



Cas Clinique

Endocardite Infectieuse sur Valve Native chez une Enfant de 11 Ans : À Propos d'un Cas

Infective Endocarditis on Native Valve in an 11-Year-Old Patient : A Case Report

Samaké S¹, Poudiougou YN¹, Dakouo MR², Sangaré A³, Kodio A⁴, Dembelé B³, Touré M⁵,
Diassana M¹, Ba HO²

Affiliations

1. CS Réf Commune 6
2. CHU Gabriel Touré
3. CHU Point G
4. Hôpital de Ségou
5. CHU ME le Luxembourg

Auteur correspondant

Samba Samaké, Centre de Santé de Référence C.6
(Bamako), Cardiologie
Tél : (+223) 76 23 14 50
Email : kiscosamb21@yahoo.fr

Mots clés : endocardite, valve mitrale native.

Key Words: endocarditis, native mitral valve.

Article history

Submitted: 14 August 2024
Revisions requested: 6 November 2024
Accepted: 22 November 2024
Published: 27 November 2024

RÉSUMÉ

L'endocardite infectieuse est une lésion le plus souvent valvulaire, provoquée, dans la grande majorité des cas, par une bactérie. Chez l'enfant l'origine est le plus souvent dentaire. Le diagnostic est affirmé par des végétations à l'échographie et des hémocultures positives. Dans environ 10% des cas les hémocultures restent négatives. Nous rapportons le cas d'une fille de 11 ans qui nous a été adressée à l'échographie cardiaque, où une végétation sur la valve mitrale fut objectivée. Une fièvre à 39°C, un bilan inflammatoire positif, une anémie à 6.3g/dl et une légère hyperleucocytose étaient retrouvés. Les hémocultures sont revenues négatives. Malgré un traitement antibiotique, antipyrétique, adjuvant et corticoïde, la fièvre persistait. Ainsi les parents se sont évadés avec l'enfant au cours de l'hospitalisation.

ABSTRACT

Infective endocarditis is a lesion most often valvular, caused, in the vast majority of cases, by a bacterium. In children, the origin is most often dental. The diagnosis is confirmed by vegetations on ultrasound and positive blood cultures. In approximately 10% of cases, blood cultures remain negative. We report the case of an 11-year-old girl who was referred to us for cardiac ultrasound, where a vegetation on the mitral valve was objectified. A fever of 39°C, a positive inflammatory assessment, anemia at 6.3g/dl and a slight hyperleukocytosis were found. Blood cultures came back negative. Despite antibiotic, antipyretic, adjuvant and corticosteroid treatment, the fever persisted. Thus, the parents escaped with the child during the hospitalization.

INTRODUCTION

L'endocardite est une pathologie relativement rare mais grave, avec une mortalité élevée durant la période hospitalière et à moyen terme. Son épidémiologie a évolué dans les pays occidentaux en ce qui concerne les cardiopathies sous-jacentes et les micro-organismes responsables. Son diagnostic repose surtout sur la conjonction des données microbiologiques et échocardiographiques, mais peut être complexe lorsque l'un des deux critères fait défaut. Dans les pays en voie de développement, l'endocardite infectieuse survient chez des patients plus jeunes en raison de la prédominance des valvulopathies rhumatismales. Le streptocoque est le micro-organisme le plus souvent identifié et la fréquence des endocardites à hémocultures négatives est plus élevée [1]. Chez l'enfant, l'origine est le plus souvent dentaire (caries ou soins dentaires). Exceptionnellement, une endocardite peut se localiser sur un cœur considéré comme normal. Les lésions à

rechercher sont des végétations, des abcès et lésions périvalvulaires et une fuite valvulaire récente (native ou prothétique) [2]. Les difficultés du diagnostic d'endocardite infectieuse ont conduit au développement de classifications diagnostiques combinant des critères majeurs et des critères mineurs. Les complications de l'endocardite infectieuse sont de trois ordres : hémodynamiques, infectieuses et emboliques. Plus le traitement est rapide, moins les séquelles seront importantes [3].

OBSERVATION CLINIQUE

Nous rapportons le cas d'une fille de 11 ans qui nous a été adressée à l'échographie cardiaque pour cardiomégalie, polypnée et tachycardie. L'échographie a objectivé une végétation moyennement mobile de 14x15mm appendue sur la valve mitrale antérieure, une taille normale des cavités cardiaques, une micro-fuite mitrale et une bonne fonction bi-ventriculaire (fig.1, fig.2., fig.3 et 4). Une fièvre était notée au cours de

