

Objectif : A partir d'un événement qui est signalé par un établissement de santé, **apprendre et faire partager les connaissances** concernant les circonstances de survenue et la prise en charge de l'épisode par les différents partenaires, **pour éviter la survenue d'événements comparables**. Une référence bibliographique illustre la démarche. Un retour d'expérience est un partage d'expérience : ce n'est ni un référentiel ni une conduite à tenir.

TITRE

Cas groupés d'endophtalmies post injection intravitréenne

MOTS CLES

Cas groupés, endophtalmie, injection intravitréenne (IVT)

CCLIN SUD-OUEST

Période de survenue : 2012

POINT D'INFORMATION - Message clé

La prévention de l'endophtalmie post-IVT repose sur le respect des bonnes pratiques de préparation cutanéomuqueuse oculaire : 4 temps, utilisation d'un antiseptique efficace.

CONTEXTE

✘ Description chronologique de l'événement

Survenue en 8 jours de 4 cas d'endophtalmies post injection intravitréenne de Lucentis® (délai de survenue entre 3 et 10 jours selon les patients). Les IVT ont été réalisées dans une salle dédiée en ISO 7. Deux patients étaient atteints d'œdème maculaire diabétique ; deux patients étaient atteints de DMLA, dont un ayant déjà bénéficié d'IVT de Lucentis® trois ans auparavant. Aucun micro-organisme n'a été identifié. L'évolution clinique des 4 cas a été favorable.

✘ Investigations

- Analyse des dossiers des patients
- Observation des conditions et pratiques d'IVT par l'EOH
- Rencontre de l'équipe clinique et analyse clinique

✘ Hypothèse et mécanisme de transmission

Origine endogène probable avec défaillances dans les pratiques de préparation cutanéomuqueuse oculaire, sans qu'une origine exogène puisse être écartée.

✘ Événements similaires

Un cas isolé d'endophtalmie à *Staphylococcus epidermidis* après une IVT d'Avastin® a été rapporté par le CCLIN Sud-Est avec également comme hypothèse des défaillances dans la préparation cutanéomuqueuse oculaire (associée à la préparation de l'Avastin®).

L'incidence des endophtalmies post-IVT varie de 0,02 à 0,2 % dans la littérature. Le non respect des mesures d'asepsie serait responsable de la majorité des cas d'endophtalmie post-IVT.

✘ Circonstances et causes immédiates

- Défaut de préparation cutanéomuqueuse avant l'IVT chez 3 patients sur 4 identifiés comme « allergiques à l'iode » :
 - absence de déterision
 - recours à un antiseptique chloré de faible concentration (0,06 %)
 - antiseptique n'imprégnant pas totalement les paupières, les cils et sourcils
 - absence d'instillation conjonctivale
- Désinfection du bouchon du flacon de Lucentis® non systématiquement réalisée avec des compresses imprégnées d'antiseptique alcoolique
- Hygiène des mains avant la préparation du matériel non optimale
- Préparation du matériel et des compresses imprégnées à l'avance exposant à une contamination

✘ Causes latentes

- Défaut d'information des professionnels sur l'absence de réactivité croisée entre les produits de contraste et les antiseptiques iodés
- Charge en soins importante : 24 patients sur une plage de 4 heures avec une seule salle d'intervention
- Absence de protocole de réalisation d'une IVT
- Sous-estimation du risque infectieux par l'équipe

Facteurs	Observations	Axe d'amélioration
Etablissement de santé		
Patient	2 patients diabétiques Antécédents d'infection pour un patient	Formation des professionnels sur la différenciation à faire entre allergie avec un produit de contraste et antiseptique cutané iodé
	Notion d'allergie à l'iode pour 3 cas suite à l'injection antérieure de produit de contraste	
Professionnel / Equipe	Sous-estimation du risque infectieux	Resensibilisation de l'équipe par l'EOH
Tâches	Préparation oculaire et péri-oculaire non conforme aux bonnes pratiques (détersion incomplète, absence de séchage, antiseptie incomplète)	Rappel des bonnes pratiques de préparation cutanée dans le cadre de gestes invasifs de type IVT
	Hygiène des mains non optimale avant la préparation du matériel	Rappel des bonnes pratiques par l'EOH et réévaluation à distance
	Désinfection du bouchon du flacon de Lucentis® insuffisante	Rappel des bonnes pratiques de gestion des médicaments
Procédures Organisation	Charge en soins importante Préparation du matériel et des compresses du patient suivant alors que le patient précédent est encore en salle	Modification de l'organisation des soins
	Absence de protocole de réalisation d'une IVT	Elaboration et diffusion d'un protocole
Interrégion – National		
Interface CCLIN - établissement de santé	- Aide à l'investigation - Documentation	

✘ Commentaires sur la prise en charge de l'évènement

Prise en charge thérapeutique immédiate des cas par l'équipe d'ophtalmologie
Investigation et observations des pratiques par l'EOH en lien avec l'équipe clinique
Signalement interne et externe rapides

REFERENCES

- ✘ AFSSaPS. Bonnes pratiques d'injection intravitréenne. Janvier 2011. http://ansm.sante.fr/Bonnes_pratiques_d'injection_intravitréenne.pdf
- ✘ B. Bodaghi. Recommandations et bonnes pratiques : injections intravitréennes. Réflexions ophtalmologiques 2011 ; 16 (144) : 11-12
- ✘ REX CCLIN Sud-Est. Endophtalmie à *Staphylococcus epidermidis* post-injection intravitréenne d'Avastin®. http://www.cclin-arlin.fr/GDR/Rex/Rex_Avastin.pdf
- ✘ Kim S et coll. Reducing the risk of endophthalmitis after intravitreal injection. *Jama ophthalmol.* May 2013; 131 (5) : 674-675
- ✘ Sarda V et coll. Injection intravitréenne : complications et réalisation. *Images en Ophtalmologie* 2008; 2 (1) : 29-34

Commentaires à adresser à : Dr AG Venier anne-gaelle.venier@chu-bordeaux.fr