

Position statement SPILF-AEPEI des recommandations ESC 2023 des endocardites infectieuses

30^{ème} JRPI
Journée Régionale de
Pathologie Infectieuse

30^{ème} Journée Régionale de Pathologies Infectieuses

Dr THILL Pauline,

Unité de Maladies infectieuses et Tropicales, CHU Lille

Mardi 08 octobre 2024

9h00 à 17h00

Faculté de Médecine de Lille
Pôle Recherche
Espace Congrès

Position Statement SPILF/AEPEI

Endocardites Infectieuses

Recommandations ESC 2023

V. Le Moing

CHU de Montpellier

Groupe Recommandations SPILF/AEPEI



2023 ESC Guidelines for the management of endocarditis

Developed by the task force on the management of endocarditis of the European Society of Cardiology (ESC)

Endorsed by the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS) and the European Association of Nuclear Medicine (EANM)

Authors/Task Force Members: Victoria Delgado [✉]*, (Chairperson) (Spain), Nina Ajmone Marsan [✉]*, (Task Force Co-ordinator) (Netherlands), Suzanne de Waha[†], (Task Force Co-ordinator) (Germany), Nikolaos Bonaros [✉] (Austria), Margarita Brida [✉] (Croatia), Haran Burri [✉] (Switzerland), Stefano Caselli [✉] (Switzerland), Torsten Doenst [✉] (Germany), Stephane Ederhy [✉] (France), Paola Anna Erba [✉] (Italy), Dan Foldager (Denmark), Emil L. Fosbol [✉] (Denmark), Jan Kovac (United Kingdom), Carlos A. Mestres [✉] (South Africa), Owen I. Miller [✉] (United Kingdom), Jose M. Miro [✉]*, (Spain), Michal Pazdernik [✉] (Czech Republic), Maria Nazarena Pizzi [✉] (Spain), Eduard Quintana [✉] (Spain), Trine Bernholdt Rasmussen [✉] (Denmark), Arsen D. Ristic [✉] (Serbia), Josep Rodés-Cabau (Canada), Alessandro Sionis [✉] (Spain), Liesl Joanna Zühlke [✉] (South Africa), Michael A. Borger [✉]*, (Chairperson) (Germany), and ESC Scientific Document Group

* Corresponding authors: Victoria Delgado, Cardiology, Hospital University Germans Trias i Pujol, Badalona, Spain. Tel: +34 93 594 12 100. Email: vdelgado@triashp.com and Michael A. Borger, University Departments of Cardiac Surgery, Leipzig Heart Center, Leipzig, Germany. Tel: +49 341-88353. Email: Michael.Borger@leipzig-hertzen.de

[†] The two Chairpersons contributed equally to this document and are joint corresponding authors.

[‡] The two Task Force Co-ordinators contributed equally to this document.

Authors/Task Force Member affiliations are listed in author information.

¹ Representing the European Association of Nuclear Medicine (EANM).

² Representing the European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID).

³ Representing the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS).

ESC Clinical Practice Guidelines (CPG) Committee: Listed in the Appendix.

ESC subspecialty communities having participated in the development of this document:

Associations: Association of Cardiovascular Nursing & Allied Professions (ACNAAP), Association for Acute Cardiovascular Care (AACV), European Association of Cardiovascular Imaging (EACVI), European Association of Preventive Cardiology (EAPC), European Association of Pericardial and Cardiovascular Interventions (EAPCI), European Heart Rhythm Association (EHRA), and Heart Failure Association (HFA).

Committee: Council for Cardiology Practices, Council on Stroke.

Working Groups: Adult Congenital Heart Disease, Cardiovascular Surgery.

Patient Forum.

The content of these European Society of Cardiology (ESC) Guidelines has been published for personal and educational use only. No commercial use is authorized. The part of the ESC Guidelines may be translated or reproduced in any form without written permission from the ESC. Permission can be obtained upon submission of a written request to: Publishing, University Press, the publisher of the European Heart Journal and the party authorized to handle such permissions on behalf of the ESC (journals.permissions@oup.com).

© The European Society of Cardiology. 2023. All rights reserved. For permissions please e-mail: journals.permissions@oup.com.