l'examen échographique et quantifiée à 39°C. L'examen buccal a retrouvé une dent cariée remarquée pendant l'examen échographique. La patiente était admise en pédiatrie six jours plus tôt et hospitalisée dans un tableau d'altération de l'état général. Elle est le deuxième enfant de sa fratrie. Elle n'avait pas d'antécédents médico-chirurgicaux. Le début de la symptomatologie remontait à huit jours avant son hospitalisation, marqué par une fièvre non quantifiée pour laquelle elle a reçu de l'antipyrétique sans succès. Au cours de l'hospitalisation la patiente a bénéficié d'un traitement antipaludéen dans un contexte épidémiologique d'endémie palustre. L'examen physique à l'admission avait retrouvé une altération de la conscience avec un score de Glasgow à 9/15, une tachycardie, le reste de l'examen physique était sans particularité. Un bilan inflammatoire (ASLO, CRP) positif, une anémie normocytaire hypochrome à 6.3g/dl et une légère hyperleucocytose étaient retrouvés à l'analyse du sang. Les hémocultures sont revenues négatives. Malgré un traitement antibiotique associant amoxicilline + acide clavulanique et gentamicine, un traitement antipyrétique, adjuvant et une corticothérapie bien conduits, la fièvre persistait. Devant le coût élevé de la prise en charge et en l'absence d'amélioration de l'état de la patiente, cela amène les parents à s'évader avec l'enfant au cours de l'hospitalisation.



Figure 1. Incidence apicale 4 cavités (systole)



Figure 2. Incidence PSGA (PSGA = parasternale grand axe)



Figure 3. Incidence apicale 4 cavités (diastole)



Figure 4. Incidence PSPA

PSPA = parasternale petit axe

Figures 1, 2, 3, 4 Endocardite mitrale.
Echocardiographie transthoracique : végétation moyennement mobile de 14×15mm, appendue sur le versant atrial du feuillet antérieur mitral.

DISCUSSION

L'incidence de l'endocardite est faible chez l'enfant, inférieur à 10 cas par million et par an [4]. Dans les pays en voie de développement, il n'existe pas de grande série permettant d'estimer l'incidence de l'endocardite. Sur le plan qualitatif, la présentation est très différente de celle des pays occidentaux [5]. Les patients sont nettement plus jeunes, ce qui correspond à la persistance de l'endémie rhumatismale, qui est à l'origine de valvulopathies sévères chez les adultes jeunes. Le streptocoque demeure le micro-organisme le plus souvent responsable et les endocardites à hémocultures négatives sont plus fréquentes. Sidibé N. et al. avaient décrit une endocardite infectieuse de la valve mitrale antérieure par jet infecté d'origine aortique [6]. Selon les estimations du Global Burden Disease, l'endocardite était responsable de 65 000 décès dans le monde en 2013 [7]. Les bactériémies répétées de faible intensité correspondent à des situations de la vie quotidienne aussi banales que le brossage des dents et la mastication et sont favorisées par une mauvaise hygiène bucco-dentaire.

La négativité des hémocultures chez notre patiente pourrait être expliquée par une antibiothérapie itérative effectuée en amont dans des situations de fièvre inexpliquée. Des patients sont vus après un périple posant un retard de diagnostic.

CONCLUSION

La prévention de l'endocardite infectieuse reste un problème difficile. Les mesures prophylactiques pourtant bien codifiées ne sont pas toujours possibles ni efficaces et surtout ne sont pas toujours appliquées. D'où la nécessité impérieuse d'informer régulièrement les patients et leurs familles sur le risque d'endocardite et de rappeler à chaque consultation qu'il faut rester vigilant.

REFERENCES

1. Cohen A., Montalescot G., Lung B., Endocardites infectieuses sur valves natives, *Epidemiol. Cardiol* T1, 3^e édition, 2021 ; 932, 978-2-257-20748-7.
2. Batisse A., Fermont L., Lévy M., Cardiopathies acquises d'origine bactérienne, *Endocardite inf.*, *Cardiologie pédiatrique pratique*, 4^e édition, 2013 ; 238, 978-2-7040-1364-7.
3. Tribouilloy C., Bohbot Y., Szymanski C., *Guide Pratique d'échocardiographie*, Comment évaluer une endocardite infectieuse, 2021 ; 418, 978-2-2947-6.
4. Lung B., Endocardite infectieuse, *Epidémiologie, physiopathologie et anatomopathologie*, 2019 ; <https://www.elsevier.com/open-access/userlicense/1.0/>
5. Thornhill M.H., Jones S., Prendergast B., Baddour L.M., Chambers JB, et al., Quantifying infective endocarditis risk in patients with predisposing cardiac conditions. *Eur Heart J*. 2018 ; 39:586-95.
6. Sidibé N. et al., Health Sci. Dis: Endocardite infectieuse valve mitrale antérieure par jet infecté d'origine aortique, Vol 22 (4) April 2021; pp 100-102. www.hsd-fmsb.org
7. Østergaard L., Valeur N., Wang A., Bundgaard H., Aslam M., Gislason G., et al., Incidence of infective endocarditis in patients considered at moderate risk. *Eur Heart J*. 2018; (in press).