

Un an d'endocardites infectieuses (EI) dans un centre bénéficiant d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP)

M.Morrier(1), Th.Le Tourneau(2), Ph.Bizouarn(3), O.Al Habash(4), M.Michel(2), J.Caillon(5), D.Boutoille(1)

1 Maladies Infectieuses, 2 Cardiologie, 3 Réanimation cardio-thoracique, 4 Chirurgie thoracique, 5 Bactériologie



INTRODUCTION

L'épidémiologie des EI s'est modifiée au cours des dernières décennies avec un vieillissement de la population atteinte et donc une modification des facteurs de risque d'EI, notamment d'avantage d'EI sur valve prothétique et d'EI nosocomiales et/ou liées aux soins. Tout ceci a eu un impact sur la microbiologie et l'on a constaté une diminution des EI liées aux streptocoques oraux au profit des EI liées à *Staphylococcus aureus* comptant pour près de 30% des cas. La mortalité reste stable depuis 30 ans, aux alentours de 20% à la phase hospitalière initiale (1,2).

MATERIEL ET METHODES

• Etude monocentrique rétrospective de Mars 2013 à Mars 2014 inclus.

• **Critères d'inclusion:** âge ≥ 18 ans + diagnostic d'EI « possible » ou « certaine » selon les critères de Duke retenu à l'issu de la RCP hebdomadaire.

• **RCP :** infectiologues, cardiologues, chirurgiens cardiaque, microbiologistes: coordination de la prise en charge, relecture des images, prise en charge collégiale.

RESULTATS

1. Population

- 94 cas inclus dont 85,1% jugés « certains » selon la classification de Duke.
- Nette majorité d'hommes (73,4%) – Moyenne d'âge 66,1 ans.

2. Terrains à risque

- Valvulopathie dégénérative: 21,3%,
- Prothèse valvulaire: 28,7%,
- Matériel implantable: 13,8%, Cardiopathie congénitale: 4,2%,
- Antécédent d'EI: 9,6%, Toxicomanie: 4,2%

3. Image échographique

- Atteinte univalvulaire: Aortique 42,5%, Mitrale 25,5%
Atteinte bivalvulaire: 12%.
- Végétation: 77,6%, Abscès: 10,6%, Fuites: 67% (dont 44% de grade 3 ou 4)

4. Documentation microbiologique (Figure 1)

- 85 Hémocultures positives: 90,4%
* *S.aureus* (n=28) : 29,7% des cas dont 10,7% de SARM
- 9 Hémocultures négatives: 9,6%
* 1 sérologie Fièvre Q positive
* 2 PCR sur valve positives (*S.galloyticus*, *S.mitis*)

5. Porte d'entrée (Figure 2)

- Bilan dentaire : 52,1%, Coloscopie: 37,2%

6. Bilan d'extension

- Emboles non neurologiques: 40,4%
- Atteinte neurologique: 30,8% - dont la moitié asymptomatiques

7. Traitement médical

- 100% des patients
- Durée moyenne: 53,2 jours +/- 21,3

8. Traitement chirurgical (Figure 3)

- 42,5% de la cohorte
- Délai moyen par rapport au début de l'antibiothérapie: 18,3 jours +/- 17,4
- Pose d'une bioprothèse dans 60% des cas

9. Devenir des patients (Tableau 1)

- Mortalité hospitalière: 9,5%
- Mortalité à 1 an: 26,6% - Mortalité de 7,5% parmi les patients opérés.
- Rechutes dans l'année suivante: 2 patients

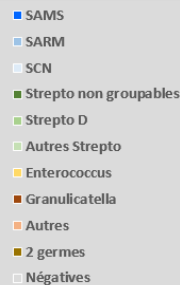


Figure 1 : Répartition du résultat des hémocultures (%)

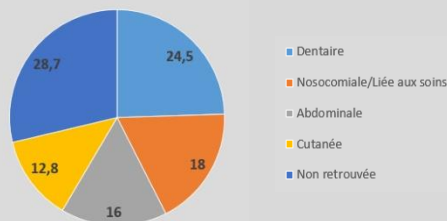


Figure 2 : Répartition des portes d'entrée retrouvées ou non (%)

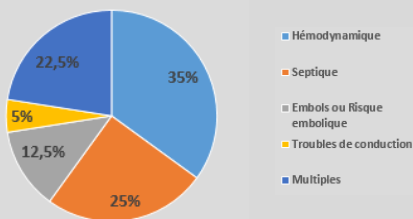


Figure 3 : Indications chirurgicales (%)

Variable	RR	p
BMI >30	4	0,005
<i>Staphylococcus aureus</i>	3,4	0,007
Insuffisance Rénale Chronique	2,9	0,027
Atteinte aortique	2,7	0,034
Chirurgie	0,1	0,002

Tableau 1 : Variables significativement associées à la mortalité en analyse multivariée

DISCUSSION: Si dans les années 1990 les streptocoques oraux étaient les premiers pourvoyeurs d'EI au CHU de Nantes (3), *Staphylococcus aureus* est actuellement le premier responsable, représentant près de 30% des cas. Même si nos 4 patients toxicomanes ont tous présenté une EI à *Staphylococcus aureus*, la part d'EI nosocomiale et/ou liée aux soins croissante participe également à cette évolution microbiologique. Le pronostic de l'EI reste sévère et une collaboration multidisciplinaire semble indispensable de façon à coordonner et améliorer la survie des patients pris en charge.

(1) Slipczuk L, Codolosa JN, Davila CD, Romero-Corral A, Yun J, Pressman GS, et al. Infective Endocarditis Epidemiology Over Five Decades: A Systematic Review. PLoS ONE

(2) Selton-Suty C, Célar M, Le Moing V, Doco-Lecompte T, Chirouze C, Lung B, et al. Preeminence of *Staphylococcus aureus* in infective endocarditis: a 1-year population-based survey. Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am. mai 2012;54(9):1230-9.

(3) Bammert A. 10 ans d'endocardites infectieuses au CHU de Nantes (1994-2003)-Thèse médecine. Université de Nantes. 2004.