



Case report

Endocardite infectieuse mitro-aortique compliquée de perforation valvulaire, d'anévrisme mycotique et d'infarctus spleno-rénal

Infectious mitroaortic endocarditis complicated by valve perforation, mycotic aneurysm and splenorenal infarction

Mohammed Bachrif¹, Houssam Laachach^{1,8}, Ilham Benahmed¹, Mehdi Berrajaa¹, Alaa Fliti¹, Mustapha Aziouaz¹, Nabila Ismaili¹, Noha Elouafi¹

¹Service de Cardiologie, Faculté de Médecine, Université Mohammed Premier, Oujda, Maroc

⁸Corresponding author: Houssam Laachach, Service de Cardiologie, Faculté de Médecine, Université Mohammed Premier, Oujda, Maroc

Mots clés: Endocardite infectieuses, complications, perforation de valve

Received: 09/06/2017 - Accepted: 28/12/2018 - Published: 08/04/2019

Résumé

L'endocardite infectieuse est considérée comme une pathologie potentiellement grave malgré tous les progrès en diagnostic et traitement. Les valves du cœur gauche sont plus touchées et les événements emboliques, les anévrismes mycotiques, les abcès ainsi que les perforations des valves en sont des complications redoutables. Nous rapportons le cas d'une endocardite ayant atteint les valves aortique et mitrale et qui s'est compliquée d'infarctus splénique et rénale, d'anévrisme mycotique cérébral et d'une perforation de la grande valve mitrale. L'intérêt du cas est souligné suite à la bonne évolution au décours d'un traitement médico-chirurgical en dépit de la multitude des complications.

Pan African Medical Journal. 2019;32:157. doi:10.11604/pamj.2019.32.157.13009

This article is available online at: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/32/157/full/>

© Mohammed Bachrif et al. The Pan African Medical Journal - ISSN 1937-8688. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Abstract

Infectious endocarditis is regarded as a potentially serious pathology despite the advances in diagnostic and treatment options. Valves on the left side of the heart are most affected and embolic events, mycotic aneurysms, abscesses as well as valve perforations are life-threatening consequences of this disease. We here report a case of endocarditis with aortic and mitral valve involvement complicated by splenic and renal infarction, cerebral mycotic aneurysm and mitral valve perforation. The interest in the subject of this case study is the positive medico-surgical treatment outcome obtained despite a multitude of complications.

Key words: *Infectious endocarditis, complications, valve perforation*

Introduction

L'endocardite infectieuse est une affection dotée d'une lourde morbi-mortalité, ses complications aggravent davantage le pronostic. En plus d'un traitement médical bien conduit, la chirurgie est indiquée suite à des complications septiques ou hémodynamique ou même mécaniques.

Patient et observation

Un homme âgé de 65ans, sans antécédents pathologiques notables admis pour une fièvre chronique évoluant depuis 01mois associée à une toux sèche, l'examen physique trouvait un patient conscient, fébrile à 38.3 C, stable sur le plan hémodynamique, un souffle d'insuffisance mitrale avec des œdèmes des membres inférieurs blancs mous prenant le godet arrivant jusqu'au mi-jambe, une échocardiographie transthoracique ((ETT) couplée à une échocardiographie trans-oesophagienne) étaient réalisées montrant deux végétations mobiles sur les sigmoïdes aortiques (Figure 1), une végétation mobile sur une grande valve mitrale perforée avec insuffisance mitrale importante (Figure 2, Figure 3, Figure 4), une fuite aortique modéré, un bon ventricule gauche et une hypertension pulmonaire modérée. Le bilan inflammatoire était perturbé, les hémocultures ont isolé à deux séries un enterocoque. Le bilan d'extension basé essentiellement sur une tomodensitométrie (TDM) cérébral et thoraco-abdomino-pelvien ayant montré un anévrysme mycotique cérébral (Figure 5), deux foyers d'infarctus splénique et un petit foyer d'infarctus rénale gauche (Figure 6). Le fond d'œil a objectivé la présence d'une tache de Roth. Le diagnostic d'une endocardite sur double valvulopathie mitro-aortique multi-complicquée a été retenu, le traitement initial était basé sur une bi-antibiothérapie initialement avec bonne évolution clinico-biologique. Une ETT de contrôle a

objectivé la persistance d'une végétation de 0,5cm sur une fuite aortique modérée et la persistance d'une végétation de 0,4 × 0,9cm sur la grande valve mitrale qui est perforée avec IM importante, le patient a été traité ensuite pour double remplacement valvulaire mitro-aortique avec bonne évolution post-opératoire initiale et disparition de l'anévrysme cérébral.

Discussion

L'endocardite infectieuse (EI) est une pathologie grave, caractérisée par une morbi-mortalité considérable du fait de ses complications [1]. Malgré tous les progrès réalisés dans le domaine de la prise en charge des EI, le nombre de malades ayant présenté une complication ou plus et ayant nécessité une prise en charge chirurgicale est resté inchangé au fil des années [2]. L'entérocoque, comme isolé chez notre patient, n'est pas le germe le plus fréquemment isolé dans les endocardites simples ni celles compliquées; il acquiert en effet la troisième place [1, 2]. Dans plusieurs études européennes, l'accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique constitue 20 à 60% des complications neurologiques de l'endocardite infectieuse surtout au niveau du territoire de l'artère cérébrale moyenne [3]. L'incidence réelle des événements emboliques est inconnue, avec des estimations allant de 10 à 50% des EI [4]. Les embolies cérébrales sont parfois inaugurales et associées au pronostic le plus mauvais avec une mortalité de 21 à 81 % [4, 5]. Les embolies coronaires sont également de très mauvais pronostic mais exceptionnelles. Les embolies spléniques, rénales et certaines embolies cérébrales sont fréquemment totalement asymptomatiques et découvertes par des examens paracliniques systématiques lors de la recherche de complications à distance [6]. Pourtant l'infarctus rénal peut engendrer une insuffisance rénale aiguë. Les perforations de valves cardiaques sont redoutables et peuvent rapidement être mortelles en dehors d'une

chirurgie urgente. Leur fréquence reste mal précisée, leur diagnostic est posé par l'échocardiographie trans-thoracique et trans-oesophagienne comme chez notre patient; l'échocardiographie 3D permet une visualisation meilleure de la perforation [7].

L'anévrisme mycotique complique 2,5 à 10% des cas d'endocardite infectieuse, il peut se développer au dépend de nombreuses artères: l'aorte, les artères cérébrales, viscérales et périphériques avec rarement une localisation multiple [1, 8]. Leur risque de rupture est important (entre 38 et 50%) avec un taux élevé de mortalité (entre 40 et 60%) [9]. L'angioscanner est l'examen le plus utile pour objectiver les anévrysmes aortiques infectieux, ainsi que ceux cérébraux, possédant en outre l'avantage d'être plus disponible que l'angio-IRM (imagerie par résonance magnétique) [8, 9]. En imagerie, ils sont caractérisés par leur croissance rapide, une absence de calcification de la coque, leur aspect multilobé, leur forme sacculaire et une infiltration des tissus mous. L'anévrisme mycotique cérébral peut parfaitement disparaître sous une correcte antibiothérapie [7-9]. L'endocardite multi-complicquée reste de très mauvais pronostic, avec une mortalité assez élevée par retentissement septique et hémodynamique. En plus d'une antibiothérapie efficace, la chirurgie s'impose le plus souvent dans les plus brefs délais pour écarter la mise en jeu du pronostic vital. Notre patient est un exemple des cas ayant bien évolué malgré la sommation de plusieurs complications.

Conclusion

La gravité du pronostic de l'endocardite infectieuse s'alourdit par l'addition des complications type d'anévrysmes mycotiques, d'événements emboliques septiques, d'abcès et de perforations valvulaires ou pariétales. L'attitude thérapeutique fait appel le plus souvent à la chirurgie en association à une antibiothérapie bien menée comme en cas de perforation valvulaire ou d'autres complications auxquelles le traitement médical s'avère insuffisant.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Figures

Figure 1: Image échocardiographique montrant une végétation aortique

Figure 2: Image échocardiographique objectivant une végétation au dépend de la GVM

Figure 3: Image échocardiographique montrant l'IM et la perforation de la GVM

Figure 4: Coupe TDM cérébrale objectivant un anévrisme mycotique de l'artère cérébrale moyenne

