



# RODEO

## Relais oral dans les endocardites infectieuses à Cocci Gram Positif

**Essai randomisé contrôlé de non-infériorité**

Lemaignen, F. Le Villain Abraham, F. Goehringer, D. Boutoille, E. Demonchy, R. Lepeule, V. Dubée, O. Epaulard, A. Lesourd, E. Botelho-Nevers, P. Tattevin, X. Duval, A. Caille,

**L. Bernard** pour le RODEO Study group



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** : Nom/Prénom
- **Titre** : Intitulé de l'intervention

- 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

# La question ?

- ❖ Est-il possible de traiter par une antibiothérapie orale une endocardite bactérienne « stabilisée » du cœur gauche ?

Evaluation de la faisabilité d'un relais oral précoce dans les EI du cœur gauche à CG+

Stratégie de recrutement pragmatique

Schémas antibiotiques reproductibles

Focus sur les microorganismes les plus fréquents

→ projet RODEO (*Relais Oral Dans le traitement des Endocardites à staphylocoques ou streptocoques*)

# Expériences françaises en vie réelle



Disponible en ligne sur  
ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
EM|consulte  
www.em-consulte.com

Médecine et  
maladies infectieuses

Médecine et maladies infectieuses 41 (2011) 602–607

Original article

## Audit of antibiotic therapy used in 66 cases of endocarditis<sup>☆</sup>

*Évaluation de la qualité de l'antibiothérapie chez 66 patients ayant une endocardite infectieuse*

E. Demonchy<sup>a</sup>, P. Dellamonica<sup>a,b</sup>, P.M. Roger<sup>a,b</sup>, E. Bernard<sup>a</sup>, E. Cua<sup>a</sup>, C. Pulcini<sup>a,\*</sup>

<sup>a</sup> Service d'infectiologie, hôpital l'Archet 1, CHU de Nice, 151, route Saint-Antoine-de-Ginestière, BP 3079, 06202 Nice cedex 3, France

<sup>b</sup> Faculté de médecine de Nice, université de Nice Sophia-Antipolis, 28, avenue de Valombrose, 06107 Nice cedex 2, France

Received 2 February 2011; received in revised form 21 March 2011; accepted 8 August 2011

Available online 15 September 2011



International Journal of Antimicrobial Agents

Volume 54, Issue 2, August 2019, Pages 143–148



## High-dose trimethoprim-sulfamethoxazole and clindamycin for *Staphylococcus aureus* endocarditis

Hervé Tissot-Dupont<sup>a</sup>, Frédérique Gouriet<sup>a</sup>, Leopold Oliver<sup>c</sup>, Matthieu Jamme<sup>d</sup>, Jean-Paul Casalta<sup>a</sup>, Marie-Thérèse Jimeno<sup>e</sup>, Florent Arregle<sup>b</sup>, Cécile Lavoute<sup>b</sup>, Sandrine Hubert<sup>b</sup>, Mary Philip<sup>b</sup>, Hélène Martel<sup>b</sup>, Alberto Riberi<sup>f</sup>, Gilbert Habib<sup>b</sup>, Didier Raoult<sup>a</sup>



Clinical Microbiology and Infection 22 (2016) 607–612

Contents lists available at ScienceDirect

Clinical Microbiology and Infection

journal homepage: [www.clinicalmicrobiologyandinfection.com](http://www.clinicalmicrobiologyandinfection.com)



Original article

## Switch to oral antibiotics in the treatment of infective endocarditis is not associated with increased risk of mortality in non-severely ill patients<sup>☆</sup>

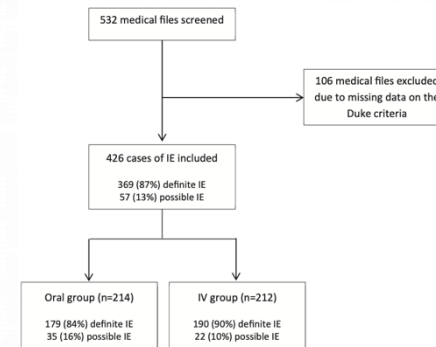
A. Mzabi<sup>1,2</sup>, S. Kernéis<sup>1,2,3</sup>, C. Richaud<sup>1,2,3</sup>, I. Podglajen<sup>1,2,3</sup>, M.-P. Fernandez-Gerlinger<sup>1,2,3</sup>, J.-L. Mainardi<sup>1,2,3,4,\*</sup>

<sup>1</sup> Unité Mobile de Microbiologie Clinique, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Hôpital Européen Georges Pompidou, France

<sup>2</sup> Service de Microbiologie, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Hôpital Européen Georges Pompidou, France

<sup>3</sup> Université Paris Descartes, France

<sup>4</sup> UMRs 1138, INSERM, Université Paris Descartes Sorbonne Paris Cité et Université Pierre et Marie Curie, Centre de Recherche des Cordeliers, Paris, France



