

Item 80 : Endocardite infectieuse (Evaluations)

Date de création du document 2011-2012

CAS CLINIQUE

Scénario :

Un homme âgé de 45 ans, est hospitalisé le 10 septembre 2009 pour bilan d'une fièvre évoluant depuis le mois de juin. Ce patient, aiguisier/affûteur, vit à la campagne, possède un chat et un chien. Il n'a pas effectué de voyage récent, ni en France ni à l'étranger. Il a comme principaux antécédents médicaux une cardiomyopathie obstructive à caractère familial, découverte en 1992. Il est porteur d'un stimulateur cardiaque endocavitaire depuis 2004.

L'interrogatoire permet de retrouver la notion de détartrage dentaire début juin 2009.

L'histoire débute courant juin 2009 par l'instauration progressive d'une asthénie, d'une anorexie et d'un amaigrissement. Secondairement, il apparaît une fièvre à 39°C à prédominance vespérale accompagnée de frissons, de sueurs et de myalgies.

L'examen clinique à l'admission note un amaigrissement de 17 kg. La température oscille entre 38,5 et 39 °C. Il existe un souffle systolique d'insuffisance mitrale évalué à 3/6, déjà connu et non modifié. Il n'y a pas de signe d'insuffisance cardiaque droite ou gauche.

L'examen pulmonaire est sans particularité. L'examen cutané retrouve des cicatrices propres de plaies cutanées sur les mains et les avant-bras (blessures professionnelles).

L'examen dentaire ne retrouve pas de foyer infectieux apparent : de nombreuses dents sont porteuses de pansements dentaires. Il n'y a pas de caries visibles.

Le bilan biologique effectué à l'admission montre :

- protéine C-réactive (CRP) 110 mg/L ;
- fibrinogène 6,5 g/L ;
- hémoglobine 9,8 g/dL ;
- fonction rénale normale.

QUESTION 1/9 :

Quelles hypothèses diagnostiques formulez-vous ?

Réponse attendue :

Endocardite infectieuse (EI) en premier parce que fièvre chez un valvulaire (trois facteurs cardiaques prédisposants : IM, pacemaker et CMO).

Autres causes fréquentes de fièvre prolongée :

- tuberculose ;
- processus tumoral, en raison de l'importance de l'amaigrissement.

QUESTION 2/9 :

Quels éléments supplémentaires allez-vous rechercher à l'examen clinique ?

Trois jours après l'admission, les hémocultures prélevées durant les premières 48 heures sont stériles et l'échocardiographie transœsophagienne ne montre pas d'image évocatrice de végétation ni sur les valves cardiaques ni sur les sondes du pacemaker. La fraction d'éjection du ventricule gauche est estimée à 55 %. Malgré cela, le diagnostic d'endocardite infectieuse à hémocultures négatives ou à germes difficilement cultivables est considéré comme le plus vraisemblable et il est décidé d'entreprendre une antibiothérapie adaptée à cette situation.

Réponse attendue :

Recherche de signes cutanéovasculaires périphériques d'EI (purpura pétéchial, faux panaris, taches de Janeway).

Recherche de splénomégalie, hépatomégalie, adénopathie.

Taches de Roth au fond d'œil.

Examen neurologique de référence complet.

Palpation et auscultation des artères périphériques (anévrismes mycotiques).

QUESTION 3/9 :

Quelles mesures prenez-vous pour optimiser les chances de faire le diagnostic microbiologique chez ce patient ?

Réponse attendue :

Appel du laboratoire de microbiologie pour informer du diagnostic suspecté, conservation des flacons d'hémocultures et prolongation de l'incubation.

Réalisation de sérologies de *Coxiella burnetii*, *Bartonella*, *Brucella*.

QUESTION 4/9 :

Quelle antibiothérapie proposez-vous ? Justifiez votre choix en précisant le nom du (des) antibiotique(s) choisi(s) (sans la posologie ni les modalités d'administration).

Quarante-huit heures plus tard, le laboratoire de microbiologie vous apprend que les trois premières hémocultures, prélevées 5 jours plus tôt, sont positives avec un coccobacille à Gram négatif.

Réponse attendue :

Amoxicilline + gentamicine, antibiothérapie recommandée en première intention dans les endocardites sur valve native à hémocultures apparemment négatives.

Germes visés : streptocoques « déficients » (exigeant des conditions nutritionnelles particulières), bactéries du groupe HACEK.

QUESTION 5/9 :

Quels micro-organismes peuvent correspondre à cette description dans le contexte clinique de ce patient ? Classez-les par ordre de probabilité décroissant.

L'évolution sous bithérapie est marquée par la persistance de pics fébriles à 38°C et du syndrome inflammatoire (CRP à 100 mg/L). L'identification du micro-organisme isolé des hémocultures est *Actinobacillus actinomycetemcomitans*. Les difficultés de pousse de cette bactérie ne permettront pas de réaliser un antibiogramme. Une deuxième échocardiographie transœsophagienne réalisée au vingtième jour d'hospitalisation découvre une végétation de 13 mm de diamètre sur la face atriale de la grande valve mitrale. Les sondes de pacemaker sont toujours libres de végétations. Les hémocultures sous antibiothérapie sont stériles.

Réponse attendue :

Une bactérie du groupe HACEK (porte d'entrée dentaire possible).
Brucella (si contag possible), mais histoire clinique non évocatrice.

QUESTION 6/9 :

Confirmez-vous le diagnostic d'endocardite infectieuse ? Justifiez.

L'examen stomatologique et l'orthopantomogramme dentaire permettent de retrouver quatre dents suspectes de foyer infectieux (trois dents dévitalisées avec traitement canalaire, une dent avec un granulome apical).

Réponse attendue :

Oui, car deux critères majeurs selon la classification de Duke :

- deux hémocultures positives à germe compatible ;
- lésions typiques d'endocardite à l'échocardiographie.

QUESTION 7/9 :

Précisez la conduite à tenir vis-à-vis de ces quatre dents.

L'évolution clinique sera favorable sous traitement médical seul, permettant l'arrêt de l'antibiothérapie après 45 jours de traitement.

Réponse attendue :

Extraction indispensable. À effectuer plutôt pendant la durée de l'antibiothérapie de l'endocardite, sinon ultérieurement sous antibioprophylaxie.

QUESTION 8/9 :

Sur quels éléments basez-vous l'évaluation de l'efficacité de l'antibiothérapie d'une endocardite infectieuse ? Quel est le critère formel de guérison d'une endocardite infectieuse ?

Réponse attendue :

Disparition de la fièvre, négativation des hémocultures et normalisation du bilan inflammatoire.

Absence de rechute à l'arrêt de l'antibiothérapie.

QUESTION 9/9 :

Quelles mesures de prévention allez-vous recommander à ce patient à sa sortie de l'hôpital ?

Réponse attendue :

Bonne hygiène bucco-dentaire.

Consultation chez le dentiste régulièrement (1 à 2 fois par an).

Antibioprophylaxie recommandée (antécédent d'endocardite = situation à haut risque) en cas de geste invasif à risque de bactériémie. Remettre une carte de prophylaxie au patient.

Consultation médicale en cas de fièvre (pas d'antibiothérapie sans avis médical, hémocultures à pratiquer avant antibiothérapie si la cause de la fièvre n'est pas évidente).