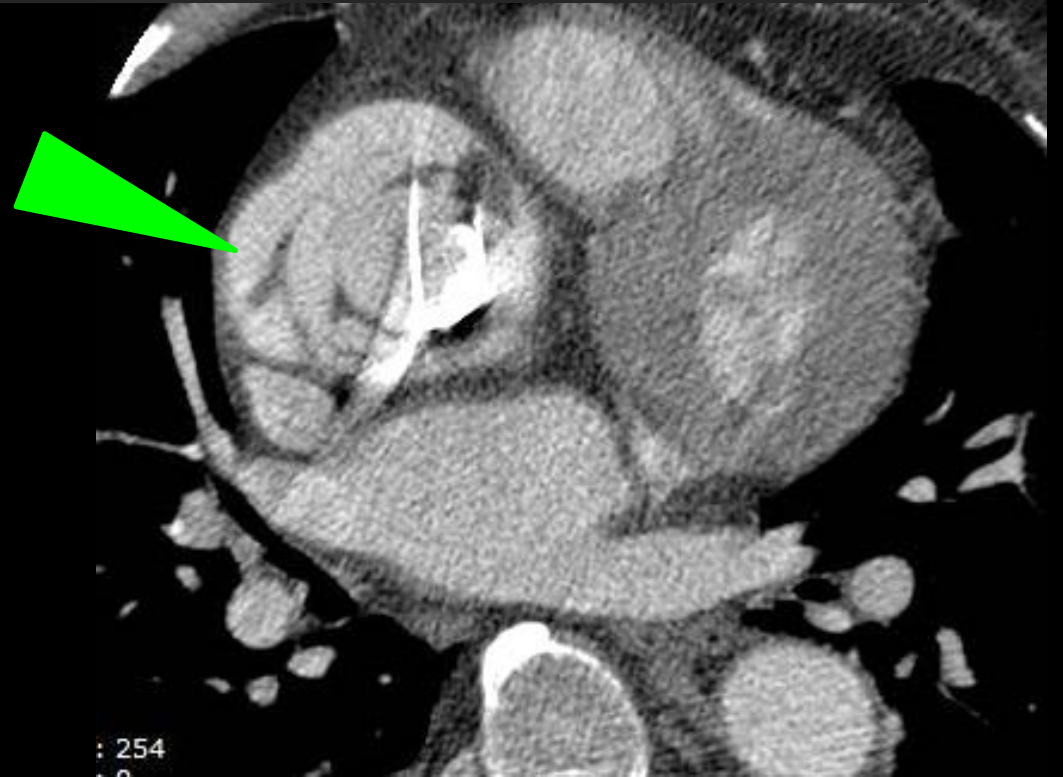


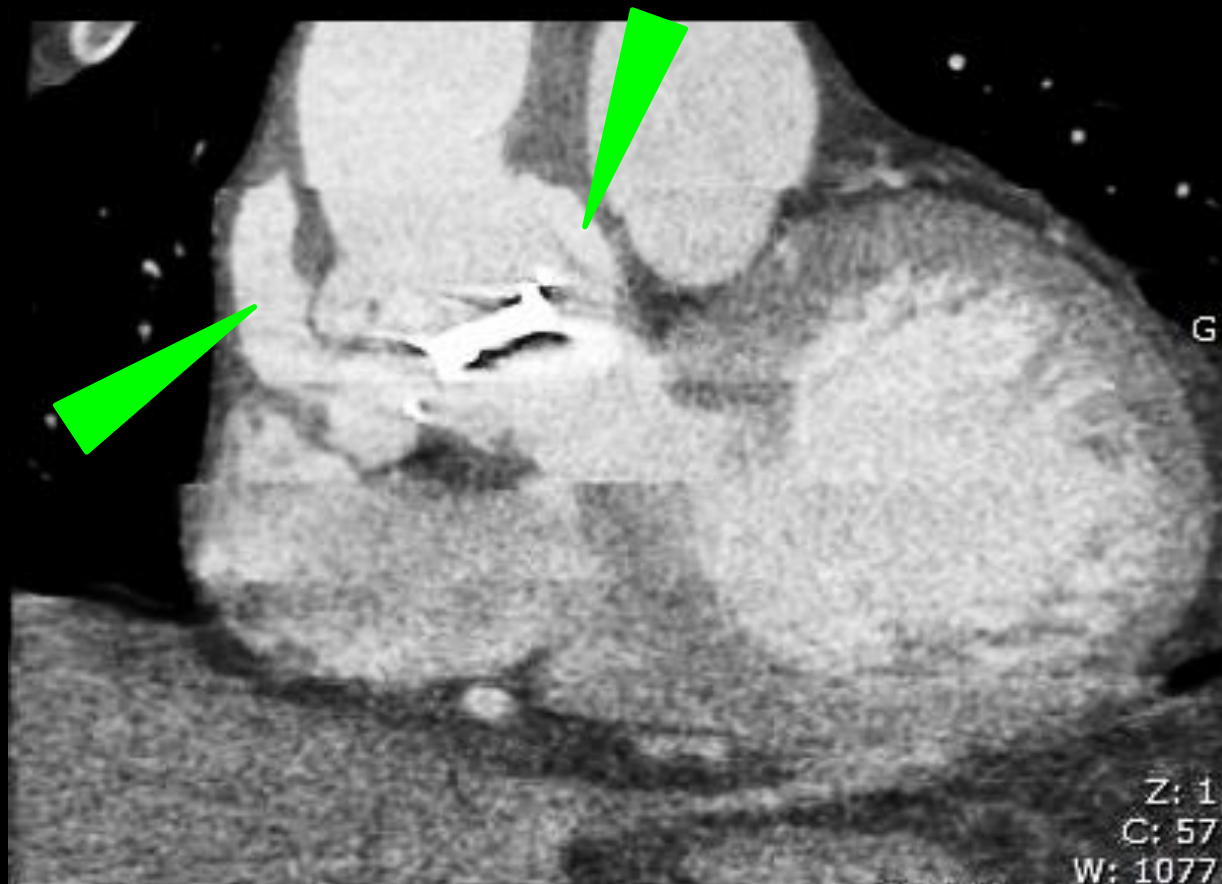
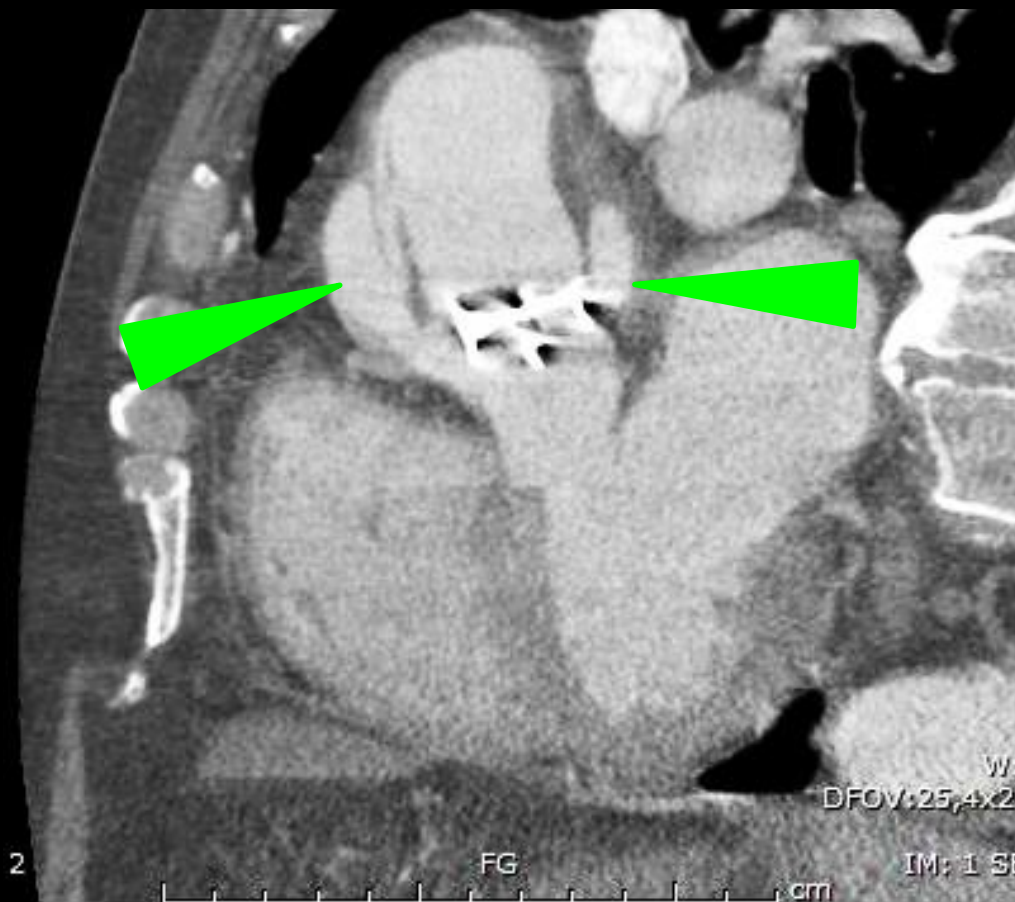
Bilan de sepsis chez un patient de 70 ans aux antécédents de remplacement prothétique valve de l'aorte ascendante.





