

Chirurgie précoce dans l'endocardite infectieuse

23 juin 2015

Dr POUSTIS Pierre

Insuffisance cardiaque

Table 19 Indications and timing of surgery in left-sided native valve infective endocarditis

Recommendations: Indications for surgery	Timing*	Class ^a	Level ^b
A - HEART FAILURE			
Aortic or mitral IE with severe acute regurgitation or valve obstruction causing refractory pulmonary oedema or cardiogenic shock	Emergency	I	B
Aortic or mitral IE with fistula into a cardiac chamber or pericardium causing refractory pulmonary oedema or shock	Emergency	I	B
Aortic or mitral IE with severe acute regurgitation or valve obstruction and persisting heart failure or echocardiographic signs of poor haemodynamic tolerance (early mitral closure or pulmonary hypertension)	Urgent	I	B
Aortic or mitral IE with severe regurgitation and no HF	Elective	Ila	B

Indications for surgery in PVE	Timing*	Class ^a	Level ^b
A - HEART FAILURE			
PVE with severe prosthetic dysfunction (dehiscence or obstruction) causing refractory pulmonary oedema or cardiogenic shock	Emergency	I	B
PVE with fistula into a cardiac chamber or pericardium causing refractory pulmonary oedema or shock	Emergency	I	B
PVE with severe prosthetic dysfunction and persisting heart failure	Urgent	I	B
Severe prosthetic dehiscence without HF	Elective	I	B

Infection non contrôlée et embols

B - UNCONTROLLED INFECTION

Locally uncontrolled infection (abscess, false aneurysm, fistula, enlarging vegetation)	Urgent	I	B
PVE caused by fungi or multiresistant organisms	Urgent/elective	I	B
PVE with persisting fever and positive blood cultures > 7–10 days	Urgent	I	B
PVE caused by staphylococci or gram negative bacteria (most cases of early PVE)	Urgent/elective	IIa	C

C - PREVENTION OF EMBOLISM

Aortic or mitral IE with large vegetations (> 10 mm) following one or more embolic episodes despite appropriate antibiotic therapy	Urgent	I	B
Aortic or mitral IE with large vegetations (> 10 mm) and other predictors of complicated course (heart failure, persistent infection, abscess)	Urgent	I	C
Isolated very large vegetations (> 15 mm) [#]	Urgent	IIb	C

Des micro-organismes plus agressifs...

Microorganisms

Streptococci	180	(36.2)	163	(48.7)	9	(7.4)
Oral streptococci	93	(18.7)	83	(24.8)	5	(4.1)
Group D streptococci	62	(12.5)	57	(17.0)	4	(3.3)
Pyogenic streptococci	25	(5.0)	23	(6.9)	0	(0)
Enterococci	52	(10.5)	36	(10.7)	13	(10.7)
Other Streptococcaceae	8	(1.6)	7	(2.1)	1	(0.8)
<i>Staphylococcus aureus</i>	132	(26.6)	69	(20.6)	40	(32.8)
Coagulase-negative staphylococci	48	(9.7)	14	(4.2)	32	(26.2)

Preeminence of Staphylococcus aureus in Infective Endocarditis: A 1-Year Population-Based Survey **CID 2012:54 (1 May) Selton-Suty et al**

... chez des sujets plus fragiles

Age ≥ 70 years	192 (38.6)	130 (38.8)	58 (47.5)
Male sex	369 (74.2)	260 (77.6)	78 (63.9)
Charlson comorbidity index, mean (SD)	1.9 (2.2)	1.7 (2.0)	2.9 (2.5)
≥ 1 Comorbidity	237 (47.7)	145 (43.3)	73 (59.8)
Diabetes mellitus	113 (22.7)	71 (21.2)	40 (32.8)
Cancer	89 (17.9)	55 (16.4)	32 (26.2)
Dialysis	11 (2.2)	0 (0)	10 (8.2)

ORIGINAL ARTICLE

INFECTIOUS DISEASES

Healthcare-associated infective endocarditis: an undesirable effect of healthcare universalization

Preeminence of Staphylococcus aureus in Infective Endocarditis: A 1-Year Population-Based Survey
CID 2012:54 (1 May) Selton-Suty et al

Matériels et méthodes

- Etude prospective monocentrique descriptive de **janvier 2011** à **décembre 2013** réalisée au CHU de Bordeaux, Hôpital cardiologique du Haut Lévêque
- Endocardites du cœur gauche selon critères de la *Duke University*
- **Euroscore II** et **SOFA score** à l'admission
- **Score de Rankin** pour les patients avec complications neuro
- Contact médecin généraliste pour suivi à distance de l'épisode

