



Cas clinique

Endocardite du cœur droit compliquée d'embolie pulmonaire cas d'un hémodialysé par cathéter en Guinée Conakry

Endocarditis of the heart complicated right of pulmonary embolism case of a hemodialysis by catheter tunnelise in Guinea

A Camara, , S Samoura , A Samoura, M A Barry, M Doumbouya , D Koivogui, IS Barry, EY Balde, M Beavogui, M D Balde, M Conde

Résumé

Objectif de cette étude était de décrire la survenue de l'embolie pulmonaire au cours de l'endocardite du cœur droit.

Il s'agissait MB D 38 ans enseignant hypertendu diabétique hémodialysé par cathéter depuis 2ans. Admis pour douleur thoracique, dyspnée permanente, palpitations, fièvre et asthénie physique. les BDC sont réguliers à 110bpm, tension artérielle 150/100mmhg, avec un souffle systolique de 2/6 au foyer tricuspide. Aux poumons, on note de fins râles crépitants à la base droite. Température 38 degré. Le reste de l'examen est sans particularité.

Conclusion : l'endocardite du cœur droit est rare et l'embolie pulmonaire est quasi constante. Chez l'hémodialysé un accent particulier doit être mis sur la prévention de l'endocardite infectieuse car le cathéter veineux est un facteur favorisant la survenue de cette endocardite.

Mots clés : endocardite, cœur droit, embolie pulmonaire.

Abstract

The purpose of this study was to describe the occurrence of pulmonary embolism during right heart endocarditis

This was MB D 38 years old diabetic hypertensive teacher hemodialysis by catheter since 2 years. Admitted for chest pain, permanent dyspnea, palpitations, fever and physical asthenia. BDCs are regular at 110bpm, blood pressure 150 / 100mmhg, with a systolic murmur of 2/6 at the tricuspid focus. In the lungs, there are fine crackles at the right base. Temperature 38 degrees. The rest of the exam is peculiar.

Conclusion: endocarditis of the right heart is rare and pulmonary embolism is almost constant. In hemodialysis, special emphasis should be placed on the prevention of infective endocarditis because the venous catheter is a factor favoring the occurrence of this endocarditis.

Keywords: endocarditis, right heart, pulmonary embolism

Introduction

Les endocardites infectieuses (EI) du cœur droit représentent 5 à 10% des localisations d'endocardites et intéressent dans la majorité des cas la valve tricuspide [1]. Il s'agit d'une inflammation de l'endocarde, le plus souvent au niveau de sa partie valvulaire, secondaire à la greffe et à la multiplication d'un agent infectieux [8]. Les complications emboliques sont fréquentes notamment l'embolie pulmonaire septique qui est quasi constante dans les endocardites du cœur droit [9].

Cas clinique

Il s'agissait B D 38 ans eignant hypertendu diabétique hémodialysé par cathéter depuis 2ans. Admis pour douleur thoracique, dyspnée permanente, palpitations, fièvre et asthénie physique. les BDC étaient réguliers à 110bpm, tension artérielle 150/100mmhg, avec un souffle

systolique de 2/6 au foyer tricuspide. Aux poumons, on note de fins râles crépitants à la base droite. Température 38 degré. Le reste de l'examen physique était sans particularité.

Le bilan biologique initiale montrait : une anémie à 9g/dl de type inflammatoire ; un syndrome inflammatoire (VS accélérée à 18mm en 1^{ère} heure et 23mm en 2^e heure ; CRP à 20mg/l ; Globule blanc à 14,8giga /l ; neutrophile à 9giga/l) ; clairance de la créatinémie à 20ml/mn ; hémocultures négatives. Electrocardiogramme : inscrivait une tachycardie sinusale régulière à 112 cycles/minute et une hypertrophie ventriculaire gauche. Télé thorax de face : montrait une cardiomégalie avec un ICT de 0,59 et l'image du cathéter. Echocardiographie transthoracique : retrouvait une grosse végétation appendue sur la valve tricuspide mesurant. Angioscaner

thoracique : mettait en évidence une embolie pulmonaire des branches postéro basales bilatérales de l'artère pulmonaire associée à un syndrome alvéolaire basal postérieur bilatéral et à de multiples lésions nodulaires bilatérales prédominant en apical droit.

