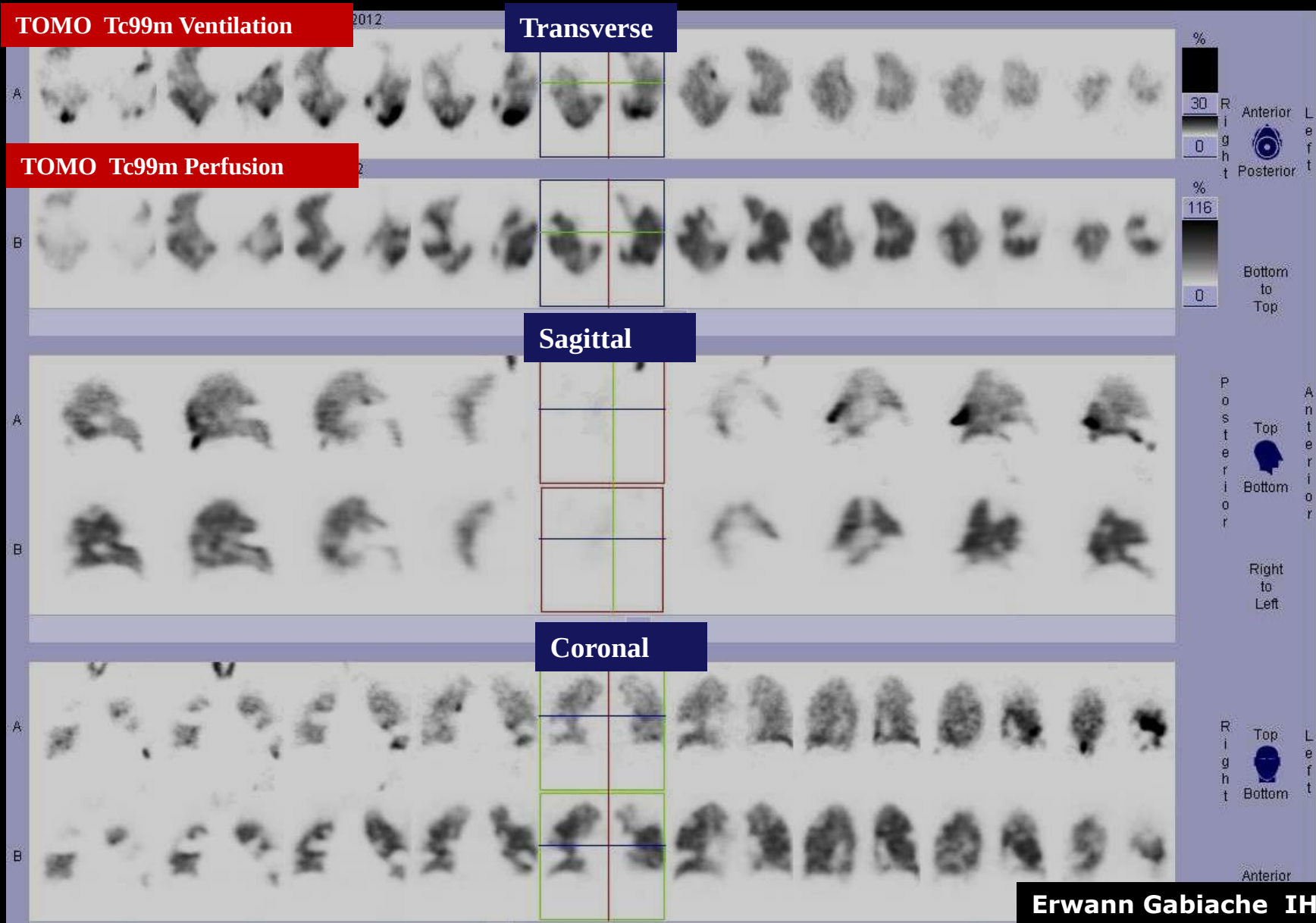
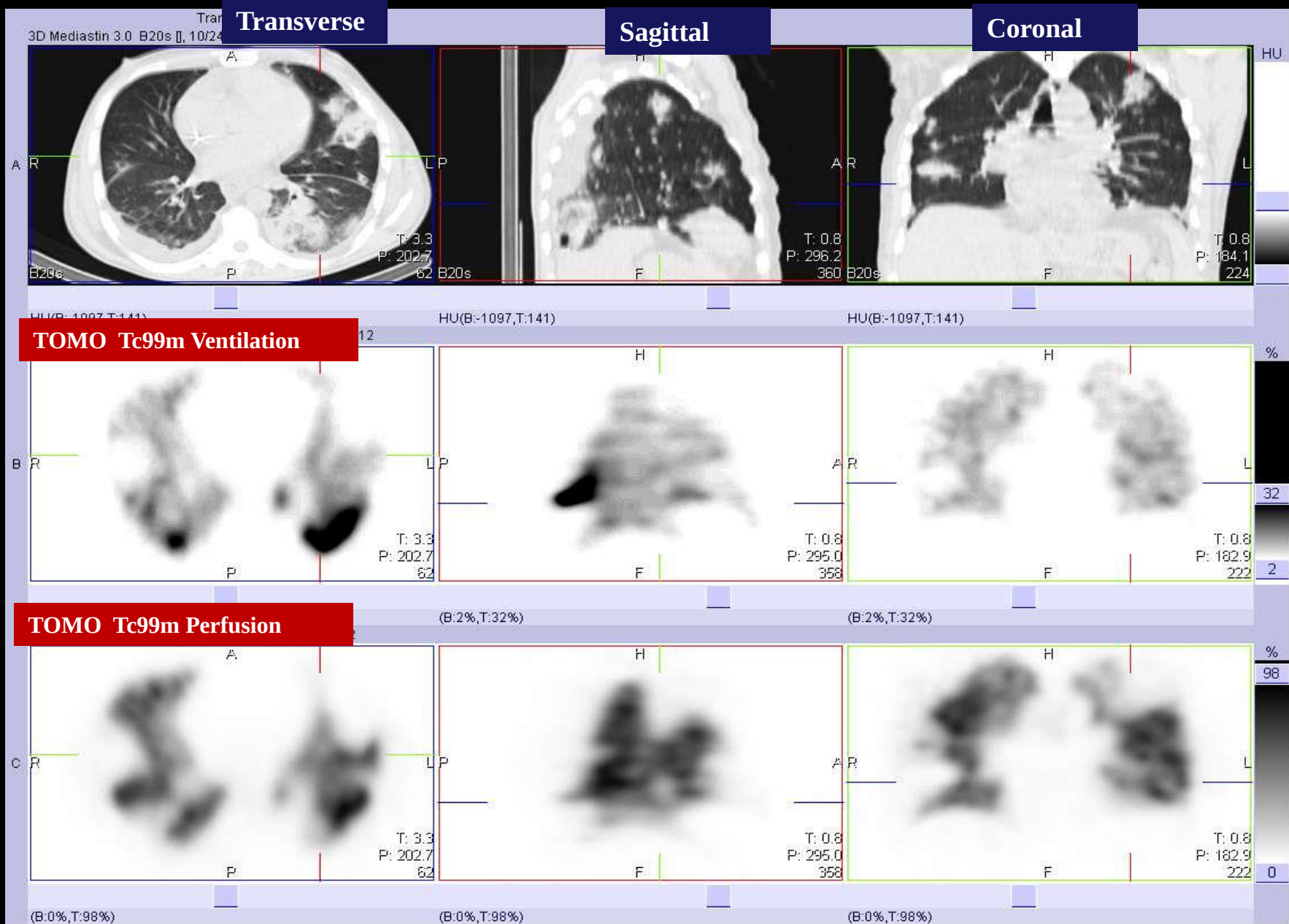


