

# Dossiers Cliniques

# Endocardite Infectieuse

Dr Thomas Perpoint  
Service de Maladies Infectieuses  
Croix Rousse, Lyon

# Mme G, 52 ans

- **Rhumatisme articulaire aigu** dans l'enfance
- **IM** rhumatismale séquellaire
- Mars 2006 **détartrage** avec antibioprophylaxie

- **Juin 2006**

- **hyperthermie** vespérale, altération progressive, asthénie

- **Août 2006**

- **Eruptions** non douloureuses péri unguéales, et nodules inflammatoires de la paume et de la plante

- **Déficit** total pendant 24h du membre supérieur gauche, récupération ensuite

- ttt, mésothérapie

- ATB par **Amoxicilline, Norfloxacin**, **Amoxi-clav**

- Amélioration transitoire à chaque fois

- **Septembre 2006**

- Douleur nocturne **parascapulaire** droite
- Douleur de **l'épaule** gauche
- Les pics à **39°C** continuent

- **30/11/2006 (M6,7)**

- Demande d'une consultation en Maladies Infectieuses pour fièvre prolongée

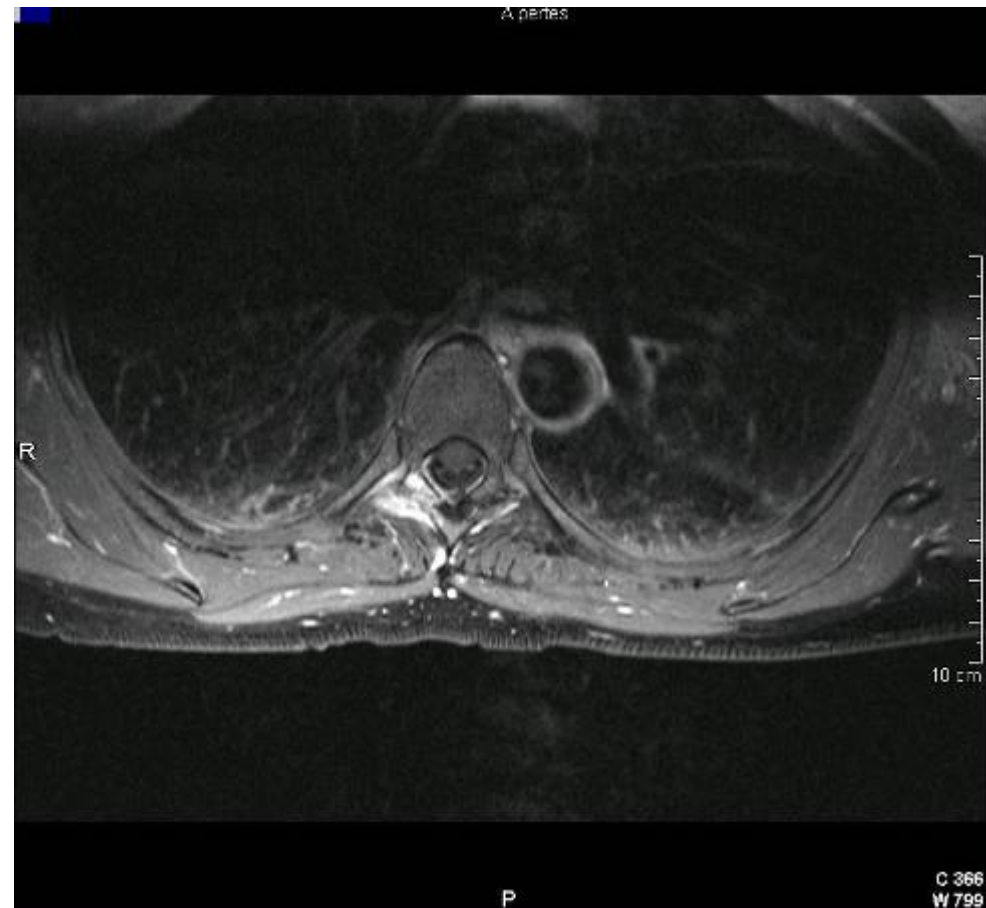
Souffle d'IM, faux panaris, purpura de Janeway

Hospitalisée pour **El subaigue d'Osler**

- 5 hémocultures sur 5 positives à ***streptococcus mutans***
- CRP 56
- ETT, ETO pas de végétation, IM stable
- TDM



- IRM cérébrale
  - Hypersignal **frontal** droit centimétrique
- IRM rachidienne



