

# Péricardite aiguë

## ANATOMIE ET ROLE DU PÉRICARDE

Péricarde: enveloppe séro-fibreuse du cœur, il est posé sur le diaphragme.

2 types de péricardites: • Péricarde fibreux: rôle de protection et de fixation  
• Péricarde séreux: rôle de glissement, Il est composé de deux feuillets séparés par une cavité virtuelle:

• Feuillelet pariétal: accolé au péricarde fibreux • Feuillelet viscéral: accolé au tube cardiaque primitif • Cavité péricardique: cavité physiologiquement virtuelle mais qui a une capacité de distension d'environ 250 mL.

## INTRODUCTION

Inflammation aiguë des feuillets péricardiques, la péricardite aiguë pose des problèmes de difficultés du diagnostic, expose au risque de tamponnade et pour certaines étiologies au risque d'évolution vers la constriction.

## I DIAGNOSTIC D'UNE PÉRICARDITE AIGUË

Le diagnostic de péricardite aiguë est évoqué devant l'association d'une **douleur thoracique** évocatrice, d'un éventuel frottement péricardique, de **modifications ECG** typiques et d'un **épanchement péricardique**.

### I.1 SIGNES CLINIQUES

- Fièvre modérée, présente d'emblée, associée à des myalgies, à une asthénie, souvent précédée d'un épisode grippal. La fièvre est moins fréquente chez le sujet âgé.
- Douleur thoracique, rétrosternale ou précordiale gauche, prolongée, *résistante à la trinitrine inspiration profonde penchée en avant*
- Dyspnée parfois associée – également soulagée par la position assise penchée en avant – ou toux sèche, dysphonie et hoquet également possibles.
- Frottement péricardique précoce, râpeux, systolodiastolique, variant dans le temps et les positions, crissement de cuir neuf ou froissement de soie, confirme le diagnostic mais inconstant et fugace. Il s'accompagne d'une tachycardie. Son absence n'élimine pas le diagnostic.
- Épanchement pleural parfois présent.

### I.2 EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

#### 1. ECG

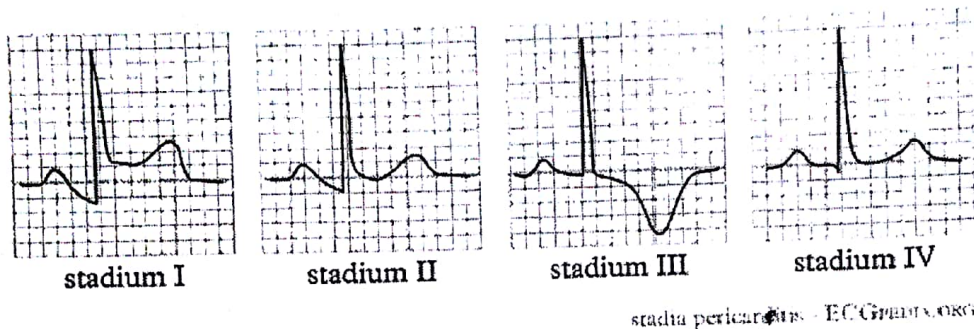
À répéter, peut être normal.

Anomalies diffuses non systématisées sans image en miroir évoluant en quatre stades :

- stade I : sus-décalage ST concave vers le haut, ondes T positives le premier jour ;
- stade II : ondes T plates entre la 24e et la 48e heure ;



- stade III : ondes T négatives la première semaine ;
- stade IV : normalisation au cours du premier mois.



Les autres signes sont :

- sous-décalage de PQ présent à la phase initiale ;
- tachycardie sinusale, extrasystole atriale, fibrillation atriale, flutter atrial ;
- microvoltage si épanchement abondant (amplitude QRS < 5 mm et < 10 mm respectivement dans les dérivations périphériques et précordiales).

## 2. Bilan biologique initial

- marqueurs inflammatoires : NFS, VS, CRP ;
- marqueurs de la nécrose : troponines I ou T ou CPK-MB, leur augmentation significative, oriente vers une myocardite associée ;
- ionogramme sanguin, urée, créatinine ;
- hémocultures si fièvre, discuter IDR.

## 3. Radiographie thoracique

- Normale le plus souvent.
- Rectitude du bord gauche ou cardiomégalie avec coeur triangulaire en carafe si épanchement abondant.

## 4. Échocardiographie

Parfois normale.

Épanchement péricardique : apparaît sous la forme d'un espace clair vide d'écho .  
L'échocardiographie apprécie l'abondance, la topographie et la tolérance hémodynamique de l'épanchement péricardique et une éventuelle masse localisée dans la cavité péricardique.

## 5. Autres examens complémentaires parfois utiles en seconde intention

Le scanner thoracique et l'IRM cardiaque sont parfois utiles en deuxième intention lorsque

le patient n'est pas échogène ou en présence d'une péricardite néoplasique ou d'un épanchement péricardique cloisonné.

La ponction péricardique est à envisager en cas de tamponnade, de forte suspicion de péricardite néoplasique, et en présence d'un épanchement péricardique abondant.

Les analyses réalisées sur les prélèvements du liquide péricardique sont :

- glucose, protides, lactate déshydrogénase ;
- cytologie et analyse microscopique (colorations de Gram et de Ziehl-Nielsen) ;
- mise en culture bactérienne ;

- techniques de PCR (recherche virale et tuberculose).

### **1.3 ETIOLOGIES**

Dans neuf cas sur dix, la cause est virale ou inconnue (péricardite aiguë idiopathique).

#### **1. Péricardite aiguë virale dite bénigne**

Étiologie la plus fréquente, mais rarement prouvée, liée à l'infection virale et à la réaction immune associée.