Résultats

Variables	n=107 (%)	Ecart-type
Age (années)	60,7	15,3
Sexe masculin	84 (78,5)	
Cancer	14 (13,1)	
Diabète	20 (18,7)	
Dialyse	4 (3,7)	
Toxicomanie	11 (10,)	
Antécédent de chirurgie valvulaire	30 (28,1)	
Antécédent endocardite	6 (5,6)	
SOFA score	5,9	4,8
EUROSCORE II (mortalité prédite, %)	14,9	15,9
FEVG	54,8	10,5

Tableau 1 : Caractéristiques de la population globale

Résultats

n=107

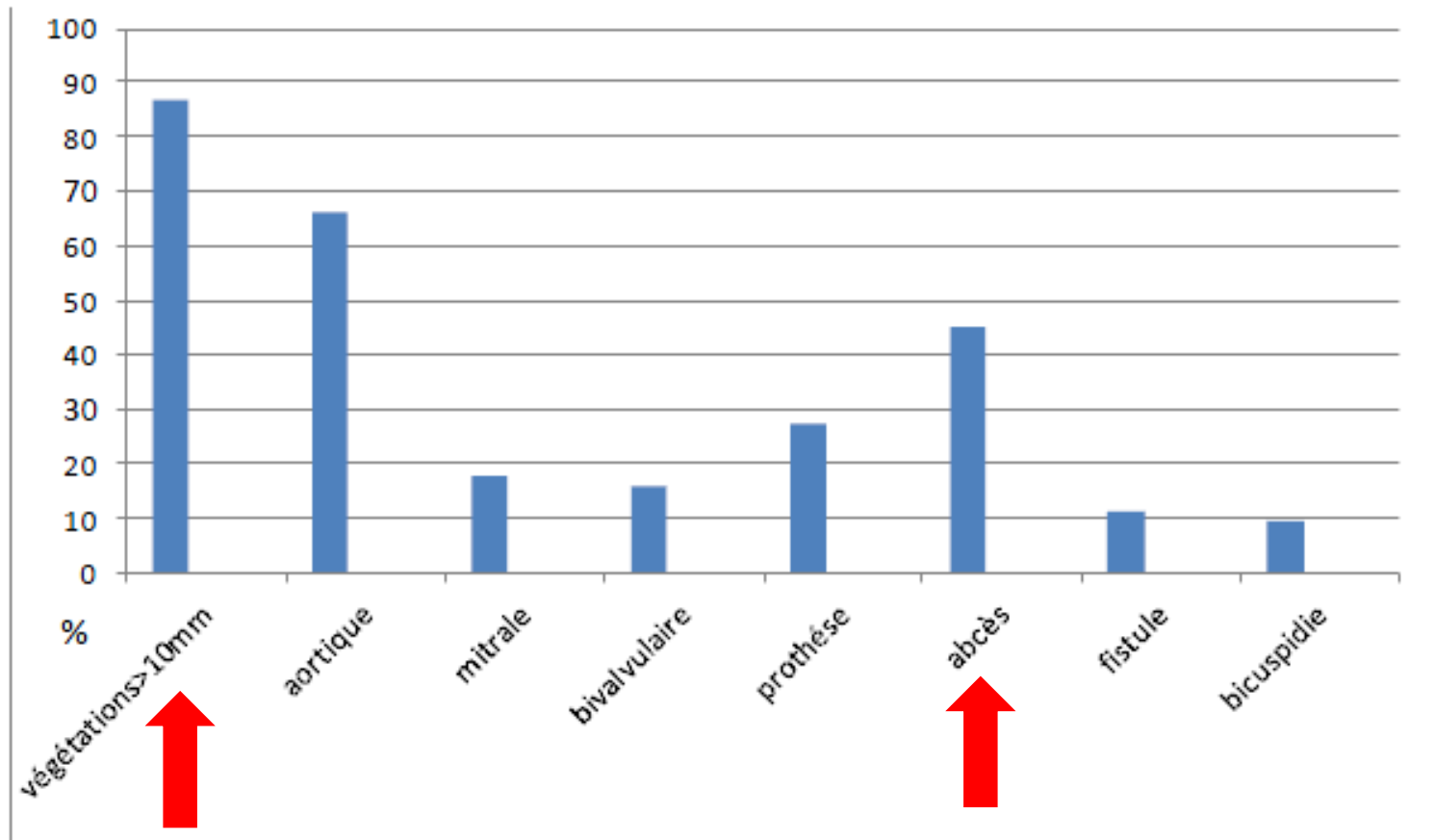
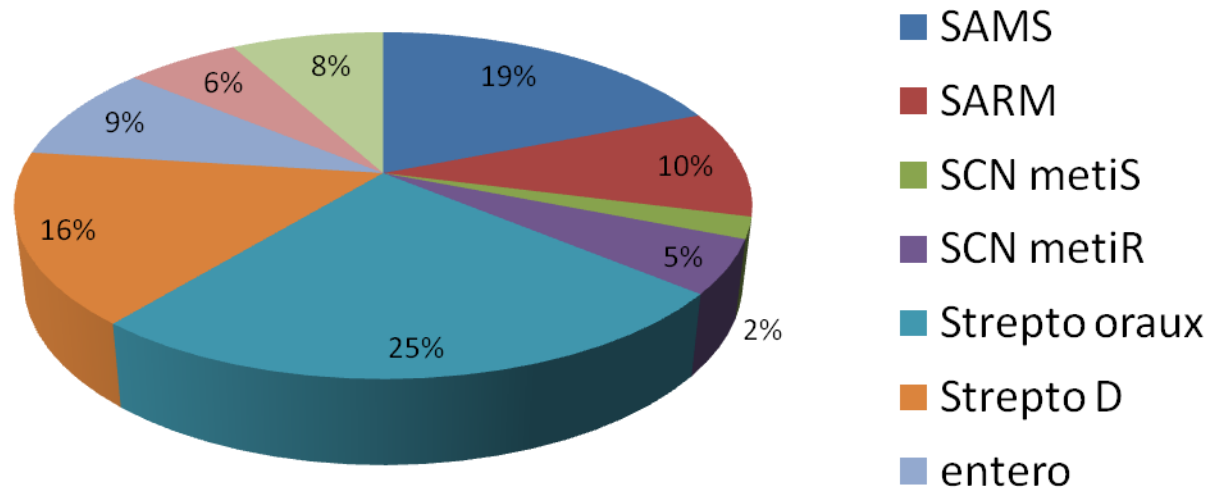