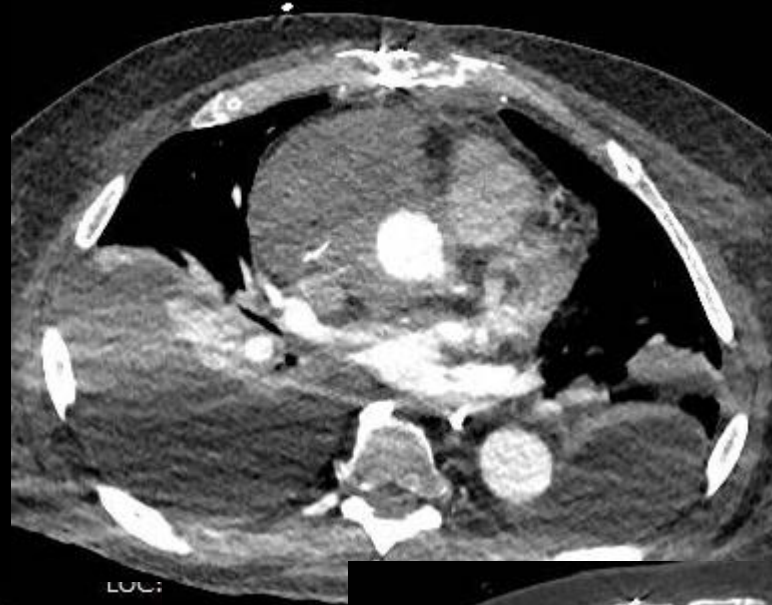
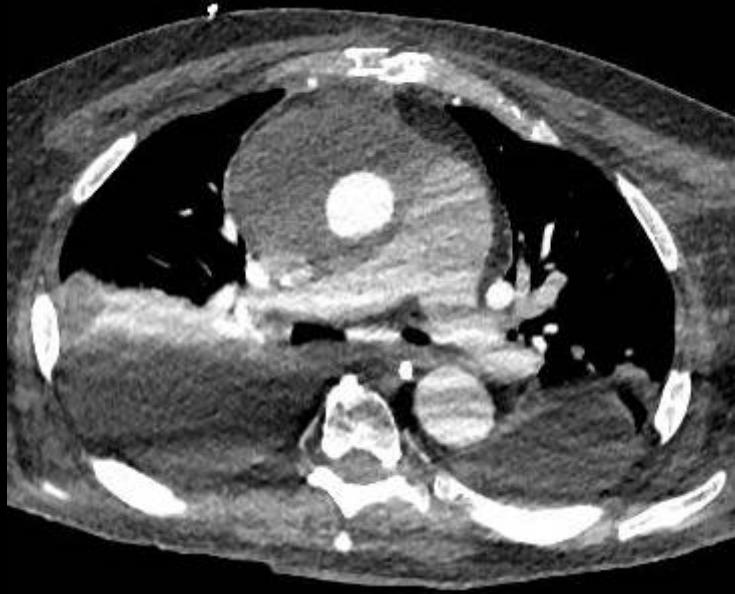
- importante hypertrophie myocardique concentrique du VG
- opacification synchrone du flux aortique d'une structure tubulée arciforme circoncrivant la racine de l'aorte



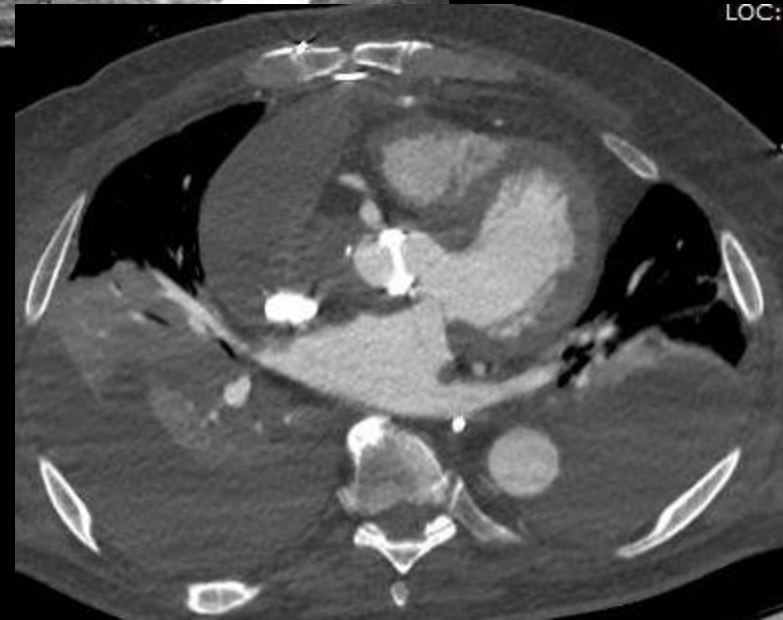


Développement d'un **faux anévrisme aortique circulant circonférentiel**
à partir du septum inter-ventriculaire membraneux avec **dislocation aorto-ventriculaire infectieuse** sur valve prothétique

