose (IWUAGWU et al., 2006). Outra pesquisa, com 5.112 cirurgiões plásticos membros da Sociedade Americana de Cirurgiões Plásticos (taxa de resposta: 52%), mostrou que a maioria dos entrevistados usa antibióticos no pré-operatório (93%) e pós-operatório (74%) para cirurgias de redução de mama. Daqueles que utilizam antibióticos no pós-operatório, 95% prescrevem por sete dias, ao passo que 5% prescrevem por mais de sete dias (OKORO et al., 2008).

O uso de antibioticoprofilaxia em cirurgias mamárias é controverso na literatura. Embora autores não tenham observado diferença nas taxas de ISC quando se utiliza antibioticoprofilaxia em cirurgia mamária (LEWIN et al., 2015; BOCCARA 2018; PRUDÊNCIO et al., 2020), estudos e revisões tem demonstrado benefícios na administração de antibióticos profiláticos, principalmente antes da incisão cirúrgica (AHMADI 2005; VEIGA-FILHO 2010; JUNKER 2012; CLAYTON 2012; KALLIAINEN 2012; SAJID 2012; KERRIGAN & SLEZAK, 2013; VIEIRA 2016; GRECO & NOONE, 2017).

Especificamente em relação às mamoplastias redutoras, Ahmadi et al. (2005), Veiga-Filho et al. (2010) e Vieira et al. (2016) demonstraram diminuição das taxas de ISC após mamoplastias redutoras quando se utilizou antibioticoprofilaxia comparado ao uso de nenhum antibiótico (AHMADI 2005; VEIGA-FILHO 2010; VIEIRA 2016). [Entretanto, a duração da antibioticoprofilaxia permanece um ponto a ser esclarecido (KALLIAINEN 2012; SHORTT 2014, CRAWFORD 2016).

Muitos cirurgiões optam por manter o uso de antibióticos no pós-operatório. Dados do *American Board of Plastic Surgery* demonstraram que mais da metade dos cirurgiões plásticos norte-americanos investigados mantinham o uso de antibióticos por mais de 24 horas após mamoplastia redutora (KERRIGAN & SLEZAK, 2013; GRECO & NOONE, 2017).

Um ensaio clínico recentemente finalizado pelo grupo não encontrou diferença estatística nas taxas de ISC após mamoplastias redutoras quando utilizaram antibióticos por 24 horas ou por sete dias no pós-operatório (GARCIA et al., 2020). Entretanto, como todas as participantes, nos dois grupos, receberam antibiótico por 24 horas, não ficou esclarecido se apenas uma dose pré-operatória seria suficiente. Os resultados do presente estudo poderão esclarecer essa questão, e fornecer evidências para embasar a prática clínica.

Infelizmente a pandemia de Covid-19 causou atraso na inclusão de pacientes no presente estudo, uma vez a mamoplastia redutora é uma cirurgia eletiva e, portanto, não prioritária na atual situação do sistema de saúde. Até o momento, observou-se a ocorrência de três casos de infecção, todas classificadas como incisional superficial. Entretanto, como o sigilo de alocação ainda não pode ser quebrado, não há como saber se a administração de antibióticos por 24 horas teve algum impacto nessa ocorrência. Espera-se que em breve a situação do sistema de saúde esteja normalizada, e com isso a inclusão de pacientes no estudo será prontamente retomada.

## 7. REFERÊNCIAS

Andenaes K, Amland PF, Lingaas E, Abyholm F, Samdal F, Giercksky KE. A prospective, randomized surveillance study of postoperative wound infections after plastic surgery: a study of incidence and surveillance methods. *Plast Reconstr Surg.* 1995;96: 948 –956.

Ahmadi AH, Cohen BE, Shayani P. A prospective study of antibiotic efficacy in preventing infection in reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 2005;116:126 –131.

Araújo CD, Veiga DF, Hochman BS, Abla LE, Oliveira AC, Novo NF, Veiga-Filho J, Ferreira LM. Cost-utility of reduction mammoplasty assessed for the Brazilian public health system. *Aesthet Surg J.* 2014 Nov;34(8):1198-1204.

Baran GN, Sensoz O, Ulusoy G. Prophylactic antibiotics in plastic and reconstructive surgery. *Plast Reconstr Surg.* 1998;103:1561–1566.

Bartsich S, Ascherman JA, Whittier S, Yao CA, Rohde C. The breast: a clean-contaminated surgical site. *Aesthet Surg J.* 2011;31:802-6.

Beraldo FN, Veiga DF, Veiga-Filho J, Garcia ES, Vilas-Bôas GS, Juliano Y, Sabino-Neto M, Ferreira LM. Sexual Function and Depression Outcomes Among Breast Hypertrophy Patients Undergoing Reduction Mammoplasty: A Randomized Controlled Trial. *Ann Plast Surg.* 2016 Apr;76(4):379-382.

Berríos-Torres SI, et al., for the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. Centers for Disease Control and Prevention Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection, 2017. *JAMA Surg.* 2017 Aug 1;152:784-791.

Boccaro D, Couteau C, Chaouat M, Mimoun M, Serror K. Antibiotic prophylaxis in breast reduction surgery: A different approach. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2018 Mar;71(3):435-436.

Cabral IV, da Silva Garcia E, Sobrinho RN, Pinto NLL, Juliano Y, Veiga-Filho J, Ferreira LM, Veiga DF. Use of the BREAST-Q™ Survey in the Prospective Evaluation of

Reduction Mammoplasty Outcomes. *Aesthetic Plast Surg.* 2018; 42(2):388-395.

Cabral IV, Garcia ED, Sobrinho RN, Pinto NL, Juliano Y, Veiga-Filho J, Ferreira LM, Veiga DF. Increased Capacity for Work and Productivity After Breast Reduction. *Aesthet Surg J.* 2017 Jan;37(1):57-62.

Clayton JL, Bazakas A, Lee CN, Hultman CS, Halvorson EG. Once is not enough: withholding postoperative prophylactic antibiotics in prosthetic breast reconstruction is associated with an increased risk of infection. *Plast Reconstr Surg.* 2012;130:495-502.

Crawford CB, Clay JA, Seydel AS, Wernberg JA. Surgical Site Infections in Breast Surgery: The Use of Preoperative Antibiotics for Elective, Nonreconstructive Procedures. *Int J Breast Cancer.* 2016;2016:1645192.

Fonseca CC, Veiga DF, Garcia EDS, Cabral IV, de Carvalho MM, de Brito MJA, Ferreira LM. Breast Hypertrophy, Reduction Mammoplasty, and Body Image. *Aesthet Surg J.* 2018 Aug 16;38(9):972-979.

Franco T. Cirurgia estética da mama. In: Franco T, Franco D, Gonçalves LFF. *Princípios de cirurgia plástica.* São Paulo: Atheneu; 2002.p.671-697.

Freire M, Neto MS, Garcia EB, Quaresma MR, Ferreira LM. Quality of life after reduction mammoplasty. *Scand J Plast Reconstr Hand Surg.* 2004;38:1-5.

Freire M, Neto MS, Garcia EB, Quaresma MR, Ferreira LM. Functional capacity and postural pain outcomes after reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 2007;119: 1149-1158.

Garcia ES, Veiga DF, Sabino-Neto M, Beraldo Cardoso FN, Batista IO, Leme RM, Cabral IV, Novo NF, Ferreira LM. Sensitivity of the Nipple-Areola Complex and Sexual Function Following Reduction Mammoplasty. *Aesthet Surg J.* 2015 Sep;35(7):NP193-202.

