

ENDOCARDITES INFECTIEUSES

- septicémie secondaire à l'infection d'un endocarde sain ou lésé par une bactérie ou une levure
- siègent au niveau de l'appareil valvulaire, prothèse, canal artériel, coarctation aortique, fistule artério-veineuse, shunt d'hémodialyse
- Le streptocoque à une prédilection pour les valves du cœur gauche
- Le staphylocoque à une prédilection pour les valves du cœur droit

Facteurs favorisants :

- prédominance masculine
- immunodépression
- se greffe le plus souvent sur lésion cardiaque antérieure :
- cardiopathies acquises :
 - maladie rhumatismale surtout,
 - touche plus l'orifice aortique que le mitral, rare sur RM pure
 - plaque athéromateuse valvulaire (calcifiée ou non), anévrysme ventriculaire ...
- cardiopathies congénitales :
 - CIV 40%, presque jamais sur CIA
 - Canal artériel 20%, Tétralogie de Fallot 20%, Aorte 15%

Bactériologie :

- **streptocoques oro-pharyngés** (exclus ceux du groupe D) : formes subaigües
- **streptocoques du groupe D (entérocoque)**, porte d'entrée génito-urinaire, ils sont résistants aux ATB (penicilline)
- **staphylocoques** : graves, 1/3 des endocardites, très fréquent en milieux hospitalier, sur cathé (Staph. doré), sur prothèse (staph blanc), héroïnomanes
- **pneumocoque** : entraîne des endocardites aigües, graves
- **BGN** : rare donnent des formes gravissimes, Pseudomonas aeruginosa +++
- **Les levures** : subaigüe, favorisées par l'immunodépression, ATB au long cours, formes graves à l'origine de végétations volumineuses emboligènes (TRT anti fongique + ATB + chirurgie)

Anapath :

- les végétations : friables de couleur gris jaunâtre, faites de fibrine parfois recouvertes d'un thrombus, évoluent vers la lyse laissant une perforation, ou persistent et se calcifient
- les ulcérations : perforation, ulcération, rupture de cordage ou anévrysme

Clinique :

ENDOCARDITE SUBAIGÜE (MALADIE DE JACOUD-OSLER) :

- lésions végétantes plus que lésions destructives
- se greffe pratiquement toujours sur lésion cardiaque
- porte d'entrée dentaire surtout (streptocoque), ORL, urinaire, cutané, cathéter...
- début progressif peut durer des mois avec AEG
- la fièvre : signe capital, inexpliquée > 10j, irrégulière, oscillante ou en plateau à 39-40°
- examen cardiaque : souffle cardiaque ou modification d'un souffle préexistant
- SPM inconstante (de grande valeur)
- Signes cutanés : très caractéristiques
 - **nodule d'Osler** : faux panaris fugaces (nodule érythémateux douloureux bleuâtre avec un centre blanc, siège au niveau de la pulpe du doigt)
 - **signe de Janeway** : tuméfaction macule ou papule érythémateuses au niveau de la paume de la main ou de la plante du pied (septicémie grave)
 - **pétéchies, hippocratisme digital** : discret inconstant et tardif
- FO : tache de Roth (nodules purpuriques)

1) ENDOCARDITE AIGÜE (MALADIE DE SENHOUSE-KIRKES) :

- lésions ulcéreuses très destructrices (micro-abcès extensifs peuvent se constituer)
- porte d'entrée : toxicomanie, chirurgie cardiaque, pace maker,
- staph doré, pneumocoque
- primitive dans 50% des cas

- état infectieux sévère avec fièvre élevée, frisson et AEG (tableau de septicémie)

2) ENDOCARDITE SUR PROTHESE : (subaigüe grave)

- a- endocardites précoces : 2 premier mois après l'intervention
- b- endocardites tardives : 2 mois après l'intervention
- staph blanc, levures, favorisées par l'immunodépression, ATB au long cours, chirurgie cardiaque formes graves à l'origine de végétations volumineuse emboligène (TRT anti fongique + ATB + chirurgie)

Para-clinique :

- 1) VS sanguine : accélérée
- 2) Hémogramme : anémie ferriprive, hyperleucocytose, leucopénie, thrombopénie
- 3) Electrophorèse : hyper-gamma globulinémie
- 4) Compte d'Addis : à la recherche d'une glomérulonéphrite Oslérienne
- 5) Hémoculture : 8 hémocultures en 48h (à 6h d'intervalle), 4hémocultures doivent être positives au minimum
- 6) Echo cœur : à la recherche de végétations (>2mm), ulcérations, rupture de cordage, affection cardiaque

Evolution :

- surveillance de la fièvre, jusqu'à une semaine après l'arrêt du traitement
 - rechute : réapparition de la maladie les 6 mois suivants
 - récurrence : plus tardive, au même germe ou un autre
- complications :
 - insuffisance cardiaque : rupture de cordage, capotage (éversion) d'une valve
 - trouble du rythme et de la conduction : conduction auriculo-ventriculaire (abcès du sepum)
 - péricardite, myocardite
 - atteinte coronarienne : occlusion Oslérienne
 - embolie septique au niveau des artères hépatiques, cérébrales, spléniques, mbrs inf (anévrisme mycosique, abcès, hémorragie)

Diagnostic positif : (critères de Duck)

- **critères majeurs :**
 - hémocultures positives (> 2HC positives pour le même germe)
 - atteinte cardiaque (écho caractéristique, souffle cardiaque)
- **critères mineurs**
 - terrain
 - T° >38°
 - Embolie septique, signe de Janeway
 - Hc négative mais sérologie positive
 - Echo suspecte

Dc certain : 2 majeurs / 1majeur + 2mineurs / 5mineurs

Dc probable : tableau très évocateur

Traitement :

- **traitement médical :**
 - antibiothérapie précoce, bactéricide, association, adaptée, prolongée (4 à 6 semaines)
 - streptocoque = ampicilline + gentamycine, vancomycine, érythromycine en cas d'allergie
 - staphylocoque = oxacilline + gentamycine
 - levures = amphotéricine B + 5 fluoro cytotocine + chirurgie
 - en attendant le résultat de l'antibiogramme
 - surveillance : 1 hémoculture 1semaine après la fin de l'antibiothérapie
 - CI : CTC (surinfection), anticoagulant sauf phlébite (risque de rupture d'anévrisme artériel)
- **traitement chirurgical :** IC mal contrôlée, végétations menaçantes, embolies, endocardites sur prothèse
- **traitement préventif :**
 - ATB immédiate avant chaque intervention invasive, (2h minimum)
 - Traiter toute porte d'entrée ou foyer infectieux