



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Mise au point

Les endocardites non infectieuses

Non-infective endocarditis

A. Le Bot^{a,b}, P. Jégo^{a,b}, E. Donal^c, E. Flécher^d, M. Revest^a, P. Tattevin^{a,*}

^a Service des maladies infectieuses et de réanimation médicale, CHU Pontchaillou, 2, rue Henri-Le-Guilloux, 35033 Rennes cedex, France

^b Service de médecine interne, hôpital Sud, CHU, 35033 Rennes, France

^c Service de cardiologie, hôpital Pontchaillou, CHU, 35033 Rennes, France

^d Service de chirurgie thoracique et cardiovasculaire, hôpital Pontchaillou, CHU, 35033 Rennes, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Disponible sur Internet le xxx

Mots clés :

Endocardite

Endocardite marastique

Lupus érythémateux disséminé

Syndrome des anticorps antiphospholipides

Maladie de Behçet

Maladie de Still

R É S U M É

Les endocardites non infectieuses regroupent des pathologies rares et souvent sévères. Cette mise au point a rassemblé les données de la littérature, pour dégager les principales informations disponibles dans les domaines de la physiopathologie, du diagnostic et du traitement de ces pathologies hétérogènes, encore souvent méconnues. Leurs caractéristiques sont très proches de celles des endocardites infectieuses, en termes de lésions valvulaires (atteinte prédominante du cœur gauche, avec insuffisances valvulaires et végétations), et de complications emboliques. Le diagnostic est en général évoqué dans un contexte d'endocardites à hémocultures négatives. Au-delà des classiques endocardites marastiques et lupiques, qui représentent plus de 75 % des cas, l'endocardite de Loeffler et la maladie de Behçet sont des étiologies à rechercher en première intention. Plus rarement, on évoquera une polyarthrite rhumatoïde, une maladie de Still de l'adulte, une allergie aux protéines de porc chez les patients porteurs de bioprothèse valvulaire porcine, une sclérodémie systémique, voire un syndrome de Cogan ou de Sneddon. La démarche diagnostique s'appuie sur les données d'interrogatoire et d'examen clinique à la recherche de signes extracardiaques, mais aussi sur les éléments échocardiographiques, voire scannographiques. Le traitement repose principalement sur une prise en charge intensive de la pathologie sous-jacente. Une anticoagulation curative est souvent nécessaire. Bien que les indications chirurgicales soient moins bien précisées que pour les endocardites infectieuses, les données disponibles suggèrent qu'un contrôle préalable de la maladie sous-jacente est un facteur pronostique majeur, en réduisant le risque de complications postopératoires.

© 2018 Société nationale française de médecine interne (SNFMI). Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

A B S T R A C T

Non-infective endocarditis, also referred to as non-bacterial thrombotic endocarditis, represent a wide range of rare pathologies, often severe. This review gathered the data available in the literature, to decipher the major information collected on the pathophysiology, the diagnosis and the treatment of these heterogeneous diseases, often misdiagnosed. Characteristics of non-infective endocarditis are similar to infective endocarditis in terms of valvular lesions (mostly left-sided, with regurgitations and vegetations), and their complications (embolism). The diagnosis of non-infective endocarditis is usually considered in patients with blood culture-negative endocarditis. Beyond the usual suspects – marastic endocarditis and systemic lupus erythematosus – which represent more than 75% of the cases, Behçet disease and hypereosinophilic syndrome are the main causes of non-infective endocarditis. More seldomly, rheumatoid arthritis, adult-onset Still disease, allergy to pork in patients with valvular porcine bioprosthesis, systemic scleroderma, Cogan or Sneddon syndrome should be suspected. Diagnostic approach is based on history and physical examination, with a special focus on extra-cardiac manifestations, as well as echocardiography, and computed tomography. Treatment relies on intensive management of the underlying disease. Curative anticoagulation is often necessary. Although indications for cardiac surgery are poorly

Keywords:

Non-bacterial thrombotic endocarditis

Marantic endocarditis

Systemic lupus erythematosus

Antiphospholipid syndrome

Behçet disease

Still disease

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : pierre.tattevin@chu-rennes.fr (P. Tattevin).

<https://doi.org/10.1016/j.revmed.2018.03.020>

0248-8663/© 2018 Société nationale française de médecine interne (SNFMI). Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

defined, as compared to infective endocarditis, data currently available suggest that an optimal control of the underlying disease before cardiac surgery is of utmost importance, as it dramatically reduces the risk of postoperative complications.

© 2018 Société nationale française de médecine interne (SNFMI). Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Les endocardites non infectieuses regroupent un ensemble de pathologies sévères de diagnostic et de prise en charge difficiles. Plus rares que les endocardites infectieuses, leur symptomatologie en est parfois proche. La connaissance de leur vaste champ étiologique et des spécificités de chacune permet de limiter le retard diagnostique et donc thérapeutique. Ces endocardites sont liées à un dépôt stérile fibrino-plaquettaire au niveau valvulaire secondaire à une pathologie sous-jacente, par activation de l'endothélium et infiltration de cellules pro-inflammatoires ou par un état d'hypercoagulabilité. Du fait de leur rareté et de l'hétérogénéité des étiologies, les données de la littérature concernant le diagnostic et la prise en charge de ces endocardites sont éparpillées. L'objectif de cette revue est d'effectuer un panorama des données disponibles.

