

149. Endocardite infectieuse

- ↳ Diagnostiquer une endocardite infectieuse.
- ↳ Connaître les portes d'entrées et les agents infectieux les plus fréquemment en cause.
- ↳ Connaître les grands principes du traitement médical et chirurgical.
- ↳ Connaître la prévention des endocardites infectieuses.

➤ réponses p. 270

Définitions

- [1] Quand parle-t-on de rechute d'endocardite ?
 - A. Réapparition d'une endocardite au même germe suivant l'épisode précédent dans le mois
 - B. Réapparition d'une endocardite à un autre germe suivant l'épisode précédent dans le mois
 - C. Réapparition d'une endocardite au même germe suivant l'épisode précédent dans les 3 mois
 - D. Réapparition d'une endocardite à un autre germe suivant l'épisode précédent dans les 3 mois
 - E. Réapparition d'une endocardite au même germe suivant l'épisode précédent dans les 6 mois

- [2] Quand parle-t-on de réinfection d'endocardite ?
 - A. Endocardite à un autre germe ou nouvel épisode au même germe au moins 1 mois après l'épisode précédent
 - B. Endocardite à un autre germe ou nouvel épisode au même germe au moins 3 mois après l'épisode précédent
 - C. Endocardite à un autre germe ou nouvel épisode au même germe au moins 6 mois après l'épisode précédent
 - D. Endocardite à un autre germe ou nouvel épisode au même germe au moins 9 mois après l'épisode précédent
 - E. Endocardite à un autre germe ou nouvel épisode au même germe au moins 12 mois après l'épisode précédent

- [3] Quand parle-t-on d'endocardite nosocomiale ?
 - A. Apparition des symptômes 24h après l'hospitalisation et signes compatibles avec le diagnostic d'endocardite
 - B. Apparition des symptômes 48h après l'hospitalisation et signes compatibles avec le diagnostic d'endocardite
 - C. Apparition des symptômes 72h après l'hospitalisation et signes compatibles avec le diagnostic d'endocardite
 - D. Apparition des symptômes 1 semaine après l'hospitalisation et signes compatibles avec le diagnostic d'endocardite
 - E. Apparition des symptômes 1 mois après l'hospitalisation et signes compatibles avec le diagnostic d'endocardite

- [4] Quel est le cut off temporel pour différencier : endocardite précoce/ endocardite tardive après un remplacement valvulaire ?
- A. 1 mois
 - B. 3 mois
 - C. 6 mois
 - D. 1 an
 - E. 2 ans

Étiologies

- [5] Citez parmi ces propositions les trois principaux germes responsables d'endocardites ?
- A. Staphylocoques
 - B. Coxiella Burnetti
 - C. Streptocoques
 - D. Entérocoques
 - E. Pneumocoques
- [6] Citez parmi ces propositions les deux micro-organismes intracellulaires les plus impliqués dans les endocardites ?
- A. Coxiella Burnetti
 - B. Mycoplasme
 - C. Legionella
 - D. Bartonella pertusis
 - E. Tropheryma Whipplei
- [7] Quels sont les 3 germes responsables d'endocardites précoces sur prothèses valvulaires ?
- A. Bacilles gram négatifs
 - B. Bacilles gram positifs
 - C. Entérocoques
 - D. Staphylocoques
 - E. Champignons

149. Endocardite infectieuse

- [8] Quel est le terrain principal des endocardites polymicrobiennes ou à pyocyaniques ?
- A. Endocardites sur sonde de PM
 - B. Endocardites nosocomiales
 - C. Toxicomanie
 - D. Traitement par corticoïdes
 - E. Diabète
- [9] Quels sont parmi ces propositions les germes responsables d'endocardite devant faire rechercher une porte d'entrée gastro-intestinale ?
- A. Entérocoques
 - B. Staphylocoque doré
 - C. Candida
 - D. Streptocoques du groupe D (S Bovis)
 - E. Streptocoques du groupe A

Clinique

- [10] Quel est l'acte le plus important pour éviter les endocardites lors de la pose de voie veineuse ?
- A. Utilisation d'un cathlon de petit calibre (jaune)
 - B. Utilisation d'un cathlon de gros calibre (orange)
 - C. Ponction veineuse sans utilisation d'un garrot
 - D. Asepsie
 - E. Pose d'une perfusion de cristalloïdes plutôt que de colloïdes
- [11] Quels sont parmi ces propositions les contextes cliniques fébriles où l'on doit évoquer une endocardite ?
- A. OAP
 - B. Troubles conductifs
 - C. Souffle cardiaque
 - D. AVC
 - E. Sepsis persistant ou d'origine inconnue

- [12] Quels sont parmi ces exemples les terrains particuliers où la présence d'une fièvre doit faire éliminer d'emblée une endocardite ?
 - A. Antécédent d'endocardite
 - B. Hospitalisation récente
 - C. Immunodépression
 - D. Cardiopathie congénitale
 - E. Matériel intracardiaque valvulaire ou non

- [13] Quels sont parmi ces éléments ceux pouvant expliquer l'existence d'endocardites non fébriles ?
 - A. Immunodépression
 - B. Âge avancé
 - C. Antibiothérapie préalable
 - D. Antipyrétiques
 - E. Germes moins virulents ou atypiques