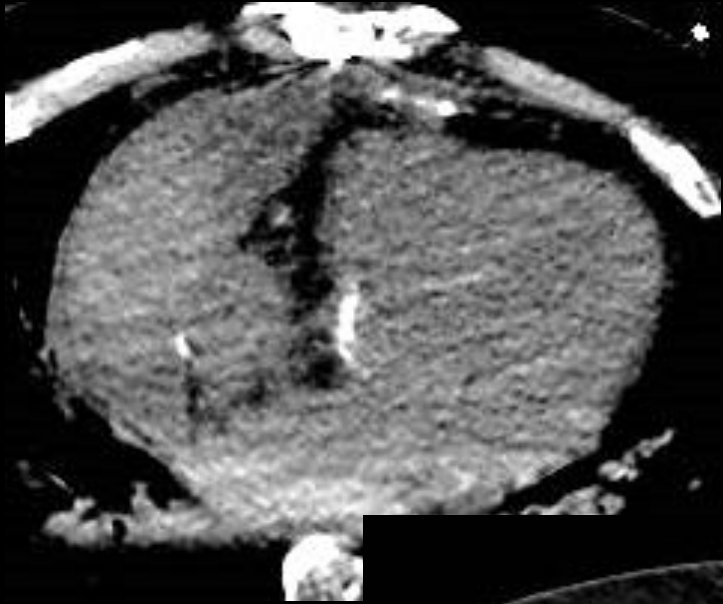
Remplacement du matériel prothétique aortique et valvulaire Contrôles post-opératoires



20/04

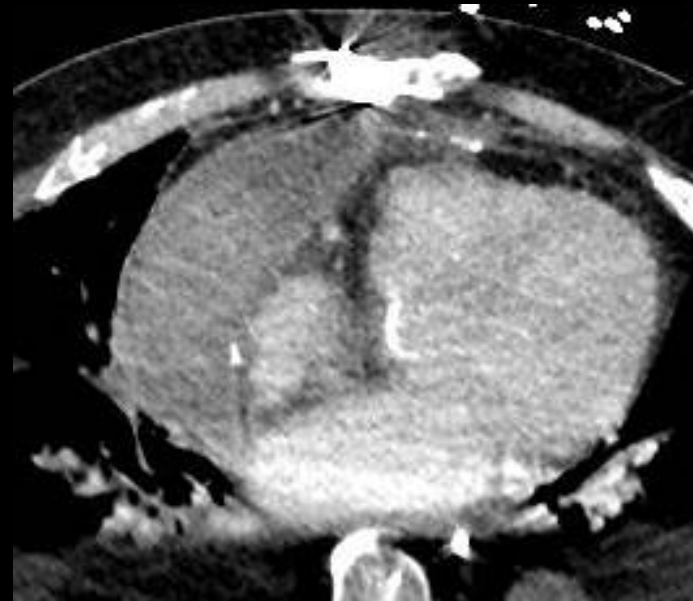
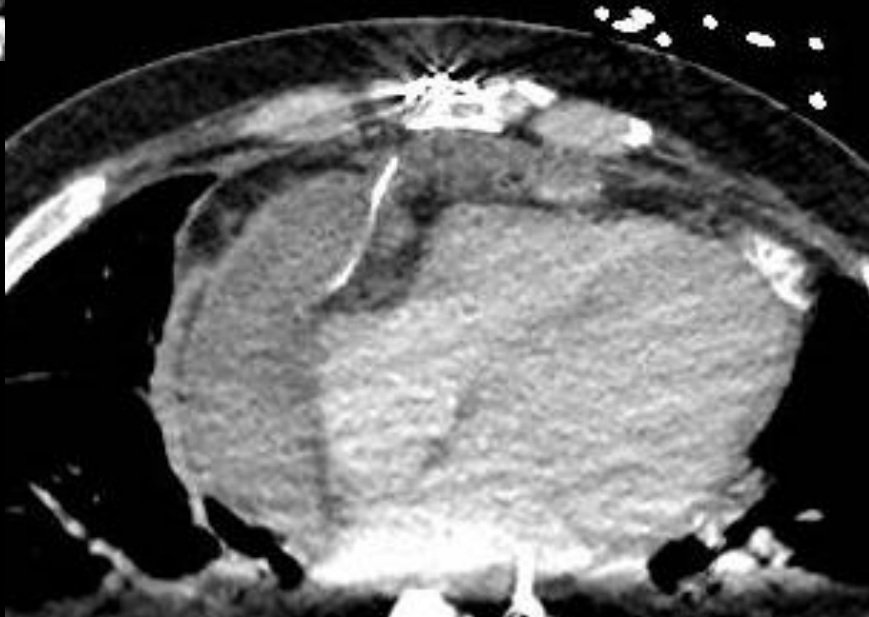


Contrôles post-opératoires



15/05

Collection hématique post-opératoire spontanément hyperdense.
Pas de prise de contraste.



Endocardite infectieuse

Endocardite sur valve prothétique :

Risque majeur dans les 5 ans qui suivent l'opération

Précoce si survient < 2 mois après l'opération, tardive sinon

Précoce : contamination cutanée par staph épidermitis ou aureus

Tardive : streptocoques ++ (= valve native)

Complications les plus communes :

- Fuites para-valvulaires
- Abscess de l'anneau valvulaire
- Extension de l'infection aux tissus adjacents



Endocardite infectieuse

➤ Endocardite infectieuse certaine:

- Critères anatomiques et microbiologiques:
 - Présence de micro-organismes à la culture ou à l'examen histologique d'une végétation, ou au sein d'une végétation embolisée, ou dans un abcès intracardiaque.
 - Ou signes d'E.I. active à l'examen histologique d'une végétation ou d'un abcès intracardiaque.
- Critères cliniques:
 - 2 critères majeurs
 - Ou 1 critère majeur + 3 critères mineurs - Ou 5 critères mineurs

Endocardite infectieuse

➤ Endocardite infectieuse possible

- Données insuffisantes pour affirmer l'E.I, mais ne permettant pas de l'éliminer.

➤ Endocardite infectieuse éliminée

- Diagnostic confirmé d'une **affection autre** responsable de manifestations évoquant l'endocardite infectieuse.
- Ou **disparition des signes** imputés à une E.I. possible, après 4 jours ou moins d'ATB.
- Ou absence de signes anatomiques d'E.I. à l'examen chirurgical ou autopsique, après 4 jours ou moins d'ATB.

