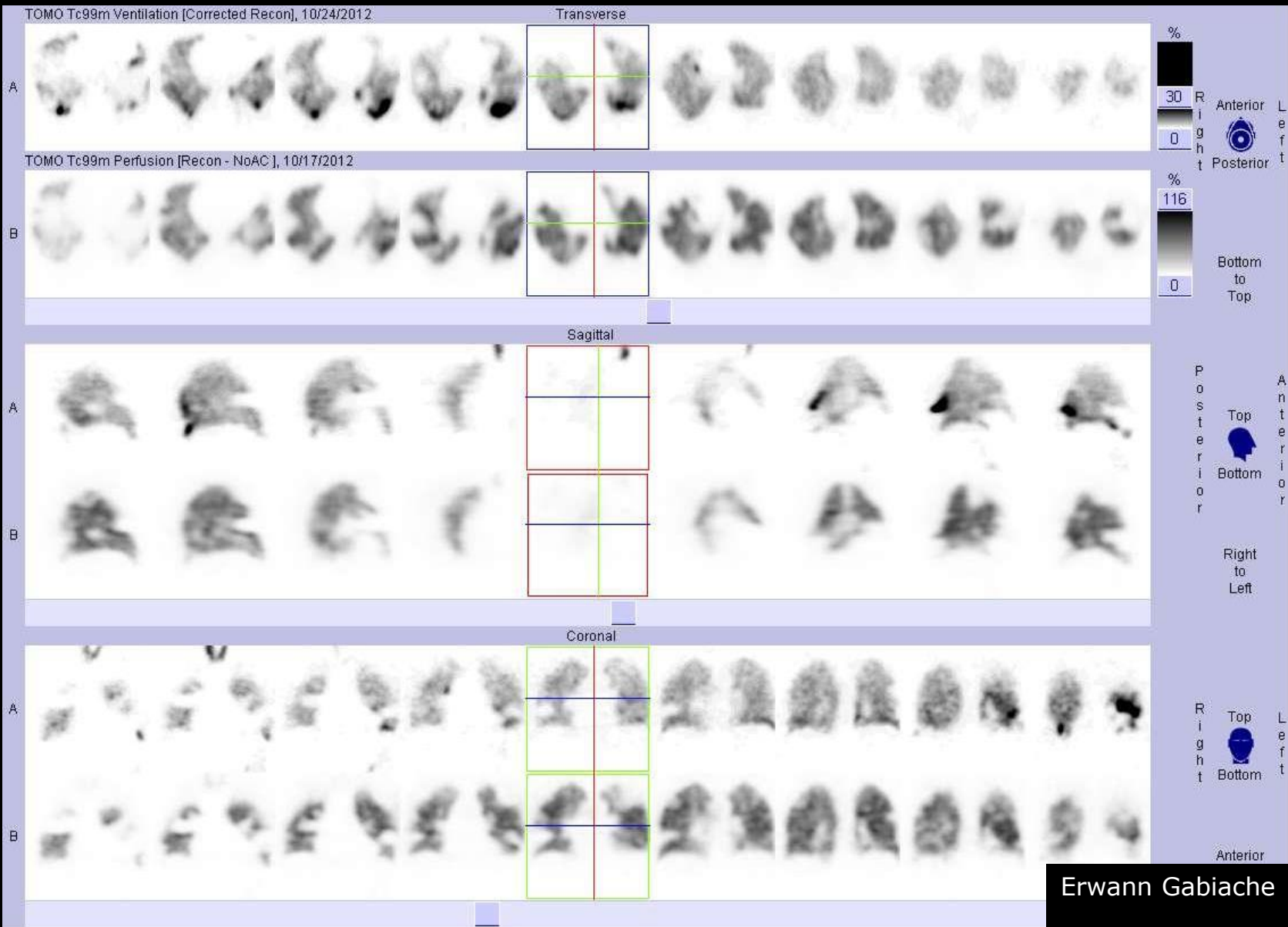
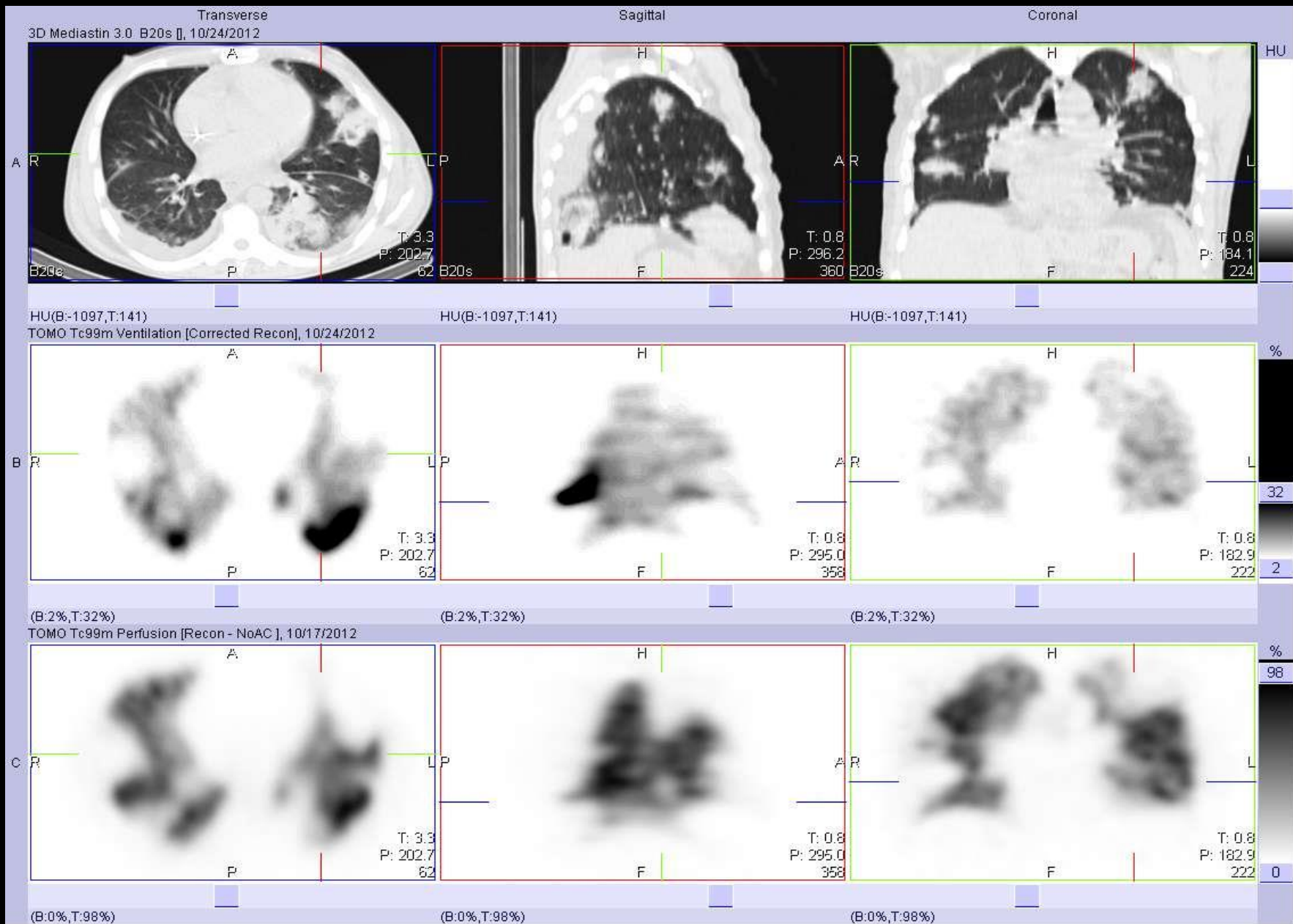
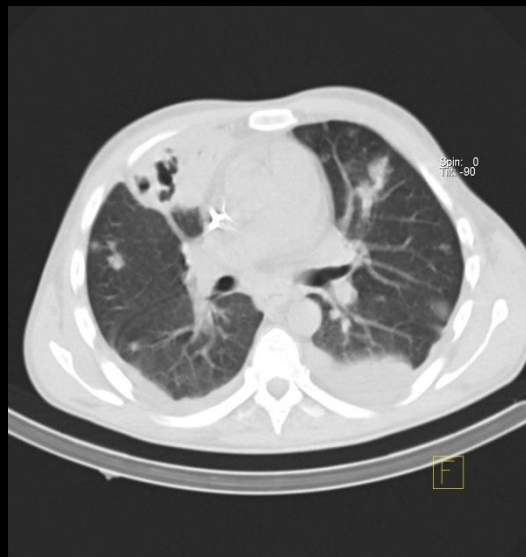
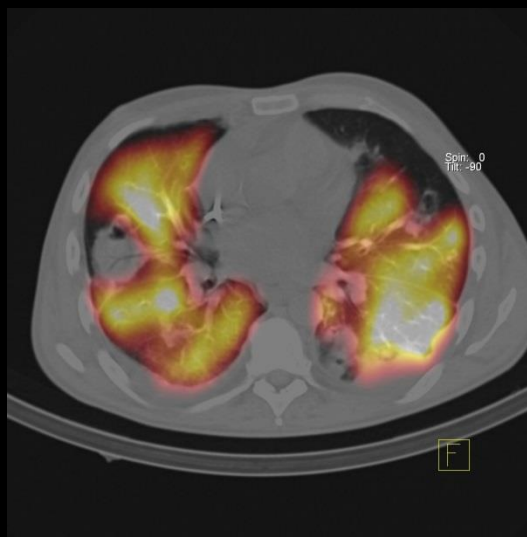
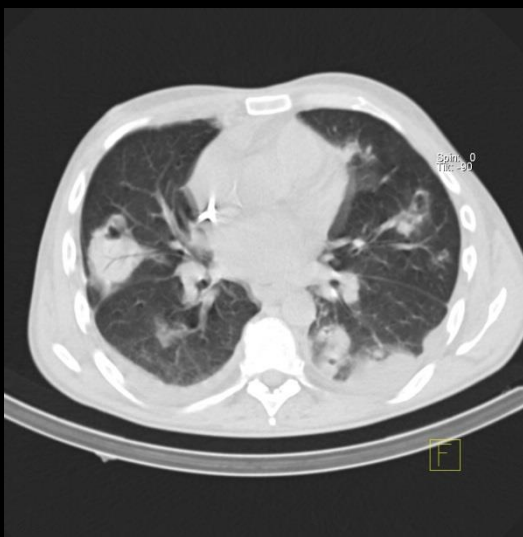


