

Endocardite infectieuse sur communication interventriculaire méconnue chez l'adulte : à propos d'un cas

A case of right-side infective endocarditis with unknown ventricular septal defect in adult

Imen Bouhlel, Samia,Ernez, Aymen Ben Abdesslem , Hatem Bouraoui, Abdallah Mahdhaoui, Gouider Jeridi

Service de cardiologie, Hôpital Farhat Hached Sousse , Tunisie

Résumé

Introduction : l'endocardite infectieuse sur cardiopathie congénitale méconnue chez l'adulte est une des étiologies d'endocardite du cœur droit, c'est une pathologie rare, dont la complication la plus redoutable est l'embolie pulmonaire d'origine septique, sa prise en charge comporte deux volets : celui de la cardiopathie congénitale ainsi que la pathologie infectieuse

Etude du cas : nous rapportons l'observation d'un patient âgé de 45 ans se présentant pour une embolie pulmonaire d'origine septique dont le point de départ est une végétation au dépend du cœur droit sur une communication interventriculaire (CIV) périmembraneuse méconnue faisant ainsi le diagnostic d'endocardite infectieuse aigue. L'évolution était favorable sous traitement médical avec régression progressive de la taille de la végétation le recours à la chirurgie a été reporté devant la persistance de l'image de végétation.

Conclusion : l'endocardite infectieuse du cœur droit est moins fréquente que celle sur cœur gauche, sa prise en charge, quand elle se greffe sur une CIV, reconnait une controverse vis-à-vis de la prise en charge chirurgicale.

Mots-clés

endocardite-cœur droit-
communication interven-
triculaire

Summary

Ventricular septal defect (VSD) associated with right heart endocarditis in adults is rare but may have serious complications such as pulmonary embolism.

A 46 years old man, admitted for fever and chest pain, diagnosis of right heart endocarditis on unknown ventricular septal defect was made by echocardiography.He had empiric antibiotic therapy because antibiogram did not show a microorganism.the evolution is marked by apyrexia and no recidive of embolism ; intervention was delayed until disappearance of vegetation .after one year he had no vegetation on echocardiography and he was proposed for Amlatz closure of VSD.

Keywords

words : endocarditis-
right heart-ventricular
septal defect

Correspondance

Bouhlel Imen

Adresse Email : bouhlelimen61@yahoo.fr

Adresse : service de cardiologie hôpital Farhat Hached Sousse

INTRODUCTION

les communications interventriculaires (CIV) représentent 40% de l'ensemble des cardiopathies congénitales (1), et la cardiopathie congénitale la plus fréquente chez l'adulte malgré son potentiel de fermeture très élevé (2). L'endocardite infectieuse (EI) reste la complication la plus redoutable des CIV non réparées (3), elle peut toucher exclusivement le cœur droit et pose le problème de l'indication et du temps de la prise en charge chirurgicale ainsi que l'augmentation du risque de la mortalité de cette cardiopathie, jusque la bien tolérée (4).

OBSERVATION

Nous rapportons l'observation d'un patient âgé de 45 ans sans antécédents pathologiques notables s'est présenté pour une dyspnée et douleurs basithoraciques d'installation brutale dans un contexte fébrile qui évolue depuis un mois malgré plusieurs traitements antibiotiques. Les constantes hémodynamiques étaient stables et la température était à 39.2°C, l'auscultation cardiaque a trouvé un souffle holosystolique en rayon de roue évoquant une CIV et l'examen cutané a objectivé un purpura pétéchial diffus, le reste de l'examen était sans anomalies. L'échographie cardiaque Trans thoracique a confirmé le diagnostic de CIV périmembraneuse de 5mm de grand axe à faible shunt gauche droit (Figure 1), le gradient maximal à travers la CIV était de 100mmHg. Il existait une image filiforme hyperéchogène faisant 22*10mm sur le bord inférieur de la CIV flottant dans le ventricule droit (VD) mais sans avoir des rapports avec la valve tricuspide qui était saine (Figure 2). Il n'y avait pas de signes d'hypertension artérielle pulmonaire ; il n'existait pas de valvulopathies mitrales ou aortiques, la fonction bi ventriculaire était conservée. Le diagnostic d'endocardite infectieuse était fortement suspecté en se basant sur les données cliniques et échocardiographiques. Dans le cadre du bilan d'extension, L'angio TDM thoracique a objectivé la présence d'emolie pulmonaire bilatérale distale évoquant fortement des embolies septiques, l'angiographie maculaire à la fluorescéine a mis en évidence la présence de taches de Roth (Figure 3). La recherche de porte d'entrée était négative, le patient a été mis sous triple antibiothérapie empirique à base d'oxacilline 12g/jour, ampicilline 12g/jour et gentamycine 168 mg/jour avec une évolution marquée par une apyrexie permanente avec régression des signes cutanés mais sur le plan biologique apparition d'une