Oral antibiotic regimen according to microorganism identified

| Microorganism          | Antibiotic regimen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Streptococci (n = 91)  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Amoxicillin (n = 84; 92%)</li> <li>Amoxicillin–clindamycin (n = 4; 4%)</li> <li>Amoxicillin–rifampin (n = 3; 3%)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Staphylococci (n = 54) | <ul style="list-style-type: none"> <li>Clindamycin–(rifampin or fluoroquinolone) (n = 15; 28%)</li> <li>Fluoroquinolone–rifampin (n = 13; 24%)</li> <li>Amoxicillin–(rifampin or fluoroquinolone or clindamycin) (n = 9; 17%)</li> <li>Fluoroquinolone (n = 4; 7%)</li> <li>Amoxicillin (n = 4; 7%)</li> <li>Clindamycin (n = 4; 7%)</li> <li>Rifampin–(Bactrim or doxycycline) (n = 2; 4%)</li> <li>Linezolid (n = 2; 4%)</li> <li>Rifampin (n = 1; 2%)</li> </ul> |
| Enterococci (n = 23)   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Amoxicillin (n = 21; 91%)</li> <li>Amoxicillin–rifampin (n = 2; 9%)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

# Les moyens pour répondre avec certitude à la question

## ❖ PHRC national

Soumission 2014 ✓  
Soutien RENARCI ✓  
AEPEI ✓  
CMIT SPILF ✓

# RODEO: Critères d'inclusion

Endocardite certaine du cœur gauche

Patient adulte

Au moins 10 jours de traitement antibiotique IV approprié  
(depuis la négativation des hémoc ou la chirurgie)

Durée de traitement prévue d'au moins 14 jours

Hémocultures stériles depuis 5 jours et Apyrexie depuis 2 jours

*Staphylococcus sp*

Sensible à Levofloxacin ET rifampicine

*Streptococcus sp* OR *Enterococcus sp*

Sensible à Amoxicilline ( $\text{CMI} \leq 0,125 \text{ mg/L}$ )

# RODEO: Critères de non-inclusion

Difficultés attendues d'utilisation de la voie orale

Contre-indication à un traitement oral du bras expérimental

Autre infection nécessitant un traitement antibiotique IV

Antécédent d'EI dans les 3 derniers mois

Chirurgie valvulaire planifiée dans les 6 mois à venir

Absence de retrait d'un matériel intracardiaque suspect d'être infecté (PM ou DAI)

Espérance de vie < 7 mois lors de la randomisation

Grossesse ou allaitement

IMC <15 ou >40 kg/m<sup>2</sup>

DFG < 30 mL/mn/1,73m<sup>2</sup>

# RODEO : Traitement

## Bras Experimental:

- ❖ Rodeo 1 (Staphylocoque)
  - Lévofoxacine 500mg (<70 kg) ou 750 mg (>70kg)
  - Rifampicine 600mg (<70 kg) ou 900 mg (>70kg)
- ❖ Rodeo 2 (Streptocoque-Enterocoque)
  - Amoxicilline 1,5g (<70 kg) ou 2g (>70kg) x 3/jour

Durée au moins 14 jours

## Bras contrôle IV :

Traitement IV conventionnel des EI selon les recommandations



# Objectifs

Objectif principal :  
Absence d'échec

## **Echec à J90**

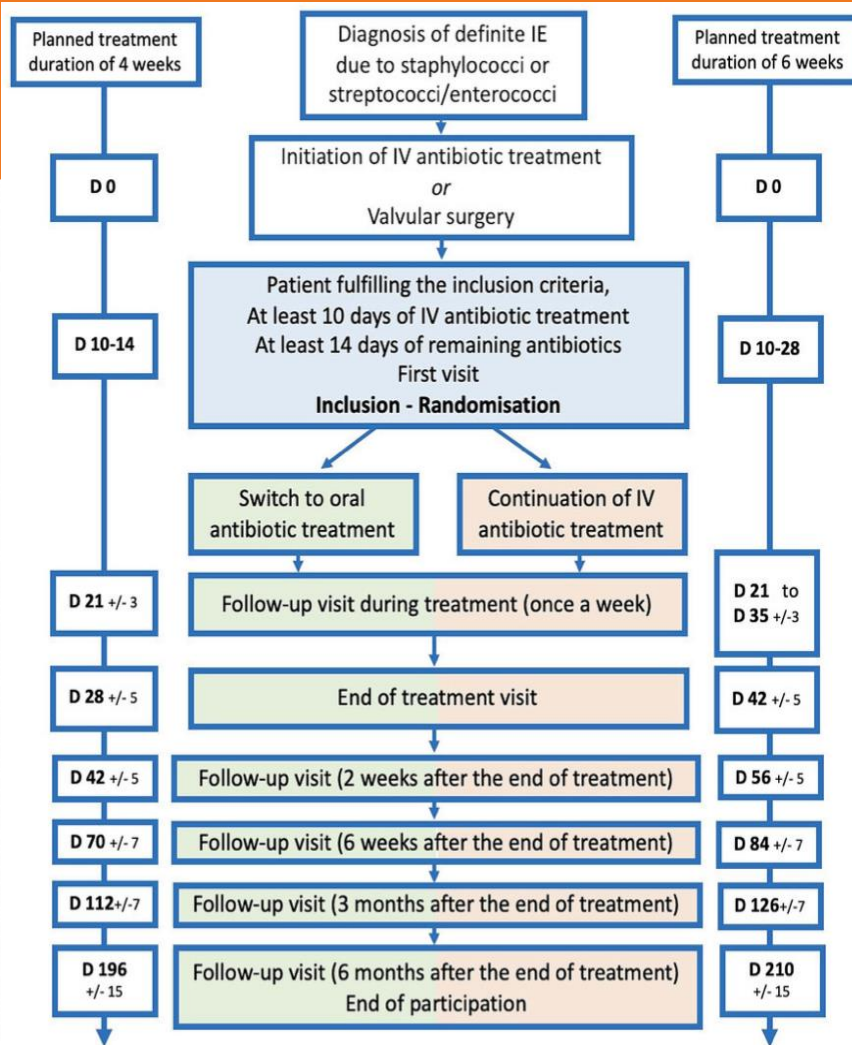
- Mortalité toute cause
- Embole symptomatique
- Chirurgie non programmée
- Rechute microbiologique

