

10^{ÈMES} JOURNEES MEDICO-CHIRURGICALES DE SFAX

COMPTE-RENDU DE LA TABLE RONDE :

« L'ENDOCARDITE INFECTIEUSE »

Modérateurs : Pr A. HAMMAMI¹, Pr S. KAMMOUN², Pr Ag M. BEN JEMAA³.

Rapporteur : Pr Ag I. MAALOUL³

- 1 - Laboratoire de Microbiologie, CHU Habib Bourguiba, Sfax – Tunisie.
 2 - Service de Cardiologie, CHU Hédi Chaker, Sfax – Tunisie.
 3 - Service des Maladies Infectieuses, CHU Hédi Chaker, Sfax – Tunisie

Au cours des 10^{èmes} Journées Médico-Chirurgicales de Sfax, une table ronde sur les endocardites a eu lieu le 21 Avril 2007. Elle a permis de réunir plus de 100 participants, professionnels de la santé impliqués dans la prise en charge des endocardites infectieuses. Au cours des vingt dernières années et malgré une incidence relativement stable, le profil épidémiologique et bactériologique des endocardites infectieuses (EI) s'est nettement modifié. Ces modifications sont particulièrement observées dans les pays industrialisés avec l'augmentation de l'incidence des valvulopathies dégénératives et le recul des valvulopathies rhumatismales, l'augmentation du nombre de remplacement valvulaire et de personnes subissant des explorations invasives.

Aspects épidémiologiques et cliniques de l'endocardite infectieuse en Tunisie

(S. Kammoun – Service de Cardiologie, CHU Hédi Chaker, Sfax – Tunisie)

S. kammoun a présenté les résultats d'une enquête nationale rétrospective réalisée sur une période de 5 ans (2001-2005) dans 14 services (de Cardiologie, de Maladies Infectieuses et de Pédiatrie) des hôpitaux universitaires de la Tunisie (Tunis – Sousse – Monastir et Sfax). Elle a permis de colliger 202 cas d'EI et de retenir les points suivants :

- L'atteinte des sujets âgés de moins de 30 ans était notée dans 30% des cas.
- L'EI était survenue sur valve native (EIVN) dans 159 cas (78,3%) et sur prothèse (EIVP) dans 42 cas (20,7%).

- Une cardiopathie préexistante était identifiée dans 151 cas (74,4%) avec une prédominance de la valvulopathie rhumatismale (40,47%).
- Le délai moyen de consultation était de 23,8 jours, la fièvre était notée dans 86,2% des cas et un souffle dans 70,4% des cas.
- Les principales complications étaient : l'insuffisance cardiaque (14,4%), l'embolie cérébrale (15%), l'embolie périphérique (4,4%).
- L'association β lactamine - aminoside était la plus prescrite (70%), le traitement chirurgical avait concerné la moitié des patients.
- La mortalité globale était de 15,1% (EIVN : 13,3% et EIVP : 22,5%)

Profil bactériologique de l'endocardite infectieuse en Tunisie :

(A Hammami – Laboratoire de Microbiologie, CHU Habib Bourguiba, Sfax – Tunisie)

A Hammami a présenté les résultats de l'étude multicentrique nationale (2001–2005). Cette étude a permis de montrer :

- Le faible rendement de l'enquête microbiologique avec des hémocultures positives dans 46,3% des cas de l'ensemble des EI (16% des EI probables, 76% des EI certaines et 82,7% des EI certaines sans antibiothérapie préalable). L'antibiothérapie préalable était notée dans 31% des cas
- La sérologie était réalisée dans 40% des cas et l'analyse bactériologique du tissu valvulaire dans 47,6% des cas.
- Le profil bactériologique des EI en Tunisie reste dominé par les streptocoques oraux

(40,5%) suivis des staphylocoques (34,5%), entérocoques (5%), *Brucella* (3%), *Bartonella* (2%) et *Coxiella burnetii* (1%).

Evolution épidémiologique des endocardites infectieuses dans le monde :

(B. Hoen – service des Maladies Infectieuses, Besançon – France)

B. Hoen a souligné les modifications considérables du profil épidémiologique de l'EI au cours de ces dernières années en Europe et aux Etats-Unis :

- Les valvulopathies rhumatismales ont progressivement disparu mais d'autres facteurs prédisposants sont apparus tels que la toxicomanie intraveineuse, les prothèses valvulaires, les scléroses valvulaires dégénératives chez les personnes âgées et la réalisation d'actes invasifs à risque de bactériémie.
- Les EI sur valves natives « apparemment saines » sont rapportées dans plus de 40% des cas.
- Les EI sont à hémocultures positives dans 85% des cas. Les staphylocoques ont supplanté les streptocoques oraux particulièrement aux Etats-Unis. Les principaux facteurs associés à la responsabilité de *S. aureus* dans la survenue d'une EI sont l'hémodialyse chronique, le diabète et le fait d'être porteur d'un matériel intravasculaire.
- Les EI à streptocoques du groupe D sont plus fréquentes en Europe qu'aux Etats-Unis (25% des EI dans l'enquête française de 1999).

Diagnostic des endocardites infectieuses : situations difficiles

(G. Habib – service de Cardiologie, Marseille – France)

Le diagnostic des EI repose essentiellement sur 2 examens paracliniques majeurs : les hémocultures et l'échographie qui a une sensibilité de 70% améliorée par la voie transoesophagienne.

