

## **Quelle est la prise en charge en cas d'Endocardite Infectieuse ?**

Le diagnostic des endocardites infectieuses est difficile. La présentation clinique varie selon la gravité de l'atteinte des valves cardiaques dont les conséquences sur le fonctionnement global du cœur sont facultatives ou tardives. Parfois, le diagnostic est retardé car les symptômes se limitent à une fièvre dont l'origine semble indéterminée. Parfois, le diagnostic est difficile car les premiers symptômes sont liés à une complication à distance du cœur quand la végétation se « détache » de la valve pour se loger dans les poumons quand elle provient d'une valve des cavités droites du cœur ou dans divers autres organes (cerveau, os, rate, peau, œil...) quand elle provient d'une valve des cavités gauches du cœur. L'échographie cardiaque (qui doit être réalisée parfois par voie œsophagienne) est l'examen clé permettant de mettre en évidence l'atteinte de la valve cardiaque. Cet examen est souvent complété par un scanner à la recherche de complications extracardiaques. De multiples prélèvements sanguins sont souvent nécessaires pour identifier le microbe responsable de l'infection.

Le traitement repose sur un tryptique : antibiothérapie prolongée (plusieurs semaines), traitement de l'insuffisance cardiaque et chirurgie cardiaque réparatrice. Le choix de la combinaison antibiotique impose une réflexion collégiale compte tenu de l'émergence de souches microbiennes résistantes, de la diffusion aléatoire dans le tissu endocardique infecté voire dans d'autres localisations (os, cerveau) et de la tolérance générale des antibiotiques parfois médiocre au long cours (plusieurs semaines). La décision du recours à une intervention chirurgicale est toujours difficile. Dans l'idéal, le traitement débute par une antibiothérapie adaptée au germe en cause associée aux mesures symptomatiques puis la chirurgie est programmée « à froid » afin de réparer la valve endommagée et restaurer un fonctionnement cardiaque satisfaisant. Parfois, la chirurgie cardiaque s'impose en urgence quand l'altération de la fonction cardiaque est majeure : elle expose alors le patient à de multiples complications inhérentes à l'altération de la fonction cardiaque et de l'état général dans cette période critique où l'infection est encore évolutive. Elle est d'autant plus à risques quand il s'agit d'une reprise chirurgicale pour l'infection d'une prothèse valvulaire qui doit être déposée. La chirurgie est parfois contre indiquée notamment en cas d'atteinte cérébrale associée à l'endocardite (risque de saignement intra-cérébral per opératoire). En cas d'infection de matériel de stimulation cardiaque implanté, le traitement repose sur son ablation ce qui impose une assistance transitoire.

Ainsi, à l'heure de l'ultra spécialisation de la médecine moderne, cette pathologie, bien que rare, est le parfait exemple de la nécessaire transversalité entre spécialistes. Elle est toujours au carrefour de multiples spécialités médicales et chirurgicales tant au moment du diagnostic (internistes, cardiologues, réanimateurs, pédiatres, microbiologistes, radiologues) que de la prise en charge (chirurgiens cardiaques, cardiologues, infectiologues) et requiert une concertation permanente et prolongée.