

Cas Clinique . Case Report

Endocardite du cœur droit : à propos d'un cas.

Acute endocarditis of the right heart: a case report.

BALDE EY¹, BARRY IS¹, BEAVOGUI M¹, BALDE MD^{1,2}, SYLLA IS¹, BAH M B¹, CONDE M¹.

RESUME

Les endocardites du cœur droit sont moins fréquentes que celles du cœur gauche. Nous rapportons un cas d'endocardite aiguë du cœur droit.

Le diagnostic d'endocardite aiguë du cœur droit a été posé sur la base des critères de DUKE modifiés (porte d'entrée : veinite, fièvre, souffle d'insuffisance tricuspide, syndrome inflammatoire biologique, végétations).

Le pronostic de l'endocardite aiguë reste sévère malgré le progrès dans le domaine de l'antibiothérapie et la chirurgie cardiaque [6]. L'évolution clinique de notre patiente était marquée par la survenue de décès au 5^{ème} jour d'hospitalisation.

MOTS CLES

Endocardite aiguë, cœur droit.

SUMMARY

Endocarditis of the right heart are less frequent than that of the left heart. We report a case of acute endocarditis of the right heart.

The diagnosis of acute endocarditis of the right heart was made on the basis of the modified DUKE's criteria (portal of entry: veinite, fever, murmur of tricuspid insufficiency, inflammatory syndrome, vegetation).

The prognosis of acute endocarditis remains severe despite progress in antibiotic therapy and cardiac surgery [6]. The clinical evolution of our patient was marked by his death in the fifth day of hospitalization.

KEY WORDS

Acute endocarditis, right heart

1- Service de cardiologie, hôpital universitaire Ignace Deen, Conakry, Guinée	Adresse pour correspondance
2- Maître de conférences agrégé, Chef de service.	Elhadj Yaya BALDE
	BP. : 1384, Kaloum, Conakry.
	Mail : yaya_balde@yahoo.fr

INTRODUCTION

Les endocardites du cœur droit sont moins fréquentes que celles du cœur gauche. Elles représentent 5 à 10% des endocardites infectieuses [1] parmi lesquelles près de 75% surviennent chez les toxicomanes [2].

L'endocardite infectieuse du cœur droit secondaire à un cathéter veineux périphérique est plus rare.

Nous rapportons un cas d'endocardite aiguë du cœur droit en précisant le contexte clinique, le bilan paraclinique et l'évolution.

OBSERVATION

Il s'agit d'une jeune patiente guinéenne, de 20 ans, qui a été hospitalisée en cardiologie pour fièvre, altération de l'état général et palpitations. Dans ses antécédents, on notait une notion d'accès palustre et d'une salmonellose qui avaient fait l'objet d'une hospitalisation à l'hôpital régional de Labé un mois auparavant au cours desquels de multiples perfusions lui avaient été administrées. Par ailleurs elle n'avait pas d'antécédent cardio-vasculaire connu.

A l'admission, la patiente présentait une altération de l'état général, une fièvre à 38,5°C.

La pression artérielle était de 100/60 mmHg avec une fréquence cardiaque à 120 battements

par minute. On notait une pâleur cunatéo-muqueuse, des signes de veinite au pli du coude droit en rapport avec la pose de cathéter veineux. D'autres portes d'entrées n'avaient pas été mises en évidence. L'auscultation cardiaque retrouvait une tachycardie régulière, un souffle systolique xyphoïdien 3/6^{ème}, à renforcement inspiratoire. Il n'y avait pas de signe d'insuffisance cardiaque. D'autres portes d'entrées n'avaient pas été mises en évidence. L'électrocardiogramme inscrivait une tachycardie sinusale régulière à 136 battements par minute à QRS fins avec un trouble diffus de la repolarisation à type d'ischémie sous épicaudique.

La radiographie thoracique montrait une cardiomégalie aux dépens du ventricule droit.

L'échocardiographie transthoracique montrait une grosse végétation mobile, appendue à l'extrémité de la valve septale de la valvule tricuspide, avec éversion et prolapsus de la valve antérieure dans l'oreillette droite en systole. Les cavités cardiaques droites étaient dilatées. La fonction systolique du ventricule droit était conservée. On notait une insuffisance tricuspidiennne modérée avec une hypertension artérielle pulmonaire (PAPS=46 mmHg) Cf figure 1.

Le bilan biologique montrait une anémie sévère à 3,6 g/dl microcytaire, un syndrome inflammatoire (une hyperleucocytose 15 000/mm³, élévation de la CRP à 200 mg/l). Les hémocultures n'avaient pas été faites ni même une échocardiographie trans œsophagienne.

Le diagnostic d'endocardite aiguë du cœur droit a été posé sur la base des critères de DUKE modifiés (porte d'entrée : veinite, fièvre, souffle d'insuffisance tricuspidiennne, syndrome inflammatoire biologique, végétations).