*Comité d'adjudication en aveugle*

## Objectifs secondaires

- Composants du critère principal
- Pronostic à M6
- Evolution échographique
- Complications liées aux cathéters
- Qualité de vie
- Modification des antibiotiques
- Observance
- Médico-économique

# RODEO: Intervention



# Les moyens pour répondre avec certitude à la question

## ❖ PHRC national ✓

- 2014 : RODEO
  - OK : 760 618 euros
  - mais uniquement le staphylocoque
- 2015 : Ok mais versé en 2016
- 2016 : 587 883 euros



## ❖ 2 essais randomisés contrôlés de non-infériorité simultanés

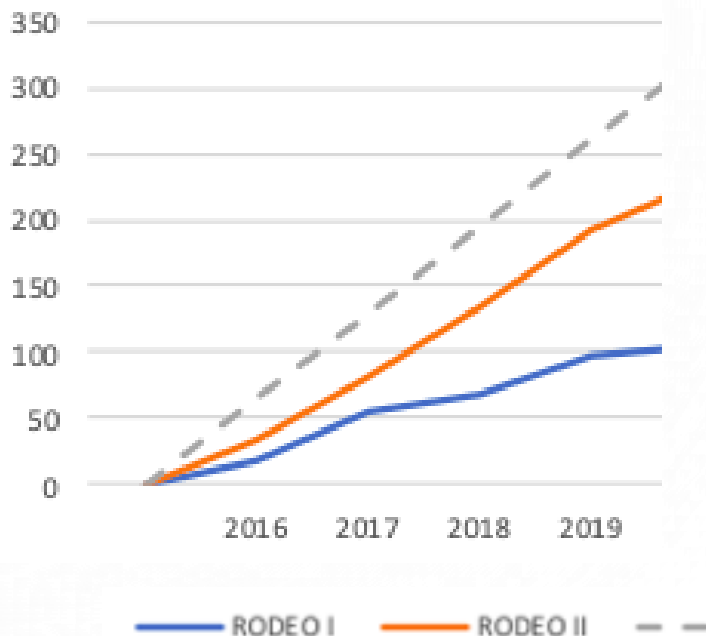
- RODEO I: EI à staphylocoques 324 patients
  - RODEO II: EI à streptocoques/entérocoques 324 patients
- 648 patients

Durée prévue de l'étude : 67 mois (recrutement 60 mois+ 7 mois de suivi)

Borne 10%

# RODEO: 1<sup>er</sup> inclus : 29/02/2016

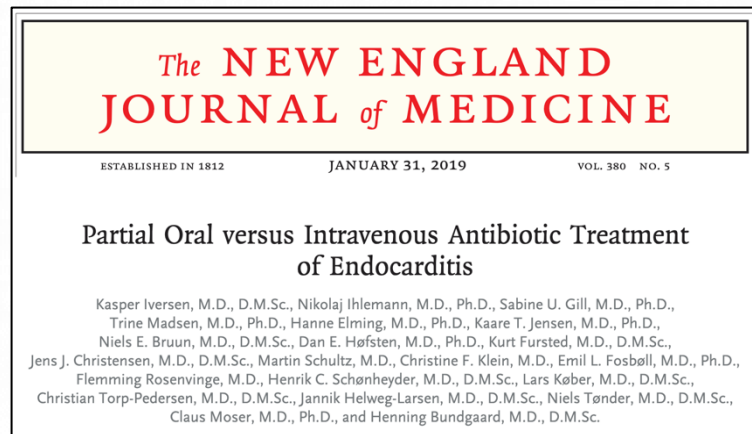
- ❖ 1<sup>er</sup> inclus : 29/02/2016
- ❖ Durée initiale prévue pour 67 mois (recrutement 60 mois+ 7 mois de suivi)
- ❖ Fin prévisible = 1<sup>er</sup> octobre 2021
- ❖ 46 centres français
- ❖ Equipe projet CHU Tours :
  - Biostatisticien : Agnès CAILLE , Floriane LE VILAIN ABRAHAM ;
  - Data Manager : Elody MUREAU ;
  - Pharmacie : Laura ZARAGOZA ;
  - Vigilant : Marie Sara AGIER ;
  - UEME : Fanny MONMOUSSEAU ;
  - Chargé d'étude : Julien DEMANTES ;
  - ARC moniteur : Kevin DEWEZ - Ismail SOUNA (et bien d'autres.. !)
  - ARC Coordonnateur : Aurélie AVARGUES – Elodie MOUSSET



