



Endocardite fongique sur valves natives chez un sujet immunocompétent : à propos d'un cas

Fungal endocarditis on native valves of the immunocompetent: a case report

Ouanassa Hamouda¹, Sanae Boukhalifa², Rania Anoun³

¹ Service de Parasitologie – Mycologie, CHU Batna – Algérie

² Service Microbiologie, CHU Batna – Algérie

³ Service de Réanimation Médicale, CHU Batna – Algérie

Correspondance à :

Ouanassa HAMOUDA

houdaange35@yahoo.com

DOI : <https://doi.org/10.48087/BJMScr.2016.3214>

Il s'agit d'un article en libre accès distribué selon les termes de la licence Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0), qui autorise une utilisation, une distribution et une reproduction sans restriction sur tout support ou format, à condition que l'auteur original et la revue soient dûment crédités.

RÉSUMÉ

L'incidence des endocardites fongiques est en augmentation ; celles-ci sont liées à des actes médicaux invasifs et dues le plus souvent à des *Candida* ou des *Aspergillus*. Le diagnostic repose sur l'échocardiographie et les hémocultures. Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 62 ans, sans antécédent pathologique notable, ayant présenté un mois avant son admission une fièvre, une altération de l'état général, des œdèmes des membres inférieurs et un purpura des deux jambes. L'examen clinique objectivait une fièvre à 39°C, un souffle systolique d'insuffisance mitrale et un souffle diastolique d'insuffisance aortique, des œdèmes des membres inférieurs de type rénal, un purpura vasculaire des deux jambes. À la biologie, on notait une hyperleucocytose, une anémie inflammatoire à 10,5 g/dL, un syndrome inflammatoire, un taux de créatinine à 67,6 mg/L. L'échocardiographie Doppler avait révélé deux végétations du versant ventriculaire de la SAD qui prolaba dans l'aorte. Des hémocultures ont été positives à *Candida tropicalis*. Le patient a été traité sous mis sous Vfend voriconazole (Vfend), 100 mg deux fois /jours mais l'évolution était défavorable et le patient est décédé. L'originalité de notre observation réside dans l'absence de toute notion d'immunodéficience et de toxicomanie intraveineuse d'une part, et de l'apparition d'une endocardite fongique sur valves natives en dehors de toute intervention ou cathétérisme cardiovasculaire précédent.

Mots-clés : endocardite fongique ; valve ; immunocompétent.

ABSTRACT

The incidence of fungal endocarditis is increasing. It is related to invasive medical procedures and mostly due to *Candida* or *Aspergillus*. Diagnosis is based on echocardiography and blood cultures. We report the case of a 62 years old man, without significant pathological history, who presented a month before admission for fever, poor general condition of lower limb edema and purpura on both legs. Physical examination revealed a 39° fever, a systolic murmur of mitral insufficiency and diastolic murmur of aortic insufficiency, edema of the lower limbs of renal type and vascular purpura on both legs. Lab studies revealed leukocytosis, inflammatory anemia to 10.5 g / dL, a creatinine 67.6 mg / L. Cardiac ultrasonography with Doppler revealed two ventricular vegetations version that prolapsed into the aorta. Blood cultures were positive for *Candida tropicalis*. The patient was put under voriconazole (Vfend) 100mg twice / day but evolution was unfavorable and the patient died. The originality of our observation is the absence of any notion of immunodeficiency and intravenous drug on one hand, and the emergence of fungal endocarditis in native valves without interference or previous cardiovascular catheterization.

Keywords: fungal endocarditis; valve; immunocompetent

التهاب الشغاف الفطري على صمامات الأم المريض ذو المناعة العادية: تقرير حالة

المخلص:

الإصابة بالتهاب الشغاف الفطري لشغاف القلب أخذ في الازدياد. وتتعلق هذه الزيادة للممارسات الطبية الاجتياحية ويرجع ذلك في معظمه إلى المبيضات أو الرشاشيات. ويستند التشخيص على التصوير الصوتي واستنبتات الدم. تعرض المريض ذو 62 عاما وبدون تاريخ مرضي سابق، قبل شهر من الاستشفاء للحمى، انهيار الحالة العامة انتفاخ وفرقرية على مستوى الساقين. وكشف الفحص السريري عن حمى 39 درجة مئوية، نفخة انقباضية من ارتجاج الصمام الميترالي ونفخة انبساطية من قصور الأبهري، انتفاخ في الأطراف السفلية من النوع الكلوي، فرقرية الأوعية الدموية لكلا الساقين. أما فيما يخص التحاليل البيولوجية، كان هناك زيادة في عدد الكريات البيضاء، فقر الدم الالتهابي مع نسبة الهيموجلوبين 10.5 غ/دل، متزامنة التهابية، الكرياتينين 67.6 ملجم / لتر. كشف دويلر ضربات القلب اثنين تنبتات البطين هابط في الشريان الأبهري. أظهر استنبتات الدم وجود مبيضات كونديدا تروبيكاليس ما استدعى استعمال دواء فوريكونازول 100 مع مرتين في اليوم الا أن المريض توفي. غياب أي عامل لنقص المناعة والإدمان الوريدي من جهة، وظهور التهاب الشغاف الفطري في صمامات الأم دون جراحة أو قسطرة القلب والأوعية الدموية سابقة من جهة أخرى جعلنا ملاحظتنا استثنائية.

الكلمات المفتاحية: التهاب الشغاف الفطري للقلب، صمام، الكفو مناعيا.

Pour citer l'article :

Hamouda O, Boukhalifa S, Anoun R. Endocardite fongique sur valves natives chez un sujet immunocompétent : à propos d'un cas. *Batna J Med Sci* 2016;3(2):118-120. <https://doi.org/10.48087/BJMScr.2016.3214>

INTRODUCTION

Les endocardites fongiques sont rares et de pronostic redoutable. L'apanage du sujet porteur de valvulopathie ou toxicomane intraveineux auparavant, elles concernent actuellement de plus en plus les sujets immunodéprimés. Les endocardites fongiques sur valves natives chez un sujet immunocompétent sont rarissimes. Nous rapportons une nouvelle observation d'endocardite fongique sur valves natives en dehors de toute notion d'immunodépression.

OBSERVATION

Un patient âgé de 62 ans, sans antécédent pathologique notable, avait présenté un mois avant son admission une fièvre, une altération de l'état général, des œdèmes des membres inférieurs et un purpura des deux jambes. L'examen clinique objectivait une fièvre à 39°C, un souffle systolique d'insuffisance mitrale et un souffle diastolique d'insuffisance aortique, des œdèmes des membres inférieurs de type rénal, un purpura vasculaire des deux jambes. À la biologie, on notait une hyperleucocytose, une anémie inflammatoire à 10,5 g/dl, un syndrome inflammatoire et un taux de créatinine à 67,6 mg/L. L'échocardiographie doppler avait révélé un ventricule gauche dilaté hypertrophique, des sigmoïdes aortiques remaniés siège de deux végétations du versant ventriculaire de la valve aortique, une insuffisance aortique importante excentrée, une oreillette gauche dilatée siège d'une insuffisance mitrale modérée (Figure 1)

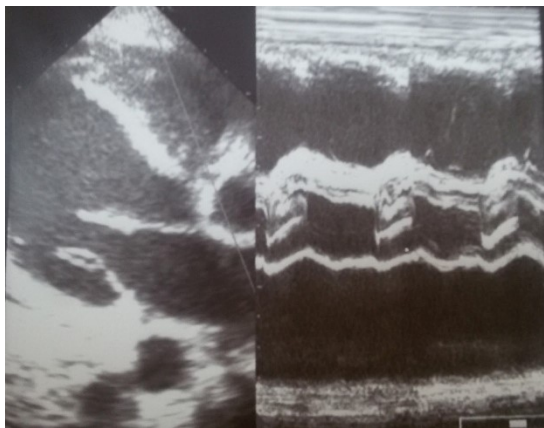


Figure 1. Echographie doppler cardiaque objectivant des végétations du versant ventriculaire de la valve aortique.

Le patient était mis sous association d'une antibiothérapie à base d'amoxicilline/acide clavulanique et de gentamycine, l'état du patient s'est compliqué d'une hémorragie méningée avec un tableau clinique marqué par des convulsions, une aphasie, une hémiparésie droite nécessitant de faire une tomodensitométrie cérébrale (TDM) en urgence, cette dernière avait montrée un hématome intra parenchymateux frontal gauche de 52x12 millimètres avec effet de masse et hémorragie méningée. Deux hémocultures ont été envoyées l'une au laboratoire de la microbiologie et l'autre au service de parasito-mycologie vue l'intensification du syndrome inflammatoire ; les hémocultures ont été positives à *Candida tropicalis* (endocardite fongique). Le patient a été mis sous voriconazole (Vfend), 100mg deux fois/jours mais l'évolution était défavorable et le patient est décédé.