Figure 14 : Lésions valvulaires de la population

Résultats

n=107

Micro-organismes

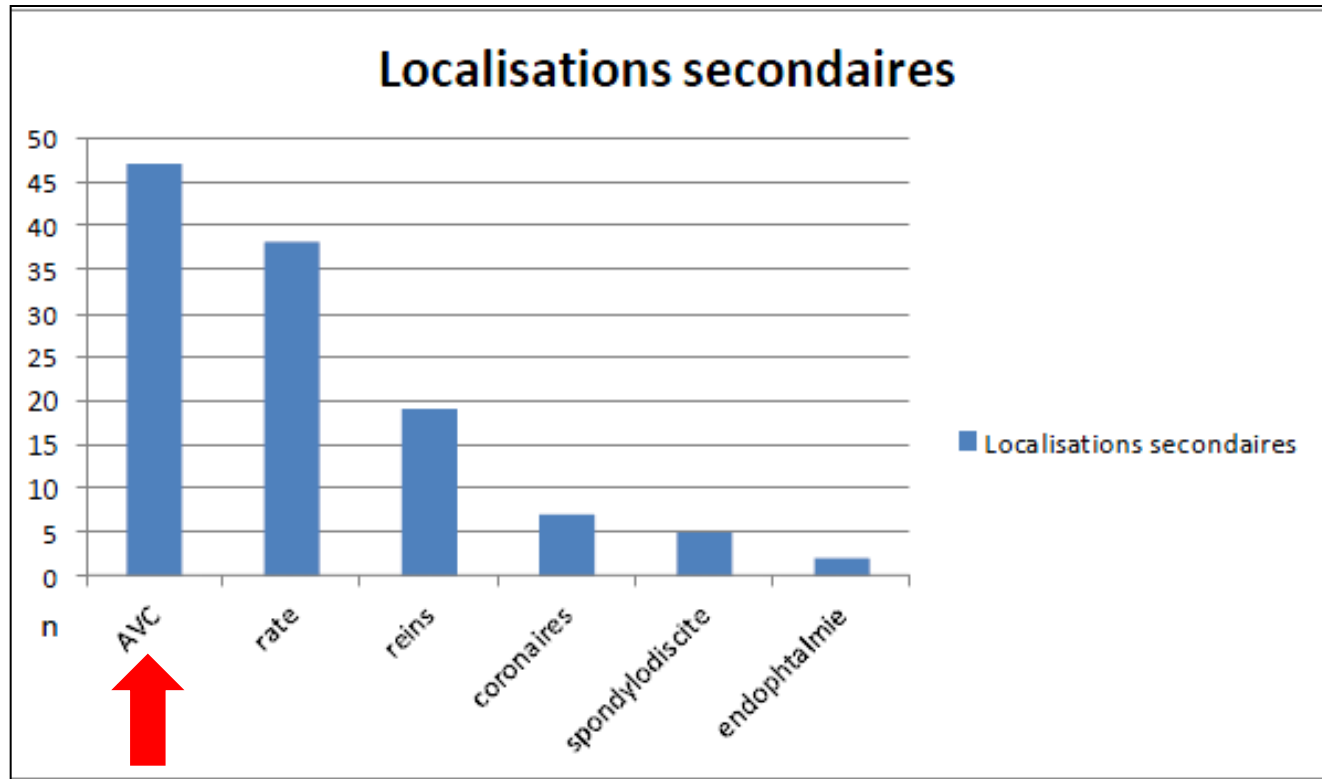


25% de *healthcare associated* bactéries

17% de BMR

Résultats

n=107



69,2% de localisations secondaires à l'admission
43,9% d'embolies cérébrales