Homme jeune, 35 ans, **toxicomanie IV** . Abcès sous cutané de l'avant bras (point d'injection)

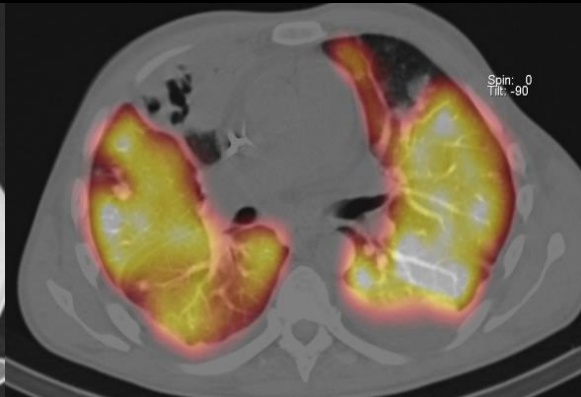
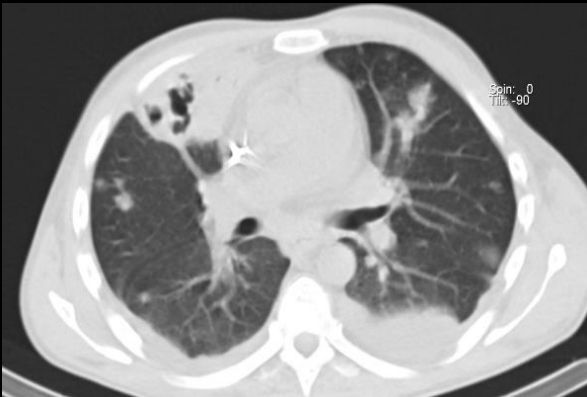
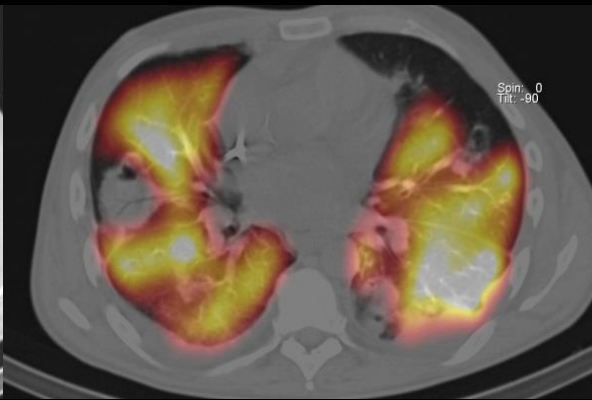
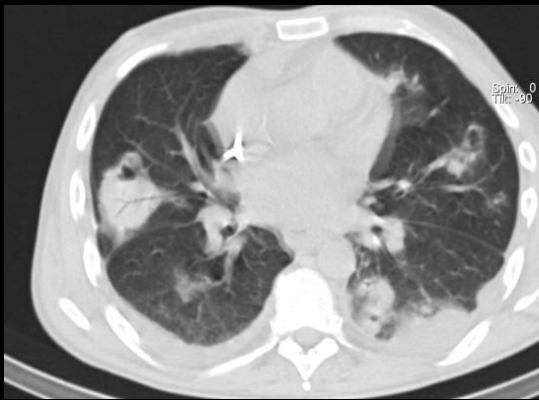
Tableau d'insuffisance respiratoire **aiguë** avec douleurs thoraciques **fébriles**

