Revues générales

Les recommandations de bonne pratique pour les injections intravitréennes

RÉSUMÉ : L'endophtalmie post-IVT est la complication la plus redoutée des praticiens. Une actualisation des bonnes pratiques des IVT par la Société française d'ophtalmologie (SFO) et la Société française d'hygiène hospitalière (SF2H) a été publiée en 2020.
En pré-IVT, une antibioprophylaxie par voie locale ou générale n'est pas indiquée.
En per-IVT, la détersion initiale avant la réalisation d'une antisepsie sur une peau sans souillure n'est plus nécessaire. Un temps de contact conjonctival de 90 secondes au moins est nécessaire avec la povidone iodée 5 % en irrigation.
En post-IVT, il n'est pas recommandé d'instiller des antibiotiques par voie locale.

M. SROUR
Grand Paris Ophtalmologie,
NOISY-LE-GRAND ;
Service d'Ophtalmologie, CHI de CRÉTEIL.

Les injections intravitréennes (IVT) ont révolutionné la prise en charge de nombreuses pathologies rétiniennes. En 2016, on dénombrait 800 000 injections/mois en France. Les résultats des analyses de pharmacovigilance portant sur des populations très importantes confirment l'excellente tolérance de cette voie d'administration.

Bien qu'il s'agisse d'un geste courant, et même si elles sont rares, il existe des complications graves en rapport avec les IVT. Une étude française [1] basée sur des données du SNIIRAM (Système d'information inter-régimes de l'Assurance Maladie) montre qu'il y a 3 fois plus d'endophtalmie après injection de corticostéroïdes qu'avec les anti-VEGF, et que le système anti-VEGF prérempli diminue le risque d'endophtalmie.

L'endophtalmie est la complication la plus redoutée des praticiens. Le seul véritable challenge avec cette voie d'administration est de continuer à réduire ce risque par les recommandations de bonnes pratiques [2].

Concernant les recommandations avant toute IVT

Il convient d'informer le patient des bénéfices et des risques potentiels liés à la procédure et au médicament administré. Une fiche explicative SFO doit être remise au patient avec signature d'un consentement.

Il ne faut pas de maquillage le jour de l'injection et veiller à éliminer une éventuelle infection oculaire avant le geste.

Une antibioprophylaxie par voie locale ou générale n'est pas indiquée. Le débat de l'intérêt d'une antibioprophylaxie n'est pas récent, un avis d'experts concluait déjà à leur inutilité en 2012 [3]. En effet, une antibioprophylaxie doit agir à concentration efficace dans le foyer opératoire, or ce n'est pas le cas de l'antibiothérapie topique. L'antibioprophylaxie topique ne peut agir qu'en réduisant la flore bactérienne de la surface oculaire, ce qui est réalisé de manière efficace par la povidone iodée.

POINTS **FORTS**

- Le système anti-VEGF prérempli diminue le risque d'endophtalmie.
- Absence de collyres antibiotiques pré- et post-IVT.
- Les injections bilatérales sont possibles le même jour.
- Absence de détersion cutanée initiale.

Certaines études et notamment une méta-analyse [4] montrent que le risque d'endophtalmie après IVT est 1,7 fois plus important avec antibiotiques que sans (p = 0,02). Concernant les IVT bilatérales, les injections des deux yeux peuvent être réalisées le même jour, quel que soit le produit injecté, en renouvelant pour chaque œil la totalité du matériel utilisé et pour le médecin les gants stériles.

Fig. 1.

Fig. 2.

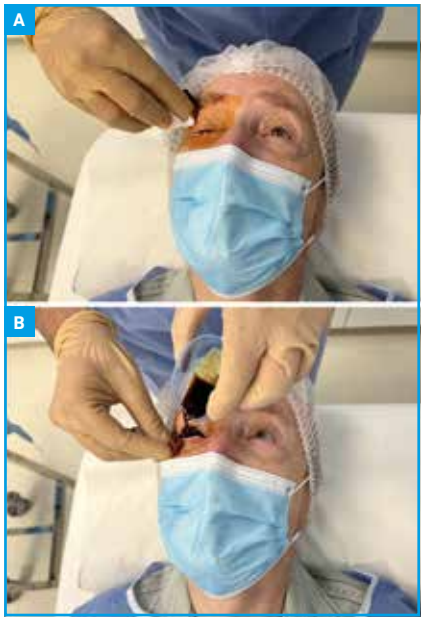

Fig. 3.

