

Antibioprophylaxie en endoscopie digestive

Introduction

Le but de l'antibioprophylaxie est la prévention des complications générales et locale suite à un geste endoscopique. Le taux de bactériémie après des gestes considérés à risque tel que la dilatation œsophagienne est de 12 à 22%, après sclérothérapie de VO de 4 à 56%, après ligature de VO de 1 à 25%, après instrumentation des VB de 6 à 18% et après ponction par EUS de 4 à 14%. Une méta analyse montre une réduction des risques relatifs et absolus d'infection de 73% et 17.5% en cas d'antibioprophylaxie pour les gastrostomies percutanées. Les complications générales sont malgré tout anecdotiques avec 25 cas décrits d'endocardite infectieuse (EI) liés à une procédure endoscopique dans la littérature. Les complications locales sont par contre plus fréquentes et peuvent atteindre > 3% pour certaines procédures, notamment les ERCP.

Chapitre 1

Définition des patients à haut risque d'endocardite infectieuse (AHA 2007, révision des recommandations suisses pour la prophylaxie de l'EI 2008)

- Prothèse valvulaire (mécanique, biologique ou homogreffe) ou status après reconstruction valvulaire avec fuite paravalvulaire
- Antécédent(s) d'endocardite
- Reconstruction valvulaire avec implantation de matériel étranger durant six mois après l'intervention
- Cardiopathies congénitales
 - Cyanogènes non corrigées, incluant les shunts et les conduits palliatifs aorto-pulmonaires
 - Corrigées avec implantation de matériel étranger durant six mois après l'intervention
 - Partiellement corrigées avec anomalies résiduelles au niveau du patch ou de la prothèse (inhibition de l'endothélialisation)
 - Communication interventriculaire, canal artériel persistant
- Valvulopathie apparaissant chez un transplanté cardiaque

Indications de l'antibioprophylaxie chez les patients à haut risque d'endocardite infectieuse (ASGE 2015, révision des recommandations suisses pour la prophylaxie de l'EI 2008)

De manière générale - Pas d'antibioprophylaxie nécessaire en cas d'endoscopie haute, basse, avec ou sans biopsies ou polypectomie

Antibioprophylaxie recommandée uniquement en cas d'infection présente au site d'intervention.

L'antibiothérapie délivrée en dose unique, doit couvrir les entérocoques et en fonction de l'infection les bactéries Gram négatif et les anaérobies

- Standard, parentéral
Amoxicilline/clavulanate 2.2g iv
- Allergie à la pénicilline de type tardif ou précoce
Vancomycine 1g iv sur 1 ou 2 heures
+/- aminoglycoside ou Ciprofloxacine, avec de la Metronidazole en cas d'infection respective à bactéries Gram négatif ou anaérobies.

Indication à une antibioprofylaxie et/ou traitement pour la prévention des infections selon le type de procédure endoscopique (ASGE 2015)

Catégorie de patient	Procédure endoscopique	Antibioprofylaxie
Tous les patients	Gastrostomie/jéjunostomie endoscopique percutanée	<i>Cf cahier des charges correspondant</i> Amoxicilline/clavulanate 1.2g iv, Dalacin 900 mg iv si allergie à la pénicilline 60 min avant la procédure
Tous les patients cirrhotiques avec hémorragie digestive	-	<i>Cf cahier des charges correspondant</i> Ceftriaxone 1 g iv durant 5 j, ou Ciprofloxacine 400 mg iv 2x/j durant 5 j si allergie à la pénicilline
Lésion kystique du pancréas/médiastinal	EUS-FNA	Ciprofloxacine 500 mg per os ou 400 mg iv 60 à 90 min avant la procédure
Obstruction des VB en l'absence de cholangite ou status post transplantation hépatique Obstruction des VB en cas de cholangite sclérosante primaire ou de cholangiocarcinome intrahépatique	Drainage incomplet des voies biliaires par ERCP ou par EUS	Ciprofloxacine 500 mg per os ou 400 mg iv ou Amoxicilline/clavulanate 1.2g iv Ciprofloxacine 500 mg per os ou 400 mg iv 60 à 90 min avant la procédure ou Amoxicilline/clavulanate 1.2g iv 60 min avant la procédure <i>Traitement ATB à poursuivre en cas de drainage incomplet ou en cas de cholangite</i>
Dialyse péritonéale	Endoscopie basse	<i>Faire l'examen le péritoine vide</i> Amoxicilline 1g, Gentamicine 1.5 mg/kg max 120 mg +/- Metronidazole 500 mg iv juste avant la procédure
Tous les patients	POEM	Diflucan 50 mg, Tazobac 4.5 g 60 min avant la procédure Garamycin 50 mg au niveau du tunnel sous muqueux Tazobac 4.5 g 3 à 5 j en postopératoire
Immunosuppression sévère ex. Neutropénie sévère (taux neutrophiles < 500 cell/uL), hémopathies malignes avancées, transplantation de moelle osseuse.	Endoscopie interventionnelle	<i>Suggérée. Au cas par cas</i> Amoxicilline/clavulanate 1.2g iv, Dalacin 900 mg iv si allergie à la pénicilline 60 min avant la procédure

- Flückiger U, Jaussi A, Troillet N. Révision des recommandations suisses pour la prophylaxie de l'endocardite infectieuse 2008. Rev Med Suisse 2008; 4: 2134-8.
- ASGE Standards of Practice Committee, Khashab MA, Chithadi KV, Acosta RD, et al. Antibiotic prophylaxis for GI endoscopy. Gastrointest Endosc. 2015 Jan;81(1):81-9.
- Wilson W, Taubert KA, Gewitz M, et al. Prevention of infective endocarditis: guidelines from the American Heart Association: a guideline from the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis and Kawasaki Disease Committee, Council on Cardiovascular Disease in the Young, and the Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group. J Am Dent Assoc. 2007 Jun;138(6):739-45, 747-60.