Recommendations Table 10 — Recommendations for initial empirical treatment of infective endocarditis (before pathogen identification)*

Recommendations	Class ^a	Level ^a
In patients with community-acquired NVE or late PVE (≥12 months post-surgery), ampicillin in combination with ceftriaxone or with (flu)cloxacillin and gentamicin should be considered using the following doses: ²³⁵	IIa	C
Adult antibiotic dosage and route		
Ampicillin 12 g/day i.v. in 4–6 doses		
Ceftriaxone 4 g/day i.v. or i.m. in 2 doses		
(Flu)cloxacillin 12 g/day i.v. or i.m. in 4–6 doses		
Gentamicin ^b 2 mg/kg/day i.v. or i.m. in 1 dose		
Pediatric antibiotic dosage and route	IIb	C
Ampicillin 300 mg/kg/day i.v. in 4–6 equally divided doses		
Ceftriaxone 100 mg/kg i.v. or i.m. in 1 dose		
(Flu)cloxacillin 200–300 mg/kg/day i.v. in 4–6 equally divided doses		
Gentamicin ^b 2 mg/kg/day i.v. or i.m. in 2 equally divided doses		
In patients with early PVE (<12 months post-surgery) or nosocomial and non-nosocomial healthcare-associated IE, vancomycin or daptomycin combined with gentamicin and rifampin may be considered using the following doses: ²³⁵	IIb	C
Adult antibiotic dosage and route		
Vancomycin ^b 30 mg/kg/day i.v. in 2 doses		
Daptomycin 10 mg/kg/day i.v. in 1 dose		
Gentamicin ^b 2 mg/kg/day i.v. or i.m. in 1 dose		
Rifampin 900–1200 mg i.v. or orally in 2 or 3 doses		
Pediatric antibiotic dosage and route	IIb	C
Vancomycin ^b 40 mg/kg/day i.v. in 2–3 equally divided doses		
Gentamicin ^b 2 mg/kg/day i.v. or i.m. in 2 equally divided doses		
Rifampin 20 mg/kg/day i.v. or orally in 2 equally divided doses		
Allergy to beta-lactams		
In patients with community-acquired NVE or late PVE (≥12 months post-surgery) who are allergic to penicillin, cefazolin, or vancomycin in combination with gentamicin may be considered using the following doses:	IIb	C
Adult antibiotic dosage and route		
Cefazolin 6 g/day i.v. in 3 doses		
Vancomycin ^b 30 mg/kg/day i.v. in 2 doses		
Gentamicin ^b 2 mg/kg/day i.v. or i.m. in 1 dose		

Continued

Pediatric antibiotic dosage and route	
Cefazolin	6 g/day i.v. in 3 doses
Vancomycin ^b	40 mg/kg/day i.v. in 2–3 equally divided doses
Gentamicin ^b	3 mg/kg/day i.v. or i.m. in 2 equally divided doses

ECHE, blood culture-negative infective endocarditis; IE, infective endocarditis; i.m., intramuscular; i.v., intravenous; NVE, native valve endocarditis; PVE, prosthetic valve endocarditis.

* If initial blood cultures are negative and there is no clinical response, IE/ECHE aetiology (see Section 7.13) and the selection of the antibiotic spectrum to blood culture-negative pathogens should be considered. If cardiac surgery is indicated, molecular diagnosis can be performed.

^a Class of recommendation.

^b Level of evidence.

^c Maximum doses 240 mg/day. High doses are associated with increased risk of nephrotoxicity. Renal function and serum gentamicin concentrations should be monitored once a week. When given in a single daily dose, pre-dose (trough) concentrations should be <41 mg/L and post-dose (peak 1 h after injection) serum concentrations should be >10–12 mg/L.

^d Serum vancomycin concentrations should achieve 10–15 mg/L at pre-dose (trough) level, although some experts recommend to increase the dose of vancomycin to 40–60 mg/kg/day i.v. in 2 or 3 divided doses to reach serum trough vancomycin levels (C_{min}) of 15–20 mg/L, as in saprophytic endocarditis. However, vancomycin dose should not exceed 2 g/d unless serum levels are monitored and can be adjusted to obtain a peak plasma concentration of 30–45 µg/mL 1 h after completion of the i.v. infusion of the antibiotic.