Homme jeune, 35 ans, **toxicomanie IV** . Abcès sous cutané de l'avant bras (point d'injection)
Tableau d'insuffisance respiratoire **aiguë** avec douleurs thoraciques **fébriles**
Adressé pour scintigraphie pulmonaire ventilation / perfusion





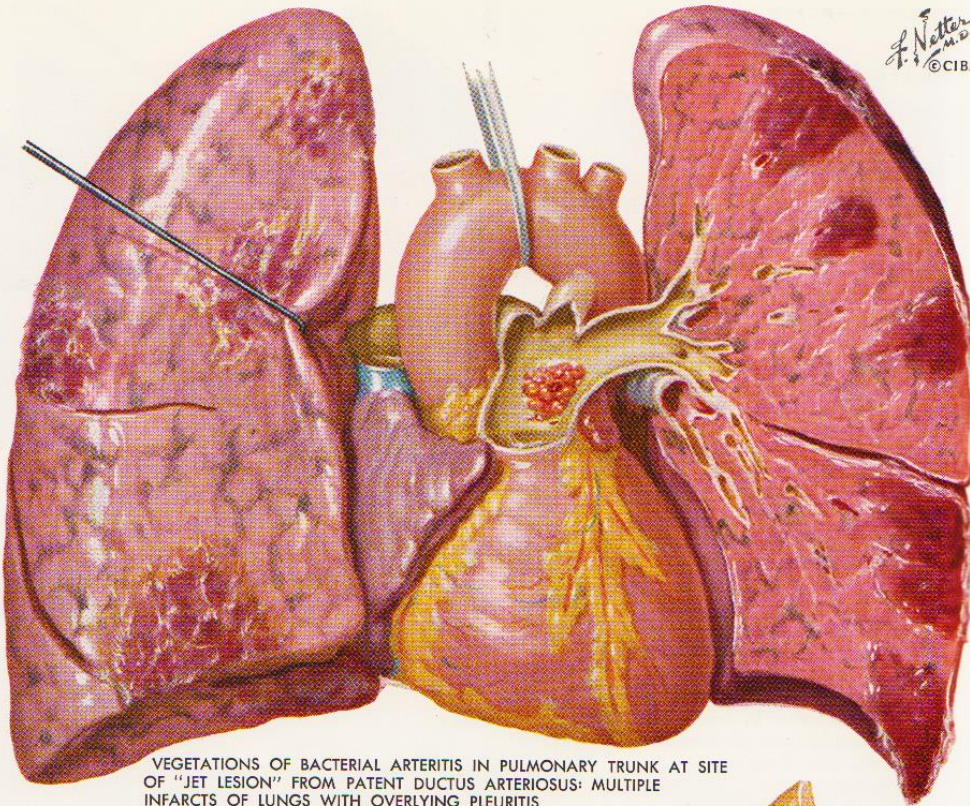
mismatch ventilation/perfusion, defects triangulaires à base pleurale = embolies septiques



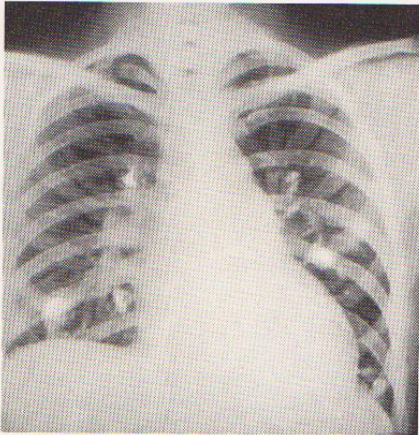
multiples foyers de consolidation parenchymateuse avec bronchogramme
aérique, pour certains en cours de cavitation

