

# Cas clinique : *Saturday night fever*



Collège  
National des  
Cardiologues des  
Hôpitaux

Thibault GASPARATO, Anne Sophie LE HIR

Hôpital Foch, Suresnes

Mercredi 22 novembre 2023

Congrès national CNCH 2023





# PRESENTATION DU CAS CLINIQUE

2023 © 29<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2023 © 29<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.



# Introduction : il était une fois, Madame B...

## Mode de vie

Madame B, 74 ans

Mariée, 2 enfants, retraitée

Autonome dans les AVQ



## Antécédents cardiovasculaires

FDRCV : tabac sevré, HTA, dyslipidémie

2019 : **PM double chambre Sorin**  
(dysfonction sinusale synopale)

→ changement des sondes en 2019  
(épanchement péricardique)

## Traitement habituel

Kardegic, Arbesartan, Lercanidipine,  
Propranolol

Innovair, Spiriva

**Methotrexate, prednisone**

Laroxyl, lansoprazole

## Autres antécédents

Dilatation des bronches

Polyarthrite rhumatoïde

**2020 : bactériémie à E. faecalis, bilan négatif**

RGO, hernie hiatale, gastrite à H.P



# Histoire de la maladie

## Consultations à répétition

2021

**Pneumologue**  
AEG, vertiges  
Syndrome inflammatoire  
Anémie microcytaire  
TDM : DDB im  
Antibiothérapie,  
traiteme



