

ENDO-08

David CHIRIO⁽¹⁾, Elisa DEMONCHY⁽¹⁾, Nihal MARTIS⁽¹⁾, Pamela MOCERI⁽²⁾, Anaïs MOTHE⁽³⁾, Cédric FOUCAULT⁽⁴⁾, Arnaud DE LA CHAPELLE⁽⁵⁾, Sylvie CHAILLOU⁽⁶⁾, Philippe PIETRI⁽⁷⁾, Fabrice TIGER⁽⁸⁾, Pierre Marie ROGER⁽¹⁾

(1) Infectiologie, CHU Archet, Nice ; (2) Cardiologie, CHU Pasteur, Nice ; (3) Infectiologie, CHR de la Dracénie, Draguignan ; (4) Infectiologie, CHR, Hyères ; (5) Réanimation - Chirurgie Cardiaque, Institut Arnault Tzanck, Saint Laurent du Var ;

(6) Gériatrie, CH Princesse Grace, Monaco ; (7) Cardiologie, Polyclinique Les Fleurs, Ollioules ; (8) Réanimation, CHR La Fontonne, Antibes

Contexte et objectifs

La prise en charge des endocardites infectieuses (EI) est volontiers pluridisciplinaire. Les recommandations indiquent les différentes étapes nécessaires à la prise en charge de ces patients. Nous rapportons les résultats d'un audit visant à évaluer les pratiques et à rechercher un lien entre des critères qualité pluridisciplinaires et le devenir des patients traités pour une EI.

Méthodes

Nous avons réalisé une étude rétrospective multicentrique sur dossiers de tous les patients ayant eu un diagnostic d'EI durant l'année 2014. Les éléments cliniques, bactériologiques, iconographiques et thérapeutiques devant figurer dans les dossiers médicaux étaient définis de manière collégiale entre praticiens. Un score sur 20 points portant sur les données essentielles suivantes était établi: le nombre d'hémocultures (HC) réalisées pour le diagnostic (2 points si ≥ 3) et le suivi sous antibiothérapie (2 points si au moins une HC réalisée), les données de l'échographie cardiaque trans-oesophagienne (ETO : 2 points si réalisée, 1 point si transthoracique ; 1 point si mesure de la végétation, 1 point si recherche d'abcès, 2 points si évaluation de la viabilité valvulaire), le recours précoce à un avis chirurgical (2 points si ≤ 3 jours, 1 point si avis tracé), la recherche de la porte d'entrée de la bactérie (2 points), et l'utilisation d'une antibiothérapie conforme aux recommandations (molécule, voie d'administration, posologie et durée : 1 point par item). Les auditeurs devaient notifier les accidents iatrogènes survenus au cours de la prise en charge.

Résultats

7 établissements de santé ont participé: 1 CHU, 5 CHR et 1 clinique.

Tableau 1. Données cliniques

98 EI incluses
Âge moyen : 67 ± 16ans
Sex-ratio (H/F) à 2
36 EI sur matériel
23 EI liées aux soins
Durée moyenne de séjour : 30 jours
34 séjours en réanimation
16 sepsis sévères ou chocs septiques
17 décès
4 Récidives, 2 Rechutes dans l'année
21 EI d'origine communautaire (29%) étaient dues à des staphylocoques (dont 18 infections à <i>S. aureus</i>)

Tableau 2. Répartition des EI par valves

37 Mitrales dont 5 bioprothèses, 3 mécaniques
30 Aortiques dont 15 bioprothèses, 1 mécanique
13 Tricuspidés; 9 Mixtes; 1 Pulmonaire
3 Pace Maker; 2 DAI
1 Prothèse aortique (Bental)

Tableau 3. Répartition des EI par germe

28 <i>Staphylococcus aureus</i>
19 Streptocoques ingroupables
11 Entérocoques
10 <i>Streptococcus gallolyticus</i>
9 Staphylocoques à coagulase négative
6 Streptocoques groupables
6 non documentées
5 « autres »
3 Levures
1 <i>Haemophilus</i>

Tableau 4. Score d'évaluation

Score de qualité moyen : 13,5±3,3
Score moyen par établissement : 11,4 à 16 (p=0,011) (fig 1)

Les éléments significativement associés à un meilleur score étaient :

- la présence de 2 critères majeurs de Dukes, présents chez 62 patients : 14,4±2,8 vs 11,9±3,5 (p<0.001)
- la réalisation de dosages d'antibiotiques, réalisés chez 57 patients : 14,3±2,9 vs 12,4±3,6 (p=0,014).
- Le score de qualité n'était pas associé à un meilleur pronostic: 13,7±3,2 vs 12,8±3,7 en cas de décès (p = 0,4).