sur le scanner du SPECT- CT : spondylodiscite

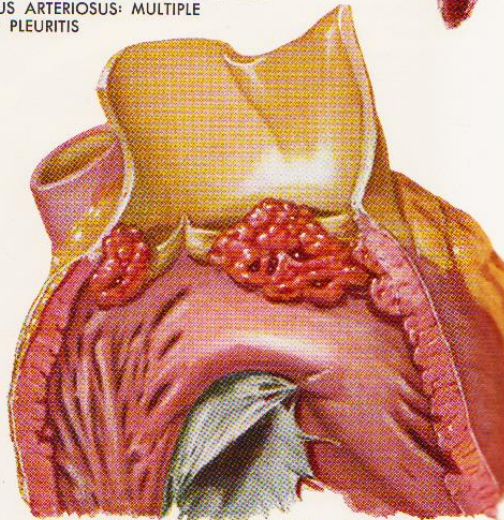
F. Netter M.D.
© CIBA



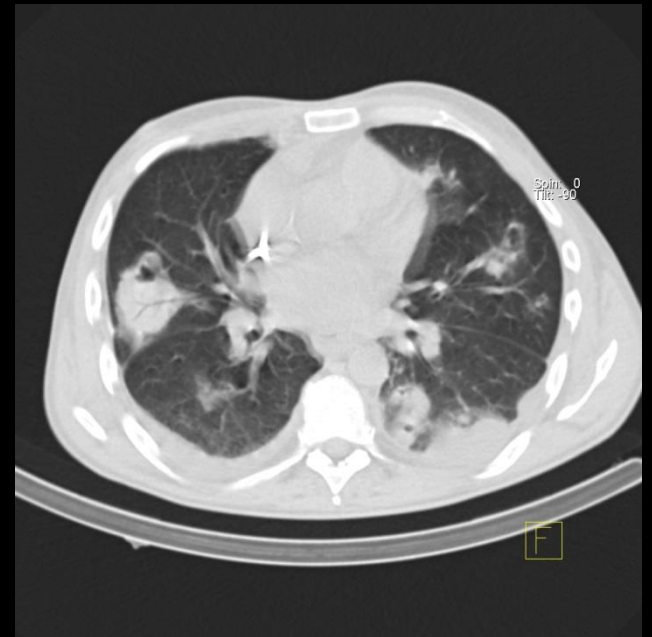
VEGETATIONS OF BACTERIAL ARTERITIS IN PULMONARY TRUNK AT SITE OF "JET LESION" FROM PATENT DUCTUS ARTERIOSUS: MULTIPLE INFARCTS OF LUNGS WITH OVERLYING PLEURITIS



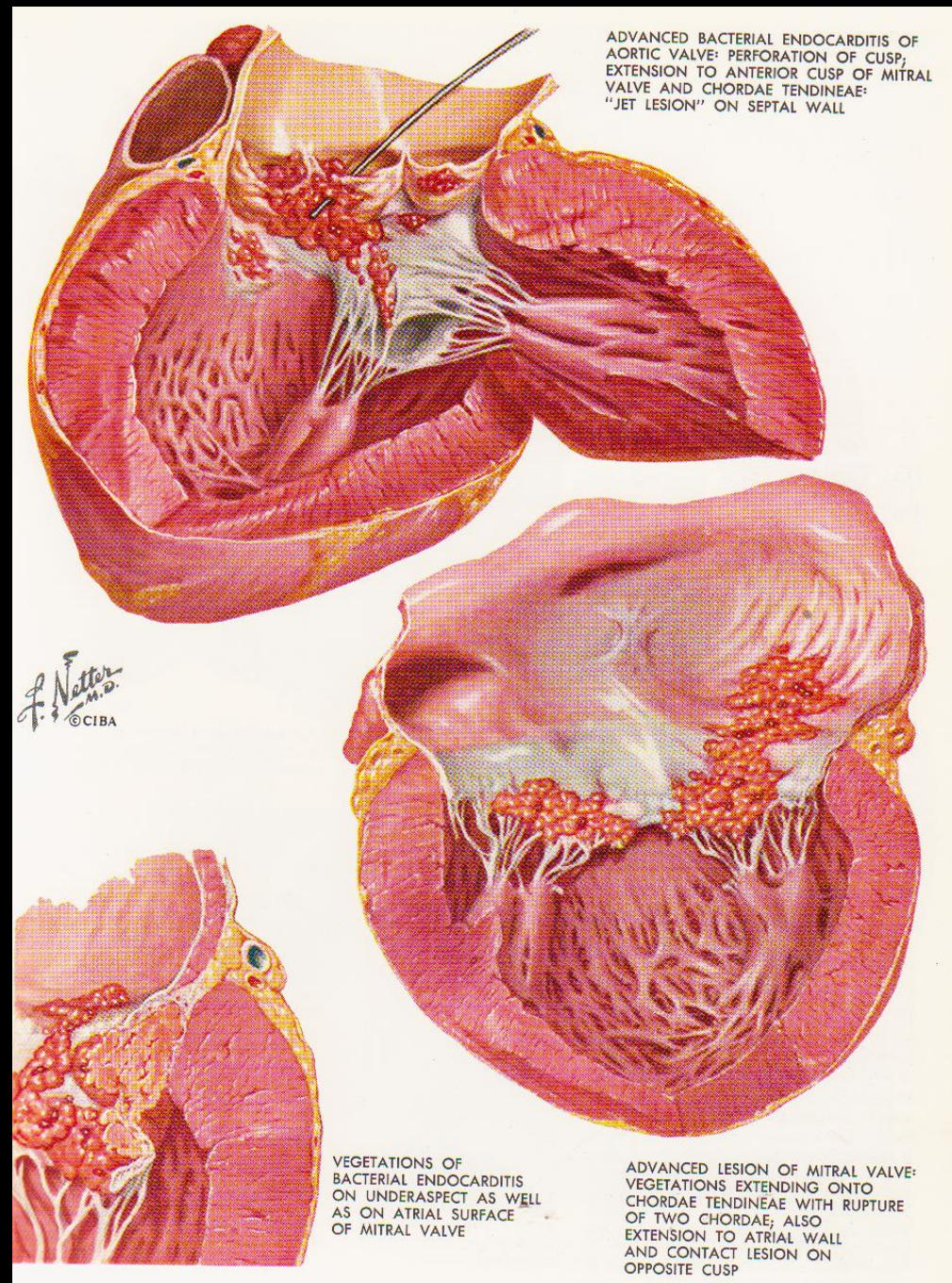
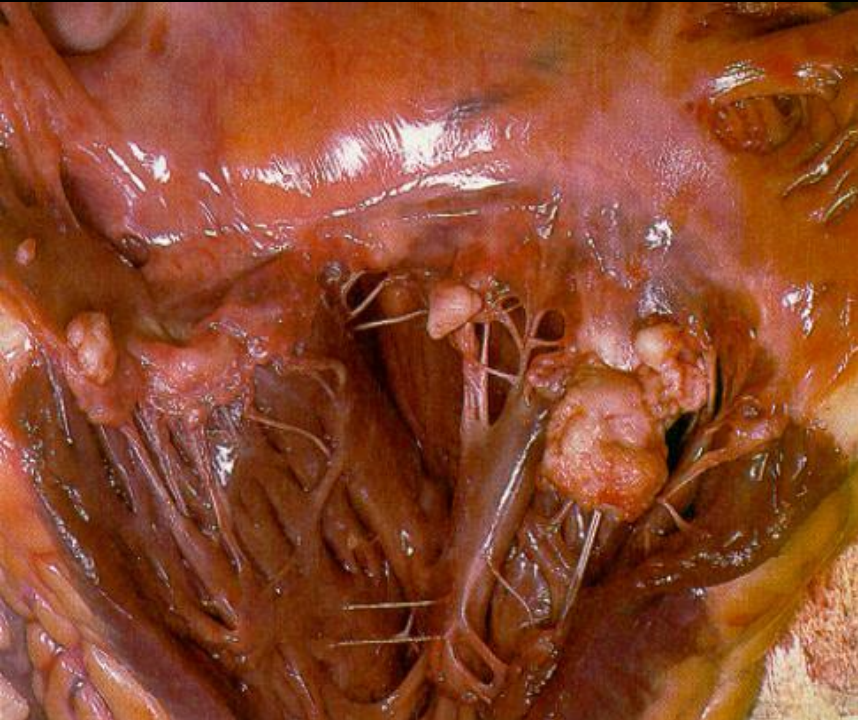
X-RAY: MULTIPLE PULMONARY INFARCTS RESULTING FROM PULMONARY ARTERITIS IN PATENT DUCTUS ARTERIOSUS



VEGETATIONS ON PULMONARY VALVE AND OUTFLOW TRACT OF RIGHT VENTRICLE



Endocardite aiguë tricuspidiennne
probablement à *Staphylococcus* sp.,
sur porte d'entrée cutanée,
compliquée de multiples embolies
septiques pulmonaires avec foyers
de pneumopathie abcédés



Endocardite infectieuse , épidémiologie

- 2200 cas/an, 20% de mortalité
- patients à risque, soit du fait d'une cardiopathie pré-existante (60%)...

T80-1 : Cardiopathie à risque d'EI

Groupe A : cardiopathies à haut risque

- Prothèses valvulaires (mécaniques, homogreffes ou bioprothèses)
- Cardiopathies congénitales cyanogènes non opérées et dérivations chirurgicales (pulmonaire-systémique)
- Antécédents d'endocardite infectieuse

Groupe B : cardiopathies à risque moins élevé

- Valvulopathies : insuffisance aortique, insuffisance mitrale (IM), rétrécissement aortique
- Prolapsus de la valve mitrale avec IM et/ou épaissement valvulaire
- Bicuspidie aortique
- Cardiopathies congénitales non cyanogènes sauf communication interauriculaire (non à risque)
- Cardiomyopathie hypertrophique obstructive (avec souffle à l'auscultation)

- soit sans cardiopathie préalable (surtout si germes agressifs type staphylocoques, toxicomanie IV)

Endocardite infectieuse , microbiologie

T80-2 : Micro-organismes responsables d'endocardites infectieuses

	Sur valve native (%)	Sur prothèse valvulaire (%)
Streptocoques	40	20
Entérocoques	10	15
<i>Staphylococcus aureus</i>	30	20
Staphylocoques à coagulase négative	10	15
Autres bactéries + levures	5	20
Hémocultures négatives	5	10

- problèmes posés par les **germes à croissance lente** :

groupe HACEK (Haemophilus , Actinobacillus , Cardiobacterium ,
Eikenella, Kingella) flore commensale oropharyngée

Brucella,

Bartonella (Griffes du chat),

Coxiella Burnetii (Query Fever),

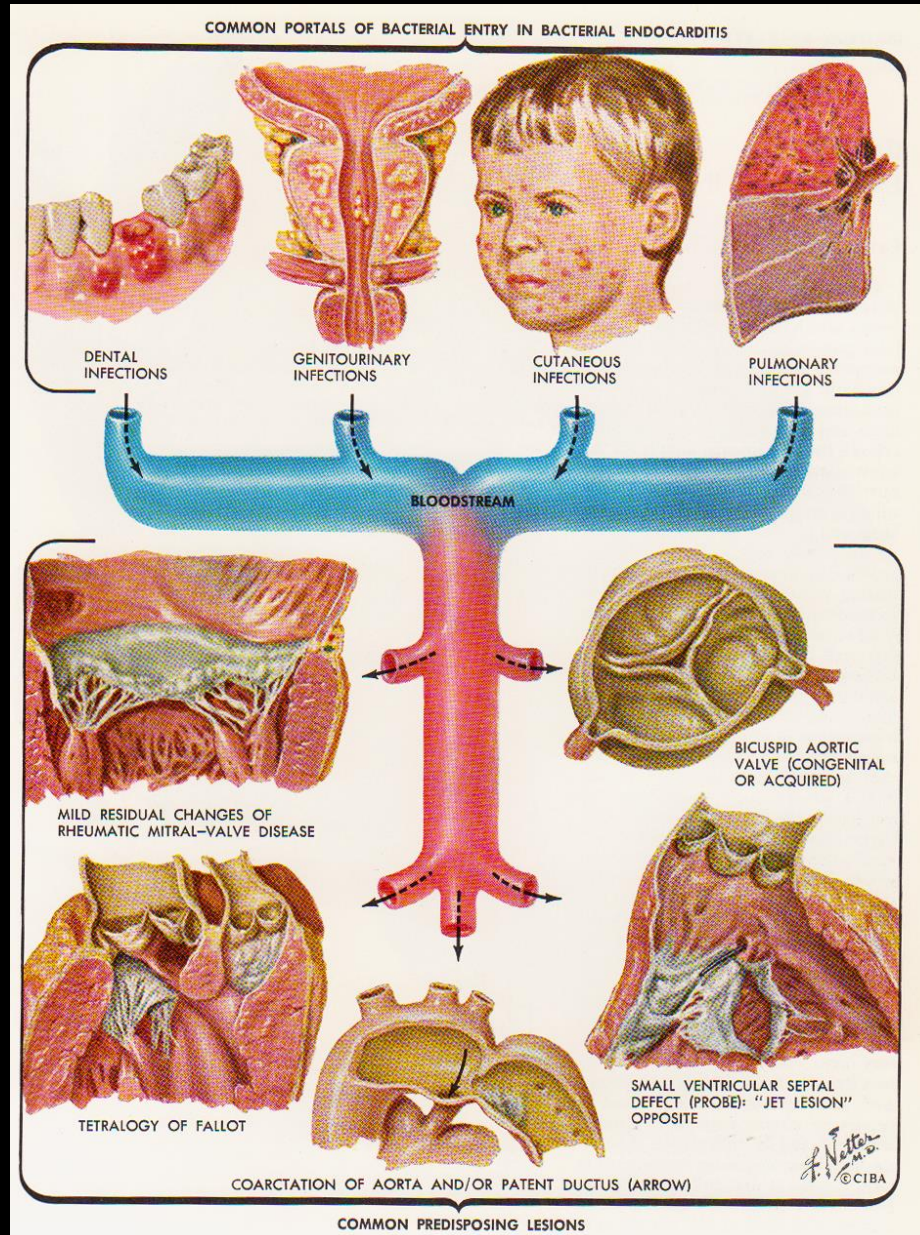
Capnocytophaga (morsures de chien) etc

Endocardite infectieuse , microbiologie

Rapports entre porte d'entrée et germes

importance pour l'orientation des
examens d'imagerie +++

- Streptococcus gallolyticus (ex bovis) →
chercher un cancer colique
- Streptocoques non groupables → bilan
dentaire et ORL
- Staphylocoques coagulase négatifs →
valves mécaniques
- Entérocoques, coliformes → geste
urologique



