



FAIT CLINIQUE / CASE REPORT

Endocardite infectieuse aiguë du postpartum.

Post-partum acute endocarditis infectious.

BANI Aloïse Macaire¹, EOUANI Levy Max Emmery^{2,4*}, NTSIBA F¹, MOUKASSA Doncien^{3,4}

- 1- Service de cardiologie et de médecine interne, hôpital Général de Loandjili (Pointe Noire, Congo)
- 2- Service Gynécologie Obstétricien, hôpital Général de Loandjili (Pointe Noire, Congo)
- 3- Service de laboratoire, hôpital Général de Loandjili (Pointe Noire, Congo)
- 4- Faculté des sciences de la santé, Université Marien Ngouabi (Brazzaville, Congo)

Mots-clés :

Endocardite infectieuse, consultation prénatale, consultation post natale, mortalité maternelle.

Keywords:

Infectious endocarditis, prenatal consultation, post natal consultation, maternal mortality.

*Auteur correspondant

Docteur Levy Max Emmery EOUANI
Service de Gynécologie Obstétrique
BP : 8122 Pointe Noire, Congo
E-mail : eouani@yahoo.fr
Tel : 00424-06-662-45-49 / 00242-05-629-01-01

RÉSUMÉ

L'endocardite infectieuse (EI) du post partum est une maladie peu fréquente. Elle se définit comme étant, une colonisation de l'endocarde sain ou pathologique, par un micro-organisme chez une accouchée. Les complications observées dans le cadre de cette cardiopathie font sa gravité. Les auteurs rapportent une observation, à propos d'un cas d'endocardite infectieuse sur la valve aortique, observée chez une accouchée récente, âgée de 31 ans sans suivi pré et post-natal. Le but: est de montrer l'importance de la surveillance maternelle depuis la conception, jusqu'à la période post-natale, et que sa prise en charge doit être multidisciplinaire

ABSTRACT

Postpartum infectious endocarditis (IE) is an infrequent disease. It is defined as being a colonization of the healthy or pathological endocardium, by a micro-organism in a woman giving birth. The complications observed in the context of this heart disease make it serious. The authors report an observation about a case of infective endocarditis on the aortic valve, observed in a recent woman, aged 31, without pre- and postnatal follow-up. The goal is to show the importance of maternal surveillance from conception to the post-natal period, and that its management must be multidisciplinary.

1. Introduction

L'endocardite infectieuse (EI) du post partum est une maladie peu fréquente. Elle se définit comme étant, une colonisation de l'endocarde sain ou pathologique, par un micro-organisme. Les complications observées dans le cadre de cette cardiopathie font sa gravité [1].

La consultation prénatale (CPN) et post natale (CPON) ont toujours été bénéfiques pour le nouveau-né et

protectrice pour la mère. Elles permettent de dépister puis de traiter les éventuelles complications.

Ainsi, nous rapportons une observation, à propos d'un cas d'endocardite infectieuse sur la valve aortique, observée chez une accouchée récente sans suivi pré et post-natal. Le but de ce travail est de montrer l'importance de la surveillance maternelle depuis la conception, jusqu'à la période post-natale, ce qui aboutira par conséquence, à un accouchement assisté et

à la prévention des cardiopathies du post-partum d'origine infectieuse.

2. Observation

Madame N C, 31 ans, sans profession est admise en hospitalisation pour une dyspnée d'effort NYHA 3 (New York Heart Association) survenue après un mois d'un accouchement par voie basse à domicile survenu en zone rurale. Elle n'a pas de passés cardiologiques personnels ni familiaux notables. Elle n'avait jamais été opérée. Elle avait eu sa ménarche à 15ans, et était normalement réglée. Elle était 4e geste, 3e pare avec 3 enfants, et une interruption volontaire de grossesse à 12 semaines en 2012, avec des suites post abortum simples.

. Le suivi prénatal n'a pas été réalisé pour des raisons d'éloignement du centre de santé qui était situé dans le village voisin.