Rankin moyen **2,7** à l'admission

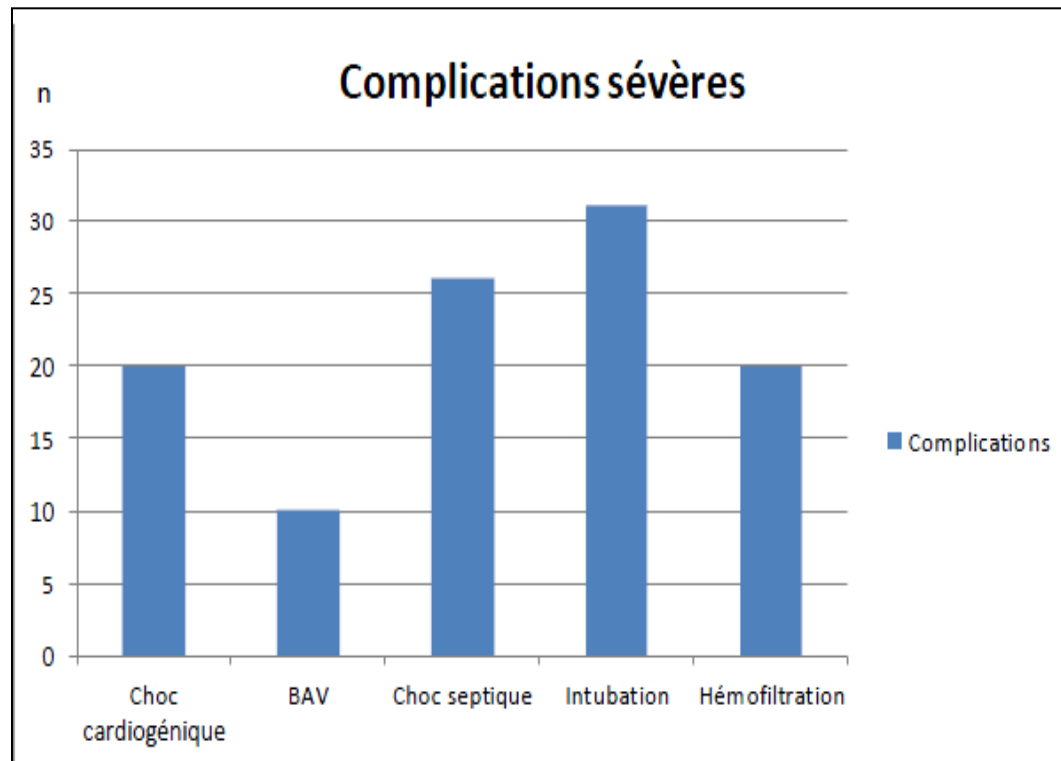
2 AVC post CEC

Résultats

n=107

24,3% de chocs septiques

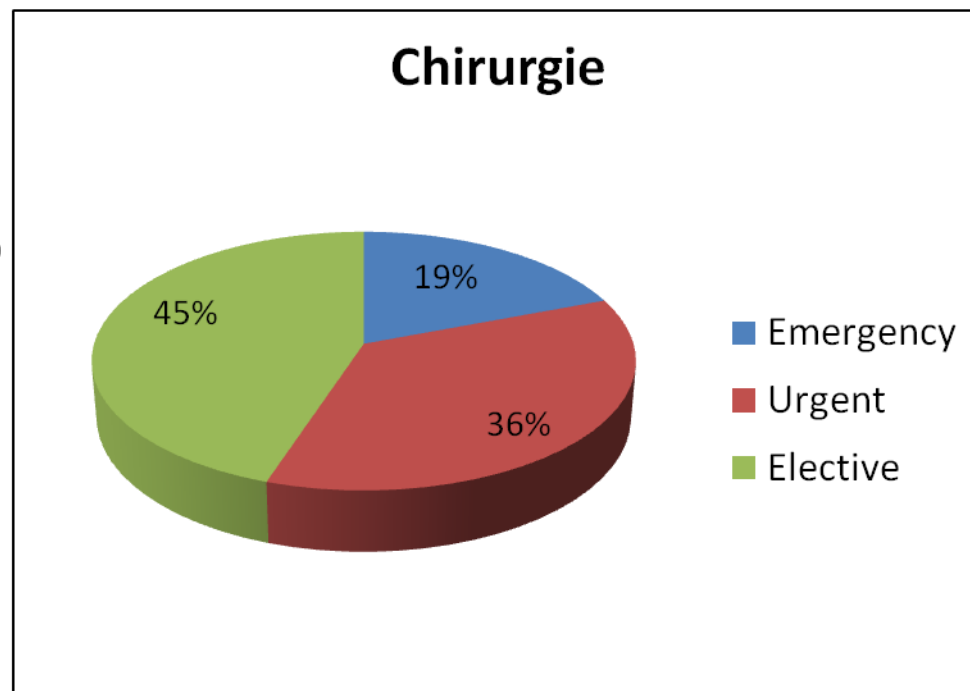
18,7% de chocs cardiogéniques



Résultats

72,9% de patients opérés (n=78)