- **Traitement**

- **Amoxicilline** 200 mg/kg/J

- **Gentamicine** 3 mg/kg/J

- 15 jours puis relai en par **ceftriaxone** 2g/J pendant 3 semaines supplémentaires

- Relai **Amoxicilline** 3g/J + **pristinamycine** 3g/J pendant 4 mois

- Traitement de la **porte d'entrée** dentaire

- Défervescence en 7 jours, hémocultures négatives en 2 jours

- Absence de rechute, suivi cardologique

# M. C, 67 ans

- **Insuffisance Aortique** grade II-III sans HTAP
- **Leucémie lymphoïde chronique**
  - diagnostiquée en 2005
  - Traitement printemps et été 2005
    - Chloraminophène + prednisone
    - Mini-chop Rituximab (fin août 2005)
  - Pas de VVC ou de porta Cath

- **Douleur lombaire basse**  
progressivement croissante et  
insomnante depuis août 2005
- **Flou visuel** de 3 jours en septembre 2005
- **Oedèmes des membres inférieurs**  
prenant le godet et dyspnée s'aggravant  
depuis octobre 2005

...va aux urgences car à trop mal au dos

- Une hémoculture puis mis sous ceftriaxone et ofloxacine dans le doute d'une pneumopathie
- **J2**, IRM lombaire



- **J3**, muté en Maladies Infectieuses

- **J3**

- **Insuffisance cardiaque** globale à prédominance droite

- ETT

- IA grade **III, IV**

- Ectasie de l'aorte ascendante de 45 mm

- **Végétation aortique** de 4 mm de diamètre

- FEVG à 50%

- **PAPS à 85 mmHg**

- Hémoculture

- ***staphylococcus epidermidis*** méticilline sensible

- **J3**
  - **Antibiothérapie**
    - **Orbenine** 200 mk/kg/J
    - **Gentalline** 5 mg/kg/J
    - **Ofloxacine** 400 mg/J
  - Mutation en Cardiochirurgie pour **RVAo** en urgence
- **J6, CEC, RVAo par Bentall**
  - Confirmation de l'EI
  - Lésion abcédée de la mitrale
  - Culture stérile

- **Antibiothérapie**

- **Orbenine** IV 6 sem
- Relai **pristinamycine** 4 g/J, puis **Orbenine** pour intolérance 4 mois et demi
- **Gentalline** 5 jours
- **Oflocet** 6 mois

- AVK, équilibre facile de l'ACFA et de l'insuffisance cardiaque résiduelle

...12 mois après, sepsis grave sur bactériémie à *Listeria monocytogenes*

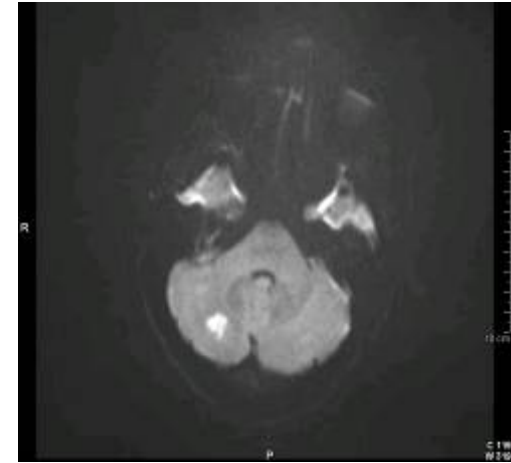
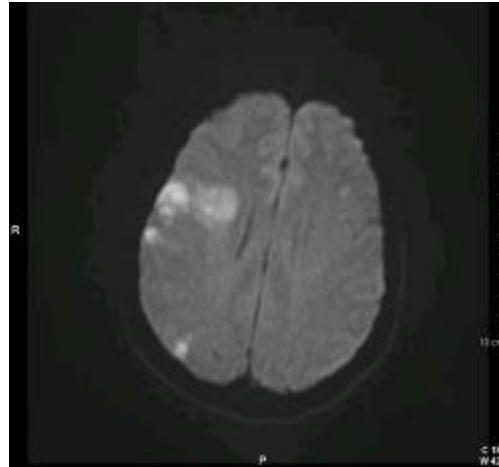
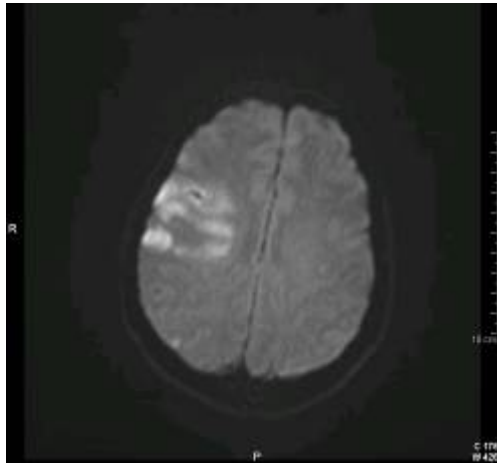
# Mme F, 27 ans