L'histoire remonte à un mois environ avant l'accouchement, par une dyspnée d'effort, accompagnée d'une toux sèche, et des algies thoraciques basales gauches dont l'origine, n'avait pas été identifiée. Devant la persistance de ce tableau, la patiente avait consulté un poste de santé du village voisin, où la dyspnée avait été rattachée à une bronchite, traité à base d'une amoxicilline à raison de 1 gramme toute les 8 heures. Du point de vue obstétrical, la grossesse étant presque à terme, un décollement du pôle inférieur de l'œuf avait été pratiqué en vue d'induire un travail d'accouchement. Après six jours de traitement à base amoxicilline, la gestante retourne dans sa localité d'origine. Six jours après avoir regagné son domicile, survient un travail d'accouchement, qui avait permis de donner naissance à un nouveau-né de sexe féminin, pesant 3450g, criant aussitôt et apparemment bien portant. Pendant le post partum, l'état clinique de l'accouchée s'était dégradé. C'est dans ce contexte qu'elle nous est adressée pour prise en charge.

L'examen physique à l'admission avait permis de noter une altération prononcée de l'état général, avec des constantes anthropométriques qui donnaient un indice de masse corporel à 18, dominées par un amaigrissement manifeste, et les constantes neuro-végétatives marquées par une fièvre persistante, une dyspnée d'effort, une asthénie intense, et une pâleur des conjonctives et des muqueuses. La tension artérielle à l'admission était à 110/40 mm Hg. Le cœur était régulier à 100 battements par minute, et l'on percevait un souffle systolique le long du bord gauche sternal de 3/6ème accompagné d'un Le diagnostic d'insuffisance cardiaque globale rattaché à une endocardite infectieuse sub aigue sur valve aortique a été retenu. Elle est présumée d'origine probablement troisième génération était instituée, ainsi que le traitement de l'insuffisance cardiaque comprenant un

souffle diastolique aortique de 2/6ème. L'examen notait également une turgescence des veines jugulaires, une pulsatilité des vaisseaux du cou. Les champs pulmonaires étaient libres, et l'on constatait également un hippocratisme digital, et des œdèmes des membres inférieurs.

L'examen sénologique avait permis de noter des seins pairs et symétriques avec un écoulement lacté physiologique.

L'examen obstétrical avait constaté un retour presque à la normal des organes génitaux externes. Le reste de l'examen somatique était normal. Les hémocultures ou les urocultures n'étaient pas réalisées du fait que la patiente avait préalablement reçue une antibiothérapie.

La radiographie thoracique de face avait permis de noter une cardiomégalie globale avec un rapport cardio-thoracique évalué à 60% accompagné d'une dilatation des artères pulmonaire, et les angles cardio-phréniques sont émoussés avec pédicule court (figure 1).

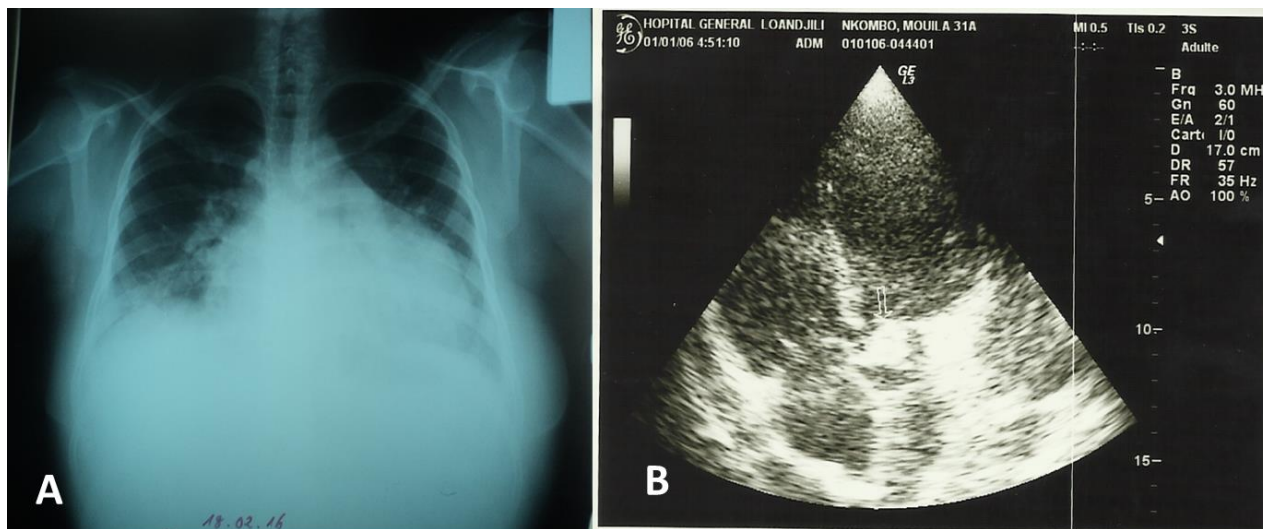
L'électrocardiogramme s'inscrivait en rythme sinusal, avec une tachycardie à 100 battements par minute, et une hypertrophie ventriculaire gauche.