Garcia ES, Veiga DF, Veiga-Filho J, Cabral IV, Pinto NL, Novo NF, Sabino Neto M, Ferreira LM. Antibiotic prophylaxis in reduction mammoplasty: study protocol for a

randomized controlled trial. *Trials*. 2016 Nov 30;17(1):567

Garcia ES, Veiga DF, Veiga-Filho J, Cabral IV, Pinto NLL, Novo NF, Sabino-Neto M, Ferreira LM. Postoperative Antibiotic Prophylaxis in Reduction Mammoplasty: A Randomized Controlled Trial. *Plast Reconstr Surg*. 2020 Jun;145(6):1022e-1028e.

Garcia ES, Veiga DF, Veiga Filho J, Pinto NLL, Cabral IV, Novo NF, Sabino Neto M, Ferreira LM. Postoperative antibiotic use in breast reduction: preliminary results of a randomized controlled trial. *J Womens Health*. 2017; 26:A54. doi: 10.1089/jwh.2017.29011.abstracts

Greco R, Noone B. Evidence-Based Medicine: Reduction Mammoplasty. *Plast Reconstr Surg*. 2017;139:230e-239e.

Guimarães PA, Resende VC, Sabino Neto M, Seito CL, de Brito MJ, Abla LE, Veiga DF, Ferreira LM. Sexuality in Aesthetic Breast Surgery. *Aesthetic Plast Surg*. 2015 Dec;39(6):993-999.

Hardwicke JT, Bechar J, Skillman JM. Are systemic antibiotics indicated in aesthetic breast surgery? A systematic review of the literature. *Plast Reconstr Surg*. 2013;131(6):1395-1403.

Hedrick TL, Smith PW, Gazoni LM, Sawyer RG. The appropriate use of antibiotics in surgery: a review of surgical infections. *Curr Probl Surg*. 2007;44:635– 675.

Horan TC, Gaynes RP, Martone WJ, Jarvis WR, Emori TG. CDC definitions of nosocomial surgical site infections 1992: a modification of CDC definitions of surgical wound infections. *Infect Control Hosp*. 1992;13:606 – 608.

ISAPS 2020. International Survey on Aesthetic/Cosmetic - Procedures Performed in 2019. Disponível em: <https://www.isaps.org/wp-content/uploads/2020/12/Global-Survey-2019.pdf> . Acesso em 21/12/2020.

Itani KMF, Dellinger EP, Mazuski J, Solomkin J, Allen G, Blanchard JC, Kelz R, Berríos-

Torres SI. Surgical Site Infection Research Opportunities. *Surg Infect (Larchmt)*. 2017;18(4):401-408.

Iwuagwu OC, Platt AJ, Drew PJ. Breast reduction in the UK and Ireland– current trends. *Ann R Coll Surg Engl*. 2006;88:585–588.

Junker T, Mujagic E, Hoffmann H, Rosenthal R, Misteli H, Zwahlen M, Oertli D, Tschudin-Sutter S, Widmer A, Marti W, Weber W. Prevention and control of surgical site infections: review of the Basel Cohort Study. *Swiss Med Wkly*. 2012; 4:142.

Kalliainen LK; ASPS Health Policy Committee. ASPS clinical practice guideline summary on reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg*. 2012;130:785-789.

Kerrigan CL, Slezak SS. Evidence-based medicine: reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg*. 2013; 132: 1670-83.

Kompatscher P, von Planta A, Spicher I, Seifert B, Vetter S, Minder J, Beer GM. Comparison of the incidence and predicted risk of early surgical site infections after breast reduction. *Aesthetic Plast Surg*. 2003;27:308–314.

Landes G, Harris PG, Lemaine V, Perreault I, Sampalis JS, Brutus JP, Lessard L, Dionyssopoulos A, Nikolis A. Prevention of surgical site infection and appropriateness of antibiotic prescribing habits in plastic surgery. *J Plast Reconstr Aesthetic Surg*. 2008;61:1347–1356.

Lewin R, Lewin R, Elander A, Thorarinsson A, Kölby L, Sahlin PE, Lundberg J, Panczel A, Lidén M. A randomized prospective study of prophylactic cloxacillin in breast reduction surgery. *Ann Plast Surg*. 2015;74:17-21.

Liu DZ, Dubbins JA, Louie O, Said HK, Neligan PC, Mathes DW. Duration of antibiotics after microsurgical breast reconstruction does not change surgical infection rate. *Plast Reconstr Surg*. 2012;129:362-367.

Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, Silver LC, Jarvis WR. Guideline for prevention of

surgical site infection. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 1999;20:247–278.

Ng D, Trivedi PM, Sharma AK, Banerjee D. Current use of antibiotic prophylaxis in breast surgery: a nationwide survey. *Breast.* 2007;16:68–72.

Nichols RL. Preventing surgical site infections: a surgeon's perspective. *Emerg Infect Dis.* 2001;7:220–224.

O'Grady KF, Thoma A, Dal Cin A. A comparison of complication rates in large and small inferior pedicle reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 2005;115:736–742.

Okoro SA, Barone C, Bohnenblust M, Wang HT. Breast reduction trend among plastic surgeons: a national survey. *Plast Reconstr Surg.* 2008;122:1312–1320.

Olsen MA, Chu-Ongsakul S, Brandt KE, Dietz JR, Mayfield J, Fraser VJ. Hospital-associated costs due to surgical site infection after breast surgery. *Arch Surg.* 2008;143:53–60.

Peled IJ, Dvir G, Berger J, Ramon I, Ullmann Y, Nachlieli T. Prophylactic antibiotics in aesthetic and reconstructive surgery. *Aesthetic Plast Surg.* 2000;24:299–302.

Perrotti JA, Castor SA, Perez PC, Zins JE. Antibiotic use in aesthetic surgery: a national survey and literature review. *Plast Reconstr Surg.* 2002;109:1685–1693.

Prudêncio RMA, Campos FSM, Loyola ABAT, Archangelo Junior I, Novo NF, Ferreira LM, Veiga DF. Antibiotic prophylaxis in breast cancer surgery. A randomized controlled trial. *Acta Cir Bras.* 2020 Sep 30;35(9):e202000907.

Rohrich RJ, Rios JL. The role of prophylactic antibiotics in plastic surgery: whom are we treating? *Plast Reconstr Surg.* 2003;112:617–618.

Sacchini V, Luini A, Tana S, Lozza L, Galimberti V, Merson M, Agresti R, Veronesi P, Greco M. Quantitative and qualitative cosmetic evaluation after conservative treatment for breast cancer. *Eur J Cancer.* 1991; 27:395-400.



Sajid MS, Hutson K, Akhter N, Kalra L, Rapisarda IF, Bonomi R. An Updated Meta-Analysis on the Effectiveness<sup>[1]</sup> of Preoperative Prophylactic Antibiotics in Patients Undergoing Breast Surgical Procedures. *Breast J.* 2012;18:312-317.

Schulz KF, Grimes DA. Allocation concealment in randomised trials: Defending against deciphering. *Lancet* 2002;359(9306):614–618.

Setälä L, Papp A, Joukainen S, Martikainen R, Berg L, Mustonen P, Härmä M. Obesity and complications in breast reduction surgery: are restrictions justified? *J Plast Reconstr Aesthetic Surg.* 2009;62:195–199.

Shortt R, Cooper MJ, MPhil FF, Bain J: Meta-analysis of antibiotic prophylaxis in breast reduction surgery. *Plast Surg* 2014;22(2):91-4.

Stevens WG, Gear AJ, Stoker DA, Hirsch EM, Cohen R, Spring M, Vath SD, Schantz SA, Heck RT. Outpatient reduction mammoplasty: an eleven-year experience. *Aesthetic Surg J.* 2008;28:171–179.

Throckmorton AD, Boughey JC, Boostrom SY, Holifield AC, Stobbs MM, Hoskin T, Baddour LM, Degnim AC. Postoperative prophylactic antibiotics and surgical site infection rates in breast surgery patients. *Ann Surg Oncol.* 2009;16:2464 –2469.