Adressé pour scintigraphie pulmonaire ventilation / perfusion





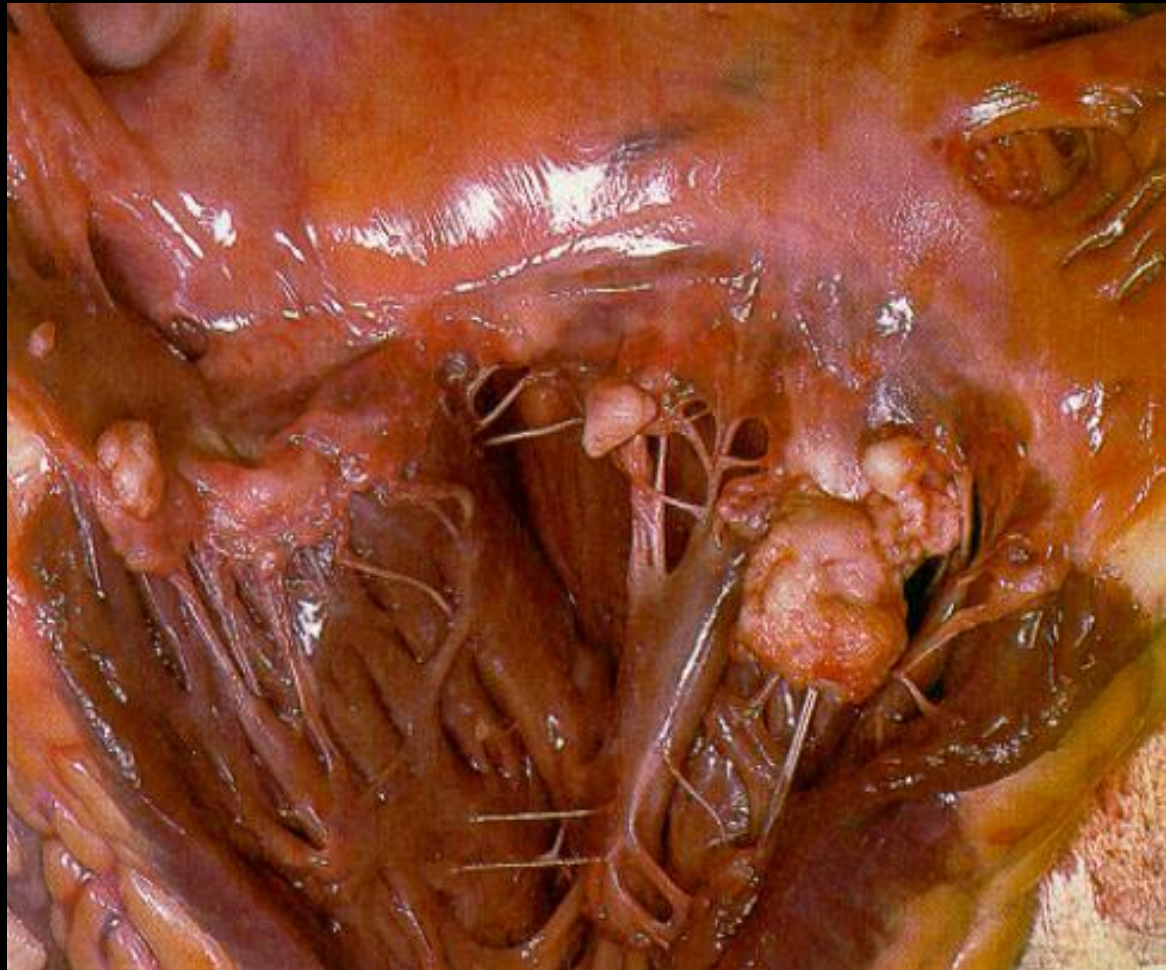
mismatch ventilation/perfusion, defects triangulaires à base pleurale = **emboles septiques**



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

sur le scanner du SPECT- CT : spondylodiscite

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

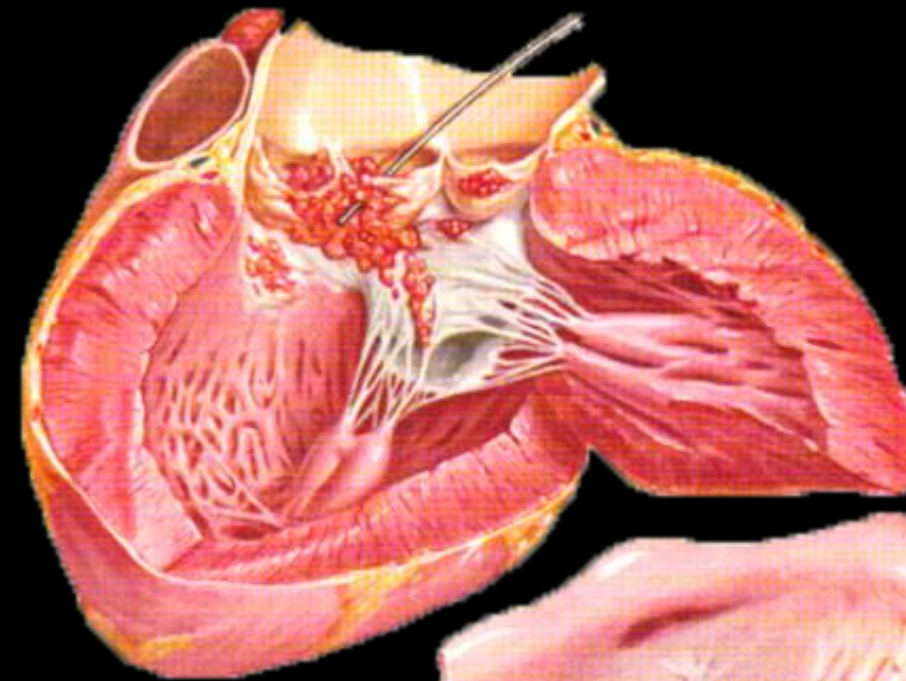




endocardite bactérienne du tronc de l'artère pulmonaire sur "lésion de jet " en relation avec un canal artériel persistant. Multiples infarctus pulmonaires avec réaction pleurale inflammatoire sur leur surface



