



Traitement suppressif dans les endocardites infectieuses : une étude multicentrique

T. Lemmet, L. Deconinck, F. Valour, E. Botelho-Nevers, L. Perez, R. Eichel, Y. Ruch, F. Goehringer



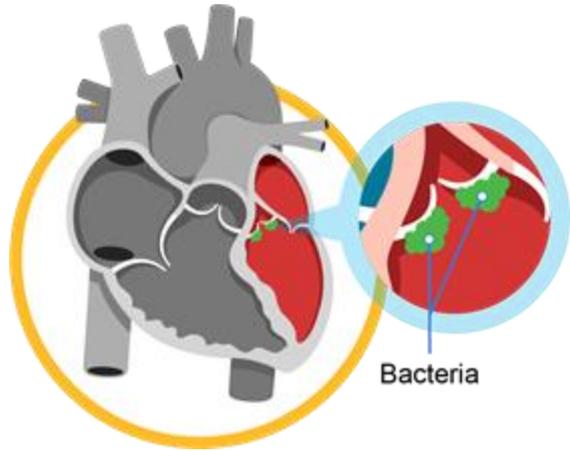


Déclaration de liens d'intérêt avec les industriels de santé en rapport avec le thème de la présentation (loi du 04/03/2002) :

L'orateur ne souhaite pas répondre

- **Intervenant** : Lemmet Thomas
 - **Titre** : Traitement suppressif dans les endocardites infectieuses : une étude multicentrique
-
- 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

Introduction : les endocardites infectieuses



- **Infections sévères** : mortalité intrahospitalière de 15 à 30 %, mortalité à 10 ans de 60%.

Incidence particulièrement élevée chez les patients porteur de **valves prothétiques**, de **Dispositif Electronique Implantable (DECI)**



Valve biologique



Valve mécanique



Prise en charge



Antibiothérapie prolongée (4 à 6 semaines)



Chirurgie, retrait du matériel infecté

Or, patients porteurs de tels dispositifs souvent âgés, très comorbides ...

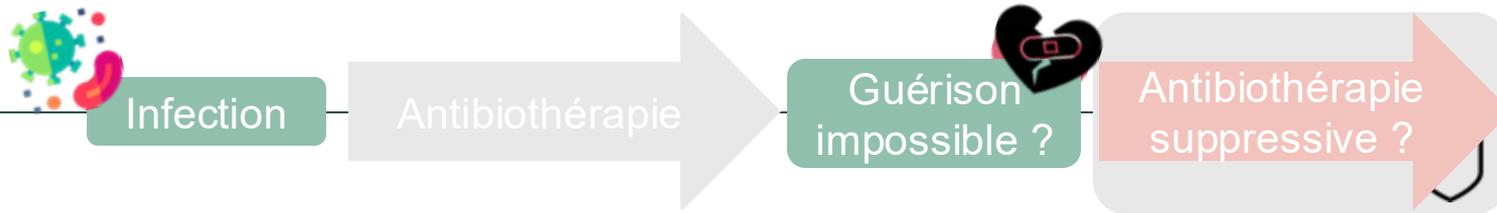


Discussion médico-chirurgicale souvent complexe



Que proposer lorsque les solutions consensuelles ne sont pas envisageables ?

L'antibiothérapie suppressive : kesako ?



- ✓ Contrôle durable de l'infection : prévenir la réapparition ou l'évolution des symptômes
- ✓ Limiter les conséquences fonctionnelles
- ✓ Prolonger la survie

Où en est-on?