Veiga DF, Damasceno CA, Veiga-Filho J, Figueiras RG, Vieira RB, Florenzano FH, Juliano Y, Ferreira LM. Povidone iodine versus chlorhexidine in skin antiseptics before elective plastic surgery procedures: a randomized controlled trial. *Plast Reconstr Surg.* 2008;122:170e-171e.

Veiga DF, Damasceno CA, Veiga-Filho J, Figueiras RG, Vieira RB, Garcia ES, Silva VV, Novo NF, Ferreira LM. Randomized controlled trial of the effectiveness of chlorhexidine showers before elective plastic surgical procedures. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2009;30:77-79.

Veiga DF, da Silva Garcia E, Moreira-Filho JW, de Mattos Andrade EB, Juliano Y, Veiga-Filho J, Ferreira LM. Single dose versus 24 h antibiotic prophylaxis in reduction

mammoplasty: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2020 Jul 2;21(1):605.

Veiga-Filho J, Veiga DF, Sabino-Neto M, Amorim MC, Novo NF, Ferreira LM. The role of antibiotics in reduction mammoplasty. *Ann Plast Surg*. 2010;65:144-146.

Vieira LF, De Melo Neto AF, Schio MR, De Oliveira JA, Almeida CL, Ferraz AA. Controversies in Reduction Mammoplasty: Being A "Clean" Operation, Does It Mandate Antibiotic Prophylaxis? *Surg Infect (Larchmt)*. 2016;17(5):596-600.

#### **8. PUBLICAÇÕES RELACIONADAS A ESTE ESTUDO**

1. Veiga DF, da Silva Garcia E, Moreira-Filho JW, de Mattos Andrade EB, Juliano Y, Veiga-Filho J, Ferreira LM. Single dose versus 24 h antibiotic prophylaxis in reduction mammoplasty: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2020 Jul 2;21(1):605. doi: 10.1186/s13063-020-04539-0.
2. Garcia ES, Veiga DF, Veiga-Filho J, Cabral IV, Pinto NLL, Novo NF, Sabino-Neto M, Ferreira LM. Postoperative Antibiotic Prophylaxis in Reduction Mammoplasty: A Randomized Controlled Trial. *Plast Reconstr Surg*. 2020 Jun;145(6):1022e-1028e. doi: 10.1097/PRS.0000000000006809.
3. Veiga DF, da Silva Garcia E, Sabino-Neto M, Ferreira LM. Reply to Postoperative antibiotic prophylaxis in reduction mammoplasty: a randomized controlled trial. *Plast Reconstr Surg*. 2020 Nov 3. doi:10.1097/PRS.0000000000007532. Epub ahead of print.

## Apêndice 1. Autorização do Diretor Técnico do HCSL



### SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Eu, Daniela Francescato Veiga, pesquisadora responsável pelo projeto “ANTIBIOTICOPROFILAXIA EM DOSE ÚNICA OU POR 24 HORAS EM MAMOPLASTIAS REDUTORAS: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO”, solicito autorização para coleta de dados nas dependências do Hospital das Clínicas Samuel Libânio – HCSL, no Serviço de Cirurgia Plástica.

O projeto está sendo desenvolvido no Programa de Pós-graduação em Cirurgia Translacional da UNIFESP, em integração com a UNIVÁS. O projeto já foi analisado e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da UNIVÁS e da UNIFESP (pareceres nº 2.598.142 e nº 3.411.599, respectivamente).

Serão selecionadas e incluídas pacientes atendidas nos ambulatórios de Cirurgia Plástica do HCSL, com cirurgias já agendadas, independentemente da realização do projeto, pelo Sistema Único de Saúde.

Declaramos que as informações obtidas serão utilizadas exclusivamente para fins científicos e as participantes terão garantia do anonimato, obedecendo a Resolução nº 466/12.

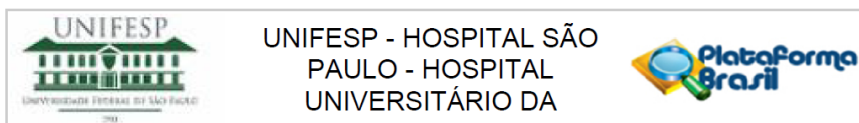
Daniela Francescato Veiga  
Pesquisadora

Autorizo coleta para o projeto de pesquisa supracitado junto a pacientes atendidas no Hospital das Clínicas Samuel Libânio.

Dr. Alan Nascimento Paiva  
Diretor Técnico  
HCSL / Pauso Alegre

Dr. Alan Nascimento Paiva  
Diretor Técnico  
Hospital das Clínicas Samuel Libânio

## Apêndice 2. Aprovação CEP da Unifesp



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ANTIBIOTICOPROFILAXIA EM DOSE ÚNICA OU POR 24 HORAS EM MAMOPLASTIAS REDUTORAS: ENSAIO CLÍNICO COM RANDOMIZAÇÃO

**Pesquisador:** Daniela Francescato Veiga

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 13220419.2.0000.5505

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP/EPM

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.411.599

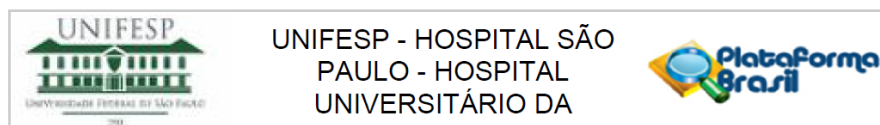
#### Apresentação do Projeto:

- Projeto CEP/UNIFESP n:0532/2019 (parecer final)

- Centro Coparticipante: FUNDAÇÃO DE ENSINO SUPERIOR DO VALE DO SAPUCAÍ; pesquisador responsável: Antonio Carlos Aguiar Brandão; CEP: Faculdade de Ciências Médicas DR. José Antônio Garcia Coutinho – FACIMPA;

- Trata-se de projeto de pós-doutorado de Daniela Francescato Veiga; Supervisora: Profa. Dra. Lydia Masako Ferreira; Projeto vinculado ao Departamento de Cirurgia, Campus São Paulo, Escola Paulista de Medicina, UNIFESP.

• • •



Continuação do Parecer: 3.411.599

Outros	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_2598142.pdf	19/03/2019 13:01:30	Daniela Francescato Veiga	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_diretor_HCSL.pdf	19/03/2019 13:00:45	Daniela Francescato Veiga	Aceito

#### Situação do Parecer:

Aprovado

#### Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 25 de Junho de 2019


Assinado por:  
Miguel Roberto Jorge  
(Coordenador(a))

STUDY PROTOCOL

Open Access



# Single dose versus 24 h antibiotic prophylaxis in reduction mammoplasty: study protocol for a randomized controlled trial

Daniela Francescato Veiga<sup>1,2\*</sup> , Edgard da Silva Garcia<sup>2</sup>, José Wilson Moreira-Filho<sup>2</sup>, Evelyne Borges de Mattos Andrade<sup>2</sup>, Yara Juliano<sup>3</sup>, Joel Veiga-Filho<sup>2</sup> and Lydia Masako Ferreira<sup>1</sup>

## Abstract

**Background:** Reduction mammoplasty is among the most commonly performed procedures in plastic surgery. Antibiotics are widely prescribed, on an empirical basis, to prevent surgical site infections. However, there is a lack of evidence to support its use. This trial aims to compare the influence of the use of prophylactic antibiotics as a single dose or for 24 h on surgical site infection rates following reduction mammoplasty.

**Methods:** Randomized trial of non-inferiority, with two parallel groups. A total of 146 breast hypertrophy patients, with reduction mammoplasty already scheduled, will be enrolled. Patients will be randomly allocated to the placebo group that will receive antibiotics only at the anesthesia induction ( $n = 73$ ) or to the antibiotics group that will receive antibiotics at the anesthesia induction and for 24 h ( $n = 73$ ). None of the patients will receive antibiotics after hospital discharge. Patients will be followed-up weekly, for 30 days, regarding surgical site infection. The Centers for Disease Control and Prevention criteria will be applied. A statistical analysis of the data will be performed.

