

CARDIOLOGIE

Conférences scientifiques^{MD}

COMPTE RENDU DES CONFÉRENCES
SCIENTIFIQUES DE LA DIVISION DE
CARDIOLOGIE, HÔPITAL ST. MICHAEL,
UNIVERSITÉ DE TORONTO

Prophylaxie de l'endocardite infectieuse : actualisation pour 2007*

Par JEREMY EDWARDS, MD, HOWARD LEONG-POI, MD, FRCPC

La prévention de l'endocardite infectieuse (EI) est un sujet qui soulève beaucoup d'intérêt et de discussion. Une récente actualisation des lignes directrices sur la prévention de l'EI par l'*American Heart Association* (AHA) représente des modifications substantielles par rapport aux recommandations antérieures qui étaient devenues une pratique de référence. Ces modifications impliquent de restreindre l'antibioprophylaxie uniquement aux patients ayant des antécédents d'EI, une prothèse valvulaire cardiaque, aux transplantés cardiaques ayant une valvulopathie, et à un sous-ensemble de patients atteints de cardiopathie congénitale. Les lignes directrices révisées incluent également des modifications quant aux types de procédures pour lesquelles une antibioprophylaxie est recommandée. Ce numéro de « Cardiologie – Conférences scientifiques » passe en revue les lignes directrices de l'AHA de 2007 pour la prévention de l'EI et discute du rationnel qui sous-tend ces changements.

La récente publication des nouvelles lignes directrices sur la prophylaxie de l'EI par l'AHA en avril 2007 a provoqué de nombreuses discussions parmi les médecins, les dentistes et leurs patients communs. Par rapport aux précédentes lignes directrices de 1997,² celles de 2007 plaident pour limiter l'antibioprophylaxie à un groupe plus restreint de patients sélectionnés subissant des procédures spécifiques. De ce fait, l'antibioprophylaxie n'est plus conseillée à de nombreux patients à qui elle l'était auparavant.

Depuis plus de 50 ans, l'AHA a fourni des lignes directrices aux médecins sur la meilleure prévention possible de l'EI. Le rationnel de l'actualisation des lignes directrices de 1997 a été fondé sur les observations suivantes :

- Les probabilités de survenue d'une EI sont plus faibles après une procédure invasive qu'après l'exposition à une bactériémie de hasard associée aux activités quotidiennes.
- L'antibioprophylaxie, même si elle est efficace à 100%, ne peut prévenir qu'un petit nombre de cas d'EI.
- L'utilisation d'antibiotiques n'est pas dénuée de risque.
- Le maintien d'une bonne hygiène bucco-dentaire visant à prévenir la bactériémie liée aux activités quotidiennes peut contribuer davantage à la prévention de l'EI qu'une antibiothérapie prophylactique.

Alors que les précédentes lignes directrices de l'AHA 1997 étaient approuvées par l'*American Dental Association* (ADA), les présentes lignes directrices ont été approuvées par l'ADA, la Société des Maladies Infectieuses d'Amérique [*Infectious Diseases Society of America*] (IDSA) et la *Pediatric Infectious Diseases Society* (PIDS). Cette approbation par plusieurs sociétés clés impliquées dans la prévention de l'EI ajoute à la crédibilité de ces lignes directrices. Le but de cette revue est de résumer les lignes directrices actuelles de l'AHA concernant l'antibioprophylaxie de l'endocardite infectieuse et de discuter du rationnel derrière ces changements dans les recommandations.

Pathogenèse de l'endocardite infectieuse

Comprendre la pathogenèse de l'endocardite infectieuse permet d'apprécier le rationnel qui sous-tend la prophylaxie de l'EI. La survenue d'un traumatisme endothélial, qui peut entraîner un écoulement turbulent, facilite l'agrégation de plaquettes et de fibrine à la surface de

Division de cardiologie

Beth L. Abramson, MD
Abdul Al-Hesayen, MD
Luigi Casella, MD
Asim Cheema, MD
Robert J. Chisholm, MD
Chi-Ming Chow, MD
Paul Dorian, MD
Neil Fam, MD
David H. Fitchett, MD (rédacteur-adjoint)
Michael R. Freeman, MD
Shaun Goodman, MD
Anthony F. Graham, MD
Robert J. Howard, MD
Stuart Hutchison, MD
Victoria Korley, MD
Michael Kutryk, MD
Anatoly Langer, MD
Howard Leong-Poi, MD
Iqwal Mangat, MD
Gordon W. Moe, MD (rédacteur)
Juan C. Monge, MD (rédacteur-adjoint)
Thomas Parker, MD (chef)
Arnold Pinter, MD
Trevor I. Robinson, MD
Andrew Yan, MD