- Pas d'antécédent
- 24/05/07, lipothymie fébrile, d'apparition **brutale**
- N porte
  - **Syndrome méningé**
  - **Déficit** hémicorps G
  - Température à **39°C**
  - TDM
  - PL: 20 GB  
Glu. Normale  
Prot 0.78
  - CRP 269

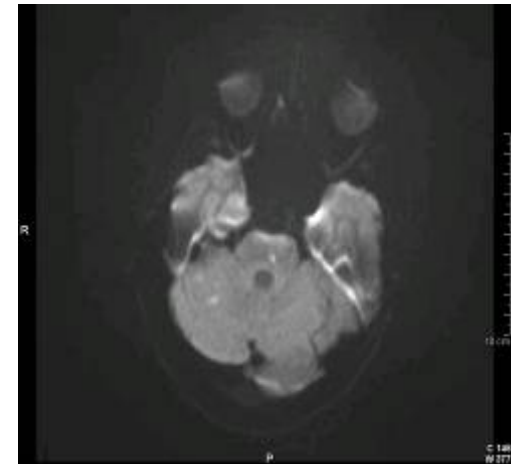


- **Hôpital neurologique J1**

- IRM cérébrale



- **ETO normale**
    - ttt par **amoxicilline**,  
**vancomycine**,  
**ceftriaxone**, **aciclovir**