**Discussion:** Previous studies have demonstrated a decrease in infection rates after reduction mammoplasty when antibiotic prophylaxis was used, compared to the use of no antibiotics. However, the duration of antibiotic prophylaxis remains a point to be clarified. This study will test the hypothesis that maintaining the use of antibiotics for 24 h does not reduce infection rates compared to the use of a single preoperative dose.

**Trial registration:** Clinicaltrials.gov [NCT04079686](https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT04079686). Registered on September 6, 2019.

**Keywords:** Plastic surgery, Mammoplasty, Anti-bacterial agents, Prophylaxis, Wound infection

\* Correspondence: [danielafrveiga@gmail.com](mailto:danielafrveiga@gmail.com)

<sup>1</sup>Translational Surgery Graduate Program, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brazil

<sup>2</sup>Division of Plastic Surgery, Department of Surgery, Universidade do Vale do Sapucaí, Pouso Alegre, Brazil

Full list of author information is available at the end of the article



© The Author(s). 2020 **Open Access** This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated in a credit line to the data.

## Administrative information

Note: the numbers in curly brackets in this protocol refer to SPIRIT checklist item numbers. The order of the items has been modified to group similar items (see <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/spirit-2013-statement-defining-standard-protocol-items-for-clinical-trials/>).

Title {1}	Single dose versus 24 h antibiotic prophylaxis in reduction mammoplasty: study protocol for a randomized controlled trial
Trial registration {2a and 2b}	Clinicaltrials.gov identifier: NCT04079686
Protocol version {3}	Version 2. June 25, 2019.
Funding {4}	This trial received grants from the Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq (grant 302239/2018-9).
Author details {5a}	Daniela Francescato Veiga, MD, PhD <sup>1,2</sup> - <a href="mailto:danielafrveiga@gmail.com">danielafrveiga@gmail.com</a> Edgard da Silva Garcia, MD, PhD <sup>2</sup> - <a href="mailto:edgard.garcia@uol.com.br">edgard.garcia@uol.com.br</a> José Wilson Moreira Filho, MD, MSc <sup>2</sup> - <a href="mailto:josemoreirafh@gmail.com">josemoreirafh@gmail.com</a> Evelyne Borges de Mattos Andrade, MD <sup>2</sup> - <a href="mailto:evelyne_andrade@hotmail.com">evelyne_andrade@hotmail.com</a> Yara Juliano, PhD <sup>3</sup> - <a href="mailto:yjuliano@prof.unisa.br">yjuliano@prof.unisa.br</a> Joel Veiga-Filho, MD, PhD <sup>2</sup> - <a href="mailto:veigafilhoj@gmail.com">veigafilhoj@gmail.com</a> Lydia Masako Ferreira, MD, PhD <sup>1</sup> - <a href="mailto:lydiamferreira@gmail.com">lydiamferreira@gmail.com</a> <sup>1</sup> From Translational Surgery Graduate Program, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brazil <sup>2</sup> From Division of Plastic Surgery, Department of Surgery, Universidade do Vale do Sapucaí, Pouso Alegre, Brazil <sup>3</sup> From Department of Bioestatics, Universidade Federal de São Paulo, and Universidade de Santo Amaro, São Paulo, Brazil Translational Surgery Graduate Program, Federal University of São Paulo, Rua Botucatu, 740, 2nd floor, Vila Clementino, São Paulo-SP, Brazil. CEP: 04023-062 Division of Plastic Surgery, Universidade do Vale do Sapucaí, Rua Comendador José Garcia, 777, Centro, Pouso Alegre-MG, Brazil. CEP: 37550-000
Name and contact information for the trial sponsor {5b}	Daniela Francescato Veiga Translational Surgery Graduate Program, Universidade Federal de São Paulo Rua Botucatu, 740 – 2nd Floor - Vila Clementino, São Paulo-SP E-mail: <a href="mailto:danielafrveiga@gmail.com">danielafrveiga@gmail.com</a> Phone number: 55-11-55764848 – Ext 3054
Role of sponsor {5c}	This trial is sponsored by the Translational Surgery Graduate Program - Universidade Federal de São Paulo, and it is coordinated by Prof. Daniela F. Veiga, as part of a research line. The trial received grants from the Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq (grant 302239/

## Administrative information (Continued)

2018-9). The coordinator and the research team are responsible for study design; collection, management, analysis, and interpretation of data; writing of the report; the decision to submit the report for publication, and they have ultimate authority over all of these activities. The funder has no authority over any of these activities.

## Introduction

### Background and rationale {6a}

Mammary hypertrophy is a frequent condition in women of different nationalities, and reduction mammoplasty is among the most commonly performed procedures in plastic surgery. According to the International Society of Aesthetic Plastic Surgery (ISAPS), in 2018, 534,294 reduction mammoplasties were performed worldwide, an increase of 8.5% compared with 2017 and 19.1% compared with 2014 [1]. Brazil is the country where this type of procedure is performed the most, with 98,900 reduction mammoplasties performed in 2018 [1]. Reduction mammoplasty has good long-term results, with a positive impact on different aspects of patient quality of life [2–7] and good cost-effectiveness [8].

The breast can be considered a surgical site that is clean or potentially contaminated [9, 10]. Reduction mammoplasty is generally classified as a clean surgery; however, infection rates are higher than those of other procedures in the same category [10–12]. Among the most frequent surgical complications of this procedure are healing disorders and surgical site infections (SSIs) [13, 14].

SSIs are defined as wound infections that occur following invasive surgical procedures [15–18]. They correspond to 14–16% of all nosocomial infections and are the most common among surgical patients [19].

The prevention of SSIs is extremely important due to the morbidity of SSIs, prolonged hospitalization times, and high costs [19–21]. Particularly in plastic surgery procedures, minimizing the risk of SSIs is imperative because even small infections are able to complicate the healing process and esthetic outcome [13, 14].

The use of antibiotics to prevent SSIs in plastic surgery is not clearly defined in the literature [12, 22, 23]. Nevertheless, antibiotic use has increased, especially in cosmetic procedures, in an effort to provide patients with higher safety standards [23, 24].

Authors have demonstrated a significant difference in SSI rates when antibiotic prophylaxis is used in reduction mammoplasties compared with the use of no antibiotic [13, 14, 25]. Shortt et al. performed a meta-analysis on antibiotic prophylaxis in reduction mammoplasty and found only three randomized clinical trials on the subject [11]. They observed a 75% reduction in SSIs

compared with the use of placebo or no antibiotics, concluding that antibiotic prophylaxis is effective in preventing the occurrence of infection after reduction mammoplasty. However, they also emphasized the scarcity of data and the need for randomized clinical trials to evaluate the use of antibiotic prophylaxis in the postoperative period of reduction mammoplasty [11].

In 2013, the American Board of Plastic Surgery published the available evidence for reduction mammoplasty [26]. They presented data compiled since 2007 relating to reduction mammoplasty performed in 6451 patients in the USA by 606 plastic surgeons. Specifically, regarding the use of antibiotics, they found that 71% of patients received intraoperative antibiotics and 56% received antibiotics for more than 24 h. The systematic review presented in this same article concluded that the data available until that time supported the use of a single dose of antibiotics before the surgical incision, but there was a low level of evidence, and they stressed the need for more randomized clinical trials on the subject [26].

In January 2017, the American Board of Plastic Surgery published an update of the evidence in reduction mammoplasty [27]. Data obtained from 1343 plastic surgeons who performed reduction mammoplasty in 2010 patients in the USA showed that 98% of surgeons use antibiotics in the pre- and intraoperative periods and 58.2% of them maintain the use of antibiotics in the postoperative period [27].