Hôpital St. Michael

30 Bond St.,
Suite 7049, Queen Wing
Toronto, Ont. M5B 1W8
Télécopieur : (416) 864-5941

Les opinions exprimées dans cette publication ne reflètent pas nécessairement celles de la Division de Cardiologie, Hôpital St. Michael, l'Université de Toronto, du commanditaire de la subvention à l'éducation ou de l'éditeur, mais sont celles de l'auteur qui se fonde sur la documentation scientifique existante. On a demandé à l'auteur de révéler tout conflit d'intérêt potentiel concernant le contenu de cette publication. La publication de *Cardiologie – Conférences scientifiques* est rendue possible grâce à une subvention à l'éducation sans restrictions.



Leading with Innovation
Serving with Compassion

ST. MICHAEL'S HOSPITAL

A teaching hospital affiliated with the University of Toronto



Terrence Donnelly Heart Centre

UNIVERSITY
OF TORONTO



* Une revue des lignes directrices de l'American Heart Association pour la prévention de l'endocardite infectieuse

l'endothélium, cela s'appelle l'endocardite thrombotique non bactérienne [*nonbacterial thrombotic endocarditis*] (NBTE). Ce foyer riche en nutriments présente un risque d'ensemencement bactérien en cas de bactériémie transitoire provenant, pense-t-on, des surfaces muqueuses (par ex. muqueuse gingivale, oropharyngée, gastro-intestinale, uréthrale, ou vaginale).

Particulièrement intéressantes sont les bactériémies transitoires associées aux traumatismes gingivaux. Dès qu'une NBTE est exposée à une bactériémie transitoire, les bactéries peuvent ensemercer la NBTE grâce à différentes propriétés d'adhésion bactérienne. Les streptocoques du groupe *viridans* sont les pathogènes impliqués dans la majorité des EI non associées à des drogues intraveineuses, sur valve native. Certaines souches streptococciques du groupe *viridans* contiennent une protéine Fim A qui leur permet d'adhérer à la NBTE.³ D'autres espèces de bactéries ont des propriétés d'adhésion propres, par exemple, l'adhésion des staphylocoques. Une fois qu'il y a eu adhésion bactérienne, l'accumulation de plaquettes et de fibrine continue. Cela a pour effet d'enfermer les bactéries à l'abri des défenses de l'hôte et de leur permettre de proliférer rapidement dans la NBTE riche en nutriments, jusqu'à atteindre des densités de 10^8 à 10^{11} unités formant colonie [*colony-forming units*] par gramme dans les lésions gauches.⁴ Pour des raisons qui ne sont pas claires, les lésions droites ont tendance à avoir des densités bactériennes inférieures. Dans le passé, la nécessité de minimiser ou d'abolir cette bactériémie dans le but de prévenir l'ensemencement de la NBTE était, en partie, le rationnel de l'utilisation des antibiotiques en prévention de l'EI.

Risque d'endocardite infectieuse attribué aux procédures dentaires

La muqueuse buccale a été la première reconnue comme source potentielle de bactériémie et d'EI il y a plus de 100 ans. La majorité de la littérature traitant de la prévention de l'EI a plus tendance à se focaliser sur les procédures dentaires que sur toute autre procédure. L'incidence de l'EI étant faible, les études consacrées à la prévention de l'EI ont davantage pris la bactériémie transitoire comme critère final d'évaluation que le développement d'une EI. On attend des médecins qu'ils en déduisent que les mesures destinées à diminuer le risque de bactériémie transitoire réduiront aussi le risque d'EI, une présomption qui est extrêmement difficile à prouver.