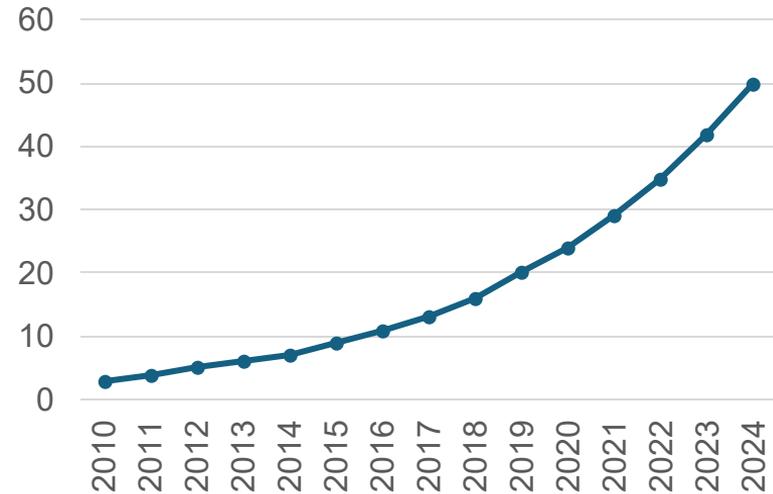
TAS cité dans les recommandations d'experts*

Mais manque de données ...

Nombreuses questions en suspens :

- Pour qui ? Comment ?
- Quel gain pour les patients : survie, qualité de vie ?
- Quels risques : écologique, effets secondaires ?

Nombre estimé de publications
(Pubmed, mai 2025)
"Suppressive antibiotic therapy", "long-term antibiotic therapy"



* Kusumoto et al., HRS expert consensus, 2017 ; Delgado et al., 2023 ESC Guidelines, 2023

Objectifs de l'étude



Réflexion collective, sous groupe de travail de l'AEPEI

Décrire le profil
des patients
ayant bénéficié
d'un TAS



Préciser les
indications et
modalités de
suivi



Evaluer le
pronostic sous
TAS: mortalité,
rechutes



Matériels et méthodes



- **Multicentrique: 6 CHU français**
- **Observationnelle : à partir des dossiers médicaux**
- **Rétrospective : entre le 01/01/2017 et le 30/09/2023**



**Recueil des dossiers
via :**

- **RCP locale**
- **et/ou PMSI**

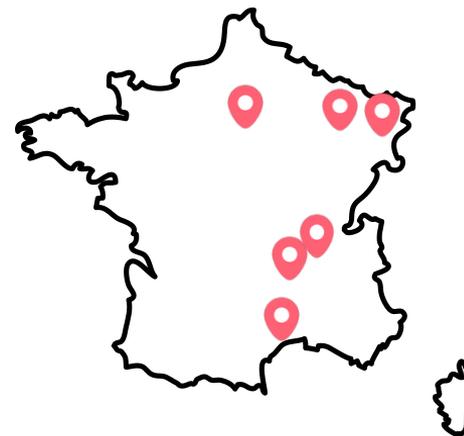


**Inclusion des
patients ayant reçu
un TAS dans le cadre
d'une EI**



**Recueil sur grille
homogène**

**Exclusions : TAS hors
EI, LVAD, Fièvre Q,
Whipple ...**



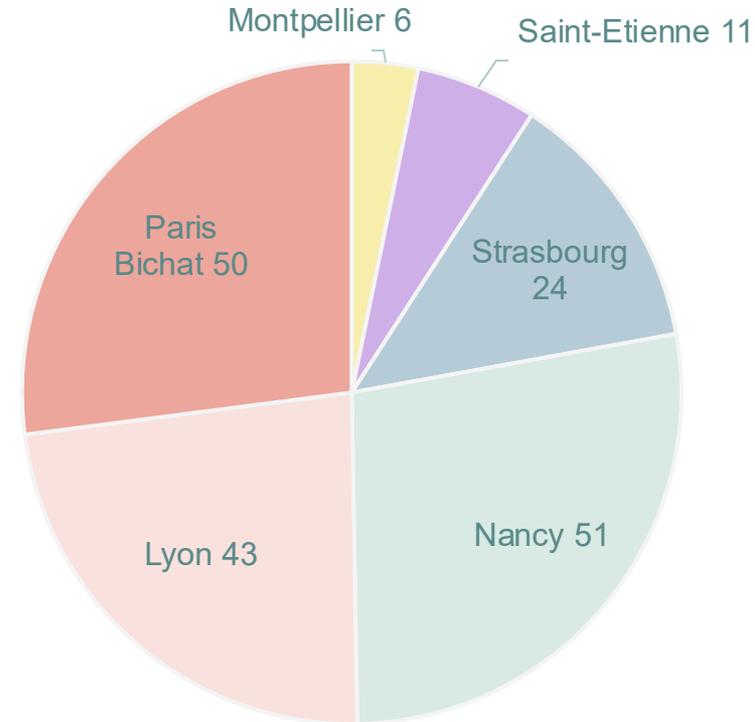
Résultats

185 patients inclus au total.