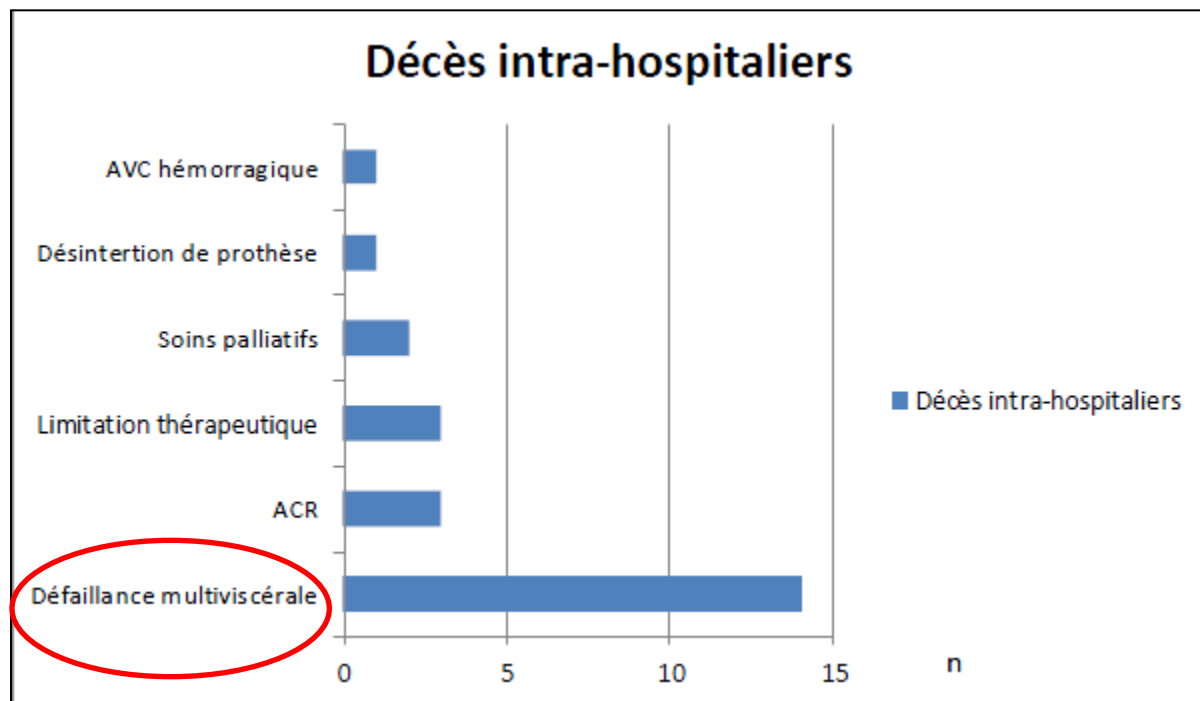
Médiane opération = **5** jours



Résultats

n=107

Mortalité intra-hospitalière
22,4%



Résultats

n=107

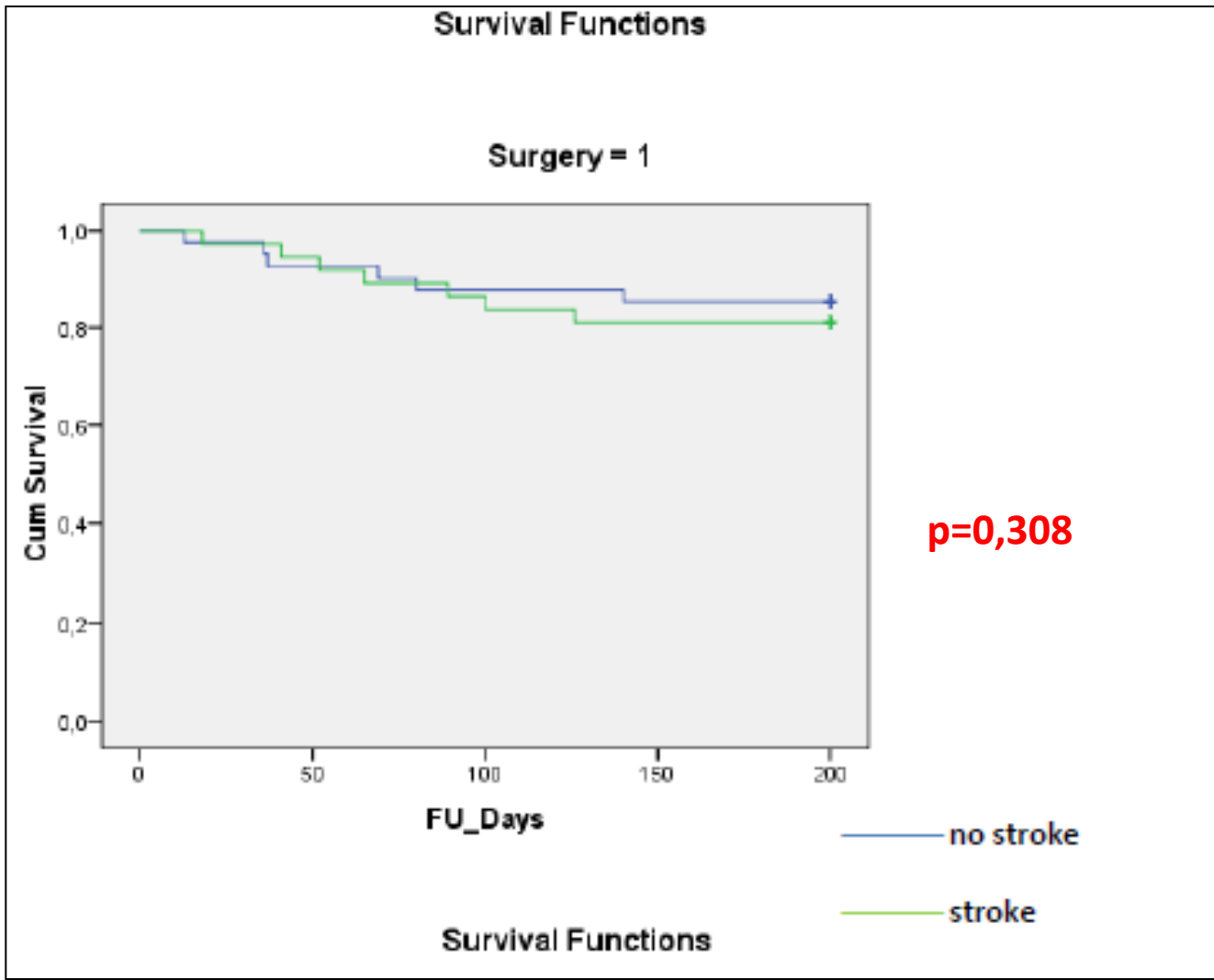
	Opérés (n=78)	Non opérés (n=29)	p
Age	58,1	67,8	0,01
EuroSCORE 2	10,7	25,8	< 0,001
SOFA	4,9	8,3	0,006
SOFA > 10	15,4%	42,9%	0,003
Choc septique	19,2%	37,9%	0,04

Résultats

n=107

	HR	IC 95%	p
Chirurgie	0,132	0,046-0,374	<0,001
Choc septique	5,040	1,741-14,587	0,003