7.13. Outpatient parenteral or oral antibiotic therapy for infective endocarditis

Outpatient parenteral antibiotic treatment or step-down outpatient oral antibiotic treatment is used to consolidate antimicrobial therapy once critical infection-related complications are under control (e.g. perivalvular abscesses, acute HF, septic emboli, and stroke) and the patient is clinically stable.^{43,196–199} When feasible, early hospital discharge and OPAT helps to alleviate the effects of infection and prolonged hospitalization especially in the elderly.⁴⁰⁰ In the initial phase of IE treatment, standard i.v. treatment is administered according to recommendations for specific microorganisms. Once the clinical condition of the patient is stable, OPAT or step-down outpatient oral antibiotic treatment is a safe alternative to in-hospital i.v. treatment in selected patients.^{43,199} Patients may reach such stability at various points in their disease course but, when criteria for stability are reached, the patient may then be switched to OPAT or alternatively to an oral therapy at hospital discharge. The OPAT regime consists of the same antibiotic combinations administered in the acute phase if possible. The 5-year outcomes from the POET trial showed continued effectiveness of oral antibiotic therapy as compared with i.v. antibiotic therapy for IE in selected patients.⁴⁰¹ Hence, clinical stability will then differentiate IE courses into two phases:

- (i) Critical phase where at least 10 days of i.v. treatment is required: at this time point, OPAT has a restricted indication.
- (ii) Continuation phase (beyond 10 days of therapy and 7 days post-surgery), where OPAT/step-down oral therapy may be feasible.

Supplementary data online, Table S8 summarizes the salient questions to address when considering OPAT/step-down oral therapy for IE.

Position Statement SPILF/AEPEI

Endocardites Infectieuses

Recommandations ESC 2023

C. Strady

Groupe Hospitalier Sud Ile de France, Melun

Groupe Recommandations SPILF/AEPEI



Antibioprophylaxie

30^{ème} JRPI
Journée Régionale de
Pathologie Infectieuse

Mardi 08 octobre 2024

9h00 à 17h00

Faculté de Médecine de Lille
Pôle Recherche
Espace Congrès

Antibioprophylaxie de l'Ei : indications

- ❖ Uniquement chez sujets à haut risque d'Ei
 - ❖ ATCD d'Ei
 - ❖ Prothèses valvulaires (y compris TAVI et mitraclip)
 - ❖ Cardiopathies congénitales (cyanogènes non opérées ou opérées depuis moins de 6 mois, ou avec matériel)
 - ❖ Assistance ventriculaire
- ❖ Uniquement pour les gestes dentaires à risque

Antibioprophylaxie de l'Ei: quid des autres gestes invasifs => le NON est positionné

Section 3. Recommendation Table 2 — Recommendations for infective endocarditis prevention in high-risk patients

Systemic antibiotic prophylaxis **may be considered** for high-risk patients undergoing an invasive diagnostic or therapeutic procedure of the respiratory, gastrointestinal, genitourinary tract, skin, or musculoskeletal systems.

IIb

C

Sur la base des résultats de 2 études sur bases de données médico-administratives

Antibioprophylaxie de l'Ei: modalités

Dans l'heure précédant le geste

Situation	Molécule	Adultes	Enfants
Absence d'allergie à la pénicilline	Amoxicilline	2 g	50 mg/kg
Allergie à la pénicilline	Azithromycine	500 mg	20 mg/kg
	ou Pristinamycine	1 g	25 mg/kg CI < 6 ans

AMOXICILLINE : le + efficace

Si doute sur allergie => Tests nécessaires

Antibioprophylaxie avant pose de TAVI

- ❖ Les RFE SFAR-SPILF prévalent sur les recommandations ESC 2023

Rationnel:

couvrir *Enterococcus faecalis* et *Staphylococcus aureus*

- ❖ Idem pour toute implantation de matériel intracardiaque par voie fémorale

Amoxicilline - acide clavulanique 2 g IV

Allergie: vancomycine 20 mg/kg ou teicoplanine 12 mg/kg

Traitement Empirique

30^{ème} JRPI
Journée Régionale de
Pathologie Infectieuse

Mardi 08 octobre 2024

9h00 à 17h00

Faculté de Médecine de Lille
Pôle Recherche
Espace Congrès

Indications du traitement empirique

- ❖ Apparition **aiguë** avec **progression rapide** des symptômes au cours de la dernière semaine
- ❖ Végétation **>10 mm**
- ❖ Sepsis
- ❖ Chirurgie indiquée en **urgence**