Endocardite aigüe
de la valve
aortique avec
perforation de la
valvule antérieure
et rupture de
cordage



Endocardite
bactérienne
valvulaire mitrale
avec végétations
étendues sur les 2
versants de la valve



Endocardite
bactérienne
valvulaire mitrale
avec végétations
étendues sur le
versant atrial



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),

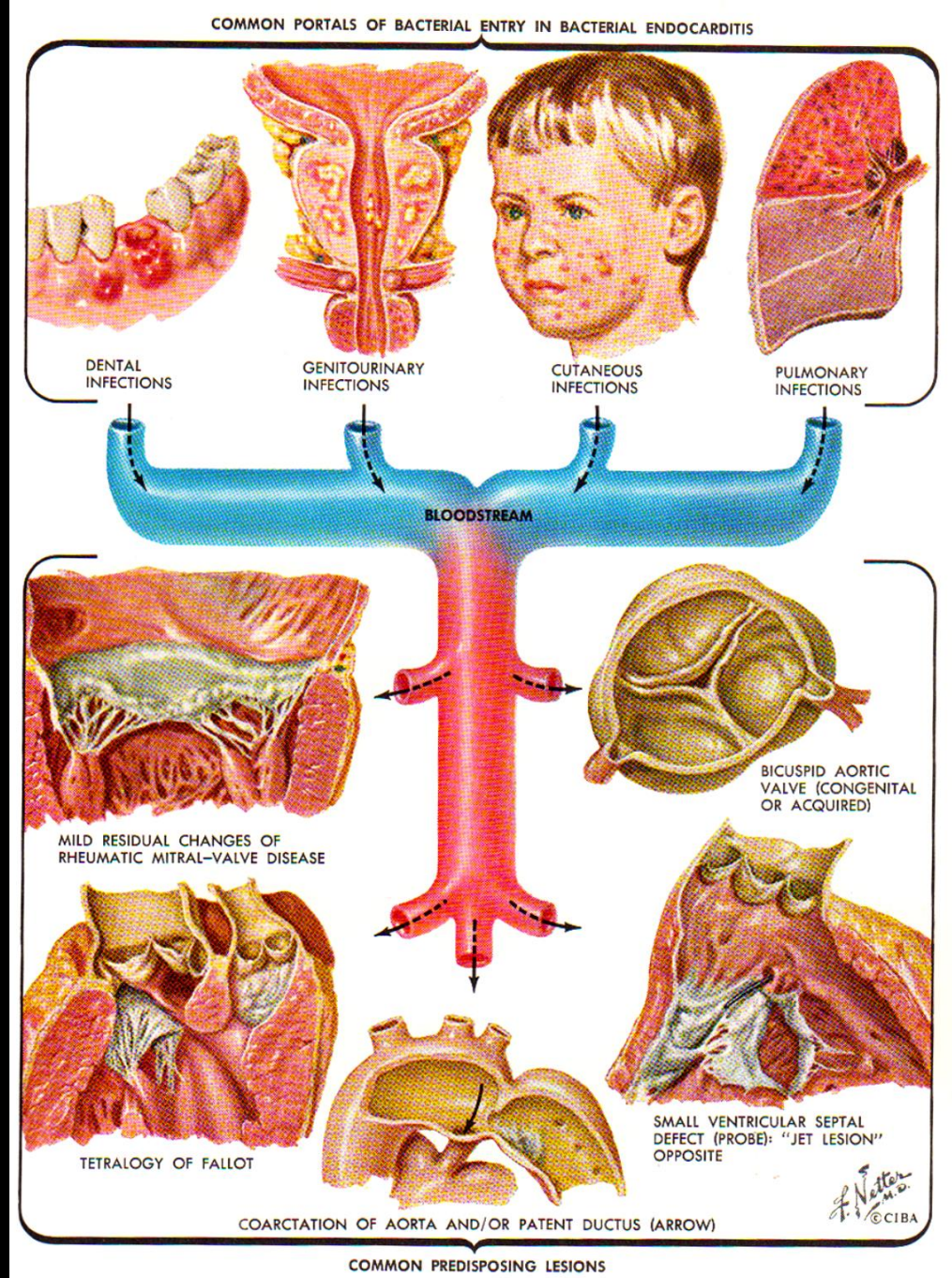