Figure 5: Coupe TDM montrant de petits infarctus rénaux et spléniques

Figure 6: Coupe TDM montrant de petits infarctus rénaux et spléniques

Références

1. Anguera I, Miro JM, Cabell CH, Abrutyn E, Fowler VG Jr, Hoen B *et al.* Clinical characteristics and outcome of aortic endocarditis with periannular abscess in the International Collaboration on Endocarditis Merged Database. *Am J Cardiol.* 2005 Oct; 96(7): 976-81. **PubMed | Google Scholar**
2. Tornos P, Iung B, Permyer-Miralda G, Baron G, Delahaye F, Gohlke-Bärwolf Ch *et al.* Infective endocarditis in Europe: lessons from the Euro heart survey. *Heart.* 2005 May; 91(5): 571-5. **PubMed | Google Scholar**
3. Vincent LG, Guillaume P, Aude TB, Alfred T, François B, Jean-Marc B *et al.* Endocardites infectieuses et complications neurologiques: stratégie opératoire. *Chirurgie Thoracique Cardio-Vasculaire.* 2010; 15: 97-103. **Google Scholar**
4. Kemp WE, Citrin B, Byrd BF. Echocardiography in infective endocarditis. *South Med J.* 1999 Aug; 92(8): 744-54. **PubMed**

5. Erbel R, Liu F, Ge J, Rohmann S, Kupferwasser I. Identification of high-risk subgroups in infective endocarditis and the role of echocardiography. *Eur Heart J*. 1995 May; 16(5): 588-602. **PubMed | Google Scholar**
6. Di Salvo G, Habib G, Pergola V, Avierinos JF, Philip E, Casalta JP *et al*. Echocardiography predicts embolic events in infective endocarditis. *J Am Coll Cardiol*. 2001 Mar 15; 37(4): 1069-76. **PubMed | Google Scholar**
7. Schwalm SA, Sugeng L, Raman J, Jeevanandum V, Lang RM. Assessment of mitral valve leaflet perforation as a result of infective endocarditis by 3-dimensional real-time echocardiography. *J Am Soc Echocardiogr*. August 2004 Aug; 17(8): 919-922. **PubMed | Google Scholar**
8. Deipolyi AR, Rho J, Khademhosseini A, Oklu R. Diagnosis and management of mycotic aneurysms. *Clinical Imaging*. 2016 Mar-Apr; 40(2): 256-262. **PubMed | Google Scholar**
9. Amine Ghalem, Houssam Laachach, Alaa Fliti, Abdelmalek Elyandouzi, Abdelwahab Elkasimi, Nabila Ismaili, Noha El Ouafi. Double anévrisme Sylvio-mésentérique révélant une endocardite infectieuse. *Pan Afr Med J*. 2016; 25: 103. **PubMed | Google Scholar**

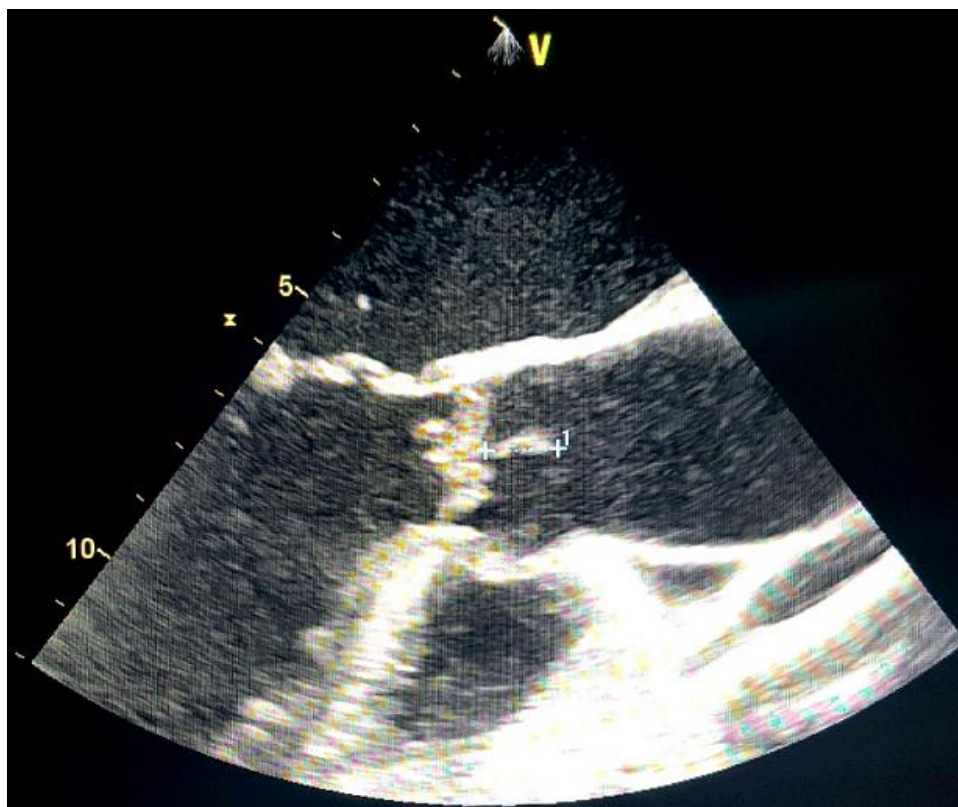


Figure 1: Image échocardiographique montrant une végétation aortique



Figure 2: Image échocardiographique objectivant une végétation au dépend de la GVM

