

Un homme âgé de 57 ans se présente aux urgences se plaignant d'un orteil rouge douloureux. Deux semaines auparavant, il a constaté une décoloration douloureuse de son gros orteil gauche. La douleur et la décoloration ont progressé pour atteindre le 2<sup>ème</sup> et le 3<sup>ème</sup> orteils gauches. Durant les 3 semaines précédant la consultation, le patient a présenté un flou visuel intermittent, une douleur thoracique intermittente, une fatigue, une anorexie, des sueurs nocturnes, et une perte de poids de 6,8 kg. Son colocataire a mentionné également qu'il était par moment confus.



Le patient rapporte des antécédents d'HTA, anxiété, mal de dos chronique et un RGO. Pendant la guerre du Vietnam, il a été victime de la malaria et des blessures à la hanche et au crâne. Depuis son service au Vietnam, il a un stress post-traumatique. Deux ans auparavant, on lui a pratiqué une coloscopie qui a objectivé des polypes bénins.

Le traitement habituel comprend de l'alprazolam, de l'oxycodone avec de l'acétaminophène, ainsi que de l'esomeprazole

. Le patient travaille en temps qu'agent postal et vit avec un ami. Il fume un demi paquet de cigarettes quotidiennement depuis 30 ans, consomme de l'alcool hebdomadairement, et rarement mais continuellement utilise de la cocaïne intra-nasale. Il n'utilise pas de drogues par voie intra-veineuse. Il est divorcé, et n'a pas eu de rapports sexuels ces derniers temps. Il ne rapporte pas non plus d'histoire familiale de cancer, de maladie auto-immune, de diabète ou de troubles de la coagulation.

L'examen physique trouve une température à 36,4°C, un pouls à 104 bpm, une TA à 167/86, une FR à 14cpm, une SaO<sub>2</sub> à 96% à l'air ambiant. L'auscultation cardiaque trouve un bruit de galop. Un pouls pédieux et tibial postérieur gauches diminués mais présents, le pied gauche est chaud. Aux trois 1ers orteils gauches, on note une zone bien limitée rouge foncé, froide et non suintante. Le lit vasculaire controlatéral est indemne. On n'a pas noté de rush cutané, ni d'œdème, ni de livedo réticularis aux membres inférieurs. L'examen neurologique montre un déficit au champ visuel gauche. Et le patient a un score de 29/30 au mini-mental test.

La numération sanguine montre des globules blancs à 15.510 avec 80% de granulocytes, 14% de lymphocytes, 5% de monocytes, et 1% d'éosinophiles. L'hémoglobine et les plaquettes sont normales. La VS est de 19mm/h. La CRP est à 32.1 mg/ml. Les CPK sont à 40U/l et les CPK-MB à 2.7ng/ml. Les troponines I sont à 2.22 ng/ml. Pas d'hypochromie ni de schizocytes objectivés.

