



et la région Ile de France Palais des Congrès



Journées Nationales d'Infectiologie

du jeudi 18 juin au samedi 20 juin 2026

Journée Nationale de Formation
des Paramédicaux en Infectiologie

Vendredi 19 juin 2026

Should "Possible" Endocarditis be treated as "Definite"?

Searching for an international consensus using a modified Delphi approach

David Mokrani, Claire Hobson, Sarah Tubiana, Laurene Deconinck, Basma Basli, David Durack,
Vance G. Fowler Jr., Gilbert Habib, Bernard Jung, Jose M. Miro, Bruno Hoen, **Xavier Duval**

Conflits d'intérêts

- Aucun

Que faire devant une « Endocardite possible » ?

Classification
2023 Duke-ISCVID

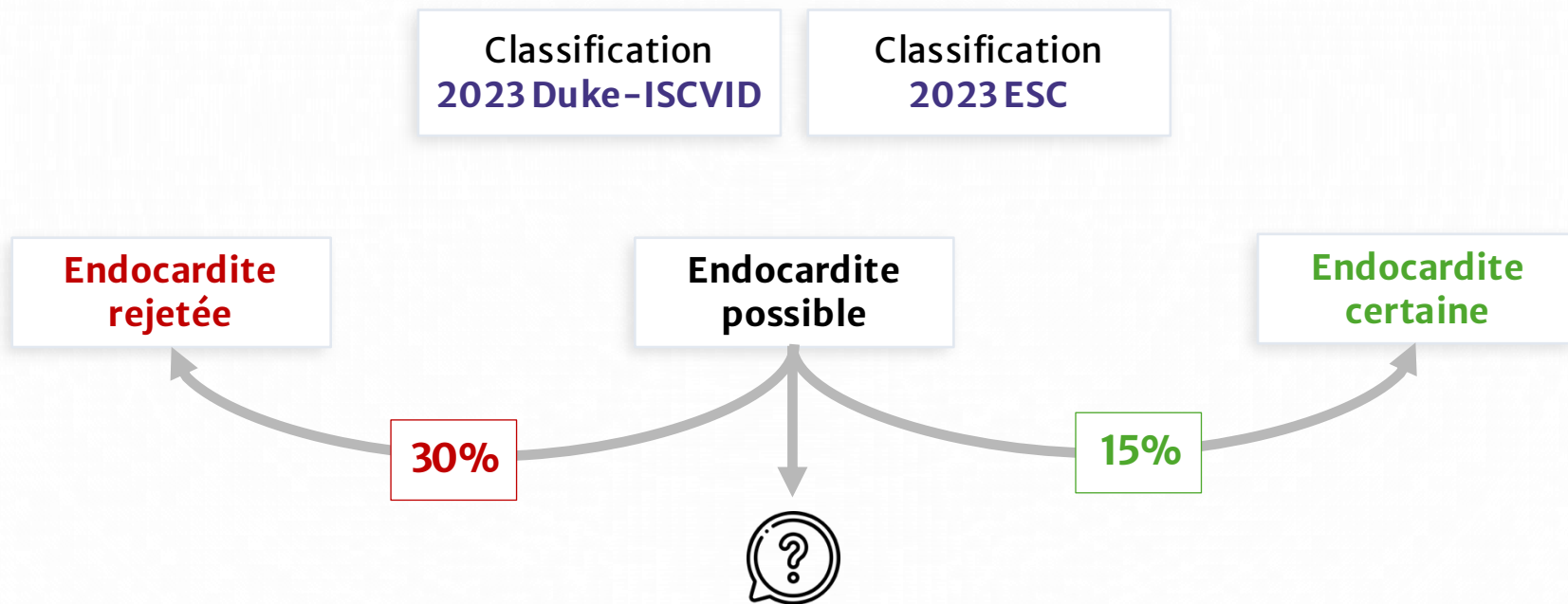
Classification
2023 ESC

**Endocardite
rejetée**

**Endocardite
possible**

**Endocardite
certaine**

Que faire devant une « Endocardite possible » ?



Que faire devant une « Endocardite possible » ?

