

## ENDOCARDITE INFECTIEUSE: PROPHYLAXIE

### • Remarques préalables

- Les recommandations ci-dessous reflètent les recommandations de 2007 de la AHA (soutenues par l'IDSA) et les recommandations de 2009 de la ESC pour la prévention de l'endocardite infectieuse (prophylaxie primaire et secondaire).

### • Groupes cible

- La prophylaxie d'endocardite bactérienne est dirigée vers et limitée aux patients à haut risque qui probablement subiraient les conséquences les plus dévastatrices au cas où ils développeraient une endocardite infectieuse.
  - Présence de prothèses valvulaires tant natives (y compris les greffes homologues) que mécaniques et après le rétablissement chirurgical d'une valve.
  - Antécédents d'endocardite infectieuse.
  - Pathologie cardiaque congénitale en cas de (pas de prophylaxie en cas d'autres formes de pathologie cardiaque congénitale):
    - malformation rétablie complètement au moyen d'appareil ou de matériel prothétique (mis en place soit par chirurgie soit par intervention endovasculaire) pendant les 6 premiers mois après l'intervention.
    - malformation rétablie avec défaut résiduel à proximité du volet ou de l'appareil prothétique.
    - maladie cyanotique persistante, y compris la présence de shunts palliatifs ou communications.
  - Valvulopathie après transplantation cardiaque.
- Les autres patients ne courent pas de risque élevé et n'ont pas besoin de prophylaxie d'endocardite bactérienne (les régimes destinés à la prévention ou le traitement d'autres infections doivent être maintenus).

### • Interventions

La prophylaxie est restreinte (voir algorithme) aux interventions qui pourraient entraîner une bactériémie à entérocoques ou streptocoques (du groupe viridans).

- Interventions dentaires.
  - Prophylaxie [régime standard (voir en-dessous)] recommandée chez tous les patients à haut risque pour les interventions suivantes:
    - manipulation de la gencive.
    - manipulation des tissus de la région périapicale.
    - perforation de la muqueuse buccale.
  - Pas de prophylaxie (même pas chez les patients à haut risque) en cas:
    - d'injection pour anesthésie dans une muqueuse non infectée.
    - de réalisation d'examens radiologiques.
    - de mise en place d'un appareil orthodontique ou d'une prothèse amovible.
    - d'adaptation d'appareils orthodontiques.
    - de mise en place de brackets orthodontiques.
    - de perte des dents de lait.
    - de saignement après traumatisme de la lèvre ou de la muqueuse buccale.
- Interventions au niveau des voies respiratoires.
  - Prophylaxie recommandée chez les patients à haut risque qui subissent une intervention au niveau des voies respiratoires dans le but de traiter une infection établie (telle que le drainage d'un abcès ou d'un empyème).  
En ce cas, le régime, utilisé pour traiter l'infection, doit toujours contenir un antibiotique:
    - actif contre les streptocoques du groupe viridans.
    - antistaphylococcique si (suspicion d') infection à staphylocoques (les facteurs de risque pour infections à staphylocoques résistants à la pénicilline doivent être pris en considération).
  - Prophylaxie [régime standard (voir en-dessous)] peut être envisagée chez les patients à haut risque pour des raisons autres que le traitement d'une infection établie [procédure ou intervention invasive s'accompagnant d'une incision ou d'une biopsie des muqueuses respiratoires (y compris une bronchoscopie rigide)].
- Interventions invasives au niveau du système gastro-intestinal ou uro-génital.
  - Pas de prophylaxie en cas d'absence (de risque) d'infection.
  - Prophylaxie indiquée chez les patients à haut risque.
    - Patients avec une infection établie du système gastro-intestinal ou uro-génital: il est raisonnable d'inclure dans le régime thérapeutique un antibiotique actif contre les entérocoques.
    - Patients auxquels des antibiotiques prophylactiques sont administrés (prévention d'infections de la peau et des tissus mous ou de sepsis dans le contexte d'une intervention sur le système

- gastro-intestinal ou urogénital): il est raisonnable d'inclure dans le régime prophylactique un antibiotique actif contre les entérocoques [régime élargi (voir en-dessous)].
- Patients avec une infection urinaire entérococcique ou colonisés par des entérocoques qui vont subir une intervention planifiée sur le système uro-génital: il est recommandé d'éradiquer les entérocoques de l'urine avant l'intervention (ou de postposer, si possible, l'intervention jusqu'après l'éradication).
  - Patients avec une infection urinaire entérococcique ou colonisés par des entérocoques qui vont subir une intervention non planifiée sur le système urogénital: il est recommandé d'inclure dans le régime prophylactique un antibiotique actif contre les entérocoques [régime élargi (voir en-dessous)].
  - Interventions sur une peau infectée, des tissus mous et/ou musculo-squelettiques infectés: il est raisonnable d'inclure dans le régime thérapeutique un antibiotique actif contre staphylocoques et streptocoques bêta-hémolytiques.

#### • **Traitement anti-infectieux prophylactique**

En cas de chirurgie les antibiotiques mentionnés ci-dessous doivent être administrés en combinaison avec (et pas remplacer) les antibiotiques utilisés pour la prévention des infections de la peau et des tissus mous.

- Régimes de base et posologies standard.
  - Patients capables de prendre des médicaments par voie orale: amoxicilline (dose unique de 2 g po).
  - Patients incapables de prendre des médicaments par voie orale.
    - Premier choix: ampicilline (dose unique de 2 g iv ou im).
    - Alternatives.
      - ▲ Céfazoline (dose unique de 1 g iv ou im).
      - ▲ Ceftriaxone (dose unique de 1 g iv ou im).
- Régimes élargi et posologies standard: ampicilline (dose unique de 2 g iv ou im) + gentamicine (dose unique de 1,5 mg/kg iv).

#### • **Timing**

- Administration par voie orale: 1 heure avant le début de l'intervention.
- Administration par voie intraveineuse ou intramusculaire: endéans les 30 minutes qui précèdent le début de l'intervention.

La AHA recommande d'administrer tous les antibiotiques (indépendamment de la voie d'administration) endéans les 30 à 60 minutes qui précèdent le début de l'intervention.