



Cas Clinique

Découverte Inhabituelle d'une Endocardite Infectieuse de la Valve Tricuspidale chez un Sujet Immunocompétent : À Propos d'un Cas

Unusual Discovery of Infectious Endocarditis of the Tricuspid Valve in an Immunocompetent Subject: A Case Report

Wendlassida Martin Nacanabo¹, Wendlassida Léa Françoise Sawadogo¹, Taryètba André Arthur Segda¹, André Koudnoaga Samadoulougou¹.

RÉSUMÉ

Les endocardites infectieuses isolées de la valvule tricuspidale sont rares chez les patients immunocompétents. Elles sont le plus souvent décrites dans la population toxicomane. La hantise est la survenue d'une embolie pulmonaire septique. Nous rapportons le cas d'une patiente de 24 ans admise pour une douleur thoracique, une dyspnée, une toux et une fièvre d'installation aiguë. L'échocardiographie retrouvait une grosse végétation sur la valve tricuspidale alors que l'électrocardiogramme enregistrait une tachycardie sinusale régulière avec un aspect S1Q3T3. Le diagnostic d'endocardite tricuspидienne était retenu. La conduite tenue était l'intensification de l'antibiothérapie et l'évolution clinique était favorable.

ABSTRACT

Isolated infectious endocarditis of the tricuspid valve is rare in immunocompetent patients. They are most frequently described in the drug-addicted population. The main concern is the occurrence of septic pulmonary embolism. We report the case of a 24-year-old patient admitted with acute onset of chest pain, dyspnea, cough and fever. Echocardiography revealed large vegetation on the tricuspid valve, while the electrocardiogram recorded regular sinus tachycardia with an S1Q3T3 appearance. The diagnosis of tricuspid endocarditis was accepted. Antibiotic therapy was intensified and the clinical course was favorable.

1. Service de Cardiologie ; Centre Hospitalier Universitaire de Bogodogo

Auteur correspondant :

Wendlassida Martin Nacanabo
Email : nacmartinweb@gmail.com
Tel : +22656581493

Mots clés : endocardite infectieuse, valve tricuspidale, immunocompétent

Key words: infective endocarditis, tricuspid valve, immunocompetent patient.

INTRODUCTION

Les endocardites infectieuses (EI) isolées de la valvule tricuspidale sont rare avec une incidence de 5 à 10% rapportée dans la littérature [1]. Les valves mitrales et aortiques sont généralement les plus touchés car la greffe bactérienne est favorisée par les hautes pressions siégeant dans les cavités gauches. Aussi, elles sont quasiment rencontrées en cas de toxicomanie intra-veineuse [2]. Cependant leurs survenues en absence de terrain d'immunodépression bien qu'inhabituelle n'est pas exceptionnelle. Elles doivent être évoquer devant une dyspnée, une fièvre de plus de 10 jours et un souffle tricuspидien ou pulmonaire, confirmé par l'échographie cardiaque et les hémocultures. Celles-ci sont le plus souvent négatives dans 10 à 15 % des cas [3]. Nous rapportons par cette étude un cas rare de découverte inhabituelle d'une endocardite tricuspидienne chez une jeune femme immunocompétente.

OBSERVATION

Il s'agit d'une patiente de 24 ans, femme au foyer, sans notion de toxicomanie par voie intraveineuse, sans facteurs de risque cardiovasculaire ni d'antécédents pathologiques particuliers. Elle présentait comme facteurs

de risque thromboembolique la sédentarité et le post-partum (21 jours d'accouchement). Elle est admise pour douleur basithoracique droite accompagnée d'une dyspnée stade II de la New York Health Association d'installation brutale et d'une toux sèche évoluant dans un contexte fébrile sans altération de l'état général. L'examen physique a retrouvé une tachycardie à 108 battements par minute, un souffle d'insuffisance tricuspидienne d'intensité 3/6^e et une fièvre à 39.5°C. L'électrocardiogramme a retrouvé une tachycardie sinusale régulière à 110 cycles par minute. A l'échocardiographie doppler on notait une grosse végétation sur la valve tricuspidale mesurant 33mm/17mm, oblongue d'aspect dentelé à base sessile avec une fuite tricuspидienne grade IV. Les cavités droites étaient dilatées avec une hypertension artérielle pulmonaire (Pression pulmonaire = 55 mmHg) et une dilatation de la veine cave inférieure (Figure 1). Sur le plan biologique on notait un syndrome inflammatoire avec une anémie microcytaire hypochrome à 7,8 g/dL et une hyperleucocytose à 1570/ul à prédominance neutrophile à l'hémogramme. L'examen cyto bactériologique des urines n'a pas isolé de germe de même que les hémocultures. Les bilans rénal et hépatique étaient normaux. Les sérologies