- **J2**, apparition de **lésions cutanées**, CIVD  
état de choc septique



- 3 hémocultures sur 5 positives à **SAMS**
- Mutation en réanimation Cx Rousse

- J2

- **ETT négative**

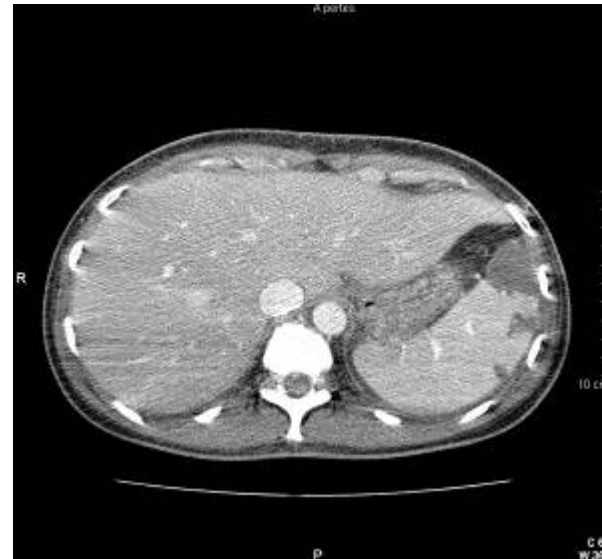
- EI jusqu'à preuve du contraire

- **Oxacilline** 200 mg/kg/J

- **Gentamicine** 5 mg/kg/J

- **Rifadine** 20 mg/kg/J

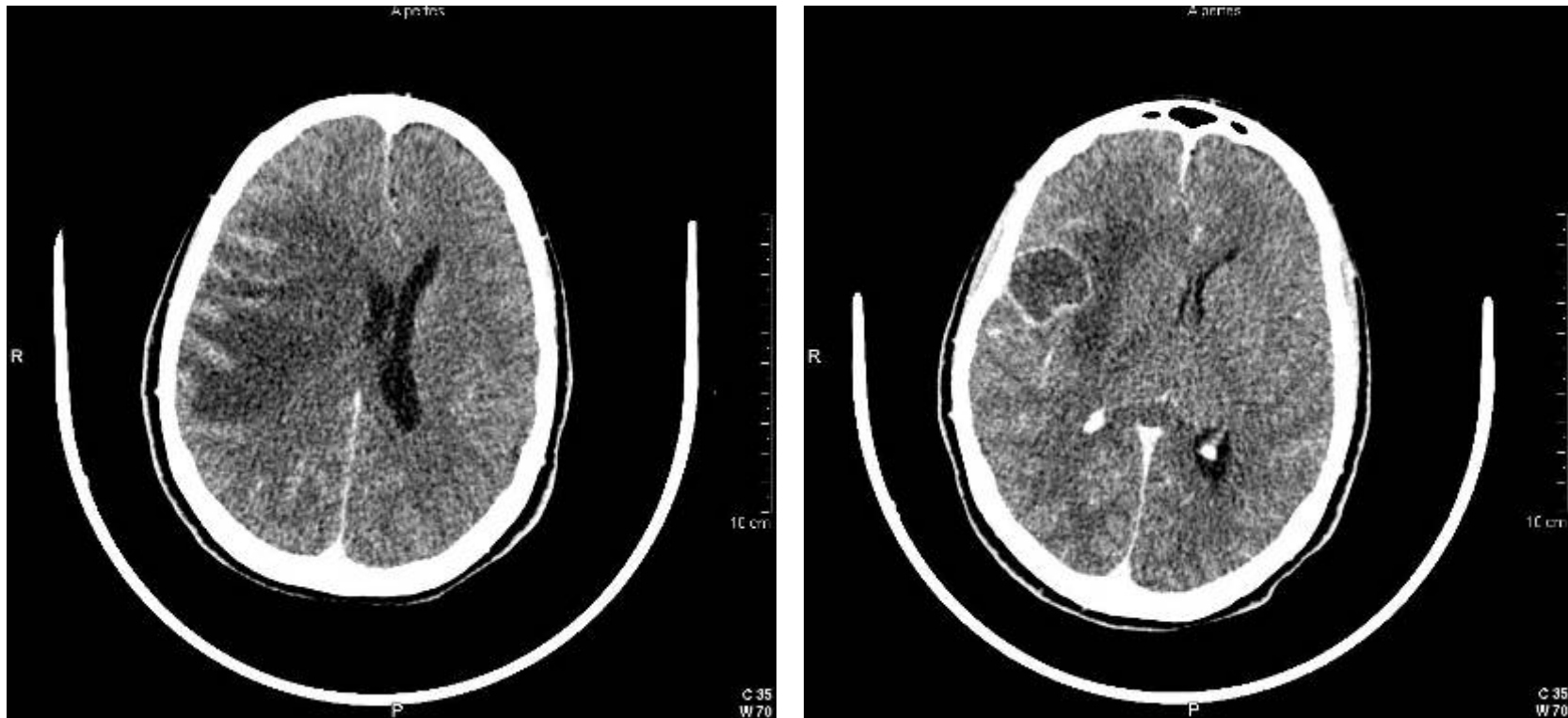
- TDM



- **J5**, mutation en Maladies Infectieuses
  - Contrôle **ETO**
  - **Végétation mitrale** pédiculée hypoéchogène (plutôt récente), mobile, versant auriculaire de la grande valve mitrale de **40 mm** de long
- Mutation en Cardiochirurgie

- **J6**, CEC végectomie
  - IRM pré-opératoire stable
  - Confirmation de la végétation de 4 cm
  - Découverte d'une végétation de 2 cm sur la commissure postérieure
  - **Annuloplastie** sans mise en place d'anneau
- **J8**, hépatite
  - Arrêt rifadine
  - Début **pefloxacine** (400mg/12h)
- **J12**, retour Maladies Infectieuses
  - **Amélioration clinique**, récupération 4/5 membre inférieur gauche et des troubles de la déglutition, 2/5 au membre supérieur G en proximal
  - Apyrétique, disparition du syndrome inflammatoire

- **J23**, **céphalées** majeures, **vomissement**, GSC 15, pas d'aggravation du déficit