Capnocytophaga (morsures de chien) etc

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),

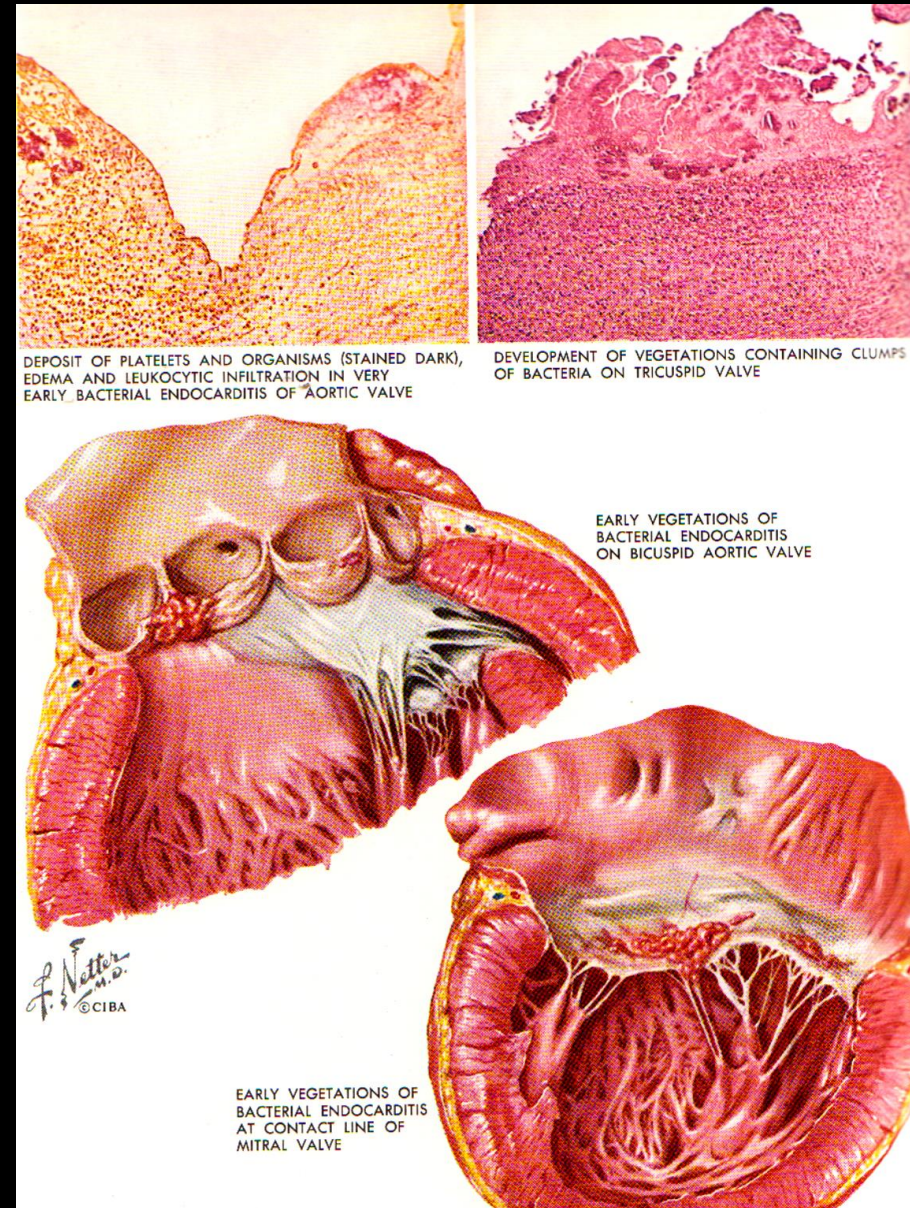
AEG,

splénomégalie

signes cardiaques :

**.apparition / modification d'un
souffle**

.tableau d'insuffisance cardiaque D ou G



Endocardite infectieuse , clinique

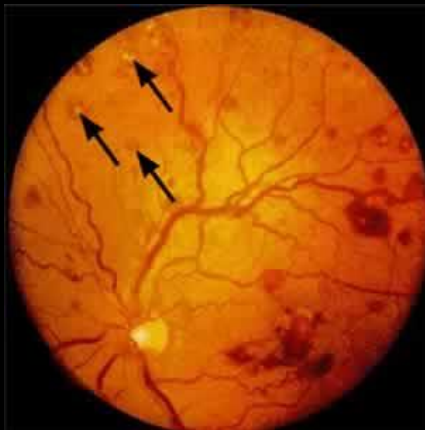
signes extra cardiaques :