rétrovirales du VIH et les sérologies de l'hépatite B étaient négatives. Le diagnostic d'endocardite aigue infectieuse tricuspide était retenu et un traitement à base d'antibiotiques (Vancomycine, Amikacine et la gentamycine) fut institué. L'évolution immédiate était favorable marquée par une amélioration clinique et paraclinique. Le retour à domicile a été autorisé au bout de trois semaines après un contrôle échographique montrant une disparition de la végétation (Figure 2). Au rendez-vous de contrôle trois mois plus tard, la patiente et son enfant étaient bien portants.

DISCUSSION

L'EI reste une maladie grave, avec 2 000 cas par an et jusqu'à 30% de mortalité en France [2]. Des fréquences plus faibles ont été rapportées en Afrique notamment avec Yaméogo et al au Burkina et Ndiaye et al au Sénégal qui rapportèrent respectivement 1,7% et 1,04% [5-6]. Généralement localisée à la valve mitrale ou aortique, quelques atteintes intéressant les valves droites ont été rapportées mais chez des sujets immunodéprimés par la toxicomanie. Dans la série suédoise portant sur 93 endocardites à entérocoque, seuls huit cas présentaient une endocardite de la valve tricuspide [6]. Notre cas est spécial non pas seulement par sa localisation valvulaire mais aussi par sa survenue sur un sujet chez qui aucun facteur d'immunodépression n'a été retrouvé.

Les signes cliniques incluant le syndrome infectieux et les signes immunitaires sont identiques quel qu'en soit la localisation de l'EI mais le siège du souffle apporte une orientation précise de l'origine valvulaire. Le diagnostic positif de l'EI suit les critères de Duke de 2015 qui requiert majoritairement la visualisation d'une végétation à l'échographie cardiaque, associé à des hémocultures positives [7]. Dans notre cas aucun germe n'a été identifié même si les recherches étiologiques n'étaient pas exhaustives. Par ailleurs, une hémoculture négative ne diminue pas la probabilité de l'endocardite mais aussi l'absence d'une biopsie des végétations avec une culture bactériologique et un examen histologique constitue une limite majeure dans notre contexte. Le souffle d'insuffisance tricuspide et la présence de végétations à l'échographie cardiaque étaient les critères majeurs retrouvés.

Dans la littérature l'étiologie de l'EI reste inconnue dans 25 à 30% des cas [1]. Les agents pathogènes les plus couramment identifiés sont les espèces staphylococciques et les fus bactéries [8,9]. Elles sont généralement la conséquence d'un geste dentaire non précédé de prophylaxie antimicrobienne [1]. L'origine peut également être urinaire, digestive, gynécologique ou cutanée. Cependant aucune porte d'entrée n'a été objectivée à l'examen clinique et aux bilans complémentaires de notre patiente. L'atteinte tricuspide est fréquemment rencontrée chez les usagers de la toxicomanie par voie injectable et l'interrogatoire n'a répertorié aucune notion de toxicomanie chez notre patiente.

En ce qui concerne la thérapeutique de notre observation, une triple antibiothérapie a permis d'obtenir une rémission symptomatique au bout de trois semaines. Les

recommandations de la Société Européenne de Cardiologie (ESC) de 2016 sur l'EI préconisent une durée d'au moins trois semaines d'antibiothérapie par voie parentérale dans les EI [10]. Certains auteurs préconisent l'utilisation de la vancomycine en traitement empirique en cas de fortes prévalence de *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM) avec une concentration minimale inhibitrice (CMI) de 12 mg/DI [7]. En ce qui concerne l'anticoagulation, le bénéfice d'un traitement anticoagulant devant cette urgence cardiologique lorsqu'elle s'associe d'une EP n'est pas bien établi. En effet l'anticoagulation favoriserait la formation des embolies septiques, la diffusion bactérienne et majorerait le risque hémorragique cérébral [9,11].