In August 2017, the CDC published an update of the guidelines for SSI prevention [17]. A systematic review of the literature was conducted seeking the best evidence to support this new guideline. Specifically regarding the prophylactic use of antibiotics, they found that there was strong evidence that supports the use of antibiotics before making a surgical incision and indicated that the use of antibiotics in the postoperative period was not necessary in clean or potentially contaminated surgeries, even when drains were used [17]. However, there is a lack of evidence on the advantages or disadvantages of using more than one dose of antibiotics [18, 22].

Furthermore, the CDC guidelines are related to SSIs in general [17]. There is a lack of high-quality evidence specifically regarding reduction mammoplasty to support the practice. Considering that an infection can harm the esthetic result, which is important in a reduction mammoplasty, in addition to increasing costs and morbidity, many surgeons prefer to use antibiotics for a prolonged time [9, 25, 28, 29].

Recently, our group performed a clinical trial in which patients subjected to reduction mammoplasty received intravenous antibiotics during anesthetic induction and for 24 h. At hospital discharge, they were randomly allocated to a group that received an antibiotic prescription for 7 days or to a placebo group that received antibiotics only for 24 h

after admission, and there was no significant difference between the groups, indicating that there is no need to maintain antibiotic administration over 24 h [30, 31]. However, as all the participants in both groups received antibiotics for 24 h, it was not clear if only one preoperative dose would suffice. The guidelines of the American Society of Plastic Surgeons (ASPS) for clinical practice in reduction mammoplasty also emphasized that although the administration of antibiotic prophylaxis decreases the infection rates after reduction mammoplasty, the lack of evidence does not allow a recommendation on the best timing of administration or the best duration of antibiotic use [22]. The present study will test the hypothesis that maintaining the use of antibiotics for 24 h does not reduce infection rates compared with the use of only one preoperative dose and may contribute evidence that may support clinical practice.

#### **Objectives {7}**

This trial aims to compare the influence of the use of prophylactic antibiotics as a single dose or for 24 h on surgical site infection rates following reduction mammoplasty.

#### **Trial design {8}**

A triple-blind (patients, surgical team, and outcome assessor) randomized non-inferiority clinical trial with two parallel groups with 1:1 allocation will be conducted.

#### **Methods: participants, interventions, and outcomes**

##### **Study setting {9}**

This study will be performed in a single center, promoted by the Translational Surgery Graduation Program—Universidade Federal de São Paulo and conducted at Samuel Libânio Clinics Hospital, a university hospital of the Universidade do Vale do Sapucaí located in Pouso Alegre, Minas Gerais, Brazil.

##### **Eligibility criteria {10}**

A total of 146 patients with breast hypertrophy who are candidates for reduction mammoplasty who have scheduled surgeries, who meet the eligibility criteria for the study, and who sign a free and informed consent form will be consecutively selected at the outpatient clinics of Plastic Surgery at the Samuel Libânio Clinical Hospital. The following eligibility criteria will be considered:

**Inclusion criteria**—women aged between 18 and 60 years, those with a body mass index between 19 and 30 kg/m<sup>2</sup>, those with symptomatic breast hypertrophy, and those with a reduction mammoplasty already scheduled.

**Exclusion criteria**—previous restorative or esthetic procedure in the breasts, diagnosis of breast disease, smokers or those who had stopped smoking less than 1 month prior, parturition or lactation within the past

year, comorbidities that constitute contraindications for the surgical procedure, patients who do not return to one of the weekly visits to evaluate the surgical wound, early surgical complications that require reintervention (e.g., hematoma), patients who receive antibiotic prescriptions for other reasons (infections of other body parts) during the follow-up period, or patients who withdraw their consent at any stage of the study.

#### **Who will take informed consent? {26a}**

After the reduction mammoplasty is scheduled, one of the team surgeons will check whether the patient meets the eligibility criteria for the study. Those who meet the criteria will be informed about the study and invited to participate. Only those who agree to participate will be included after signing a free and informed consent form.

#### **Additional consent provisions for collection and use of participant data and biological specimens {26b}**

This is not applicable as no participant data or biological specimens will be used in ancillary studies.

#### **Interventions**

##### ***Explanation for the choice of comparators {6b}***

Other authors demonstrated a significant difference in SSI rates when antibiotic prophylaxis is used in reduction mammoplasties compared with the use of no antibiotic [13, 14, 25]. In a previous study, patients undergoing reduction mammoplasty received intravenous antibiotics during anesthetic induction and for 24 h. At hospital discharge, they were randomly allocated to a group that received antibiotic prescription for 7 days or to a placebo group that received antibiotics only 24 h after admission, and there was no significant difference between the groups, indicating that there is no need to maintain antibiotic over 24 h [30, 31]. However, as all the participants in both groups received antibiotics for 24 h, it was not clear if only one preoperative dose would suffice. To try to clarify this issue, the current study will compare the effect of the use of antibiotics for 24 h with the use of only one preoperative dose on the infection rates after reduction mammoplasty.

##### ***Intervention description {11a}***

All patients will undergo reduction mammoplasty at the Hospital Surgical Center of the Universidade do Vale do Sapucaí (University of Vale do Sapucaí). The surgeries will be performed under general anesthesia by the same surgical team led by a single surgeon. The conventional technique will be used with the resultant scar in an inverted “T” and a flap with superomedial pedicle for ascending the areola-papillary complex.

Patients will be hospitalized on the evening prior to the surgery and, before being taken to the operating

room, will be instructed to take a shower with a 4% chlorhexidine solution [32]. Asepsis of the operating field will be achieved with a 0.5% alcohol solution of chlorhexidine [33].

All patients will receive 1 g of cefazolin via an intravenous route during the induction of anesthesia. At the end of the surgery, in the operating room, an envelope will be opened to determine the allocation of the patient to one of the two groups. Patients in the placebo group ( $n = 73$ ) will be prescribed 100 ml of 0.9% sodium chloride every 6 h via the intravenous route, and for patients in the antibiotic group ( $n = 73$ ), 1 g of cefazolin diluted in 100 ml of the same solution will be administered intravenously every 6 h during the hospitalization period. All patients will have to be discharged after 24 h.

##### ***Criteria for discontinuing or modifying allocated interventions {11b}***

Patients who present adverse reactions to the use of antibiotics will have their administration immediately interrupted and will be monitored weekly for the occurrence of SSIs, according to the study protocol. Antibiotic therapy will be promptly instituted for patients who present SSIs during the follow-up period. Patients who have an early surgical complication (e.g., bruises) who require reintervention during the first 24 h will be excluded and may receive antibiotics at the discretion of the surgical team. Patients who receive antibiotics for other reasons (e.g., urinary or pulmonary infection) during the follow-up period will also be excluded from the study.

##### ***Strategies to improve adherence to interventions {11c}***

A member of the surgical team will hold personal sessions with patients to emphasize the importance of adhering to medical recommendations. These sessions will be performed on the evening prior to the surgery, when the incisions are planned (markings with a pen on the skin), and at each weekly postoperative appointment. These sessions will include the following:

- Repeat the recommendations for postoperative care, and after asking if the patient has any questions, ask her to repeat the recommendations in her own words.
- Emphasize the importance of performing surgical wound care, wearing a bra, and avoiding physical activities.
- Ask about the possible occurrence of events that could constitute a criterion for exclusion from the study (e.g., use of antibiotics for other reasons).