Patient with definite infective endocarditis 2023 ESC diagnostic criteria

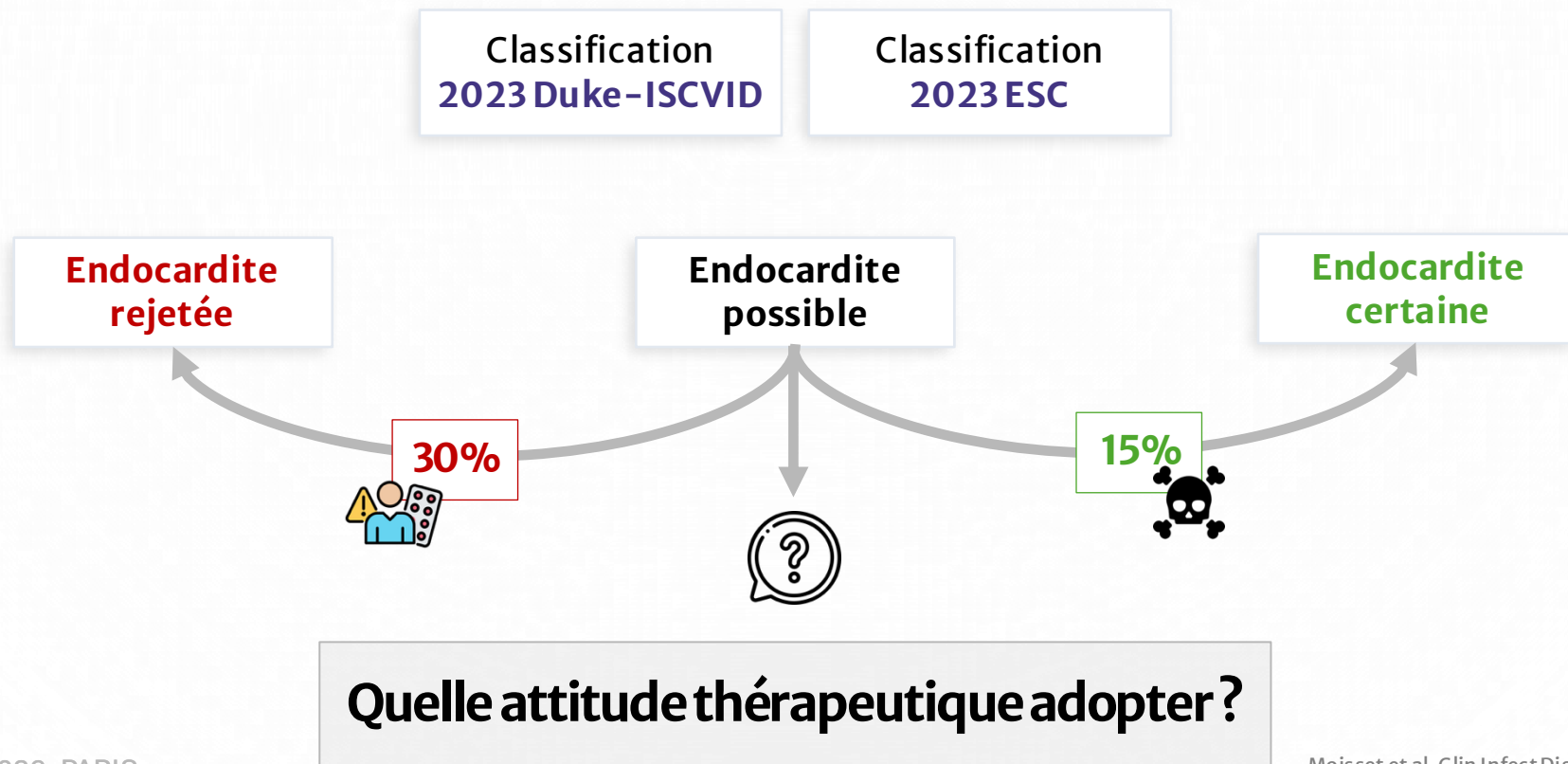
Start empirical antibiotic treatment

Admission to a Heart Valve Centre

Admission to a Referring Centre

Adjust antibiotic treatment according to blood culture results

Que faire devant une « Endocardite possible » ?