Dans toutes les autres situations, le traitement antibiotique peut être différé jusqu'aux résultats de l'Hémoculture

Traitement empirique

El valvulaire native + prothétique > 1 an post chir

=> Cibles : SAMS (35%), streptocoques (35%), entérocoques (10%)

Amoxicilline IV (200 mg/kg/jour) + céfazoline IV (100 mg/kg/jour)

+gentamicine IV (5 mg/kg/jour) uniquement chez les patients en sepsis)

Traitement empirique

J Antimicrob Chemother 2019; 74: 3511–3514
doi:10.1093/jac/dkz388 Advance Access publication 8 September 2019

Journal of
Antimicrobial
Chemotherapy

***In vitro* bactericidal activity of amoxicillin combined with different cephalosporins against endocarditis-associated *Enterococcus faecalis* clinical isolates**

Nathan Peiffer-Smadja^{1,2†}, Elena Guillotel^{3†}, David Luque-Paz³, Naouale Maataoui^{2,4}, F.-Xavier Lescure^{1,2} and Vincent Cattoir^{3,5,6*}

- ❖ Étude **in vitro**
- ❖ 10 souches d'*Enterococcus faecalis* d'EI et 2 souches de référence
- ❖ Une **synergie** a été observée à 12 & 24h :
 - amoxicilline/cefazoline et amoxicilline/ceftriaxone pour 12/12 souches
- ❖ Un **effet bactéricide** a été observé à 24 h :
 - amoxicilline/cefazoline pour 8/12 souches
 - amoxicilline/ceftriaxone pour 6/12 souches
- ❖ En moyenne, **amoxicilline/cefazoline** était l'association la plus bactéricide à 24h

Traitement empirique

El valvulaire native + prothétique > 1 an post chir

=> Cibles : SAMS (35%), streptocoques (35%), entérocoques (10%)

Amoxicilline IV (200 mg/kg/jour) + céfazoline IV (100 mg/kg/jour)
+gentamicine IV (5 mg/kg/jour) uniquement chez les patients en sepsis)

=> Si allergie aux bêtalactamines :

Daptomycine IV (12 mg/kg/jour) + gentamicine IV (3 mg/kg/jour)

Alternative : vancomycine IV

(30 mg/kg/jour, perfusion continue après dose de charge)

Traitement empirique

El valvulaire prothétique précoce, <1 an post chir

=> Cibles : Staph dont métiR, Entérocoques, BGN

Daptomycine IV (12 mg/kg/jour) + **céfépime IV** (80 mg/kg/jour, perfusion continue après une dose de charge)

+ gentamicine IV (5 mg/kg/jour) uniquement chez les patients en sepsis)

Ei à Streptocoque

30^{ème} JRPI
Journée Régionale de
Pathologie Infectieuse

Mardi 08 octobre 2024

9h00 à 17h00

Faculté de Médecine de Lille
Pôle Recherche
Espace Congrès

Ei à Streptococcus – Breakpoints CASFM EUCAST

- ❖ Pénicilline G : $S \leq 0,25$ mg/L $R > 2$ mg/L
- ❖ Amoxicilline : $S \leq 0,5$ mg/L $R > 2$ mg/L
- ❖ Ceftriaxone : $S \leq 0,5$ mg/L $R > 0,5$ mg/L

- ❖ Streptocoques oraux de sensibilité diminuée ou R : 30 à 50% pour certaines espèces

Ei à Streptococcus sensibles (CMI Pénic G $\leq 0,25$ mg/l)

