

Une endocardite prolongée

Pr Vincent LE MOING MIT

Dr Hélène DONNADIEU-RIGOLE Addictologie

CHU de Montpellier

- Homme 32 ans
- Originaire de République Tchèque, parle très mal mais semble comprendre le français
- SDF, vit dans la rue depuis le 31 décembre 2020, n'est pas retourné au foyer qui l'hébergeait dans les suites d'une sortie contre avis médical
- Usage de toxiques injectés: amphétamines, buprénorphine prescrite comme substitution (8 mg/j)
- 2017: amputation transfémorale gauche pour thrombose de l'artère fémorale dans les suites d'une injection
- Hépatite C non répliquative
- Sérologie VIH négative

- **26 avril 2021** consulte aux urgences pour dermo-hypodermite du pied droit dans un contexte de fièvre et AEG depuis un mois
- Hospitalisation dans le service des MIT du CHU de Montpellier
- Hémodynamique stable, fièvre élevée
- Pas d'argument clinique en faveur d'un autre foyer profond que la dermo-hypodermite
- 2 hémocultures isolent un *Staphylococcus aureus* méthicilline-sensible
- Diagnostic d'EI aortique avec végétation de 18 mm et fuite modérée à l'ETT

Indication

Suspicion d'EI. Bactériémie staph aureus. Toxicomanie IV

- FEVG estimée 65%. VG non dilaté non hypertrophié. Absence de trouble de la cinétique segmentaire.**
- OG non dilatée**
- PRVG normales**
- Valve aortique tricuspide. Valve discrètement épaissit en regard de la cusp CG. Petit élément vibratile versant CCVG mesurant 18mm de long. IAo modérée entre la CD et la CG.
Absence d'argument pour un abcès du trigone.**
- Absence de valvulopathie mitrale. Valve fine**
- Valve tricuspide fine. IT minime.**
- CD non dilatées. Bonne fonction systolique VD.**
- Pericarde sec**
- Aorte ascendante non dilatée**

AUTOTAL

IAO modérée avec élément vibratile de 18 mm appendue à la VAo secondaire à une EI aortique. Prévoir ETO pour bilan lésionnel.

- Traitement mis en place
 - Céfazoline IV le 27 avril
- Attitude du patient:
 - Poursuite des tentatives d'injections dans le service
 - Refus de la méthadone proposée par l'addictologue
 - Comportement hostile, manipulateur
 - S'enferme dans sa chambre
 - Peu présent dans le service, sorties prolongées
 - Semble comprendre le diagnostic d'infection cardiaque et la nécessité de se traiter

La perfusion périphérique devient impossible le 30 avril.

Quelle est votre attitude ? (QRM)

1. Pose d'un cathéter central pour poursuite de la céfazoline IV
2. Pose d'un cathéter central pour une perfusion de Dalbavancine
3. Aide à l'injection propre
4. Relai per os

Autres suggestions ?

- Décision de relai antibiotique per os par clindamycine + cotrimoxazole
- Le patient reste fébrile, le contrôle des hémocultures est impossible.
- ETO prévue le lundi 4 mai, a accepté le 3 mai le principe de la pose d'une jugulaire externe avant le geste.
- **Dans la nuit du 3 au 4 mai 2021**, le patient reçoit la visite de son amie dans sa chambre, personne qui refuse de sortir.
- Il se montre agressif envers le personnel, frappe une interne, frappe aux portes des autres patients. L'intervention de la sécurité calme le jeu mais ce comportement reste inquiétant et anxiogène pour l'ensemble des soignants dans un pavillon isolé.

Quelle est votre attitude ? (QRM)

1. Transfert du patient dans un autre service
2. Appel du SAMU social qui connaît le patient
3. Sortie avec ordonnance et rendez-vous de consultation
4. Autorisation des injections dans le service

Autres suggestions ?