- Identifier les **combinaisons de critères majeurs et mineurs** qui conduisent les experts à initier une antibiothérapie type endocardite devant une endocardite possible



Intraveineuse forte dose

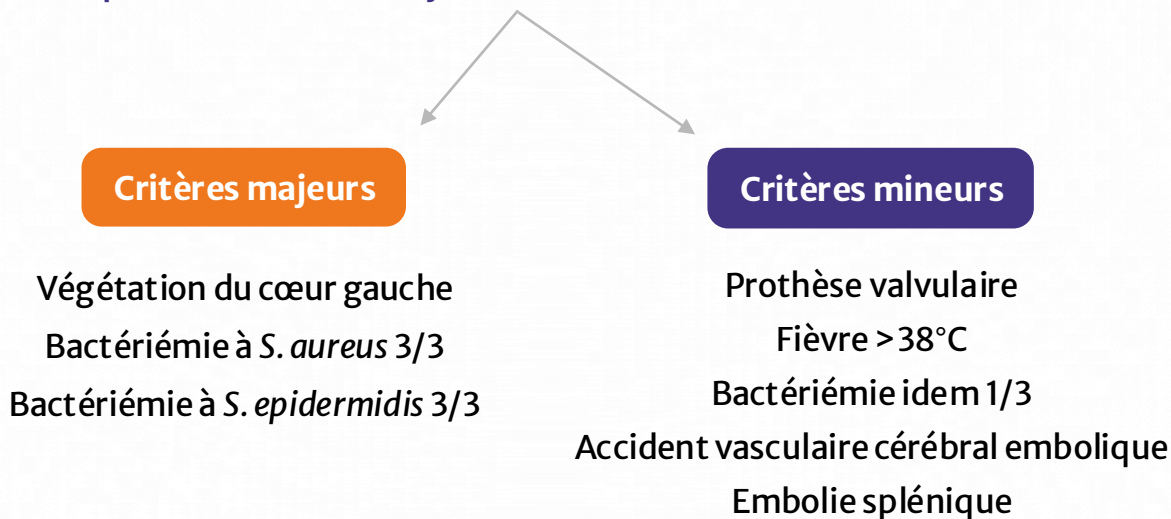


4 à 6 semaines

- Approche : consensus formalisé d'experts internationaux par **méthode Delphi** modifiée

39 vignettes standardisées

- Patient hypothétique de 60 ans, bilan paraclinique complet déjà réalisé : ETT/ETO, TDM cTAP, TEP-TDM, IRM cérébrale
- Croisement systématique des critères majeurs et mineurs



Méthodes — processus Delphi

Constitution du groupe de travail

137 experts (AEPEI, EUROENDO, ISCVID)

« Randomisation » en 4 groupes

Deux tours (avril à septembre 2025)

Retour individualisé entre les deux tours

Deuxième tour ciblé : vignettes sans consensus uniquement

Analyses statistiques

Analyses descriptives

Modèle de Poisson modifié avec variance robuste

1–3 · contre

4–6 · incertain

7–9 · pour le traitement

Résultat — experts

103 experts internationaux

75 % ont complété le **tour 1** (103/137)

98% ont complété le **tour 2** (100/137)