A ce jour, il n'existe pas de données probantes claires dans la littérature prouvant une relation causale directe entre procédures dentaires et développement d'une EI, bien qu'il existe de nombreuses observations dans lesquelles le délai entre une procédure dentaire et le développement de l'EI est souvent long, jusqu'à 3 à 6 mois. Intuitivement, il semblerait qu'une période d'« incubation » de 3 à 6 mois ne soit pas biologiquement plausible. Cela est appuyé par des travaux publiés en 1977 qui ont

démontré que l'intervalle de temps entre la bactériémie et l'EI manifeste était < 2 semaines dans 80% des cas.⁵

Il est généralement accepté que les extractions dentaires sont la procédure dentaire présentant *le plus grand* risque de bactériémie, avec des taux allant de 10% à 100%. Il a aussi été montré que d'autres procédures dentaires comportent un risque significatif de développement d'une bactériémie transitoire.^{6,7} De façon intéressante, il n'a pas été montré qu'un saignement lors d'une procédure dentaire augmente le risque de bactériémie transitoire. C'est pourquoi la question est la suivante : Quelle est la signification clinique d'une bactériémie transitoire associée à une procédure dentaire ? Des activités quotidiennes communes comme mastiquer la nourriture, se brosser les dents, passer une soie dentaire, se servir d'un cure-dent et utiliser un hydropulseur comportent toutes un risque de bactériémie transitoire. Par exemple, l'incidence de la bactériémie transitoire après mastication de la nourriture est estimée jusqu'à 50%.⁸ Le risque *cumulatif* annuel de bactériémie transitoire associé aux activités quotidiennes, comme la mastication ou le brossage des dents, dépasse largement le risque associé aux procédures dentaires, généralement peu fréquentes. Cela est conforté par l'observation du fait que la grande majorité des patients ayant une EI n'ont pas subi de procédure dentaire dans les 2 semaines précédant le début des symptômes.^{9,10} Aucune information n'est disponible sur l'importance de la bactériémie nécessaire pour développer une EI. Néanmoins, l'importance de la bactériémie associée aux procédures dentaires apparaît à peu près similaire à celle associée aux activités quotidiennes, typiquement jusqu'à 10^4 unités formant colonie par mL.¹¹ Intuitivement, plus la bactériémie dure, plus grand est le risque de développer une EI. Cependant, cela est très difficile à démontrer scientifiquement. Pour la majorité des procédures dentaires, la bactériémie chute de façon extraordinaire après 30 minutes.

L'importance de l'hygiène dentaire quant à la survenue d'une EI a été reconnue pour la première fois il y a plus de 80 ans, pourtant, elle n'a jamais été incluse dans les lignes directrices de l'AHA avant 1997. Dans les lignes directrices de 2007, l'importance de l'hygiène buccale est de nouveau soulignée. En 1935, Okell a démontré que les patients à mauvaise hygiène buccale qui subissaient une extraction dentaire avaient un risque de bactériémie à streptocoque du groupe *viridans* de 61%. Il a été montré ultérieurement que les taux de bactériémie chez les patients ayant une mauvaise hygiène buccale étaient les mêmes avant et après procédure dentaire.⁸ Par conséquent, le poids du risque est plus accentué par le niveau d'hygiène bucco-dentaire de ces patients que par les procédures dentaires qu'ils subissent. Étant donné le risque connu de bactériémie transitoire associé aux activités quotidiennes, l'importance d'une bonne hygiène bucco-dentaire est un message qu'il faut faire passer aux patients, en particulier à ceux qui ont un risque élevé, et peut être plus bénéfique pour diminuer le

risque d'EI au cours de l'existence qu'une antibioprophy-laxie avant les procédures dentaires.

Identification des patients qui nécessitent une antibioprophy-laxie

Les lignes directrices de l'AHA de 1997 concernant la prévention de l'EI étaient centrées sur les patients ayant un risque élevé de développer une EI au cours de l'existence, ce qui incluait les patients ayant des lésions valvulaires telles que sténose aortique et prolapsus valvulaire mitral avec régurgitation. Les nouvelles lignes directrices de l'AHA de 2007 sont centrées sur les patients qui présentent un risque élevé d'évolution défavorable en cas d'EI. Les évolutions défavorables mentionnées dans les lignes direc-trices de l'AHA de 2007 comprennent décès, dysfonction valvulaire sévère, insuffisance cardiaque, événements emboliques multiples, et extension périvalvulaire, y compris abcédation. Cela représente une modification signi-ficative du but de l'antibioprophy-laxie et a été à l'origine de débats substantiels parmi les médecins. Un grand nom-bre des patients inclus dans les lignes directrices de l'AHA de 1997 ne répondent plus aux critères de l'antibioprophy-laxie d'après les lignes directrices actuelles. Ce n'est pas parce qu'ils ne présentent plus de risque de développer une EI, mais plutôt que, s'ils devaient en développer une, leur risque d'évolution défavorable n'est pas considéré comme élevé. C'est un concept difficile à faire passer à un patient, surtout après que les médecins aient pendant des années donné des conseils sur l'importance des antibio-tiques dans la prophylaxie de l'EI.

