

11/ Endocardites infectieuses

Epidémiologie

Maladie peu fréquente

Mais grave, dont l'incidence ne baisse pas et dont le profil se modifie

Cadre nosologique

Endocardite infectieuse

- du coeur gauche sur valves natives saines ou lésées
- du coeur droit
- sur prothèse valvulaire, précoces ou tardives

Germes responsables

Cocci à gram positif responsables de plus de 90% des endocardites infectieuses

Streptocoques: 60%

Staphylocoques: 30%

Autres micro-organismes

Hémocultures négatives (< 10% des endocardites infectieuses)

- stérilisation par une antibiothérapie préalable
- micro-organismes à croissance difficile
- micro-organismes non cultivables sur milieux usuels

Il existe une corrélation entre le type de germe et la porte d'entrée

Physiopathologie

Végétation: amas de fibrines, plaquettes et bactéries

Ulcération et perforation valvulaires

Rupture de cordage mitral, abcès du septum si endocardite infectieuse aortique

Insuffisance valvulaire

Défaillance hémodynamique

Emboles septiques à distance

Libération d'antigènes circulants et de complexes immuns circulants

Distinction schématique

Endocardite infectieuse subaiguë évoluant sur plusieurs semaines avant le diagnostic avec fièvre modérée, généralement lié à des streptocoques bucco-dentaires

Endocardite infectieuse aiguë avec installation brutale d'un état septique sévère. Staphylocoque doré classiquement.

Syndrome infectieux

Fièvre d'allure variable

Toute fièvre prolongée inexpliquée

Toute fièvre chez un valvulaire

Toute fièvre inexpliquée rechutant à l'arrêt d'une antibiothérapie

Signes cardiaques

Apparition d'un nouveau souffle ou majoration

Complications:

- insuffisance cardiaque
- abcès septal → trouble conducteur
- état de choc septique et cardiogénique

Signes périphériques

Cutanés

Articulaires

Rénaux

Ophtalmologiques

Système nerveux central

Emboles périphériques

Diagnostic de l'endocardite: hémocultures répétées et échographie cardiaque

Hémocultures: ensemencement du sang sur un ou plusieurs milieux appropriés afin de mettre en évidence la présence de bactéries

- milieux aérobie et anaérobie, prélèvement sanguin, prescription médicale
- objectifs: identifier les germes responsables, poser et confirmer le diagnostic et obtenir un antibiogramme
- indications: toute fièvre non expliquée, frissons, hypothermie
- condition de prélèvement: avant le début d'une antibiothérapie, au moment d'un pic thermique ou d'une hypothermie, prélèvement répétés 2 à 3 fois toutes les demi heure voire une heure

Echographie transoesophagienne

- finalité: permet la confirmation du diagnostic, quantifie l'importance d'une fuite valvulaire, précise l'indication cardio-chirurgicale
- définition: introduire par la bouche une sonde d'échographie miniaturisée, fixée à l'extrémité d'un fibroscope
- à jeun 6 heures avant l'examen et 4 heures après (évite réflexes nauséux)

Examens complémentaires

ECG quotidien

Bilan inflammatoire (NFS, CRP)

Surveillance de la fonction rénale

Bilan d'extension (scanner thoraco-abdominal, scanner cérébral, imagerie du rachis)

Antibiotiques

Adapter les doses pour améliorer l'efficacité et réduire la toxicité

Dosage du pic (concentration maximale d'antibiotique)

Dosage de la concentration résiduelle (concentration minimale)

Traitement curatif des endocardites infectieuses

Antibiotiques: IV, forte dose, 4 à 6 semaines, bithérapie (bétalactamines ou glycopeptides + aminosides)

Anti agrégants plaquettaires contre-indiqués

Traitement médical de l'insuffisance cardiaque congestive
Traitement chirurgical

Surveillance

Examen clinique quotidien: température, examen neurologique, ECG, signes de l'insuffisance cardiaque, recherche de localisation secondaire

Surveillance biologique + échographie

Surveillance de la courbe thermique + traçabilité

Surveillance de la voie veineuse périphérique (risque infectieux + risque d'extravasation)

Complications

Insuffisance cardiaque congestive

Emboles

Décès

www.fiches-ide.com