Endocardite infectieuse , clinique

syndrome infectieux :

fièvre (constante mais parfois masquée),

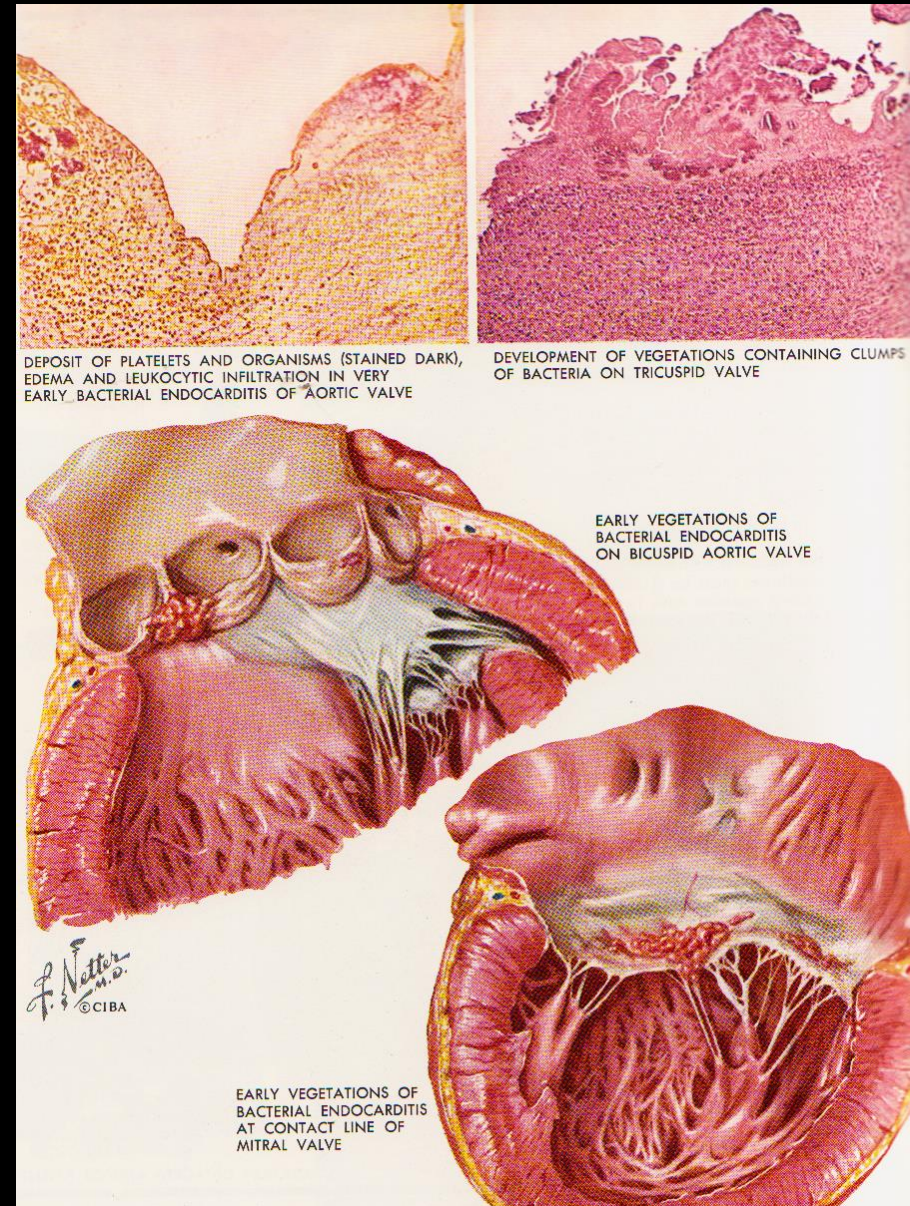
AEG,

splénomégalie

signes cardiaques :

apparition / modification d'un souffle

tableau d'insuffisance cardiaque D ou G



Endocardite infectieuse , clinique

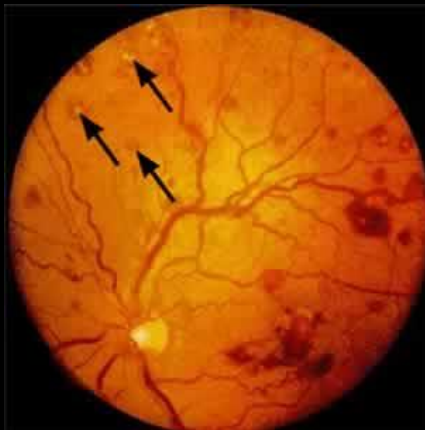
signes extra cardiaques :

Faux panaris d'Osler

Purpura pétéchiail cutané
ou muqueux (bouche, conjonctives)