- sujet jeune, syndrome grippal récent, prédominance masculine ;
  - début brutal, fébrile ;
  - douleur thoracique typique augmentant à l'inspiration, frottement péricardique ;
  - modifications ECG typiques ;
  - échocardiographie normale le plus souvent, épanchement pleural souvent associé.
- Les virus en cause sont nombreux : entérovirus (coxsackies A et B), échovirus, adénovirus, cytomégalovirus, parvovirus B19, Epstein-Barr, herpès, VIH, hépatite C, influenza...

- seul le diagnostic viral (techniques de PCR à partir de l'épanchement péricardique ou d'une biopsie du péricarde) confirme le diagnostic.

-L'évolution est le plus souvent favorable.

#### **2. Péricardite purulente**

Elle est rare mais grave.

Les germes sont : staphylocoques, pneumocoques, streptocoques, bacilles Gram négatif, touchent essentiellement les sujets immunodéprimés ou porteurs d'infection sévère (septicémie, affection pleuropulmonaire, après chirurgie cardiaque ou thoracique).

Le pronostic est sévère avec survenue fréquente d'une tamponnade ou évolution vers la constriction péricardique.

#### **3. Péricardite tuberculeuse**

Il s'agit d'une péricardite subaiguë liquidienne avec altération de l'état général et fièvre modérée persistante, le plus souvent chez :

- un sujet tuberculeux, âgé ou greffé ;
- un patient infecté par le VIH ;
- un patient alcoolique.

Une notion de tuberculose est retrouvée dans l'entourage. Les anomalies pulmonaires radiologiques sont fréquentes.

Recherche du BK (*Mycobacterium tuberculosis*), techniques de PCR (expectoration, liquide pleural et péricardique, tubages gastriques).

#### **4. Péricardite néoplasique**

Les tumeurs primitives du péricarde (mésothéliome péricardique primitif) sont rares, Les tumeurs secondaires les plus fréquentes sont : cancer bronchique, cancer du sein, mélanomes, leucémies, lymphomes, sarcome de Kaposi (SIDA).

#### **5. Péricardite au cours des maladies systémiques auto-immunes**

Les étiologies les plus fréquentes sont lupus, polyarthrite rhumatoïde, sclérodermie, périartérite noueuse, dermatomyosite. Les péricardites auto-immunes sont également fréquentes, mais restent un diagnostic d'élimination.



### **6. Péricardite et infarctus du myocarde**

La péricardite précoce (J3 – J5) est d'évolution le plus souvent favorable, elle survient au décours d'un infarctus transmural.

La péricardite tardive (2–16e semaine) correspond au syndrome de Dressler.

### **7. Péricardite et insuffisance rénale chronique**

- la péricardite urémique survenant chez des insuffisants rénaux sévères non dialysés.

- la péricardite chez le patient dialysé au long cours, témoignant d'un traitement épurateur inadapté.

### **8. Syndrome post-péricardiotomie**

suivant une chirurgie cardiaque ou après transplantation cardiaque.

### **9. Causes plus rares**

- Dissection aortique avec tamponnade.

- Irradiation thoracique

- Traumatismes thoraciques ou cardiaques, après pose d'un stimulateur cardiaque

- Certains médicaments (hydralazine, pénicilline).

- Hypothyroïdie.

- Rhumatisme articulaire aigu.

## **II COMPLICATIONS À COURT ET LONG TERME**

### **II.1 TAMPONNADE**

*Définition* : compression des cavités droites par un épanchement péricardique abondant et/ou d'installation brutale, c'est une **urgence** et une cause d'arrêt cardiocirculatoire par **adiastolie**, sa confirmation échographique impose le drainage.

Signes cliniques :

- douleur thoracique avec dyspnée positionnelle, polypnée puis orthopnée et toux, parfois dysphagie, nausée, hoquet ;

- signes droits : turgescence jugulaire, reflux hépatojugulaire... ;

- signes de choc avec tachycardie et PAS < 90 mmHg ;

- bruits du cœur assourdis ;

- pouls paradoxal

Examens complémentaires :

- ECG : microvoltage, parfois alternance électrique ;

- radiographie thoracique : cardiomégalie avec un aspect en « carafe » ;

- échocardiographie : collapsus des cavités droites .

### **II.2 MYOCARDITE**

• Tableau d'insuffisance cardiaque fébrile, parfois d'état de choc.

### **II.3 PÉRICARDITE RÉCIDIVANTE**

• Survient souvent suite à une durée de traitement insuffisante.

### **II.4 PÉRICARDITE CHRONIQUE (> 3 MOIS)**

• Pose le problème de son étiologie en l'absence de contexte évocateur les causes néoplasiques sont les plus fréquemment retrouvées.

### **II.5 PÉRICARDITE CHRONIQUE CONSTRICTIVE**

• Liée à un épaississement fibreux du péricarde ou fibrocalcaire (visible au scanner).

• Tableau clinique d'insuffisance ventriculaire droite et gauche.

### **III TRAITEMENT**

#### **III.1 PÉRICARDITE AIGUË BÉNIGNE**

Hospitalisation, repos.

Traitement de la douleur thoracique.

Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) surtout ibuprofène ,Protection gastrique.

Colchicine (0,5 mg  $\times$  2) seule ou en association à l'ibuprofène.

Les corticoïdes sont contre indiqués en raison du risque répllication virale.

#### **III.2 TAMPONNADE**

Traitement : urgence médicochirurgicale avec hospitalisation en soins intensifs de cardiologie.

Remplissage par macromolécules.

**Ponction péricardique** guidée par l'échocardiographie ou drainage péricardique chirurgical.