



PROPHYLAXIE DE L'ENDOCARDITE BACTÉRIENNE

CONTEXTE

Le présent document se veut à la fois un complément aux guides d'antibioprophylaxie élaborés par le PGTM en collaboration avec le Conseil du Médicament en 2005 ainsi qu'une mise à jour du document sur l'endocardite publié par le Conseil en novembre 2005^{1, 2}. L'American Heart Association (AHA) ayant publié une mise à jour de la prophylaxie de l'endocardite bactérienne en juin 2007, le PGTM propose ce guide afin de diffuser les recommandations les plus récentes¹. La méthodologie préconisée par l'AHA repose davantage sur les évidences de la littérature que sur l'opinion des experts, et ce, pour la première fois depuis les premières recommandations sur la prophylaxie de l'endocardite émises par cet organisme. Des recommandations canadiennes sont attendues prochainement.

GÉNÉRALITÉS

Endocardite bactérienne (EB) : maladie sévère, potentiellement mortelle mais relativement rare.

Les éléments de contexte suivants ont mené les experts à modifier les lignes directrices de la prophylaxie de l'EB¹.

- ◆ L'endocardite bactérienne est plus susceptible de survenir suite à une bactériémie transitoire provoquée par les activités de la vie quotidienne (exposition fréquente comme soins dentaires) que d'une bactériémie causée par une procédure dentaire, génito-urinaire ou gastro-intestinale^{1, 3}.
- ◆ La prophylaxie ne prévient qu'un très faible nombre d'EB, s'il y a lieu, chez les gens ayant à subir une procédure dentaire, génito-urinaire ou gastro-intestinale.
- ◆ Le risque associé aux effets indésirables des antibiotiques excède le bénéfice, le cas échéant, associé à la prophylaxie de l'EB.
- ◆ Ainsi, le maintien de l'hygiène et de la santé buccale peut réduire la bactériémie associée aux activités de la vie quotidienne et sont plus importants que l'antibioprophylaxie associée aux procédures dentaires pour réduire le risque d'EB.
- ◆ Doses particulières :
 - Doses pédiatriques : en mg/kg jusqu'à un maximum équivalent à la dose adulte. Aucune étude pédiatrique n'a évalué l'efficacité de l'antibioprophylaxie chez les enfants. Les recommandations sont basées sur les études faites chez l'adulte et peuvent être adaptées selon l'expérience locale².

CONDITIONS CARDIAQUES ASSOCIÉES A UN RISQUE ÉLEVÉ DE CONSÉQUENCES NÉFASTES SUITE AU DÉVELOPPEMENT D'UNE ENDOCARDITE¹

L'ANTIBIOPROPHYLAXIE EST CONSIDÉRÉE RAISONNABLE DANS CES CONDITIONS

- ◆ Valve cardiaque prothétique
- ◆ Antécédent d'endocardite infectieuse
- ◆ Cardiopathie congénitale incluant :
 - Cardiopathie cyanogène non réparée incluant les shunts palliatifs et les conduits
 - Pendant les 6 premiers mois post-réparation complète d'une cardiopathie congénitale avec matériel prothétique en place.
 - Post-réparation incomplète d'une cardiopathie congénitale avec du matériel prothétique en place.
- ◆ Patient avec greffe cardiaque, ayant développé une valvulopathie cardiaque.