2. Épidémiologie

Les endocardites non infectieuses sont rares. Les maladies inflammatoires représentent la quatrième cause de valvulopathies en Europe, derrière les causes dégénératives, infectieuses, et rhumatismales [1]. Sur 759 endocardites à hémocultures négatives, seules 2,5 % ont été rattachées à une pathologie non infectieuse dans une étude prospective française. Les deux étiologies les plus fréquentes étaient l'endocardite paranéoplasique, ou marastique, et l'endocardite lupique connue sous le nom d'endocardite de Libman-Sacks. Sur cette série de 19 endocardites non infectieuses, 47 % étaient d'origine lupique, 37 % d'origine paranéoplasique, 10 % survenaient dans un contexte de polyarthrite rhumatoïde (PR) et 5 % dans le cadre d'une maladie de Behçet [2]. Comme les endocardites infectieuses, les endocardites non infectieuses sont majoritairement retrouvées au niveau du cœur gauche, jusqu'à 98,5 % des cas dans une série de 68 patients [3]. Elles sont significativement associées à des complications thromboemboliques [3].

3. Manifestations cliniques

Sur le plan cardiologique, ces endocardites sont généralement peu symptomatiques. Un souffle est rarement audible et les dysfonctions valvulaires sévères sont rares. Les manifestations emboliques sont au premier plan : accidents vasculaires cérébraux (AVC) multiples, infarctus rénaux, spléniques, mésentériques, myocardiques, pulmonaires ou ischémies aiguës de membres inférieurs (Fig. 1). Dans le contexte d'endocardite à hémocultures négatives, le diagnostic d'endocardite non infectieuse doit être évoqué, tout particulièrement en cas de pathologie auto-immune ou de néoplasie sous-jacente. Dans ces contextes à risque, l'apparition ou la modification d'un souffle, ainsi que la survenue de manifestations emboliques multifocales, doivent le faire suspecter. Les endocardites non infectieuses peuvent s'accompagner d'une fièvre. L'évolution défavorable d'une endocardite sous antibiothérapie doit faire évoquer une étiologie non infectieuse, surtout lorsque les hémocultures prélevées avant toute antibiothérapie sont restées stériles.

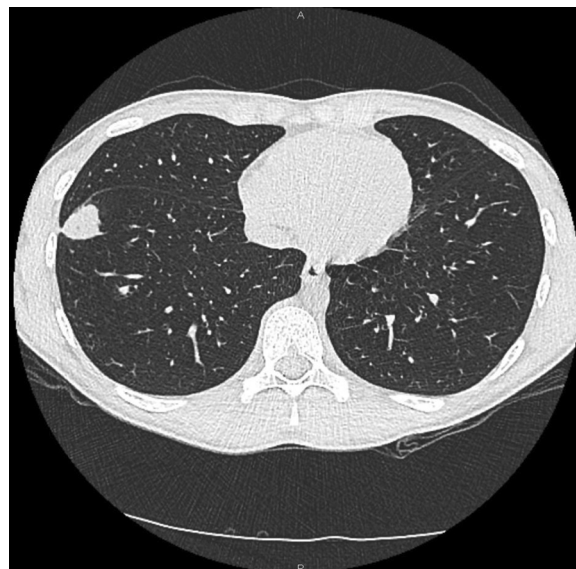


Fig. 1. Aspect de nodule bien limité du segment S8 droit, d'appui scissural, correspondant à un infarctus pulmonaire sur embolie d'un thrombus du ventricule droit, dans le cadre d'une maladie de Behçet.

4. Examens paracliniques

4.1. Échocardiographie

Il s'agit de l'examen clé, permettant de mettre en évidence un épaississement valvulaire et/ou des éléments mobiles attachés à la valve ou l'appareil sous-valvulaire. L'atteinte est le plus souvent monovalvulaire, mais peut être multivalvulaire, notamment mitrale et aortique. D'exceptionnels cas d'atteintes quadrivalvulaires ont été rapportés. Les végétations sont inconstantes, et de tailles variables lorsqu'elles sont présentes, mais souvent petites et friables, avec des emboles fréquents ne laissant que de petits reliquats à la surface de la valve pathologique, difficiles à mettre en évidence. Dans la majorité des cas, ces végétations sont associées à un certain degré d'insuffisance valvulaire, rarement sévère [3]. L'échocardiographie trans-œsophagienne (ETO) est à considérer dès la suspicion diagnostique en raison de sa meilleure sensibilité et spécificité dans la plupart des situations [4,5].

4.2. IRM cérébrale

Une imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale peut apporter des arguments en faveur d'une embolie, même en l'absence de signe clinique neurologique, notamment si elle visualise des micro-hémorragies (*micro-bleed*), et des AVC récents. À partir de l'analyse des lésions de 65 IRM en diffusion d'endocardites infectieuses et non infectieuses, Singhal et al. ont défini quatre types d'AVC :

- lésion unique ;
- infarctus ;

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/10215235>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/10215235>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)