Cordiam
ESC CONGRESS 2026

Une adaptation de la durée de l'antibiothérapie dans l'endocardite infectieuse est possible : l'étude POET II.

Docteur Charles Fauvel

INTRODUCTION

Les recommandations actuelles sur l'endocardite infectieuse (EI) recommandent jusqu'à six semaines d'antibiothérapie. Ces recommandations reposent sur des observations historiques des années 1950, à une époque où des monothérapies antibiotiques à posologie plus faible étaient utilisées.

L'essai POET (Partial Oral versus Intravenous Antibiotic Treatment of Endocarditis) avait déjà démontré qu'un relais oral était possible chez les patients stabilisés répondant aux critères POET, mais la durée totale de traitement restait fixe à 6 semaines.

Ainsi, l'essai POET-II avait pour objectif d'évaluer si une durée d'antibiothérapie individualisée selon la réponse initiale au traitement, avec une durée minimale de 2 à 4 semaines, pouvait être raccourcie par rapport à une durée standard fixe de 4 à 6 semaines, chez des patients présentant une EI du cœur gauche, stabilisée (selon les critères POET – voir ci-après).

METHODOLOGIE

POET-II est un essai randomisé, ouvert, mené dans 13 centres au Danemark, en Suède et aux États-Unis. Des patients cliniquement stables porteurs d'une EI du cœur gauche à *Staphylococcus aureus*, *Enterococcus faecalis* ou *Streptococcus* ont été randomisés 1:1 entre un traitement antibiotique « adapté » à la réponse thérapeutique (durée minimale de 2 à 4 semaines, arrêt des antibiotiques dès que cette durée minimale et les critères de stabilisation « POET » étaient atteints) versus un traitement standard de durée fixe (de 4 à 6 semaines).

Les critères POET étaient les suivants : absence de chirurgie cardiaque planifiée, taux de leucocytes < 10 G/L (avec une diminution < 15 % lors de 3 prélèvements ou avec une baisse de plus de 50 % par rapport à la valeur initiale), une CRP < 40 mg/L (avec une diminution < 15 % lors de 3 prélèvements ou avec une baisse de plus de 50 % par rapport à la valeur initiale), une procalcitonine < 0,5 mg/L, une température < 38 °C deux jours consécutifs, une échographie transœsophagienne sans signes de progression de l'infection réalisée dans les 96h de la randomisation.

Le critère de jugement principal était le nombre de jours vivant sans antibiothérapie dans les 6 mois suivant la randomisation.

Le critère de sécurité, testé en non-infériorité, associait mortalité toutes causes, chirurgie valvulaire non planifiée et événements emboliques symptomatiques à 6 mois. Le taux de rechute était également recueilli en critère secondaire.

PRINCIPAUX RESULTATS

Au total, 508 patients ont été randomisés, d'âge moyen environ 70 ans, à prédominance masculine (75 %). La durée médiane d'antibiothérapie avant randomisation était d'environ 3 semaines et les EI étaient secondaires à une infection par staphylocoque, entérocoque et streptocoque dans environ 25 %, 20 % et 55 % des cas, respectivement. Un peu plus d'un quart (26 %) des patients avaient un antécédent de

prothèse valvulaire et 7 % un pacemaker ou défibrillateur. La valve aortique était impliquée dans 63 % des EI et la valve mitrale dans un cas sur deux.

La stratégie d'une durée d'antibiothérapie « adaptée » à la réponse thérapeutique a réduit la durée totale d'antibiothérapie d'environ un tiers : durée médiane de 26 jours contre 41 jours dans le groupe standard, soit une différence de 15 jours (p<0,001).

Le critère de jugement principal — nombre médian de jours vivant sans antibiotique à 6 mois — était significativement plus élevé dans le groupe traitement antibiotique « adapté » à la réponse thérapeutique (183 jours contre 169 jours ; p<0,001).

Le critère de sécurité composite (mortalité toutes causes, chirurgie valvulaire non planifiée, embolie symptomatique) est survenu chez 8,2 % des patients du groupe « adapté » contre 10,7 % du groupe standard, répondant aux critères de non-infériorité prédéfinis (**Figure 1**).

