

Définition

L'endocardite infectieuse est une maladie de la paroi interne des cavités du cœur qui touche plus particulièrement les valves cardiaques. Elle est due à la prolifération de bactéries sur l'endocarde.

Physiopathologie

A l'occasion d'une bactériémie, les bactéries diffusent dans la circulation sanguine à partir d'une porte d'entrée. Elles peuvent alors adhérer à l'endocarde lésé et s'y multiplier avec pour conséquence le développement des lésions caractéristiques de l'endocardite infectieuse qu'on appelle végétations.

Ces végétations sont des amas fibrinoplaquettaires retrouvés sur les valves et au milieu desquels siègent des colonies microbiennes.

Différents types

On distingue 4 types d'endocardites infectieuses :

- Sur valves natives lésées
- Sur valves natives « apparemment saines »
- Sur prothèse valvulaire
- Sur stimulateur cardiaque et défibrillateur automatique implantable

L'endocardite infectieuse se produit le plus souvent dans le cœur gauche ; les endocardites du cœur droit correspondent à un terrain particulier (toxicomanie, cathéter central, chambre implantable).

Étiologies et facteurs de risque

Les endocardites infectieuses sont dues à :

- Des infections à streptocoques (50% des cas) ou à staphylocoques
- Plus rarement à des bacilles gram négatif ou à des levures

Patients à haut risque d'endocardite infectieuse

- Porteur de prothèse cardiaque
- Antécédent d'endocardite
- Cardiopathie congénitale
- Valvulopathie mitrale ou aortique

Signes cliniques

Syndrome infectieux + signes cardiaques + signes extra-cardiaques

- **Syndrome infectieux** : fièvre, altération de l'état général, splénomégalie.
- **Signes cardiaques** : apparition ou modification d'un souffle cardiaque, insuffisance cardiaque, péricardite, trouble de conduction, insuffisance coronarienne.
- **Signes extra-cardiaques** : manifestations cutanées, ophtalmologiques, emboliques, neurologiques, rhumatologiques, respiratoires et rénales.

Toute fièvre inexpiquée chez un patient valvulaire est une endocardite jusqu'à preuve du contraire.

Examens complémentaires

Hémocultures à prélever avant de débuter l'antibiothérapie
Échographie transthoracique (ETT) : non invasif mais sensibilité limitée pour détecter les végétations
Échographie transoesophagienne (ETO)
Autres : recherche de la porte d'entrée et dépistage des localisations secondaires
Bilan biologique infectieux : NFS, CRP, VS
ECG pour dépister un trouble de conduction

Complications

Les complications de l'endocardite infectieuse sont :

- Insuffisance cardiaque
- Embolies septiques
- Destruction des valves cardiaques
- Péricardite
- Tamponnade
- Choc septique
- Choc cardiogénique
- Décès

L'évolution est favorable si le diagnostic est précoce et l'antibiothérapie adaptée.

Le pronostic est grave avec une mortalité hospitalière de 20% (encore plus grave si endocardite sur prothèse).

Critères diagnostiques des endocardites de DUKES

Le diagnostic d'endocardite est confirmé si on a :

- 1 critère majeur et 3 critères mineurs
- Ou 5 critères mineurs
- Ou 2 critères majeurs

Critères majeurs

Hémocultures positives à germes typiques (au moins 2 séries sur 3 positives)
ETT : lésion caractéristique d'une endocardite ou nouveau souffle de régurgitation valvulaire

Critères mineurs

Cardiopathie à risque ou toxicomanie intraveineuse
Fièvre > 38°C
Phénomènes emboliques
Phénomènes immunologiques
Hémocultures positives mais ne répondant pas aux critères ci-dessus
ETT suggérant une endocardite

Traitements

Traitement de la porte d'entrée

+ **Antibiothérapie** probabiliste précoce puis adaptée aux germes identifiés par antibiogramme par voie IV environ 3 à 6 semaines avec 2 antibiotiques en association pendant les 15 premiers jours

