



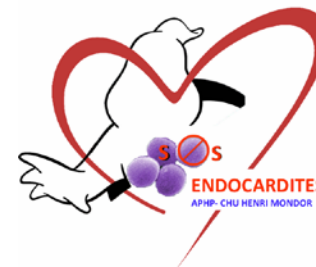
Créer une RCP/centre référence endocardite: De la théorie à la pratique

Dr Sébastien Gallien

Service d'Immunologie et Maladies Infectieuses, SOS Endocardite
CHU Henri Mondor Créteil
Infectio-DPC



UNIVERSITÉ
PARIS-EST CRÉTEIL
VAL DE MARNE






Déclaration de liens d'intérêt avec les industries de santé en rapport avec le thème de la présentation (loi du 04/03/2002) :

Intervenant : Gallien Sébastien

Titre : Créer une RCP/centre référence endocardite: De la théorie à la pratique

 L'orateur ne souhaite pas répondre

 Consultant ou membre d'un conseil scientifique

OUI NON

 Conférencier ou auteur/rédacteur rémunéré d'articles ou documents

OUI NON

 Prise en charge de frais de voyage, d'hébergement ou d'inscription à des congrès ou autres manifestations

OUI NON

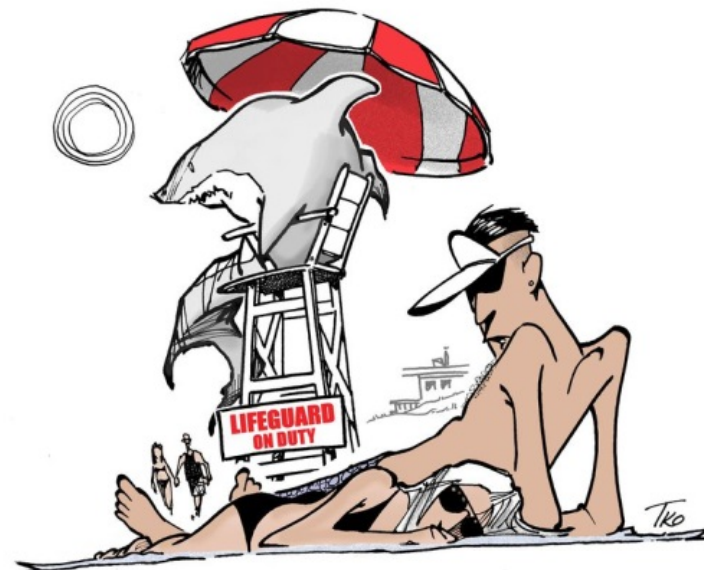
 Investigateur principal d'une recherche ou d'une étude clinique

OUI NON



Déclaration d'intérêts de 2013 à 2016

- Intérêts financiers : 0
- Liens durables ou permanents : 0
- Interventions ponctuelles : Gilead, Janssen-Cilag
- Intérêts indirects : Pzifer



*“So, I’m the only one who sees a
conflict of interest here?”*

Pourquoi créer un centre expert/RCP Endocardite ? (1)

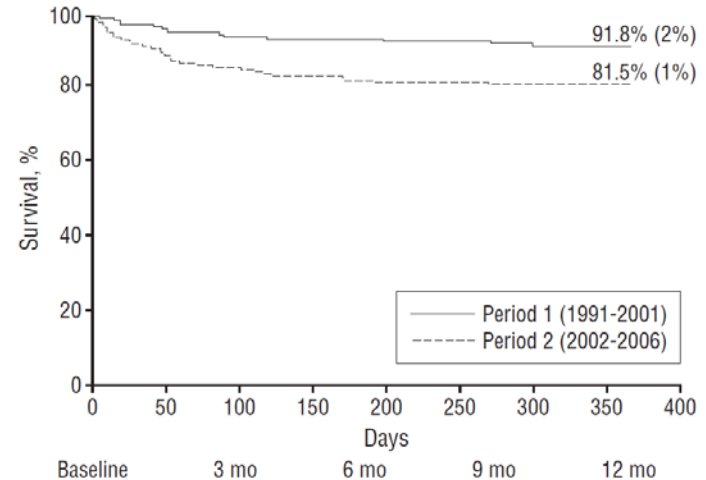
- Incidence faible (3-10 100 000 sujets) mais mortalité hospitalière élevée de l'EI (\approx 25%)*
 - >> à celle de l'IdM (STEMI) actuellement de < 5 %
- Pour améliorer ce pronostic, récemment 2 modifications proposées par l'ESC en 2015**
 1. Modification des critères de Duke, en intégrant dans les critères majeurs les données de l'imagerie nucléaire et du scanner cardiaque chez les porteurs de prothèse
 2. Mise en place de Centres Experts pour prise en charge multidisciplinaire en urgence de l'endocardite