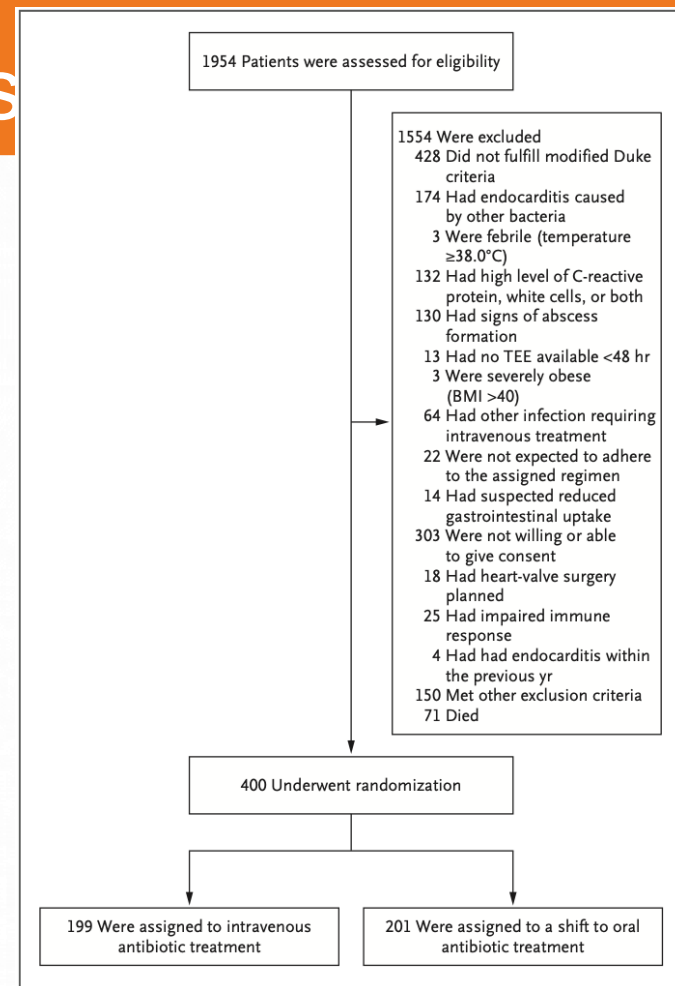
# RODEO : l'étude avance mais

# RODEO : l'étude avance mais

## The POET Study



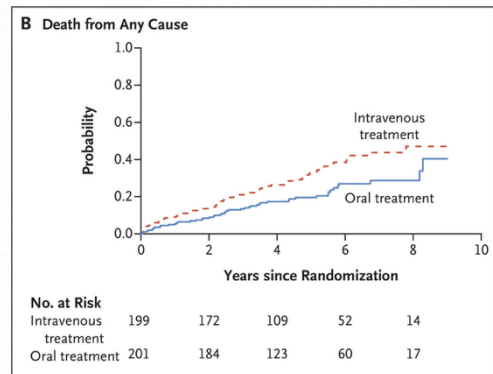
- ❖ Essai danois multicentrique randomisé en ouvert
- ❖ Et certaines du cœur gauche à CG+
- ❖ Au moins 10 jours de traitement IV
- ❖ Evolution favorable : clinique et ETO



# The POET Study

**Table 2.** Distribution of the Four Components of the Primary Composite Outcome.\*

| Component                              | Intravenous Treatment<br>(N = 199) | Oral Treatment<br>(N = 201) | Difference                    | Hazard Ratio<br>(95% CI) |
|----------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|--------------------------|
|                                        | number (percent)                   |                             | percentage points<br>(95% CI) |                          |
| All-cause mortality                    | 13 (6.5)                           | 7 (3.5)                     | 3.0 (−1.4 to 7.7)             | 0.53 (0.21 to 1.32)      |
| Unplanned cardiac surgery              | 6 (3.0)                            | 6 (3.0)                     | 0 (−3.3 to 3.4)               | 0.99 (0.32 to 3.07)      |
| Embolic event                          | 3 (1.5)                            | 3 (1.5)                     | 0 (−2.4 to 2.4)               | 0.97 (0.20 to 4.82)      |
| Relapse of the positive blood culture† | 5 (2.5)                            | 5 (2.5)                     | 0 (−3.1 to 3.1)               | 0.97 (0.28 to 3.33)      |



- ❖ Choix du traitement à la discrétion de l'investigateur
  - Grande diversité des schémas antibiotiques, avec bithérapies
  - Sous-étude PK sur 236 patients:
    - PTA de 88-100% pour amoxicilline et linezolide
    - PTA de 71-100% pour moxifloxacine et rifampicine
    - PTA de 9-17% pour la dicloxacilline !!

Pries-Heje MM et al, NEJM 2022 – Bock M et al, CID 2023

# RODEO : On continue....on modifie un peu

- ❖ 01/03/2017 : Changement du DFG de 50 à 30 ml/mm/1,73m<sup>2</sup>
- ❖ 29/03/2018 : Changement de la CMI streptocoque de 0.125 à 0.5mg/l
- ❖ 26/02/2021 : Modification de la lettre d'information pour l'alerte sur les fluoroquinolones
- ❖ Péréemption des antibiotiques fournis
- ❖ Publication de la méthodologie - SIGAPS (*Lemaingnen A et al BMJ Open 2020*)