Sur 3849 patients pris en charge pour une endocardite sur la période.

Soit environ **5% des endocardites recueillies mises sous TAS.**

0,8% à 7,3% selon les centre ($p < 0,001$).



Caractéristiques de l'EI



Profil des patients

Sexe ratio à 3,2 (72% d'hommes)

Âge moyen 74±14 ans. 42% avaient > 80 ans.

Comorbidités : Charlson* moyen 3 ± 3

Antécédent de bactériémie au même pathogène ou d'EI : 53 patients (29%)

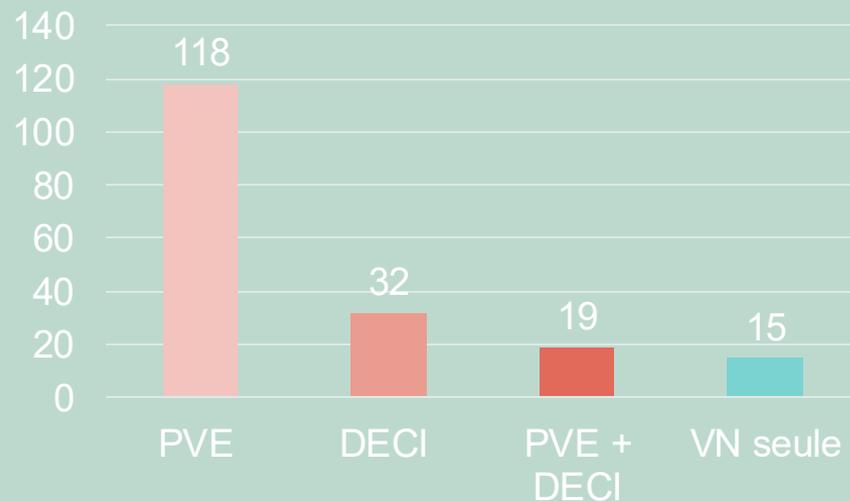
* Score de Charlson non ajusté sur l'âge