Les patients porteurs d'une prothèse valvulaire ont un risque de mortalité par EI à streptocoque du groupe *viridans* de 20%, contre 5% pour les patients ayant des valves natives. À l'évidence, les patients porteurs de prothèses valvulaires ont un risque élevé d'évolution défavorable en cas d'EI. De même, les patients ayant des antécédents d'EI ou ayant subi une transplantation cardiaque et présentant une valvulopathie ont un risque élevé d'évolution défavorable en cas d'EI. Le risque d'évolution défavorable en cas d'EI semble également élevé dans un sous-groupe de patients atteints de cardiopathie congénitale [*congenital heart disease*] (CHD). Celui-ci comprend les patients atteints de cardiopathie cyanogène non réparée (y compris shunts et conduits palliatifs), ceux dont les cardiopathies congéni-tales ont été complètement réparées mais qui ont un matériel ou un dispositif prothétique pendant les 6 pre-miers mois suivant la procédure, ou ceux ayant une car-diopathie congénitale réparée avec des défauts résiduels sur le site ou adjacent au site du patch ou du dispositif pro-thétique (qui inhibe l'endothélialisation).

Le rationnel derrière le changement de perspective visant à cibler les patients ayant un risque élevé d'évolution défavorable en cas d'EI prend sa source dans l'absence de preuve que l'antibioprophy-laxie prévienne l'EI et dans le fait que les antibiotiques ne sont pas dénués de risque,

Tableau 1: Patients ayant un risque élevé de survenue d'un événement défavorable, et qui doivent recevoir des antibiotiques en prophylaxie de l'endocardite

- Prothèse valvulaire cardiaque
- Antécédent d'endocardite
- Cardiopathie congénitale (CHD)
 - CHD cyanogène non réparée, y compris shunts et conduits palliatifs
 - Cardiopathie congénitale complètement réparée avec matériel ou dispositif prothétique, placé par cathétérisme ou chirurgicalement, pendant les 6 mois suivant la procédure
 - CHD réparée avec défauts résiduels sur le site ou adjacent au site du patch prothétique (ce qui inhibe l'endothélialisation)
- Receveurs de transplantation cardiaque ayant une valvulopathie

dont l'anaphylaxie et la résistance aux antibiotiques. Du fait de l'augmentation extraordinaire de l'incidence des infections résistantes aux antibiotiques ces dernières années, en particulier à entérocoques résistant à la pénicilline, à la vancomycine, et aux aminoglycosides, on craint que l'emploi imprudent d'antibiotiques puisse aug-menter encore plus la résistance aux médicaments, rendant plus complexe le traitement de l'EI en cas de survenue. Même si la prophylaxie pouvait diminuer le risque d'EI, seul un petit nombre de cas pourraient être prévenus chez les patients subissant des procédures dentaires ou autres. Donc, il faut cibler uniquement les patients susceptibles de tirer le plus grand bénéfice de l'antibioprophy-laxie, c'est-à-dire ceux qui ont un risque élevé d'évolution défavorable. Le tableau 1 donne la liste des patients dont le risque d'évolution défavorable est élevé et qui doivent recevoir des antibiotiques en prophylaxie de l'endocardite.

Schémas d'antibiothérapie dentaire

Les patients décrits au Tableau 1 qui subissent des procédures dentaires touchant le tissu gingival ou la région périapicale d'une dent, ou des procédures perforant la muqueuse buccale, doivent recevoir une antibioprophy-laxie. Les schémas d'antibiothérapie recommandés figurent au Tableau 2.