pancytopénie témoignant d'une hématotoxicité induite par les bêtalactamines, cette complication a imposé la modification du schéma thérapeutique par du vancomycine 500mg*4/jour. L'indication opératoire de la fermeture de la CIV a été reportée jusqu'à la disparition complète de l'image échographique de la végétation devant la stabilité hémodynamique et la bonne réponse à l'antibiothérapie. La sortie de l'hôpital a été assurée après normalisation de la formule sanguine ainsi que le syndrome inflammatoire biologique, sur le plan écho cardiographique une régression de la taille de la végétation à 18x10mm sans nouveau signe d'appel pulmonaire a été notée. Une scintigraphie pulmonaire de référence a été demandée, une échographie cardiaque était assurée tout les mois pendant les six premiers mois puis tout les trois mois avec une régression lente mais continue de la taille de la végétation.



Figure 1 : Coupe apicale grand axe montrant l'image du défaut septal en faveur de la CIV péri membraneuse

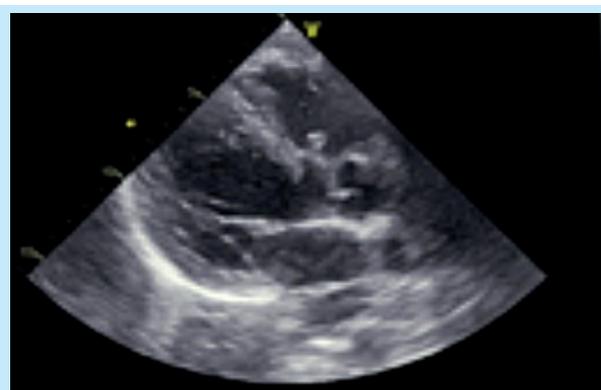


Figure 2 : Coupe parasternale grand axe montrant une image hyperéchogène s'insérant sur le septum interventriculaire dont le bord libre flotte dans le VD au-dessus de l'insertion de la valve tricuspide

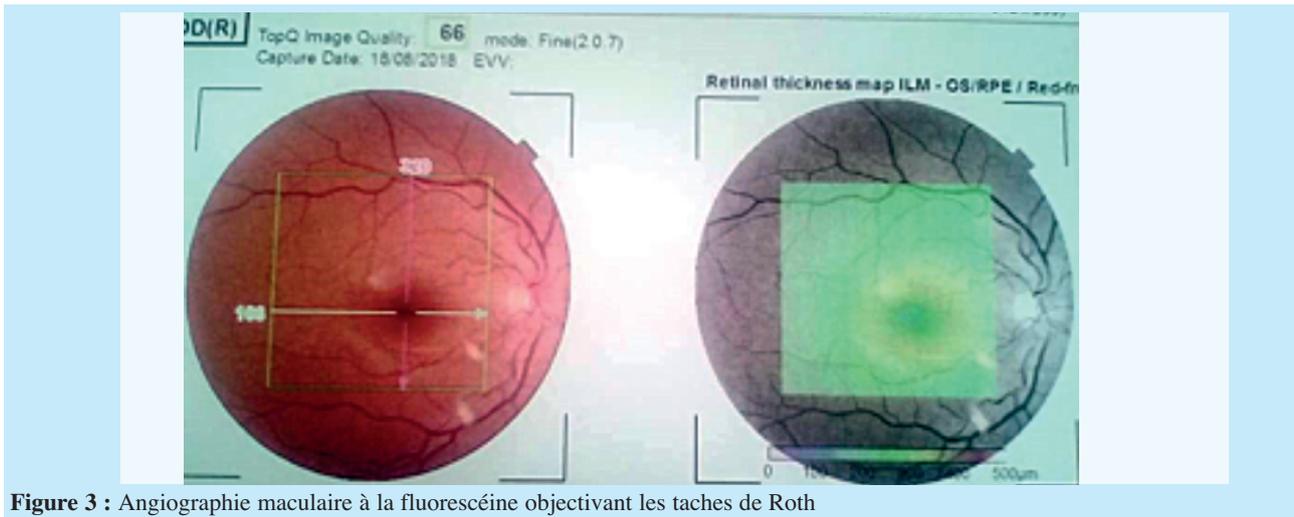


Figure 3 : Angiographie maculaire à la fluorescéine objectivant les taches de Roth

DISCUSSION

L'endocardite infectieuse du cœur droit représente 5 à 10% des EI, la porte d'entrée la plus fréquente est veineuse (5), le germe le plus rencontré est le staphylococcus aureus, les localisations secondaires pulmonaires sont les plus fréquentes.

