

Endophtalmie

Le terme d'endophtalmie bactérienne est réservé à tout processus inflammatoire d'origine infectieuse, atteignant les couches internes pariétales endosclérales et les cavités oculaires : chambre antérieure, chambre postérieure et surtout corps vitré. Il s'agit de la complication la plus grave en ophtalmologie, elle est rare mais éventuellement cécitante.

L'infection potentielle du site opératoire est la résultante des facteurs suivants :

- facteur microbiologique (taille de l'inoculum, facteurs de virulence des bactéries avec, en particulier, capacités d'adhésion et de formation de biofilms, sensibilité aux antibiotiques) ;
- facteur inhérent au traumatisme chirurgical, à l'introduction d'un corps étranger, le matériel prothétique ;
- facteur inhérent au patient (état immunitaire général et local, état nutritionnel (diabète, obésité), insuffisance respiratoire...) ;
- facteur périopératoire prophylactique (antibiotique, contrôle de l'environnement).

La fréquence de l'endophtalmie est estimée actuellement à 0,32% des chirurgies réglées de la cataracte¹. La prévalence de l'endophtalmie post-injection intra-vitréenne (IVT) est estimée à 0,2% par injection et 0,5% par oeil².

Les principaux écarts retrouvés dans les 11 signalements 2016-2018 en Nouvelle-Aquitaine (5 post IVT avec 7 cas, 3 post cataracte, 2 post greffe, 1 post ablation de silicone) :

1. L'absence d'antibioprophylaxie en présence d'allergie aux B-lactamines. L'allergie est à prendre en compte dès la consultation pré-opératoire avec une prescription de Lévofloxacine *per os* 500 mg : 1 cp 12h avant l'intervention et 1 cp entre 2 et 4h avant l'intervention.
2. Un défaut de préparation du site opératoire et en particulier en présence d'une supposée « allergie à l'iode ». Cette notion fautive reste encore répandue et à l'origine d'une préparation cutanée dégradée et d'une perte de chance pour le patient.
3. Un manque d'information aux patients sur les signes cliniques d'alerte et les personnes à contacter. Un retard à la prise en charge de l'infection accroît le risque de séquelles visuelles.
4. Le manque d'anticipation du matériel nécessaire à l'intervention, générant des sorties de salle fréquentes.

Les principales mesures correctives mises en place dans les ES :

1. Rappel aux prescripteurs des recommandations de la [SFAR](#).
2. Rappel sur l'« allergie à l'iode » et sur les procédures de préparation cutanée ([lire l'article du CRPV de Nantes](#)).
3. Information sur les signes cliniques et les personnes à contacter en s'assurant à chaque injection que le patient est toujours en possession des documents. Lors d'injections séquentielles intraoculaires, il est important de rappeler à chaque fois les consignes de sécurité aux patients (voir fiche [IVT](#) de la Société Française d'Ophtalmologie).
4. Etablir la liste des matériels nécessaires pour l'intervention en cas de nouvelle technique opératoire.

Une enquête menée par les CPIAS Grand-Est, Île de France et Occitanie sur les pratiques en chirurgie de la cataracte met en évidence des axes d'amélioration complémentaires, les résultats sont disponibles sur le lien [Resultats chirurgie cataracte](#)

¹ Endophtalmies post opératoires Anne CARRICAJO 17^{ème} JNI Lille juin 2016

² Risks of intravitreal injection: a comprehensive review Jager RD Retina 2004 oct 24(5) :676-98