

Avertissement : notes prises au vol... erreurs possibles... prudence !

Mardi 11 décembre 2018

Hôpital cantonal de Genève

Partial oral versus intravenous antibiotic treatment of endocarditis

Dr D. Neofytos

L'article du jour c'est... "Partial Oral versus Intravenous Antibiotic Treatment of Endocarditis, Kasper Iversen, DOI: 10.1056/NEJMoa1808312".

L'endocardite reste rare avec 11-15 cas/ 100'000 habitants (USA) et 3.4 cas /100'000 habitants (France).

Les pathogènes sont :

- S. aureus 31%
- Streptococcus spp 29%
- Enterococci 11%
- S. epidermidis 11%
- HACEK group 5% (Gram neg. A croissance lente : Haemophilus, Actinobacillus actinomycetemcomitans, Cardiobacterium hominis, Capnocytophaga spp. Eikenella corrodens et Kingella kingae).

La mortalité hospitalière est de 18%...25% à 6 mois.

Le traitement dure 6 semaines. Il est plus court dans les endocardites droites et pour des S. viridans très sensibles...

Jusqu'à présent, le traitement antibiotique iv est fortement et uniquement recommandé...

Mais une hospitalisation de 6 semaines s'accompagne d'un risque d'infections nosocomiales plus élevés, sans parler des coûts...

Entre 1969 et 1979, 33 patients avec des endocardites G et D à S. aureus ont été traités par Nafcilline iv pdt 16 jours suivis de dicloxacilline ou oxacilline, ou clindamycine pdt 26 jours : à 6 mois tous les patients sont guéris sans récives.

En 1989, 14 patients avec une endocardite D non compliquée à S. aureus sont traités en iv. pdt 6-7 jours puis passés en traitement oral pdt 21 jrs. 10 patients complètent leur traitement avec résolution complète...

En 1996, 44 patients avec endocardite D non compliquée à S. aureus sont randomisés pour recevoir oxacilline, vancomycine + aminoglycoside iv. pdt les 5 1ers jours, versus ciprofloxacine + rifampicine per os.

1/19 patients per os est en échec de traitement contre 3/22 en traitement iv.

3% de toxicité liée au traitement per os contre 62% liée au traitement iv.

L'article du jour concerne 400 patients avec une endocardite G non compliquée randomisés en 2 groupes...après 10 jours de traitement iv initial...soit la poursuite du

ttt iv soit le switch par un ttt oral. Avec 2 agents antibactériens actifs de différentes classes de médicaments et de différentes voies métaboliques.

La pharmacocinétique pour le groupe iv consiste en taux plasmatiques au jour 1, pour le groupe p. os, en taux plasmatiques au jour 1 (30', 1-2-4 et 6 heures après l'administration) et au jour 5.

Presque 2000 patients ont été recrutés, pour finalement n'en randomiser que 400 (soit 80% des patients sont éliminés...).

En ce qui concerne l'endpoint composé (soit mortalité, chirurgie cardiaque non programmée, événements emboliques, ou rechute d'hémocultures positives) pas de différences entre les ttts iv et per os...

C'est tout ce que j'ai retenu...

Le take home message c'est que l'on peut passer (prudemment) à un traitement oral avec 2 antibiotiques de différentes classes...

- pour les endocardites à Strepto, Staphylo, et Enterococcus
- lorsque la valve est native ou prothétique
- même après réparation chirurgicale ou remplacement valvulaire
- après sélection attentive des antibiotiques
- et avec un suivi étroit des patients...

Pas très sexy tout ça...



1/400

/hmg/hmh

Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan
ericbdh@bluewin.ch

transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch