



Cas clinique Mme A.

DESC MALADIES INFECTIEUSE OCTOBRE 2015
Dr BOYER CHAMMARD,
Dr MELOT
CHU de la Guadeloupe Pointe-à-Pitre

Mme A., 42 ans

- **Le 19/01/2015** : consulte au SAU
- **Motif d'hospitalisation:** depuis 3 semaines
 - fièvre, sueurs nocturnes
 - diarrhée
 - asthénie, amaigrissement
 - dyspnée d'effort
 - anémie à 8 g/dl
- **ATCD:**
 - RAA avec insuffisance aortique et rétrécissement mitral
 - Commissurotomie mitrale en 2003
 - Homogreffe aortique en 1988

Mme A., 42 ans

- **Traitement habituel :**

- CARDENSIEL 7,5 mg 1-0-0
- PLAVIX 75 mg 0-1-0
- LASILIX 40 mg 1-0-0
- COVERSYL 5 mg 1-0-0

- **Mode de vie:** Guadeloupéenne, 1 fille

- **HDM :**

- **Début Décembre 2014 :** soins dentaires sans antibioprophylaxie
- **Fin décembre 2014 :** décompensation cardiaque gauche, anémie inflammatoire
- **Début janvier 2015 :** fièvre, sueurs nocturnes, dyspnée d'effort

Au SAU

- **Clinique**
 - Hémodynamique stable
 - Souffle mitro-aortique sans signe de décompensation cardiaque
 - Tachypnée à 40/min sans signe de détresse respiratoire
- **Biologie**
 - GB 14.9 G/L
 - anémie microcytaire à 6.7 g/dl
 - CRP 53 mg/L
 - troponine <0.05 ng/ml

Au SAU

- **ETT:**
 - Bioprothèse aortique sténosante gradient moyen 44 mmHg
 - IA moyenne, image suspecte de végétation au niveau de la prothèse aortique
 - Valve mitrale sténosante avec gradient moyen 15 mmHg
 - IM minime
 - PRVG élevées
 - Cavités droites non dilatées, PAPS 39 mmHg

Conduite à tenir?

- Pas d'antibiothérapie avant hémocultures
- ETO
- TDM TAP et cérébrale
- ECG répétés
- Consultation stomatologie

Evolution du 20/1 au 06/03

- **Hémocultures :**
 - 19/01 et 20/01: Positives à *Streptococcus mitis* (CMI=0,25 mg/L)
- **Antibiothérapie:** AMOXICILLINE 2 g x 6/j 6 semaines
+ GENTAMICINE 210 mg/j 2 semaines
- **ETO :** Echec le 30/01/15, remplacée par ETT:
 - fonction systolique conservée,
 - bioprothèse aortique calcifiée sans image de végétation,
 - IAo grade 3 non sténosante,
 - valve mitrale épaissie sans image de végétation, avec sténose mitrale serrée,
 - IM grade 3.

Evolution

- **TDM TAP et cérébrale :**
 - Pas d'argument pour embolie viscéral ou cérébral
- **ECG répétés :**
 - Pas de trouble du rythme
- **Consultation stomatologie :**
 - Aucun foyer infectieux dentaire retrouvé
 - Réfection de pansement de carie le 5/3 sous l'antibiothérapie de l'EI par AMOXICILLINE

Evolution

- **Transfert au CHU de Fort-de-France du 06/3 au 27/03:**
 - Remplacement valvulaire aortique et mitral par prothèse mécanique,
 - Annuloplastie tricuspидienne,
 - hyperleucocytose importante autour de 18 000/mm³, sans point d'appel infectieux, d'évolution spontanément favorable.
 - A la sortie :
 - Cicatrice sternale propre,
 - ETT : FEVG à 55 %, bon fonctionnement des prothèses. Le péricarde est sec.

Evolution : réhospitalisation au CHUPPA du 27/03 au 13/04

- Douleurs de l'avant-pied gauche, inflammatoire entre l'interligne de chopard et du lisfranc, douleur exquise en regard du scaphoïde (Pas de notion de traumatisme, ni de morsure d'insecte.)
- Syndrome inflammatoire biologique modéré (hyperleucocytose à 13000 et CRP à 90).
- Hémocultures négatives
- TDM TAP: aucun argument ni pour une médiastinite, ni pour une sternite, mais absence de consolidation sternale 1 mois après la chirurgie.
- Diagnostic retenu : neuro- algodystrophie du pied gauche et retard à la cicatrisation sternale

Evolution

- **Hémoculture du 13/04** jour de sa sortie
 - Positive à *Staphylococcus epidermidis* en 19h
- **Qu'en pensez-vous? Que faites vous?**
- 2 paires d'Hémocultures de contrôle le 20/4 :
 - Positives à *Staphylococcus epidermidis*
- Nouvelle hospitalisation au SMIT pour suspicion d'endocardite précoce sur prothèses mécaniques
- Quel traitement antibiotique ?

ETT (23/04/15)

- Jeu prothétique correct sans végétation, thrombus, ou sésinsertion
 - Gradient moyen trans-mitral à 5 mmHg
 - Gradient moyen trans-aortique à 15 mmHg
- Fuite tricuspide modérée
- VG dilaté avec hypocontractilité globale
- FEVG à environ 30%
- Absence d'HTAP, pressions droites de remplissage non élevées

Evolution :

- **ETO (23/04/2015)**
 - Echec
- **ETT (28/04/2015)**
 - Pas de modification par rapport à la précédente
- **Indication de PET-scan ?**
- **Indication d'autre imagerie ?**

Evolution :

- **TDM abdominal (06/05/2015) :**
 - Masse homogène inguinale droite sans prise de contraste de 7 UH de densité mesurée à 38x46x65 mm
 - Faisant évoquer en première hypothèse un hématome ou un anévrisme thrombosé.
 - Hématome compliquant le point de ponction de CEC

Evolution :

- **ETT (07/05/2015) :**
 - VG dilaté, hypokinésie sévère FEVG 29% en Simpson biplan.
 - Prothèse mécanique aortique de bon fonctionnement (gradient moy 13mmhg, max 19mmHg), sans fuite pathologique.
 - Prothèse mécanique mitrale de bon fonctionnement (gradient moy 5mmHg, max 16mmHg), sans fuite pathologique.
 - Anneau tricuspide en place avec fuite tricuspide modérée et HTAP : PAPS 48mmHg mesurée sur l'IT, 65mmHg mesurée sur l'IP, PAPm 33mmHg, PAPd 17mmHg).
 - Absence de végétation visualisée sur les valves aortique, mitrale et tricuspide. VCI fine et compliante. Péricarde sec.

CAT

- + Antibiothérapie ?
 - + Quoi
 - + Combien de temps ?
- + Chirurgie ?

Evolution :

- **ATB :**
 - VANCOMYCINE 3.5g/24h IVSE et BACTRIM forte 3 fois / J 15 jours
 - Puis BACTRIM forte x3 /J et CIFLOX 500mg x 3 /J à partir du 08/05/2015, pour une durée totale de 8 semaines
- **Sortie le 15/05:**
 - Retour maison
 - Réadaptation cardiaque en externe

Evolution

- **Le 17/07/15:** consultation au SAU pour douleur thoracique et palpitations:
 - Syndrome coronarien aigu avec sténose serrée ostium tronc commune, IVA et 1^e diagonale,
 - Pose de stent actif,
 - Compiquée de choc cardiogénique,
 - Avec indication à une ECMO.
 - Évolution défavorable avec défaillance multiviscérale réfractaire aux amines.
 - Décès.
 - 2 paires d'Hémocs positives à *C. albicans* (Fluco S)?