La patiente a été transfusée avec une remontée du taux d'hémoglobine à 8,6g/dl. Une antibiothérapie parentérale probabiliste associant un Amoniside (gentamycine) et une céphalosporine de troisième génération (Ceftriaxone), était instaurée dès la suspicion de l'endocardite. Mais l'évolution était marquée par le décès de la patiente au 5^{ème} jour d'hospitalisation dans un tableau de choc septique.

DISCUSSION

L'endocardite infectieuse du cœur droit survient dans près de 75 % chez les patients toxicomanes [2]. Les cas d'endocardite du cœur droit survenant chez les patients non toxicomanes sont rares (9%) [2]. Ils sont rapportés par les auteurs africains : 6 cas (21,4%) pour N'Diaye M.B. et al au Sénégal [4]; 14 cas d'endocardite du cœur droit pour Yaméogo N.V. et al parmi lesquels 12 patients (85,7%) avaient une porte d'entrée à partir d'une voie veineuse [8]. Le facteur prédisposant pour fait clinique que nous rapportons avait une veinite secondaire à un cathéter veineux au pli du coude droit la plus fréquente au cours des endocardites L'endocardite était aiguë car la patiente n'avait pas d'antécédent de

valvulopathie connue infectieuse du cœur droit : Potier J.C [6] rapporte dans sa série 5 cas (8,2%) d'atteinte tricuspide isolée parmi 61 cas d'endocardite aiguë ; 10,7% dans la série de Coutirier F. et al ; 35,8% d'atteinte tricuspide isolée pour Shin-Min Yuan et al. L'atteinte de la valve pulmonaire au cours des endocardites du cœur droit est exceptionnelle : un cas rapporté par N'Diaye M.B. et al [5].

Notre cas clinique était accompagné d'une anémie microcytaire sévère sans saignement extériorisé. C'est un facteur aggravant. Shin-Min yuan [7] indique dans sa série 4% de cas d'anémie sévère.

Le pronostic de l'endocardite aiguë reste sévère malgré le progrès dans le domaine de l'antibiothérapie et la chirurgie cardiaque [6].

L'évolution clinique de notre patiente était marquée par la survenue de décès au 5^{ème} jour d'hospitalisation

CONCLUSION

La pose de cathéter veineux périphérique doit se faire dans des conditions d'asepsie stricte et les perfusions veineuses itératives non justifiées sont à éviter afin de limiter le risque d'endocardite du cœur droit. L'endocardite du cœur droit est de mauvais pronostic surtout quand elle est aiguë.



Figure 1 : Echocardiographie 2D, coupe apicale 4 cavités montrant une végétation sur la valve septale de la tricuspide et une éversion de la valve antérieure

R E F E R E N C E S

1. **Chan P.;Ogilby ID. ; Segal B.** Tricuspid endocarditis. *Am Heart J* 1989; 117 (5): 1140-6.
2. **Chambers HF.; Korzeniowski OM.; Sande MA.** The National Endocarditis Study Group. Staphylococcus aureus endocarditis: clinical manifestations in addicts and non addicts. *Medecine* 1983; 62(3): 170-7.
3. **N'diaye MB.; Diao M.; Pessinaba S.; Bodian M.; Kane Ad.; Mbaye A.; Dia MM.; Ciss ECC.; Sarr M.; Kane A.; Bâ S A.** Aspects épidémiologiques, cliniques et échographiques des endocardites infectieuses du cœur droit au Sénégal : 6 observations. *Med Trop* 2011 ; 71 : 484-486.
4. **Potier J.C.; Ollitrault S.; Breut C. ; Bazin C. ; Maiza D. ; Khayat A. ; Commeau P. ; Scanu P. ; Grollier G.** L'endocardite infectieuse sur valves natives. A propos d'une série de 142 cas opérés. *Rev Med Interne* 1989 ; 10 : 420-8.
5. **Shin-Min Yuan.** Right-sided infective endocarditis: recent epidemiologic changes. *Int J Clin Exp Med* 2014; 7(1): 199-218.
6. **Coutirier F.; Hansmann Y.; Descampeaux C.; ChristmannD.** Epidémiologie des endocardites infectieuses. Etude réalisée sur 66 cas d'endocardites infectieuses recensées entre 1992 et 1998 dans un service de médecine interne et maladies infectieuses et tropicales. *Med Mal infect* 2000 ; 30 :162-8.7.
7. **Yaméogo N.V. ; Kongnimisson A.S. ; Yaméogo A.A. ; Kagambega L.J. ;Mandi D.G. ;Kologo K.J. ; Millogo G. RC. ; Toguyeni B.J.Y. ; Samadoulougou A.K. ; Kabore N. J. P. ; Zabsonre P.** Epidemiological and clinical features, ultrasound findings and prognosis of right-sided infective endocarditis in a teaching hospital in Ouagadougou. *Cardiovasc J Afr* 2013 ; 24 : 171-173.