**Relevant concomitant care permitted or prohibited during the trial {11d}**

Patients will be discharged after 24 h with prescription of analgesics (1 g of dipyron orally every 6 h in case of pain). They will be instructed to wash the surgical wounds daily with soap and water in the shower and keep them dry and clean. They will also be instructed to return for weekly follow-up appointments, to wear a postoperative bra, to avoid physical activities, and not to use medications not prescribed by the surgical team during the 30 days of postoperative follow-up. Patients who need antibiotic therapy for other reasons (infections of other body parts) during the follow-up period will be excluded.

**Provisions for post-trial care {30}**

Patients will continue to be seen and followed up at the outpatient clinics of Plastic Surgery at the Samuel Libânio Clinical Hospital, free of charge, even after the end of the follow-up period.

**Outcomes {12}**

The primary outcome is the occurrence of SSIs. The CDC considers SSIs that appear to be related to the surgical procedure if they occur up to 30 days after surgery in cases in which implants were not used or if they occur up to 1 year after surgery in cases in which implants were used [15].

To assess the occurrence of SSIs, patients will be evaluated once a week during the first 30 postoperative

days because implants will not be used. The evaluation will be performed by a single surgeon who is a senior member of the surgical team with extensive experience in mammary surgeries and who will not know the allocation of the patients. This surgeon will use the criteria and classifications of the CDC for SSIs [15] and will dichotomize the outcome as the occurrence of an SSI (Yes/No). When there is an SSI, the same surgeon will classify the occurrence as a superficial incisional SSI, a deep incisional SSI, or an organ/space SSI, according to the CDC criteria [15].

**Participant timeline {13}**

Figure 1 presents the time schedule of enrolment, interventions, and assessments for the participants of the trial.

**Sample size {14}**

The sample size was calculated with a test power of 80%, single-tailed, with a significance level of 5%. To compare two proportions, the results of the meta-analysis published by Shortt et al., who found a 10% SSI rate when only preoperatively administered antibiotics [11], and the results of the clinical trial of Garcia et al., who observed a global SSI rate of 0.8% when antibiotics were administered preoperatively and maintained for 24 h [31], were considered. The calculation resulted in 73 patients per group.

TIMEPOINT	STUDY PERIOD				
	Enrolment	Allocation	Post-allocation		Close-out
	Aug 2019 – Nov 2021	Sept 2019 – Dec 2021	Sept 2019 – Dec 2021	Sept 2019 – Jan 2022	Jan 2022
<b>ENROLMENT:</b>					
Eligibility screen	X				
Informed consent	X				
Reduction mammoplasty		X			
Allocation		X			
<b>INTERVENTIONS:</b>					
Placebo administration			X		
Antibiotics administration			X		
<b>ASSESSMENTS:</b>					
SSI assessment			X	X	X

**Fig. 1** Time schedule of enrolment, interventions, and assessments for the participants of the trial

**Recruitment {15}**

Patients will be selected at the outpatient clinics of Plastic Surgery at the Samuel Libânio Clinical Hospital among those patients who already have a reduction mammoplasty scheduled by the Unified Public Health System (Sistema Único de Saúde—SUS). Because breast hypertrophy is a frequent condition and reduction mammoplasty will be performed by the SUS at no cost to the patients, the demand for this surgery is high; therefore, there is no expectation of difficulty in recruiting patients for this research.

**Assignment of interventions: allocation****Sequence generation {16a}**

Patients will be allocated to the placebo or antibiotic groups at a ratio of 1:1 based on a random sequence generated by the program Bioestat 5.3 (Mamirauá Institute, Brazil).

**Concealment mechanism {16b}**

Allocation confidentiality will be maintained by the use of sequentially numbered opaque sealed envelopes prepared and stored by the surgeon who generated the sequence. The envelope will be opened after the end of the procedure always by a member of the surgical team (who did not generate the sequence, prepare the envelopes, or perform the evaluation of the outcome), and this member will make the postoperative prescription of cefazolin or saline solution, as previously described. The prescription will be made electronically by means of a password that can only be accessed by the nursing team in the sector where the patients will be hospitalized.

**Implementation {16c}**

The generation of the allocation sequence will be performed by a single member of the surgical team who will not participate in the recruitment of patients or evaluation of the outcome. The numbered envelopes will be prepared and kept by this surgeon during the study. At the end of the surgical procedure, the envelope will be opened by another member of the surgical team who will make the prescription of a placebo or antibiotic according to the given allocation.

**Assignment of interventions: blinding****Who will be blinded {17a}**

The patients, the surgeons responsible for the recruitment, the surgical team, the surgeon performing the weekly outcome evaluation (SSI), and the biostatistician who will analyze the data will be blinded to the allocation of patients to the groups. A single surgeon who will prescribe the antibiotic or placebo will know the allocation. This surgeon will not participate in the recruitment or evaluation of the outcome.

The prescription will only be accessible by the nursing team in the sector where the patients will be admitted. The nursing team will receive training to prepare the solution for both groups in identical flasks with 100 ml of saline solution, which will be identified for administration only as “study solution,” in addition to the patient data, according to the hospital protocol.

**Procedure for unblinding if needed {17b}**

Patients who present with adverse drug reactions within 24 h of hospitalization will have the confidentiality of the allocation broken. The prescription will be made available to the attending physician for clarification and immediate institution of appropriate therapy.

**Data collection and management****Plans for assessment and collection of outcomes {18a}**

The researchers will collect demographic and clinical data from each patient in a standardized form at the time of inclusion in the study. In this same form, data regarding the surgery such as surgical time, resected mammary tissue weight, and eventual complications will be recorded. Weekly data on the occurrence of SSIs will also be collected with a standardized form.

**Plans to promote participant retention and complete follow-up {18b}**

Interventions will be performed during hospitalization, which will facilitate retention. At hospital discharge, the importance of following the care recommended by the medical team and attending weekly visits for follow-up will be emphasized (the patient will receive a card with the date, time, and location of each of the four postoperative visits planned). On the evening prior to each weekly appointment, the patient will be contacted by phone to be reminded.

**Data management {19}**

All data collected during the study will be tabulated in a single spreadsheet to maintain allocation blinding and confidentiality. At the end of the study, after the last included patient undergoes surgery and the follow-up period is completed, the allocation group of each patient will be revealed, and separate worksheets will be prepared for the placebo and antibiotic groups. These spreadsheets will be sent for statistical analysis with groups designated as A and B to maintain the blinding of the biostatistics.

**Confidentiality {27}**

All personal information of the participants will be kept in files protected by passwords with limited access. These files will be named by using the protocol number of each patient. In the spreadsheets that will be

subjected to statistical analysis, the patients will also be identified only by their protocol numbers.

**Plans for collection, laboratory evaluation, and storage of biological specimens for genetic or molecular analysis in this trial/future use {33}**

This is not applicable as no biological specimens were collected as part of this trial.

**Statistical methods**

**Statistical methods for primary and secondary outcomes {20a}**

The analysis will be performed with the program Bioestat, version 5.3 (Mamirauá Institute, Brazil), and the level of rejection of the null hypothesis will be set at 5%. For the numerical variables, descriptive statistics will be used, with calculations of the median, mean, and standard deviation. The Mann-Whitney test will be used to compare the groups regarding age, BMI, duration of the surgical procedure, and weight of resected breast tissue.

The chi-square test or Fisher's exact test will be used to compare the groups with respect to the occurrence of SSIs.

**Interim analyses {21b}**

As the patients in both groups will be monitored weekly and antibiotic therapy will be immediately instituted in case of infection diagnosis, no interim analysis is planned in this study.

**Methods for additional analyses (e.g., subgroup analyses) {20b}**

Patients in each group will be stratified by age, BMI, duration of surgery, and weight of resected breast tissue (subdivided as below or above the median). The chi-square test or Fisher's exact test will be used to compare the subgroups with respect to the occurrence of SSIs.