Caractéristiques de l'EI

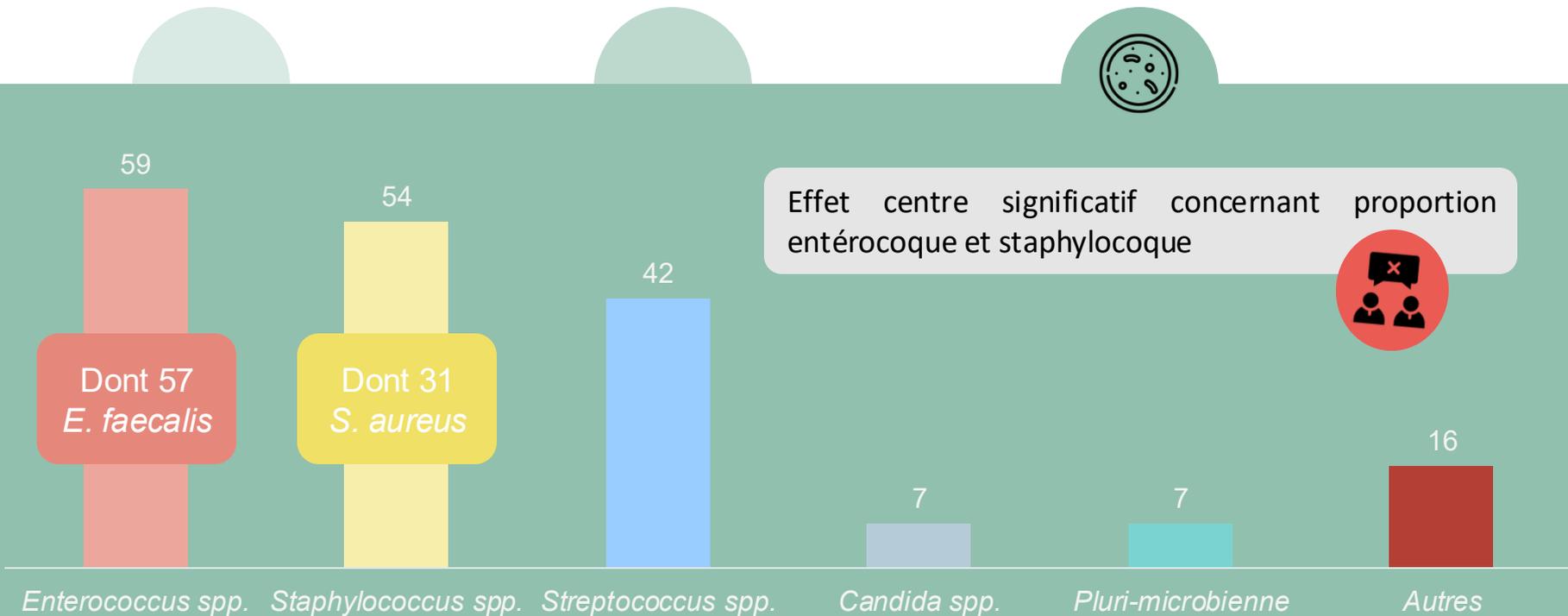


**Matériel intracardiaque
impliqué dans 170/185
cas (92%)**

Effectif



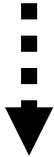
Caractéristiques de l'EI



Prise en charge



Indication chirurgicale théorique et/ou de retrait du matériel : 79% (n=146)



Geste récusé dans 86% des cas (n=125)

- **Fragilité du patient (61%),**
- **Complexité du geste (45%),**
- Ou uniquement du fait du **grand âge (19%)**

Indications retenues de TAS

Principales indications de relais vers TAS:

Chirurgie indiquée, mais non réalisée ou incomplète : 78% (n=144)



Résultat du PET-Scanner : 12%

Porte d'entrée persistante : 12%

Ré-intervention impossible si récurrence : 12%

Multiples récurrences : 11%

Autres situations : 25%

Modalités du TAS



Monothérapie pour 97% (n=143)



Per os dans 96% (n=179)



Préconisée à vie dans 78%

Effet centre significatif
(33% à 83% ; $p < 0,001$)



Modalités du TAS

Molécules principalement utilisées

*Enterococcus
faecalis*

Amoxicilline (54/57 soit 95%)
Schéma variés. Généralement 2 à 3g / jour.

Modalités du TAS

Molécules principalement utilisées

*Enterococcus
faecalis*

Amoxicilline (54/57 soit 95%)
Schéma variés. Généralement 2 à 3g / jour.

*Streptococcus
spp.*

Amoxicilline (37/42 soit 88%)
Schéma variés. Généralement 2 à 3g / jour.