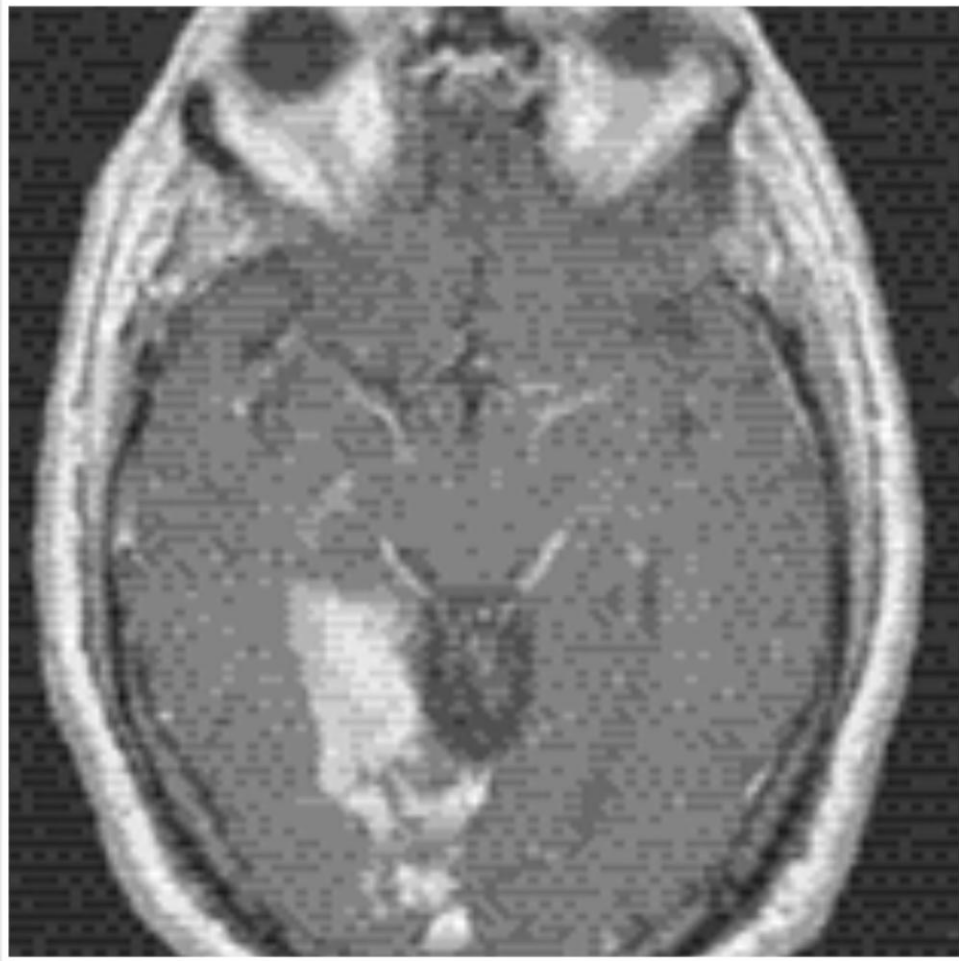
L'ECG montre un rythme régulier sinusal, avec un sus-décalage du segment ST en inférieur et en antéro-septal.

Quel (s) est (sont) le (les) diagnostic(s)  
probable (s)?

- 1- endocardite infectieuse
- 2- maladie thromboembolique
- 3- maladie systémique
- 4- péricardite
- 5- embolie pulmonaire

Une IRM cérébrale incluant une imagerie de diffusion a révélé de multiples petites lésions du lobe temporal et occipital droits, du thalamus droit, des 2 lobes pariétaux, du lobe frontal gauche et des 2 hémisphères cérébelleux. Il y avait également une large plage rehaussée aux lobes pariétal et occipital droits.

Une angio-IRM cérébro-cervicale a montré une diminution du flux sanguin dans les artères postérieures.



*L'IRM cérébrale au temps T1 montre des lésions au niveau des 2 hémisphères, avec des lésions au lobe occipital, et des lésions d'hyper-signal au lobe pariétal gauche.*



Une ETT a objectivé un épaississement mitral avec une régurgitation à ce niveau. Les autres valves étaient intègres. La fraction d'éjection du VG était également normale, et il n'y avait pas de trouble de la contractilité myocardique.

Les résultats de l'écho-doppler et du scanner thoracique pratiqués à l'autre l'hôpital ont été récupérés, et ils ont montré un thrombus au niveau des veines saphènes profondes aux 2 membres inférieurs, ainsi qu'un petit embole au niveau du lobe inférieur du poumon droit.



Quel traitement devrait-on instaurer pour ce patient  
à ce stade des investigations?

- 1- traitement anticoagulant
- 2- des antibiotiques
- 3- un traitement anticoagulant et des antibiotiques
- 4- pas de traitement à ce stade
- 5- thrombolyse