Le bilan biologique à l'admission objectivait un taux de globules blancs à 12800/mm³, un taux d'hémoglobine à 8,6 g/dl, un taux de plaquettes à 231000/mm³, un taux de créatininémie à 65mg/l. La sérologie rétrovirale était négative. L'intradermoréaction était anergique. La glycémie à jeun était à 0,58 g/l. Le profil lipidique objectait : cholestérol total : 1,61g/l ; HDL cholestérol: 0,18g/l; Triglycérides: 0,77g/l; LDL cholestérol: 1,14 g/l. L'uricémie était à 86,32 mg/l.

L'échocardiographie Trans thoracique (figure 2) avait permis d'objectiver une cinétique globale conservée avec une fraction d'éjection estimée à 64,95 %, une fraction de raccourcissement à 35,92%. L'oreillette gauche était dilatée (Diamètre télé systolique de l'OG : 43mm ; Surface de l'OG : 17,74 cm²), le ventricule gauche (VG) était de taille normale avec un diamètre télé diastolique estimé (DTDVG : 54,4mm) ; les parois du ventricule gauche étaient estimée à 6,3mm pour le septum interventriculaire en diastole, et à 6,9mm pour la paroi postérieure en diastole. La valve aortique était tricuspide, et elle était le siège d'une importante fuite avec une surface orificielle régurgitante (SOR) estimée à 43,4mm, et l'on notait également une végétation aortique sur la sigmoïde postérieure non coronaire droite. Le péricarde antéro-postérieur montrait un épanchement péricardique abondant, circonférentiel, estimé à 21,1 mm, soit plus de 500 ml du liquide péricardique (Figure 2).

staphylococcique et / ou streptococcique en présence des lésions valvulaires observées. Une antibiothérapie parentérale avec des céphalosporine de régime hyposodé, du furosémide, et du captopril. Ce traitement avait permis la régression du syndrome

inflammatoire et de l'insuffisance cardiaque congestive. L'évolution létale est survenue au 22^{ème} jour d'hospitalisation au décours des complications rénales par défaillance sévère.



3. Discussion

L'endocardite infectieuse (EI) est secondaire à une greffe microbienne sur l'endocarde valvulaire native ou pathologique. Elle réalise au niveau de cet appareil valvulaire des lésions ulcéro- végétantes, associée éventuellement à des lésions de contiguïté de diverses structures cardiaques, et à des atteintes extra cardiaques, de mécanisme principalement embolique [1].

L'incidence de l'EI en France a montré une augmentation entre 1991 et 1999 passant de 14% à 25% [2]. Au Congo, Nkoua [3] rapportait 1 cas d'endocardite infectieuse du post partum sur une série de 15 cas d'endocardite à porte d'entrée gynécologique. Ce qui prouve sa faible fréquence comme nous l'avons constaté.

Selon la littérature, les streptocoque du groupe G compose la flore commensale de l'appareil génital féminin [4 :vartian c]. Ce germe est hébergé chez près de 5% de la flore commensale génitale de l'appareil génital. Il est responsable des fièvres du post partum, des infections graves, et des endocardites infectieuses comme nous le prouve Verdonk[5], qui constate également, que les EI, sont présentent chez les personnes avec comorbidités importantes : cancer, pathologie cardiaque, et diabète.