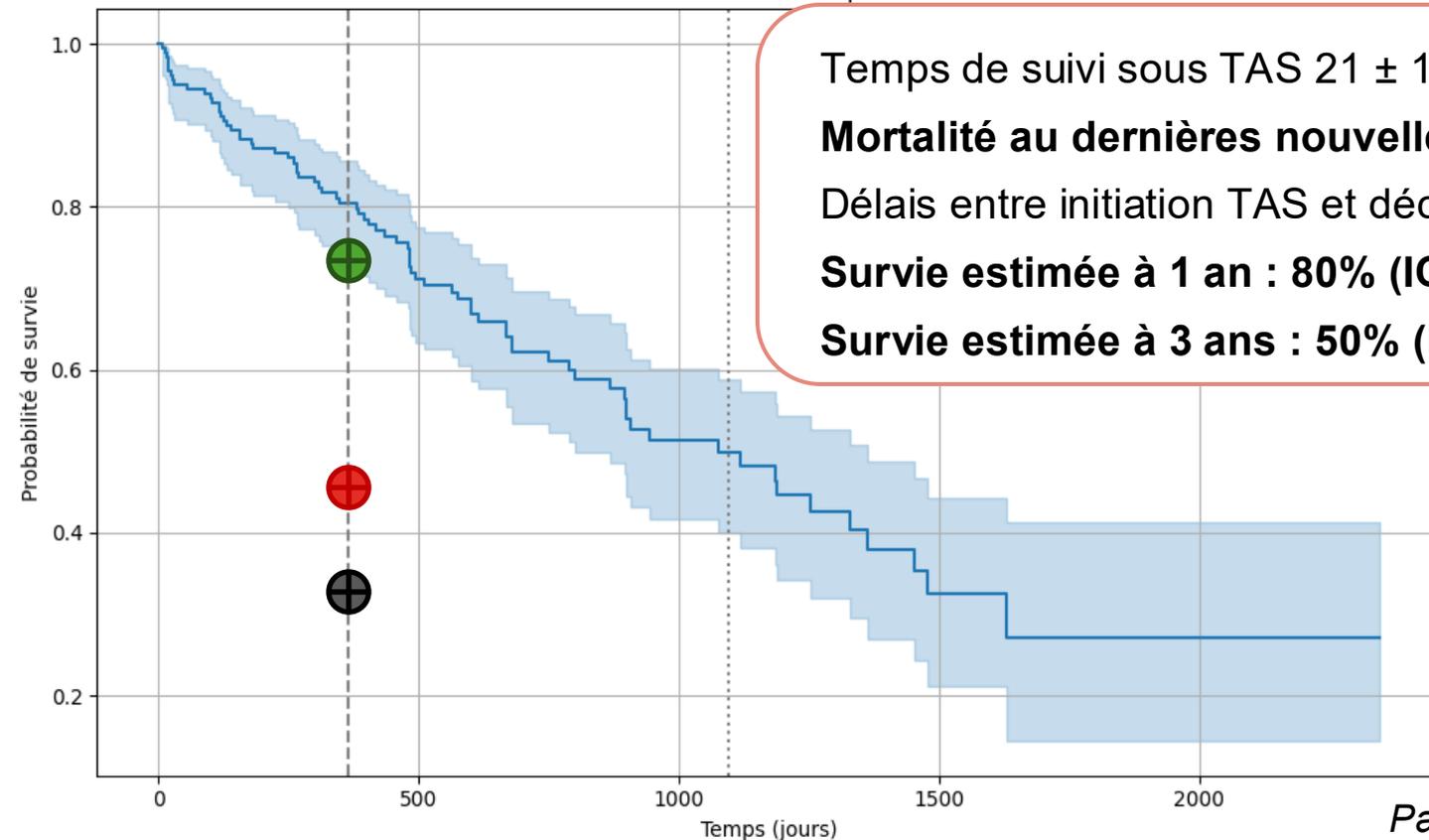
Modalités du TAS

Molécules principalement utilisées

<i>Enterococcus faecalis</i>	Amoxicilline (54/57 soit 95%) Schéma variés. Généralement 2 à 3g / jour.		
<i>Streptococcus spp.</i>	Amoxicilline (37/42 soit 88%) Schéma variés. Généralement 2 à 3g / jour.		
<i>Staphylococcus aureus</i>	Doxycycline (22/54, 41%) 200mg / jour pour 19 cas sur 22		
	Cotrimoxazole (16/54, 30%) Schéma variés. Le plus fréquent 800mg / jour (9/16)		
	Pristinamycine (n=5)	Clindamycine (n=4)	Dalbavancine (n=4)

Mortalité toute cause

Courbe de survie de Kaplan-Meier



Temps de suivi sous TAS 21 ± 16 mois

Mortalité au dernières nouvelles 41% (76/185)