- Pas de salle d'injection à Montpellier
 - mais CAARUD qui travaille sur l'aide à l'injection sécurisée et procure du matériel stérile à usage unique et peut intervenir en hospitalisation
- Pas de solution de transfert en contexte de tension hospitalière
- Nous demandons au patient de sortir et lui remettons une ordonnance pour les antibiotiques et un rendez-vous de consultation le 5 mai
- Attitude du patient:
 - Part sans son ordonnance
 - N'honore pas le rendez-vous de consultation

- **31 mai**: consulte aux Urgences pour douleurs abdominales
- TDM TAP: infarctus rénaux et spléniques
- Hémocultures positives à SAMS

- Hospitalisation en médecine interne
- Reprise Céfazoline IV sur VVC le 2 juin
- Refus de l'ETT et de la consultation addictologique

- Sortie contre avis médical le 8 juin (hémocultures toujours positives) avec ordonnance de clindamycine + cotrimoxazole

- Le 12 juin, amené par les pompiers aux urgences car retrouvé inconscient dans la rue
- Aux Urgences
 - amélioration incomplète de l'état de conscience sous flumazénil
 - sepsis: hypoTA répondant au remplissage
 - hémocultures positives à SAMS et *Candida tropicalis*
- Hospitalisation en médecine interne
- Passage régulier du médecin addictologue refus des traitements proposés pour la substitution aux opiacés
- VVC: céfazoline + micafungine
- TDM crâne: lésions ischémiques multiples (frontales X 2, pariétale droite, cérébelleuse gauche), avec remaniements hémorragiques pour certaines
- Négativisation des hémocultures le 13 juin (levures) et le 25 juin (*S. aureus*)

Le 26 juin, choc, détresse respiratoire, anasarque
Faut-il transférer le patient en réanimation ?

1. Oui
2. Non

- Transfert en réanimation après longue discussion (décision finale de lui « laisser une chance »): IOT, sédation, noradrénaline
- ETO: endocardite trivalvulaire, FEVG 30%

- RCP le 6 juillet (« endocarditis team »)
 - contre-indication temporaire à la chirurgie du fait de la rupture de la barrière hémato-encéphalique
 - si stabilisation: chirurgie valvulaire dès que possible selon avis des neurologues
 - si aggravation: limitation de soins

- Les éducateurs du foyer où il séjournait en 2020 et qui l'ont revu lors de l'hospitalisation en maladies infectieuses et en médecine interne font état d'un souhait du patient de limitation des soins exprimé à plusieurs reprises

**Motif: EI aortique à SAMS avec embols rénaux et spléniques en 04/2021 insuffisamment traitée devant inobservance majeure chez patient toxicomane.
Revenu mi-juin pour sepsis sévère. Admis en réanimation pour détresse respiratoire**

Technique : Examen réalisé sur un échographe Philips AFFINITY en réanimation

Résultats :

VG de cinétique normale, FeVG 30%

PRVG élevées

Atteinte infectieuse des valves mitrale, aortique et tricuspide :

- Valve mitrale : présence d'une image d'addition de 15mm sur l'extrémité de la GVM associé une rupture septique de cordage avec IM massive.*
- Valve aortique : tricommissurale, atteinte des 3 cusps avec délabrement de la cusp CD. IAo massive*
- Valve tricuspide : pas de végétation mobile, mais aspect épaissi des feuillets avec perte de substance sur le feuillet septal. IT sévère.*

Pas d'atteinte de la valve pulmonaire

VD de bonne cinétique ;

Epanchement péricardique circonférentiel non compressif

Conclusion: EI avec atteinte des valves mitrale, aortique et tricuspide avec dysfonction sévère des 3 valves.