Endocardite infectieuse

➤ Critères majeurs :

Critères cliniques

- Hémocultures positives
- Atteinte démontrée de l'endocarde:
 - Masse intracardiaque mobile sur une valve ou son support, ou sur la voie d'un jet régurgitant, ou sur un matériel implanté, en l'absence d'autre explication anatomique à la présence de cette masse
- Abscès
- Déhiscence partielle récente d'une prothèse valvulaire
- Régurgitation valvulaire d'apparition récente

Endocardite infectieuse

Critères cliniques

➤ Critères mineurs :

- Présence d'une cardiopathie prédisposant à la greffe infectieuse, ou toxicomanie IV
- Fièvre > 38°C
- Phénomènes vasculaires: embolie artérielle, infarctus pulmonaires septiques, anévrysmes mycotiques, hémorragies intracrâniennes, hémorragies conjonctivales, érythèmes de Janeway
- Phénomènes immunologiques glomérulonéphrite, nodosités d'Osler, tâches de Roth, facteurs rhumatoïdes
- Microbiologie: une hémoculture positive
- Anomalies échographiques en dehors des critères majeurs

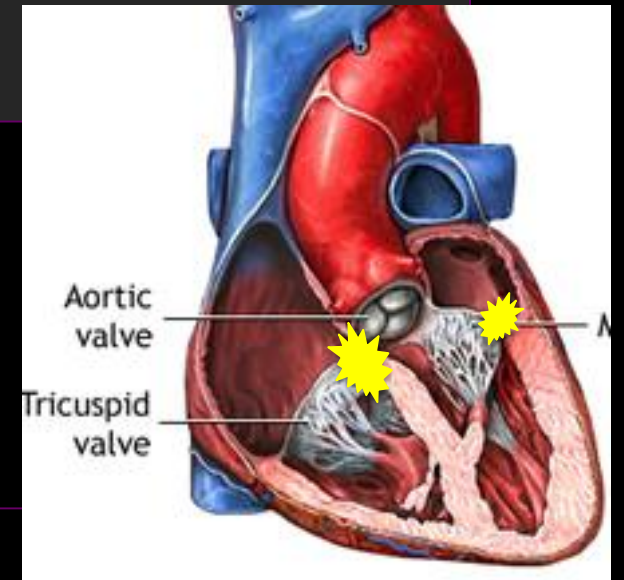
Abcès ou faux anévrisme valvulaire

- ✓ Se forme à partir d'une valvule sigmoïde infectée
- ✓ Rarement à distance par une lésion de jet ou un embole septique

2 zones de prédilection :

- La zone d'attache de la valve mitrale antérieure
- La zone d'attache du septum IV au niveau de l'anneau aortique

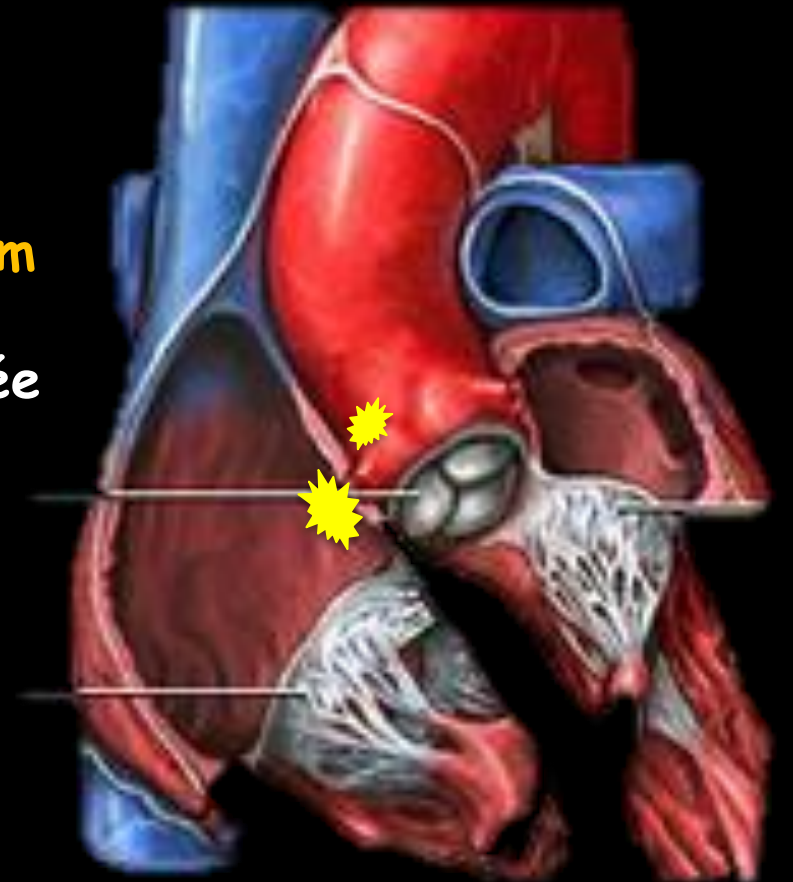
Peut devenir circonférentielle et entraîner une **dislocation aorto-ventriculaire**



Abcès ou faux anévrisme valvulaire

Signes d'abcès en cours de formation :

- Un **épaississement pariétal focal de l'aorte initiale de >10 mm**
- Une image d'addition péri-valvulaire opacifiée ou non opacifiée
- Une **cavité circulante avec un trajet fistuleux** provenant
 - du VG et cette cavité s'expand pendant la systole
 - De l'aorte et cette cavité s'expand pendant la diastole



