

DOSSIER préparé par Anthony FONTAN, mars 2006

Vous voyez pour la première fois monsieur P..., 36 ans, pour une lombalgie fébrile. Parmi ses antécédents, vous notez :

- toxicomanie intra veineuse à l'héroïne non sevrée
- une pneumopathie il y a 2 mois traitée par 10 jours d'antibiothérapie
- une chirurgie cardiaque dans une clinique de la ville il y a 5 ans mais le patient n'est pas capable de vous donner plus de renseignement. Il parle seulement d'une histoire d'infection.

Les lombalgies qui vous l'amènent évoluent depuis 15 jours, siègent en lombaire bas et inhibent maintenant toute mobilisation. Il existe une irradiation dans la fesse droite n'atteignant pas le membre inférieur. La fièvre quant à elle est apparue il y a 3 semaines et persiste en plateau. Elle est mesurée à 39,7°C le jour où vous voyez le patient.

Par ailleurs votre examen retrouve une auscultation cardio-pulmonaire normale, une hépatomégalie modérée associée à un reflux hépato jugulaire. Le patient ne peut pas se lever. La pression sur l'épineuse de L5 reproduit la douleur.

QUESTION 1

Quel diagnostic évoquez vous ?

QUESTION 2

Quel bilan paraclinique demandez vous en première intention ?

QUESTION 3

Quels sont les éléments de la prise en charge thérapeutique initiale ?

QUESTION 4

Vous obtenez des renseignements complémentaires concernant l'antécédent cardiaque du patient. Il avait bénéficié d'une plastie mitrale dans un contexte d'endocardite à staphylocoque épidermidis. Il n'avait semble-t-il jamais eu de problème de ce côté là depuis mais n'avait jamais reconsulté un cardiologue.

Complétez votre diagnostic en fonction de ces nouveaux éléments ? Quels examens supplémentaires vous paraissent nécessaires ?

QUESTION 5

Le complément d'imagerie que vous avez demandé montre une végétation tricuspide de 20 mm de long avec une fuite de grade 3, ainsi qu'une végétation mitrale mobile de 19 mm de long prolabant dans le VG en diastole, sans fuite associée. Cela change-t-il quelque chose sur le plan de la thérapeutique dans les jours à venir ?

QUESTION 6

Le patient présente brutalement avant toute prise en charge complémentaire une aphasie associée à une monoplégie du membre supérieur droit. Quelle complication redoutez vous ? Quels en sont les mécanismes possibles ?

QUESTION 7

Le diagnostic que vous redoutiez est confirmé. Qu'est ce que cela change concernant la prise en charge que vous envisagiez avant la survenue de cette complication ?

QUESTION 8

Malheureusement, l'évolution est défavorable et le patient décède. La famille est très remontée et malgré vos explications, elle porte plainte contre vous au tribunal de grande instance. Que risquez vous théoriquement ?

REPONSE 1

Spondylodiscite infectieuse L4-L5 ou L5-S1. (5 points)

Arguments :

- Toute lombalgie fébrile est une spondylodiscite jusqu'à preuve du contraire +++
- Terrain favorisant : toxicomanie intraveineuse
- Radiculalgie tronquée vers la fesse droite

REPONSE 2

Bilan biologique sanguin :

- Evaluation du **syndrome inflammatoire**(3 points) : CRP, NFS
- Bilan pré thérapeutique : ionogramme, créatinine, plaquettes, bilan hépatique.

Bilan bactériologique(2 points) :

- **Hémocultures** (4 points) multiples, au moment des pics fébriles ou de frissons, prélevées sur milieux aéro et anaérobie, avant toute antibiothérapie
- Prélèvement d'une éventuelle porte d'entrée (1 point) : veinite éventuelle liée à la toxicomanie intraveineuse.
- Pas de biopsie vertébrale d'emblée !
- RT et ECBU systématique (1 point)

Imagerie :

- Radiographie standart rachis lombaire face et profil : si c'est possible, le patient ne peut pas se lever !
- **IRM rachis lombaire** (4 points)
(TDM rachis lombaire accepté mais rapporte moins de points !)
- Echocardiographie transthoracique peut être demandé dès ce stade vu l'antécédent de chirurgie cardiaque mal précisé

REPONSE 3

Hospitalisation en **urgence** (5 points)

Repos strict au lit (4 points) : risque de tassement vertébral avec compression médullaire si lever.

Voie veineuse périphérique

Antibiothérapie (4 points) :

- Double, bactéricide et synergique
- A bonne diffusion osseuse
- IV au début
- Probabiliste au début, adapté au germe suspecté : ici = staphylocoque
- Démarrée après réalisation du bilan bactériologique
- Par exemple pénicilline M type BRISTOPEN + aminoside type GENTAMYCINE

Sevrage de la toxicomanie intraveineuse, mise en place d'un traitement de substitution orale type SUBUTEX, prise en charge psychologique. (2 points)

Traitement antalgique

Prévention de la maladie thrombo embolique par HBPM SC type LOVENOX (2 points)

Surveillance (1 point) :

- efficacité : température, syndrome rachidien, CRP, NFS, radiographies rachis lombaire
- tolérance : créatinine

REPONSE 4

Spondylodiscite compliquant une réactivation d'**endocardite infectieuse** (10 points) probablement à staphylocoque, touchant vraisemblablement à la fois le cœur gauche et le cœur droit.

Compléter les examens avec :

Confirmer endocardite : ETT si pas déjà faite et surtout **ETO** (5 points)

Rechercher embolies viscéraux si endocardite confirmée : TDM thoraco abdominal APC

REPONSE 5

Confirmation de l'endocardite du coeur gauche et droit.

Risque embolique majeur (5 points) lié à la végétation mitrale : **chirurgie valvulaire cardiaque urgente** dans les jours à venir. (5 points)

IT de grade 3 explique les signes droits retrouvés à l'entrée et justifie un traitement diurétique type LASILIX.

Arrêt des HBPM.

REPONSE 6

Accident vasculaire cérébral touchent l'aire motrice frontale gauche. (5 points)

2 mécanismes peuvent être évoqués :

- AVC ischémique par embolie sylvien gauche d'une végétation mitrale (5 points)
- AVC hémorragique par rupture d'anévrisme mycotique (5 points)

TDM cérébral SPC en urgence pour identifier le mécanisme

REPONSE 7

La survenue d'un AVC **contre indique la chirurgie cardiaque** (10 points) pendant plusieurs semaines car la CEC nécessite une anticoagulation par héparine extrêmement puissante pendant plusieurs heures avec un TCA > 300 sec.

Seule solution : traitement médical : poursuite antibiothérapie et croiser les doigts pour que ça se passe bien. Prise en charge spécifique de l'AVC.

Prévenir la famille du pronostic sombre.

REPONSE 8

C'est votre **responsabilité civile** (5 points) qui est mise en jeu. La famille cherche à obtenir réparation du préjudice subit.

Le préjudice de la victime est clair : il est mort !

Si vous avez commis une faute, à savoir manquement à votre obligation de moyens pour soigner ce malade, et qu'il existe un lien de causalité entre la faute et le préjudice, vous pouvez être condamné à **payer des « dommages et intérêts »** (5 points) à la famille de la victime.

Si vous avez souscrit une assurance responsabilité civile professionnelle, c'est l'assurance qui les prendra en charge, sinon c'est de votre poche.