Fig 1. Répartition des scores entre établissements

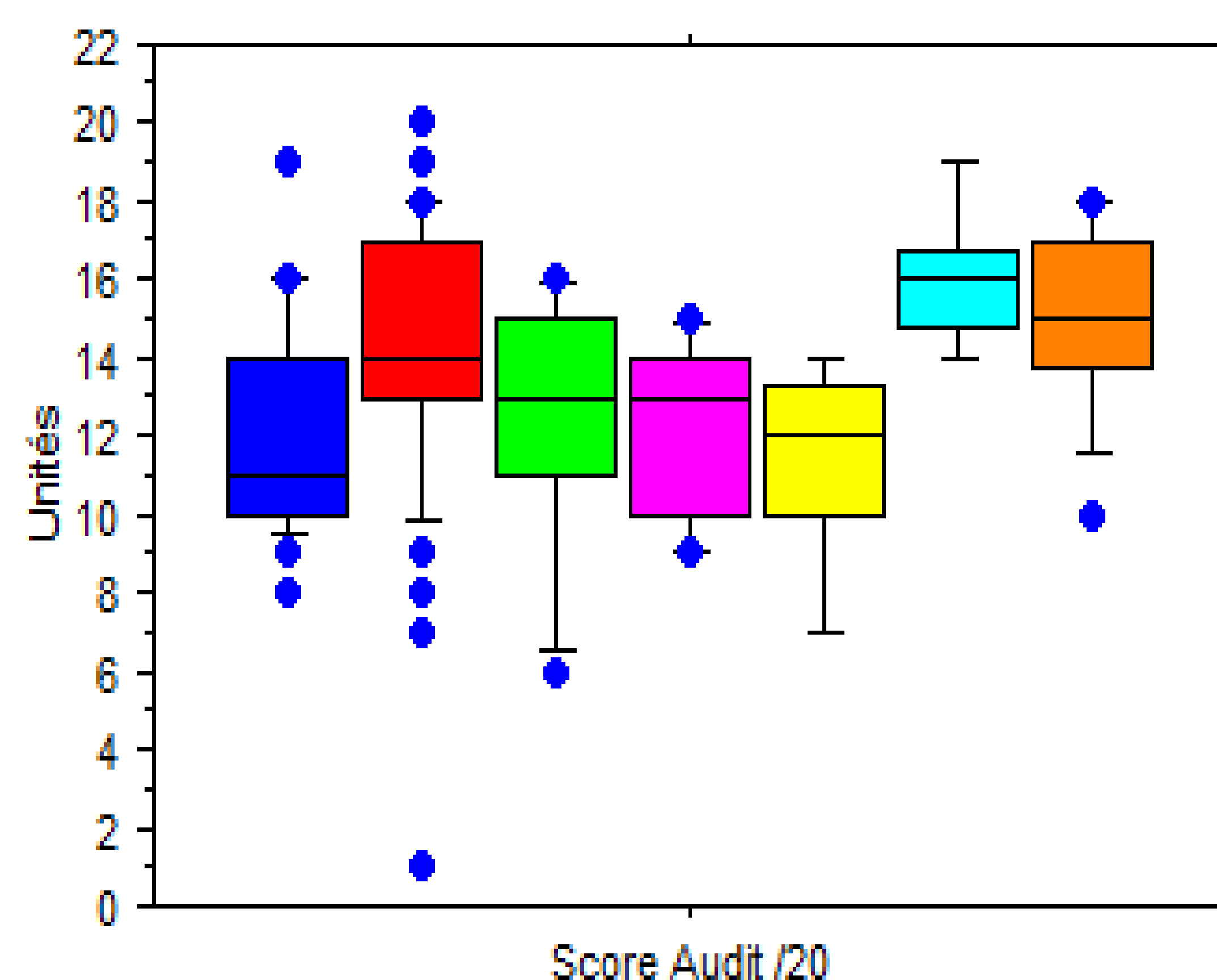


Tableau 5. Iatrogénie, n = 31

10 insuffisances rénales sous aminosides
2 toxidermies sous amoxicilline
2 cytolyses sous rifampicine
2 cytopénies sous linézolide
1 insuffisance rénale sous cotrimoxazole
1 tubulopathie sous amphotéricine B
1 syndrome confusionnel sous quinolones
1 tendinopathie sous quinolones
11 évènements non liés aux antibiotiques

Discussion

L'inégalité de scores entre établissements illustre l'hétérogénéité de prise en charge des EI, la certitude diagnostique et la mesure des concentrations sériques des antibiotiques apparaissant être des marqueurs de qualité de prise en charge.

Le score, tel qu'il est conçu, n'apparaît pas relié significativement à la mortalité. L'élaboration de critères plus sélectifs au sein d'un nouveau score pourrait permettre de dégager des facteurs pronostiques innovants dans la prise en charge des EI.

Une proportion importante d'évènements iatrogènes étaient observés. Leur relation avec la mortalité reste à évaluer.