# RODEO: 1<sup>er</sup> inclus : 29/02/2016

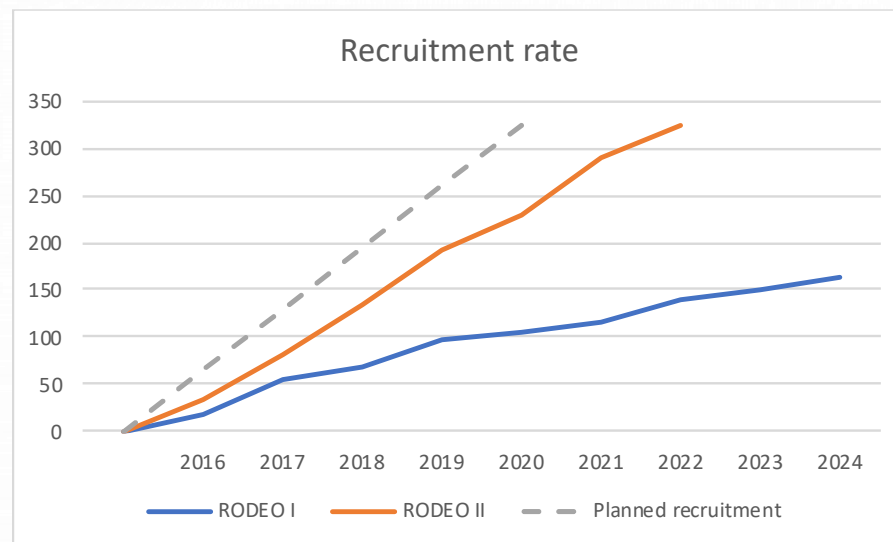
❖ **Durée initiale prévue pour 67 mois**  
(recrutement 60 mois+ 7 mois de suivi)

- Extension de 3 ans recommandée en 2021 par le Comité de Suivi

❖ **46 centres français**

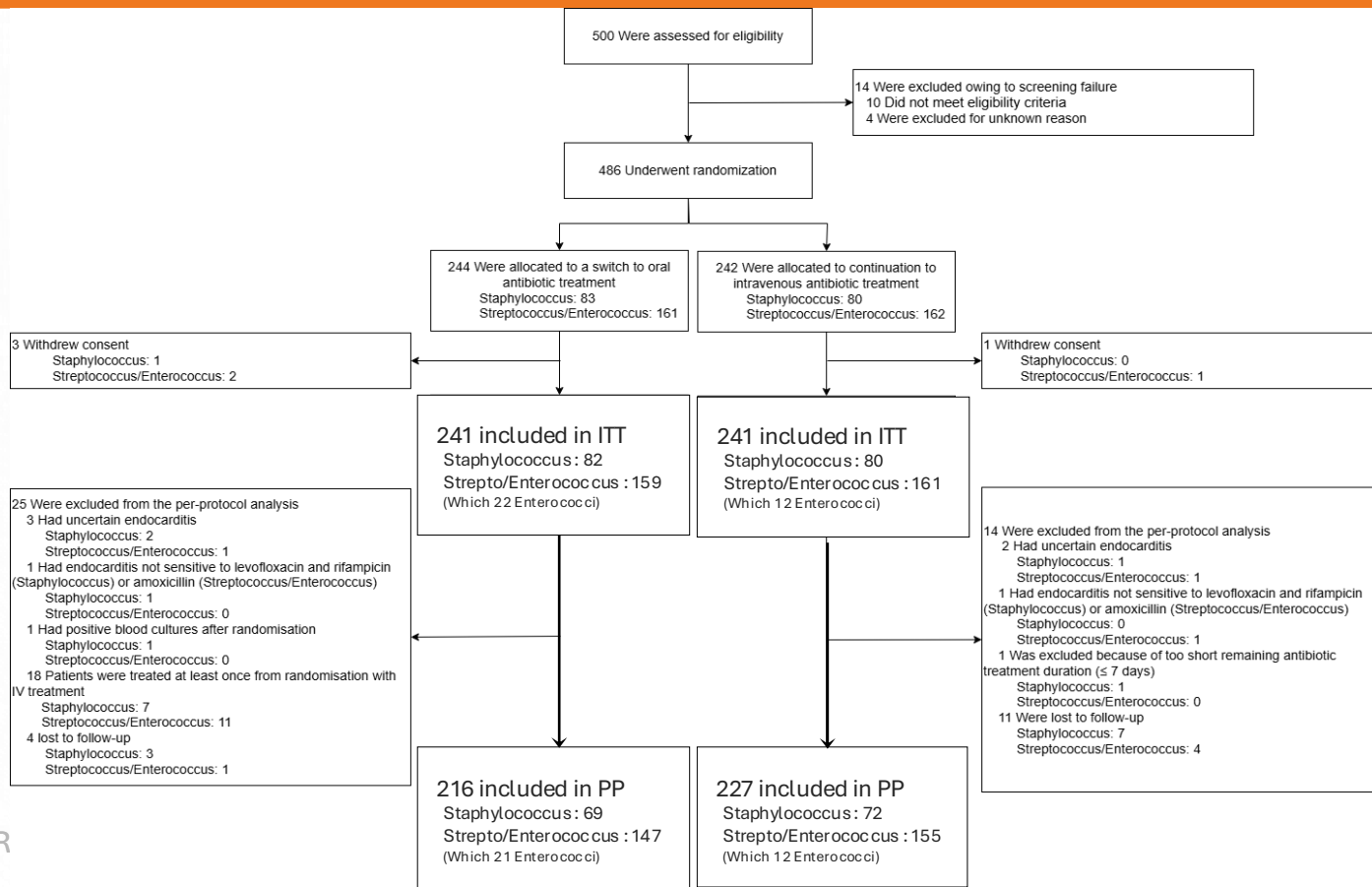
❖ **1<sup>er</sup> inclus : 29/02/2016**

- **RODEO II: 324 patients**
  - Fin du recrutement : 22/11/2022
  - Fin du suivi : 06/2023
- **RODEO I: 324 patients prévus**
  - Recrutement stoppé à 50% (162 patients)
  - Dernier recrutement : 08/04/2024
  - Dernier suivi : 12/2024



→ Décision de fusionner les 2 essais

# RODEO : Diagramme de flux



# RODEO : Caractéristiques des populations

| Caractéristiques patients | Bras oral (241) | Bras IV (241) |
|---------------------------|-----------------|---------------|
| Âge                       | 65.8±16.2       | 64.9±14.3     |
| Sexe féminin              | 53 (22.0%)      | 60 (24.9%)    |
| IMC                       | 25.5±4.5        | 25.3±4.4      |
| Score de Charlson         | 3 (2-6)         | 3 (2-5)       |
| Valvulopathie             | 89 (36.9%)      | 90 (37.3%)    |
| Prothèse valvulaire       | 57 (23.7%)      | 50 (20.8%)    |
| Présence de PM/DAI        | 9 (3.7%)        | 18 (7.5%)     |
| Matériel endovasculaire   | 23 (9.5%)       | 30 (12.5%)    |
| Matériel orthopédique     | 37 (15.4%)      | 25 (10.4%)    |

| Caractéristiques endocardite | Bras oral (241) | Bras IV (241) |
|------------------------------|-----------------|---------------|
| Aortique                     | 121 (50.6%)     | 128 (53.8%)   |
| Mitrale                      | 91 (38.1%)      | 91 (38.2%)    |
| 2 localisations              | 27 (11.3%)      | 19 (8.0%)     |
| Abcès                        | 21 (9.0%)       | 20 (8.5%)     |
| Insuffisance cardiaque       | 35 (14.5%)      | 35 (14.5%)    |
| Emboles                      | 100 (41.5%)     | 117 (48.6%)   |
| Choc septique                | 16 (6.6%)       | 12 (5.0%)     |
| Durée ttt IV avant rando (j) | 15.5±5.9        | 15.4±5.1      |
| Chirurgie                    | 86 (35.7%)      | 87 (36.1%)    |

# RODEO : Résultats à M3

| Analyse principale      | Relais oral de l'antibiothérapie | Poursuite du traitement IV | Différence de risque (95% CI) |
|-------------------------|----------------------------------|----------------------------|-------------------------------|
|                         | no. d'échecs/total no. (%)       |                            | Pourcentages                  |
| Analyse principale      |                                  |                            |                               |
| analyse en ITT          | <b>31 / 241(12.9%)</b>           | <b>35 / 241(14.5%)</b>     | <b>-1.66 [-7.80;4.48]</b>     |
| Analyses de sensibilité |                                  |                            |                               |
| Analyse Per protocole   | 25 / 216 (11.6%)                 | 23 / 227 (10.1%)           | 1.44 [-4.36;7.24]             |
| Analyse en cas complets | 27 / 237 (11.4%)                 | 24 / 230 (10.4%)           | 0.96 [-4.70;6.61]             |
| Analyse ajustée         | 31 / 241(12.9%)                  | 35 / 214 (14.5%)           | -1.15 [-6.27;3.97]            |

# RODEO : Résultats à M3

| Analyse en sous-groupes                   | Relais oral de l'antibiothérapie | Poursuite du traitement IV | Différence de risque (95% CI) | p-value interaction |
|-------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-------------------------------|---------------------|
|                                           | no. d'échecs/total no. (%)       |                            | Pourcentages                  |                     |
| <b>Chirurgie pour le contrôle de l'EI</b> |                                  |                            |                               |                     |
| Non                                       | 23/155 (14.8%)                   | 27/154 (17.5%)             | -2.69 [-10.90;5.52]           | 0.645               |
| Oui                                       | 8/86 (9.3%)                      | 8/87 (9.2%)                | 0.11 [-8.53;8.74]             |                     |
| <b>Bactérie responsable de l'EI</b>       |                                  |                            |                               |                     |
| Staphylococcus sp.                        | 10/82 (12.2%)                    | 15/80 (18.8%)              | -6.55 [-17.66;4.55]           | 0.280               |
| Streptococcus/Enterococcus sp.            | 21/159 (13.2%)                   | 20/161 (12.4%)             | 0.79 [-6.54;8.11]             |                     |

# RODEO : Analyses secondaires M6

## ❖ Pronostic à 6 mois et selon les critères d'échec

|                         | Relais oral de l'antibiothérapie | Poursuite du traitement IV | Différence de risque (95% CI) |
|-------------------------|----------------------------------|----------------------------|-------------------------------|
|                         | no. d'échecs/total no. (%)       |                            | Pourcentages                  |
| Analyse en ITT          | 49/241 (20.3%)                   | 45/241 (18.7%)             | 1.66<br>[-5.41;8.73]          |
| Analyse Per protocol    | 39/216 (18.1%)                   | 33/227 (14.5%)             | 3.52<br>[-3.36;10.40]         |
| Analyse en cas complets | 40/232 (17.2%)                   | 32/228 (14.0%)             | 3.21<br>[-3.42;9.84]          |
| Analyse ajustée         | 49/241 (20.3%)                   | 45/241 (18.7%)             | 2.32<br>[-5.24;9.88]          |