+ **Traitement des complications** (ex : si insuffisance cardiaque, traitement par diurétiques)

Traitement chirurgical si nécessaire ou en cas d'urgence

- Réparation valvulaire ou remplacement valvulaire chirurgical

Traitement préventif dans les situations à risque d'endocardite infectieuse

- Antibiothérapie prophylactique pour les patients présentant un fort risque de développement d'endocardite infectieuse
- Situations à risque : soins dentaires, fibroscopie colique, fibroscopie bronchique ou ORL, chirurgie abdominale ou urologique

Sources

Bien débiter cardiologie, S. Dias, B. Nowak, 2018, Elsevier Masson
Guide pratique infirmier, 6e édition, Perlemuter, 2020, Elsevier Masson
Mémento 100% visuel des pathologies, A. Barrau, B. Dijoux, H. Diot, 2021, Vuibert
Pathologie et thérapeutiques en soins infirmiers, Kim Quintero Y Perez, 2018, Elsevier Masson
Fédération française de cardiologie sur fedecardio.org
Le Manuel MSD
SFMU
Vidal.fr
Cours IFSI

Définition

Maladie de la paroi interne des cavités du cœur qui touche plus particulièrement les valves cardiaques.

Due à la prolifération de bactéries sur l'endocarde.

Étiologies et facteurs de risque

Infections à streptocoques (50% des cas) ou à staphylocoques
Plus rarement : bacilles gram négatif ou levures

Patients à haut risque : porteur de prothèse cardiaque, ATCD d'endocardite, cardiopathie congénitale, valvulopathie mitrale ou aortique

Signes cliniques

Syndrome infectieux : fièvre, altération de l'état général, splénomégalie.

Signes cardiaques : apparition ou modification d'un souffle cardiaque, insuffisance cardiaque, péricardite, trouble de conduction, insuffisance coronarienne.

Signes extra-cardiaques : manifestations cutanées, ophtalmologiques, emboliques, neurologiques, rhumatologiques, respiratoires et rénales.

Toute fièvre inexpliquée chez un patient valvulaire est une endocardite jusqu'à preuve du contraire.

Physiopathologie

A l'occasion d'une bactériémie, les bactéries diffusent dans la circulation sanguine à partir d'une porte d'entrée. Elles peuvent alors adhérer à l'endocarde lésé et s'y multiplier avec pour conséquence le développement des lésions caractéristiques de l'endocardite infectieuse qu'on appelle végétations.

Ces végétations sont des amas fibrinoplaquettaires retrouvés sur les valves et au milieu desquels siègent des colonies microbiennes.

UE 2.5 Processus inflammatoires et infectieux

Endocardite infectieuse

Complications

Insuffisance cardiaque
Embolies septiques
Destruction des valves cardiaques
Tamponnade
Choc septique, choc cardiogénique
Décès

Traitements

Traitement porte d'entrée

+ **Antibiothérapie** probabiliste précoce puis adaptée par voie IV 3 à 6 semaines
+ **Traitement des complications**

Traitement chirurgical si besoin / urgence : réparation valvulaire ou remplacement valvulaire

Traitement préventif dans les situations à risque par antibiothérapie prophylactique pour les patients à haut risque lors des soins dentaires, fibro colique, bronchique ou ORL, chirurgie abdominale ou urologique

Différents types

Sur valves natives lésées
Sur valves natives « apparemment saines »
Sur prothèse valvulaire
Sur stimulateur cardiaque et défibrillateur automatique implantable

Le + souvent dans le cœur gauche
Les endocardites du cœur droit correspondent à un terrain particulier (toxicomanie, cathéter central, chambre implantable).

Examens complémentaires

Hémocultures avant antibiothérapie
Échographie transthoracique (ETT)
Échographie transoesophagienne (ETO)

Autres : recherche de la porte d'entrée et dépistage des localisations secondaires

Bilan biologique infectieux : NFS, CRP, VS
ECG pour dépister un trouble de conduction