

Fait clinique

Ventricule unique chez une patiente de 50 ans compliqué d'endocardite infectieuse à évolution favorable

Univentricular heart in a 50 year-old woman complicated with infective endocarditis with favorable evolution

F. Aboukhoudir^{a,b}, J. Errera^c, I. Aboukhoudir^a, I. Slama^a, S. Rekik^{d,*}

^a Service de cardiologie, centre hospitalier d'Avignon, 84000 Avignon, France

^b Université d'Avignon, EA4278 laboratoire de pharm écologie cardiovasculaire, Avignon, France

^c Cardiologie, groupe du Rhône, 84000 Avignon, France

^d Service de cardiologie, centre hospitalier d'Antibes, Antibes, France

Reçu le 23 juin 2014 ; accepté le 24 août 2014

Disponible sur Internet le 4 septembre 2014

Résumé

Le ventricule unique est une cardiopathie cyanogène complexe qui est classiquement réparé au très jeune âge. En dépit de la réparation, le risque de greffe infectieuse est toujours présent et peut être associé à un pronostic sévère. Nous rapportons le cas d'une patiente de 50 ans connue et suivie pour une cardiopathie congénitale de type ventricule unique sans transposition des gros vaisseaux chez qui le diagnostic d'endocardite infectieuse à *Streptococcus sanguinis* a été porté avec une évolution favorable sous antibiothérapie. Nous décrivons la place de l'échocardiographie pour le diagnostic positif, les modalités thérapeutique et évolutives, une revue de la littérature et le suivi à 2 ans.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Ventricule unique ; Endocardite infectieuse

Abstract

Univentricular heart is a complex cyanotic congenital heart malformation classically repaired during early childhood. Despite correction, a residual risk of infective endocarditis still persists and may be associated with a severe prognosis. We report the case of a 50 year-old woman with a known partially corrected univentricular heart in whom we diagnosed an infective endocarditis with a favorable evolution under antibiotics.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Infective endocarditis; Univentricular heart

1. Introduction

Le ventricule unique est une malformation congénitale rare représentant 0,5 à 1,5 % des cardiopathies congénitales dans laquelle une seule cavité ventriculaire est individualisable [1]. Celle-ci est de morphologie gauche dans 70 % des cas. L'entrée

dans cette cavité unique se fait soit à travers deux valves auriculo-ventriculaires, soit à travers une seule qui peut être tricuspide ou mitrale ; les gros vaisseaux peuvent être normalement posés ou transposés. Les obstacles à l'éjection du ventricule unique vers l'un des vaisseaux conditionnent la symptomatologie clinique et le traitement. L'endocardite infectieuse sur cardiopathie congénitale demeure une affection relativement rare et grave, et souligne l'importance fondamentale du traitement prophylactique comprenant l'antibioprophylaxie et la prévention des bactériémies physiologiques.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : sofierek@yahoo.fr (S. Rekik).

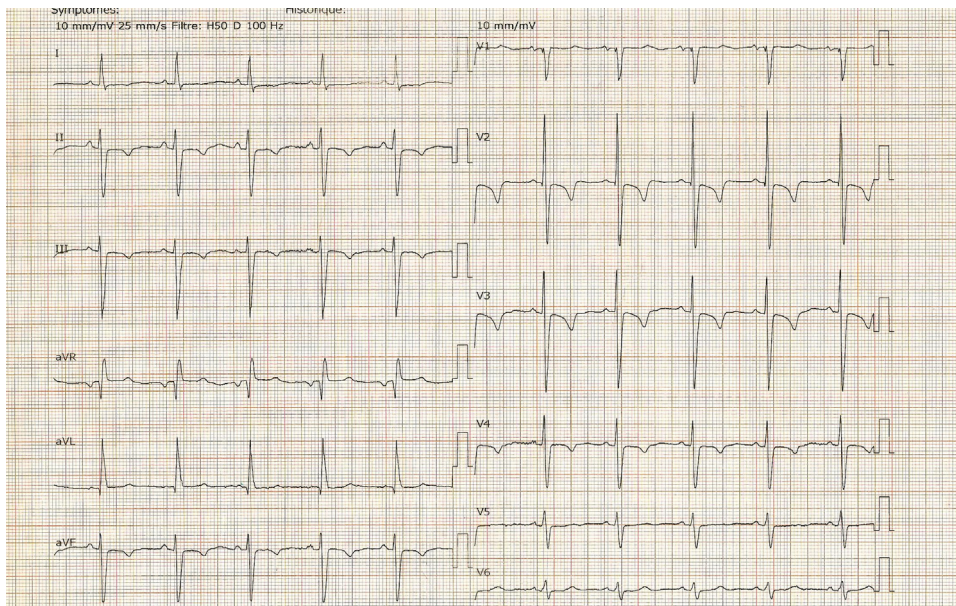


Fig. 1. ECG avec RS. PR normal, hypertrophie ventriculaire droite et onde T négative étendue.

