



Recommandations de la

## Antibioprophylaxie en endoscopie digestive Janvier 1998

<p><b>Le Risque infectieux</b></p> <p>Endoscopie oesogastroduodenale Dilatations et Prothèses oesophagiennes Sclérose de Varices oesophagiennes Gastrostomie per endoscopique Coloscopie Cholangiopancréatographie rétrograde (CPRE)</p>	<p><b>Indications</b></p> <p>Valvopathies et antécédants d'endocardite bactérienne</p> <p>Selon le geste endoscopique</p> <p>Sclérose de varices oesophagienne Gastrostomie endoscopique Coloscopie CPRE</p>
--	--

Définir un programme d'antibioprophylaxie revient à définir les risques infectieux, c'est-à-dire leur fréquence, le type de micro-organisme impliqué, le tout en fonction du type de geste endoscopique réalisé et de la population soumise au risque (1). L'antibioprophylaxie pourrait donc être indiquée lorsque le risque infectieux est élevé et, s'il ne l'est pas, lorsque la survenue d'une infection serait catastrophique pour le malade.

### LE RISQUE INFECTIEUX

#### a. L'endoscopie oesogastroduodénale

Les résultats cumulés d'une dizaine d'études effectuées entre 1971 et 1989 et permettant de regrouper plus de 800 patients mettent en évidence une fréquence de bactériémies variant de 0 à 15 %, la moyenne se situant aux environs de 4,5 % (2). La pratique de biopsies ne semble pas augmenter ce risque (3). Les seules observations de complications infectieuses rapportées dans la littérature sont une septicémie chez un patient immunodéprimé (4) et une endocardite chez un sujet présentant une insuffisance mitrale (5).

#### b. Dilatation et mise en place d'endoprothèses oesophagiennes

Les dilatations des sténoses oesophagiennes, qu'elles soient de nature bénigne ou maligne, ainsi que la mise en place d'endoprothèses s'accompagnent d'un taux important de bactériémies puisqu'il est d'environ 45 % (2). De plus, la stérilisation du matériel de dilatation ne diminue pas de façon significative la fréquence des décharges bactériennes (6,7). Il est probable que l'immunodépression secondaire à la dénutrition, très fréquente chez ce type de malade, joue un rôle prépondérant. Cependant, les accidents infectieux secondaires sont rarement rapportés dans la littérature. Les deux cas signalés d'endocardite bactérienne après dilatation sont survenus sur des patients présentant l'un une insuffisance mitrale (8) et l'autre un prolapsus de la valve mitrale (9).

#### c. Sclérothérapie des varices oesophagiennes

L'apparition d'une fièvre après sclérothérapie ne s'accompagne pas systématiquement d'une bactériémie (10). Les données de la littérature sont assez contradictoires puisque les chiffres varient de 5 à 53 % avec une moyenne de 20 % sur un cumul de 289 patients (2). Il semblerait que ces résultats si disparates soient liés à plusieurs facteurs dont la longueur de l'aiguille, la quantité de produit injecté, le lieu d'injection. Une étude contrôlée (11), montre que si la sclérothérapie n'augmente pas significativement le nombre de bactériémies chez le cirrhotique, le taux cumulé d'infections est beaucoup plus important dans le groupe de patients bénéficiant d'un traitement par sclérose (16,5%) notamment en période hémorragique (12). Les complications infectieuses les plus souvent rencontrées sont l'infection d'ascite (13) et la septicémie (14). On a également décrit la survenue de méningites bactériennes et d'abcès du cerveau.

#### d. Gastrostomie per endoscopique

Une infection péristomale survient dans environ 30 % des cas. La plupart des germes responsables (*Streptocoque viridans*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus mirabilis*) sont sensibles aux céphalosporines

#### e. La coloscopie

Les décharges bactériémiques après une coloscopie semblent exceptionnelles puisque, sur un cumul de 12 études regroupant plus de 500 patients, leur taux moyen est de 2,2 % (17). Par ailleurs, il n'y a pas de corrélation avec la réalisation de biopsies ou l'exérèse de polypes (18). De plus, la longueur du segment colique examiné n'intervient pas. Bien que rares, il est important de signaler les accidents infectieux car les cas rapportés le sont toujours sur des terrains particuliers : 4 cas de septicémies, 3 chez des patients présentant une atteinte inflammatoire du côlon (maladie de Crohn, rectocolite hémorragique) et 1 chez un patient souffrant de sigmoïdite diverticulaire (19,20). Récemment, on a décrit la survenue d'une péritonite chez un hémodialysé (21).