Facteurs indépendants de mortalité dans notre étude



AVC vs non AVC

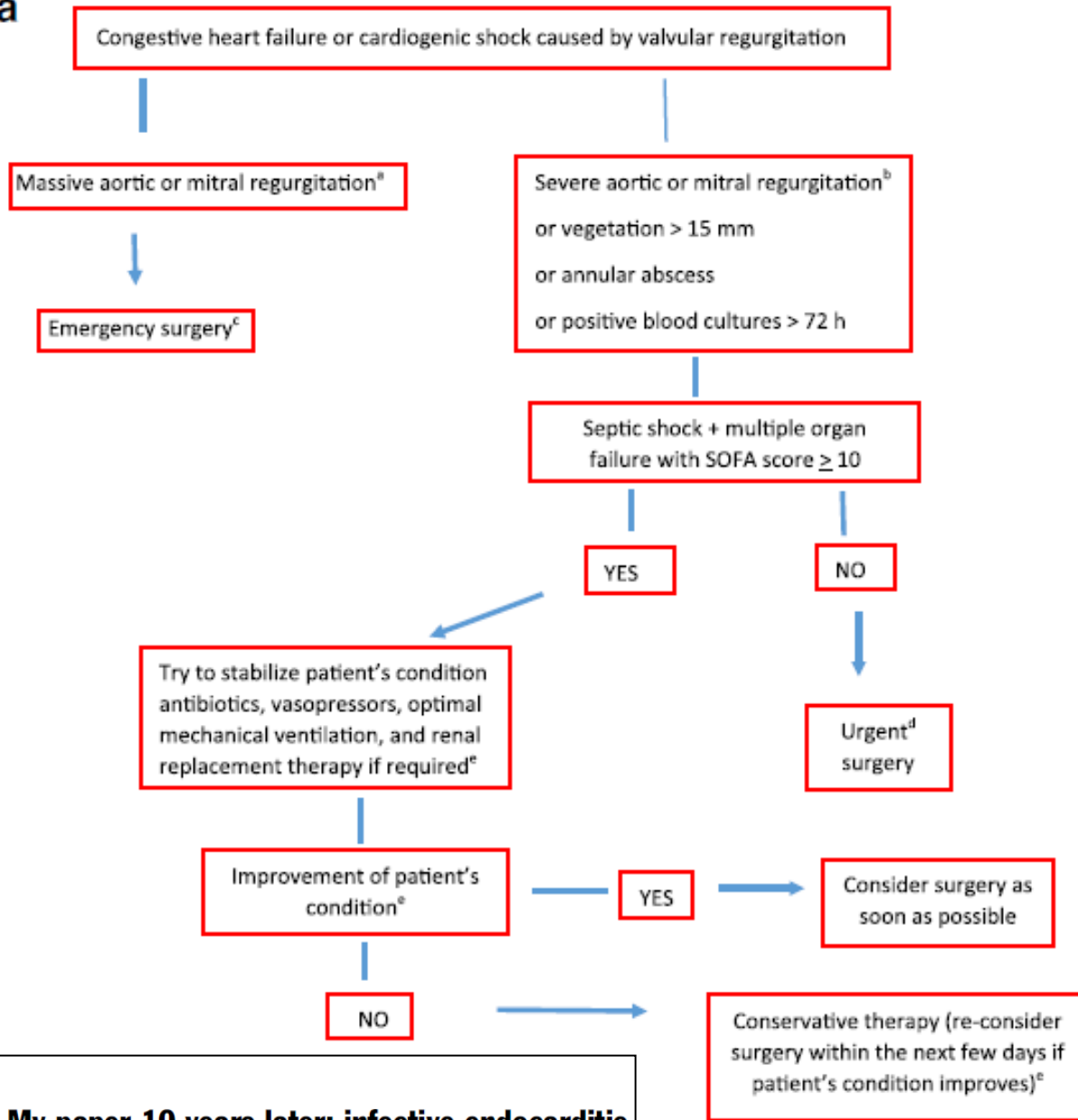
ORIGINAL ARTICLE

Early Surgery versus Conventional Treatment for Infective Endocarditis

Duk-Hyun Kang, M.D., Ph.D., Yong-Jin Kim, M.D., Ph.D.,
Sung-Han Kim, M.D., Ph.D., Byung Joo Sun, M.D., Dae-Hee Kim M.D., Ph.D.,
Sung-Cheol Yun, Ph.D., Jong-Min Song, M.D., Ph.D.,
Suk Jung Choo, M.D., Ph.D., Cheol-Hyun Chung, M.D., Ph.D.,
Jae-Kwan Song, M.D., Ph.D., Jae-Won Lee, M.D., Ph.D.,
and Dae-Won Sohn, M.D., Ph.D.