Procédures gastrointestinales et génitourinaires

Les entérocoques sont les pathogènes les plus suscepti-bles d'entraîner une EI d'origine gastrointestinale (GI) ou génitourinaire. Malheureusement la littérature est pauvre en informations concernant le risque d'EI associé à des procédures GI ou génitourinaires et il n'existe que des cas anecdotiques de patients ayant subi des procédures GI ou génitourinaires et ayant développé une EI. Cela implique que l'incidence de l'EI liée aux procédures GI ou génitouri-naires est plutôt faible. Cela, couplé au problème croissant

Tableau 2: Schémas recommandés d'antibiothérapie			
		Schéma : Dose unique 30 à 60 min avant la procédure	
Situation	Agent	Adultes	Enfants
Voie orale Incapable de prendre un médicament par voie orale	Amoxicilline	2 g	50 mg/kg
	Ampicilline OU Cefazoline ou ceftriaxone	2 g IM ou IV 1 g IM ou IV	50 mg/kg IM ou IV 50 mg/kg IM ou IV
Allergique aux pénicillines ou à l'ampicilline – voie orale	Céphalexine*†	2 g	50 mg/kg
	OU Clindamycine	600 mg	20 mg/kg
	OU Azithromycine ou clarithromycine	500 mg	15 mg/kg
Allergique aux pénicillines ou à l'ampicilline et incapable de prendre un médicament par voie orale	Cefazoline ou ceftriaxonet	1 g IM ou IV	50 mg/kg IM ou IV
	OU Clindamycine	600 mg IM ou IV	20 mg/kg IM ou IV

* Ou autre céphalosporine orale de première ou de deuxième génération à posologies adulte ou pédiatrique équivalentes.

† Ne pas utiliser de céphalosporines chez un sujet ayant des antécédents d'anaphylaxie, d'œdème de Quincke, ou d'urticaire sous pénicilline ou ampicilline.

de la résistance des espèces d'entérocoques aux antibiotiques, a conduit les lignes directrices de l'AHA de 2007 à ne plus recommander la prescription d'antibiotiques pour la seule prophylaxie de l'EI chez les patients subissant des procédures GI ou génitourinaires. Chez les patients décrits au Tableau 1 qui ont une infection GI ou qui reçoivent déjà des antibiotiques pour une infection de la plaie ou en prévention d'un sepsis, il peut être raisonnable d'inclure une couverture contre les espèces d'entérocoques. De même, les patients décrits au Tableau 1 qui ont une infection ou une colonisation des voies urinaires connue à entérocoques peuvent bénéficier d'une éradication des entérocoques avant une instrumentation.

Procédures touchant les voies respiratoires

Les patients décrits au tableau 1 qui subissent des procédures respiratoires impliquant une incision ou une biopsie au niveau de la muqueuse doivent recevoir une antibioprofylaxie. Cela n'inclut *pas* la fibroscopie bronchique de routine. Le schéma recommandé d'antibiothérapie est le même que celui des procédures dentaires, comme indiqué au tableau 2. Si les patients décrits au Tableau 1 subissent une procédure invasive au niveau des voies respiratoires pour traiter une infection, une couverture antibiotique active sur le streptocoque du groupe *viridans* et sur le staphylocoque doré est nécessaire en cas de suspicion.

