

Mise au point

Prophylaxie de l'endocardite infectieuse : tendances actuelles et recommandations récentes

Prophylaxis of infective endocarditis: Trends and new recommendations

X. Duval

Service des maladies infectieuses et tropicales, hôpital Bichat-Claude-Bernard, 46, rue Henri-Huchard, 75877 Paris cedex 18, France

Reçu le 20 janvier 2008 ; accepté le 21 février 2008

Disponible sur Internet le 17 mars 2008

Résumé

Le rationnel ayant abouti aux modifications profondes des recommandations sur la prophylaxie de l'endocardite est présenté. C'est en effet à partir d'une analyse rigoureuse des données scientifiques disponibles, que la notion d'antibioprophylaxie systématique pour les gestes à risque réalisés chez des patients ayant des cardiopathies à risque a été remise en cause. L'antibioprophylaxie systématique reste cependant de mise pour les cardiopathies à très haut risque.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

The rationale having led to the profound change in the guidelines on the prevention of endocarditis is presented. The current trend to abandoning systematic antibiotic prophylaxis in patients at risk for infective endocarditis is in fact based upon a sound scientific background. Systematic antibiotic prophylaxis remains necessary, however, in the category of patients at very high risk.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Endocardite infectieuse ; Prévention ; Antibioprophylaxie

Keywords: Infective endocarditis; Prevention; Antibioprophylaxis

L'endocardite infectieuse est une maladie rare (1500 cas par an en France), de pronostic réservé. Son incidence semble stable au cours des dernières années et varie selon les études entre 25 et 50 cas par million d'habitants et par année. L'épidémiologie de l'endocardite infectieuse est complexe à appréhender en raison des difficultés diagnostiques et du large impact du biais de référence sur les caractéristiques des populations étudiées. Cependant, le profil des patients présentant une endocardite semble se modifier au cours des dernières années : on observe une fréquence plus élevée des patients âgés, une diminution des patients porteurs de valvulopathies post-rhumatismales et une diminution des endocardites secondaires aux streptocoques d'origine buccodentaire. Ce dernier point fait, cependant, l'objet

de controverses [1–3] et n'est pas clairement expliqué. Il pourrait être la conséquence de l'efficacité des mesures de prophylaxie antibiotique de l'endocardite essentiellement ciblée sur les streptocoques, mais la faible adhérence à ces recommandations rend cette hypothèse peu vraisemblable. L'amélioration générale de l'hygiène buccodentaire est évoquée par certains comme à l'origine de cette diminution.

L'endocardite est grevée d'une morbidité et d'une mortalité importante. Cette dernière est de 20 % lorsqu'on ne considère que la phase initiale intrahospitalière mais s'élève à 40 % lorsque le recul atteint cinq ans. Ce pronostic réservé a conduit à envisager des stratégies préventives. À ce titre, la prophylaxie de l'endocardite est recommandée dans différents pays sur la base de la physiopathologie supposée de cette maladie, mais paradoxalement, sans que les preuves scientifiques de son efficacité n'aient été apportées. Depuis quelques années, dans le contexte

Adresse e-mail : xavier.duval@bch.aphp.fr.

de la « médecine fondée sur des preuves », la tendance est à limiter les indications de l'antibioprophylaxie. Cet article a pour objectif de résumer les données récentes à l'origine de la modification de la politique d'antibioprophylaxie dans les différents pays. Il concernera essentiellement les indications de l'antibioprophylaxie à la suite de la réalisation de gestes buccodentaires, à la lumière des recommandations les plus récentes, provenant de différents pays.

1. Origines de la politique d'antibioprophylaxie

Le lien entre l'hygiène buccodentaire et la survenue d'endocardite infectieuse est évoqué dès 1909 par Horder qui, le premier, observa que « l'infection se greffait sur un endocarde préalablement sclérosé, la source de l'infection étant le plus souvent un micro-organisme d'origine buccodentaire » [4]. En 1935, Okell et Elliott rapportaient la survenue de bactériémie à la suite d'extractions dentaires chez 61 % des 138 patients étudiés [5]. Le concept de la bactériémie provoquée par une procédure se greffant sur une lésion de l'endocarde était ainsi introduit. Une stratégie préventive visant à empêcher la greffe et la prolifération de bactéries circulantes sur de telles lésions de l'endocarde était ainsi envisagée. La prophylaxie antibiotique est ainsi recommandée chez les patients porteurs d'une valvulopathie à risque depuis 1954. Sur la base de travaux réalisés ultérieurement sur modèles animaux expérimentaux qui, d'une part, reproduisent la succession de lésion de l'endocarde, bactériémie provoquée (par injection intravasculaire) et développement de l'endocardite et, d'autre part, bloquent ce processus par l'injection concomitante d'antibiotique cette prophylaxie a été pérennisée jusqu'à ce jour [6,7]. Avec le développement des techniques diagnostiques et thérapeutiques invasives et la mise en évidence par la réalisation d'hémocultures systématiques de bactériémie leur succédant, la liste des procédures devant faire l'objet d'une prophylaxie s'est progressivement allongée. Cependant, une revue récente de la Cochrane concluait qu'il « n'existait pas de preuve scientifique pour justifier les recommandations actuellement édictées » [8]. Un essai contrôlé randomisé devrait être initié afin d'évaluer l'efficacité de telles mesures d'antibioprophylaxie. Cependant, le nombre de patients nécessaires à la mise en évidence d'un tel effet (plus de 6000 sujets par bras) a découragé toute tentative. De plus, un essai thérapeutique évaluant une stratégie contraire aux recommandations en vigueur poserait des problèmes d'ordres légaux et éthiques [9].