# RODEO : Analyses secondaires M6

## ❖ Pronostic à 6 mois et selon les critères d'échec

|                                                | Relais oral de<br>l'antibiothérapie | Poursuite du<br>traitement IV | Différence de<br>risque<br>(95% CI) |
|------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
|                                                | no. d'échecs/total no. (%)          |                               | Pourcentages                        |
| <b>Composantes du critère d'échec à 3 mois</b> |                                     |                               |                                     |
| <b>Mortalité toute cause</b>                   | 6/237 (2.5%)                        | 8/230 (3.5%)                  | -0.95 [-4.05;2.15]                  |
| <b>Emboles symptomatiques</b>                  | 4/237 (1.7%)                        | 5/230 (2.2%)                  | -0.49 [-2.98;2.01]                  |
| <b>Chirurgie cardiaque non planifiée</b>       | 18/237 (7.6%)                       | 9/230 (3.9%)                  | 3.68 [-0.52;7.88]                   |
| <b>Récidive microbiologique</b>                | 5/237 (2.1%)                        | 7/230 (3.0%)                  | -0.93 [-3.81;1.94]                  |
|                                                |                                     |                               |                                     |
| <b>Composantes du critère d'échec à 6 mois</b> |                                     |                               |                                     |
| <b>Mortalité toute cause</b>                   | 13/232 (5.6%)                       | 10/228 (4.4%)                 | 1.22 [-2.76;5.20]                   |
| <b>Emboles symptomatiques</b>                  | 7/232 (3.0%)                        | 7/228 (3.1%)                  | -0.05 [-3.19;3.09]                  |
| <b>Chirurgie cardiaque non planifiée</b>       | 25/232 (10.8%)                      | 16/228 (7.0%)                 | 3.76 [-1.43;8.95]                   |
| <b>Récidive microbiologique</b>                | 7/232 (3.0%)                        | 8/228 (3.5%)                  | -0.49 [-3.74;2.76]                  |

# RODEO : Analyses secondaires

## ❖ Tolérance

|                                                 | Relais oral de l'antibiothérapie | Poursuite du traitement IV |
|-------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|
| Effets secondaires liés au catheter à M3        | 3/241 (1,2%)                     | 18/241 (7,5%)              |
| Infections associées aux soins à M3             | 6/241 (2,5%)                     | 17/241 (7,1%)              |
| Dont colite à <i>Clostridioides difficile</i>   | 1/241 (0,4%)                     | 3/241 (1,2%)               |
| Dont bactériémie ou fongémie liée au cathéter   | 1/241 (0,4%)                     | 3/241 (1,2%)               |
| Au moins 1 effet secondaire grave – no.%        | 76/241 (31,5%)                   | 72/241 (29,9%)             |
| En lien avec le traitement de l'étude           | 12/241 (4,9%)                    | 10/241 (4,1%)              |
| Nausées/Vomissements                            | 5/76                             | 0/72                       |
| Insuffisance rénale aigue                       | 4/76                             | 3/72                       |
| Conduisant à l'arrêt du traitement antibiotique | 10/241                           | 8/241                      |
| Au moins 1 effet secondaire non grave – no.%    | 170/234 (72.7%)                  | 159/226 (70.4%)            |

## ❖ Durée médiane d'hospitalisation

- Bras oral : 18 jours (14-25)
- Bras IV : 20 jours (15-28)



# Conclusion (1)

## ❖ Principaux résultats

- Non-infériorité démontrée du relais oral dans les endocardites du cœur gauche à staphylocoques ou streptocoques sensibles, y compris au sein des sous-groupes
- Antibiothérapie standardisée
  - Dont monothérapie pour streptocoques/entérocoques si CMI  $\leq 0,5$
- Après évaluation clinique de l'évolution favorable
  - Indications plus large que pour POET

## ❖ Principales limites

- Difficultés de recrutement, longue durée d'étude (staph ++)
- Puissance insuffisante pour conclure pour entérocoques

# Conclusion (2)

- Questions en suspens
  - Applicabilité à l'entérocoque ?
  - Quelle est la meilleure option pour des staph : C1G orale ?
  - Traitement de durée + courte : sur quels critères
  - Etude randomisée : meilleure des stratégies en recherche clinique ?

# Merci !

## Equipe RODEO

Louis BERNARD  
Adrien LEMAIGNEN  
Agnès CAILLE  
Bruno GIRAUDEAU  
Fanny MONMOUSSEAU  
Floriane LE VILLAIN ABRAHAM  
Pierre TATTEVIN  
Céline PULCINI  
Annie-Pierre JONVILLE-BERA  
Marie-Sarah AGIER  
Mathieu LAFAURIE  
Pascale BEMER  
Cyrille BERGEROT  
Eric MAURY  
Olivier CHASSANY  
Rodolphe GARRAFFO  
Jean-Pierre BRU  
Xavier DUVAL  
Bruno HOEN  
Vincent LE MOING  
Jean-Luc MAINARDI

## Investigateurs RODEO

Elisabeth ROUVEIX NORDON  
Lelia ESCAULT  
Xavier DUVAL  
Solen KERNEIS  
Raphaël LEPEULE  
Caroline CHARLIER  
Aurélien DINH  
Jean-Luc MAINARDI  
Laure SURGERS  
Jean-Pierre BRU  
Thomas GUIMARD  
Xavier LEMAIRE  
Pauline CARAUX PAZ  
Hitoto HIKOMBO  
Emmanuel FORESTIER  
Simon SUNDER  
Lydie KHATCHATOURIAN  
Mathieu DUPONT  
Eric SENNEVILLE  
Laurent HOCQUELOUX  
Adrien LEMAIGNEN  
Jean-Philippe LANOIX  
Vincent DUBEE  
Catherine CHIROUZE  
Fabrice CAMOU  
Renaud VERDON

Magali VIDAL  
Lionel PIROTH  
Olivier EPAULARD  
Karine FAURE  
François GOEHRINGER  
David BOUTOILLE  
Elisa DEMONCHY  
Catherine LECHICHE  
Guillaume BERAUD  
Pierre TATTEVIN  
Anaïs LESOURD  
Franck SIBELLAS  
Bertrand ISSARTEL  
François DELAHAYE  
Clémence RICHAUD



Et les patients !!!!



