

Switch to oral antibiotics in the treatment of infective endocarditis is not associated with increased risk of mortality in nonseverely ill patients

*A. Mzabi, J.-L. Mainardi, et al.
Hopital Europeen Georges Pompidou, France*

Clinical Microbiology and Infection, 2016 Apr 16. S1198-743X, Epub ahead of print

Hintergrund

- Die Infektiöse Endokarditis (IE) ist relativ selten (in Frankreich 35 Fälle/1000000 Einwohner)
- Nach wie vor eine ernsthafte Erkrankung mit einer Mortalität von ca. 20%
- Endokarditis bedeute eine grosse Belastung, sowohl für den Patienten wie auch für das Krankenhaus, mindestens teilweise bedingt durch die lange IV-Therapie
- Gemäss Guidelines komplette IV-Therapie (mit Ausnahme der Rechtsherz-Endokarditis bei MSSA)

Studienziele

- Evaluation des Outcomes und der Sicherheit eines oralen Switches für die infektiöse Endokarditis

Methoden

- Observative, retrospektive Studie
- Durchgeführt im Georges-Pompidou European Hospital (830 Betten)
- Betreuung aller Endokarditis-Fälle im multidisziplinären Team
- Alle IE-Fälle werden von der Infektiologie mitbetreut und gemäss europäischen Guidelines behandelt (4 – 6 Wochen antibiotische Therapie)
- Zusätzliches lokales Protokoll für Wechsel auf orale Applikation, nach mind 7 Tagen IV
 - o Genereller AZ, Rückgang von Fieber und CRP, negative Blutkulturen, Normalisierung von Leukozyten, Kreatinin und bildmorphologischer Veränderungen
- Retrospektive Analyse einer Datenbank, welche seit 2000 geführt wird (Analyse bis 2012)
- Einschluss:
 - o Alle Patienten mit definitiver oder wahrscheinlicher Endokarditis gemäss Dukes-Kriterien
- Outcome:
 - o Evaluation am Ende des Routine-Follow-ups hinsichtlich: Tod/lebend, Relapse, Re-Infektion
- Statistik
 - o „Oral switch“ wurde aus der multivariaten Analyse ausgeklammert, da eine zu hohe zeitliche Variabilität und eine hohe Korrelation zu anderen prognostischen Faktoren bestand

Resultate

- 423 Patienten von insgesamt 532 wurden eingeschlossen, davon 87% definitive IE
- 85% zeigten Wachstum in den Blutkulturen, 40% Streptokokken, 12% Enterokokken, 19% S. aureus
- 50% der Patienten (214) wurden im Verlauf auf orale Therapie umgestellt
- Patienten in oraler Gruppe hatten weniger Komorbiditäten, weniger schwer krank und hatten weniger oft S. aureus als auslösenden Keim
- Orale Switch erfolgte im Median nach 21 Tagen nach Diagnose
- Wechsel erfolgte auf Amoxicillin alleine (51%) oder auf eine Kombination von Clindamycin, Fluoroquinolone, Rifampin und/oder Amoxicillin (21%)
- Medianer Follow-Up von 3 Monaten für IV-Therapie, 9 Monate für orale Gruppe:

- RF für Mortalität: Alter >65, DM Typ I, Immunsuppression, Schock, PVE-Insuffizienz, S. aureus
- Tod in 76 (36%) der IV-Gruppe und 16 (8%) der oralen Gruppe, ohne signifikanten Unterschied
- Relapse trat bei 9 Patienten der IV-Gruppe und bei 2 Patienten der oralen Gruppe
- Re-Infection bei 8 Patienten der IV-Gruppe und bei 4 Patienten der oralen Gruppe

Diskussion

- Grösste und detaillierteste Kohorte von Patienten die oral für eine IE behandelt wurden
- Analyse zeigte, dass in den beiden Gruppen kein signifikanter Unterschied bezüglich Tod, Relapse oder Re-Infection besteht
- Die beiden Gruppen unterscheiden sich jedoch wesentlich hinsichtlich Schweregrad und auslösendem Keim
- Limitationen:
- Retrospektives und observationelles Design
- Grosse Unterschiede in den beiden Gruppen; Entscheid zur Oralisierung stark assoziiert mit Komorbiditäten und Schweregrad der Erkrankung
- Grosse Variabilität im timing des Switches
- Switch als pragmatischer Entscheid basierend auf klinischem und laborchemischem Verlauf und "logistischen Verfügbarkeiten"

Konklusionen

- Bei „wenig-kranken“ Patienten mit gutem Verlauf und Prognose kann eine orale Variante erwogen werden, mit niedriger Gefahr für Relapse oder Re-Infection

Fazit

- Grosse Kohorte über 12 Jahre
 - Relevante Fragestellung
 - Suggestiert ein mögliches Potential
 - Im Durchschnitt erst nach 3 Wochen IV-Therapie gewechselt
 - Nur bei wenig-kranken Patienten gewechselt
 - Kein nachvollziehbares Protokoll zum Wechsel
 - Wechsel scheinbar auch von logistischen Überlegungen geleitet
- Zu viele Fragen, zu viele Unklarheiten, zu ernste Erkrankung...
- Therapie weiterhin nach Guidelines
- Prospektive Studie wäre interessant