

# L'endocardite dans tous ses états : RCP en CHG

Dr Amaury BARRET  
Médecine Interne et Maladies infectieuses  
CH Arcachon



université  
de **BORDEAUX**

# Sommaire

1. L'ENDOCARDITE, UNE INFECTION NOBLE ?
2. UNE INFECTION RARE ET GRAVE
3. POURQUOI DISCUTER EN RCP ENDOCARDITE RÉGIONALE ?
4. POUR QUI ?
5. QUAND PRÉSENTER UN PATIENT ?
6. BÉNÉFICES D'UNE RCP HEBDOMADAIRE
7. CONCLUSION

L'endocardite :  
une infection  
noble 🏰

L'endocardite est-elle l'infection la plus  
« noble » pour un infectiologue ?



# L'endocardite : une infection rare et grave

▶ L'Endocardite est une infection rare : environ 35 cas par millions d'habitants en France



▶ L'Endocardite est aussi une infection grave : mortalité  $\approx$  20-25%



▶ Exemple au CHA : 19 patients en 2022 et 25 patients depuis janvier 2023

▶ Exemple du CH Libourne entre 2015 et 2018 : 76 patients (25,33/an) (1)

# Pourquoi discuter en RCP endocardite régionale ?

- ▶ **La RCP regroupe différents professionnels de différentes disciplines** dont les compétences partagées assurent une prise en charge optimale (standardisation du traitement médical et chirurgical et du suivi)
- ▶ **Mise en place de Centres Experts** pour prise en charge multidisciplinaire en urgence de l'Endocardite recommandée par l'ESC depuis 2015 (2)
- ▶ Les RCP endocardites ont montré dans **de nombreuses études leur impact bénéfique** sur la mortalité (3-6) et la qualité de la prise en charge notamment en CHG (7)



# Pourquoi discuter en RCP endocardite régionale ?

- ▶ **Important pour un CHG d'avoir accès à ces réunions** afin de recueillir des avis d'experts, d'harmoniser les pratiques, de se former



- ▶ Plusieurs axes de discussion :



stratégies diagnostics



gestion des antibiotiques



indications chirurgicales



Surveillance / suivi

- ▶ **Créer un registre de recueil de données avec constitution d'une cohorte**



# Pour qui ?



- ▶ Les patients les plus fragiles, polypathologiques, ridux...
- ▶ Les tableaux sévères nécessitant un rapprochement d'un service d'USC
- ▶ Les Endocardites non documentées et/ou les Endocardites à germes multi-résistants
- ▶ Les patients en échec d'une première stratégie
- ▶ Les patients nécessitant une prise en charge chirurgicales

# Pour qui ?

- ▶ Les diagnostics possibles selon les critères de DUKE
- ▶ Tous les patients des CHG ?
- ▶ Exemple du CHA : **100% des dossiers présentés** en RCP régionale pour les patients de notre service
- ▶ Exemple de Libourne 2015-2018 : 14% des dossiers discutés en RCP régionales (1)





# Quand présenter un patient ?



## ▶ Quel timing ?

- ▶ Dès que le diagnostic est certain
- ▶ Une fois le patient bien contrôlé pour valider la stratégie définitive
- ▶ En cas de complications grevant le pronostic vital
- ▶ En cas de nécessité de transférer le malade
- ▶ A plusieurs reprises si l'évolution est défavorable

# Bénéfices d'une RCP hebdomadaire

## ▶ Pour les soignants :



- ✓ Mises à jour régulières des recommandations (accessible sur le site)
- ✓ Prise en soins de qualité assurée aux patients de toute structure médicale → **réduit les inégalités**
- ✓ **Partenariat** dans le cadre du GHT renforcé (transfert de patients, examens complémentaires accessibles TEP, ETO pour certaine structure sans cardiologue...)

## ▶ Pour les patients :



- ✓ Une réflexion « **sur-mesure** » et si besoin **répétée**
- ✓ Offre de soins optimale et personnalisée
- ✓ Améliorer la prise en charge médico-chirurgicale et le suivi et **diminue la mortalité**

# CONCLUSION

- ▶ Les CHG recrutent beaucoup d'endocardites
- ▶ Aucune recommandation impose une RCP
- ▶ La RCP semblerait améliorer le pronostic de TOUS les patients
- ▶ Présenter TOUS les patients en RCP ne devrait-il pas être systématique ?
- ▶ Perspectives → harmoniser les pratiques au sein d'une région et entre les régions

RCP Endocardite = victoire collective ?



# BIBLIOGRAPHIE

- ▶ 1. Lebreton J. Conformité de la prise en charge globale des endocardites infectieuses dans un centre hospitalier périphérique: étude de pratique rétrospective au centre hospitalier de Libourne entre novembre 2015 et août 2018: une cohorte de 76 patients.
- ▶ 2. Habib G, Lancellotti P, Antunes MJ, Bongiorno MG, Casalta JP, Del Zotti F, Dulgheru R, El Khoury G, Erba PA, Jung B, Miro JM, Mulder BJ, Plonska-Gosciniak E, Price S, Roos-Hesselink J, Snygg-Martin U, Thuny F, Tornos Mas P, Vilacosta I, Zamorano JL; ESC Scientific Document Group. 2015 ESC Guidelines for the management of infective endocarditis: The Task Force for the Management of Infective Endocarditis of the European Society of Cardiology (ESC). Endorsed by: European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS), the European Association of Nuclear Medicine (EANM). *Eur Heart J*. 2015 Nov 21;36(44):3075-3128. doi: 10.1093/eurheartj/ehv319. Epub 2015 Aug 29. PMID: 26320109.
- ▶ 3. Botelho-Nevers E, Thuny F, Casalta JP, Richet H, Gouriet F, Collart F, Riberi A, Habib G, Raoult D. Dramatic reduction in infective endocarditis-related mortality with a management-based approach. *Arch Intern Med*. 2009 Jul 27;169(14):1290-8. doi: 10.1001/archinternmed.2009.192. PMID: 19636030.
- ▶ 4. Chirillo F, Scotton P, Rocco F, Rigoli R, Pedrocco A, Martire P, Daniotti A, Minniti G, Polesel E, Olivari Z. Management strategies and outcome for prosthetic valve endocarditis. *Am J Cardiol*. 2013 Oct 15;112(8):1177-81. doi: 10.1016/j.amjcard.2013.05.059. Epub 2013 Jul 5. PMID: 23831161.
- ▶ 5. Chirillo F, Scotton P, Rocco F, Rigoli R, Pedrocco A, Martire P, Daniotti A, Minniti G, Polesel E, Olivari Z. Management strategies and outcome for prosthetic valve endocarditis. *Am J Cardiol*. 2013 Oct 15;112(8):1177-81. doi: 10.1016/j.amjcard.2013.05.059. Epub 2013 Jul 5. PMID: 23831161.
- ▶ 6. Roy AS, Hagh-Doust H, Abdul Azim A, Caceres J, Denholm JT, Dong MQD, King M, Yen CF, Lee TC, McDonald EG. Multidisciplinary Teams for the Management of Infective Endocarditis: A Systematic Review and Meta-analysis. *Open Forum Infect Dis*. 2023 Aug 21;10(9):ofad444. doi: 10.1093/ofid/ofad444. PMID: 37674631; PMCID: PMC10478154.
- ▶ 7. Ferrand H, Lebreton J, de Faucal S, Camou F, Crenn D. Conformité de la prise en charge globale des endocardites infectieuses dans un centre hospitalier général sans chirurgie cardiaque. *Médecine et Maladies Infectieuses*. 1 juin 2019;49(4, Supplément):S72-3.