

Actualités en antibiothérapie en 2013*

Rapporteurs : Marine Gutzwiller, Arnaud Sauer - CHU Strasbourg

Introduction

De par l'augmentation des résistances et le peu de renouvellement au sein des molécules disponibles, le bon usage des antibiotiques constitue une véritable problématique de santé publique. L'ophtalmologiste, en tant que prescripteur de traitements antibiotiques locaux et généraux, est acteur dans ce processus de sélection. Ainsi, l'ANSM (ancienne AFSSAPS) a émis des recommandations en matière d'antibiothérapie topique et d'antibioprophylaxie chirurgicale.

■ Utilisation des antibiotiques en pratique de ville

(Professeur I. Cochereau)

Le Professeur Cochereau nous a exposé des cas de pratique quotidienne afin de faire une mise au point sur les recommandations en antibiothérapie.

En voici les principaux messages :

- Une conjonctivite bactérienne banale ne nécessite pas de traitement antibiotique sauf en cas de critère de gravité. Dans ce cas, n'importe quel antibiotique topique sera efficace, les concentrations atteintes sur la surface oculaire étant bien supérieures à la concentration minimale inhibitrice. Cependant, les fluoroquinolones seront à éviter en première intention de façon à préserver leur efficacité pour des cas plus sévères.

- Le traitement de la kératite supposée d'origine bactérienne repose, bien sûr, sur une antibiothérapie. Cette dernière associera volontiers une fluoroquinolone et un aminoside. Il ne faudra pas hésiter à adresser en milieu hospitalier, un abcès cornéen sévère ou résistant à 48 heures d'antibiothérapie.

- Le trachome, maladie cécitante des pays en voie de développement, est traité simplement par antibiotiques topiques, classiquement de l'azythromycine.

- Le traitement de première intention de la blépharite ne doit pas reposer sur l'antibiothérapie mais sur les soins de paupières associés aux larmes artificielles. En seconde intention, un traitement antibiotique par azythromycine collyre ou cyclines per os, pourra être prescrit à visée anti-inflammatoire anti-staphylococcique (action sur la lipase bactérienne).

- Le chalazion n'étant pas d'origine infectieuse, son traitement est basé sur la corticothérapie locale en association avec les soins de paupières.

- Un orgelet simple ne nécessite pas non plus d'antibiothérapie car il s'agit d'un furoncle dont le traitement de première intention repose sur l'ablation du cil responsable.

- La dacryocystite, quant à elle, doit être traitée par antibiotiques (Amoxicilline per os et collyres antibiotiques).

- Les indications du traitement d'un foyer chorioretinien de toxoplasmose se sont élargies depuis l'utilisation, en association avec la Pyrimétamine, de l'Azythromycine. Cette dernière, est beaucoup mieux tolérée que la Sulfadiazine, pouvant être responsable

d'aplasie et de réactions d'hypersensibilité.

Ces situations cliniques nous rappellent qu'il faut rester vigilant quant à l'usage des antibiotiques qui, « utilisés à tort deviennent moins fort », mais « utilisés à bon escient, restent efficaces ».

■ Actualités dans la prise en charge des infections pédiatriques

(Professeur D. Brémond-Gignac)

L'infectiologie ophtalmologique de l'enfant est une entité qu'il faut distinguer de celle de l'adulte de par la spécificité des germes, la gravité de certaines infections, et le peu d'antibiotiques autorisés sur le marché.

Le Professeur Brémond-Gignac nous a rappelé les recommandations de l'AFSSAPS de 2011 concernant l'antibioprophylaxie conjonctivale néonatale. Face à l'émergence des résistances aux antibiotiques, il devenait nécessaire de limiter au maximum les indications de l'antibioprophylaxie des maladies vénériennes chez le nouveau-né. Celle-ci est maintenant recommandée uniquement en cas de facteur de risque d'infections sexuellement transmissibles chez les parents.

Les conjonctivites bactériennes sont extrêmement fréquentes chez l'enfant. Ainsi, 51% des antibiotiques locaux sont prescrits chez des enfants de moins de 9 ans. L'antibiothérapie est généralement prescrite de façon empirique, sans prélèvement microbiologique.