Délais entre initiation TAS et décès : 17 ± 14 mois

Survie estimée à 1 an : 80% (IC95% : 74% - 86%)

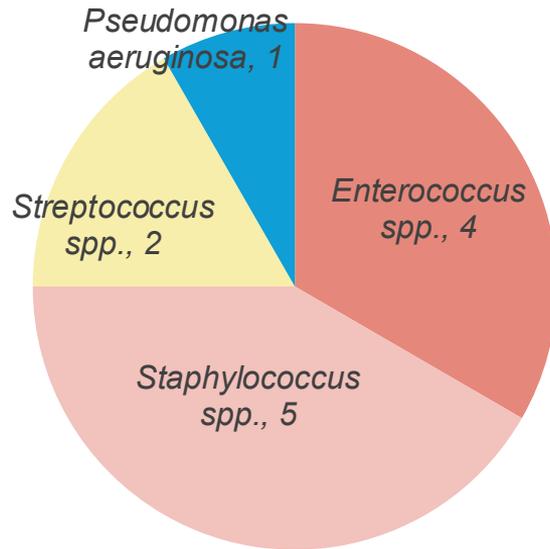
Survie estimée à 3 ans : 50% (IC95% : 40% - 59%)

Euro-Endo,
1-year mortality:

-  Overall population
-  Surgery indicated, not performed
-  Surgery indicated not performed, ≥ 80 yo

Rechutes

12 rechutes liées au même micro-organisme (7%)



- Délais rechute : 8 mois (\pm 6 mois)
- 4 patients (33%) n'étaient plus sous TAS.
- 2 patients (17%) sont décédés des suites de cette rechute

Modalités de suivi



Suivi par un infectiologue : 64%
Survie améliorée
($p=0,05$)



Suivi par PET-Scanner : 31%
Motivant l'arrêt du TAS
pour 21/55.

Effet centre significatif ($p<0,001$)



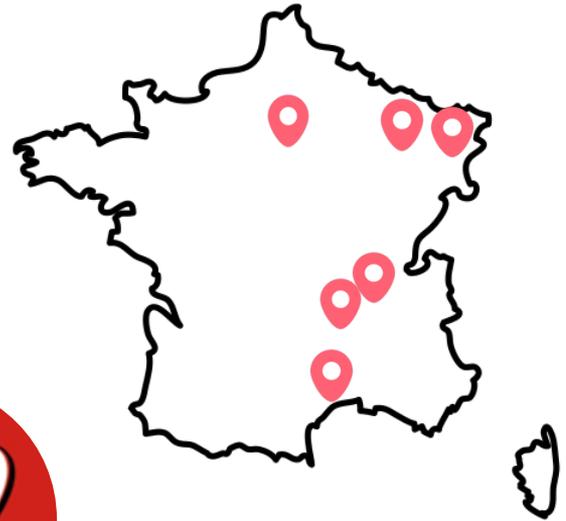
Conclusion

- ❖ **Une situation pas si exceptionnelle** : 5% des endocardites concernées dans notre étude.
- ❖ Principalement envisagée **en présence de matériel intracardiaque non explanté**, chez des patients non éligibles au traitement optimal usuel.
- ❖ Pratiques globalement convergentes, mais des disparités importantes entre les centres : besoin de recommandations claires.
- ❖ **Efficacité à long terme incertaine** : nécessité d'étude contrôlées...

Remerciements

Groupe de travail de l'AEPEI :

L. Deconinck,
F. Valour,
E. Botelho-Nevers,
L. Perez,
R. Eichel,
Y. Ruch,
F. Goehringer.



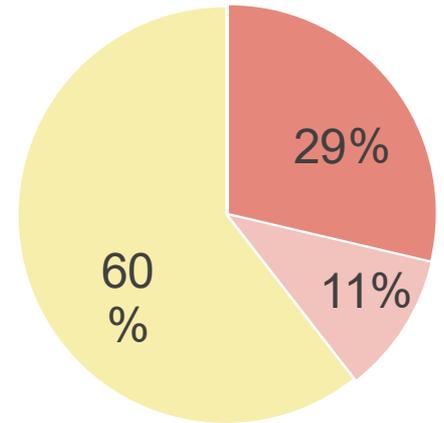
Résultats – Arrêt du TAS

Arrêt du traitement suppressif

60 % des patients n'ont jamais arrêté le TAS sur la période d'étude.