2022

**Médecine interne**  
...ques + anorexie  
...ciatique S1)  
...ue normal  
...no-pelvien  
...chis

**CARDIOLOGIE**

# Evolution dans le service

Bilan diagnostique

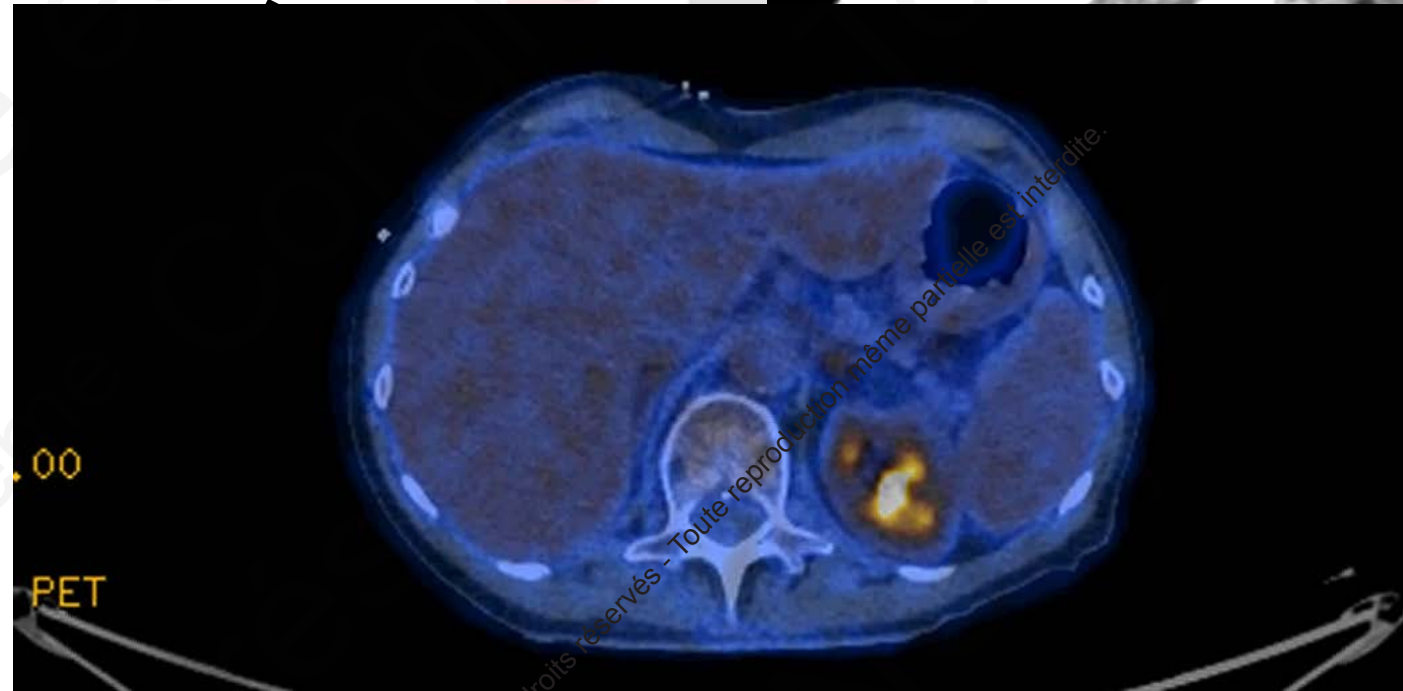
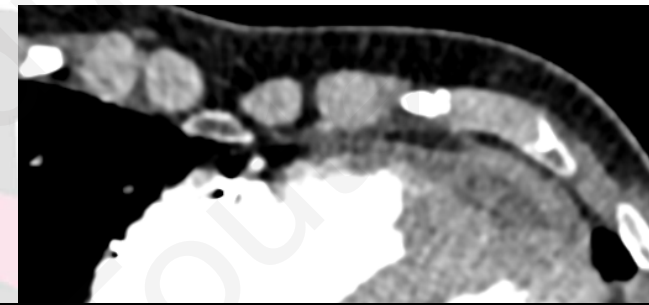
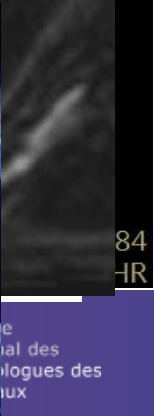
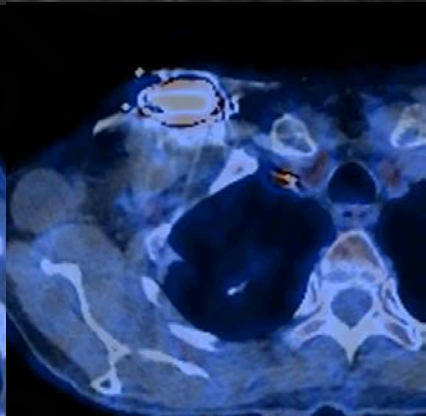
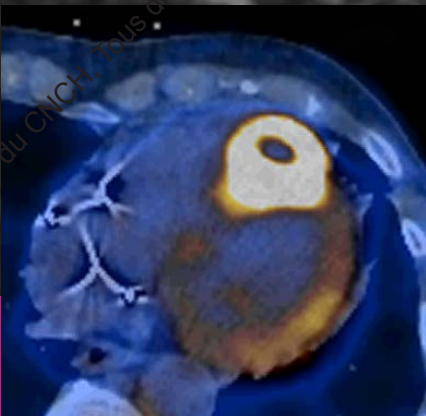
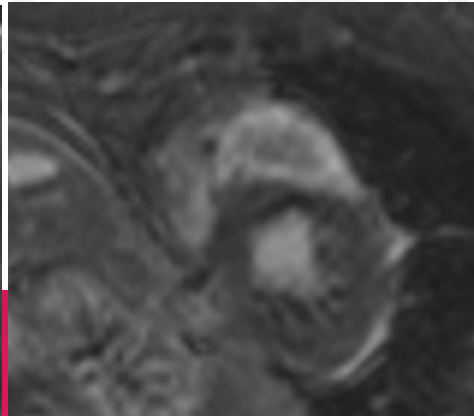
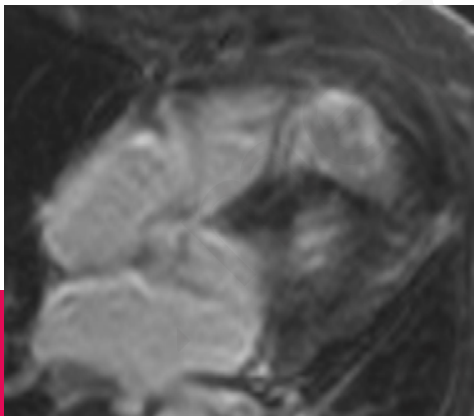
Local