L'arsenal thérapeutique utilisé chez l'enfant comprend peu de nouvelles

* Symposium Satellite Théa JRO - Février 2013

molécules. On peut dénombrer les classes suivantes : aminosides (tobramycine, gentamycine), azalides ou macrolides (azythromycine), polypeptides (bacitracine), quinolones (ciprofloxacine, ofloxacine), rifamycine. Lors de la mise sur le marché de nouveaux antibiotiques, très peu d'études sont réalisées chez l'enfant en raison de leur coût et leur difficulté d'élaboration. De nombreux antibiotiques sont donc prescrits sans AMM pédiatrique.

Le Professeur Brémond-Gignac nous a également mis en garde sur l'importance des prélèvements bactériologiques en cas de conjonctive purulente sévère résistante au traitement. En effet, il est crucial de ne pas passer à côté d'une infection gonococcique, en raison de ses implications médico-légales. De même, une conjonctive traînante, pouvant mimer une conjonctivite allergique, peut s'avérer résulter d'une infection à Chlamydia.

■ Antibioprophylaxie dans la chirurgie de la cataracte

(Dr Catí Albou Ganen)

La chirurgie de la cataracte représente plus de 600 000 patients en France chaque année.

En Europe, le taux d'endophtalmie dans la chirurgie de la cataracte en l'absence de prophylaxie est de 0.2 à 0.38%. Les bactéries à gram positif représentent plus de 80% des agents responsables d'endophtalmie.

Les facteurs influençant la survenue d'une endophtalmie sont multiples: conditions chirurgicales, protocoles d'asepsie et antibioprophylaxie, résistances aux antibiotiques. En France, 61% des chirurgiens réalisent une injection d'antibiotique en chambre antérieure en fin d'intervention.

Le Docteur C. Albou Ganen nous a rappelé les recommandations de l'AFSSAPS de

2011 en matière d'antibioprophylaxie dans la chirurgie de la cataracte. En voici les principaux messages.

- Aucun traitement antibiotique topique n'est utile en pré-opératoire.
- L'injection intracaméculaire de céfuroxime est recommandée en fin d'intervention.
- En cas d'allergie aux céphalosporines, une antibioprophylaxie par Lévofloxacine per os (la veille au soir et le matin de l'intervention) sera prescrite.

- Les topiques à base de fluoroquinolones doivent être réservés aux infections sévères et ne pas être prescrits dans le cadre d'une antibioprophylaxie (recommandation AFSSAPS 2004).

L'étude de 2007 de l'ESCRS (Endophthalmitis Study Group J Cataract Refract Surgery), étude randomisée sur plus de 16 000 patients, a démontré que l'absence d'antibioprophylaxie par injection intracaméculaire de céfuroxime constituait un facteur de risque d'endophtalmie dans la chirurgie de la cataracte (risque multiplié par 5). Le modèle Suédois confirme aussi l'intérêt de l'antibioprophylaxie intracaméculaire avec un recul de 10 ans. Les études concernant la tolérance de la Céfuroxime à la concentration recommandée de 1mg/0,1 ml n'ont pas retrouvé de toxicité rétinienne, notamment par rapport au risque d'œdème maculaire.

A l'heure actuelle, la seule spécialité de céfuroxime destinée à l'injection intracaméculaire ayant une AMM est commercialisée par les Laboratoires Théa sous le nom d'Aprokam®. La présentation facilite la reconstitution avec du NaCl du produit dans des conditions d'asepsie maximales, conférant au produit simplicité, sécurité et traçabilité.

■ Prise en charge des endophtalmies

(Pr Laurant Kodjikian)

L'endophtalmie est une complication rare mais grave de la chirurgie à globe ouvert. Elle ne tolère aucun retard de

prise en charge. Ainsi, l'information du patient par écrit sur les signes d'alerte, ainsi qu'un contrôle précoce dans les 7 jours sont fondamentaux.

Les signes d'alerte reposent sur la triade baisse d'acuité visuelle (95%), douleur (75%), rougeur (80%).

