

## Endocardite à *Candida Tropicalis* sur valve native : une nouvelle observation

Les endocardites fongiques sont des infections rares. Toutefois leur fréquence est très probablement sous-estimée, du fait de la difficulté de mettre en évidence le microorganisme responsable et de la méconnaissance relative de ces infections rares et souvent rapidement mortelles. Les microorganismes fongiques les plus fréquents sont représentés par le genre *Candida* (53 % des cas), plus rarement par le genre *Aspergillus* (24 %) (1).

Ces endocardites surviennent surtout chez les toxicomanes et les immunodéprimés. L'endocardite à *Candida* survenant le plus souvent après une intervention de remplacement valvulaire ou plus rarement sur des valves natives. L'originalité de notre observation réside dans le fait que notre patient n'avait aucun antécédent pathologique, n'était pas toxicomane, était immunocompétent et a présenté une endocardite à *candida tropicalis* sur valves natives.

### Observation

Patient âgé de 34 ans, sans antécédents pathologiques notables, a présenté quatre mois avant son admission une fièvre non chiffrée, une altération de l'état général, des œdèmes des membres inférieurs et un purpura des deux jambes. L'examen clinique a montré un patient altéré, fébrile à 38°6, un souffle systolique d'insuffisance mitrale, des œdèmes des membres inférieurs de type rénal, un purpura vasculaire des deux jambes et aux bandelettes urinaires une protéinurie à une croix et une hématurie à trois croix. L'hémogramme a montré une leucocytose à 14200/mm<sup>3</sup>, une anémie inflammatoire à 6.9 g/dl d'Hb et des plaquettes à 437000/mm<sup>3</sup>. Le bilan biologique a révélé un syndrome inflammatoire biologique (SIB) avec une VS à 65 mm la 1<sup>ère</sup> heure, une CRP à 107 mg/l, une insuffisance rénale avec créatinine à 227 μmol/l (clairance de la créatinine à 35.8 ml/mn) et une protéinurie à 0.45 g/24h. Le bilan immunologique a montré un complément sérique consommé et des anticorps anticytoplasme des polynucléaires positifs de type c-ANCA. Deux hémocultures étaient positives à *candida tropicalis*. L'échographie cardiaque trans-thoracique a révélé des valves mitrales truffées de végétations de taille variable, mobiles, s'étendant sur toute la grande valve mitrale jusqu'à l'anneau mitral. La petite valve mitrale (PVM) était aussi truffée de végétations avec prolapsus de la PVM en rapport avec une rupture de cordage partielle. Le patient a été mis sous Fluconazole par voie intraveineuse à la dose de 800 mg puis 400 mg/j pendant 53 jours. Devant la persistance du syndrome infectieux, de l'insuffisance rénale (clairance de la créatinine à 32.8 ml/mn) et l'installation d'une insuffisance cardiaque, le patient a été transféré en chirurgie cardiovasculaire où il a eu un remplacement de la valve mitrale. L'évolution a été favorable avec apyrexie durable, disparition du SIB et amélioration de la fonction rénale (clairance de la créatinine à 66.2 ml/mn).

### Conclusion

L'endocardite à *Candida* sp. reste une maladie rare bien qu'en progression en raison de l'augmentation des candidémies. Le pronostic reste sévère du fait des végétations volumineuses, friables et nécrotiques qui favorisent les migrations emboliques et qui sont difficilement accessibles aux antifongiques du fait de leur mauvaise pénétration. Le traitement repose sur un traitement médical associé à une chirurgie de remplacement valvulaire, qui doit être précoce, suivi d'un traitement de prévention des rechutes, pouvant survenir plusieurs années après l'épisode initial. Un suivi régulier de ces patients est nécessaire.

### Références

1. Lefort A, Chartier L, Sendid B, Wolff M, Mainardi JL, Podglajen I, Desnos-Ollivier M, Fontanet A, Bretagne S, Lortholary O; for the French Mycosis Study Group. Diagnosis, management and outcome of *Candida* endocarditis. Clin Microbiol Infect. 2012 Apr;18(4):E99-E109.

*Besma Ben Dhaou, Fatma Boussema, Zohra Aydi, Fatma Daoud, Lilia Baili, Lilia Rokhani*

Service de médecine interne Hôpital Habib Thameur Tunis Tunisie  
Faculté de médecine Tunis Tunisie

## Une uvéite réfractaire compliquant une maladie de Behçet jugulée par l'infliximab.

La maladie de Behçet est une maladie inflammatoire où le TNF- $\alpha$  est une cytokine fortement impliquée, sécrétée de manière importante au cours des poussées (1).

Un taux élevé de TNF $\alpha$  et de ses récepteurs solubles a été observé dans le sérum et dans l'humeur aqueuse des patients atteints d'une maladie de Behçet compliquée d'une uvéite (1). Ces découvertes ont des implications importantes dans la prise en charge des patients atteints d'une maladie de Behçet incitant à prescrire des molécules immunomodulatrices dont certaines sont en cours d'évaluation y compris les anti-TNF $\alpha$ .

Les anti-TNF $\alpha$  plus précisément l'infliximab a été administré avec succès au départ dans des cas d'uvéite réfractaire résistant à un traitement corticoïde et immunosuppresseur bien conduit (2, 3, 4).

Le but de ce travail est d'insister sur le rôle prometteur des anti-TNF $\alpha$  notamment l'infliximab dans le traitement des uvéites réfractaires compliquant la maladie de Behçet, permettant ainsi d'éviter l'évolution inéluctable vers la cécité dans certaines formes graves de cette maladie.

### Observation

Il s'agit d'un patient âgé de 33 ans, qui a présenté de façon brutale un flou visuel, des mouches volantes et une diminution de l'acuité visuelle au niveau de l'œil gauche.

L'examen ophtalmologique a objectivé une panuveite gauche avec une vascularite rétinienne, l'acuité visuelle était de 4/10 à