Concernant le lieu d'IVT

L'IVT peut être réalisée dans un établissement de santé ou dans un cabinet médical avec présence d'un chariot d'urgence à proximité. Il faut respecter les règles suivantes : une salle propre, non encombrée, bien éclairée, entretenue, sans particules volantes (***fig. 1***).

Une désinfection humide doit être effectuée avant le début de chaque séance d'injection. De même, il est impératif de maintenir les fenêtres et portes fermées durant la procédure en veillant à l'absence de turbulences. À noter que les systèmes de climatisation bien entretenus peuvent être utilisés mais pas en direction du patient.

Préparation de l'opérateur et du patient

Dans la salle d'IVT, le patient doit revêtir une charlotte. Le port d'une surblouse à usage unique non stérile n'est pas obligatoire mais préconisé. Pour le praticien comme pour son assistant(e), il conviendra toujours de porter une tenue à usage unique stérile ou non, une charlotte et un masque (***fig. 2***). Le médecin devra bien évidement veiller à un lavage chirurgical des mains soigneux et au port de gants stériles.

Concernant la réalisation de l'IVT

Nouveauté importante, la détersion initiale avant la réalisation d'une antisepsie sur une peau sans souillure n'est plus nécessaire. L'antisepsie de la peau périoculaire, des cils et des paupières par une solution ophtalmique de povidone iodée à 5 % et l'irrigation par povidone iodée ophtalmique à 5 % sur la conjonctive demeurent obligatoires (***fig. 3***).

Revues générales

Fig. 4.

Fig. 5.

L'irrigation peut être pré-instillée durant la désinfection de la peau pour permettre d'atteindre le temps de contact de 2 minutes recommandé. La préférence est de laisser un temps total de contact conjonctival de 90 secondes au moins. À noter qu'en cas d'intolérance cutanée sévère prouvée et non contrôlable, l'hypochlorite de sodium en solution aqueuse à 0,06 % sera utilisé.

On s'efforcera de conserver le blépharostat ou tout système limitant les risques de contact entre l'aiguille et le bord libre de la paupière ou des cils.

L'IVT sera réalisée à 3,5-4 mm du limbe, en évitant le méridien horizontal, avec une insertion perpendiculaire à la sclère jusqu'à la garde (***fig. 4***). À la fin de l'IVT, il est nécessaire de rincer abondamment avec une solution de NaCl à 0,9 % stérile jusqu'à disparition de la coloration de l'antiseptique (***fig. 5***).

Il convient de s'assurer que le patient voit bouger la main (VBLM) et que la traçabilité des produits et dispositifs médicaux est inscrite dans le dossier du patient.

En post-IVT

Il n'est pas recommandé d'instiller des antibiotiques par voie locale.

Conclusion

Le respect des bonnes pratiques vise essentiellement à faire diminuer le risque infectieux. Les points forts de cette mise à jour sont les suivants : absence de collyres antibiotiques pré- et post-IVT, injections bilatérales possibles le même jour et absence de détersion cutanée initiale.

BIBLIOGRAPHIE

1. Baudin F, Benzenine E, Mariet AS *et al.* Association of acute endophthalmitis with intravitreal injections of corticosteroids or anti-vascular growth factor agents in a nationwide study in France. *JAMA Ophthalmol*, 2018;136:1352-1358.
2. Cohen SY, Kodjikian L, Devin F *et al.* Avis d'experts : actualisation des bonnes pratiques des injections intravitréennes. Recommandations de la Société française d'ophtalmologie et de la Société française d'hygiène hospitalière. Salomon Yves Cohen. *J Fr Ophtalmol*, 2020;43:59-62.
3. Cochereau I, Korobelnik JF, Bodaghi B. Prévention de l'endophtalmie post-injection intravitréenne : l'antibioprophylaxie a-t-elle sa place ? *J Fr Ophtalmol*, 2013;36:72-75.
4. Bande MF, Mansilla R, Pata MP *et al.* Intravitreal injections of anti-VEGF agents and antibiotic prophylaxis for endophthalmitis: A systematic review and meta-analysis. *Sci Rep*, 2017;7:18088.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de liens d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.