

## ENDOCARDITE INFECTIEUSE: REMARQUES PREALABLES

### • Diagnostic basé sur les critères modifiés de Duke

- Critères de Duke modifiés.
  - Critères majeurs.
    - Hémocultures.
      - ▲ Présence de pathogènes typiques (compatibles avec endocardite infectieuse) en 2 hémocultures séparées en absence d'un foyer primaire: streptocoques du groupe viridans, *Streptococcus gallolyticus*, membres du groupe HACEK [*Haemophilus* spp. (*Haemophilus parainfluenzae*, ...) *Aggregatibacter* spp. (*Aggregatibacter aphrophilus*, *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, ...), *Cardiobacterium hominis*, *Eikenella corrodens*, *Kingella kingae*], *Staphylococcus aureus*, entérocoques communitaires.
      - ▲ Présence persistante des pathogènes dans:
        - △ au moins 2 hémocultures obtenues à > 12 heures d'intervalle.
        - △ 3 sur 3 hémocultures.
        - △ la majorité de ≥ 4 hémocultures (intervalle d'au moins 1 heure entre le premier et le dernier prélèvement).
      - ▲ Une seule hémoculture positive pour *Coxiella burnetii* ou titre de l'antiphase I IgG anticorps > 1:800.
    - Evidence d'atteinte de l'endocarde sur échocardiographie transœsophagienne ou transthoracique.
      - ▲ Masse intracardiaque oscillante sur la valve ou les structures paravalvulaires dans le trajet d'un flux turbulent ou sur du matériel implanté (en absence d'autres explications anatomiques).
      - ▲ Abscès.
      - ▲ Déhiscence partielle nouvelle d'une valve prothétique.
      - ▲ Régurgitation valvulaire nouvelle (modification clinique d'un souffle existant est insuffisante).
  - Critères mineurs.
    - Prédilection, cardiopathie sous-jacente connue, toxicomanie.
    - Fièvre (température > 38 °C).
    - Présence de phénomènes vasculaires: embolies artérielles majeures, infarctus pulmonaire septique, anévrisme mycosique, hémorragie intracrânienne ou conjonctivale, lésions de Janeway, pétéchies.
    - Présence de phénomènes immunologiques: glomérulonéphrite, nodules d'Osler, lésions de Roth, facteur rhumatoïde positif.
    - Evidence microbiologique (hémocultures positives) ne remplissant pas les critères majeurs mentionnés au-dessus [à l'exception d'une seule hémoculture positive pour staphylocoques à coagulase négative ou d'autres organismes incompatibles avec endocardite infectieuse (ne peut être accepté comme critère mineur)].
    - Evidence sérologique d'une infection active causée par un organisme compatible avec endocardite infectieuse.
- Diagnostic.
  - Endocardite infectieuse certaine.
    - Evidence d'atteinte infectieuse de l'endocarde sur pièce chirurgicale (ou d'autopsie).
    - Présence de 2 critères majeurs.
    - Présence de 1 critère majeur + 3 ou 4 critères mineurs.
    - Présence de 5 critères mineurs (en absence de critères majeurs).
  - Endocardite infectieuse possible.
    - Présence de 1 critère majeur + 1 ou 2 critères mineurs.
    - Présence de 3 ou 4 critères mineurs (en absence de critères majeurs).
  - Endocardite infectieuse exclue.
    - En cas de diagnostic alternatif confirmé.
    - En cas de résolution des symptômes d'endocardite après ≤ 4 jours de traitement anti-infectieux.
    - Si les critères pour le diagnostic d'endocardite certaine ou possible ne sont pas remplis.
    - Si exclue par pièce chirurgicale (ou d'autopsie) obtenue ≤ 4 jours après l'initiation du traitement anti-infectieux.

### • Chirurgie

- Valve native.
  - Antibiothérapie: capable de guérir la majorité des patients (pas besoin de chirurgie).

- Chirurgie indiquée chez les patients qui présentent avec:
  - régurgitation tricuspide ou mitrale, évidence hémodynamique d'augmentation de la pression télédiastolique ventriculaire gauche ou auriculaire gauche.
  - infection fongique ou à bactéries hautement résistantes.
  - endocardite compliquée par bloc cardiaque, abcès annulaire ou aortique ou lésions pénétrantes destructives (du sinus de Valsalva vers l'oreillette droite, fistule ventriculaire droite ou auriculaire gauche, perforation du feuillet mitral avec endocardite de la valve aortique ou infection de l'anneau fibreux).
- Chirurgie est raisonnable chez les patients qui présentent avec des embolies récurrents et végétations persistantes bien que traitées de façon appropriée.
- Chirurgie à considérer chez les patients qui présentent des végétations mobiles de > 10 mm avec ou sans embolies.
- Valve prothétique.
  - Chirurgie indiquée chez une minorité de patients soigneusement sélectionnés qui se présentent avec défaillance cardiaque, déhiscence documentée par cinéfluoroscopie ou échocardiographie, obstruction croissante ou aggravation de la régurgitation documentée, complications comme formation d'abcès.
  - Chirurgie est raisonnable chez les patients qui présentent:
    - une bactériémie persistante ou des embolies récurrents malgré l'instauration d'une antibiothérapie appropriée.
    - une infection récidivante.
  - Chirurgie n'est pas indiquée chez les patients qui présentent une première infection à pathogènes sensibles ou avec, comme seule indication, la prévention d'un accident vasculaire cérébral après une semaine d'antibiothérapie appropriée (indépendamment de la valve ou du pathogène impliqué).

#### • **Durée totale du traitement anti-infectieux adéquat (empirique + documenté)**

- Les durées mentionnées sont des durées minimales.
- La durée d'une antibiothérapie postopératoire chez des patients avec des cultures valvulaires négatives, peut être réduite à 14 jours. Des durées plus courtes (achèvement du traitement pré-opératoire initial) sont acceptables chez les patients qui sont opérés plus tard et chez qui il n'y a pas de soucis de foyers métastatiques.
- En cas de cultures valvulaires positives, le traitement doit toujours être complété après l'intervention chirurgicale (sans tenir compte du traitement antibactérien préalable).

#### • **Utilisation d'aminosides**

- Comme constaté dans les études, la gentamicine contribue le plus pendant les premiers jours du traitement. Puisque sa néphrotoxicité est liée à la durée de son administration, son utilisation obstinée pendant une période prolongée est contre-indiquée. La diminution intrahospitalière de la filtration glomérulaire n'est pas associée à la mortalité après la sortie de l'hôpital.
- Toutefois, l'évidence qui supporte une thérapie combinée avec un aminoside en cas d'infection à pathogènes à Gram positif, est peu abondante. Dans les études randomisées contrôlées, l'ajout d'un aminoside ne résulte pas en une décroissance de la mortalité, ni du taux d'échecs cliniques ou bactériologiques, ni du besoin chirurgical.