

Les endocardites infectieuses : plus que jamais un challenge multidisciplinaire !

Infective endocarditis: more than ever a multidisciplinary challenge!



Dr Jean-Luc Meynard



Rédacteur en chef
de La Lettre de l'Infectiologue.
Service des maladies infectieuses,
hôpital Saint-Antoine, Paris.

Bien que l'endocardite infectieuse (EI) soit une pathologie rare (incidence : 2 à 10 cas pour 100 000 personnes-années), sa mortalité hospitalière importante, de l'ordre de 20 %, justifie les recherches sur l'épidémiologie microbienne, la prévention, le diagnostic et le traitement. La plupart de ces items sont abordés dans ce numéro spécial. Tout d'abord, sur le plan épidémiologique, il peut être surprenant de voir que le pronostic des EI reste associé à une mortalité élevée malgré les progrès microbiologiques, radiologiques et thérapeutiques. Une des raisons majeures est sans doute liée au profil des patients chez qui le diagnostic d'EI est posé. Il s'agit le plus souvent de patients âgés, atteints de comorbidités, avec un diagnostic d'EI sur valves prothétiques ou sur matériel implantable. Les dernières données publiées en 2019 du registre européen (ESC-EORP EURO-ENDO (European Infective Endocarditis) registry) [1] montrent, parmi 3 116 patients inclus avec un diagnostic d'EI, que 1 764 (57 %) ont une EI sur une valve native, 939 (30 %) sur prothèse, et 312 (10 %) sur matériel intracardiaque implantable.

L'âge avancé des patients est souligné, puisque 46 % ont plus de 65 ans, et 12 % plus de 80 ans. Dans un tiers des cas, l'EI est liée aux soins. La porte d'entrée principale retrouvée est dentaire (10 %). L'EI est aortique dans 49 % des cas, mitrale dans 42 %, tricuspide dans 11 %. En matière d'imagerie, l'échographie transthoracique et transœsophagienne (ETT, ETO) sont réalisées dans 90 et 58 % des cas, respectivement. Un TEP scan a été réalisé dans 16,6 % des cas. Chez près de 20 % des patients, un épisode embolique est survenu, associé en analyse multivariée à la localisation tricuspide ou pulmonaire de l'EI, à la présence de matériel comme le défibrillateur cardiaque implantable ou le pacemaker, la présence d'une végétation, l'EI liée à un *Staphylococcus aureus* sensible ou résistant à la méticilline. Une intervention chirurgicale a été réalisée chez 51 % des patients, alors que, suivant l'indication théorique des recommandations européennes, elle aurait dû être de 69 %. Sur le plan microbiologique, cette étude confirme la place prépondérante des bactéries à Gram positif (staphylocoque, entérocoque), et l'importance des EI à hémocultures négatives (près de 20 % dans cette étude).

Lorsqu'une pathologie est associée à une morbidité élevée, il est important, si possible, de mettre en place les meilleures stratégies de prévention. Dans la mise au point sur la prophylaxie de l'EI, Xavier Duval insiste sur la nécessité du maintien de l'antibioprophylaxie chez les patients à haut risque d'EI avant les soins dentaires comportant un risque d'hémorragie ou de bactériémie à partir de la cavité buccale (par exemple extraction, détartrage). Évidemment, les mesures de prévention non spécifiques de l'EI, telles que les mesures d'hygiène standard, sont indispensables. Les patients doivent être éduqués, car l'ensemble des évaluations réalisées montrent une sous-utilisation de l'ordre de 40 % de l'antibioprophylaxie.

Les dernières années ont vu le développement de nouvelles techniques d'imagerie, telles que le scanner cardiaque, le TEP scan ou la scintigraphie

aux leucocytes marqués. Raphaël Lepeule et al. font le point sur ces nouveaux outils dans leur article. Il convient de souligner que le TEP scan manque de spécificité s'il est réalisé trop tôt (moins de 3 mois) après la chirurgie. À ce jour, ETT et ETO restent les examens de choix pour le diagnostic d'EI.