Placards érythémateux de Janeway

taches de Roth



Endocardite infectieuse , clinique

-autres signes en lien avec les
embolies :*

AVC /abcès cérébraux/hémorragies
cérébrales,

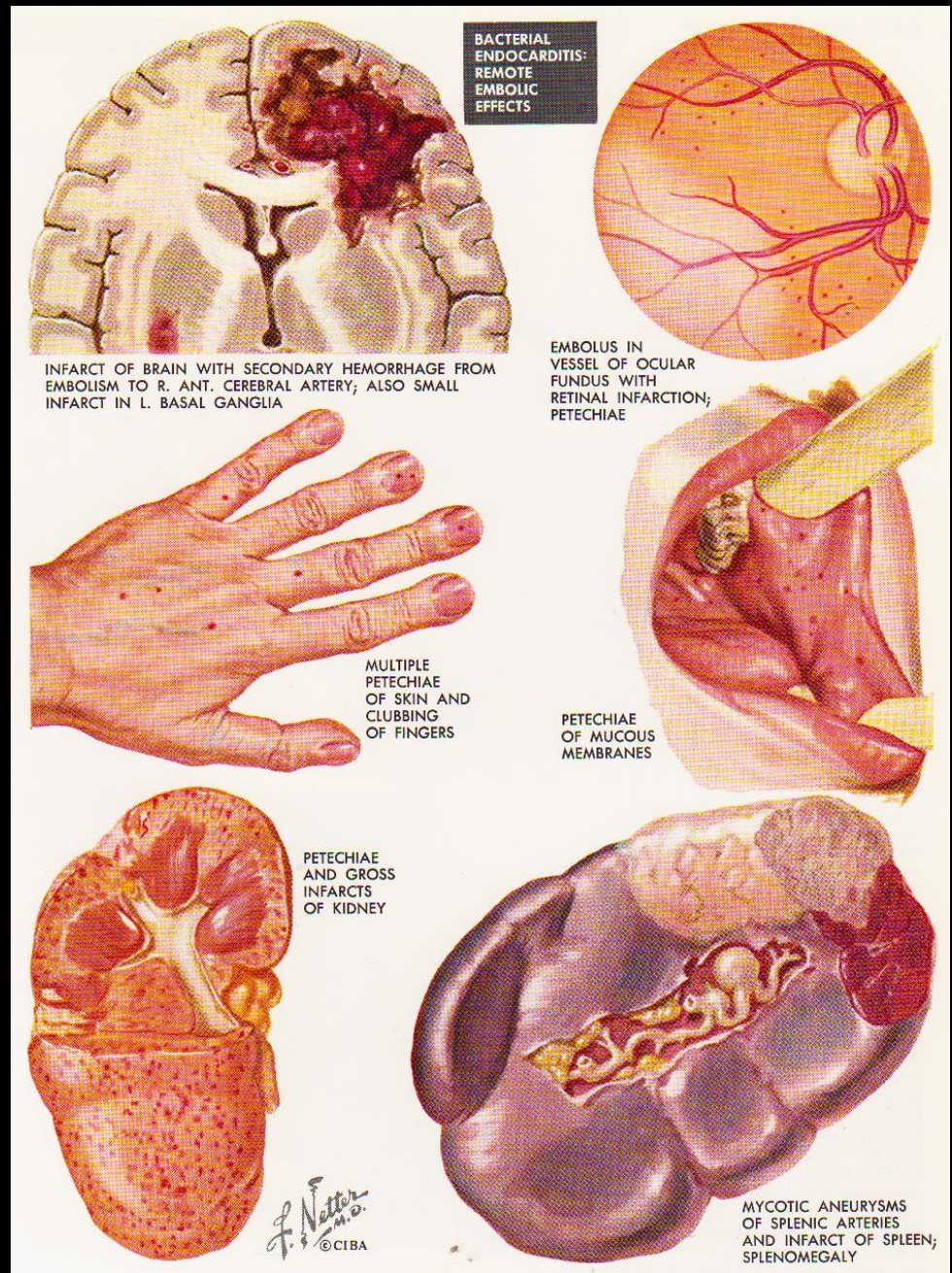
méningites,

arthrites, **spondylodiscites**,

néphrites, abcès divers,

pneumopathies (E cœur droit),

anévrysmes mycotiques...



Endocardite infectieuse , bilan préthérapeutique :

autre bilan biologique standard,

hémocultures répétées (prévenir le labo),

ECG (emboles coronaires?),

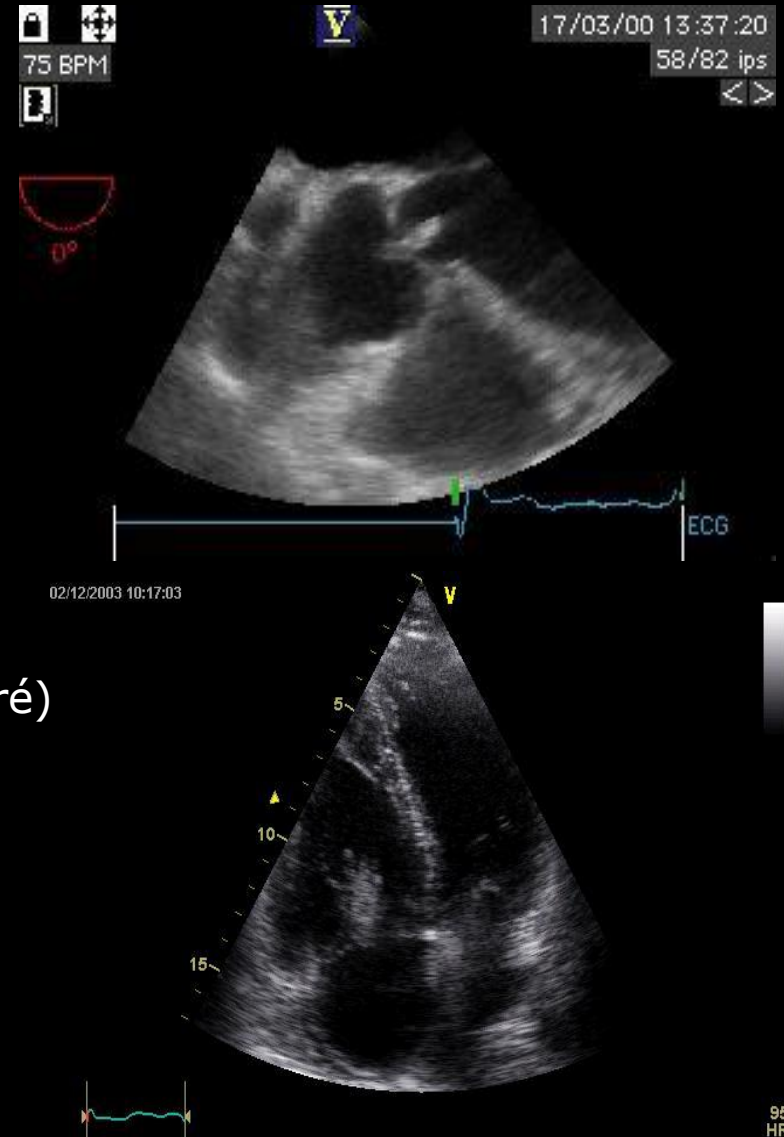
BU urée créat (protéinurie? Germes?),

bilan immuno (cpt, FR)

Endocardite infectieuse , bilan d'imagerie :

échographie cardiaque

- .pour chercher les végétations (ETO>ETT)
- .faire le bilan des mutilations valvulaires et de leur retentissement,
- recherche d'abcès de l'anneau mitral (risque de bloc conducteur de haut degré)



Endocardite infectieuse Critères de la Duke University

Critères majeurs

- hémocultures positives à germe typique
- échographie positive (végétation)
- nouveau souffle de régurgitation valvulaire

Critères mineurs

- terrain : cardiopathie à risque ou toxicomanie IV
- fièvre $>38^{\circ}$
- phénomènes vasculaires (emboles, etc)
- phénomènes immunologiques (glomérulonéphrite...)
- hémocultures + mais non typiques ou sérologie

EI certaine si culture + de la valve ou 2 majeurs ou 1 majeur 3 mineurs ou 5 mineurs

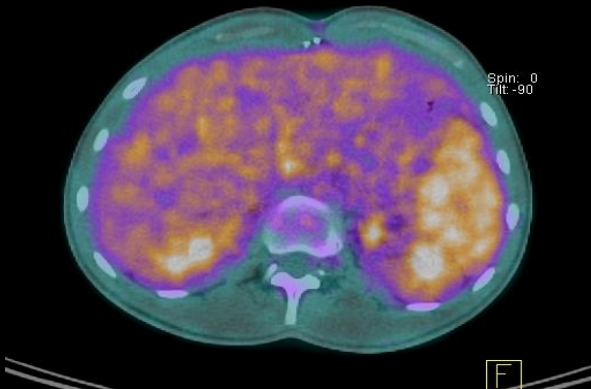
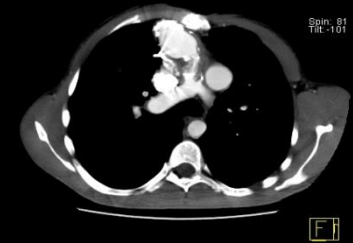
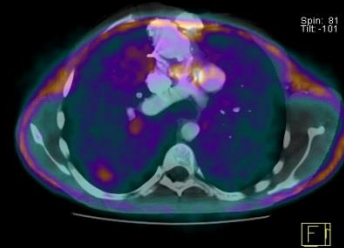
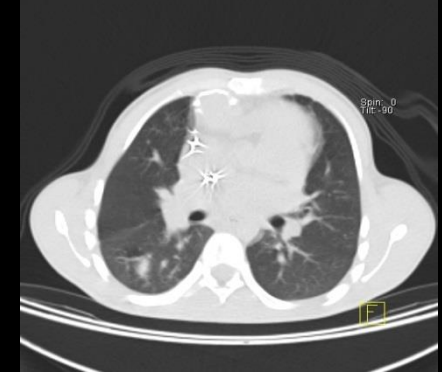
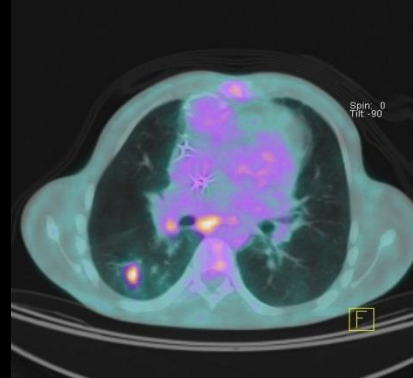
■ **Endocardite infectieuse , bilan d'imagerie et en TEP ?**