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,

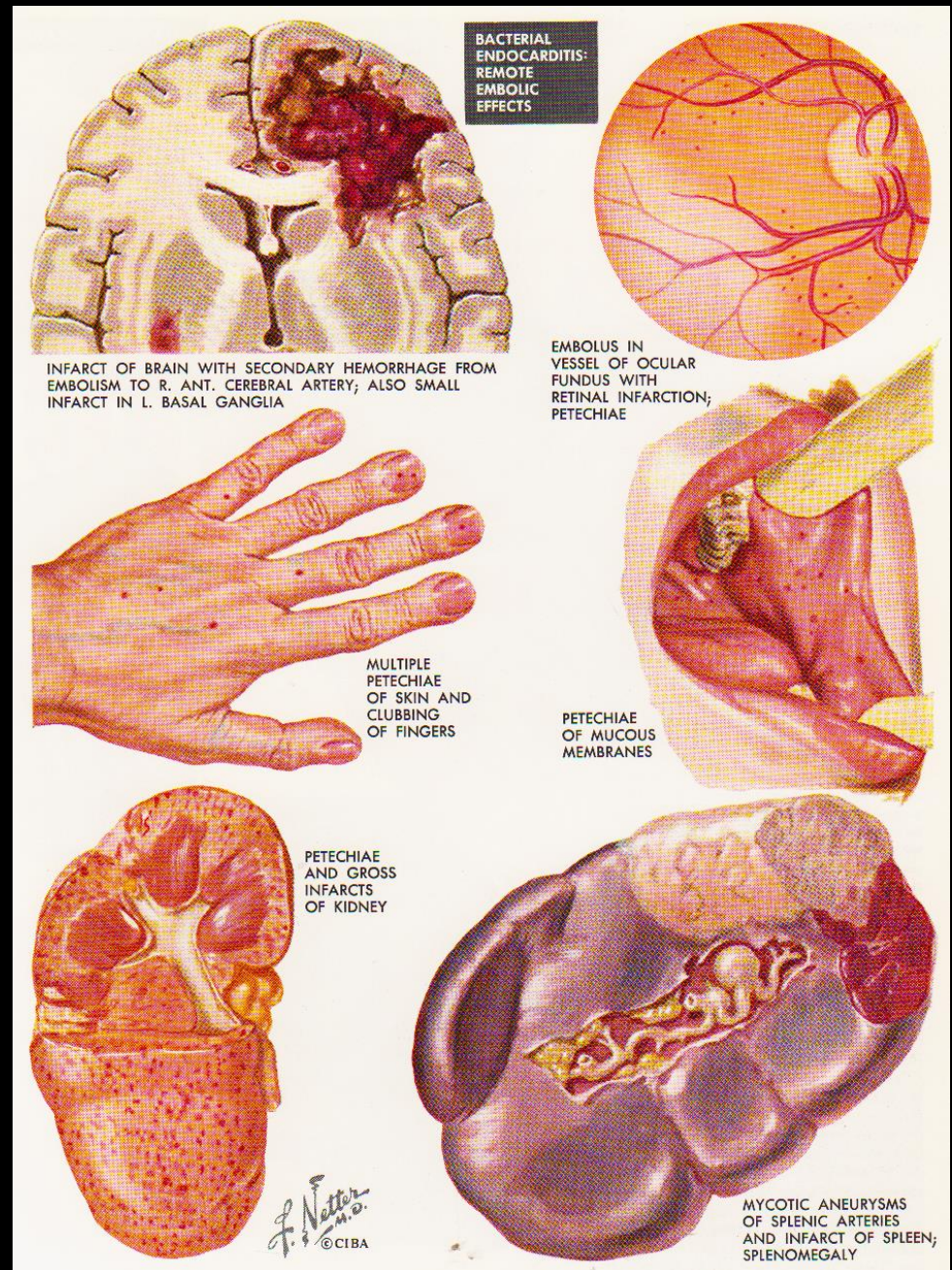
méningites,

arthrites, **spondylodiscites**,

néphrites, abcès divers,

pneumopathies (E cœur droit),

anévrismes mycotiques...



Endocardite infectieuse , bilan préthérapeutique :

autre bilan biologique standard,

hémocultures répétées (prévenir le labo),

ECG (emboles coronaires?),

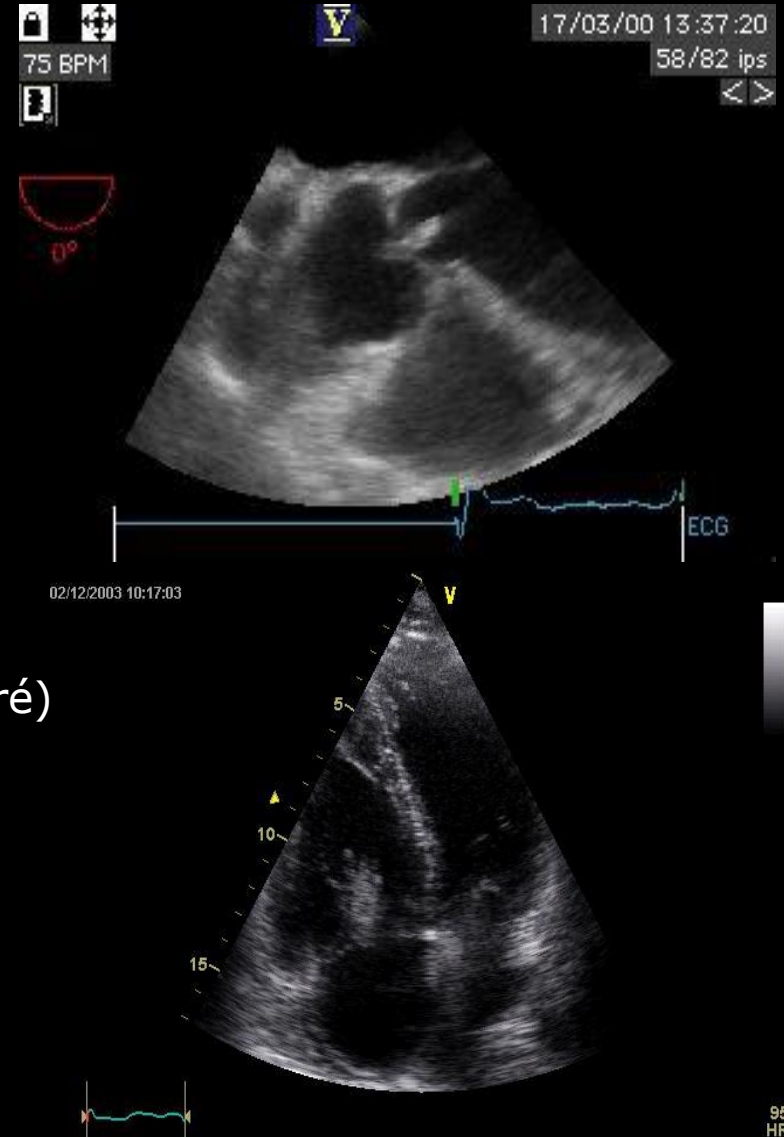
BU urée créatinine (protéinurie? Germes?),