Conclusion

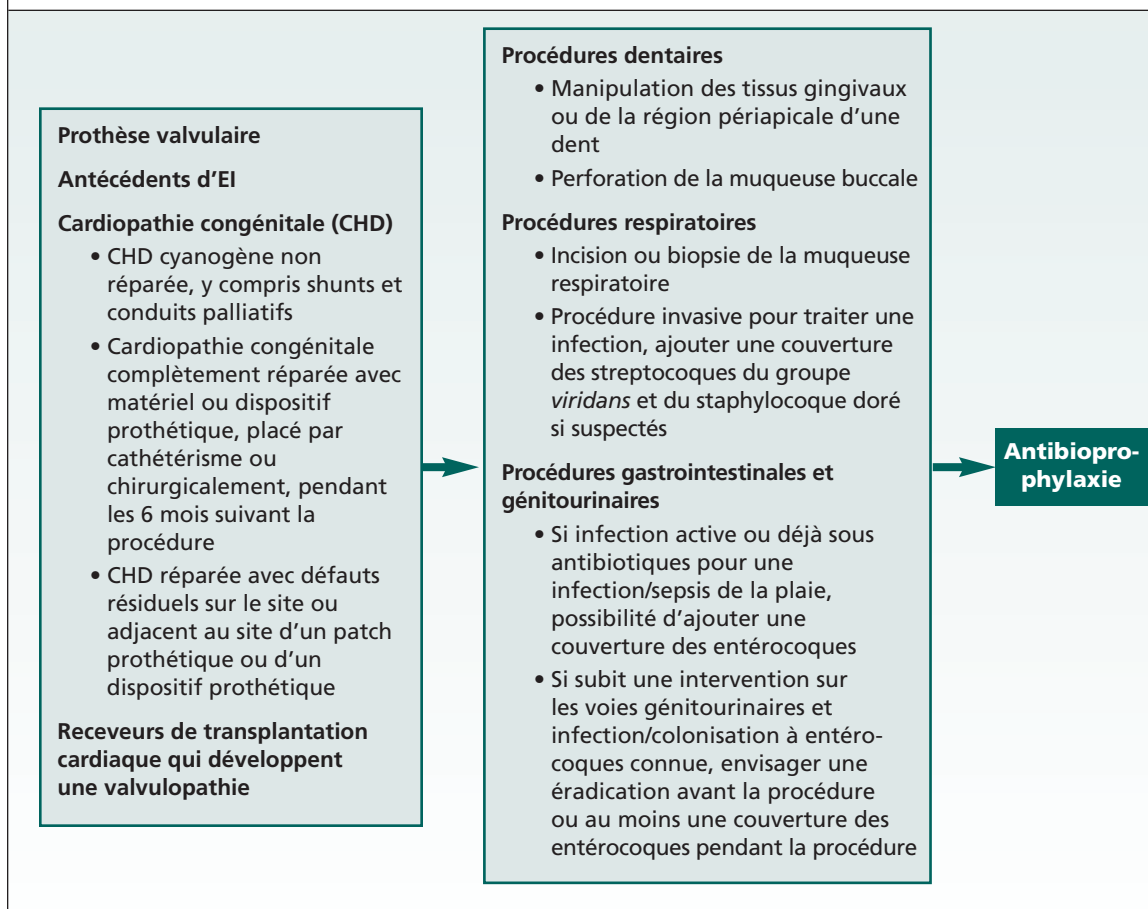
Les lignes directrices de l'AHA de 2007 concernant la prévention de l'EI ont rendu la décision d'une antibioprofylaxie plus facile pour le clinicien à plusieurs titres. Ces lignes directrices sont plus claires

et moins ambiguës que celles de 1997. Il est important de reconnaître que l'actualisation des lignes directrices n'est pas fondée sur un corpus de nouvelles données probantes ; il y a plutôt eu une consciencieuse et considérable re-évaluation des données probantes existantes et des modifications dans la philosophie et le but du traitement.

Les changements majeurs dans les lignes directrices de 2007 proviennent de la reconnaissance du fait que les bactériémies transitoires dues aux activités quotidiennes sont plus susceptibles d'aboutir à une EI que les procédures invasives dentaires, respiratoires, ou autres. Il a également été reconnu que même si l'antibioprofylaxie est efficace à 100%, l'importance de son bénéfice reste faible. L'autre considération majeure dans les nouvelles lignes directrices est que le focus s'est déplacé des patients ayant un risque élevé d'EI au cours de leur existence à ceux seulement dont le risque d'évolution défavorable en cas d'EI est élevé. D'après les lignes directrices de 2007, seul un groupe sélectionné de patients atteints de cardiopathie qui subissent certaines procédures dentaires ou respiratoires nécessitent une antibioprofylaxie (Figure 1). On peut espérer que les nouvelles lignes directrices permettront de déplacer l'accent des procédures dentaires et de l'antibioprofylaxie vers l'amélioration de l'accès aux soins dentaires et à l'hygiène buccale chez les patients ayant le risque le plus élevé d'évolution défavorable en cas d'EI et les conditions qui prédisposent à sa survenue.

Toutefois, ce changement considérable dans l'approche de la prévention de l'EI a aussi soulevé certains problèmes et questions intéressants. On pense que beaucoup de médecins auront besoin de temps pour

Figure 1: Groupe sélectionné de patients atteints d'une cardiopathie subissant des procédures dentaires ou respiratoires qui requièrent une antibioprophyxie



assimiler ces lignes directrices et que les patients en auront besoin d'encre plus pour être à l'aise avec ces changements. Il restera toujours des inquiétudes concernant les lésions à risque élevé, comme les sténoses aortiques sévères, la cardiomyopathie hypertrophique obstructive, ou les communications interventriculaires restrictives qui ne nécessitent pas d'antibioprophyxie d'après les nouvelles lignes directrices.