Nous rapportons le cas d'une patiente de 50 ans connue et suivie pour une cardiopathie congénitale de type ventricule unique sans transposition des gros vaisseaux chez qui le diagnostic d'endocardite infectieuse à *Streptococcus sanguinis* est retenu. Nous décrivons la place de l'échocardiographie pour le diagnostic positif, les modalités thérapeutique et évolutives, une revue de la littérature et le suivi à 2 ans.

2. Observation

M M., patiente de 50 ans a été admise en cardiologie pour exploration d'une fièvre prolongée sur une cardiopathie congénitale de type ventricule unique avec vaisseaux normoposés.

Elle avait bénéficié en novembre 1963 (à 7 mois) d'un *banding* de l'artère pulmonaire puis en mars 1971 (à 8 ans) d'une sternotomie pour corriger une CIV et le chirurgien n'a rien pu faire devant la constatation du ventricule unique. Il a donc repositionné un cerclage sur l'artère pulmonaire et depuis elle vit avec ce cerclage de l'artère pulmonaire protecteur. Cette patiente extrêmement volontaire marche tous les jours et vit normalement et elle à une oxygénation à domicile à la demande. Elle est suivie régulièrement par un cardiopédiatre.

L'histoire de la maladie remonte à un mois marquée par l'apparition d'épisodes fébriles traités initialement par différents antibiotiques mais sans succès. La patiente a été adressée dans notre service pour une prise en charge devant l'aggravation du tableau avec altération de l'état général.

Examen à l'admission retrouvait une hémodynamique conservée avec une température entre 38 et 39,5 °C et une saturation air ambiant à 87 et 94 % sous 1,5 L/O₂. L'auscultation a objectivé un souffle connu mésocardiaque 4/6. L'examen n'a pas retrouvé de signes d'insuffisance gauche ni droite ni splénomégalie ni faux panaris.

À la biologie, 6 hémocultures étaient positives à cocci gram positif en chaînette (*S. sanguinis*), on retrouvait également une

hyperleucocytose à 11 000, une CRP à 42 et une fonction rénale normale, bilan hépatique normal Hb à 15 g/dL.

L'ECG inscrivait un rythme sinusal avec un aspect de d'hypertrophie ventriculaire droite avec des ondes T négatives de V1 à V4 et en inférieur (Fig. 1).

La radio du thorax a objectivé un cœur globuleux avec hypervascularisation pulmonaire bilatérale et augmentation de la trame bronchique mais pas de foyer individualisé (Fig. 2).

L'échocardiographie transthoracique (Fig. 3) montrait un ventricule unique est à double entrée avec des vaisseaux

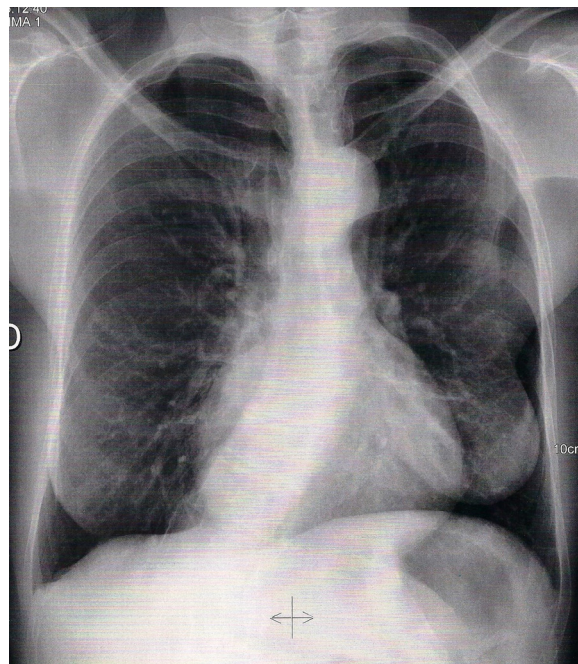


Fig. 2. Radiographie du thorax avec un cœur globuleux et une augmentation de la trame brochovasculaire.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2868704>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2868704>

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