83 % exercent en Europe



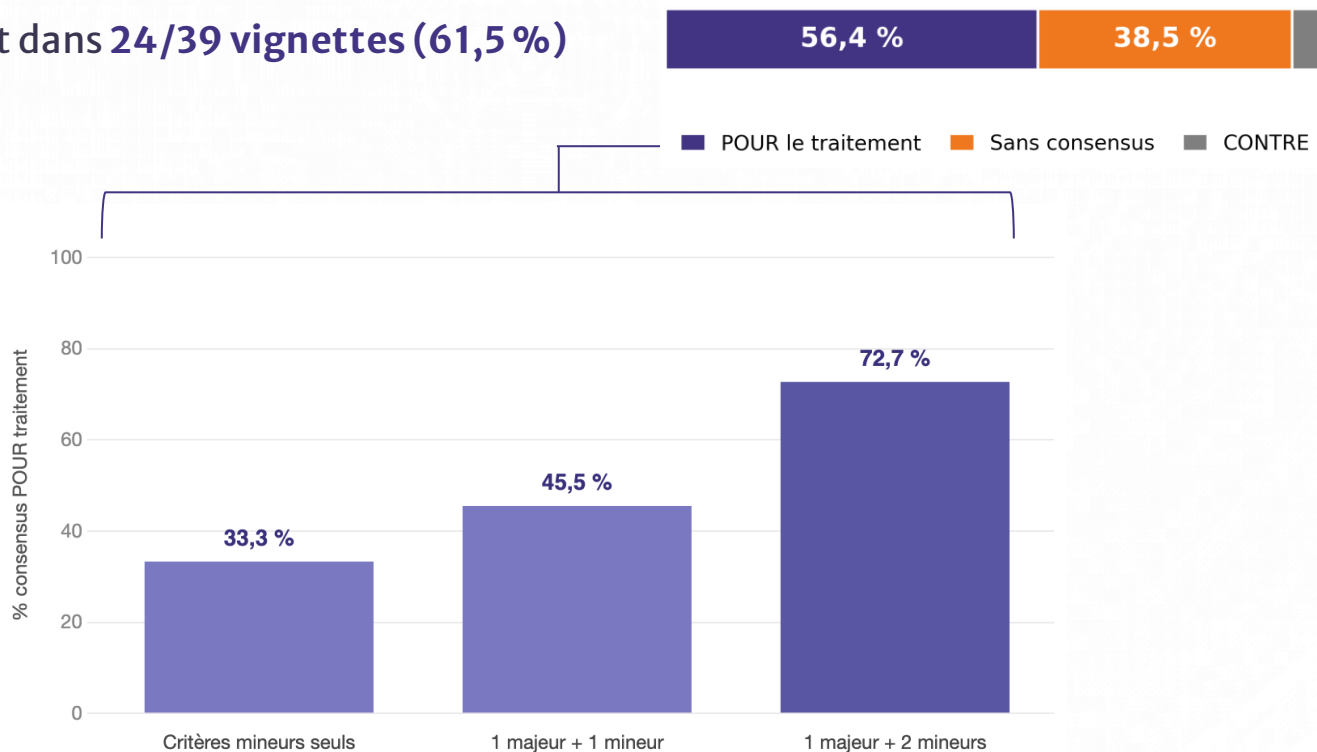
69 % sont infectiologues



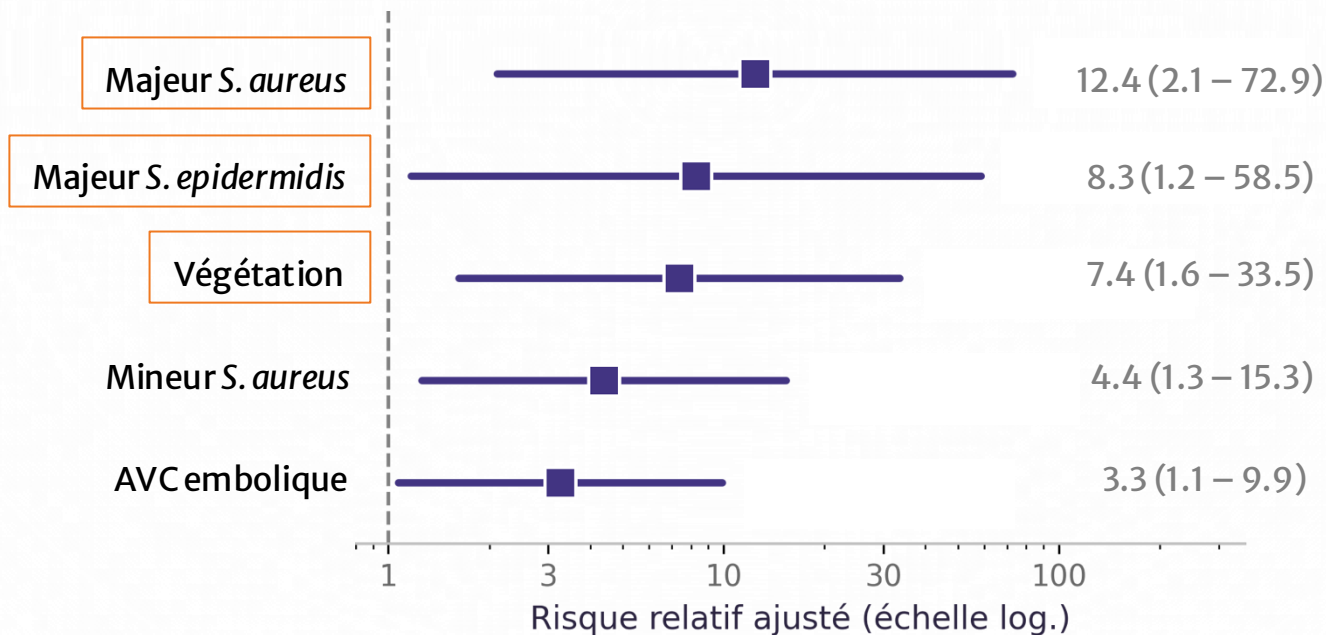
87 % membres d'une
« équipe endocardite »

