

Endocardite infectieuse

Définition

Bactériémie secondaire à la greffe et la prolifération d'un agent infectieux au nv de l'endocarde valvulaire qu'on existe sous 2 formes :

1. Sub aigu (d'Osler)
2. aigu

Étiologie : 3 éléments contre aigu au dvp de EI

✓ Endocarde

1. EI sur lésion pré existante (ds 2/3 des cas)
 - Valvulaire, essentiellement par ordre (IAo ,IM,Rao, RM)
 - Sur prothèse valvulaire (biologique/ mécanique)
 - Congénital (bicuspidie, coarctation de l'aorte, CIV....)
 - EI lente sub aigu

2. EI sur cœur sain (1/3 des cas) sous forme EI aigu

✓ Porte d'entrée :

- Dentaires
- ORL
- Digestive
- Urinaire
- Gynécologique
- Cutané

✓ Germes pathogènes :

- Streptocoque non D : (50%) d'origine rhinopharyngé, buccodentaire
- Streptocoque D : d'origine digestive, génito-urinaire
- Streptocoque : d'origine S. epidermidisse (derme), S.(génital)
- BGN
- Germe à dvp intra çaire obligatoire : chlamydia, coxilla ,bartonella, kenjella
- Champignons : surtt chez immunodéprimé

Diagnostic clinique :

Signe clinique :

- Fièvre (15 jrs)
- AAA : asthénie, amaigrissement, anorexie
- Sueur nocturne
- Arthralgie, myalgie, décalage thermique (T° : «36,37,38...)

Examen clinique : normal mais parfois

- Splénomégalie
- Signe cutané :
 - Faux panaris d'Osler (nodule rouge, dlr, siège au nv de pulpe des phalanges distale des doigts et des orteils)
 - Erythème hémorragique palmaire et plantaire de 'janeway'
 - Pétéchie à entre blanc au nv des conjonctives des muqueuses buccale
 - Tache de Roth : tache floconneuse au nv de la rétine

Auscultation : souffle récemment apparu / exagération d'un souffle préexistant

Examen para clinique :

- Hémoculture : en 1^{er} intention , 3fois à 15-20 min intervalle, lors d'un frisson ou pic fébrile , pdt 3 jrs
- ECG : normal, trb de rythme , BAV (signe de manque pronostic surtttds atteinte aortique)
- Théléthorax : foyer pulmonaire
- Examen biologique : VS, CRP (bilan d'inflammation)/ FNS (hyper leucocyte, anémie ..) / chimie des urines (hématurie , protéinurie ...)
- Echo – doppler : objective : lésion valvulaire, siège de retentissement VG, voir des végétation (taille, mobilité, siège...), recherche des complications (abcès, rupture des curetages, épanchement ...)
- Recherche porte d'entré

Critères de diagnostic de EI «duke » :

- EI certaine : micro organisme découvert à la culture ou à les études histologique
Lésion anatomique, présence d'une végétation ou abcès intra cardiaque
avec confirmation histologique d'une E en évolution
Critères clinique : 2 majeurs
1majeur+3 mineurs
5 mineurs
- EI possible : 1majeur+1mineur
3 mineurs
- EI rejeté : manifestation d'origine endocardite sans lié à autres causes

Les critères majeurs :


- Hémoculture positif
- Evidence d'atteinte d'EI(abcès ...)
- Régurgitation valvulaire récemment apparu

Les critères mineurs :

- Prè disposition (atteinte déjà existé)
- Fièvre
- Phénomène Vx (embolie, AVC...)
- Phénomène immunologique
- Signe cutané
- Urinaire : glomérulonéphrite

Evolution :

- Bonne évolution sous TRT sans séquelles (trt :6semaines)
- Evolut° vers chirurgie cardiaque
- Evolut° associé avec des complications :
 - ✚ Cardiaque :
Insuffisance cardiaque
Epanchement péricardique
Abcès intra cardiaque
Trb de rythme et de conduction
IDM

 Extra cardiaque :

AVC
Rénal (IR)
Infarctus et abcès splénique
Embolie des a.de mbr inf et sup
Anévrisme des a ; de mbr
Ostéo arthrite sacro-iliaque
Embolie pulm sèptique

Signe de mauvaise pronostique :

- E aigu
- E aortique
- IR
- Persistance du fièvre malgré TRT d' ATB
- IC sur prothèse valvulaire

TRT :

 **Médicale :**

ATB à forte dose (bactéricide, bithérapie synergique, voix IV pdt 2 semaines) :
aminoside+ B lactamine
Puis en monothérapie pdt 4 semaines : B lactamine
Cette ATB ajusté en fonct° de antibiogramme
Surveillance clinique + biologique + échographique

 **Chirurgicale :**

Indication formel : IC réfractaire au TRT
Persistance de synd infectieuse non contrôlé malgré ATB,
Endocardite fungique
Indicat° discute : végétation volumineuse (+15 mm),
Présence d'abcès
Indicat° admise : grosse végétation après accédant embolique,
Présence de lésion para annulaire sévère en évolution (abcès annulaire, septal, sous aortique)