Un traitement chirurgical en plus de l'antibiothérapie contribuerait à réduire la mortalité des infections valvulaires. Selon les études la mortalité de cette pathologie atteint 36 % en l'absence de traitement chirurgical [12]. Cette chirurgie consiste selon l'état valvulaire en une annuloplastie tricuspide ou un remplacement de la valve tricuspide par bioprothèse mais l'insuffisance du plateau technique dans notre contexte limitent nos interventions thérapeutiques.

CONCLUSION

La découverte d'un EI de la valve tricuspide reste exceptionnelle chez les patients immunocompétents. Fréquemment décrites dans la population toxicomane leurs prise en charge fait sujet de controverse quand elle s'associe à une EP. Les nouvelles recommandations de l'ESC de 2016 sur l'EI constituent une avancée importante en mettant l'accent sur l'antibiothérapie de longue durée et sur la prophylaxie. Bien que rarement diagnostiquer dans notre contexte, des séries portantes sur un grand nombre de patients sont nécessaires pour déterminer leur prévalence hospitalière.

Consentement

Nous avons obtenu le consentement éclairé de la patiente et de sa famille du patient pour la réalisation de cette étude.

Conflit d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

REFERENCES

- Schrouy I, Zaldes-Socin H, Yrippiat Y, Lezal LD, So D, Radermecker MA. Endocardite infectieuse tricuspide comme cause d'une fièvre d'origine indéterminée. *Rev Med Liege* 2007; 62 : 11 : 654-654.
- Gervaise A, Godreuil C, Henninot E, Dot J-M, Dorléac D, Juglard R, et al. Douleurs thoraciques, dyspnée et crachats hémoptoïques chez un ancien toxicomane. *Rev Pneumol Clin*. 2007 ;63(4):264-7.
- Michel Iselin Endocardite infectieuse chez l'enfant. *Masson E* [4-071-A-60]
- Yameogo NV, Kologo KJ, Yameogo AA, Yonaba C, Millogo GRC, Kissou SA, et al. Les endocardites infectieuses chez l'enfant africain subsaharien, étude transversale à propos de 19 cas à Ouagadougou au Burkina Faso. *Ann Cardiol Angéiologie*. 2014;63(1):7-10.
- Ndiaye MB, Diao M, Kane A, Bodian M, Mbaye A, Dia MM, et al. Endocardite infectieuse en milieu cardiologique

Dakarois : étude descriptive à propos de 39 cas. Pan Afr Med J. 2010;7(1).

6. Olaison L, Schadewitz K, Swedish Society of Infectious Diseases Quality Assurance Study Group for Endocarditis. Enterococcal Endocarditis in Sweden, 1995–1999: Can Shorter Therapy with Aminoglycosides Be Used? Clin Infect Dis. 2002 ;159-66.

7. Mermel LA, Allon M, Bouza E, Craven DE, Flynn P, O'Grady NP, et al. Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Intravascular Catheter-Related Infection: 2009 Update by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 2009;49(1):1-45.

8. Cook RJ, Ashton RW, Aughenbaugh GL, Ryu JH. Septic Pulmonary Embolism: Presenting Features and Clinical Course of 14 Patients. Chest. 2005 128(1):162-6.

9. Tornos P, Almirante B, Mirabet S, Permanyer G, Pahissa A, Soler-Soler J. Infective Endocarditis Due to Staphylococcus aureus: Deleterious Effect of Anticoagulant Therapy. Arch Intern Med. 1999;159(5):473.

10. Habib G. Endocardite infectieuse : quoi de neuf ? Recommandations de l'European Society of Cardiology (ESC) 2009. Presse Médicale. 2010;39(6):704-9.

11. Kanis JA. The use of anticoagulants in bacterial endocarditis. Postgrad Med J. 1974;50(583):312-3.

12. Salih H, Guellab D, Zoubidi M, Bennis A. Endocardite tricuspide du post-partum à streptocoque B. Ann Cardiol Angéiologie. 2012;61(2):121-4.