Antibiotique	Dosage	Durée (semaines)	Commentaires
Traitement standard de 4 semaines			
Amoxicilline	150 mg/kg/j, IV en 4 à 6 fois	4	Ce schéma de 4 semaines sans aminosides est préféré chez les patients > 65 ans et/ou Insuffisance rénale chronique 6 semaines si EI sur VP
ou Ceftriaxone	2 g/j, IV en 1 fois	4	
Traitement de 2 semaines			
Amoxicilline	150 mg/kg/j, IV en 4 à 6 fois	2	Uniquement si EI sur valve native et à fonction rénale normale
ou Ceftriaxone	2 g/d IV en 1 fois	2	
avec Gentamicine	3 mg/kg/d, IV en 1 fois	2	
Allergie aux beta-lactamines			
Vancomycine	30 mg/kg/j, IV, en 2 fois ou en continu	4	6 semaines si EI sur VP

Ei à Streptococcus SFP à la Pénicilline G (CMI >0.25mg/l)

- ❖ Si CMI amoxicilline $\leq 0,5$ mg/L :
 - Amoxicilline 200 mg/kg/j en 4 à 6 fois en monothérapie

- ❖ Si $0,5$ mg/L < CMI amoxicilline ≤ 2 mg/L :
 - Si CMI ceftriaxone $\leq 0,5$ mg/L (S) : ceftriaxone 2 g/j en 1 fois
 - Si CMI ceftriaxone > 0,5 mg/L (R) : amoxicilline (200mg/kg) + gentamicine 3mg/kg 1dose

- ❖ Durée :
 - 4 semaines de beta-lactamine si EI VN
 - 6 semaines de beta-lactamine si EI VP
 - Gentamicine : 15jours

Ei à Streptococcus R aux BL – Allergie BL

❖ Vancomycine :

- 30 mg/kg/jour IV en 2 fois ou en continu

❖ Durée :

- 4 semaines si EI VN
- 6 semaines si EI VP

Ei à Enterocoque

30^{ème} JRPI
Journée Régionale de
Pathologie Infectieuse

Mardi 08 octobre 2024

9h00 à 17h00

Faculté de Médecine de Lille
Pôle Recherche
Espace Congrès

Ei à *Enterococcus faecalis*

Contexte	Molécules	Durée
Pas d'allergie aux BL	AMOX CEFTRIAZONE AMOX-GENTA	6 semaines / 6 semaines
Allergie aux BL	DAPTO+-CEFTAROLINE VANCO GENTAMICINE	6 semaines / 6 semaines 6 semaines / 2 semaines

* Smith AAC 2015, Werth JAC 2015, Sakoulas AAC 2014

Ei à *Enterococcus faecium* sans ht niveau de R aux aminosides

Contexte	Molécules	Durée
S/SFP/R Amoxicilline	VANCO GENTAMICINE	6 semaines / 2 semaines