DISCUSSION

Les endocardites fongiques (EF) représentent moins de 10 % de l'ensemble des endocardites. Leur incidence est en augmentation en raison de l'accroissement de la population à risque et de l'augmentation des traitements médicaux invasifs [1]. Les EF se développent généralement chez des sujets présentant une pathologie cardiaque (antécédent de chirurgie valvulaire, prothèse valvulaire, cathéter veineux central, antécédent d'endocardite bactérienne) et plus rarement sur valve native [2]. Les études montrent qu'elles sont deux fois plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes et que l'âge moyen des patients est d'environ 40 ans [1,2]. Les agents responsables sont soit des levures du genre *Candida* (deux tiers des cas) soit des champignons filamenteux, principalement du genre *Aspergillus* [2].

L'existence d'une immunosuppression (neutropénie importante, transplantation d'organe, corticothérapie, VIH) est associée à la survenue d'EF (18 % des endocardites chez les transplantés sont des EF). Des facteurs liés aux traitements et techniques invasives (cathétérisme central, hémodialyse, nutrition parentérale, antibiothérapie prolongée, allogreffe de moelle) sont également impliqués dans la survenue des EF. La toxicomanie par voie intraveineuse est aussi un facteur de risque important (12 à 20 % des endocardites du toxicomane sont des EF).

L'échocardiographie est une investigation majeure dans le diagnostic positif de l'endocardite, puis reste à rechercher la porte d'entrée et la mise en évidence d'éventuelles localisations secondaires (œil, poumon). Le diagnostic au laboratoire repose sur la positivité des hémocultures ainsi que sur l'observation microscopique (levures ou filaments mycéliens) et l'isolement du champignon à partir des prélèvements cardiaques préopératoires ou des embolies artériels (culture sur milieu de Sabouraud). Les hémocultures doivent être répétées et ne sont positives que dans 50 à 70 % des candidémies [3]. Les complications des EF sont essentiellement liées aux particularités des végétations, généralement volumineuses et friables, dont la migration est responsable d'embolies. La mortalité globale des EF est de 50 %, supérieure à celle des endocardites infectieuses bactériennes.

Nous rapportons une nouvelle observation d'endocardite fongique sur valves natives en dehors de toute notion d'immunodépression. L'originalité de notre observation réside dans l'absence de toute notion d'immunodéficience et de toxicomanie intraveineuse d'une part, et de l'apparition des endocardites fongiques sur valves natives en dehors de toute intervention ou cathétérisme cardiovasculaire précédent.

CONCLUSION

Les endocardites fongiques représentent une pathologie encore mal connue et de très mauvais pronostic. Il s'agit d'une véritable urgence diagnostique et thérapeutique. L'amélioration pronostique doit être obtenue grâce à un raccourcissement du délai diagnostique et à une optimisation de la prise en charge thérapeutique.

Déclaration d'intérêts : les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt en rapport avec cet article.

RÉFÉRENCES

1. Ellis ME, Al-Abdely H, Sandridge A, Greer W, Ventura W. Fungal endocarditis: evidence in the world literature, 1965-1995. *Clin Infect Dis* 2001;32:50–62.
2. Pierrotti LC, Baddour LM. Fungal endocarditis, 1995-2000. *Chest* 2002;122:302–10.
3. Fricker-Hidalgo H, Orena S, Lebeau B, et al. Evaluation of Candida ID, a new chromogenic medium for fungal isolation and preliminary identification of some yeast species. *J Clin Microbiol* 2001;39:1647–9.

Cet article a été publié dans le « *Batna Journal of Medical Sciences* » **BJMS**, l'organe officiel de « l'association de la Recherche Pharmaceutique – Batna »

Le contenu de la Revue est ouvert « Open Access » et permet au lecteur de télécharger, d'utiliser le contenu dans un but personnel ou d'enseignement, sans demander l'autorisation de l'éditeur/auteur.

Avantages à publier dans **BJMS** :

- Open access : une fois publié, votre article est disponible gratuitement au téléchargement
- Soumission gratuite : pas de frais de soumission, contrairement à la plupart des revues « Open Access »
- Possibilité de publier dans 3 langues : français, anglais, arabe
- Qualité de la relecture : des lecteurs/reviewers indépendants géographiquement, respectant l'anonymat, pour garantir la neutralité et la qualité des manuscrits.

Pour plus d'informations, contacter BatnaJMS@gmail.com

ou connectez-vous sur le site de la revue : www.batnajms.com