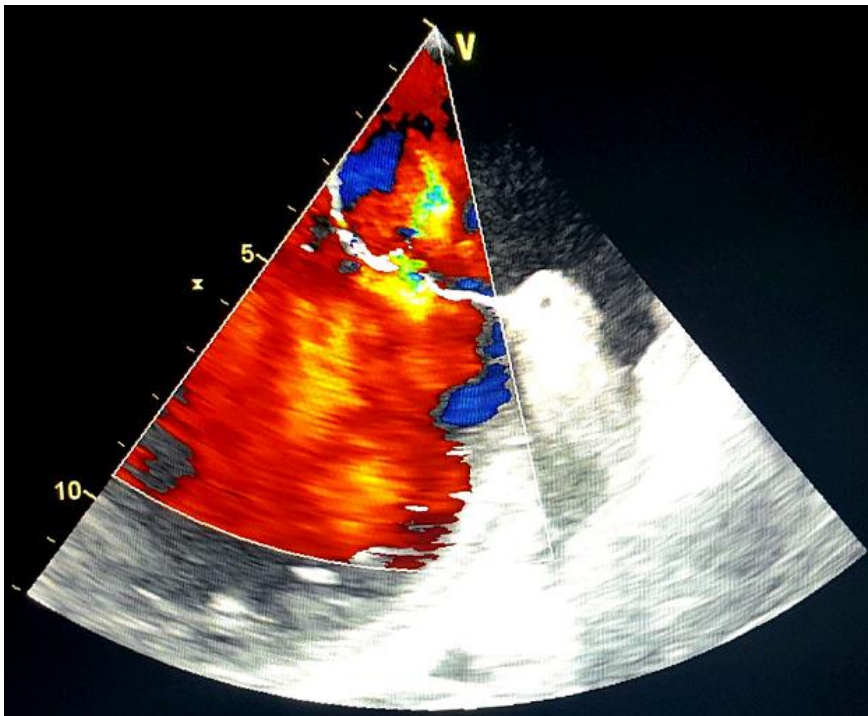


Figure 3: Image échocardiographique montrant l'IM et la perforation de la GVM

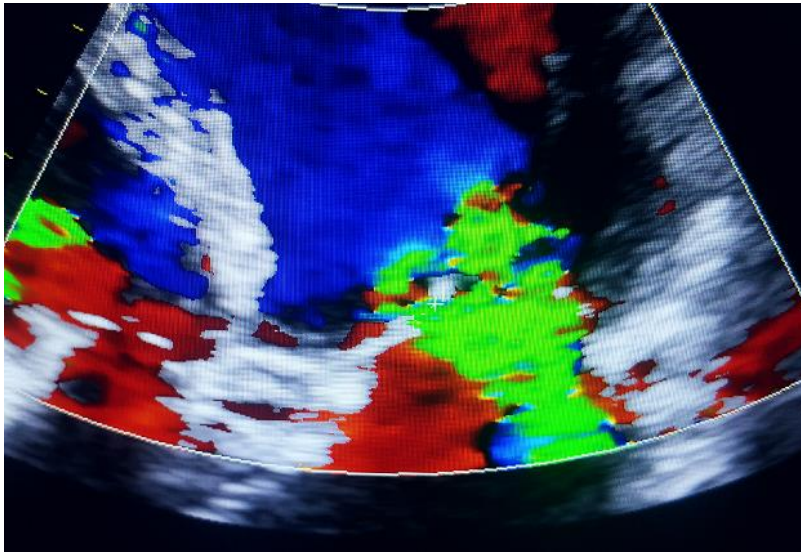


Figure 4: Coupe TDM cérébrale objectivant un aneurisme mycotique de l'artère cérébrale moyenne



Figure 5: Coupe TDM montrant de petits infarctus rénaux et spléniques



Figure 6: Coupe TDM montrant de petits infarctus rénaux et spléniques