Continuité avec
la paroi de l'OD

Trigone aorto-mitral

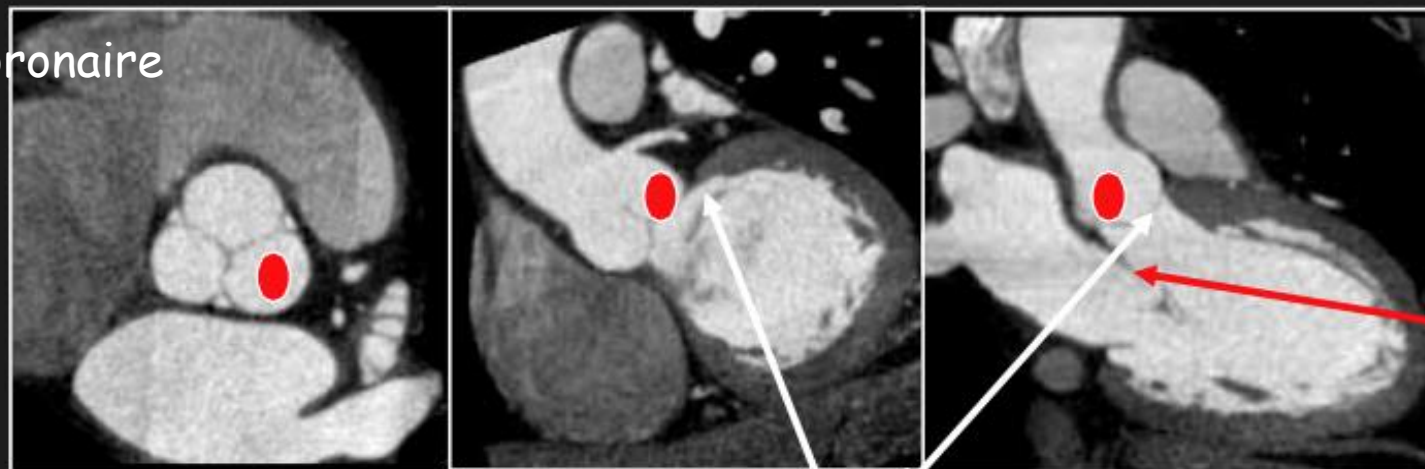
SIA



Continuité avec la

Sinus veineux

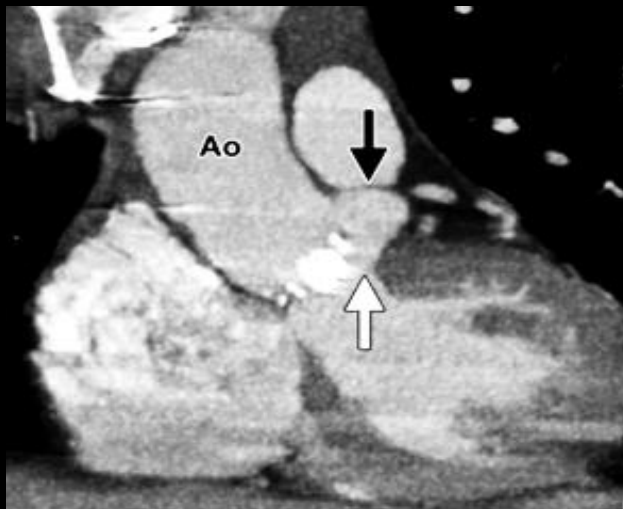
Rapports
sigmoïde non coronaire



Continuité
avec la valve
mitrale
antérieure

Rapports
sigmoïde
coronaire
gauche

Insertion de la sigmoïde gauche sur le SIV musculaire



Complications des remplacements valvulaires aortiques :

- Régurgitations valvulaires et para-valvulaires
- Déhiscence
- Endocardite et abcès
- Obstruction valvulaire (thrombose et pannus)
- Pseudo-anévrisme
- Dissection aortique
- Détérioration structurelle
- Hémolyse

Homme de 60 ans avec valve mécanique aortique

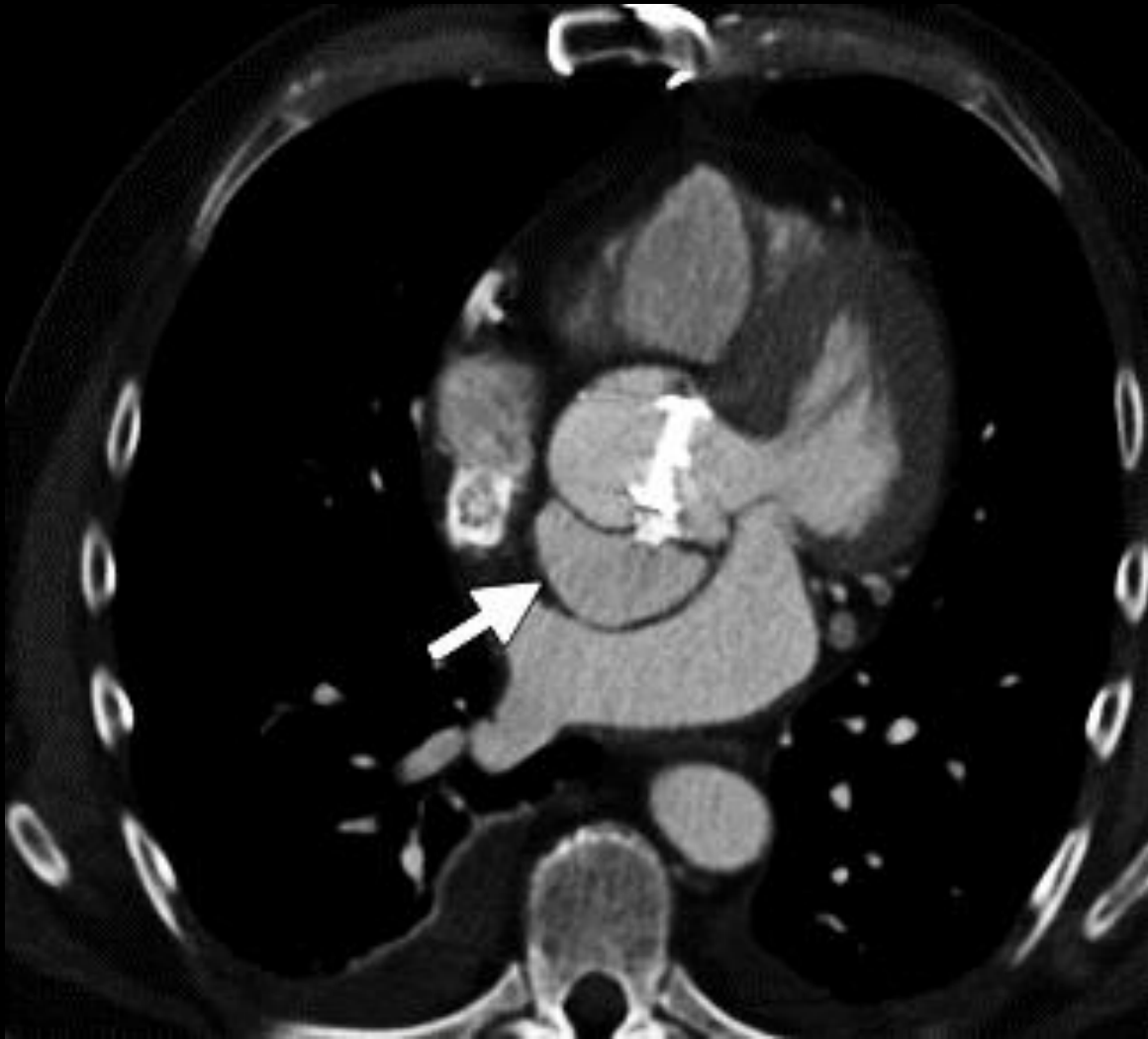
Image de séparation de la prothèse par rapport à l'anneau aortique : déhiscence valvulaire



facteurs de risque de déhiscence valvulaire :

- Endocardite
- Dilatation aorte ascendante
- Régurgitation
- Importantes calcifications de la valve native