SOMMAIRE DES RECOMMANDATIONS SUR L'ANTIBIOPROPHYLAXIE DE L'ENDOCARDITE AVANT PROCÉDURES POUR LES PATIENTS AYANT DES CONDITIONS CARDIAQUES À HAUT RISQUE POUR L'ENDOCARDITE¹

| PROCÉDURES | RECOMMANDATIONS | COMMENTAIRES |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Procédures dentaires | <p>Prophylaxie recommandée pour les procédures qui impliquent :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ manipulation des tissus gingivaux ou la région périapicale des dents (incluant des formes de nettoyages dentaires professionnels) ◆ perforation de la muqueuse orale (extractions...) | Prophylaxie non recommandée pour les injections d'anesthésiants locaux dans des tissus non infectés, les radiographies dentaires, la pose d'appareils d'orthodontie ou prothodontique, chute des dents de lait ainsi que lors de saignements suivant un trauma des lèvres ou de la muqueuse buccale. |
| Procédures invasives du tractus respiratoire, impliquant incision ou biopsie de la muqueuse respiratoire, comme amygdalectomie et adénoïdectomie | <p>Prophylaxie recommandée (même que pour les procédures dentaires).</p> <p>Prophylaxie non recommandée pour les bronchoscopies sauf si cette procédure implique une incision au niveau du tractus respiratoire.</p> | Il est raisonnable de traiter l'infection du tractus respiratoire s'il y a lieu, le régime antibiotique devrait contenir un agent efficace contre les <i>Streptococcus</i> du groupe <i>viridans</i> . |
| Procédures du tractus gastro-intestinal ou génito-urinaire | Prophylaxie non recommandée | <p>Une prophylaxie est non recommandée en cas de coloscopie qu'il y ait biopsie ou non.</p> <p>Une prophylaxie est non recommandée en cas d'accouchement.</p> <p>L'éradication d'une colonisation urinaire à l'<i>Enterococcus sp</i> est raisonnable avant une cystoscopie ou une procédure impliquant les voies urinaires.</p> |
| Procédures impliquant des tissus cutanés ou musculo-squelettiques infectés. | Prophylaxie non recommandée , voir commentaire | Il est raisonnable de traiter le site cutané infecté avec un régime antibiotique actif contre les staphylocoques et streptocoques bêta-hémolytique, comme par exemple la pénicilline ou une céphalosporine. La vancomycine ou la clindamycine sont à considérer pour les patients ayant des contre-indications au régime pré-mentionné ou porteurs de SARM. |

REGIMES POSOLOGIQUES RECOMMANDÉS POUR LA PROPHYLAXIE DE L'ENDOCARDITE BACTÉRIENNE¹

| PROPHYLAXIE RECOMMANDÉE | | RÉGIME POSOLOGIQUE : UNE SEULE DOSE 30 À 60 MINUTES AVANT LA PROCÉDURE | |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| SITUATION | AGENT | ADULTE | PÉDIATRIE |
| <i>Per os</i> | Amoxicilline | 2 000 mg | 50 mg/ kg |
| <i>Per os impossible</i> | 1) Ampicilline OU 2) Céfazoline ou Ceftriaxone | 2 000 mg IM ou IV OU 1000 mg IM ou IV ou 1000 mg IM ou IV | 50 mg/ kg IM ou IV |
| Allergie à la pénicilline ou à ampicilline, <i>per os</i> | 1) Céphalexine OU 2) Clindamycine ou Azithromycine ou Clarithromycine | 2000 mg OU 600 mg ou 500 mg | 50 mg/ kg OU 20 mg/kg ou 15 mg/kg |
| Allergie à la pénicilline ou à ampicilline *, et <i>per os impossible</i> | 1) Céfazoline ou Ceftriaxone OU 2) Clindamycine | 1000 mg IM ou IV OU 600 mg IM ou IV | 50 mg/ kg IM ou IV OU 20 mg /kg IM ou IV |

* allergie à la pénicilline ou à l'ampicilline : les céphalosporines ne devraient pas être utilisées chez les patients qui présentent une réaction d'hypersensibilité immédiate (urticaire, angioedème, anaphylaxie) aux pénicillines.

