

Mise au point

Indications et moment de l'intervention chirurgicale dans l'endocardite infectieuse

Timing and indications for surgical intervention in infective endocarditis

A. Dzudie, A. Mercusot, G. de Gevigney, F. Delahaye*

Service cardiologique, hôpital Louis-Pradel, 28, avenue du Doyen-Lépine, 69677 Bron cedex, France

Reçu le 20 janvier 2008 ; accepté le 21 février 2008

Disponible sur Internet le 24 mars 2008

Résumé

Les indications de la chirurgie cardiaque et le moment optimal de l'intervention sont discutés. Les principales indications de l'intervention chirurgicale sont la mauvaise tolérance hémodynamique, la persistance de l'infection malgré une antibiothérapie a priori adaptée, les emboles, la taille importante des végétations, les dégâts valvulaires et périvalvulaires importants et les infections dues à certains microorganismes.

© 2008 Publié par Elsevier Masson SAS.

Abstract

This paper reviews current knowledge on the indications for and timing of cardiac surgery in patients with infective endocarditis. The main indications for surgery are haemodynamic compromise, persisting infection, peripheral embolisation, large size of vegetations, large valvular and paravalvular damage and infections caused by certain microorganisms.

© 2008 Publié par Elsevier Masson SAS.

Mots clés : Endocardite infectieuse ; Chirurgie cardiaque ; Indications chirurgicale

Keywords : Infective endocarditis; Cardiac surgery; Surgical indications

De plus en plus de patients sont opérés à la phase initiale de l'endocardite infectieuse (EI) [1]. Entre 1991 et 1999, en France, le taux d'intervention chirurgicale est passé de 31 à 50 % [1]. Cela peut (sans que nous en soyons certains) expliquer, au moins en partie, la diminution concomitante de la mortalité durant la phase hospitalière initiale, de 22 à 17 % [1]. Cependant, les indications de l'intervention chirurgicale, d'une part, et son moment, d'autre part, restent des décisions difficiles.

Les principales indications de l'intervention chirurgicale sont les suivantes :

- la mauvaise tolérance hémodynamique ;
- la persistance de l'infection malgré une antibiothérapie a priori adaptée ;

- les emboles ;
- la taille importante des végétations ;
- les dégâts valvulaires et périvalvulaires importants ;
- les infections dues à certains microorganismes.

1. Indications de la chirurgie

1.1. Insuffisance cardiaque

S'il y a de l'insuffisance cardiaque, le taux de mortalité de l'EI sur valve native est de l'ordre de 55 à 85 % en cas de traitement médical seul et de 10 à 35 % en cas d'intervention chirurgicale [2–7].

La première indication de l'intervention chirurgicale dans l'EI est l'insuffisance cardiaque, qui représente plus de la moitié des indications [8,9]. On considère classiquement que l'insuffisance cardiaque due à une fuite aortique est

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : francois.delahaye@chu-lyon.fr (F. Delahaye).

particulièrement mal tolérée (l'insuffisance cardiaque est mieux tolérée en cas d'insuffisance mitrale, car l'oreillette gauche et le lit vasculaire pulmonaire s'adaptent mieux que le ventricule gauche au volume régurgitant) et qu'elle progresse rapidement, conduisant donc à une intervention chirurgicale rapide.

Non seulement l'insuffisance cardiaque augmente la mortalité s'il n'y a pas d'intervention chirurgicale, mais aussi elle augmente la mortalité après l'acte chirurgical: de 5 à 10 % chez les patients sans insuffisance cardiaque à 15 à 35 % chez les patients avec insuffisance cardiaque [10]. De plus, attendre expose à l'extension périvalvulaire de l'infection.

1.2. Non-contrôle de l'infection

Il faut d'abord s'assurer qu'il n'y a pas un foyer infectieux ailleurs qu'au niveau du cœur. S'il n'y a pas de tel foyer métastatique, l'intervention chirurgicale cardiaque doit être proposée si la fièvre et le syndrome inflammatoire n'ont pas évolué favorablement sur une période d'une semaine.