* Smith AAC 2015, Werth JAC 2015, Sakoulas AAC 2014

Ei à Staphylocoque

30^{ème} JRPI
Journée Régionale de
Pathologie Infectieuse

Mardi 08 octobre 2024

9h00 à 17h00

Faculté de Médecine de Lille
Pôle Recherche
Espace Congrès

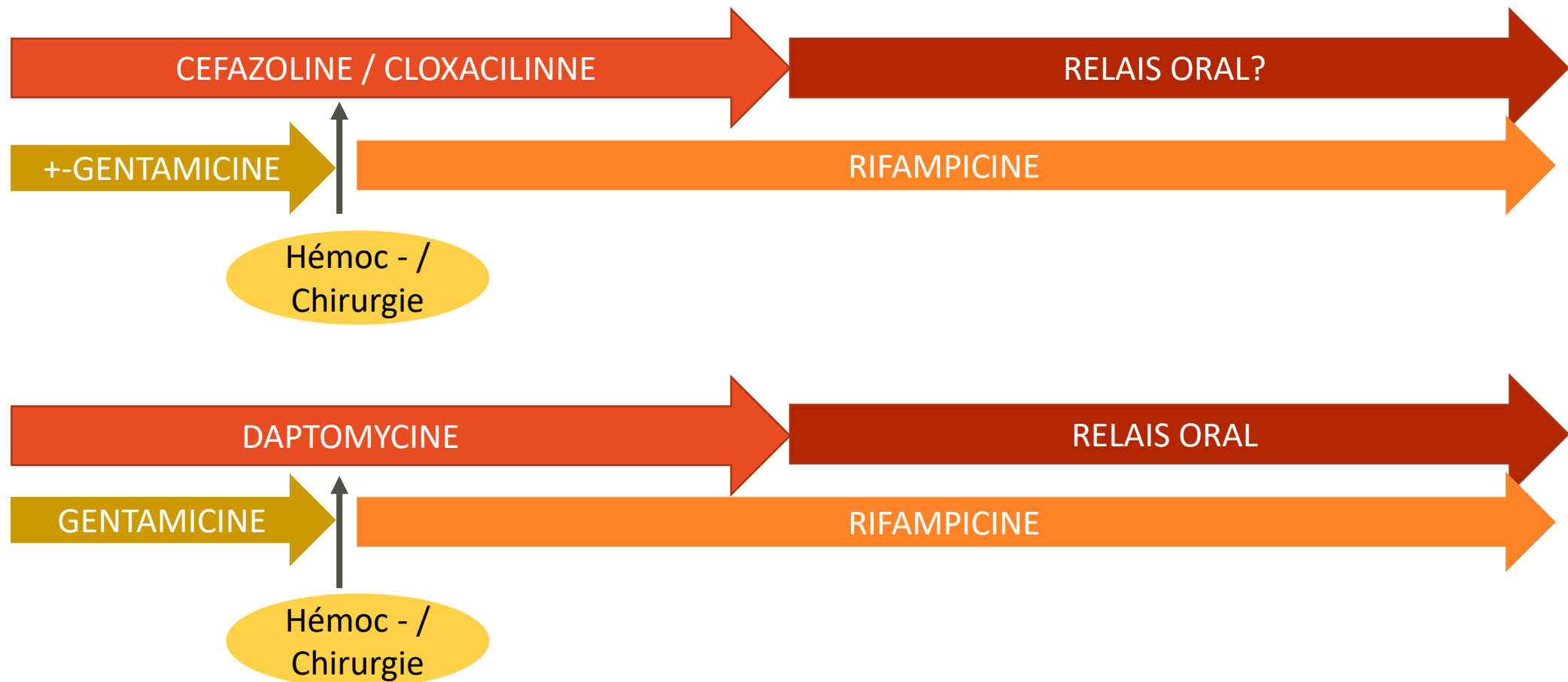
Antibiothérapie des Ei à Staphylocoque (VN)

Situation	Molécule(s)	Commentaires
SASM		
Pas d'allergie aux bêtalactamines	Céfazoline	A privilégier si infection du SNC (diffusion)
	Ou Cloxacilline	A privilégier si foyers profonds ou bactériémie persistante
Allergie à la pénicilline	Céfazoline	
Allergie aux bêtalactamines	Daptomycine + Fosfomycine	Association pendant au plus 7 jours après la première hémoculture positive
SARM		
	Daptomycine + Ceftaroline Ou Fosfomycine	Association pendant au plus 7 jours après la première hémoculture positive

Antibiothérapie des Ei à Staphylocoque (VN)

Situation	Molécule(s)	Commentaires
SASM		
Pas d'allergie aux bêta-lactames	CLOCEBA	(fusion)
Allergie à la pénicilline	Promoteur: AP-HP Investigateur coordonnateur: LESCURE Xavier Centre coordonnateur: AP-HP - Hôpital Bichat ETUDE RANDOMISÉE MULTICENTRIQUE DE NON INFÉRIORITÉ COMPARANT L'EFFICACITÉ DE LA CLOXACILLINE À LA CÉFAZOLINE POUR LE TRAITEMENT DES BACTÉRIÉMIES À STAPHYLOCOCCUS AUREUS SENSIBLE À LA MÉTICILLINE. Vous êtes hospitalisé suite à une septicémie à staphylocoque doré (infection sanguine bactérienne).	bactériémie
Allergie aux bêta-lactames		après la
SARM		
	Daptomycine + Ceftaroline Ou Fosfomycine	Association pendant au plus 7 jours après la première hémoculture positive

Antibiothérapie des Ei à Staphylocoque (VP)



Antibiothérapie des Ei à Staphylocoque (VP) – quid des aminosides

- Sepsis

- Limiter émergence de **résistances** => en association avec
 - RMP
 - Cefazoline
 - Daptomycine?