**Methods in analysis to handle protocol non-adherence and any statistical methods to handle missing data {20c}**

Data analysis will be performed based on the original allocation of all patients, as defined by the randomization, regardless of the degree of adherence to the protocol (intention-to-treat principle). With regard to the missing data, the quantity, patterns, and variables associated with the omission will define the most appropriate technique to be used in the processing of these data. For primary analyses, methods that make use of all available data, such as multiple imputations, will be used.

**Plans to give access to the full protocol, participant-level data, and statistical code {31c}**

Access to the full protocol and partial data sheet can be obtained from the principal investigator upon reasonable request.

**Oversight and monitoring**

**Composition of the coordinating center and trial steering committee {5d}**

The Coordinating Center is the Postgraduate Program in Translational Surgery of the Federal University of São Paulo. The Steering Committee is composed of two plastic surgeons, senior researchers at the Coordinating Center, one of whom is also linked to the University of Vale do Sapucaí, where data from the study will be collected. The Steering Committee will be responsible for the coordination and supervision of all stages of the study.

**Composition of the data monitoring committee, its role and reporting structure {21a}**

Given that this is a non-inferiority study that involves interventions based on the literature and widely used in clinical practice, the establishment of a data monitoring committee was considered unnecessary.

**Adverse event reporting and harms {22}**

In addition to the weekly medical consultations during the first 30 postoperative days, all patients will be instructed to contact a member of the surgical team (the patients will be told at least one member of the team at the hospital) if they have any problems related to surgery. They will also be instructed to contact this individual if they have any clinical complications, even if unrelated to surgery, that require medical evaluation.

**Frequency and plans for auditing trial conduct {23}**

This is not applicable as external trial conduct audits are not planned for this trial.

**Plans for communicating important protocol amendments to relevant parties (e.g., trial participants, ethical committees) {25}**

Any relevant modifications of the protocol, including changes in the study objectives, study design, eligibility criteria, interventions, or significant administrative aspects, among others, will require a formal alteration of the protocol. This type of modification will be agreed upon by the researchers and submitted to the approval of the Research Ethics Committee prior to its implementation.

**Dissemination plans {31a}**

After completion, the full study will be published according to CONSORT 2010. The results should be presented at plastic surgery conferences for dissemination among physicians who work in the area. Patients will also be informed of the end of the study and will have access to the main results.

## Discussion

Reduction mammoplasty was the eighth most commonly performed plastic surgery in the world in 2018 [1]. Scarring problems are common in reduction mammoplasty and range from minor problems such as marginal skin necrosis, often seen at the junction of the inverted “T” incision, to important infections that require surgical reintervention [23]. Many surgeons prefer to administer antibiotics, believing that this will reduce the incidence of these problems [25].

Although it is generally considered a clean surgery, reduction mammoplasty has higher infection rates than other procedures in the same category [11, 14, 34]. SSIs, along with healing problems, are among the most common postoperative complications of reduction mammoplasty [11, 13, 31].

The risk factors and preventive measures for SSIs have not been well studied for ethical or logistical reasons. In a literature review, Junker et al. observed the time at which antibiotic prophylaxis was administered and the occurrence of intraoperative perforation of the gloves as factors that significantly influenced the occurrence of SSIs. Other evaluated factors, such as anemia, blood transfusion, and the surgeon’s experience, did not significantly influence the occurrence of SSIs [19].

The use of antibiotic prophylaxis in mammary surgeries is controversial in the literature. Although there are authors who prefer not to use antibiotics [34], studies and reviews have shown benefits in the administration of prophylactic antibiotics, especially before the surgical incision is made [13, 14, 19, 22, 25–27, 35].

Specifically, regarding reduction mammoplasty, Ahmadi et al., Veiga-Filho et al., and Vieira et al. demonstrated a reduction of SSI rates after reduction mammoplasties when antibiotic prophylaxis was used compared with the use of no antibiotic [13, 14, 25]. However, the duration of antibiotic prophylaxis remains to be clarified [11, 12, 22].

Many surgeons opt to maintain the use of antibiotics in the postoperative period. Data from the American Board of Plastic Surgery showed that more than half of the investigated North American plastic surgeons maintained the use of antibiotics for more than 24 h after reduction mammoplasty [26, 27].

A clinical trial recently completed by our group did not find a significant difference in the SSI rates after reduction mammoplasties when antibiotics were used for 24 h or for 7 days postoperatively [31]. However, as all the participants in both groups received antibiotics for 24 h, it was not clear if only one preoperative dose would suffice. The results of the present study may clarify this issue and provide evidence to support clinical practice.

## Trial status

Protocol version 2 (June 25, 2019). This trial is recruiting. The first patient was randomized in August 2019. By March 2020, 52 patients had undergone reduction mammoplasty. Three of these patients had SSI, diagnosed on the second postoperative week. All of them had undergone appropriate antibiotic therapy, with complete remission of the condition. Recruitment is expected to be completed by November 2021.

## Abbreviations

BMI: Body mass index; CDC: Centers for Disease Control and Prevention; SSI: Surgical site infection

## Acknowledgements

This study was partially granted by the Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico—CNPq.

## Authors’ contributions (31b)

DFV designed the study, elaborated the manuscript, and coordinated the study. ESG participated in the surgical procedures, patient follow-up, and critical revision of the manuscript. JWMF and EBMA are involved in the surgical procedures and patient monitoring. YJ participated in the analysis and interpretation of data. JVF participated in the data analysis and critical review. LMF participated in the study design and supervised the study. All authors contributed to the development of the study protocol, and they have all read and approved the final version of the manuscript.

## Authors’ information

Not applicable.

## Funding (4)

This trial received grants from the Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico—CNPq (grant 302,239/2018-9). The funder had no role in the design of the study; in the collection, analysis, and interpretation of data; and in the writing of the manuscript.

## Availability of data and materials (29)

The datasets used and/or analyzed during the current study are available from the corresponding author on reasonable request.

## Ethics approval and consent to participate (24)

This protocol was approved by the Research Ethics Committee of the University of São Paulo (Protocol # 3.411.599; CAAE #13220419.2.0000.5505). All the participants will receive the relevant information regarding the study, in an understandable way. Patients will have the opportunity to ask questions, and only those who provide their consent, by signing a consent form at the time of recruitment, will be enrolled.

## Consent for publication (32)

Not applicable as this paper does not contain any individual person’s data in any form.

## Competing interests (28)

The authors declare that they have no competing interests.

## Author details

<sup>1</sup>Translational Surgery Graduate Program, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brazil. <sup>2</sup>Division of Plastic Surgery, Department of Surgery, Universidade do Vale do Sapucaí, Pouso Alegre, Brazil. <sup>3</sup>Department of Biostatistics, Universidade Federal de São Paulo, and Universidade de Santo Amaro, São Paulo, Brazil.