Trois circonstances rendent le diagnostic de l'EI difficile : les cas où l'échographie est négative ou douteuse, les endocardites sur matériel intracardiaque (prothèse, pacemaker, défibrillateurs) et les endocardites à hémocultures négatives. Même si des critères

diagnostiques (critères de Duke) ont été proposés, ils sont de valeur limitée dans ces situations difficiles et ne remplacent pas le jugement clinique.

Diagnostic des endocardites infectieuses sur prothèse

(H. Drissa – service de Cardiologie, Tunis – Tunisie)

L'EI sur prothèse occupe une part croissante au sein des EI (25-30% dans les séries récentes). Le délai de 2 mois (pour différencier entre EI précoce et EI tardive) est arbitraire et la frontière entre ces 2 formes varie selon les auteurs. Actuellement, on admet que le délai de 1 an permet de les différencier sur le plan épidémiologique et microbiologique. Les Staphylocoques (*S. aureus* et Staphylocoque à coagulase négative) occupent la première place parmi les microorganismes responsables d'EI précoces. Les signes cliniques ne sont pas spécifiques dans les formes précoces d'EI sur prothèse. Le diagnostic échocardiographique est difficile et repose sur la détection de l'un des 3 signes majeurs : la végétation, l'abcès et la désinsertion prothétique. La sensibilité de l'ETO dépasse de loin celle de l'ETT (80 – 94% vs 15 – 30%). L'application des critères de Duke offre une rentabilité moins bonne pour les EIVP (endocardite infectieuse sur valve prothétique) (sensibilité de 89% vs 94 pour les EIVN). Les EIVP gardent un pronostic redoutable avec une mortalité de 30-80% dans les formes précoces et 20 à 40% dans les formes tardives.

Antibioprophylaxie des endocardites infectieuses

(M. Chakroun, N. Bouzouaïa – Service des Maladies Infectieuses, CHU Fattouma Bourguiba, Monastir – Tunisie)

L'antibioprophylaxie des EI est considérée par la majorité des experts et des sociétés savantes comme une pratique raisonnable même si son efficacité chez l'homme n'a jamais été démontrée par des études randomisées en double aveugle. Elle permet de réduire le risque au décours de certains actes médicochirurgicaux à risque, pratiqués chez des patients à risque.

Il est, actuellement, admis que les cardiopathies à risque d'EI se répartissent en 2 groupes :

Groupe A : cardiopathies à haut risque	Groupe B : cardiopathies à risque moins élevé
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prothèse valvulaire ▪ Cardiopathie congénitale cyanogène non opérée et dérivation chirurgicale (pulmonaire – systémique) ▪ Antécédent d'EI 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ IAO, RAo, IM ▪ PVM avec IM et/ou épaissement valvulaire ▪ Bicuspidie aortique ▪ Cardiopathie congénitale non cyanogène sauf CIA ▪ Cardiomyopathie hypertrophique obstructive avec souffle à l'auscultation

- IAO : insuffisance aortique, RAo : rétrécissement aortique, IM : insuffisance mitrale
- PVM : prolapsus de la valve mitrale, CIA : communication interauriculaire

Les gestes à risque de bactériémie retenus selon les dernières recommandations et nécessitant une antibioprofylaxie sont :

- Tous les soins dentaires, détartrage compris, à l'exception des caries superficielles et des traitements prothétiques non hémorragiques. Ces gestes doivent être réalisés sous antibioprofylaxie.
- Les gestes à risque de la sphère ORL : amygdalectomie et adénoïdectomie, chirurgie endoscopique de sinusite chronique, bronchoscopie rigide. L'antibioprofylaxie est recommandée chez les malades du groupe A et elle est optionnelle pour le deuxième groupe.

- Les gestes à risque de la sphère digestive : la dilatation oesophagienne et la sclérothérapie doivent être réalisés sous antibioprofylaxie pour les 2 groupes.

- Les gestes à risque de la sphère urinaire : l'ablation d'une sonde posée lors d'un acte chirurgical urologique (urines infectées), la résection prostatique transurétrale, (urines stériles), la biopsie prostatique. Ces gestes doivent être réalisés sous antibioprofylaxie.

- Le traitement instrumental des furoncles doit être aussi, réalisé sous antibioprofylaxie.

L'amoxicilline, 3 g per os en une prise dans l'heure précédant le geste, est l'antibiotique de choix dans l'antibioprofylaxie des EI en cas de soins dentaires ou de soins sur les voies aériennes supérieures réalisés en ambulatoire. Elle peut être remplacée par la pristinamycine (1 g per os en une prise dans l'heure précédant le geste) ou la clindamycine (600 mg per os en une prise dans l'heure précédant le geste) en cas d'allergie aux bêtalactamines. L'amoxicilline et la gentamicine sont indiqués en cas de geste à risque sur l'appareil urinaire ou digestif.

L'antibioprofylaxie n'est pas la seule mesure de prévention de l'EI et elle ne doit pas occulter l'importance des autres mesures d'hygiène telles que le maintien d'une bonne hygiène bucco-dentaire, le brossage régulier des dents, l'éradication de tous les foyers infectieux susceptibles de provoquer des bactériémies spontanées et l'hygiène cutanée rigoureuse.