- Arrêter une fois inoculum maîtrisé



Narrative review

Aminoglycosides for infective endocarditis: time to say goodbye?

D. Lebeaux ^{1,*}, N. Fernández-Hidalgo ^{2,3}, B. Pilmis ⁴, P. Tattevin ⁵, J.-L. Mainardi ¹

Antibiothérapie des Ei à Staphylocoque (VP) – quid de la RMP

Clinical Infectious Diseases

MAJOR ARTICLE



Is Rifampin Use Associated With Better Outcome in Staphylococcal Prosthetic Valve Endocarditis? A Multicenter Retrospective Study

Mortalité à un an

- R+ : 37.6% (38/101)
- R- : 31.6% (25/79)
- $p=0.62$

Rechute

- R+ : 5.9% (6/101)
- R- : 8.9% (7/79)
- $p=0.65$

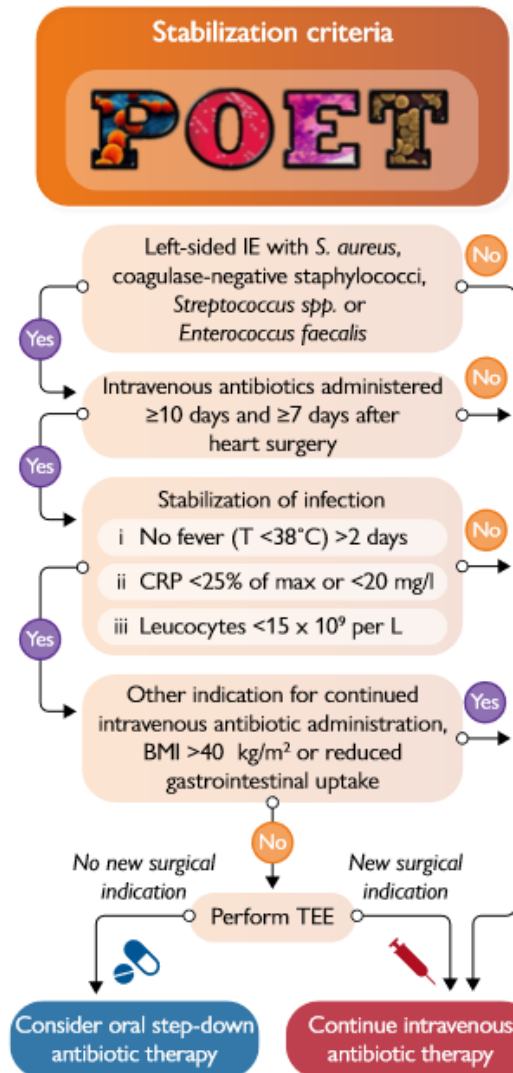
Durée de séjour

- R+ : 42.3 +/- 18.6
- R- : 31.3 +/- 14
- $p<0.001$

Antibiothérapie des Ei à Staphylocoque : doses

ATB	Dose journalière (fonction rénale conservée)
CEFAZOLINE	80-100 mg/kg/24h in 3 IV doses Or, IV loading dose of 30 mg/kg over 1 hour (max. 2g) and starting at the same time (bypass) IV maintenance dose of 80- 100 mg/kg/24h (max. 8g/24h) in 2 12-hour infusions
(CL)OXACILLINE	12g/j en 4-6 doses IV
CEFTAROLINE	1800 mg/24h en 3 doses IV
DAPTOMYCINE	10 mg/kg/24h en une dose IV
VANCOMYCINE	Dose de charge puis perfusion continue avec vancomycinémie résiduelle à 20-25mg/L
FOSFOMYCINE	8 g/24h hour in 4 IV doses

Modalités du relai oral



STREPTOCOQUES

BGN

ENTEROCOQUES : réserves émises (PKPD)

STAPHYLOCOQUES : réserves émises
⇒ Molécules de POET non dispo en France
⇒ Attente résultats de RODEO