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 (embolies, 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

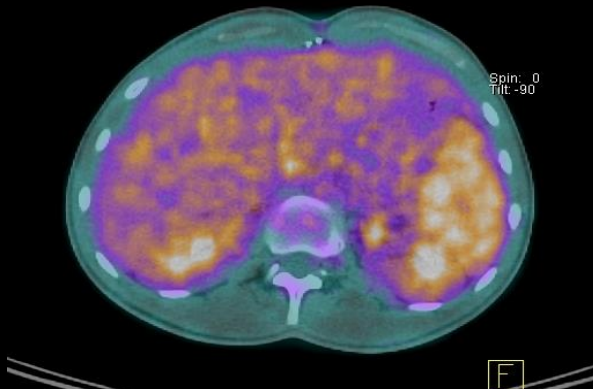
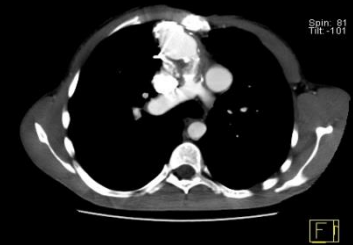
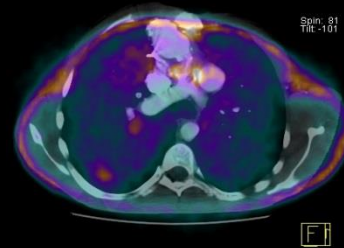
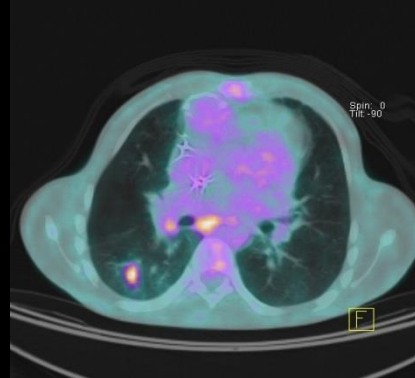
■ **Endocardite infectieuse , bilan d'imagerie et en TEP ?**

Possible role of PET/CT in infective endocarditis

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

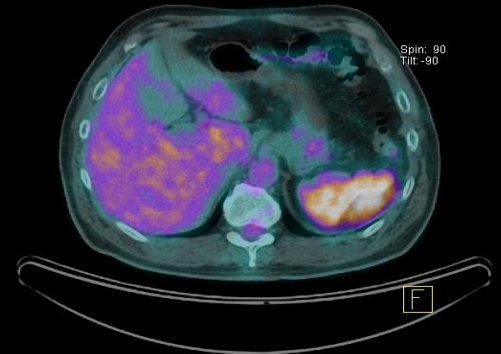
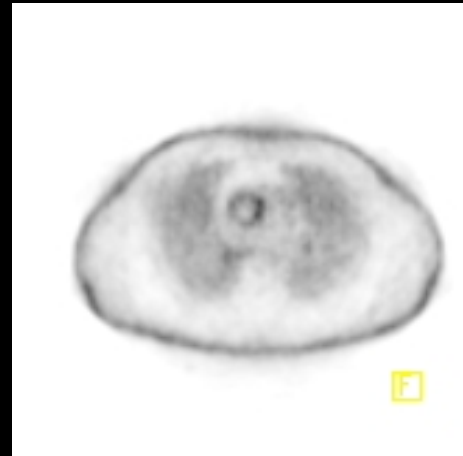
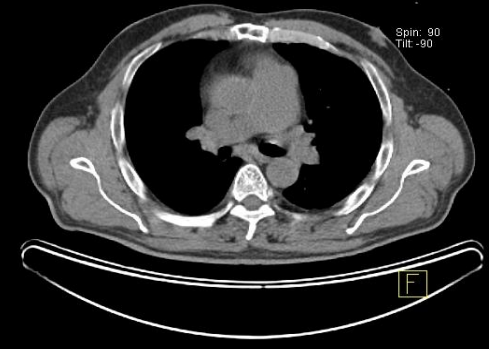
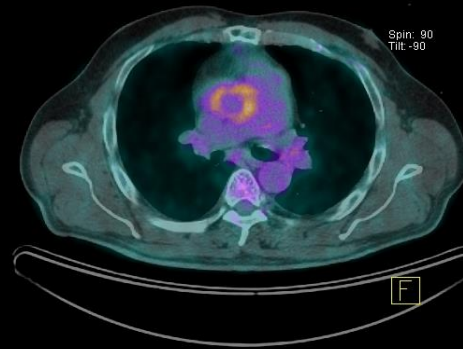
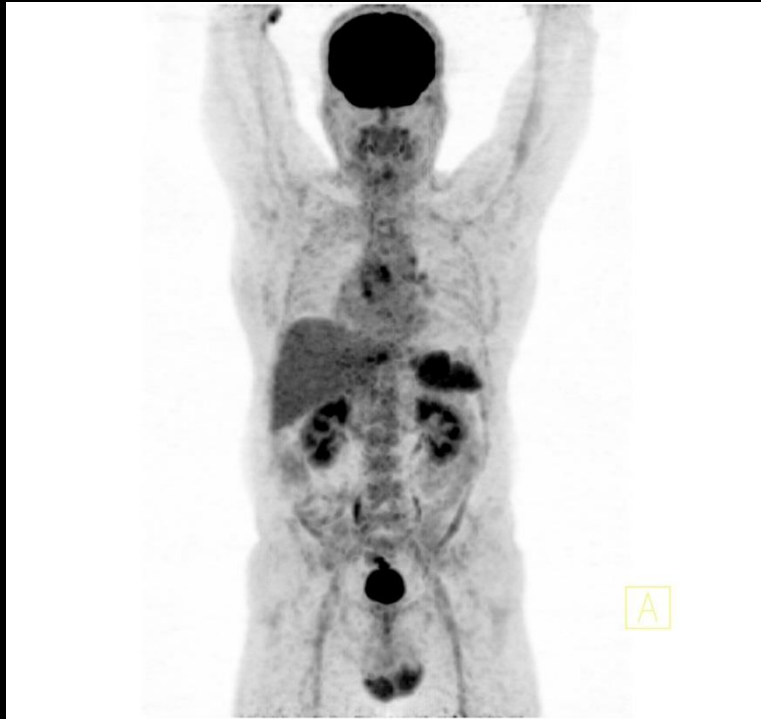
- diagnostic positif pour les cas complexes ?
- monitoring des traitements ?
- bilan d'extension des localisations septiques à distance ?
- diagnostic différentiel ? (Fever of Unknown Origin +++)