Le diagnostic d'endocardite du cœur droit compliquée d'embolie pulmonaire fut posé et l'évolution a été fatale après 3 semaines d'antibiothérapie sous céphalosporine de troisième génération (ceftriaxone) 2g/ jour en intra veineuse.



Figure 1 : Telethorax de face montrant une cardiomégalie et un cathéter pour hémodialyse



Figure 2 échographie cardiaque en coupe apicale montrant une grosse végétation sur la valve tricuspide

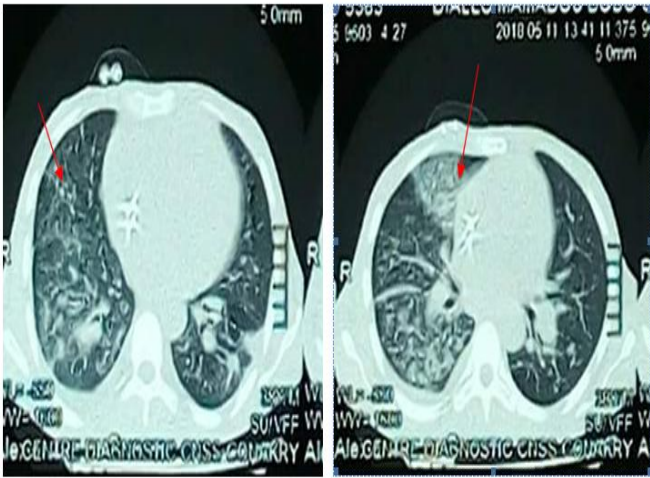


Figure 3 Angioscanner thoracique montrant multiples lésions nodulaires bilatérales branches postéro basales bilatérales en faveur e l'embolie pulmonaire

Discussion

Nous rapportons le cas d'un adulte jeune hypertendu diabétique hémodialysé par cathéter qui a développé une endocardite infectieuse du cœur droit compliquée d'une embolie pulmonaire. Le patient hémodialysé est particulièrement exposé aux bactériémies et aux endocardites du fait, d'une part, de l'accès vasculaire nécessaire à l'épuration extra-rénale et, d'autre part, des facteurs de susceptibilité aux infections propres à l'insuffisance rénale terminale traitée par dialyse [8]. L'endocardite du cœur droit est rare [2]. Elle atteint dans la majorité des cas la valve tricuspide [3]. Notre cas est une parfaite illustration de cette rareté nosologique. Les facteurs prédisposant sont retrouvés dans la majorité des cas parmi lesquels le cathéter veineux périphérique, les infections dentaires, la cardiopathie congénitale, les avortements clandestins et la toxicomanie par voie veineuse sont cités [3, 4,5]. Dans notre étude, le cathéter périphérique pour l'hémodialyse. Cliniquement, les manifestations dominantes sont la fièvre et les manifestations pleuro-pulmonaires comme la douleur thoracique et la dyspnée [3]. Les

complications pulmonaires sont très fréquentes dans les endocardites du cœur droit notamment les embolies pulmonaires septiques qui représentent 90% des cas [3]. Notre cas est un exemple de ceci comme le montre fig3. Les lésions communes à tous ces sites sont la formation d'un caillot de fibrine contenant des agents pathogènes qui se fragmentent avec les turbulences sanguines puis migrent dans les petites artères pulmonaires. Il s'ensuit une ischémie locale et une libération de toxines bactériennes dans le parenchyme pulmonaire adjacent engendrant un infarctus ou une hémorragie par nécrose parenchymateuse [7]. L'agent bactérien le plus fréquemment en cause est *Staphylococcus aureus* [3,6]. Chez notre malade l'hémoculture étaient négatives qui se justifierait par l'instauration d'une antibiothérapie précoce à base d'une céphalosporine de 3^e génération. Même si l'échographie transoesophagienne s'est révélée supérieure dans le diagnostic des endocardites infectieuses [3], l'échographie transthoracique demeure l'examen de première intention. L'échographie révèle le plus souvent des végétations et une fuite plus ou moins importante .c'est le cas de notre malade comme l'illustre la fig 2. L'aspect angioscanner thoracique est celui de nodules pulmonaires bilatéraux de 0,5 à 3 cm de diamètre, de contours mal définis, fréquemment excavés [7].

