



Cas Clinique

Endocardite Infectieuse de la Valve Mitrale Antérieure par Jet Infecté d'Origine Aortique

Infectious endocarditis of anterior mitral valve leaflet secondary to infected jet from aortic disease

Sidibé N¹, Dembélé B², Doumbia A-K¹, Diarra B¹, Ba H¹, Sangaré I¹, Sogodogo A¹, Sissoko A¹, Dakouo R¹, Camara H¹, Koné O³, Menta I¹

¹CHU-Gabriel Touré, Bamako,

²CHU-Point G Bamako.

³Institut National de Santé Publique (INSP), Bamako.

Mots clés : Végétation, insuffisance aortique, insuffisance mitrale.

Key words: Vegetation, aortic regurgitation, mitral regurgitation.

RÉSUMÉ

L'endocardite infectieuse est une infection d'une ou plusieurs valves cardiaques, le plus souvent d'origine bactérienne. C'est une infection rare mais grave. Au niveau valvulaire deux types de lésions peuvent être observées : les lésions destructrices « directes » siégeant fréquemment au niveau des bords libres des valves et les lésions de jet, témoins de l'atteinte valvulaire par un jet infecté. Nous rapportons le cas d'un homme de 23 ans admis dans un tableau d'insuffisance cardiaque globale associé à une fièvre. L'échographie doppler cardiaque a objectivé une végétation de 1.5 cm² de surface sur le bord libre des sigmoïdes aortique obstruant légèrement la chambre de chasse ventricule gauche-aorte associée à une insuffisance mitrale massive sur perforation du feuillet antérieur de la valve mitrale par l'impact du jet infecté de l'insuffisance aortique sévère. Les hémocultures ont permis d'isoler un streptococcus SPP sensible à la pénicilline G et au Chloramphénicol. Malgré un traitement médicamenteux cardiaque optimisé et une antibiothérapie adaptée, le patient est décédé après dix jours d'hospitalisation, avant une prise en charge chirurgicale.

ABSTRACT

Infectious endocarditis is a rare but serious infection of one or more heart valves, most often of bacterial origin. Two types of valvar lesions are described: "direct" destructive lesions frequently occurring at the level of the free edges of the valves and jet lesions, secondary to valve damage by an infected jet. We report the case of a 23-year-old man admitted with a global heart failure associated with fever. Cardiac Doppler made showed a vegetation of 1.5 cm² of area on the free edge of the aortic leaflets, slightly obstructing the outlet of left ventricle-aorta flushing chamber, associated to massive mitral insufficiency due to perforation of anterior leaflet of mitral valve by the impact of the infected jet of severe aortic insufficiency. Blood cultures isolated streptococcus SPP susceptible to penicillin G and chloramphenicol. Despite optimized cardiac drug treatment and appropriate antibiotic therapy, the patient died after ten days of hospitalization, before surgical management.

INTRODUCTION

L'endocardite infectieuse est la localisation et la prolifération au niveau de l'endocarde de germes véhiculés par le sang. Les germes en cause par ordre décroissant (1) : Streptocoques (36%), Staphylococcus Aureus (27%), Entérocoques (10%), Staphylocoques à coagulase négative (10%), autres pathogènes (10%). Cette atteinte infectieuse de l'endocarde cause essentiellement des dégâts valvulaires (figure1), responsables d'une morbidité et d'une mortalité importantes (2). Au niveau valvulaire, deux types de lésions sont observées : les lésions destructrices «

directes », siégeant fréquemment au niveau des bords libres des valves, et les lésions de jet, témoins de l'atteinte valvulaire par un jet infecté (3), dont l'exemple le plus habituel est la perforation centrale de la grande valve mitrale par le jet infecté d'une insuffisance aortique endocarditique (fig.2 et fig.3). La principale complication de ces lésions destructrices est l'insuffisance valvulaire, elle-même responsable d'un tableau d'insuffisance cardiaque congestive, qui fait toute la gravité de l'endocardite infectieuse (4). La chirurgie est une indication pour des raisons vitales (5).