- [14] Parmi les patients suivants, quels sont ceux les plus à risque d'endocardite du cœur droit ?
 - A. Port d'un matériel tricuspide (anneau)
 - B. Port d'une voie veineuse centrale
 - C. Port d'une voie veineuse périphérique
 - D. Port d'un cathéter de dialyse
 - E. Toxicomane

- [15] Quel est le territoire embolique des endocardites du cœur droit ?
 - A. Foie
 - B. Poumons
 - C. Reins
 - D. Rate
 - E. Cerveau

149. Endocardite infectieuse

- [16] Quels sont parmi ces propositions les critères majeurs de Dukes ?
- A. Fièvre > 38 °C
 - B. Sérologie positive à un germe responsable d'endocardites
 - C. 2 hémocultures positives à streptocoque non groupable, streptocoque bovis, bactérie du groupe HACEK, staphylocoque ou entérocoque
 - D. Toxicomanie
 - E. Atteinte de l'endocarde (végétation, abcès péri valvulaire, nouvelle fuite para prothétique, souffle de fuite valvulaire d'apparition récente)
- [17] Quels sont parmi ces propositions les critères mineurs de Dukes ?
- A. Fièvre > 38 °C
 - B. Prédisposition cardiaque (cardiopathie) ou toxicomanie
 - C. Manifestations immunologiques (glomérulonéphrites, nodule d'Osler, taches de Roth...)
 - D. Bactériologique (non majeur)
 - E. Manifestations vasculaires (embolie artérielle, anévrisme mycotique, lésions de Janeway...)
- [18] Quels sont les critères mineurs de Dukes les plus spécifiques du caractère subaiguë d'une endocardite ?
- A. Fièvre
 - B. Prédisposition cardiaque (cardiopathie)
 - C. Manifestations immunologiques (glomérulonéphrites, nodule d'Osler, taches de Roth...)
 - D. Bactériologique (non majeur)
 - E. Manifestations vasculaires (embolie artérielle, anévrisme mycotique, lésions de Janeway...)
- [19] Quelles sont parmi ces propositions les manifestations immunologiques des endocardites ?
- A. Glomérulonéphrites
 - B. Nodule d'Osler
 - C. Complexes solubles
 - D. Facteur rhumatoïde
 - E. Tache de Roth

- [20] Quelles sont les principales manifestations vasculaires des endocardites ?
 - A. Ischémie mésentérique
 - B. Embols artériels septiques systémiques
 - C. Lésions de Janeway
 - D. Hémorragie cérébrale ou conjonctivale
 - E. Anévrysme mycotique

- [21] Quels nombres de critères de Dukes sont nécessaires pour confirmer une endocardite ?
 - A. 1 critère majeur et 2 critères mineurs
 - B. 1 critère majeur et 3 critères mineurs
 - C. 2 critères majeurs
 - D. 4 critères mineurs
 - E. 5 critères mineurs

- [22] Quels nombres de critères de Dukes sont nécessaires pour évoquer une endocardite sans la confirmer ?
 - A. 2 critères mineurs
 - B. 3 critères mineurs
 - C. 1 critère majeur
 - D. 1 critère majeur et 1 critère mineur
 - E. 2 critères majeurs

- [23] Quelles sont les 4 principales manifestations des endocardites sur sondes de pacemaker ?
 - A. Infarctus splénique
 - B. Embolies pulmonaires septiques
 - C. Signes locaux au niveau de la loge du pacemaker
 - D. Végétations sur sondes
 - E. Hémocultures positives à Staphylocoque doré

149. Endocardite infectieuse

Examens complémentaires

- [24] Quel examen radiologique est nécessaire pour confirmer une endocardite ?
 - A. Échographie trans-thoracique (ETT)
 - B. Angio-TDM thoracique
 - C. Angio-IRM thoracique
 - D. Échographie trans-œsophagienne (ETO)
 - E. TDM cérébral sans injection

- [25] En cas de suspicion d'endocardite, dans quels cas une ETT normale doit être complétée par une ETO ?
 - A. Fièvre supérieure à 40 °C
 - B. Immunodépression
 - C. Port de matériel intracardiaque
 - D. Mauvaise échogénicité
 - E. Forte suspicion clinique

- [26] En cas de suspicion d'endocardite, dans quel cas l'ETT est-elle suffisante (pas d'ETO) ?
 - A. Patient peu échogène, ETT normale, Faible suspicion clinique
 - B. Patient échogène, ETT normale, Faible suspicion clinique
 - C. Patient peu échogène, ETT normale, Forte suspicion clinique
 - D. Patient échogène, ETT normale, Forte suspicion clinique
 - E. Patient peu échogène, ETT anormale (végétations), Forte suspicion clinique

- [27] Dans quel cas y a-t-il un intérêt à répéter une ETO si un premier couple ETT/ETO de bonne qualité est négatif ?
 - A. Chez un patient immunodéprimé
 - B. 1 mois après l'arrêt du traitement antibiotique
 - C. Dans le mois qui suit si la suspicion clinique persiste
 - D. Sous antibiotiques à 1 semaine pour vérifier l'absence persistante de végétations
 - E. Dans les 10 jours qui suivent si la suspicion clinique persiste