D'un autre côté, l'actualisation des lignes directrices sera bienvenue auprès des médecins qui trouvaient que les données sur lesquelles reposaient les recommandations antérieures étaient scientifiquement faibles et fondées sur de grandes analyses rétrospectives, ils peuvent cependant avoir défendu les anciennes recommandations pour des raisons de responsabilité. Finalement, il reste à voir comment ces nouvelles lignes directrices seront mises en œuvre en pratique clinique courante. Par ailleurs, les modifications des lignes directrices ouvrent potentiellement la porte à des essais cliniques bien conçus, prospectifs, randomisés, contre placebo – qui n'ont peut-être pas pu être réalisés à l'époque précédente – pour évaluer

le risque ou le bénéfice des antibiotiques pour prévenir l'EI.

References

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. *J Am Dent Assoc* 2007;138(6):739-45, 747-60.
2. Dajani AS, Taubert KA, Wilson W, et al. Prevention of bacterial endocarditis. Recommendations by the American Heart Association. *JAMA* 1997;277(22):1794-1801.
3. Burnette-Curley D, Wells V, Viscount H, et al. FimA, a major virulence factor associated with *Streptococcus parasanguis* endocarditis. *Infect Immun* 1995;63(12):4669-4674.
4. Durack DT, Beeson PB. Experimental bacterial endocarditis. II. Survival of a bacteria in endocardial vegetations. *Br J Exp Pathol* 1972;53(1):50-53.
5. Starkebaum M, Durack D, Beeson P. The "incubation period" of subacute bacterial endocarditis. *Yale J Biol Med* 1977;50(1):49-58.
6. Lockhart PB. The risk for endocarditis in dental practice. *Periodontol* 2000. 2000;23:127-135.
7. Cobe HM. Transitory bacteremia. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1954;7(6):609-615.
8. Roberts GJ. Dentists are innocent! "Everyday" bacteremia is the real culprit: a review and assessment of the evidence that dental surgical procedures are a principal cause of bacterial endocarditis in children. *Pediatr Cardiol* 1999;20(5):317-325.

9. Strom BL, Abrutyn E, Berlin JA, et al. Dental and cardiac risk factors for infective endocarditis. A population-based, case-control study. *Ann Intern Med* 1998;129(10):761-769.
10. Durack DT. Prevention of infective endocarditis. *N Engl J Med* 1995;332(1):38-44.
11. Roberts GJ, Jaffray EC, Spratt DA, et al. Duration, prevalence and intensity of bacteraemia after dental extractions in children. *Heart* 2006;92(9):1274-1277.
12. Okell CC, Elliott SD. Bacteraemia and oral sepsis: with special reference to the aetiology of subacute endocarditis. *Lancet* 1935;2:869-872.

Résumés scientifiques d'intérêt connexe

Prévention de l'endocardite infectieuses, lignes directrices de l'American Heart Association.

Une ligne directrice de l'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.

WILSON W, TAUBERT KA, GEWITZ M, ET AL.

CONTEXTE : Le but de ce texte est d'actualiser les recommandations de l'American Heart Association (AHA) pour la prévention de l'endocardite infectieuse qui ont été précédemment publiées en 1997

MÉTHODES ET RÉSULTATS : Un groupe de rédaction a été nommé par l'AHA pour son expertise dans la prévention et les traitements de l'endocardite infectieuse, avec des membres de liaison représentant l'American Dental Association, la Société des Maladies Infectieuses d'Amérique, et l'American Academy of Pediatrics. Le groupe de rédaction a passé en revue la production d'experts nationaux et internationaux de l'endocardite infectieuse. Les recommandations de ce document reflètent les analyses de la littérature pertinente concernant la bactériémie et l'endocardite infectieuse liées au procédures, les données de sensibilité *in vitro* des microorganismes les plus courants à l'origine d'endocardites infectieuses, les résultats des études de prophylaxie de l'endocardite expérimentale dans des modèles animaux, et les études rétrospectives et prospectives de prévention de l'endocardite infectieuse. Les recherches ont été faites sur la base de données MEDLINE de 1950 à 2006 à partir des articles en anglais utilisant les termes de recherche suivants : endocardite, endocardite infectieuse, prophylaxie, prévention, antibiotique, antimicrobien, pathogènes, organismes, dentaires, gastro-intestinal, génitourinaire, streptocoque, entérocoque, staphylocoque, respiratoire, chirurgie dentaire, pathogénèse, vaccin, immunisation, et bactériémie. Les listes des références bibliographiques des articles identifiés ont également fait l'objet de recherches. Nous avons aussi fait des recherches dans la bibliothèque en ligne de l'AHA. La classification de l'American College of Cardiology/AHA des recommandations et des niveaux de preuve pour les lignes directrices de pratique a été utilisée. Les articles ont ensuite été revus par des experts extérieurs non affiliés au groupe de rédaction et par l'AHA Science Advisory and Coordinating Committee.

