
**Traitement chirurgical comparé au
traitement médical des endocardites
infectieuses sur valves
prothétiques (EIVP): expérience
d'un centre universitaire sur une
période de 11 ans**

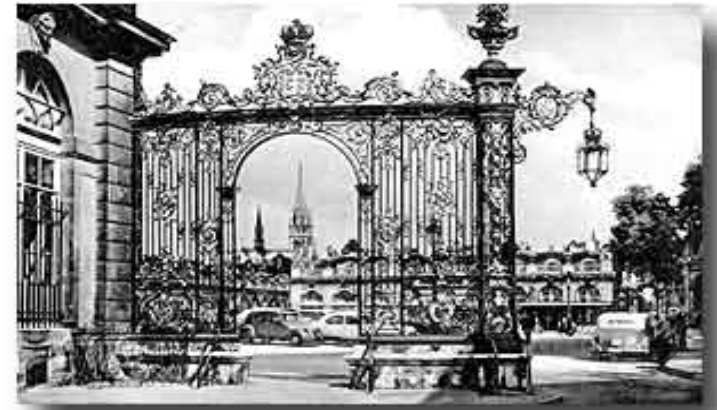
**Thanh Doco-Lecompte
CHU Nancy**

-
- ▶ Endocardite infectieuse sur prothèse valvulaire = dépose de prothèse de principe.
 - ▶ Meilleur pronostic des endocardites opérées par rapport aux EIPV traitées par antibiotiques seuls

Rocchiccioli J Thorac Cardiovasc Surg 1986

Yu Ann Thorac Surg 1994

Objectifs



- Comparer les patients atteints d'EIPV traités uniquement par antibiotiques aux patients traités de façon mixte par chirurgie et antibiotiques sur la période 1991 – 2002
 - Base de données prospective (depuis 1991) au CHU de Nancy
-

358 patients

74 EIPV (21%)

26 (35%) :

chirurgie + traitement
antibiotique

48 (65%) :

traitement antibiotique
seul

- ▲ Délai moyen entre la pose de la valve et le diagnostic d'endocardite : $6,7 \pm 6,1$ ans (14 jours–23 ans)
- ▲ 12 patients (16%) : > 1 prothèse
- ▲ 18 patients (24%) : antécédent d'EI

Caractéristiques des patients

	chir+AB	AB	p
x Homme/femme	20/6	22/26	0.05
x Âge moyen (ans)	61±12	65±12	ns
x Valve mécanique	15 (58%)	31 (65%)	ns
x Valve biologique	11 (42%)	17 (35%)	ns
x Localisation			
• mitrale	15 (58%)	28 (58%)	} ns
• aortique	14 (54%)	31 (64%)	
• tricuspide	1 (3,8%)	1 (2%)	
x EI tardive (>6 m)	24 (92%)	37 (77%)	0.08
x Délai jusqu'à EI (ans)	7.1±5.0	6.5±6.6	ns

Données cliniques et échographiques

	chir+AB	AB	p
○ NYHA>II	21 (81%)	16 (34%)	0.001
○ Embol septique	9 (35%)	10 (21%)	ns
○ Végétation	17 (65%)	22 (46%)	0.10
Taille vég >10 mm	86%	25%	0.001
○ Abscès	10 (38%)	3 (6%)	0.001
○ Désinsert. proth	14 (54%)	8 (17%)	0.001
○ Fuite gr>2	18 (69%)	9 (19%)	0.0005

Microbiologie

(p=0.13)

	chir+AB	AB
○ Staphylococci	13 (50%)	11 (23%)
● <i>Staph Aureus</i>	7	8
● Coag neg	6	3
○ Streptococci	8 (31%)	22 (46%)
● Streptocoques oraux	4	5
● Streptocoques dig	3	6
● Enterococci	1	8
● Autres Streptocoques	0	3
○ Autres micro-organismes	3 (11%)	8 (17%)
○ Hémoc négatives	2 (8%)	7 (15%)

Discussion

	Mortalité globale % (/n total)	Mortalité AB seul % (/n total)	Mortalité AB + chir % (/n total)
Tornos 1997 prospectif	25% (/59)	24% (10/42)	29% (5/17)
Truninger 1999 rétrospectif	- (/49)	0% (/10)	18% (7/39)
Akowuah 2003 rétrospectif	33% (/66)	46%* (13/28)	24% (9/38)
Chu Nancy rétrospectif	24% (/74)	19% (9/48)	36% (9/26)

***29% (6/21) après exclusion des patients ayant une CI chirurgicale**

Facteurs influençant le choix du traitement

○ Liés à l'infection :

- complications cardiaques locales: présence d'un abcès de l'anneau, désinsertion de la prothèse, fuite importante
- Complications générales : métastases septiques, choc septique, insuffisance viscérale
- Germe responsable : staphylocoques/streptocoques

○ Liés au patient :

- Age
 - Présence de comorbidités
 - Fonction ventriculaire gauche
 - Antécédents de chirurgie cardiaque
-

Conclusion (1)

- Dans cette étude rétrospective :
 - Les femmes et les endocardites précoces sur prothèse sont opérés moins souvent que les hommes et les endocardites tardives sur prothèse.
 - Le type de prothèse et la localisation étaient similaires dans les deux groupes
 - Les patients opérés avaient plus de lésions cardiaques (grosse végétation, abcès, désinsertion de prothèse, fuite importante) responsables d'insuffisance cardiaque
-

Conclusion (2)

- Les EIPV opérées sont plus souvent dues à Staphylococcus
 - Les EIPV pouvant être traitées par AB seuls sont le plus souvent non à Staphylococcus
 - La mortalité tend à être plus élevée chez les patients opérés
 - Cependant le suivi à long terme n'a pas été analysé
-

Conclusion (3)

- Bien que la chirurgie peut sauver des vies chez des patients présentant une endocardite compliquée sur prothèse, cette étude rétrospective montre qu'une proportion significative de patients avec endocardite sur prothèse peut être traitée par antibiotiques seuls
-

Conclusion (4)

- La décision d'opérer des patients présentant une EIPV doit tenir compte de tous ces facteurs et être prise de façon collégiale par une équipe multidisciplinaire faisant intervenir le chirurgien, le cardiologue et le médecin en charge du patient.
-

Remerciements

Bruno Hoen, Maladies Infectieuses, Besançon

Cardiologie :

Christine Selton Suty

Yves Juillièrè

Service d'épidémiologie et d'évaluation clinique :

François Alla

Laboratoire de microbiologie :

Christine Lion

Chirurgie cardiaque :

Jean-Pierre Carteaux

Maladies infectieuses et tropicales :

Thierry May