Le traitement de choix est l'antibiothérapie. La chirurgie n'est indiquée que lorsqu'il existe une insuffisance cardiaque droite secondaire à une insuffisance tricuspidiennne ne répondant pas au traitement médical, lorsqu'il s'agit d'un germe difficile à éradiquer et enfin devant une végétation tricuspidiennne > 20 mm qui persiste après une embolie pulmonaire récurrente [6]. Le traitement anti coagulant est sans efficacité chez ces cas d'embolie pulmonaire septique [9].

Le pronostic des EI du cœur droit est globalement bon avec une mortalité globale comprise entre 0 et 10% [3].

Conclusion

L'endocardite du cœur droit est rare et l'embolie pulmonaire est quasi constante. Chez l'hémodialysé un accent particulier doit être mis sur la prévention de l'endocardite infectieuse car le cathéter veineux est un facteur favorisant la survenue de cette endocardite.

*Correspondance

Aly Samoura

samouraaly01@gmail.com

Reçu: 02 Déc, 2018; Accepté: 09 Déc, 2018; Publié: 09, Fév, 2019

Service de cardiologie Ignace Deen CHU de Conakry, Guinée

© Journal of african clinical cases and reviews 2019

Conflits d'intérêts : Aucun

References

- [1] Chan P, Ogilby JD, Segal B. Tricuspid valve endocarditis. *Am Heart J* 1989 ; 117 : 1140-6.
- [2] Durack DT, Lukes AS, Bright DK. New criteria for diagnosis of infective endocarditis: utilization of specific echocardiographic findings. Duke Endocarditis Service. *Am J Med* 1994 ; 96 : 200-9.
- [3] Trouillet J, Chastre J. Endocardite tricuspidale. Evolution épidémiologique, particularités étiologiques. *Arch Mal Cœur Vaiss* 2002 ; 106 : 16-8.
- [4] Nkoua J, Gombet T, Kimbally-Kary G, Ekoba J, Bouramou C. Endocardites infectieuses tricuspidiennes à Brazzaville. A propos de douze cas. *Ann cardiol angeiol* 1993 ; 42 : 550-34
- [5] Ndiaye MB , Diao M , Pessinaba S , Bodian M , Kane Ad , Mbaye A , Dia MM , Ciss ECC , Sarr M , Kane A , Ba SA : Aspects épidémiologiques, cliniques et échographiques des endocardites infectieuses du cœur droit au Sénégal : 6 observations *Med Trop* 2011 ; 71 : 484-486.
- [6] Habib G, Hoen B, Tornos P, Thuny F, Prendergast B, Vilacosta I et al. Guidelines on the prevention, diagnosis, and treatment of infective endocarditis (new version 2009): the Task Force on the Prevention, Diagnosis, and Treatment of Infective Endocarditis of the European Society of Cardiology (ESC). Endorsed by the European Society of Clinical Microbiology

- and Infectious Diseases (ESCMID) and the International Society of Chemotherapy (ISC) for Infection and Cancer. *Eur Heart J* 2009 ; 30 : 2369-413.
- [7] C. Godet, C. Beigelman-Aubry: Emboles septiques à staphylocoque sur endocardite infectieuse du cœur droit ; *La Lettre du Pneumologue* 2010;XIII(6):236-7
- [8] S. Barbouch , M. Jerbi , S. Chouchi , K. Ben Abdelghani , F. El Younsi , F. Ben Hamida , H. Ben Maiz , A. Kheder ; Endocardite infectieuse chez l'hémodialysé chronique : à propos de dix cas ; *Dialyse / Néphrologie & Thérapeutique* 7 (2011) 301-343
- [9] ATTIAS D,LELLOUCHE N : cardiologie vasculaire ,endocardite infectieuse page 280,7^e édition VG 2016 Paris ;

Pour citer cet article:

Camara Abdoulaye, Samoura Sana, Samoura Aly, Mamadou Alpha Barry et al. Endocardite du cœur droit compliquée d'embolie pulmonaire cas d'un hémodialysé par cathéter en Guinée Conakry . *Jaccr Africa* 2019; 3(1): 21-24.