ETT : masse 20 x 17 mm apicale

Scanner cardiaque : abcès 21 x 13 mm

IRM cardiaque : hypersignal 27 x 21 x 17 mm

TEP-TDM : fixation loge PM + sonde dans trajet intravasculaire





# Evolution dans le service

## Bilan étiologique

### Microbiologie

**Hémocultures (6 paires) : négatives**

→ Bilan d'endocardite à hémocultures négatives



# Evolution dans le service

## Bilan étiologique

### Microbiologie

**Hémocultures (16 paires) :** négatives

→ Bilan d'endocardite à hémocultures négatives

**Sérologie fièvre Q (*coxiella burnetii*):** IgM + et IgG +

**PCR Fièvre Q sanguine :** positive

### Porte d'entrée

**Interrogatoire:** séjours répétés à la campagne, contact avec chèvres, fromages non pasteurisés

**Facteurs de risque :** immunodépression, cardiopathie pré-existant

## AU TOTAL

**Abcès du ventricule droit à *C. burnetii* sur sonde de PM + spondylodiscite lombaire**



# Evolution dans le service

Prise en charge multidisciplinaire

Infectiologique

Cardiologique

Urgent<sup>d</sup> surgery is recommended in locally uncontrolled infection (abscess, false aneurysm, fistula, enlarging vegetation, prosthetic dehiscence, new AVB). [5,420,421,429,445](#)

I

B

**Surveillance cardiologique**

ETT, TDM cardiaque

TEP-TDM

Surveillance rythmique (Holter-ECG)





2023 © 29<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

# FIEVRE Q

2023 © 29<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

# Fièvre Q - généralités

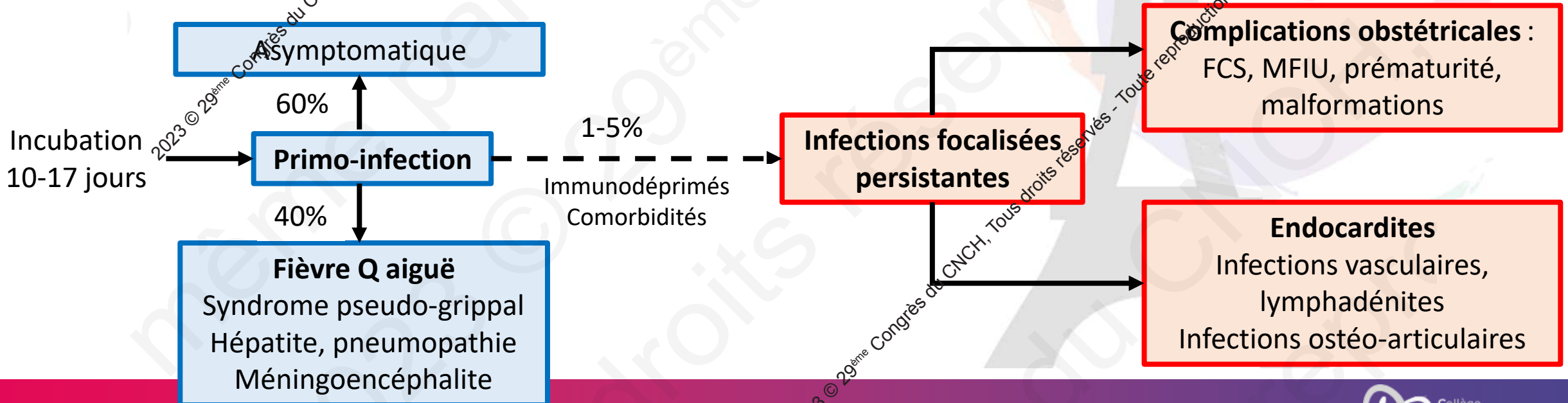
## MICROBIOLOGIE

Zoonose, *Coxiella burnetii* (BGN intracellulaire)  
 Cosmopolite  
 Réservoir : mammifères, oiseaux, arthropodes  
 → Urines, selles, lait et placenta  
 Homme = réservoir accidentel  
 Transmission : **inhalation**, ingestion

## DIAGNOSTIC

↑ GB, ↓ plaquettes, ↑ enzymes hépatiques

**Sérologies** : IgG, IgM ± IgA  
**PCR** : sang, tissus  
**Culture** : sang, tissus (valves)  
**Immunohistochimie** : valves, foie