1.3. Végétations et risque d'embolie systémique

La littérature sur le sujet est très contrastée. Le taux d'embolies varie de 10 à 50 % selon les séries [11–14]. Par ailleurs, trois quarts des embolies surviennent avant le début du traitement antibiotique [15]. Le risque d'embolie diminue de façon très importante et régulièrement avec le temps, d'environ 15 % après une semaine de traitement antibiotique jusqu'à 1 % après quatre semaines de traitement antibiotique [11,16]. Dans les atteintes mitrales, les embolies paraissent plus fréquents en cas de végétations sur la valve antérieure qu'en cas de végétations sur la valve postérieure [17]. Les embolies sont plus fréquents lorsque la taille des végétations est supérieure à 20 mm dans une étude [18], mais pas dans d'autres études [12,14]. Dans une étude française récente, les embolies sont plus fréquentes lorsque la taille de la végétation est supérieure à 10 mm ou lorsque les végétations sont très mobiles [13].

La recherche des embolies ne doit pas se faire uniquement par la clinique, il doit y avoir des tomodensitométries systématiques (cérébrale, thoracoabdominale...), à la recherche d'embolies cliniquement silencieux (en particulier, au niveau des reins ou de la rate).

L'intervention chirurgicale rapide doit être proposée lorsqu'il y a eu un épisode embolique et lorsqu'il reste des végétations de taille importante et très mobiles. En cas de végétations importantes ou mobiles, alors qu'il n'y a pas eu d'événement embolique, la communauté médicale est très partagée. La décision est plus facile en cas d'atteinte mitrale s'il y a possibilité de réparation valvulaire. Évidemment, si un autre facteur incite à l'intervention chirurgicale (insuffisance cardiaque, infection non contrôlée, dégât valvulaire important...), la décision est plus facile.

1.4. Infection périvalvulaire

Les EI sur valve aortique native et celles sur prothèse sont les EI le plus communément associées avec une infection péri-

valvulaire, avec abcès ou fistule intracardiaque: 10 à 40 % des EI sur valve aortique native et 45 à 100 % des EI sur prothèse [19–23]. L'apparition et la persistance de troubles de la conduction ne sont pas un indicateur très sensible, mais cet indicateur paraît assez spécifique (85 à 90 %) [24].

L'intervention chirurgicale est recommandée dans la plupart des cas, car le risque périopératoire augmente avec l'augmentation du délai opératoire [24,25]. Dans les abcès aortiques importants, cependant, une résection large expose au risque de bloc atrioventriculaire complet postopératoire.

1.5. Obstruction valvulaire

C'est évidemment une indication d'intervention chirurgicale urgente.

1.6. Prothèse instable

La désinsertion d'une prothèse infectée est la manifestation d'une infection périvalvulaire, et elle entraîne souvent une dégradation hémodynamique. L'intervention chirurgicale urgente est recommandée [3,23].

1.7. Endocardite infectieuse sur prothèse valvulaire

Dans les EI « précoces » après pose de prothèse valvulaire (12 mois), le microorganisme en cause est le plus souvent un staphylocoque, *Staphylococcus aureus* ou staphylocoque coagulase négative [26]. Le plus souvent, les dégâts sont importants, il y a un abcès, une désinsertion importante de la prothèse. Le plus souvent, la réintervention chirurgicale est nécessaire, elle permet une mortalité moindre qu'en l'absence d'intervention chirurgicale [27–30]. L'intervention chirurgicale est souvent techniquement difficile.

La réunion de plusieurs séries d'EI à *Staphylococcus aureus* sur prothèse donne des chiffres de mortalité de 75 % en cas de traitement médical seul et de 25 % en cas de traitement médicochirurgical [31–34]. Dans une série de 33 cas, dans une analyse multivariée ajustant sur les variables confondantes, la présence de complications intracardiaques était associée à une multiplication du risque de décès par 14, et l'intervention chirurgicale pendant la phase active s'accompagnait d'une réduction de la mortalité de 20 fois [32]. L'intervention chirurgicale paraît devoir être recommandée en cas d'EI à *S. aureus* sur prothèse lorsqu'il y a une complication intracardiaque.

Le traitement médical seul peut suffire en cas d'EI tardive sur prothèse due à certains microorganismes (streptocoques oraux, HACEK), en l'absence de signe d'infection périvalvulaire [35,36].

1.8. Endocardite infectieuse due à des champignons

Les EI dues à *Candida* ou à *Aspergillus* sont souvent compliquées de végétations très volumineuses, de métastases infectieuses, d'infection périvalvulaire, et d'embolie [37,38]. L'amphotéricine B pénètre mal dans les végétations. Ces raisons incitent à une intervention chirurgicale presque systématiquement.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2869404>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2869404>

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