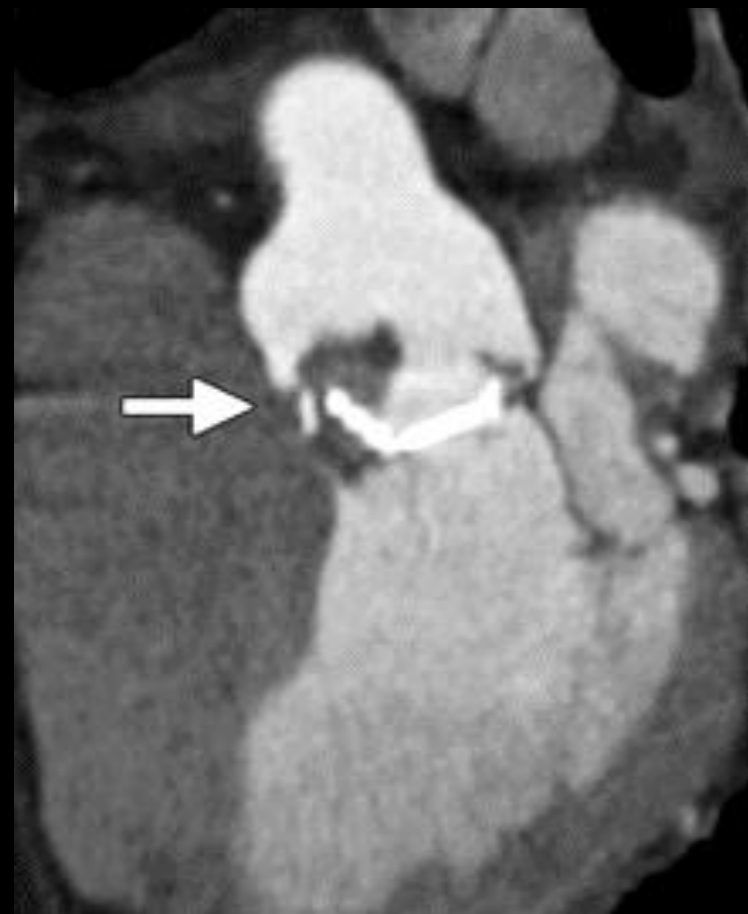
Faux anévrismes



Les faux anévrismes peuvent se développer à partir d'une **déhiscence d'une suture de l'anneau aortique**, des **ostia coronaires** ou encore à partir des **anastomoses proximales et distales du tube prothétique**.

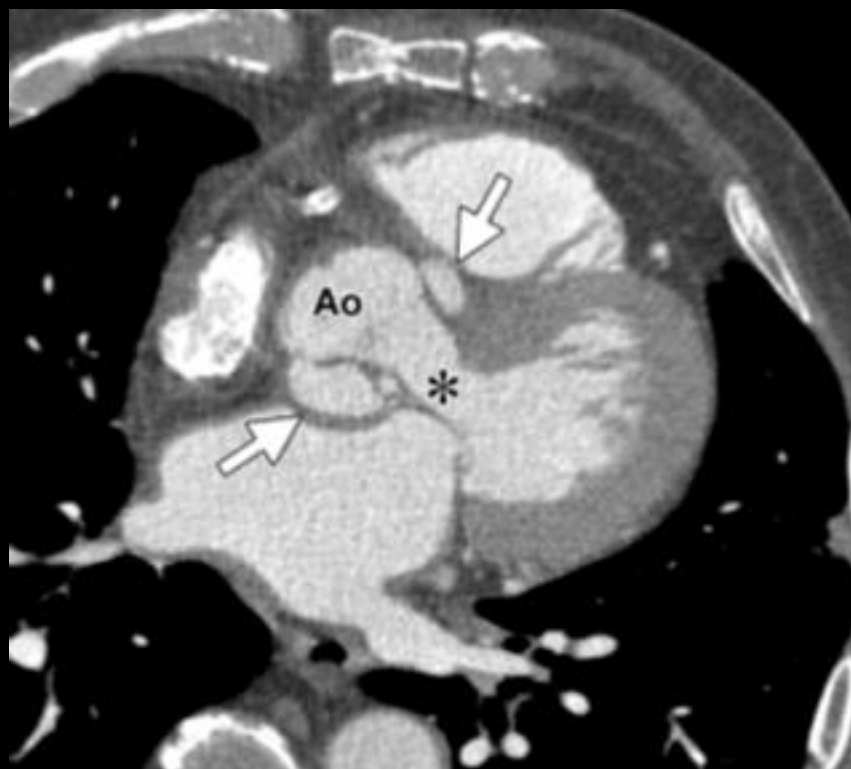


Végétations chez une
femme de 62 ans



Bilan d'endocardite chez un homme de 65 ans avec
antécédent de remplacement valvulaire aortique deatant de
1 an auparavant

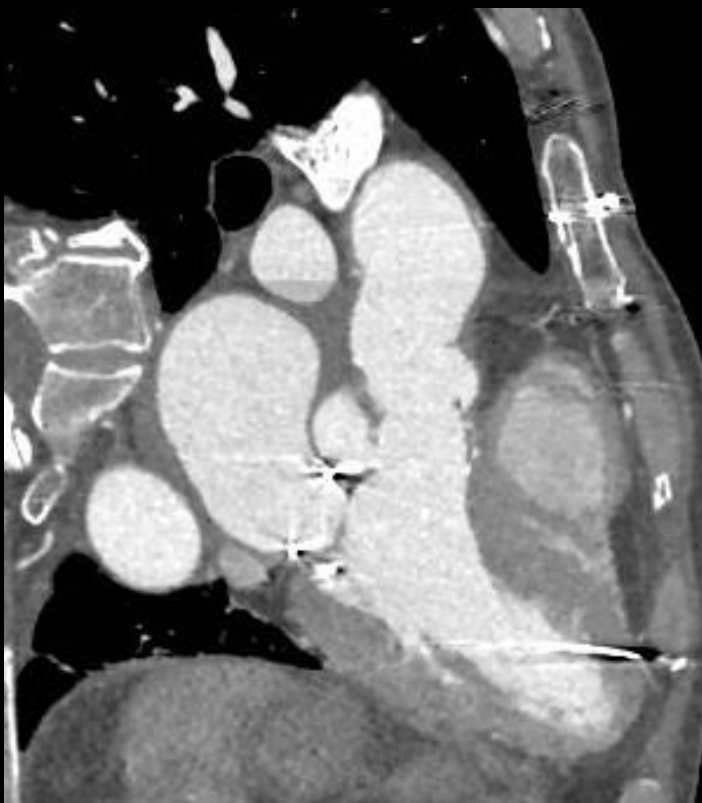
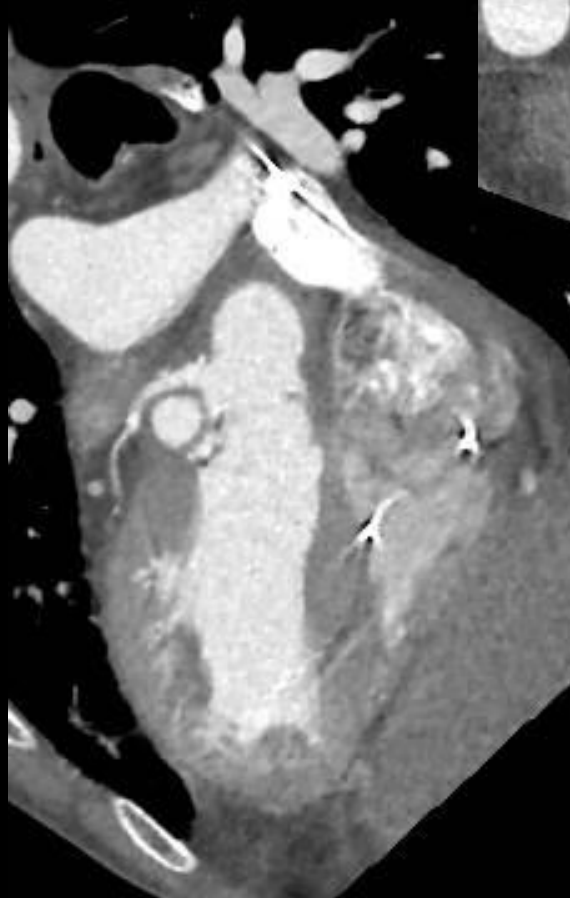
Epaississement nodulaire des feuillets valvulaires