Résultat — distribution du consensus

- Consensus atteint dans 24/39 vignettes (61,5 %)

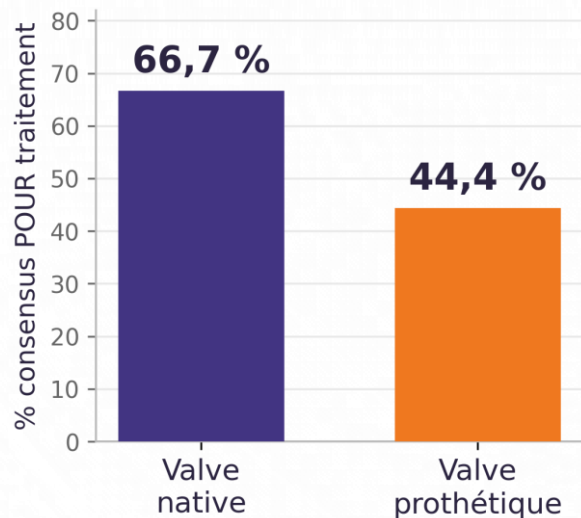


Résultat — analyses d'association



Le type de valve change l'interprétation des critères

Les mêmes critères sont pondérés différemment selon le type de valve.



Valve native

Végétation : 88.9% pour le traitement

Majeur microbiologique : 50% pour ; 10% contre

Valve prothétique

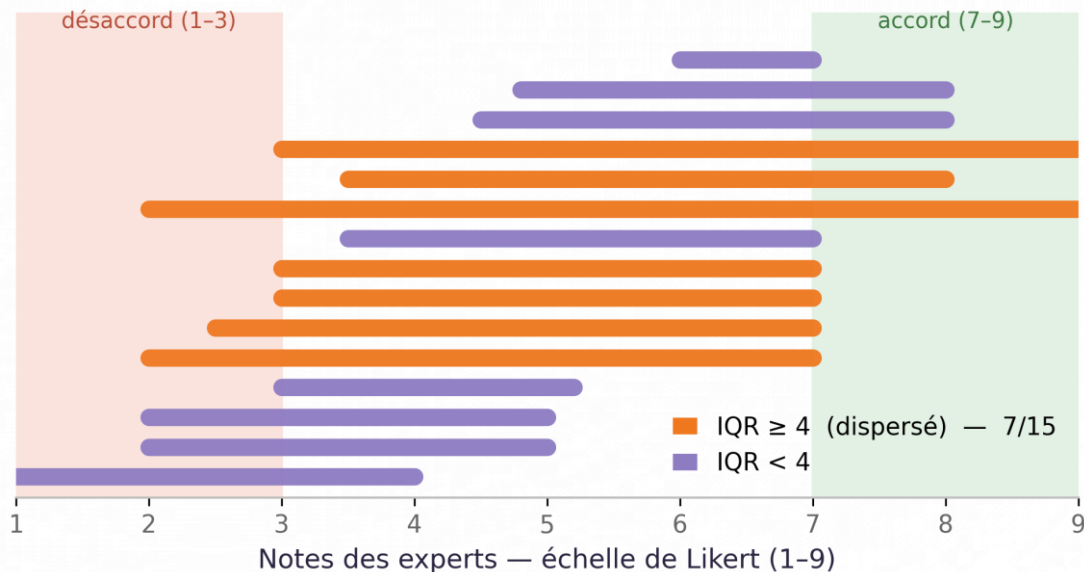
Majeur microbiologique : 83.3% pour le traitement

Végétation : 20% pour ; 20% contre

Résultat — les vignettes sans consensus

Malgré deux tours Delphi **38.5 % des vignettes restent sans consensus** (15/39)

- Absence de consensus inversement liée au nombre de critères :
 - Mineurs seuls → 87.5 %
 - 1 maj + 2 min → 26 %
- Hétérogénéité des réponses
- Rôle des « Endocarditis Team » ?



Conclusion

- Le consensus penche pour l'antibiothérapie, mais varie fortement selon les scénarios
- Les critères majeurs sont les déterminants les plus forts du consensus
- Le consensus croît avec l'accumulation de critères
- Perspective : algorithmes thérapeutiques stratifiés et spécifiques au type de valve

MERCI ✨

Merci au groupe Delphi « **Possible Infective Endocarditis** », à l'URC Paris Nord et à B. Basli-Baillet