OBSERVATION CLINIQUE

Il s'agit d'un jeune patient de 23 ans admis pour syndrome d'insuffisance cardiaque globale. Il avait présenté depuis un mois une fièvre accompagnée d'une toux productive, une dyspnée d'effort stade II NYHA ayant évolué progressivement en orthopnée. Il n'y avait pas d'antécédents particuliers de foyer infectieux chronique, pas de cardiopathies surtout valvulaires connues. L'auscultation cardiaque avait permis de retrouver un assourdissement des bruits du cœur, une tachycardie (132 battements/minute), un galop B3, un souffle systolique 4/6^{ème} d'insuffisance mitrale (IM) et un souffle diastolique 3/6^{ème} d'insuffisance aortique (IA), des râles crépitants aux deux bases pulmonaires. Par ailleurs, on avait observé une hépatomégalie douloureuse à la palpation à bord lisse et régulier et des œdèmes des membres inférieurs mous et indolores gardant le godet. L'échographie cardiaque doppler avait montré une végétation de 1.5cm² de surface au niveau des sigmoïdes aortiques obstruant légèrement la voie de chasse du VG-Aorte avec une insuffisance aortique sévère (PHT : 170ms) excentrée sur le feuillet antérieur de la valve mitrale et une insuffisance mitrale massive sur perforation du segment A2 du feuillet antérieur de la valve mitrale. Les hémocultures étaient positives au streptococcus SPP sensible à la pénicilline G et au chloramphénicol. Devant la persistance du syndrome d'insuffisance cardiaque globale décompensé sur tableau infectieux et cela malgré un traitement médical cardiaque optimisé et une antibiothérapie adaptée le patient est décédé après dix jours d'hospitalisation.

Echographie cardiaque



Fig. 1: Incidence parasternal grand axe

Figure 1: Image d'échocardiographie transthoracique bidimensionnelle en coupe parasternale grand axe montrant la végétation sur la valve aortique.

Echographie cardiaque



Fig. 2: Incidence apicale 5 cavités

VMA : valve mitrale antérieure

Figure 2: Image d'échocardiographie transthoracique bidimensionnelle en coupe apicale quatre cavités montrant la végétation sur la valve aortique et la perforation du feuillet antérieur de la valve mitrale.

Echographie cardiaque



Fig. 3: Coupe parasternal grand axe

Figure 3: Image d'échocardiographie transthoracique bidimensionnelle en coupe parasternale grand axe montrant la végétation sur la valve aortique et surtout la perforation du feuillet antérieur de la valve mitrale

DISCUSSION

Les statistiques récentes attestent que 40% à 55% des malades atteints d'endocardite infectieuse (type lésion destructrice par jet infecté) sont opérés pendant la phase aiguë de la maladie, avant la fin de l'antibiothérapie, ce pourcentage étant plus élevé dans les centres médicochirurgicaux spécialisés (5). L'évolution mortelle de ce cas d'observation pourrait être liée à un diagnostic tardif et à une absence de prise en charge chirurgicale. Les indications chirurgicales restent souvent difficiles à poser, elles nécessitent une étroite collaboration entre le cardiologue, l'infectiologue et le chirurgien cardiaque. Les indications principales restent la mauvaise tolérance hémodynamique, le non contrôle du processus infectieux (5).

CONCLUSION

l'insuffisance cardiaque persistante sous traitement médical, en rapport avec une lésion destructrice par jet infecté sur VMA est une indication opératoire formelle dans l'endocardite du cœur gauche sur valve native à la phase hospitalière.

RÉFÉRENCES

1. Baddour LM, Wilson WP, Bayer AS, et al. Infective endocarditis in adults: diagnosis, antimicrobial therapy, and management of complications a scientific statement for healthcare professionals from American Heart Association Circulation 2015; 132:1435-86.
2. Prendergast BD. Le visage changeant de l'endocardite infectieuse. Cœur. 2006 ;7 :879-885.doi :10.1136/hrt.2005.067256
3. Bonow et al. ACC/AHA task force report. J Am Coll Cardiol 1998 : 1486-588.
4. Hoen B, Alla F, Beguinot I, Le Moing V, Mainardi JL, Selton-Suty C. Nouvelles caractéristiques de l'endocardite infectieuse en France: résultats de l'enquête multirégionale 1999. Med Mal Infect 2001 ; 31 (suppl 3) : 411 s
5. Société française de cardiologie. Recommandations concernant la prise en charge des valvulopathies acquises et des dysfonctions de prothèse valvulaire. Indications opératoires et interventionnelles. Arch Mal Coeur, 2005 ; 98 (2 Suppl.) : 5-61.