Comme nous l'avons vu sur les dernières données épidémiologiques, les endocardites à hémocultures négatives représentent, dans la dernière étude européenne, 20 % des EI. Les outils diagnostiques à utiliser dans ce cadre (sérologie, PCR, culture cellulaire) ainsi que les spécificités thérapeutiques sont développés dans l'article qui leur est consacré, écrit par Frédérique Gouriet et Carole Eldin.

Sur le plan thérapeutique, reste-t-il une place pour les aminosides qui ont longtemps fait partie des stratégies thérapeutiques ? Au vu des recommandations internationales et de la mise au point de David Lebeaux et al. dans ce numéro, il faut bien convenir que leur place apparaît de plus en plus réduite. En cas d'EI à *Enterococcus faecalis* sauvage, il n'y a pas d'intérêt à prescrire des aminosides au-delà de 2 semaines. Il existe une autre stratégie permettant de ne pas recourir aux aminosides, qui est d'utiliser l'association synergique entre pénicilline A et céphalosporines de 3^e génération, à privilégier chez les patients âgés ou à la fonction rénale altérée. Pour les EI à streptocoques, les recommandations internationales soulignent l'importance du niveau de la concentration minimale inhibitrice (CMI > 0,125 mg/L), qui justifie alors l'utilisation limitée à 2 semaines des aminosides.

La durée du traitement par voie i.v. fait l'objet d'investigations. Alors que l'étude française RODEO est en cours, une étude, publiée en 2019 dans le *New England Journal of Medicine*, apporte déjà des éléments de réponses susceptibles de modifier les pratiques. En effet, il a été démontré la non-infériorité d'un relais par voie orale au 10^e jour (d'un traitement par voie i.v.) versus la poursuite du traitement par voie injectable pour le traitement des EI du cœur gauche non compliquées à *Enterococcus faecalis*, *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis* [2]. Enfin, Guillaume Hékimian et Charles-Édouard Luyt font le point sur les indications chirurgicales au cours des EI. Ils rappellent que 1 malade sur 2 est opéré, que la défaillance hémodynamique est l'indication la plus fréquente et la mieux validée. En cas d'indication chirurgicale retenue sans contre-indication, la chirurgie doit être réalisée rapidement. Pour finir, un AVC ischémique de petite taille n'est pas une contre-indication s'il ne retentit pas sur l'état de conscience.

À travers ce numéro, il est clair qu'infectiologues, cardiologues, réanimateurs, chirurgiens, microbiologistes sont différents acteurs impliqués dans le diagnostic et la prise en charge des EI, ce qui témoigne plus que jamais d'une prise en charge multidisciplinaire.

1. Habib G et al. Clinical presentation, aetiology and outcome of infective endocarditis. Results of the ESC-EORP EURO-ENDO (European Infective Endocarditis) registry: a prospective cohort study. *Eur Heart J* 2019;40(39):3222-32.

2. Iversen K et al. Partial oral versus intravenous antibiotic treatment of endocarditis. *N Engl J Med* 2019;380(5):415-24.

J.L. Meynard déclare ne pas avoir de liens d'intérêts en relation avec cet article.

AVIS AUX LECTEURS

Les revues Edimark sont publiées en toute indépendance et sous l'unique et entière responsabilité du directeur de la publication et du rédacteur en chef.

Le comité de rédaction est composé d'une dizaine de praticiens (chercheurs, hospitaliers, universitaires et libéraux), installés partout en France, qui représentent, dans leur diversité (lieu et mode d'exercice, domaine de prédilection, âge, etc.), la pluralité de la discipline. L'équipe se réunit 2 ou 3 fois par an pour débattre des sujets et des auteurs à publier.

La qualité des textes est garantie par la sollicitation systématique d'une relecture scientifique en double aveugle, l'implication d'un service de rédaction/révision in situ et la validation des épreuves par les auteurs et les rédacteurs en chef.

Notre publication répond aux critères d'exigence de la presse :

- accréditation par la CPPAP (Commission paritaire des publications et agences de presse) réservée aux revues sur abonnement,
- adhésion au SPEPS (Syndicat de la presse et de l'édition des professions de santé),
- indexation dans la base de données internationale ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors) et liens privilégiés avec la SPILF,
- déclaration publique de liens d'intérêts demandée à nos auteurs,
- identification claire et transparente des espaces publicitaires et des publi-rédactionnels en marge des articles scientifiques.