* *Murdoch Arch. Intern. Med.* 2009 169-463

** *2015 ESC Guidelines for the management of infective endocarditis*

Pourquoi créer un centre expert/RCP Endocardite ? (2)

- Evaluation de l'approche multidisciplinaire avec standardisation du traitement médical et des indications chirurgicales et suivi régulier pendant 12 mois
- Réduction de la mortalité
 - Hospitalière: **4,4% vs. 12,7%** ($p=.001$)
 - A 1 an: **8,2% vs. 18,5%** ($p=.007$)
(**HR=0.41**; IC 95%, 0.21-0.79, $P=.008$)



Botelho-Nevers. Arch Intern Med 2009;169:1290

Pourquoi créer un centre expert/RCP Endocardite ? (3)

- Evaluation de l'action d'une équipe pluridisciplinaire (cardiologue, infectiologue, chirurgien cardiaque) pour l'optimisation du traitement (EI valve native)
 - Evaluation initiale \leq H12 et si indication chirurgicale intervention \leq H48
 - Si patients stables évaluation multidisciplinaire hebdomadaire
- Réduction de la mortalité
 - hospitalière globale (13% vs. 28%, $p = 0,02$)
 - mortalité chirurgicale à la phase initiale (13% vs. 47%, $p = 0,001$)
 - globale à 3 ans (16% vs. 34%, $P = 0,0007$).

Quelles recommandations ?

- Aucune obligation réglementaire
 - Fortement recommandée pour les patients complexes
 - EI compliquée (insuffisance cardiaque, abcès, complications embolique ou neurologique, cardiopathie congénitale)
- ⇒ prise en charge multidisciplinaire précoce dans un centre de référence
- *Si EI non compliquée: prise en charge en structure standard + communication régulière avec le centre de référence si besoin (+ consultations externes avec l'équipe multidisciplinaire)*

Centre de référence/centres référants

- Identification d'un centre de référence par des centres non-chirurgicaux ou non-spécialisés satellites pour prendre des avis et référer les patients complexes

The logo for the journal 'Heart' consists of a solid red square with the word 'Heart' written in white, bold, sans-serif font.

The infective endocarditis team: recommendations from an international working group

John Chambers, Jonathan Sandoe, Simon Ray, Bernard Prendergast, David Taggart, Stephen Westaby, Chris Arden, Lucy Grothier, Jo Wilson, Brian Campbell, Christa Gohlke-Bärwolf, Carlos A Mestres, Raphael Rosenhek, Philippe Pibarot and Catherine Otto

Heart 2014 100: 524-527 originally published online August 29, 2013
doi: 10.1136/heartjnl-2013-304354

⇒ **Accès immédiat possible**

- Aux procédures diagnostiques de l'EI (ETT, ETO, scanner, IRM, imagerie nucléaire)
- A la chirurgie cardiaque à la phase initiale
- A une «équipe endocardite» multidisciplinaire
 - Chirurgiens cardiaques
 - Cardiologues / rythmologues
 - Infectiologues
 - Anesthésiste/réanimateurs
 - Microbiologistes
 - Radiologues
 - Neurologues, neurochirurgiens, rhumatologues, ...

⇒ Rôles attendus

- Organisation régulière de réunions de concertation multidisciplinaire
 - Discuter les dossiers (nouveaux et en cours de suivi)
 - Prendre les décisions chirurgicales
 - Définir le suivi
- Choix du type, de la durée et du mode de suivi du traitement antibiotique
 - Selon un protocole standardisé (suivant les recommandations actualisées)
- Organisation après la sortie de l'hôpital d'un suivi ambulatoire dans le centre de référence
 - 1, 3, 6 et 12 mois
- Participation aux registres nationaux et/ou internationaux, diffusion d'un rapport de morbidimortalité du centre, implication dans des programmes d'amélioration de la qualité et d'éducation thérapeutique

Unité d'action, unité de temps, unité de lieu ?

«*Qu'en un lieu, en un jour, un seul fait accompli tienne jusqu'à la fin (la salle de réunion) remplie*» Boileau (*Art poétique, 1674*)

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

- **Réunion de Concertation Pluridisciplinaire**

- En présence ≥ 3 médecins de spécialités différentes = représentation de toutes les disciplines indispensables pour le diagnostic et le traitement (cardiologue, infectiologue, chirurgien cardiaque)
 - *De manière physique ou à distance*
- Discussion collégiale et décision de RCP prise, tracée (dossier) avec noms et qualifications des participants

En pratique (1)

- **Un centre/groupement fonctionnel de référence avec**
 - USIC, chirurgie cardiaque
 - Infectiologie clinique, microbiologie
 - Imagerie, médecine nucléaire
- **Un trio de base «cardiologue, infectiologue, chirurgien cardiaque»**
- **Une RCP hebdomadaire (si possible étendue)**
 - Réanimateur, radiologue, médecin nucléaire, ...