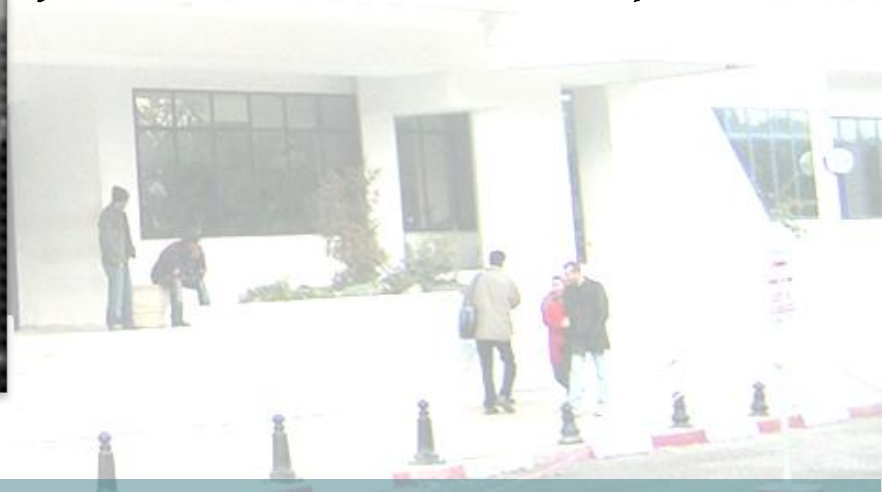
Le traitement anti coagulant a été différé en vue d'explorations supplémentaires. Une ETO pratiquée a montré une hyper-échogénicité de 7 mm mobile au niveau auriculaire gauche, sans mise en évidence d'abcès ou de perforation, avec une insuffisance mitrale minime à moyenne.

Une antibiothérapie à base de ceftriaxone, vancomycine et de gentamycine a été instaurée devant la suspicion d'une endocardite infectieuse. Cependant, les hémocultures pratiquées sont revenues négatives. Des sérologies HIV, coxiella, bartonella, treponema, et hépatite B sont toutes négatives. La recherche d'ARN viral de l'hépatite C est également négative.

Les investigations pour le lupus et le syndrome anti phospholipides sont négatives. La TDM abdominale a montré de multiples hypodensités au niveau du foie qui suggèrent des métastases, ainsi que des hypodensités au niveau de la tête du pancréas, des adénopathies péri-gastriques, et une large plage d'infarctus rénal bilatéral. Une biopsie scanno-guidée du foie a trouvé un adénocarcinome indifférencié dont l'origine primaire est indéterminée. Les alpha-fœto-protéines étaient normaux. Les HCG étaient à 20 mIU (normal  $\leq 1.5$ ) ACE à 407 ng/ml (normal  $\leq 2.5$ ), CA 19-9 à 16.61U/l (normal  $< 35$ ).



*Présence d'images  
hypodenses au niveau du  
foie, d'allure métastatique.*



Quel est le diagnostic final  
chez ce patient?

- 1- cancer des poumons
- 2- endocardite non infectieuse associée à un cancer
- 3- maladie auto-immune
- 4- embolie pulmonaire massive
- 5- maladie mitrale avec un shunt intracardiaque



Le traitement à base d'héparine non fractionnée a été initié au 8<sup>ème</sup> jour d'hospitalisation, relayé par de HBPM. A la fin de la semaine qui suit, une insuffisance rénale progressive a été notée, ainsi que des troubles visuels et des accès psychotiques avec des flashback de la guerre du Vietnam. La chimiothérapie qui était prévue, a dû être différée à cause des défaillances multi-viscérales survenues, et du pronostic sombre, même sous traitement. Le patient a dû être transféré à une unité de soins palliatifs. Il est décédé dans les semaines qui suivent sa première consultation. Le patient n'a pas eu d'autopsie.

# COMMENTAIRES



## QUESTION 1

Ces orteils rouges douloureux de ce patient suggèrent une ischémie des artères distales.

Les diagnostics différentiels incluent une maladie thromboembolique artérielle; résultant d'un état d'hypercoagulabilité ou d'une CIVD ou même d'un cancer; un embole infectieux ou un matériel embolique résultant d'une endocardite, un embole paradoxal à travers un shunt intracardiaque, et secondairement une vascularite dans le cadre d'une connectivite. La possibilité d'un embole cholestérolique doit aussi être considérée. L'angéite oblitérante ou la maladie de Berger sont évoquées si le patient fume.

*Cette histoire clinique suggère 2 ou même 3 évènements vasculaires séparés au pied gauche survenant successivement au gros orteil puis au 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> orteils.*

*Associés au flou visuel et à la confusion, un atteinte vasculaire centrale est également suspectée.*

*La nature intermittente de la douleur thoracique et du flou visuel suggère la possibilité d'un embolie sporadique.*

*Enfin, les sueurs nocturnes, la fièvre, et la perte de poids renvoient vers une maladie de système, une infection, un cancer ou une connectivite.*

La constatation de la zone bien limitée aux trois 1ers orteils laisse supposer la possibilité de embolies séparés survenus dans chacune des artères distales les irrigant. Les lésions suggèrent une ischémie localisée, un infarctus, ou une angéite oblitérante; mais le fait que le pied soit chaud avec des pouls palpables élimine l'hypothèse de l'ischémie aigüe d'un membre.