Chirurgie urgente < 48h diminue significativement un critère composite embols/décès
Petite population , peu grave (3 décès) , peu de staphylocoques
Diminution marquée des embolisations

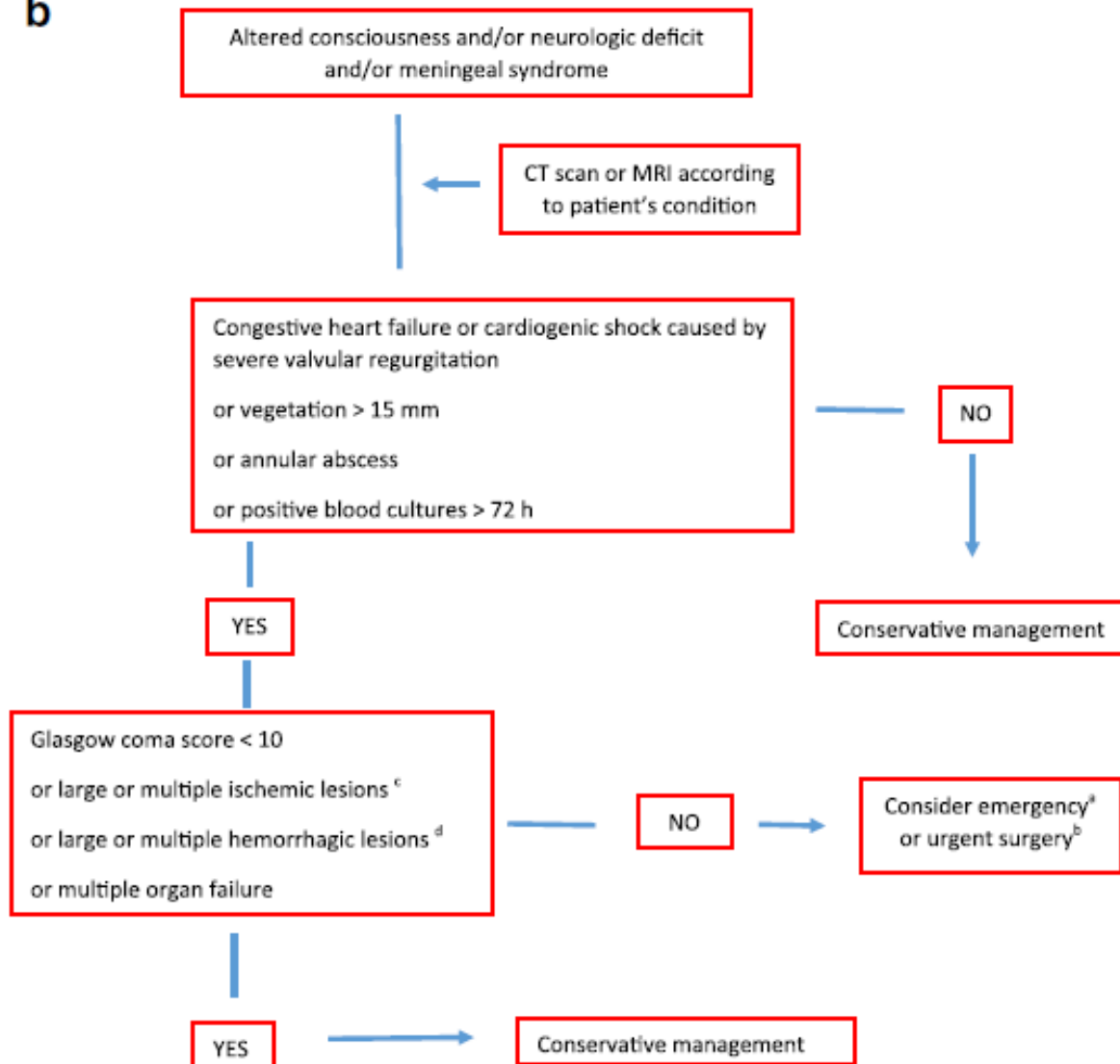
a



Michel Wolff
Bruno Mourvillier
Romain Sonnevile
Jean-François Timsit

**My paper 10 years later: infective endocarditis
in the intensive care unit**

b



Michel Wolff
Bruno Mourvillier
Romain Sonnevill
Jean-François Timsit

**My paper 10 years later: infective endocarditis
in the intensive care unit**

Conclusion

Micro-organismes plus agressifs (*S.aureus*)

Sujets fragiles (**healthcare**)

Mauvaise tolérance de l'insuffisance aortique (**OAP**)

AVC n'est pas une contre-indication pour geste rapide
sauf lésion majeure.

Ne pas attendre la dégradation clinique pour transfert
sur centre médico-chirurgical (**SOFA > 10** = pronostic
sombre)