CONCLUSIONS : Les changements majeurs dans les recommandations mises à jour incluent les points suivants : (1) Le

Comité a conclu que seul un nombre extrêmement petit de cas d'endocardite infectieuse pourraient être prévenus par une antibioprofylaxie à l'occasion des procédures dentaires même si une telle prophylaxie était efficace à 100%. (2) Une prophylaxie de l'endocardite infectieuse à l'occasion des procédures dentaires ne doit être recommandée que chez les patients ayant des pathologies cardiaques sous-jacentes associées à un risque très élevé d'évolution défavorable de l'endocardite infectieuse. (3) Chez les patients ayant ces pathologies cardiaques sous-jacentes, une prophylaxie est recommandée pour toutes les procédures dentaires impliquant une manipulation du tissu gingival ou de la région périapicale des dents ou une perforation de la muqueuse buccale. (4) La prophylaxie n'est pas recommandée sur la seule base d'un risque élevé de contracter une endocardite infectieuse au cours de l'existence. (5) L'administration d'antibiotiques dans le seul but de prévenir l'endocardite n'est pas recommandée chez les patients qui subissent une procédure au niveau des voies génitourinaires ou gastro-intestinales. Ces modifications sont destinées à définir plus clairement quand la prophylaxie de l'endocardite infectieuse est ou n'est pas recommandée et à apporter des recommandations globales plus uniformes et cohérentes.

J Am Dent Assoc 2007;138(6):739-45, 747-60.

Réunions scientifiques à venir

20 au 24 octobre 2007

Société Canadienne de Cardiologie SCC 2007

Québec, Québec

Renseignements : www.cardiocongress.org

3 au 7 novembre 2007

American Heart Association 2007

Orlando, Floride

Orange County Convention Centre

Renseignements : <http://aha.orlandomeetinginfo.com>

25 au 28 décembre 2007

EuroEcho 2007

Lisbon, Portugal

Renseignements: www.escardio.org/congresses/EE

Les D^r Edwards et Leong-Poi déclarent qu'ils n'ont aucune divulgation à faire en association avec le contenu de cette publication.

Les avis de changement d'adresse et les demandes d'abonnement *Cardiologie – Conférences Scientifiques* doivent être envoyés par la poste à l'adresse B.P. 310, Station H, Montréal (Québec) H3G 2K8 ou par fax au (514) 932-5114 ou par courrier électronique à l'adresse info@snellmedical.com. Veuillez vous référer au bulletin *Cardiologie – Conférences Scientifiques* dans votre correspondance. Les envois non distribuables doivent être envoyés à l'adresse ci-dessus. Poste-publications #40032303

La version française a été révisée par le D^r George Honos, Montréal.

L'élaboration de cette publication a bénéficié d'une subvention à l'éducation de

Novartis Pharma Canada Inc.

© 2007 Division de Cardiologie, Hôpital St. Michael, Université de Toronto, seule responsable du contenu de cette publication. Éditeur : SNELL Communication Médicale Inc. en collaboration avec la Division de Cardiologie, Hôpital St. Michael, Université de Toronto. TM *Cardiologie – Conférences scientifiques* est une marque déposée de SNELL Communication Médicale Inc. Tous droits réservés. L'administration des traitements décrits ou mentionnés dans *Cardiologie – Conférences scientifiques* doit toujours être conforme aux renseignements thérapeutiques approuvés au Canada. SNELL Communication Médicale Inc. se consacre à l'avancement de la formation médicale continue de niveau supérieur.