Possible role of PET/CT in infective endocarditis

Susanne Haase Vind, MD,^a and Søren Hess, MD^b

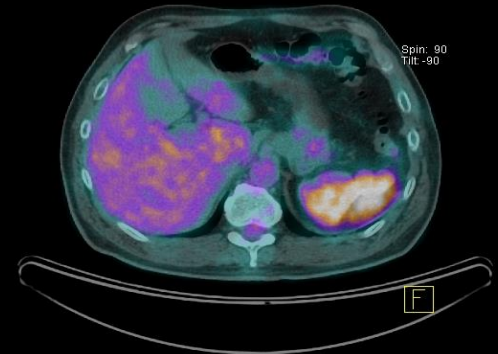
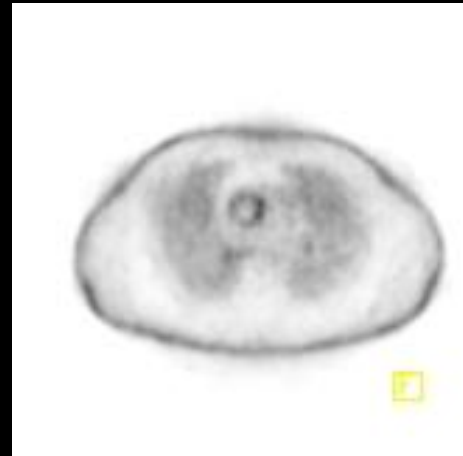
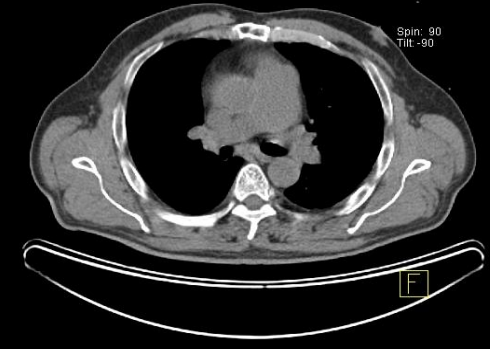
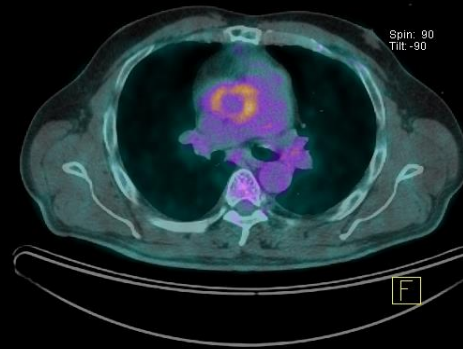
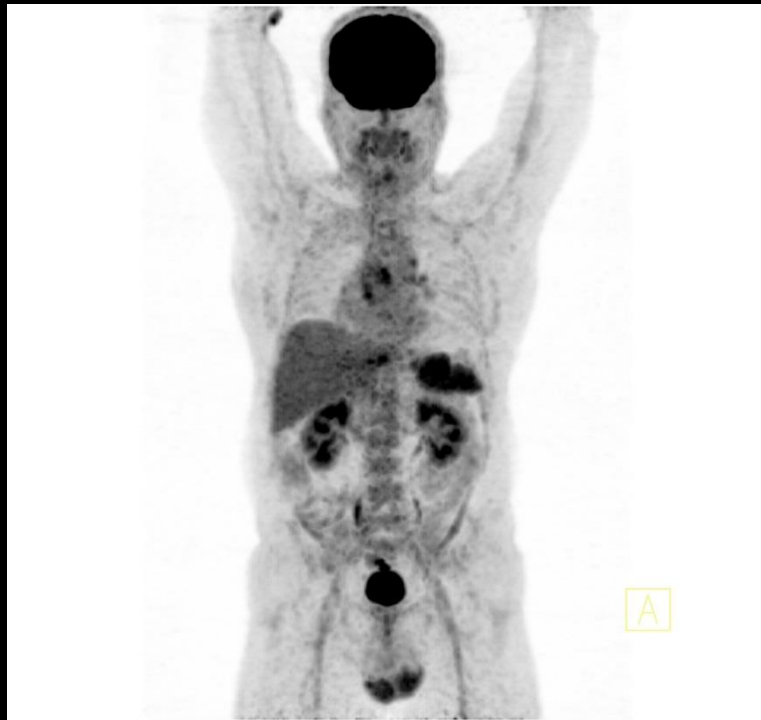
- valeur prédictive négative élevée mais spécificité faible, en particulier sur matériel prothétique
- diagnostic positif pour les cas complexes ?
- monitoring des traitements ?
- bilan d'extension des localisations septiques à distance ?
- diagnostic différentiel ? (fever of Unknown Origin +++)

- Cas N°1 : H 22 ans, cardiopathie congénitale complexe avec remplacement valvulaire pulmonaire et mitral – suspicion d'endocardite



