L'IMAGE DU MOIS
Endocardite thrombotique "non bactérienne"

J.L. CANIVET (1)

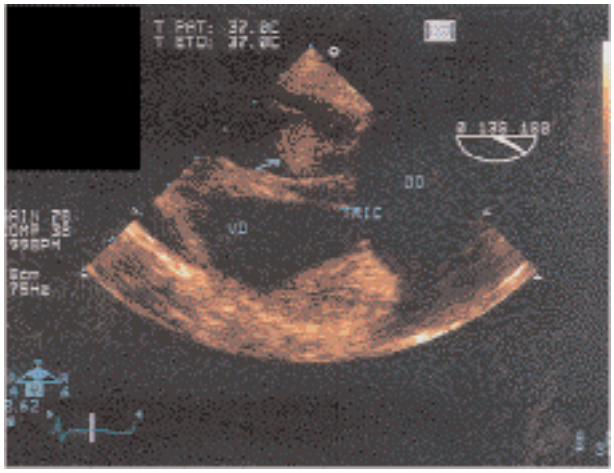


Fig. 1. Echocardiographie transthoracique selon le grand axe du cœur : Image en systole de la masse appendue à la valvule tricuspide (flèche), OD = oreillette droite; VD = ventricule droite; Tric = valvule et appareil sous-valvulaire tricuspide.

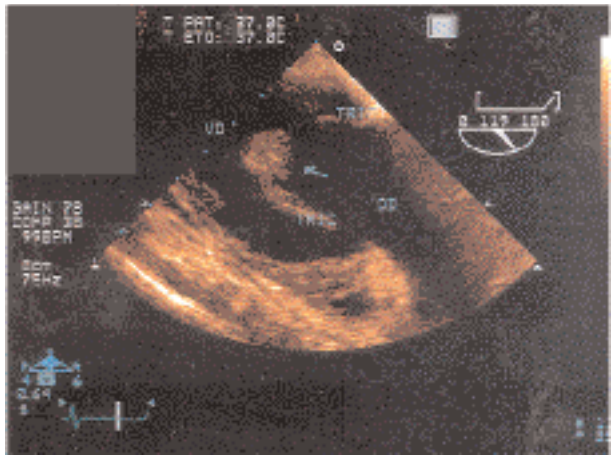


Fig. 2. Echocardiographie transthoracique selon le grand axe du cœur : image en diastole de la même masse venant se positionner dans l'ouverture des feuillets tricuspidiens.

Une patiente, âgée de 56 ans, est hospitalisée en raison d'une cachexie avec perte de poids de 15 kg en quelques mois. Elle présente brutalement une détresse cardio-pulmonaire motivant l'admission à l'USI; la patiente est intubée et ventilée et un support hémodynamique par perfusion de drogues vasoactives est mis en train.

L'examen clinique révèle :

1. une importante turgescence jugulaire associée à un pouls paradoxal,

2. un volumineux ganglion supraclaviculaire gauche (ganglion de Troisier).

Les examens suivants sont réalisés :

1. L'échocardiographie transoesophagienne met en évidence :

a) une masse volumineuse, très mobile, composite, de 1,2 cm de longueur et 2,3 cm^2 de surface, appendue à la valvule tricuspide (fig. 1, fig. 2).

b) un tableau de cœur pulmonaire aigu avec dilatation et hypokinésie ventriculaires droites, insuffisance tricuspidienne et hypertension artérielle pulmonaire évaluée à 55 mmHg de PAPS.

2. L'angio-scanner thoracique visualise :

a) une embolie pulmonaire bilatérale

b) une tumeur du lobe supérieur droit fusant en direction hilaire et médiastinale.

3. La biopsie ganglionnaire montre une infiltration métastatique par un adénocarcinome bien différencié.

Les données essentielles de la biologie sont : D-Dimères élevés à 2000 µg/l, CA 15-3 à 554 µ/ml, CA 125 à 159 µ/ml, CEA à 16,2 ng/ml, GB à 11.390/mm^3, CRP à 66 mg/l, test au C1Q négatif.

L'absence de signes cliniques et biologiques de sepsis, et le contexte clinique de néoplasie et de cachexie associés à la négativité des hémocultures imposent le diagnostic d'endocardite thrombotique non bactérienne.

L'endocardite thrombotique non bactérienne est rarement diagnostiquée ante mortem; son incidence serait de 1,6 % dans une série autopsique. Un événement embolique pulmonaire ou artériel en est la principale manifestation clinique et peut dès lors être la première manifestation d'une néoplasie sous-jacente (1).

L'échocardiographie de dépistage systématique chez des patients cancéreux connus fait état d'une prévalence de 19 % d'endocardite thrombotique (2). Un événement thrombo-embolique est survenu chez 24 % des patients porteurs de végétations valvulaires contre 8 % ($p \leq 0.01$) chez les patients qui en étaient indemnes; 90 % des patients avec D-Dimères élevés avaient un accident thrombo-embolique.

(1) Chef de Clinique, Service de Soins Intensifs Généraux (Pr. P. Damas), CHU, Sart Tilman.

Au plan physiopathologique, l'étiopathogénie serait liée à un état d'hypercoagulabilité associé le plus souvent à une néoplasie sous-jacente (généralement adénocarcinome). Plus rarement, il peut s'agir d'une pathologie auto-immune ou du syndrome antiphospholipide. Par ordre de fréquences décroissantes, les sites valvulaires les plus souvent impliqués sont : la valvule mitrale, la valvule aortique, la valvule tricuspide.

Les végétations surviennent en l'absence d'anomalies structurelles valvulaires sous-jacentes et sont constituées d'un thrombus fibrino-plaquettaire abactérien (3).

BIBLIOGRAPHIE

1. Reisner SA, Brenner B, Haim N, et al.— Echocardiography in nonbacterial thrombotic endocarditis : from autopsy to clinical entity. *J Am Soc Echocardiogr*, 2000, **13**, 876-810
2. Edoute Y, Haim N, Rinkevich D, et al.— Cardiac valvular vegetations in cancer patients : a prospective echocardiographic study of 200 patients. *Am J Med*, 1997, **102**, 252-8.
3. Deppisch LM, Fayemi AO.— Non-bacterial thrombotic endocarditis : clinicopathologic correlations. *Am Heart J*, 1976, **92**, 723-9.