ADMINISTRATION INTRA VEINEUSE DES ANTIBIOTIQUES CHEZ L'ADULTE⁴

Ampicilline : IV directe (maximum 100mg/min) OU perfusion IV intraveineuse en 30 minutes

Céfazoline: IV directe en 3-5 minutes OU perfusion IV en 15-30 minutes

Ceftriaxone : IV directe en 5 minutes OU perfusion IV en 15-30 minutes

Clindamycine : perfusion IV en 60 minutes (maximum 30 mg/minute chez l'adulte)

CONSIDÉRATIONS ET CIRCONSTANCES PARTICULIÈRES^{1,5}

- ◆ Patients à haut risque déjà sous traitement antibiotique chronique:
 - La recommandation de l'AHA demeure la même qu'en 1997, soit de changer l'antibiotique au profit d'un antibiotique de classe différente afin d'éviter les résistances.
- ◆ Patients à haut risque prenant des anticoagulants :
 - Les injections d'antibiotiques IM sont déconseillées. Dans ces circonstances, la voie orale est privilégiée. La voie IV est réservée au cas où la prise per os (capsule ou suspension orale) est impossible.
- ◆ Patients à haut risque ayant à subir une chirurgie cardiaque :
 - Une évaluation dentaire est recommandée a priori afin de compléter un éventuel traitement dentaire avant la chirurgie cardiaque. Ces mesures peuvent diminuer le risque de développer une endocardite tardive à *Streptococcus viridans* pour les patients porteurs d'une valve cardiaque.

RÉFÉRENCES

1. Wilson W, Taubert KA, Gewitz M, et al. Prevention of infective endocarditis: guidelines from the American Heart Association: a guideline from the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee, Council on Cardiovascular Disease in the Young, and the Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group. *Circulation* 2007; 116(15):1736-54.
2. Antibioprophylaxie de l'endocardite bactérienne. Conseil du médicament 2005. www.cdm.gouv.qc.ca.
3. Gould F.K., Elliott T.S.J., Foweraker J., et al. Guidelines for the prevention of endocarditis : report of the working party of the British Society for antimicrobial chemotherapy. *Journal of antimicrobial chemotherapy* 2006;57(6):1035-42.
4. Hôpital d'Ottawa. Manuel sur la pharmacothérapie parentérale. Ottawa 2007.
5. Hester S. 2007 AHA Guidelines for Infective Endocarditis (IE) Prophylaxis. *Pharmacist's Letter / Prescriber's Letter* 2007;23(230601):1-7.

AUTEURS

Rédaction du document PGTM

Sylvie Desgagné, pharmacienne, Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ)

Révision du document PGTM

Marie-Claude Michel, pharmacienne, Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ)

Martin Turgeon, pharmacien, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS)

Révision expert : Dre Louise Deschênes, Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ)

Réviseurs (comité scientifique PGTM) :

Dr Benoît Bailey, Centre hospitalier universitaire, hôpital Ste-Justine (CHU-HSJ)

Benoît Cossette, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS)

Céline Dupont, Centre universitaire de santé McGill (CUSM)

Dr Paul Farand, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS)

Marie-Claude Michel, Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ)

Dr Daniel Froment, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

Nathalie Letarte, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

Dr Raghu Rajan, Centre universitaire de santé McGill (CUSM)

Les membres du comité scientifique du PGTM ne rapportent aucun conflit d'intérêt lors de la préparation de ce document.

Approuvé par le comité scientifique du PGTM le : 8 novembre 2007

Disponible sur le site web du PGTM : www.pgtm.qc.ca

AVIS

Le document émet des recommandations en regard d'un médicament donné, le tout, en respect des informations scientifiques disponibles au moment de sa publication. Toutefois, ces recommandations n'ont aucunement pour effet de remplacer le jugement du clinicien. Les recommandations du PGTM sont faites à titre indicatif et n'engagent ainsi aucune responsabilité pouvant résulter de leurs utilisations. En conséquence, le PGTM ne pourra être tenu responsable de tout dommage, de quelque nature que ce soit en regard à l'utilisation de ces recommandations pour les soins ou le diagnostic des individus.