# Congrès ISCVID 2026 – AEPEI

## ISCVID

18th International Symposium  
On Modern Concepts in Endocarditis  
And Cardiovascular Infections



## 2026

JUNE 28-30  
RENNES, FRANCE

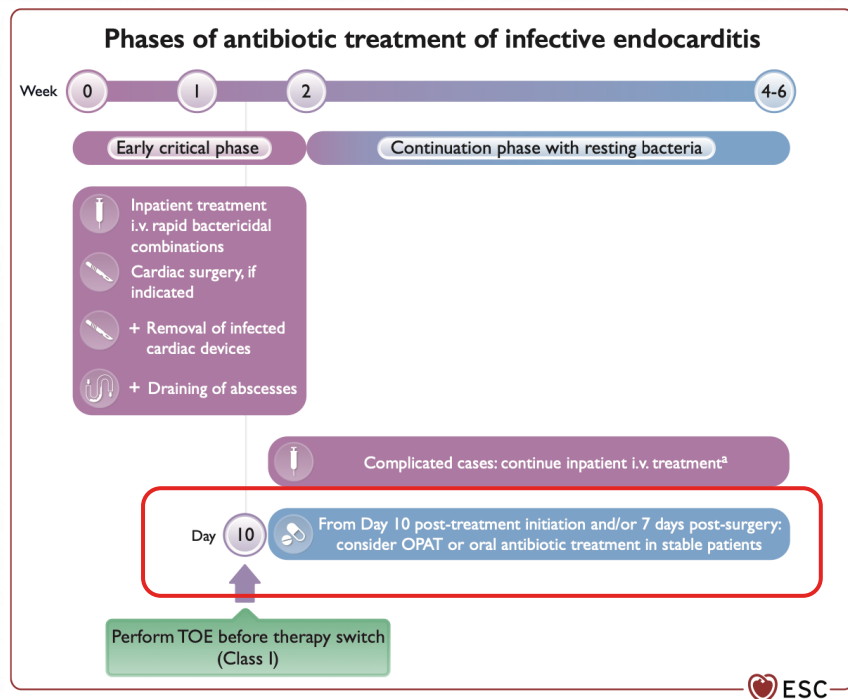


### Tous les 2 ans, 100% anglophone

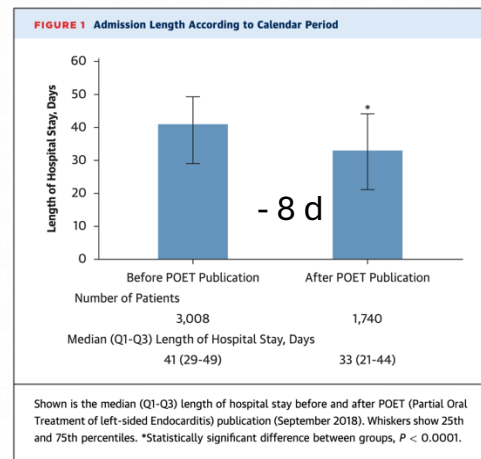
- Endocardites & autres infections cardio-vasculaires
- Infectiologues/Cardiologues/microbios/chir cardiaque/imagerie
- 250/300 participants, Sessions plénières + posters

Programme et inscription via <https://www.iscvid2026-rennes.com/>

# The POET Study: applications



- ❖ 45% des patients éligibles
  - 50% relayé par antibiothérapie orale
- ❖ Avant/Après: - 8 jours d'hospit



# Expériences françaises en vie réelle

Clinical Infectious Diseases

MAJOR ARTICLE



## Should We Extend the Use of Oral Antibiotics in Infective Endocarditis? The ENDO-ORAL Study

Benoit Rallet,<sup>1,4,6</sup> Romane Pouy,<sup>2,4</sup> Claire Coutureau,<sup>1</sup> Mathieu Blot,<sup>1</sup> Firouzé Bani-Sadr,<sup>2,6</sup> Thibault Sixt,<sup>1,6</sup> Marin Moutel,<sup>4,6</sup> Lionel Piroth,<sup>1,4,6</sup> and Maxime Hentzien<sup>4,6</sup>



- ❖ Etude bicentrique, 2016–2023
- ❖ 45% non-éligibles POET  
→ 48% groupe oral
- ❖ *Strep*: amoxicilline monoT
- ❖ *Staph*: FQ + rif / clinda / doxy

### Analysis

|                                                 | HR (95% CI)             |
|-------------------------------------------------|-------------------------|
| Univariate Cox model                            | HR = 0.46 (0.23 - 0.90) |
| Univariate time-dependent Cox model             | HR = 0.55 (0.28 - 1.08) |
| Time-dependent Cox model after IPTW             | HR = 0.55 (0.26 - 1.17) |
| Time-dependent Cox model after optimal matching | HR = 0.65 (0.30 - 1.41) |