Le tableau révélateur est extrêmement variable et polymorphe. Il se résume principalement à un syndrome infectieux prolongé associé à une valvulopathie. Le diagnostic de l'EI reste clinique et échographique. En dépit de nombreux progrès microbiologiques sur l'EI, et sur son caractère échocardiographique, son diagnostic étiologique demeure encore difficile comme le mentionne Habib [6]. L'échographie cardiaque occupe une place prépondérante. Cet examen non invasif permet de confirmer le diagnostic de l'EI chez la majorité des patients, en montrant les trois (3) aspects écho cardiographiques de cette cardiopathie comme illustré dans la littérature[7]: La végétation, l'abcès péri-valvulaire, et l'existence des régurgitations péri-prothétique. La mise en évidence d'une grosse végétation aortique a été contributive dès le premier examen échocardiographique dans notre cas comme le montre la figure 2. L'insuffisance aortique de haut grade observée sur la cuspside postérieure non coronaire peut être en rapport avec des déchirures ou des perforations valvulaires aortique. Ces aspects écho-cardiographiques, d'installation rapide, sont particulièrement caractéristiques d'une endocardite infectieuse, des germes sus cités. Ainsi, à un stade avancé d'une EI, de nombreuses complications cardiaques peuvent survenir, dont l'épanchement péricardique inflammatoire, et l'insuffisance cardiaque, et les complications rénales que

nous avons observés. Ces complications sont en rapport avec l'extension de l'infection. En outre, la mortalité est intimement liée à la taille de la végétation comme le souligne certains auteurs [7].

Selon Baudet [8], la greffe infectieuse qui menace les femmes atteinte de cardiopathie congénitale ou acquise et de cardiomyopathie obstructive, sera prévenue par un traitement antibiotique. Alors que, selon Habib [2], le traitement reste basé sur la combinaison d'une antibiothérapie adaptée et prolongée, et d'une intervention chirurgicale nécessaire environ la moitié de cas. En dépit des progrès enregistrés sur l'antibiothérapie, la mortalité des EI reste élevée avec le traitement médical seul [2].

Le programme de surveillance d'une fin de grossesse est bien connu et codifié. Il permet une surveillance materno-fœtale, par un examen obstétrical et la pratique d'échographie obstétricale. L'apparition d'une dyspnée,

d'une toux sèche, et des douleurs basi thoraciques gauche en fin de grossesse devrait motiver une hospitalisation dans milieux appropriés.

4. Conclusion

L'endocardite infectieuse de la valve aortique est grave. La prise en charge d'une EI chez la femme enceinte, sans CPN, ayant accouchée à domicile, et sans CPON est difficile. Au Congo, dans un milieu rural, compte tenu du plateau technique, la référence en cas de signe d'alerte doit être le seul mode de prise en charge. Car cette prise en charge, doit être multidisciplinaire. Elle commence dès le diagnostic d'une cardiopathie chez une femme enceinte. La survenue des complications majorent la mortalité.

Conflit d'intérêt

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

5. Références

- Loire R. Les lésions cardiaques de l'endocardite infectieuse : des enseignements de l'anatomie pathologique aux possibilités et limites de la chirurgie. *Arch Mal Cœur*, 1993,86 :1811-18
- Habib G, Thunis F, Avierinos JF. Données récentes sur l'endocardite infectieuse. *Arch Mal Cœur*, 2005, 88 (10) : 992 – 6
- Nkoua JL, Kimbally-kaky J, Ekoba J, Gombet T, Onkani AH, Oumba C, Mbouramoue C. Endocardite infectieuse à porte d'entrée gynéco-obstétricale : à propos de 15 cas. *J Gynécol Obstet Biol Reprod* 1993 ; 22(4) : 425-8.
- Vartian C, Lerner PI, Shlaes DM, Gopala krishna KV. Infections due to lancefield group streptococci. *Medicine (Baltimore)* 1985 ; 64 : 75 – 88.
- Verdonk C, Botto JN, Worcel I. Bacteriemies à streptocoque du groupe G dans le post – partum. A propos d'un cas. *J Gynécol Obstét Biol Reprod* 2014 ; 43 : 263 – 5
- Habib G, Hoen B, Tornos P, 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). *Eur Heart J* 2009 ; 30 : 2369.
- Habib G. Apport de l'échocardiographie dans l'endocardite infectieuse. *Arch Mal Cœur* 2003 ; 96(V) : 15-23.
- Baudet JH. *Obstétrique pratique* 2ème édition Maloine. Paris, 1990 : 207P.