- Juillet en réanimation:
 - la prescription de noradrénaline reste nécessaire de même que l'hémofiltration continue
 - le patient s'agite et tente de s'extuber à chaque tentative de levée de la sédation.
- Le 13 juillet: TDM TAP: aggravation des lésions emboliques sans image d'abcès
 - Ischémie hépatique: 20%
 - Ischémie splénique: 50%
- Le 15 juillet: amélioration des lésions ischémiques cérébrales, persistance d'une rupture de la barrière hémato-encéphalique
- Le 16 juillet: ETO en aggravation
- L'indication de chirurgie cardiaque (plastie mitrale et prothèse biologique aortique) est retenue par les chirurgiens et les cardiologues et non récusée par les neurologues et les réanimateurs

Motif: EI aortique à SAMS avec embolies rénaux et spléniques en 04/2021 insuffisamment traitée devant inobservance majeure chez patient toxicomane.

Revenu mi-juin pour sepsis sévère. Admis en réanimation pour détresse respiratoire.

Réévaluation échographique avant d'arrêter une stratégie de PEC.

Technique : Examen réalisé sur un échographe Philips AFFINITY en réanimation

Résultats :

VG de cinétique normale, FeVG 55 %

PRVG élevées d'évaluation difficile (IM sévère).

Atteinte infectieuse des valves mitrale, aortique et tricuspide :

- Valve mitrale : présence d'une image d'addition de 15mm sur l'extrémité de la GVM associé une rupture septique de cordage avec IM massive.

- Valve aortique : tricommissurale, atteinte des 3 cusps avec délabrement de la cusp CD. Végétation de 14 mm. IAo massive.

Possible abcès de l'anneau aortique devant image vide d'écho à 1h00 en vue chirurgicale sans argument doppler pour une fistulisation.

- Valve tricuspide : pas de végétation mobile, mais aspect épaissi des feuillets avec perte de substance sur le feuillet septal. IT minime, modérée.

Absence d'abcès du trigone mais possible abcès de l'anneau aortique.

Pas d'atteinte de la valve pulmonaire

Fonction systolique VD préservée. PAPs par l'IT à 45 mmHg + 15 mmHg (PEP élevées).

Régression complète de l'épanchement péricardique circonférentiel

Conclusion:

Bonnes fonctions systoliques VG et VD.

EI avec atteinte des valves mitrale, aortique et dysfonction sévère de ces 2 valves. Valve tricuspide épaissie mais fonctionnelle, sans végétation visualisée.

Que pensez-vous de la chirurgie cardiaque proposée ? (QRM)

1. C'est de l'acharnement thérapeutique
2. Elle est contre-indiquée
3. Elle n'est pas indiquée dans l'immédiat
4. Elle est abusive car on ne connaît pas l'état neurologique au réveil
5. Elle est indiquée et nécessaire

- L'indication chirurgicale est retenue
- Le 22 juillet, nouvelle dégradation hémodynamique avec lactates à 11 mM/L et défaillance cardiaque conduisant à une limitation de soins et au décès le jour-même

Questionnements éthiques

- Le droit de retrait du médecin
- Le refus de soins par le malade
- L'acharnement thérapeutique

Retrait du médecin

Code de déontologie médicale (article 47)

- Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée.
- Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles.
- S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins.

Refus de soins par le patient: que dit la loi ?

Loi du 4 mars 2002: « Toute personne prend, avec le professionnel de santé, compte tenu des informations et des préconisations qu'il fournit, les décisions concernant sa santé. Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de son choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre tout traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré. »

Jurisprudence plus nuancée: la responsabilité du médecin peut être engagée lorsque la vie du patient est immédiatement menacée, notamment s'il fait preuve « *d'indifférence* ».

Refus de soins par le patient: avis du CCNE

- Responsabilité professionnelle = maintien du soin dans la reconnaissance mutuelle
- Ne pas céder à l'obsession de la non-assistance à personne en danger
- Vérifier que la personne a compris qu'elle est face à un choix et quelles sont les conséquences de ce choix
- Une information ne peut jamais être purement objective
- Recourir à la médiation (psychologues, personne de confiance, interprètes) et aux deuxièmes avis
- Ne passer outre à un refus de traitement que dans des situations exceptionnelles: urgence, sécurité du groupe

Acharnement thérapeutique

- Code de déontologie médicale: « éviter toute obstination déraisonnable »