- Mutation en neurochirurgie, ajout **fosfomycine**

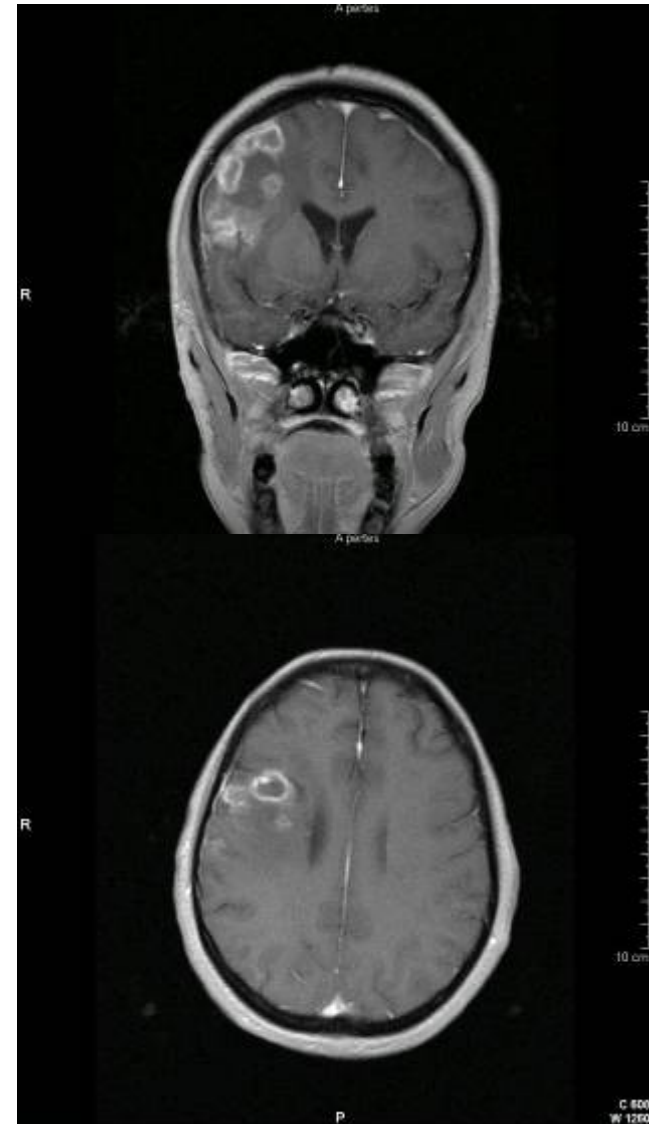
- **J23**, artériographie
  - **Pseudoanévrisme** sur une artère corticale, branche de la sylvienne droite
  - Contrôlée le lendemain, spontanément thrombosée,
- **J25**, ponction de l'abcès sous scanner
  - 10 cc de pus stérile
  - Retour en Maladies Infectieuses

- **J27**, contrôle TDM



- **J30**, amélioration spectaculaire
  - reprise de la marche
  - Douleur fessière droite, CRP 10

- **J40**, IRM de contrôle
- **J45**, Scintigraphie Os



- **J47**, Rééducation

- **J 90-M3**

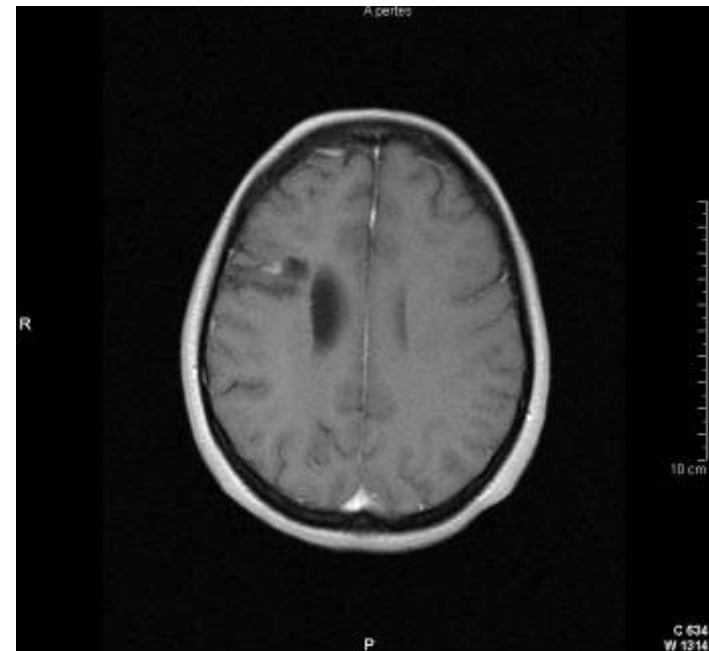
- IRM de contrôle, lésion fronto-pariétale unique de 10mm\*9mm
- Arrêt ttt IV
- Relai **Dalacine** 1200mg/J (40kg),  
**Ofloxacin** 400mg/J

- **J 150-M5**

- Arrêt antibiothérapie

- **M9**

- Echo cardiaque, petite IM résiduelle sans conséquence et non évolutive
- Récupération neurologique **totale**
- Plus de douleur sacro-iliaque
- IRM « normalisée »