Le Pr Kodjikian a insisté sur les bases de la prise en charge de l'endophtalmie en développant les points suivants. La prise en charge doit être rapide avec réalisation d'injections intravitréennes de deux antibiotiques dans les 2 heures suivant l'arrivée à l'hôpital, cela après la réalisation de prélèvements microbiologiques. Une bi-antibiothérapie générale et locale devra être initiée. La corticothérapie revêt une importance toute particulière, il faudra l'initier dès que possible. Enfin, la réalisation d'une vitrectomie devra être discutée chaque jour. La déclaration au CLIN de chaque cas d'endophtalmie est obligatoire.

L'étude EVS a évalué l'intérêt de la vitrectomie dans le traitement de l'endophtalmie. Si l'acuité visuelle à l'admission est réduite à la perception lumineuse, la vitrectomie doit être réalisée d'emblée. Si elle est supérieure à la perception de la lumière, l'indication de vitrectomie sera réévaluée à 48-72 heures en fonction de l'évolution. En l'absence d'amélioration, il faudra, en plus du traitement antibiotique local et général, refaire les injections intravitréennes, associées aux prélèvements microbiologiques si nécessaire. Actuellement certains auteurs suivent une stratégie plus invasive en proposant systématiquement une vitrectomie, malgré les risques qu'elle comporte.

L'étude « Post cataract acute endophthalmitis in France » de 2009 rapporte les données de l'observatoire national des endophtalmies (ONDE). Les trois quarts des cas d'endophtalmies surviennent dans la première semaine postopératoire. Les prélèvements microbiologiques ont une rentabilité de 47% : cette dernière étant supérieure pour le prélèvement vitréen qui permet d'identifier un germe dans 58 % des cas contre

36% pour la ponction de chambre antérieure. Le protocole d'injection intra-vitréenne repose sur l'administration de 1mg de vancomycine et de 2mg de ceftazidime, dans deux seringes différentes pour éviter la formation d'un précipité.

Le choix des antibiotiques injectés lors d'une éventuelle deuxième séance d'IVT sera guidé par les résultats de l'antibiogramme. Ainsi, devant un cocci gram positif, la ceftazidime pourra généralement être remplacée par de l'amikacine. L'antibiothérapie systémique choisie doit avoir une bonne pénétrance oculaire. Elle est basée sur une fluoroquinolone per os pendant 6 semaines (Lévofloxacine 500 mg 1 fois par jour), associée la première semaine à l'Impénem-cilastatine (3-4 fois par jour) en intra-veineux. La réponse inflammatoire étant néfaste pour le tissu rétinien, elle devra être contrôlée dès que possible par l'instauration d'un trai-

tement corticoïde. En cas d'infection peu sévère, il sera administré en intravitréen dès la première séance d'IVT. Pour les cas les plus sévères, il sera administré en sous conjonctival d'emblée, puis en intravitréen lors de la deuxième séance d'IVT. Le traitement topique classique associe la dexaméthasone à un antibiotique.

L'échographie est indispensable dans le bilan de l'endophtalmie notamment pour évaluer l'indication de la vitrectomie. Elle permet d'éliminer un décollement de rétine ou de la choroïde, de mesurer l'épaisseur choroïdienne, de rechercher un décollement postérieur du vitré, des tractions vitréennes. L'étude de l'ONDE recense également les complications de l'endophtalmie (19%) : décollement de rétine, phtyose, membrane épirétinienne, ablation de l'implant intra-oculaire, œdème de cornée chronique.

Pour conclure, il faut retenir que le diagnostic précoce de l'endophtalmie repose sur l'information du patient et le suivi précoce. Le traitement préventif, basé sur des mesures d'asepsie strictes et des protocoles d'antibioprophylaxie, reste capital.

En conclusion

Le bon usage des antibiotiques est une obligation qui s'impose à tout praticien. Les recommandations en en antibio-prophylaxie et en antibiothérapie dans le domaine de l'ophtalmologie existent et doivent être appliquées afin de limiter la sélection de souche bactérienne résistante. ■

Liens d'intérêts : aucun