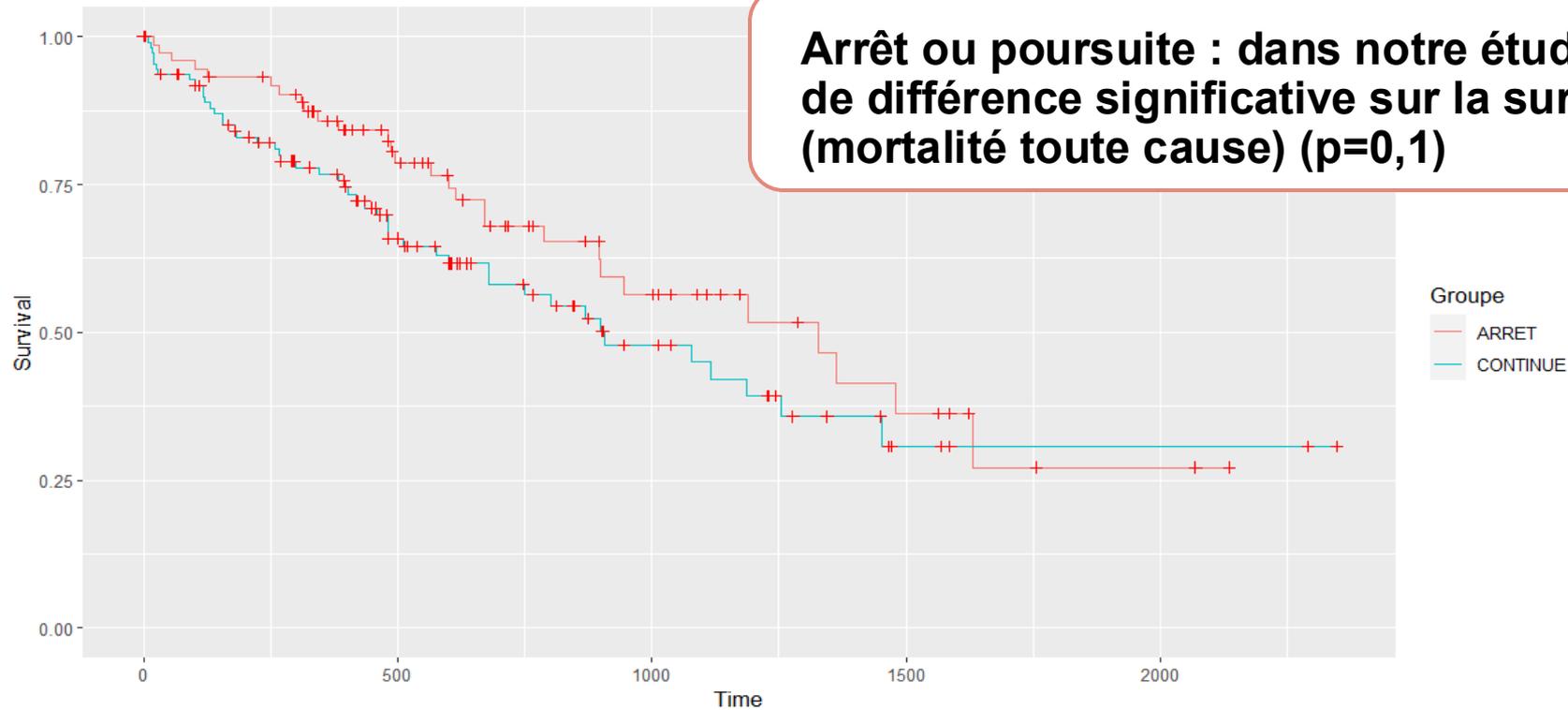
40% d'arrêt du TAS au cours du suivi : surtout sur décision médicale.
Dans ce cas, poursuivi en médiane **7,5 mois** (4; 12).