# M. B, 53 ans

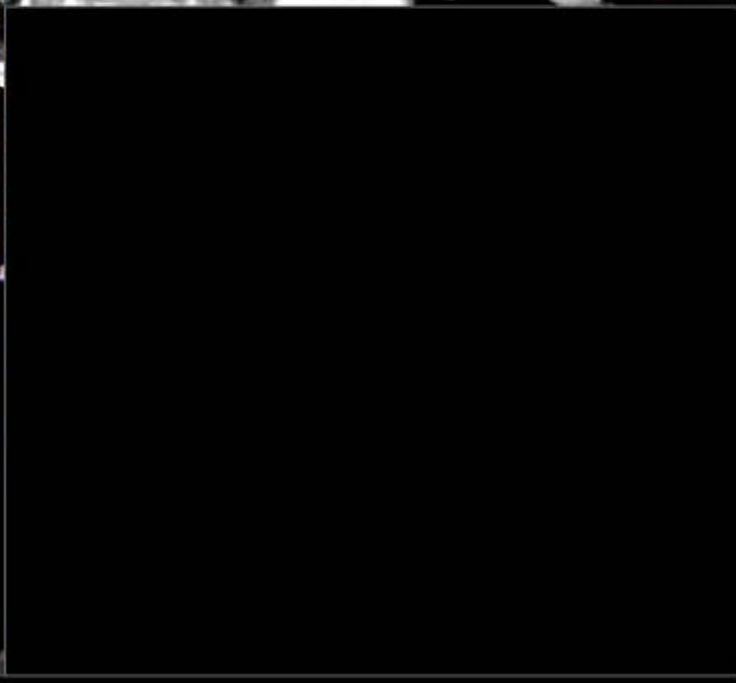
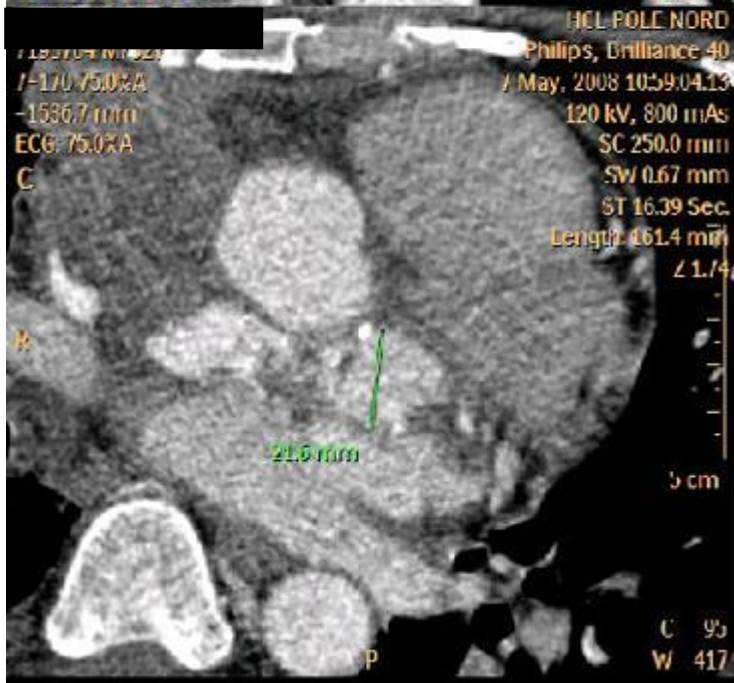
- Pas d'antécédent particulier
- 17 Avril 2007, Paris
  - EI mitrale à *streptococcus dysgalactiae* compliquée
    - D'embolies **cérébraux** sans conséquence, rénaux, spléniques
    - De mutilation valvulaire imposant un **RVM à J19** de l'antibiothérapie
    - ATB par **Amoxicilline gentalline** puis **amoxicilline** seul

- **Post opératoire**, persistance d'un syndrome inflammatoire et d'une fièvre
- **23 Mai 2007**, CEC
  - **Végétation** sur toute la collerette de la valve mécanique mitrale, culture et PCR négative
  - **Vancomycine Claforan** 45 jours
  - Soins dentaires
- **26 Mai 2007**
  - 1 hémoculture à ***Candida Albicans***
  - **Fluconazole** 400 mg/J 3 mois
- **Septembre 2007**, ETT sans particularité

- février 2008, hyperthermie, frissons
- 19 Février 2008
  - ETT, **végétation** sur la valve mitral de 23 mm, obstructive, néo cavité péri-aortique
  - Hémocultures multiples positives à **Candida Albicans**
  - TDM, embole splénique
- CEC en urgence
  - Mutiples végétations mitrales
  - Abscès inter mitro-aortique
  - Mise en place d'un **mono bloc aorto-mitral mécanique**