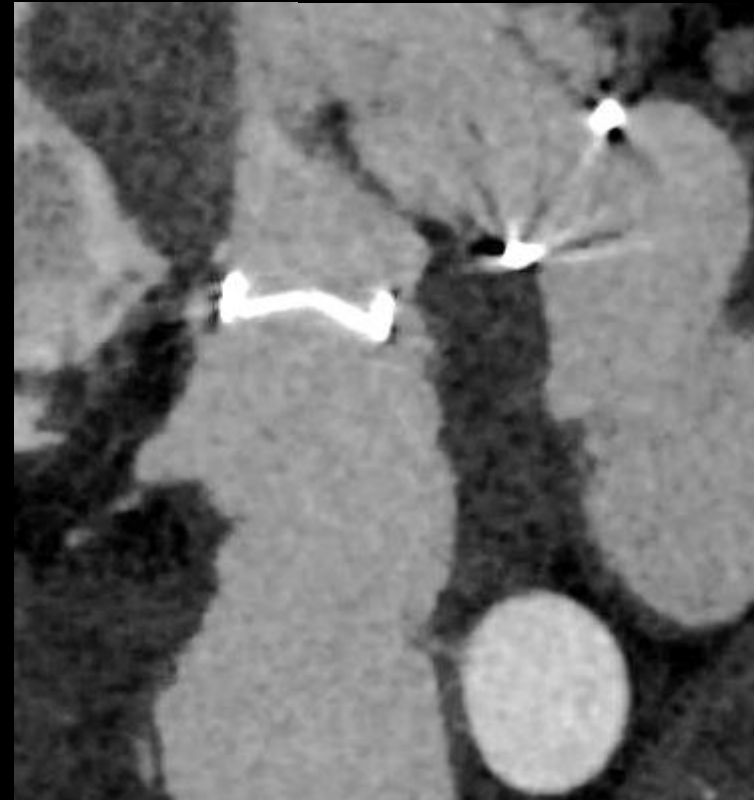


Faux anévrysme antérieur et postérieur,
circonférentiel, péri-prothétique chez un
homme de 62 ans

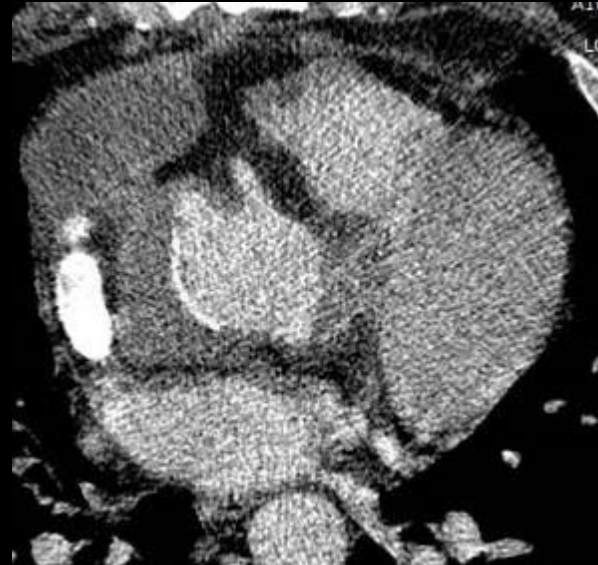
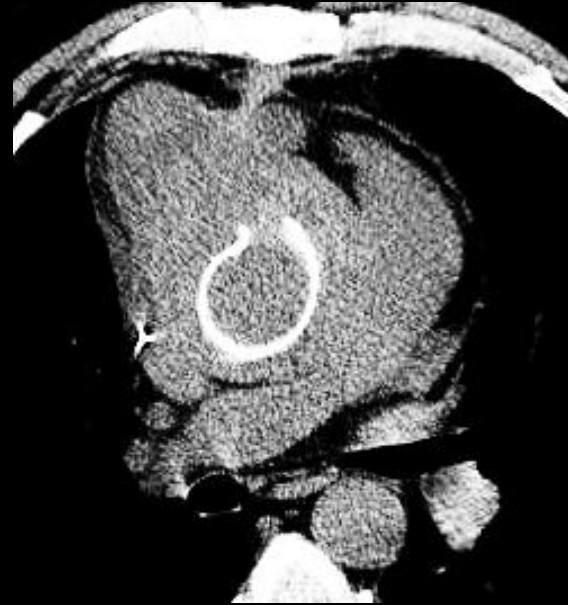
Cas similaire

Homme de 73 ans





Cas similaire 2



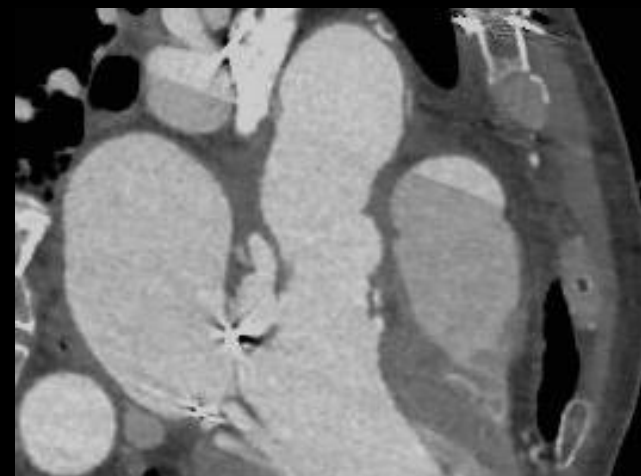
Bilan d'extension d'un abcès aortique

LOCAL : Valve native -> dépend du point d'origine du trajet fistuleux

Sigmoïde postérieure non coronaire -> valve mitrale (trigone aorto-mitral et SIA)

Sigmoïde coronaire droite -> infundibulum et SIV membraneux

Sigmoïde coronaire gauche -> SIV musculaire



Valve prothétique : Les faux anévrysmes peuvent se développer à partir d'une déhiscence d'une suture de l'anneau aortique, des ostia coronaires ou encore à partir des anastomoses proximales et distales du tube prothétique.