- Arrêt sur décision médicale
- Arrêt "involontaire"
- Poursuivi



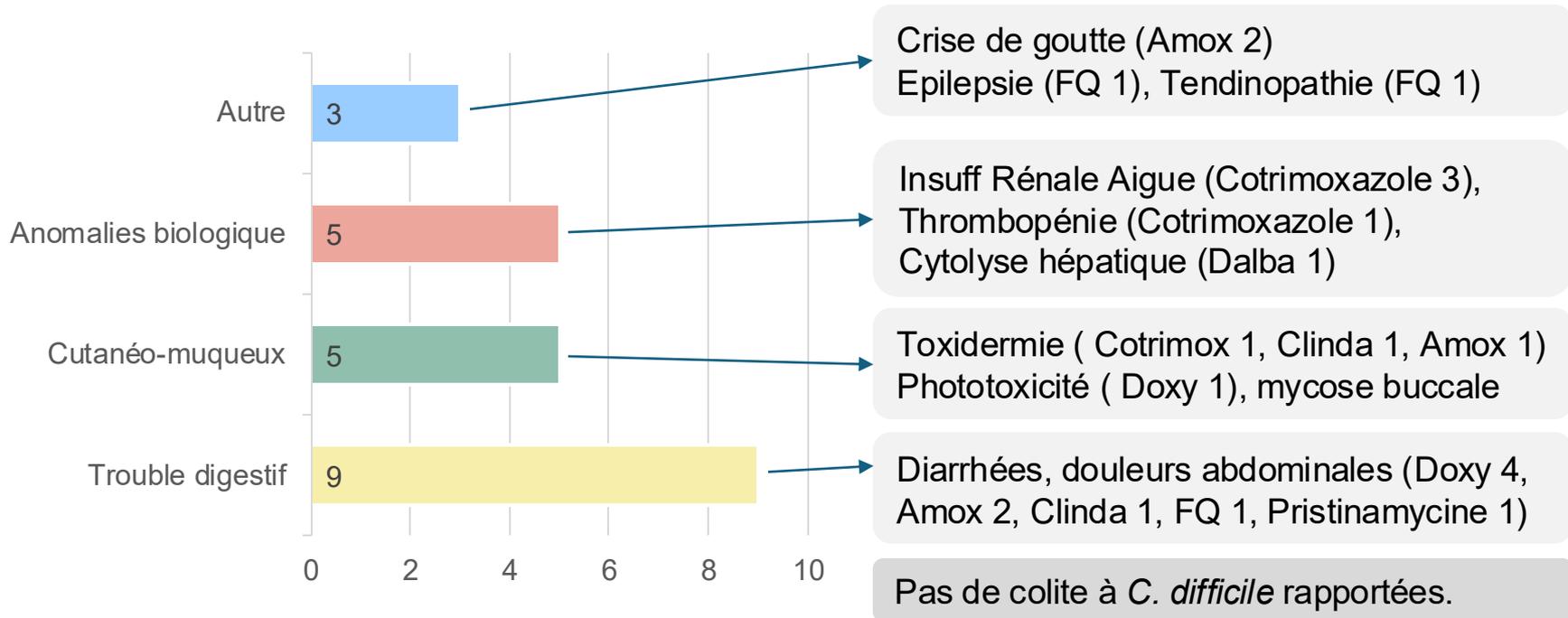
Résultats – Arrêt du TAS

Arrêt ou poursuite : dans notre étude, pas de différence significative sur la survie (mortalité toute cause) ($p=0,1$)



Problème de tolérance

22 patients ont présenté des effets secondaires attribuables au TAS



Prise en charge

Traitement anti-infectieux initial

**Poursuivi 50 jours en
médiane (43 ; 83)**