En pratique (2)

- Une procédure de prise en charge locale définie
 - Recommandations



A diffuser aux centres référants



European Heart Journal
doi:10.1093/eurheart/ehv319

ESC GUIDELINES

2015 ESC Guidelines for the management of infective endocarditis

The Task Force for the Management of Infective Endocarditis of the European Society of Cardiology (ESC)

AHA Scientific Statement

Infective Endocarditis in Adults: Diagnosis, Antimicrobial Therapy, and Management of Complications

A Scientific Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association

En pratique (3)

- Se faire connaître
 - Rayonner sur un territoire sanitaire (centres référents)
- Etablir une base de données
 - Rapport morbi-mortalité, recherche
- Participer aux cohortes
 - + Si possible aux protocoles de recherche clinique (RENARCI, AEPEI, ...)



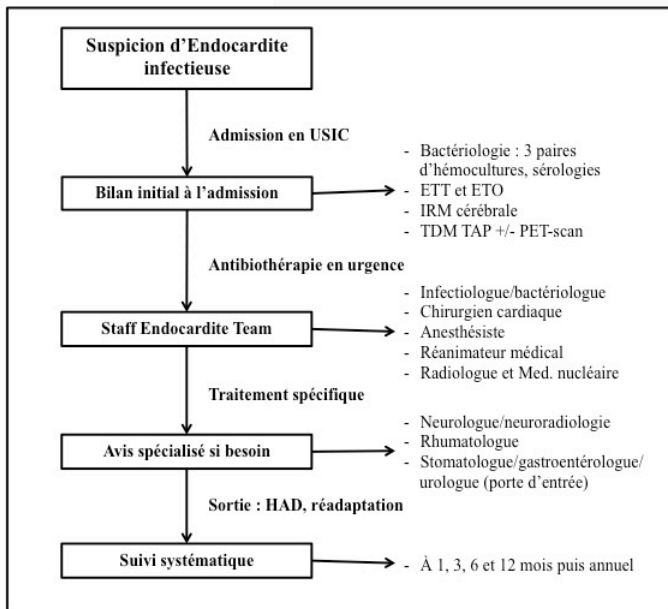
L'exemple de Mondor: SOS Endocardite



- **CHU Mondor: hôpital universitaire du Val-de-Marne, 800 lits**
 - Comprend:
 - Service de cardiologie avec plateau technique (USIC, rythmologie)
 - Service de chirurgie cardiaque
 - Laboratoire de microbiologie (24h/24)
 - Infectiologues (unité transversale, hospitalisation)
 - Réanimations (médicale, chirurgicale)
 - Plateau technique d'imagerie et de médecine nucléaire
 - Multi-spécialités (neurologie/neurochirurgie, rhumatologie, médecine interne, ...)
- **Création fin novembre 2015 d'une filière de soins/recherche endocardite selon les modalités proposées par l'ESC**