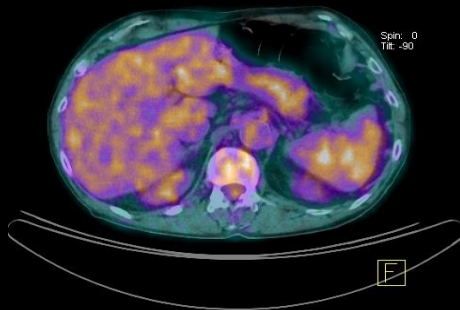
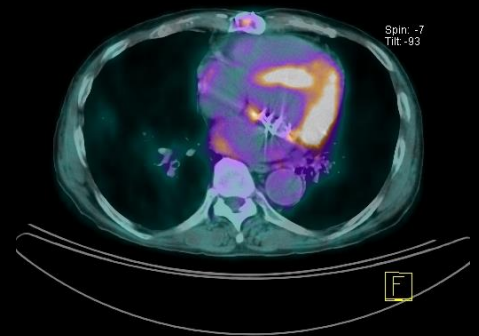
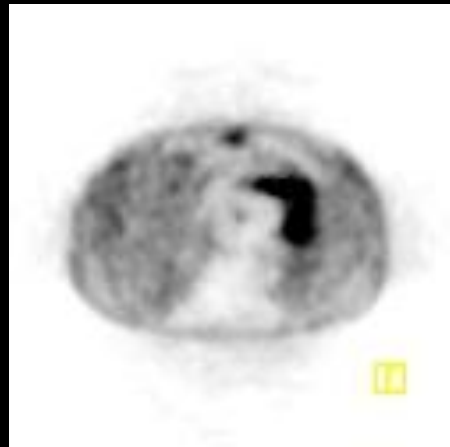
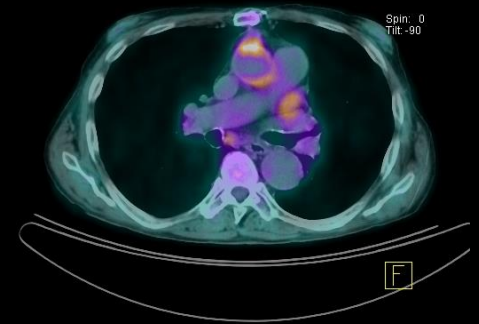
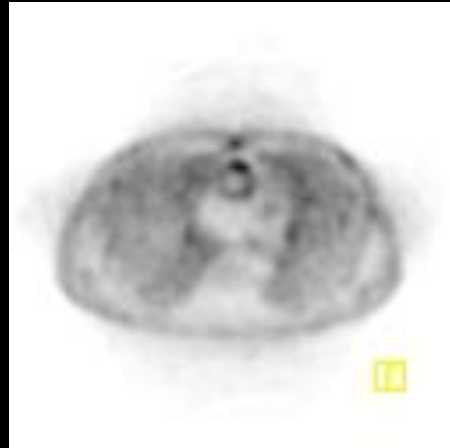
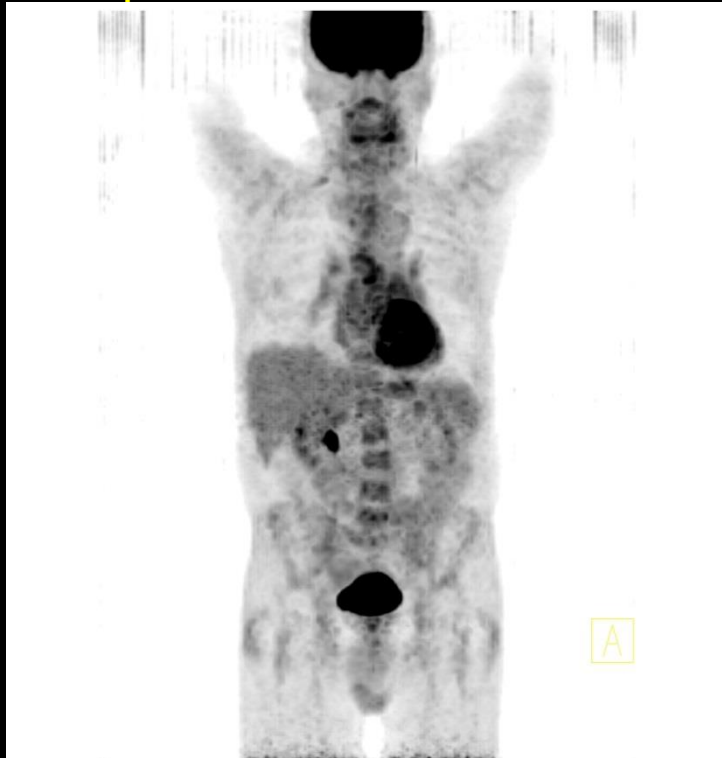
splénomégalie hypermétabolique réactionnelle au contexte inflammatoire chronique

- **Cas N°2 : H 57 ans, maladie annulo ectasiente et bicuspidie aortique, plastie valvulaire + remplacement Aorte ascendante – suspicion d'endocardite :**



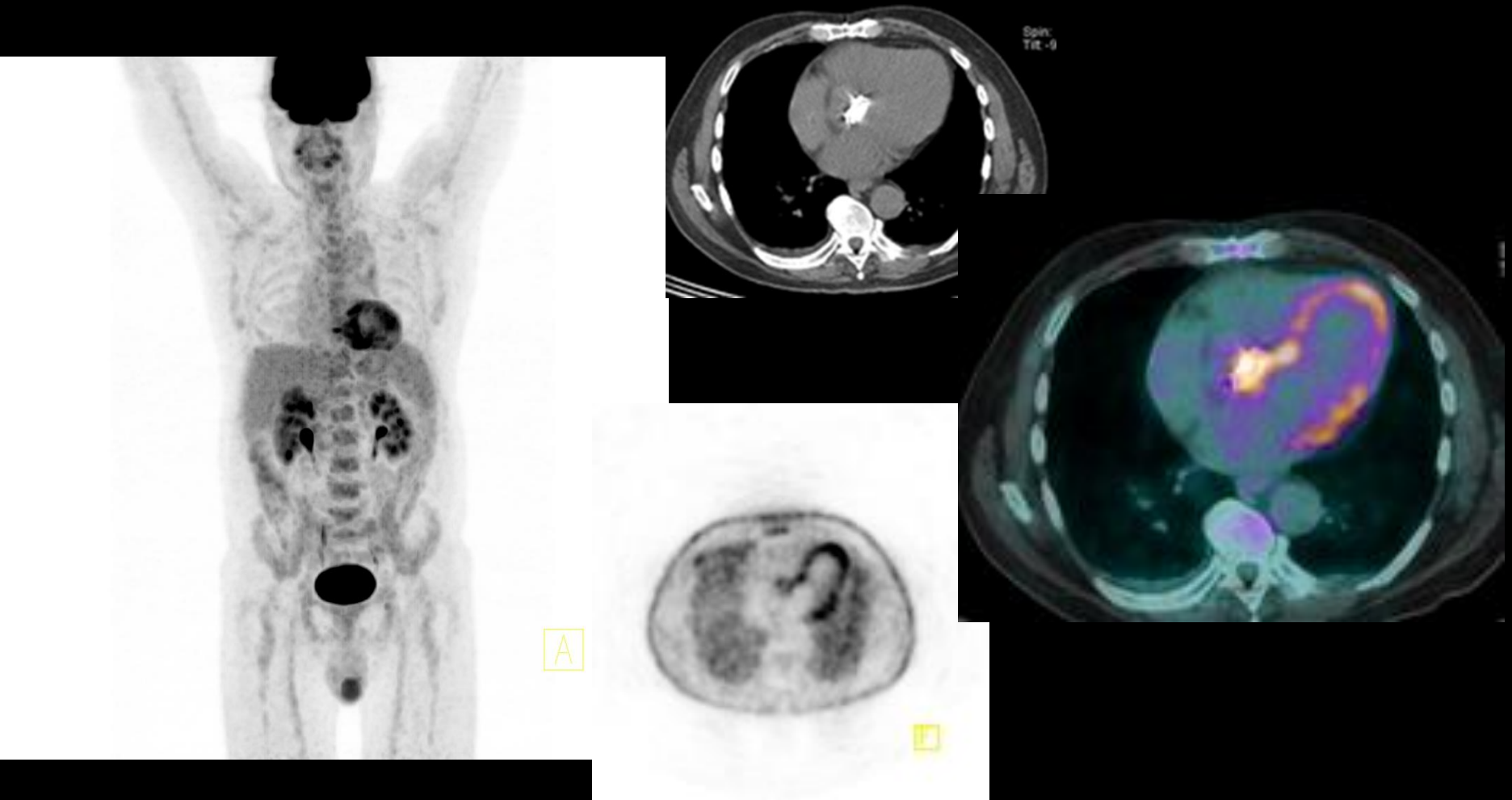
- **hypermétabolisme splénique réactionnel, sans splénomégalie**
- **en bas à gauche : acquisition non corrigée de l'atténuation : confirme que l'hypermétabolisme n'est pas un artéfact de correction**

- Cas N°3 : H 72 ans, double prothèse valvulaire aorto mitrale – suspicion d'endocardite



**niveau de fixation max de la rate discrètement au
dessus de celui du foie**

- H 67 ans, prothèse valvulaire aortique – suspicion d'endocardite



l'évaluation de l'hypermétabolisme de la rate dans les suspicions d'endocardite infectieuse mérite d'être poursuivie