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



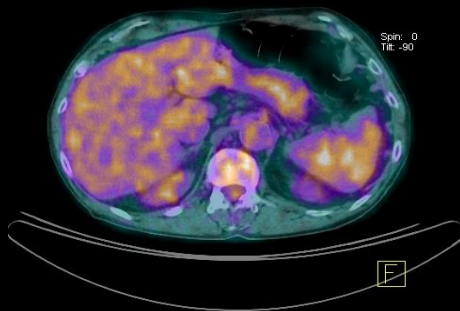
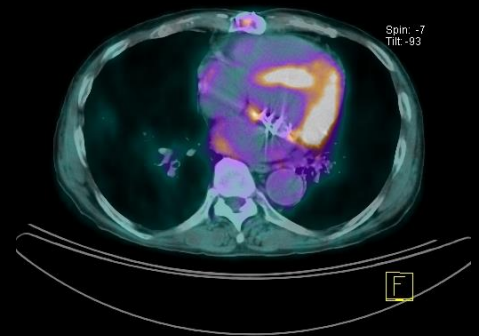
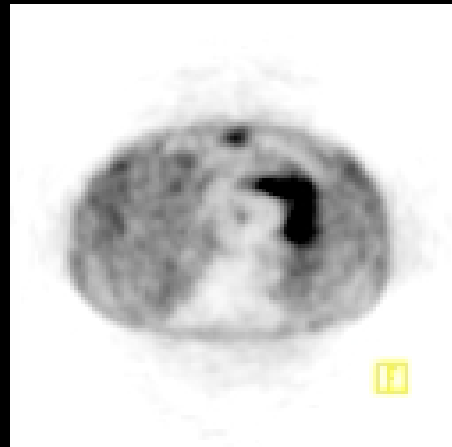
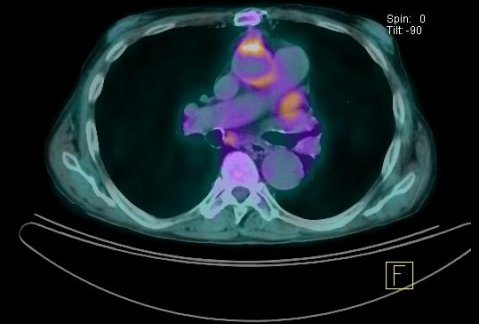
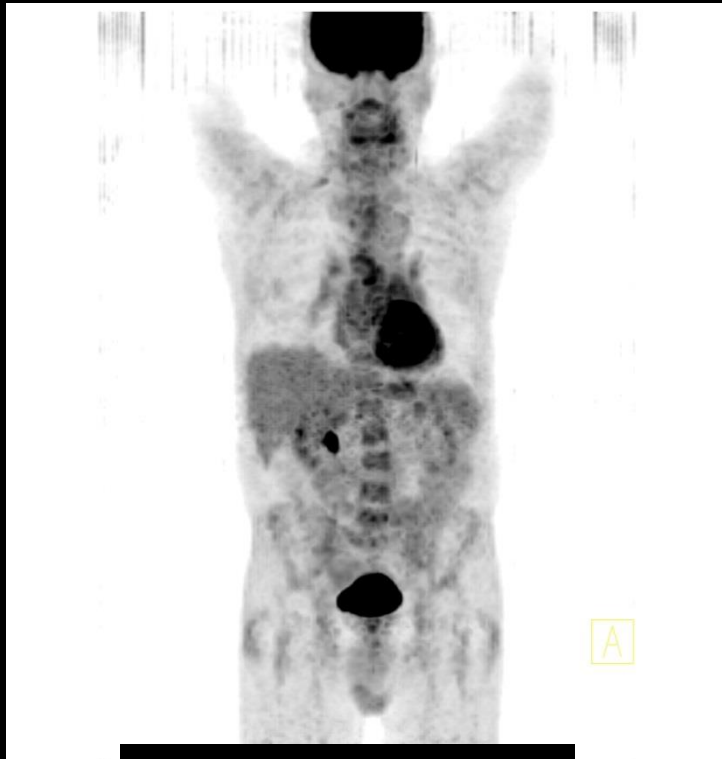
NB : splénomégalie hypermétabolique , réactionnelle au contexte inflammatoire chronique

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



- Ici, 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



NB : niveau de fixation max de la rate discrètement au dessus de celui du foie une fois de plus

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