Organisation



Numéro unique 24h/24 7j/7 : 01 49 81 22 87



Coordination de la prise en charge initiale enUSIC

Infectiologue - Cardiologue de l'USIC - Chirurgien cardiaque

**Standardisation de la prise en charge (recommandations locales)
+ indication chirurgicale précoce ?**

OUI



Chirurgie cardiaque

NON



Maladies infectieuses

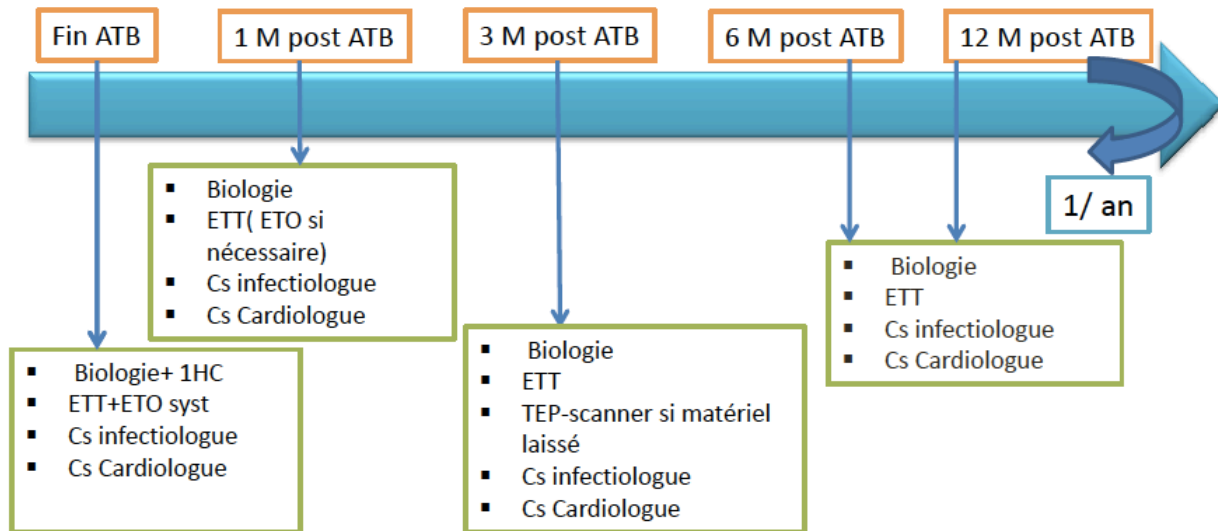
Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP) hebdomadaires

Catégorisation des EI, choix de l'ATB, indications chirurgicales, organisation du suivi

Systematisation du suivi



Hôpital de jour



Bilan de porte d'entrée: Cs stomato/pano; Cs uro; Cs gastro/ fibro-coloscopie.

D'autres suivis spécialisés: rythmologie; dermatologie; rhumatologie; neurologie



- **Recueil prospectif des données avec constitution d'une cohorte**
 - Locale
 - Registres: AEPEI, Euro-Endo

- **Projets de recherche:**
 - Dosages Béta-lactamines (*L. Coutte Abst # Endo11*)
 - En cours: endocardites décapitées, séquençage haut débit dans la stratégie diagnostique, ...

- **Centre Investigateur d'essais cliniques sur la thématique**

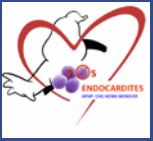
Bilan à 18 mois (juin 2017) (1)



- 260 patients hospitalisés pour suspicion EI dans la structure
- 161 patients avec diagnostic retenu d'EI
 - 98 EI confirmées (61%)
 - 63 EI probables (39%)
- Type d'EI
 - Valve native n=80 (50%)
 - Prothèse n=48 (30%)
 - Valve native + prothèse n=4
 - DAI n=10/ PM n=16
 - Marastique n=4

Agent pathogène	Nb D'EI (%)
Staphylocoques	44 (27%)
• <i>S. aureus</i>	34 (21%)
• <i>S. epidermidis</i>	10 (6%)
Streptocoques	45 (28%)
• <i>S. bovis</i>	5 (3%)
• <i>S. sanguinis</i>	5 (3%)
• <i>S. gallolyticus</i>	9 (6%)
• <i>S. mitis</i>	3 (2%)
• <i>S. oralis</i>	4 (2%)
• Strepto. A	5 (3%)
• Strepto. B	5 (3%)
• Autres streptocoques	9 (6%)
<i>Enterococcus faecalis</i>	18 (11%)
<i>Coxiella burnetii</i>	4 (2%)
<i>Bartonella henselae</i>	1 (1%)
<i>Brucella</i>	1 (1%)
Hémocultures négatives	26 (16%)
Autres germes	22 (14%)

Bilan à 18 mois (juin 2017) (2)



- **95 patients opérés (59%)**
 - 20 plasties
 - 38 remplacement valvulaire
 - 13 combinées (remplacement valvulaire +plastie)
 - 24 extractions PM/DAI isolées

- **Mortalité (/161)**
 - Globale: 31 patients (19%)
 - Hospitalière : 25 patients (15,5%)
 - A 1 an : 6 patients (4%)

Remerciements à l'équipe SOS Endocardite



- **Cardiologues:** Julien Ternacle, Léopold Oliver, Nicolas Lellouche, Pascal Lim
- **Infectiologues:** Raphaël Lepeule, Laetitia Coutte, Clara Flateau, Aurélia Henn, William Vindrios, Giovanna Melica
- **Microbiologistes:** Jean-Winoc Decousser, Françoise Botterel, Vincent Fihman
- **TEC:** Amina Moussafeur
- **Chirurgiens cardiaques:** Antonio Fiore, Eric Bergoend
- **Réanimateurs:** Nicolas Mongardon, Kevan Razazi, Nicolas De Prost, Dominique Vodovar
- **Radiologues:** Jean-François Deux
- **Médecins nucléaires:** Emmanuel Itti
- **Pharmacologues:** Wiem Akrouf, Anne Hulin

Merci pour votre attention