2. Remise en cause du bien fondé des recommandations

Dans ce contexte de recommandations à faible niveau de preuve (consensus professionnel), plusieurs points ont, au cours de ces dernières années, remis en cause les principes sous tendant d'antibioprophylaxie [10].

Le premier point provient de la constatation que les gestes de la vie de tous les jours tels que le brossage de dents ou la mastication induisent aussi fréquemment des bactériémies « spontanées », passant inaperçues, que les procédures invasives « provoquées » préalablement identifiées comme à risque d'induire une endocardite. Du fait de la répétition de ces acti-

ités quotidiennes et en contrepartie, de l'extrême rareté des procédures buccodentaires invasives, les bactériémies spontanées sur une période cumulée d'une année seraient six millions de fois plus fréquentes que les bactériémies certes intenses, mais rares provoquées par une unique extraction dentaire [12]. Cependant, ce concept de bactériémie spontanée n'est recevable que si l'intensité de la bactériémie secondaire aux gestes de tous les jours atteint un niveau théorique nécessaire à l'ensemencement des valves cardiaques et au développement de l'endocardite. Sous cette hypothèse, les bactériémies secondaires aux activités de la vie quotidienne pourraient être plus souvent à l'origine d'endocardites infectieuses que des bactériémies occasionnelles, provoquées par une procédure invasive [11,12].

Cela pourrait expliquer que la plupart des séries ne rapportent qu'un nombre très faible d'endocardites compliquant une procédure invasive buccodentaire (2,7 à 7 % des séries épidémiologiques) [13–15]. Cependant, même en cas de concordance temporelle rétrospectivement évoquée entre la réalisation d'une procédure et la survenue d'une endocardite, il n'est pas possible de déterminer avec certitude si la bactériémie à l'origine de l'endocardite a été provoquée par la procédure, si elle est causée par la pathologie dentaire motivant la réalisation de la procédure ou si elle est la conséquence d'une bactériémie spontanée. La prescription quotidienne d'une prophylaxie précédant les activités journalières n'étant guère envisageable, le nombre d'endocardites prévenues par une antibioprophylaxie administrée lors d'une procédure buccodentaire est probablement très faible.

Le deuxième point concerne la prévalence des valvulopathies à risque de greffe bactérienne. Au même titre que les bactériémies sont probablement beaucoup plus fréquentes qu'initialement considérées, la prévalence des cardiopathies prédisposantes pour lesquelles une prophylaxie est habituellement recommandée est beaucoup plus élevée que précédemment considéré. En effet, la réalisation systématique d'échographies cardiaques retrouve la présence de valvulopathies devant faire l'objet d'une prophylaxie de l'endocardite chez 2,5 % de la population générale américaine [16]. Cette prévalence atteint des valeurs de 13 % chez les individus de plus de 75 ans. Ces valeurs sont comparables aux 3,3 % rapportées dans la population française âgée de 25 à 84 ans [13], soit environ 300 000 individus en France en 1999. Ce nombre très élevé d'individus porteurs de cardiopathies à risque est à analyser en tenant compte du nombre moyen de procédures buccodentaires réalisées chaque année (2,1 par an et par individu, soit environ 2 600 000 procédures) et du pourcentage de celles faisant l'objet d'une antibioprophylaxie (40 %, en France, chiffre comparable aux autres pays) [13,14,17,18].

Le troisième point est relatif au risque de développer une endocardite après une procédure invasive. Il apparaît que le nombre de procédures buccodentaires réalisées chaque année chez des patients présentant une cardiopathie à risque d'endocardite sans avoir fait l'objet d'une antibioprophylaxie, est bien plus élevé qu'initialement estimé. En contrepartie, eu égard au nombre d'endocardites survenant chaque année, et à la proportion de celles temporellement reliées à la réalisation d'une procédure buccodentaire, le risque de survenue d'une endocar-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2869406>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2869406>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)