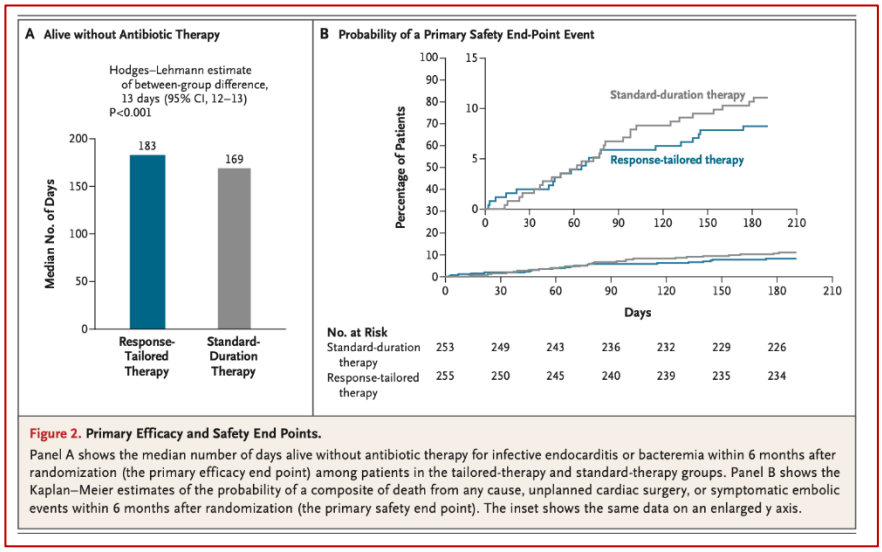


Figure 2. Primary Efficacy and Safety End Points.
Panel A shows the median number of days alive without antibiotic therapy for infective endocarditis or bacteremia within 6 months after randomization (the primary efficacy end point) among patients in the tailored-therapy and standard-therapy groups. Panel B shows the Kaplan–Meier estimates of the probability of a composite of death from any cause, unplanned cardiac surgery, or symptomatic embolic events within 6 months after randomization (the primary safety end point). The inset shows the same data on an enlarged y axis.

Néanmoins, le principal signal de vigilance concerne les rechutes infectieuses, plus fréquentes dans le groupe traitement antibiotique « adapté » à la réponse thérapeutique que dans le groupe standard (5,1 % contre 1,6 % ; p=0,04). La grande majorité de ces rechutes ont cependant été aisément prises en charge par une réinitiation de l'antibiothérapie, sans conséquence sur le critère de sécurité global.

Il faut souligner certaines limites à cette étude. Tout d'abord, il s'agit d'un essai ouvert, pouvant influencer les décisions d'arrêt du traitement. Ensuite, le sur-risque de rechute, statistiquement significatif, repose sur peu d'événements et impose une surveillance rapprochée après arrêt précoce et plus volontiers lorsqu'il s'agit d'une EI à entérocoque.

CONCLUSION

Chez des patients présentant une EI du coeur gauche cliniquement stabilisée, une stratégie d'antibiothérapie « adaptée » à une réponse thérapeutique initiale (critère POET) permet de réduire la durée totale de traitement de deux semaines par rapport à une durée fixe standard de 6 semaines, mais augmente le risque de récidive, sans toutefois compromettre la sécurité globale du patient.

Ce que ça change pour ma pratique clinique

• POET-II ouvre la voie, après POET-I sur la voie d'administration, à une personnalisation de la durée de traitement de l'endocardite infectieuse. En effet, jusqu'à la moitié des patients pourraient être éligibles à une durée réduite selon les auteurs.

• La décision d'arrêt précoce doit reposer strictement sur les critères de stabilisation POET et une durée minimale de 2 à 4 semaines.

• Un suivi clinique et biologique rapproché après l'arrêt des antibiotiques reste indispensable, compte tenu du sur-risque de rechute, imposant une réactivité pour reprendre le traitement si besoin.

• Cette approche a pour objectif de réduire l'iatrogénie, la pression de sélection sur les résistances bactériennes, la durée d'hospitalisation et les coûts, sans sacrifier la sécurité du patient.

Bundgaard H, et al., pour les investigateurs POET-II
N Engl J Med. Publié le 28 août 2026. DOI : 10.1056/NEJMoa2607887