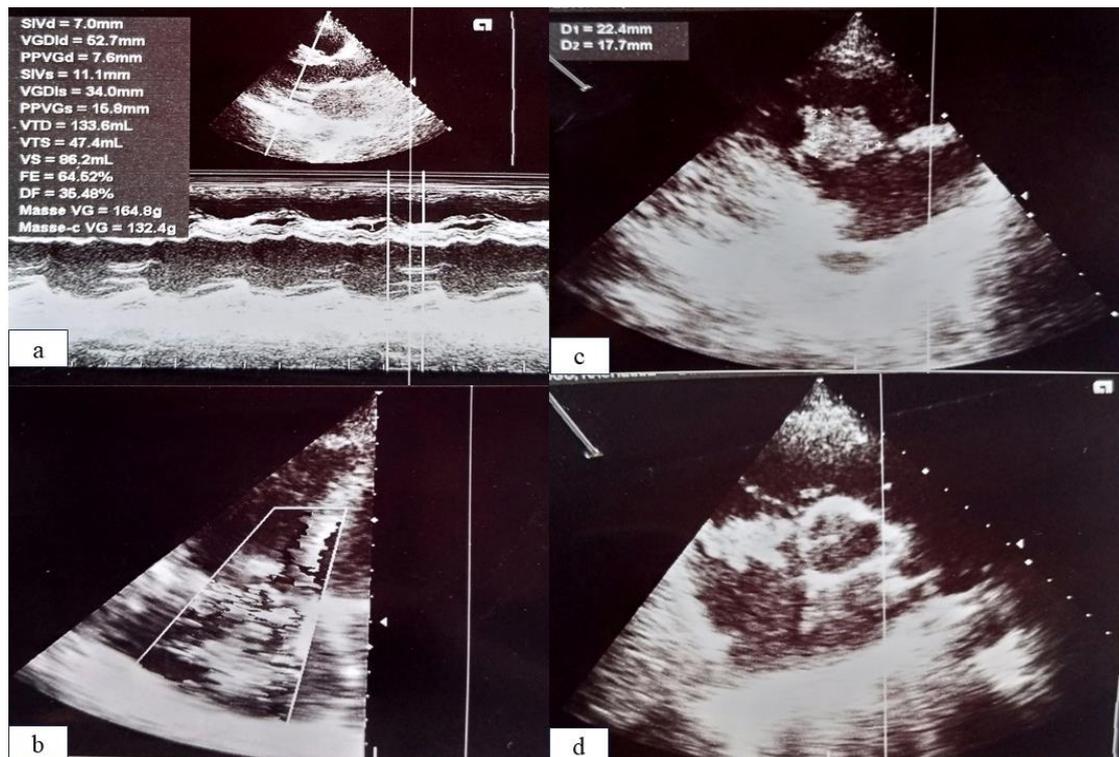


Figure 1 : Echocardiographie doppler montrant une fuite tricuspiddienne et une volumineuse végétation sur la tricuspide

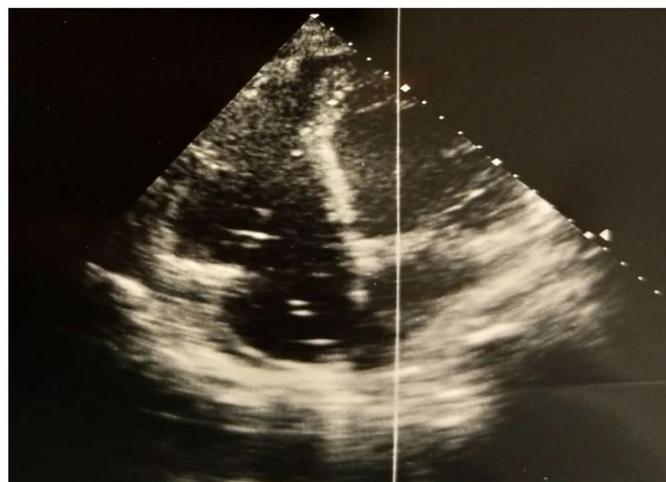


Figure 2 : Echocardiographie de contrôle à J 21 montrant une disparition de la végétation