

#001

Objectifs du carnet

Physiopathologie

Ø Etapes-clés :

- inflammation de l'endocarde consécutive à des turbulences du flux sanguin (valvulopathie, matériel intra-cardiaque)
 - greffe microbienne à l'occasion d'une bactériémie
 - constitution de lésions infectieuses (végétations, abcès, destructions)
- Végétation = plaquettes + fibrine + bactéries.

Ø Agents infectieux en cause :

- bactéries (+++) ---> *S. aureus* (30%), streptocoques oraux (20%), str du groupe D (ex : *S. bovis*) (13%), staphylocoques à coagulase négat (10%), entérocoques (10%), autres (bactéries du groupe HACCEK, *Coxiella*, *Brucella*)
- levures du genre *Candida*.

Visuel extrait et recadré depuis les cours vidéo du SSD1.

Captures de cours recadrées depuis SSD1, usage pédagogique.

- Maîtriser le raisonnement devant endocardite infectieuse en contexte EDN et en garde.
- Pour Endocardite Infectieuse, identifier les signes de gravité avant de détailler l'étiologie.
- Pour Endocardite Infectieuse, choisir les examens utiles sans multiplier les explorations non contributives.
- Pour Endocardite Infectieuse, connaître les traitements initiaux, la surveillance et les critères d'avis spécialisé.

#002

Suspecter l'endocardite

Cas clinique n°1

- Monsieur B, 79 ans, consulte son médecin traitant pour de la fièvre évoluant depuis une semaine
- ATCD:
 - Bioprothèse aortique en 2010 pour rétrécissement aortique serré symptomatique
 - Absence de coronaropathie en 2010
 - Arthrose diffuse: prothèse totale de hanche gauche il y a 4 ans, de genou droit il y a 3 semaines
- Traitement : AINS et paracétamol à la demande

Visuel extrait et recadré depuis les cours vidéo du SSD1.

Captures de cours recadrées depuis SSD1, usage pédagogique.

- Fièvre prolongée, souffle nouveau, prothèse valvulaire, matériel intracardiaque ou bactériémie sont des alertes.
- Signes emboliques, purpura, hématurie, AVC, lombalgie ou insuffisance cardiaque peuvent révéler la maladie.
- *Staphylococcus aureus* en hémoculture impose de chercher activement une endocardite.
- Le diagnostic précoce prévient destruction valvulaire, abcès, embolies et choc septique.

#003

Diagnostic

Tableau clinique

Circonstances de découverte :

- Bilan d'une fièvre prolongée ou une d'une altération de l'état général
- Découverte d'un souffle cardiaque ou modification d'un souffle cardiaque
- Diagnostic de spondylodiscite.
- Découverte à la faveur d'une complication (ex : AVC fébrile, purpura vasculaire).

Examen clinique :

- Examen général : état général altéré, perte de poids, fièvre.
- Souffle cardiaque (d'insuffisance valvulaire).
- Signes cutanés (origine immunologique) : purpura vasculaire, faux d'Osler, érythème palmo-plantaire de Janeway.

Visuel extrait et recadré depuis les cours vidéo du SSD1.

Captures de cours recadrées depuis SSD1, usage pédagogique.

- Prelever des hemocultures avant antibiotiques si l'etat hemodynamique le permet.
- Echocardiographie transthoracique puis transoesophagienne selon probabilite, prothese ou qualite d'image.
- Les criteres diagnostiques associent microbiologie, imagerie et signes cliniques.
- Scanner, TEP-TDM ou IRM se discutent pour complications ou materiel prothetique.

#004

Traitement

- Antibiothérapie bactericide prolongée, adaptée au germe, à la valve native/prothétique et à la CMI.
- Avis infectiologie, cardiologie, chirurgie cardiaque et microbiologie très précoce.
- Chirurgie si insuffisance cardiaque, infection non contrôlée, abcès, prothèse instable ou risque embolique élevé.
- Surveiller fièvre, hémocultures, fonction rénale, embolies et complications de traitement.

#005

Prevention

- Antibioprophylaxie uniquement chez patients à très haut risque avant gestes dentaires à risque.
- Hygiène bucco-dentaire, soins cutanés et prise en charge des portes d'entrée sont essentiels.
- Informer les porteurs de prothèse ou antécédent d'endocardite des signes devant consulter vite.
- Éviter antibiothérapie probabiliste prolongée sans documentation lorsque l'endocardite est possible.

#006

Pieges EDN

- Un ECG normal n'elimine pas un SCA, une embolie pulmonaire ou une dissection si la clinique est forte.
- Ne pas retarder le traitement d'une urgence circulatoire pour obtenir un bilan complet.
- Toujours verifier rein, kaliemie, tension et interactions avant d'intensifier les traitements cardiovasculaires.
- La prevention secondaire doit etre prescrite, expliquee et surveillee avant la sortie.

#007

Mini-cas a savoir resoudre

- Resumer en une phrase le syndrome cardiovasculaire, le risque vital et l'examen pivot.
- Justifier hospitalisation, monitoring, avis cardiologique ou strategie ambulatoire.
- Choisir le traitement initial et la surveillance des effets attendus ou indesirables.
- Planifier reevaluation, adaptation therapeutique et education du patient.

Sources: Referentiel de medecine cardiovasculaire CNEC/SFC - DFASM/EDN; Recommandations ESC 2023-2024 selon les themes: FA, SCA, HTA, endocardite, aorte et arteriopathies; Guides HAS: insuffisance cardiaque, fibrillation atriale, parcours de soins cardiovasculaires; Supports locaux SSD1/Alex/1- Cardiologie; Banque d'images recadrees SSD1/Carnets/phase1_collecte