- Traitement anti-infectieux
  - **Amphotéricine B liposomal** 3 mg/kg/J
  - **Ancotyl** 200 mg/kg/J
  - Pendant 6 semaines, relai ensuite par **Fluconazole** à 200 mg/J
- Récupération totale de l'AVC per opératoire
- Reçoit en début avril 2008, 6 semaines de **ceftriaxone** pour une hémoculture positive à *streptococcus parasanguis* prélevée lors d'une hyperthermie à 38.5 et a fait une IU à *citrobacter*

- **5 mai 2008**, Maladies Infectieuses pour hyperthermie à 39,5 persistante, frissons...
- TDM

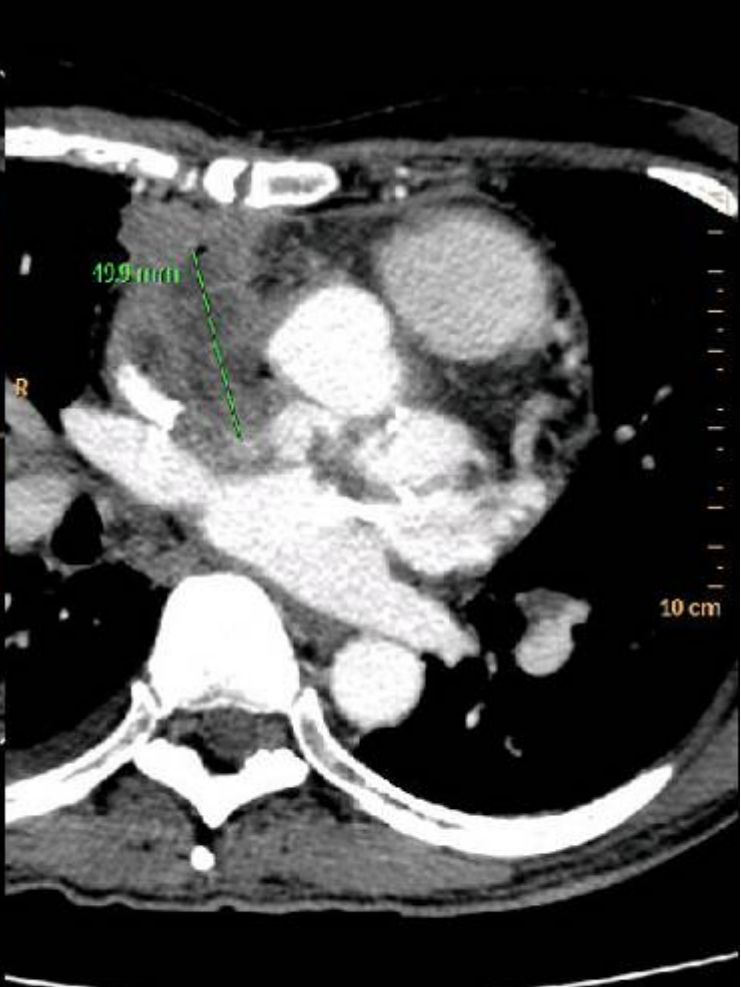


7195764 M/52Y  
11-41 TARDIF  
149.6 mm  
ECG: 75.0%  
C  
CHU I. PRADEI LYON  
Phillips, Brilliance 64  
8 Apr, 2008 15:45:09.55  
80 kV, < 601 mAs/Slice  
SC 230.0 mm  
SW 2.00 mm  
ST 12.07 Sec.  
Length: 176.0 mm  
Z 1.28