Bilan d'extension d'un abcès aortique

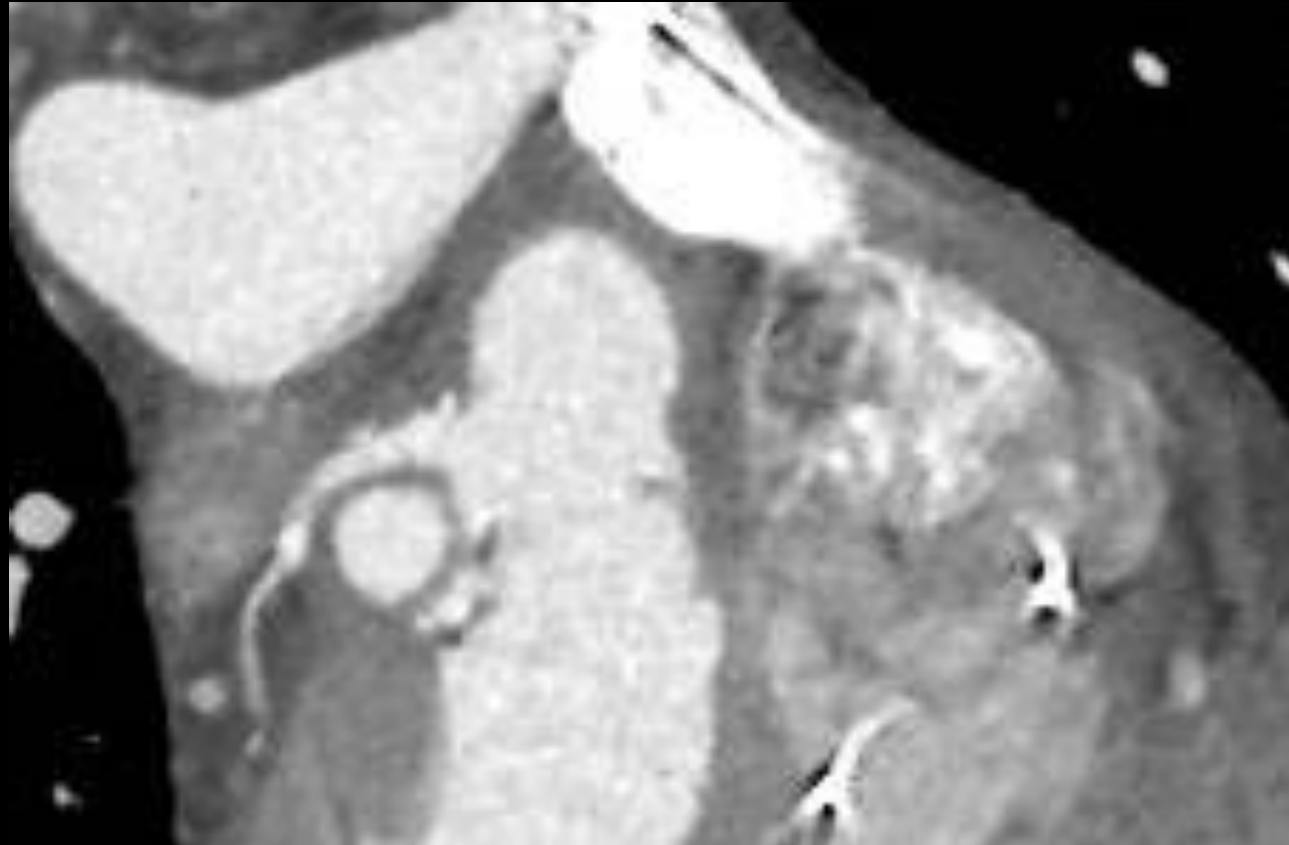
A DISTANCE

Préciser les rapports anatomiques avec les **artères coronaires**

Rechercher un contact étroit avec le **sternum** à risque chirurgical en cas de sternotomie

Rechercher une **médiastinite**

Rechercher une **péricardite**



Les éléments à préciser dans le compte-rendu

Préciser la localisation de l'abcès

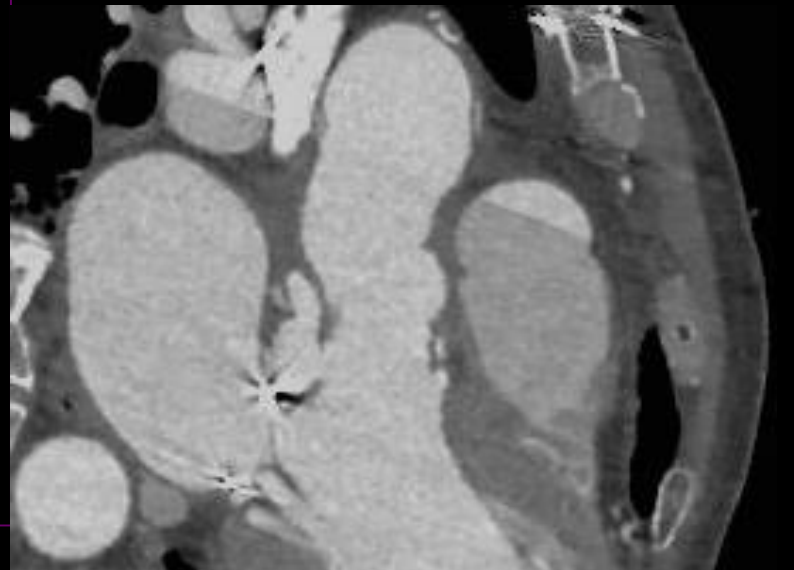
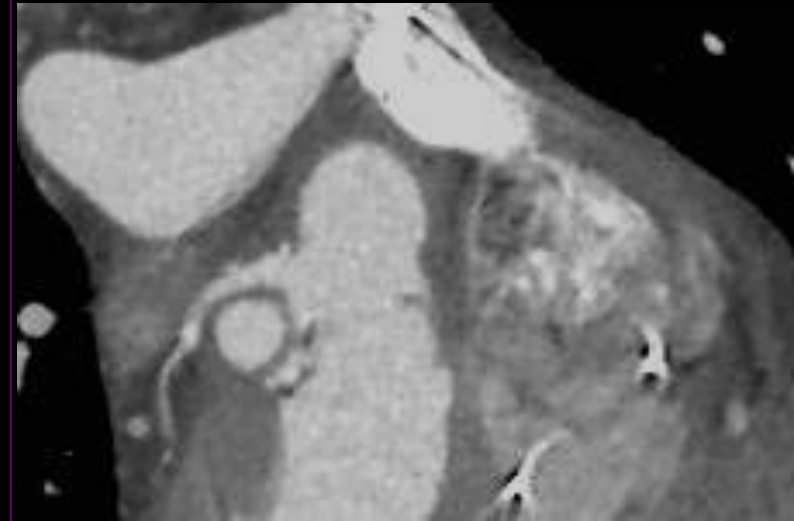
- Atteinte focale ou circonférentielle
- Sigmoïde(s) aortique(s) atteinte(s)

Préciser l'extension supra-annulaire

- Rapports avec les artères coronaires
- Atteinte médiastinale et péricardique
- Atteinte du tronc de l'artère pulmonaire
- Rapports avec le sternum à risque chirurgical

Préciser l'extension infra-annulaire

- Atteinte du trigone aorto mitral et de la valve mitrale
" " antérieure
- Atteinte du SIV membraneux ou musculaire



lectures recommandées

- Complications of aortic valve surgery : manifestation at CT and MR imaging. Radiographics 2012.
- Abscès et faux anévrisme de la valve aortique : place du scanner cardiaque. HEGP