#### f. La cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE)

La fréquence des bactériémies est estimée selon les études entre 0 et 48 %, avec une moyenne de 20,8 % sur un total de 478 malades (2). Il est cependant difficile de comparer les différentes données de la littérature du fait de leur étalement dans le temps. En effet, à l'heure actuelle, les indications de la CPRE sont presque exclusivement du type interventionnel avec, de ce fait, plus de risques de voir survenir une décharge bactériémique et expliquant des chiffres relativement élevés. On peut considérer un risque de bactériémie aux environs de 6,5 % si l'examen ne révèle pas d'anomalie morphologique des voies biliaires et pancréatiques (2). La principale complication infectieuse survenant au décours d'une CPRE est l'angiocholite. En 1976, sur une série de 10 000 examens (22), la fréquence de survenue était estimée aux alentours de 0,8 % avec une mortalité de 0,1 %. Ce chiffre est à pondérer, car, en cas d'obstacle sur les voies biliaires, le risque peut s'élever à 30 % en l'absence de drainage rapide, avec un tableau infectieux en général grave (23). Par ailleurs, il a été rapporté des cas d'angiocholite due au *Pseudomonas* très certainement d'origine nosocomiale (24). Le deuxième accident infectieux rencontré est la pancréatite septique compliquée ou non d'abcès pancréatique (22). Elle est heureusement plus rare actuellement du fait de l'évolution des indications de la CPRE.

### INDICATIONS DE L'ANTIBIOPROPHYLAXIE

#### a. Valvulopathies et antécédents d'endocardite bactérienne

Il est communément admis que l'antibioprophylaxie doit être systématique en cas de réalisation d'une endoscopie digestive et ce quel que soit le type d'examen effectué. L'Association Américaine des Maladies Cardiaques et la Société Française de Cardiologie la préconisent en cas de prothèse valvulaire, de malformations congénitales, d'anomalies valvulaires acquises, d'antécédent d'endocardite bactérienne et de prolapsus de la valve mitrale avec insuffisance (25).

Il est recommandé: l'administration d'ampicilline 2g. IM ou IV, associée à de la gentamicine 1,5 mg/kg, 1 heure avant l'examen et éventuellement répété 8 heures plus tard. D'autres préconisent l'administration per os de 3g d'amoxicilline 1 heure avant et 1,5g 6 heures après. En cas d'allergie à la pénicilline on peut utiliser la vancomicine 1 g IV associée à la gentamicine 1,5 mg/kg, 1 heure avant et parfois 8 heures après (25).

#### b. Autres cas

L'indication d'une éventuelle antibioprophylaxie sera fonction d'une part du geste endoscopique et d'autre part du terrain sur lequel il doit être réalisé.

#### **La sclérose des varices oesophagiennes**

L'administration de 1,5g de céfuroxime I-V diminue de manière significative la fréquence des bactériémies, que celles-ci préexistent ou non à l'acte endoscopique lui-même (26). Il peut donc être utile de réaliser ce type de prophylaxie dans les cas de sclérose en période hémorragique où l'incidence des bactériémies est plus élevée (12).

#### **La gastrostomie per endoscopique**

Bien que la nécessité d'une antibioprophylaxie ne soit pas admise par tous (15), cette dernière semble diminuer de manière significative le nombre d'infections péristomales à la condition d'utiliser des céphalosporines comme la céphazoline Ig IV 30 minutes avant l'examen (16).

#### **La coloscopie**

Nous avons vu que les bactériémies étaient rares mais que des accidents infectieux survenaient dans certaines circonstances (20,21,22). Il pourrait donc sembler logique, bien qu'aucune étude ne l'ait démontré, d'appliquer une antibioprophylaxie chez les patients immunodéprimés ou présentant une atteinte inflammatoire sévère colique.

#### **La cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique**

L'antibioprophylaxie systématique est inutile comme le montre clairement une étude contrôlée (27). Il faut cependant nuancer ce propos quand on suspecte un obstacle sur les voies biliaires. Les complications nosocomiales à *Pseudomonas* ne devraient plus survenir avec l'optimisation des procédures de désinfection,

évitant ainsi l'utilisation d'imipénème en antibioprofylaxie (28). Les schémas d'antibioprofylaxie devront tenir compte de la nature de l'obstacle biliaire et de l'efficacité du drainage. On peut ainsi proposer l'utilisation de céfotaxime 2g IV, 15 mn avant l'examen (29) ou de ciprofloxacine 200 mg IV (30).

 [Accueil](#)

 [Bibliothèque](#)

 [Internet](#)

 [Spécialités](#)

 [Pour le médecin](#)

 [Pour le patient](#)