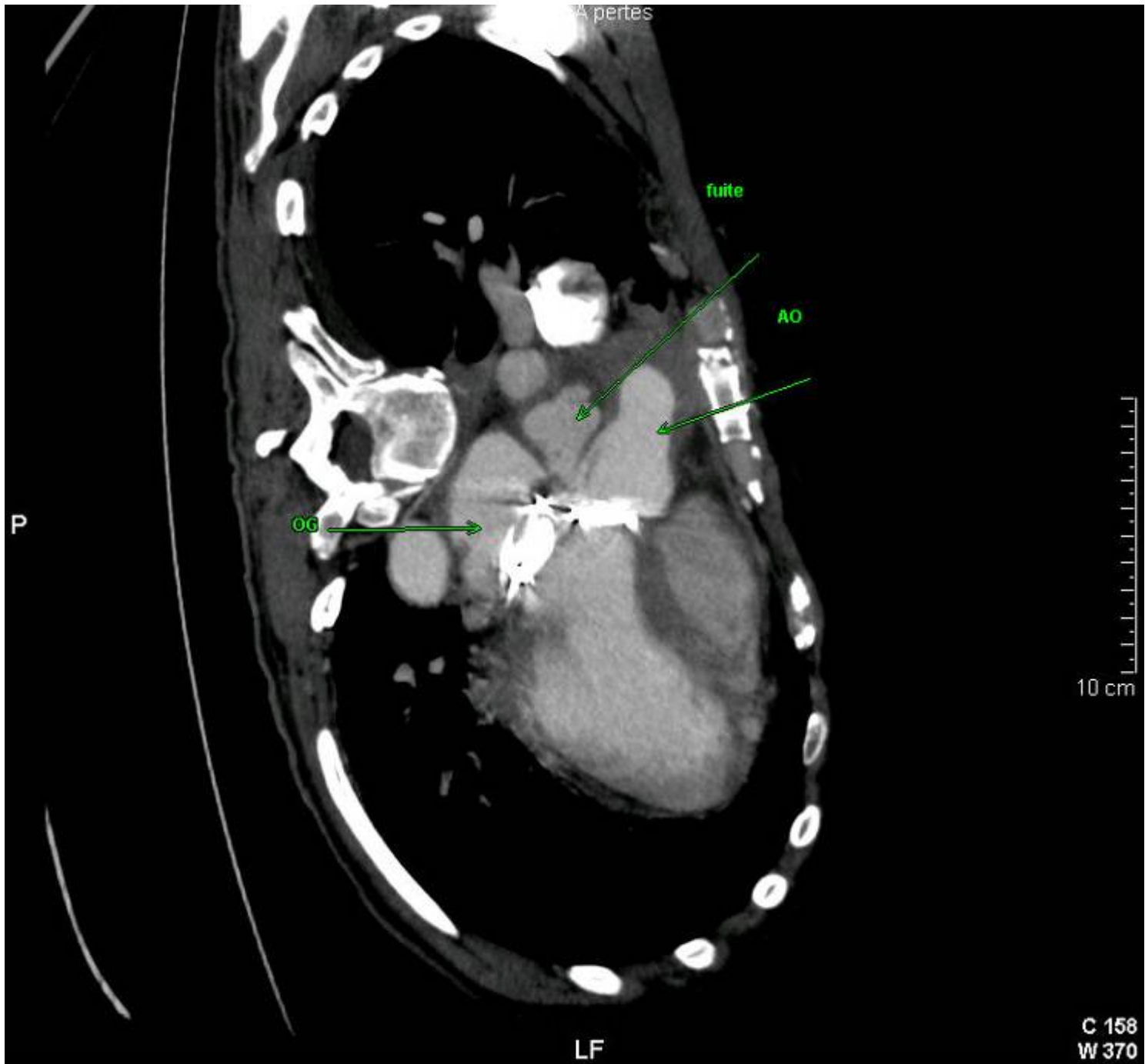


P  
C 124  
W 447

7195764 M/52Y  
25-228  
-1530.2 mm  
C  
HCL POIF NORD  
Phillips, Brilliance 40  
7 May, 2008 11:21:09.38  
120 kV, 300 mAs  
SC 386.0 mm  
SW 1.40 mm  
ST 8.03 Sec.  
Length: 289.1 mm  
Z 2.07



P  
C 83  
W 264



- **Ambisome + Ancotyl + rifadine + gentalline + vancomycine** en probabiliste + **caspofungine** mi mai
- Mutation en cardiochirurgie
- Tenu sous antibiothérapie...au maximum avant chirurgie de la dernière chance
- **29 mai 2008**
  - Progression rapide de l'abcès peri-aortique
  - Apparition d'un **syndrome cave**
  - CEC, abcès massif, parage et drainage maximaliste, matériel laissé en place

- Prélèvement per opératoire
  - **Négatif** en culture
  - Doute sur des cocci gram plus sur la valve
  - PCR tout azymut négatives
  - Antigénémie et sérologie *candida* négatives
- **Mois de juin calme...**
  - Arrêt rifadine, gentalline, caspofungine
  - Équilibre rénal, cardiaque

- **27 juin 2008**

- Anémie aigue, LDH augmentées, haptoglobine effondrée, **schizocytes**

- ETT

- **Fuite** para-prothétique mitral

- **Néocavité** para aortique postéro externe

- Mutation au 51...et discussion

- 22 juillet 2007

## greffe cardiaque

- Insuffisance rénale
  - Insuffisance respiratoire
  - Médiastinite à *pseudomonas*
  - **Fluconazole** 400 mg/J à vie
- 
- Décembre 2008, va bien, chez lui