# Endocardite à Fièvre Q – Généralités

## Principale manifestation de la fièvre Q chronique

FDR : valvulopathie (90%<sup>1</sup>), immunodéprimé

Valve aortique et mitrale<sup>1</sup>

**Diagnostic retardé (12-24 mois)**

Mortalité : 60% sans traitement, < 5% avec traitement <sup>(2)</sup>

## CLINIQUE <sup>(1)</sup>

Insuffisance cardiaque, dysfonction valvulaire

Fièvre récurrente, altération de l'état général, sueurs nocturnes, malaises

Splénomégalie, hépatomégalie

## IMAGERIE <sup>(1)</sup>

ETT/ETO : **peu de végétations**, dysfonction valvulaire

<sup>18</sup>F-FDG PET/CT : fixation valvulaire, anévrisme mycotique

Table 1 Clinical features of Q fever endocarditis<sup>[18,24-34]</sup>

Features	Total	%
No. of patients	84	
No. of males	64	76
No. with known exposure factors	53	61
Aortic valve	28	33
Mitral valve	42	50
Mitral and aortic	14	17
No. who presented with		
Fever	57	68
Cardiac failure	37/55	67
Hepatomegaly	47	56
Splenomegaly	46	55
Digital clubbing	31	37
Purpuric rash	16	19
Arterial embolism	18	21
No. who died	31	37
Diagnostic delay (mean in months)	12	

Q fever endocarditis, A. STEIN AND D. RAOULT, European Heart Journal (1995)





# Endocardite à Fièvre Q – Critères

## CRITERES FRANCAIS (CNR IHU Marseille)

### Critère suffisant

Culture, PCR ou immunohistochimie positive sur valve cardiaque

### Critères majeurs :

Microbiologie : culture/PCR positive sur sang, sur embole ou sérologie IgG > 6,400

Echographie : masse oscillante intracardiaque sur valve ou autre structure avec jet régurgitant ou sur matériel prothétique, abcès, déhiscence de valve prothétique, apparition régurgitation

PET : fixation valvulaire spécifique, anévrisme mycotique

### Critères mineurs :

Cardiopathie à risque,  
Fièvre > 38°C

Anomalie vasculaire, embole artériel, infarctus pulmonaire septique, anévrisme mycotique, hémorragie intracrânienne, hémorragie conjonctivale, lésions de Janeway

Phénomènes immunologiques (glomérulonéphrite, nodules d'Osler, tâches de Roth, FR +)

IgG phase I entre 800 et 6400

**Diagnostic affirmé** : le critère suffisant ou 2 critères majeurs ou 1 critères majeur + 3 critères mineurs

**Diagnostic possible** : 1 critères majeur + 2 critères mineurs (soit preuve microbiologique ou prédisposition cardiaque) ou 3 critères mineurs

## CRITERES HOLLANDAIS (Dutch Q Fever Consensus Group)

### Fièvre Q chronique confirmée

PCR positive sur sang/tissus

IFA  $\geq$  1/800 ou IgG phase I  $\geq$  1/1024

et

Endocardite certaine selon Duke OU infection vasculaire ou prothétique certaine (TEP, CT, IRM, AUS)

### Fièvre Q chronique probable

IgG phase I  $\geq$  1/1024

Et 1 critère parmi :

Valvulopathie ne remplissant les critères majeurs de Duke  
Anévrisme ou prothèse cardiaque/vasculaire sans signe franc d'infection

Suspicion d'ostéomyélite ou d'hépatite

Grossesse

Signes d'infection chronique : fièvre, perte de poids, sueurs nocturnes, hépato-splénomégalie, augmentation VS/CRP

Inflammation granulomateuse tissulaire prouvée histologiquement

Immunodépression

### Fièvre Q chronique possible

IFA > 1/1024 IgG phase I sans autres manifestation de fièvre Q probable



# Endocardite à Fièvre Q – Prise en charge

## TRAITEMENT

**Hydroxychloroquine + Doxycycline**

18 mois (valve native) ou 24 mois (valve prothétique)

## MESURES PREVENTIVES

Identification patients à risque

Contrôle exposition animaux infectés + sécrétions

## SURVEILLANCE (protocole CNR IHU Marseille)

Clinique : apyrexie (1 semaine), hépatosplénomégalie (2-12 semaines)

Sérologie : 1 fois par mois pendant 6 mois puis tous les 3 mois

→ Négativation IgM puis IgA puis IgG (années)

2023 © 29<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2023 © 29<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.



2023 © 29<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

# MERCI POUR VOTRE ATTENTION

2023 © 29<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.



29<sup>ÈME</sup>  
CONGRES  
CNCH



Collège  
National des  
Cardiologues des  
Hôpitaux

## Suivez le CNCH sur le Social Média !

#CNCHcongres



@CNCHcollege



@CNCHcollege



@CNCHcollege



Si vous voulez devenir Ambassadeur social média CNCH adressez-nous un email à [cnch@sfcadio.fr](mailto:cnch@sfcadio.fr)