Received: 13 April 2020 Accepted: 19 June 2020

Published online: 02 July 2020

## References

- ISAPS. International Survey on Aesthetic/Cosmetic - Procedures Performed in 2018. <https://www.isaps.org/wp-content/uploads/2019/12/ISAPS-Global-Survey-Results-2018-new.pdf>. Accessed 12 Feb 2020.
- Freire M, Neto MS, Garcia EB, Quaresma MR, Ferreira LM. Quality of life after reduction mammoplasty. *Scand J Plast Reconstr Hand Surg.* 2004;38:1–5.
- Guimarães PA, Resende VC, Sabino Neto M, Seito CL, de Brito MJ, Abila LE, Veiga DF, Ferreira LM. Sexuality in aesthetic breast surgery. *Aesthet Plast Surg.* 2015;39(6):993–9.
- Beraldo FN, Veiga DF, Veiga-Filho J, Garcia ES, Vilas-Bôas GS, Juliano Y, Sabino-Neto M, Ferreira LM. Sexual function and depression outcomes among breast hypertrophy patients undergoing reduction mammoplasty: a randomized controlled trial. *Ann Plast Surg.* 2016;76(4):379–82.
- Cabral IV, Garcia ED, Sobrinho RN, Pinto NL, Juliano Y, Veiga-Filho J, Ferreira LM, Veiga DF. Increased capacity for work and productivity after breast reduction. *Aesthet Surg J.* 2017;37(1):57–62.
- Cabral IV, da Silva GE, Sobrinho RN, Pinto NLL, Juliano Y, Veiga-Filho J, Ferreira LM, Veiga DF. Use of the BREAST-Q™ survey in the prospective evaluation of reduction mammoplasty outcomes. *Aesthet Plast Surg.* 2018; 42(2):388–95.
- Fonseca CC, Veiga DF, Garcia EDS, Cabral IV, de Carvalho MM, de Brito MJA, Ferreira LM. Breast hypertrophy, reduction mammoplasty, and body image. *Aesthet Surg J.* 2018;38(9):972–9.
- Araújo CD, Veiga DF, Hochman BS, Abila LE, Oliveira AC, Novo NF, Veiga-Filho J, Ferreira LM. Cost-utility of reduction mammoplasty assessed for the Brazilian public health system. *Aesthet Surg J.* 2014;34(8):1198–204.
- Bartsich S, Ascherman JA, Whittier S, Yao CA, Rohde C. The breast: a clean-contaminated surgical site. *Aesthet Surg J.* 2011;31:802–6.
- Zapata-Copete J, Aguilera-Mosquera S, García-Perdomo HA. Antibiotic prophylaxis in breast reduction surgery: a systematic review and meta-analysis. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2017;70(12):1689–95.
- Shorrt R, Cooper MJ, MPhil FF, Bain J. Meta-analysis of antibiotic prophylaxis in breast reduction surgery. *Plast Surg.* 2014;22(2):91–4.
- Crawford CB, Clay JA, Seydel AS, Wernberg JA. Surgical site infections in breast surgery: the use of preoperative antibiotics for elective, Nonreconstructive Procedures. *Int J Breast Cancer.* 2016;2016:1645192.
- Veiga-Filho J, Veiga DF, Sabino-Neto M, Amorim MC, Novo NF, Ferreira LM. The role of antibiotics in reduction mammoplasty. *Ann Plast Surg.* 2010;65:144–6.
- Vieira LF, De Melo Neto AF, Schio MR, De Oliveira JA, Almeida CL, Ferraz AA. Controversies in reduction mammoplasty: being a “clean” operation, does it mandate antibiotic prophylaxis? *Surg Infect.* 2016;17(5):596–600.
- Horan TC, Gaynes RP, Martone WJ, Jarvis WR, Emori TG. CDC definitions of nosocomial surgical site infections 1992: a modification of CDC definitions of surgical wound infections. *Infect Control Hosp.* 1992;13:606–8.
- Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, Silver LC, Jarvis WR. Guideline for prevention of surgical site infection. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 1999;20:247–78.
- Berrios-Torres SI, et al., for the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. Centers for Disease Control and Prevention guideline for the prevention of surgical site infection, 2017. *JAMA Surg* 2017;152:784–791.
- Itani KMF, Dellinger EP, Mazuski J, Solomkin J, Allen G, Blanchard JC, Kelz R, Berrios-Torres SI. Surgical site infection research opportunities. *Surg Infect.* 2017;18(4):401–8.
- Junker T, Mujagic E, Hoffmann H, Rosenthal R, Misteli H, Zwahlen M, Oertli D, Tschudin-Sutter S, Widmer A, Marti W, Weber W. Prevention and control of surgical site infections: review of the Basel Cohort Study. *Swiss Med Wkly.* 2012;142:w13616.
- Landes G, Harris PG, Lemaine V, Perreault I, Sampalis JS, Brutus JP, Lessard L, Dionyssopoulos A, Nikolis A. Prevention of surgical site infection and appropriateness of antibiotic prescribing habits in plastic surgery. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2008;61(11):1347–56.
- Throckmorton AD, Boughey JC, Boostrom SY, Holifield AC, Stobbs MM, Hoskin T, Baddour LM, Degnim AC. Postoperative prophylactic antibiotics and surgical site infection rates in breast surgery patients. *Ann Surg Oncol.* 2009;16:2464–9.
- Kalliainen LK, ASPS Health Policy Committee. ASPS clinical practice guideline summary on reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 2012;130:785–9.
- Liu DZ, Dubbins JA, Louie O, Said HK, Neligan PC, Mathes DW. Duration of antibiotics after microsurgical breast reconstruction does not change surgical infection rate. *Plast Reconstr Surg.* 2012;129:362–7.
- Sajid MS, Hutson K, Akhter N, Kalra L, Rapisarda IF, Bonomi R. An updated meta-analysis on the effectiveness of preoperative prophylactic antibiotics in patients undergoing breast surgical procedures. *Breast J.* 2012;18:312–7.
- Ahmadi AH, Cohen BE, Shayani P. A prospective study of antibiotic efficacy in preventing infection in reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 2005;116:126–31.
- Kerrigan CL, Slezak SS. Evidence-based medicine: reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 2013;132:1670–83.
- Greco R, Noone B. Evidence-based medicine: reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 2017;139:230e–9e.
- Hardwicke JT, Bechar J, Skillman JM. Are systemic antibiotics indicated in aesthetic breast surgery? A systematic review of the literature. *Plast Reconstr Surg.* 2013;131(6):1395–403.
- Lewin R, Lewin R, Elander A, Thorarinsson A, Kölyb L, Sahlin PE, Lundberg J, Panczel A, Lidén M. A randomized prospective study of prophylactic cloxacillin in breast reduction surgery. *Ann Plast Surg.* 2015;74:17–21.
- Garcia ES, Veiga DF, Veiga-Filho J, Cabral IV, Pinto NL, Novo NF, Sabino Neto M, Ferreira LM. Antibiotic prophylaxis in reduction mammoplasty: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials.* 2016;17(1):567.
- Garcia ES, Veiga DF, Veiga-Filho J, Cabral IV, Pinto NLL, Novo NF, Sabino-Neto M, Ferreira LM. Postoperative antibiotic prophylaxis in reduction mammoplasty: a randomized controlled trial. *Plast Reconstr Surg.* 2020. Jun; 145(6):1022e–8e.
- Veiga DF, Damasceno CA, Veiga-Filho J, Figueiras RG, Vieira RB, Garcia ES, Silva VV, Novo NF, Ferreira LM. Randomized controlled trial of the effectiveness of chlorhexidine showers before elective plastic surgical procedures. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2009;30:77–9.
- Veiga DF, Damasceno CA, Veiga-Filho J, Figueiras RG, Vieira RB, Florenzano FH, Juliano Y, Ferreira LM. Povidone iodine versus chlorhexidine in skin antisepsis before elective plastic surgery procedures: a randomized controlled trial. *Plast Reconstr Surg.* 2008;122:170e–1e.
- Boccaro D, Couteau C, Chaouat M, Mimoun M, Serror K. Antibiotic prophylaxis in breast reduction surgery: a different approach. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2018;71(3):435–6.
- Clayton JL, Bazakas A, Lee CN, Hultman CS, Halvorson EG. Once is not enough: withholding postoperative prophylactic antibiotics in prosthetic breast reconstruction is associated with an increased risk of infection. *Plast Reconstr Surg.* 2012;130:495–502.

### Publisher's Note

Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

**Ready to submit your research? Choose BMC and benefit from:**

- fast, convenient online submission
- thorough peer review by experienced researchers in your field
- rapid publication on acceptance
- support for research data, including large and complex data types
- gold Open Access which fosters wider collaboration and increased citations
- maximum visibility for your research: over 100M website views per year

At BMC, research is always in progress.

Learn more [biomedcentral.com/submissions](https://biomedcentral.com/submissions)