Molécules du relai oral

	Relai oral de 1ère ligne	Relai oral en alternative
<i>Streptococcus spp.</i>	Amoxicilline + rifampicine ou Amoxicilline + moxifloxacine	<i>Attente des résultats de l'essai RODEO</i> Amoxicilline
<i>Enterococcus faecalis</i>	Amoxicilline + moxifloxacine	<i>Attente des résultats de l'essai RODEO</i> Amoxicilline
<i>Staphylococcus spp.</i>	<i>Attente des résultats de l'essai RODEO</i> Rifampicine + lévofloxacine	Cotrimoxazole
BGN	Ciprofloxacine	

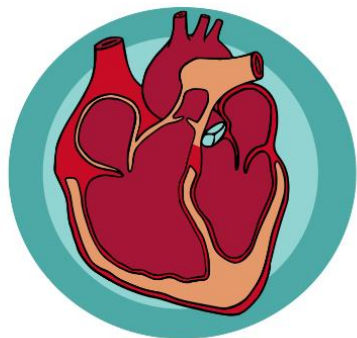
Molécules du relai oral



RODEO

Relais Oral Dans le traitement des Endocardites à staphylocoques ou streptocoques multisensibles

Pr L BERNARD



PHRC National 2014



RODEO

INCLUSION

- *El du cœur gauche (critères de Duke) sur valve native/prothétique*
- *El due à Staph. sp. (sensible lévofloxacine et rifampicine), OU à Strepto./Entero. sp., (sensible à l'amoxicilline, CMI $\leq 0.125\text{mg/l}$)*
- *sujet adulte (18 ans minimum),*
- *traitement atb adapté reçu depuis au moins 10j par voie parentérale,*
- *min. de 14j de traitement atb restant lors de la randomisation*
- *apyrexie ($<38^{\circ}\text{C}$) durant les 48 dernières heures (min. 2 mesures/jr)*
- *hémocultures négatives depuis au moins 5 j*
- *consentement éclairé signé,*
- *patient affilié à un régime de sécurité sociale française*

Molécules du relai oral - posologies

Antibiotique oral	Dosage si patient $\leq$ 70kg	Dosage si patient $>$ 70kg
Amoxicilline	1.5g x 3 / jour	2g x 3 / jour
Rifampicine	600mg x 1 / jour	900mg x 1 / jour
Moxifloxacin	400mg x 1 / jour	400mg x 1 / jour
Levofloxacin	500mg x 1 / jour	750mg x 1 / jour
Cotrimoxazole	320/1600 mg x 3 / jour	320/1600 mg x 3 / jour
Ciprofloxacin	750 mg x 2 / jour	750 mg x 2 / jour

Messages clés

- ❖ Antibioprophylaxie seulement pour soins dentaires à risque chez sujets à haut risque
 - Azithromycine ou pristinamycine chez allergique
- ❖ Situations de mise en route du traitement empirique sont définies
 - Cefazoline IV + amoxicilline IV en empirique sur EI VN ou EI VP tardives
- ❖ CMI amoxicilline dans la décision thérapeutique des EI à streptocoques de sensibilité diminuée à la pénicilline (SFP)
- ❖ Le schéma amoxicilline + gentamicine n'est pas retenu dans les EI à *Enterococcus faecalis*

Messages clés

- ❖ SAMS: indications respectives de la céfazoline (SNC, insuffisance rénale) et de la cloxacilline (fort inoculum)
- ❖ SARM et SERM: oublier la vancomycine, accompagner la daptomycine
- ❖ Staphylocoques et prothèses:
 - Gentamicine au plus jusqu'à négativation des hémocultures
 - Rifampicine après négativation des hémocultures
- ❖ Relai per os possible à partir de J10 et au moins J7 post chirurgie dans des conditions bien définies (streptocoques et BGN surtout)
 - Schémas issus de l'étude POET (et d'études rétrospectives françaises) à adapter en fonction des résultats de l'étude RODEO



MERCI pour votre
attention!



30^{ème} JRPI

Journée Régionale de Pathologie Infectieuse

Mardi 08 octobre 2024

9h00 à 17h00

**Faculté de Médecine de Lille
Pôle Recherche
Espace Congrès**