Les patients avec EI du cœur droit sont classés en trois groupes : les toxicomanes par voie intraveineuse (IV), les porteurs de dispositifs intracardiaque (pace maker, défibrillateur automatique implantable) et ceux les « 3 noes » (les non toxicomanes, les non porteurs de dispositif intracardiaque et les non atteints d'EI du cœur gauche) (6)

Elles peuvent compliquer une cardiopathie congénitale, réparée ou non .Survenant sur une CIV, l'infection touche les bords de la CIV et implique souvent les valves pulmonaire ou tricuspide. L'EI du cœur droit survenant chez l'adulte et épargnant les valves pulmonaire et tricuspide est un évènement très rare.

Les patients avec une CIV non réparée sont a risque accrue d'EI par rapport à la population générale, ceci est indépendamment de la taille de la CIV, car la turbulence du flux sanguin à travers le shunt provoque des lésions endothéliales in situ formant par la suite un lit favorable de constitution de végétations(7).Comparée à l'atteinte de la circulation systémique ,l'EI sur CIV touchant la circulation pulmonaire est rare ;elle est associée généralement à une atteinte des valves aortiques et tricuspide en plus de la CIV même .dans notre cas , l'atteinte valvulaire n'était pas présente.

Les données de l'ETT sont suffisants pour établir le diagnostic positif d'EI sur CIV dans 60% des cas, un complément par ETO n'est toujours pas réalisable en cas de lésions pulmonaires étendues avec hypoxémie (8).

La pris en charge thérapeutique repose essentiellement sur l'antibiothérapie, adaptée au antibiogramme. La mortalité est très faible et la chirurgie est réservée aux cas d'insuffisance cardiaque réfractaire, récurrence des embolisations ou absence de maitrise de l'infection par une antibiothérapie adaptée(9). Les dernières recommandations sur l'endocardite sur cardiopathies congénitales stipulent que la prise en charge chirurgicale n'est pas systématique et doit être discutée dans des centres spécialisés(10). Le suivi est assuré par la surveillance échocardiographique rapprochée afin de monitorer l'évolution de la taille de la végétation et la détection précoce d'éventuelle complication.

CONCLUSION

L'endocardite infectieuse du cœur droit sur communication interventriculaire est une complication rare de prise en charge multidisciplinaire, l'indication de l'intervention chirurgicale est délicate et pesée fonction des paramètres cliniques et évolutifs, l'échocardiographie est d'un grand apport dans le diagnostic et surtout le suivi de cette pathologie en absence de traitement chirurgical.

REFERENCES

1. Penny DJ, Vick GW 3rd. Ventricular septal defect. *Lancet*. 2011;377:1103-1112.
2. Wu MH, Lu CW, Chen HC, Kao FY, Huang SK. Adult congenital heart disease in a nationwide population 2000-2014. Epidemiological trends, arrhythmia, and standardized mortality ratio. *J Am Heart Assoc*. 2018;7:2000-2014.
3. Neumayer U, Stone S, Somerville J. Small ventricular septal defects in adults. *Eur Heart J*. 1998;19:1573-1582.
4. Di Filippo S. Antibioprophylaxie de l'endocardite infectieuse dans les cardiopathies congénitales. *Presse Med*. 2017 ;6 :606-611
5. Selton-Suty C, Célard M, Le Moing V, DocoLecompte T, Chirouze C, lung B, et al. Preeminence of *Staphylococcus aureus* in infective endocarditis: a 1-year populationbased survey. *Clin Infect Dis* 2012;54:1230-9
6. Ortiz C, López J, García H et al. Clinical classification and prognosis of isolated right-sided infective endocarditis. *Medicine (Baltimore)*. 2014; 93:137.
7. Lee PT, Uy FM, Foo JS, Tan JL. Increased incidence of infective endocarditis in patients with ventricular septal defect. *Congenital Heart Disease*. 2018;00:1-7.
8. Miro JM, Moreno A, Mestres CA. Infective endocarditis in intravenous drug abusers. *Curr Infect Dis Rep* 2003;5:307-16
9. Li W, Somerville J: Infective endocarditis in the grownup congenital heart (GUCH) population. *Eur Heart J* 1998 ; 19:166-173.
10. the ESC guidelines for the managment of infective endocarditis. *Eur Heart J*.2015 ; 36 :3036-7