Malgré que les constatations cliniques n'éliminent pas la possibilité d'une micro-angiopathie, l'absence d'un livedo réticularis rend la présence d'un embolie cholestérolique improbable.

L'hyperleucocytose suggère une infection, mais elle est non spécifique à elle seule.

*La combinaison des taux élevés des troponines I et le sus-décalage du segment ST fait évoquer un syndrome coronarien aigu, mais l'implication de 2 territoires vasculaires (coronaire droite et IVA) et la preuve d'une ischémie artérielle ailleurs rend l'hypothèse d'un embole dans la circulation coronaire encore plus probable.*

*Une échocardiographie devrait identifier la source cardiaque des embolies et aider à évaluer l'ampleur de l'atteinte myocardique.*

*Une imagerie cérébrale est souhaitée afin d'évaluer la cause du déficit du champ visuel et l'atteinte mentale.*

## QUESTION 2

Les données de l'IRM cérébrale concordent avec un accident embolique cérébral qui aurait passé par les artères carotides et vertébro-basilaires devant du cœur gauche ou de l'aorte proximale. Une embolie paradoxale venant d'une source veineuse, passant par un shunt intracardiaque pourrait également expliquer la présence simultanée de lésions artérielle et veineuse.

Devant la forte suspicion clinique d'une endocardite bactérienne subaigüe, des explorations supplémentaires telles qu'une ETO sont indiquées. Une antibiothérapie empirique est cependant indiquée, après avoir effectué des hémocultures.

*Une coronographie en urgence serait indiquée en urgence chez tout patient ayant des modifications du segment ST. Mais dans ce cas, et devant l'absence d'anomalies à l'ETT et d'une douleur thoracique continue même en présence d'atteinte bitronculaire à l'ECG laisse plutôt penser à une origine embolique comme cause de l'élévation du taux des troponines.*

*Les emboles cérébraux sont associés à un risque hémorragique, particulièrement s'ils sont d'origine infectieuse, ce qui augmente le risque d'une anticoagulation en plus de celle que va nécessiter la coronarographie.*

## QUESTION 3

*La négativité des tests infectieux augmente la suspicion de l'origine non infectieuse des végétations valvulaires et de la maladie thrombo-embolique.*

*L'endocardite thrombotique non bactérienne est une complication possible d'une connectivite ou d'un cancer, qui peuvent l'un comme l'autre expliquer la perte de poids et les sueurs nocturnes, et peuvent tous les deux être associés à des thromboses artérielles et veineuses.*

*Le lupus comme le syndrome des anticorps anti-phospholipides peuvent aussi expliquer les lésions valvulaires, ainsi les thromboses artério-veineuses. En l'absence de symptômes localisés, une imagerie abdomino-pelvienne à la recherche d'un cancer devrait être envisagée.*

*Le dosage des CA 19-9 ne devrait pas être un moyen de dépistage des cancers pancréatiques dans la population générale à cause de sa faible valeur prédictive positive. Mais ce patient qui présente une masse pancréatique et un taux positif de ce marqueur ainsi que ses données cliniques sont fortement suggestives d'un adénocarcinome pancréatique.*



Les légères augmentation des taux des HCG et des A-FP sont non spécifiques, mais peuvent être vus au cours des cancers du pancréas, surtout s'il est métastasé au foie.

L'identification de l'adénocarcinome hépatique de nature métastatique confirme le diagnostic de *l'endocardite non infectieuse associée à un cancer*.

Même si les embolies artério-veineuses constituent une rare complication de la pathologie cancéreuse, ils sont par ailleurs plus commun dans le cadre d'une endocardite non infectieuse, comme c'est le cas de ce patient.

Le traitement anti coagulant, à base d'héparine non fractionnée devrait être instauré afin de diminuer le risque thrombo-embolique.