LES PERICARDITES

Dr BOUKERBOUA G

Péricardites

01- Définir la péricardite aiguë
02. Identifier les signes cliniques et paracliniques évocateurs d'une péricardite aiguë
03. Décrire l'évolution des signes ECG dans la péricardite aiguë

- 04. Reconnaître les principales étiologies de la péricardite aiguë
05. Diagnostiquer une tamponnade péricardique
06. Planifier le traitement de la PA en fonction de l'étiologie
07. Reconnaître les éléments du DC clinique et paracliniques de la PCC
08. Diagnostiquer une péricardite constrictive chronique (PCC)
09- Enoncer les moyens thérapeutiques de la PCC.

Définitions

- Péricardite désigne dans le langage médical courant l'ensemble des affections du péricarde, alors que l'emploi du suffixe « ite » devrait réserver ce terme aux lésions d'origine inflammatoire.

- Tamponnade cardiaque *ou péricardique* stigmate un syndrome physiopathologique vite mortel nécessitant une ponction péricardique en urgence.

- Péricarde : double enveloppe fibreuse entourant le cœur comprenant 2 feuillets (viscéral et pariétal) appliqué l ’un contre l ’autre (cavité « virtuelle » contenant 20 ml de liquide)

- Péricardite : inflammation du péricarde avec en général apparition de liquide

Péricardite aigue

- C'est l'inflammation aigue du péricarde qu' elle s'accompagne ou non d'un épanchement

- péricardite aigue sèche désigne un tableau clinique à grand fracas, douloureux et fébrile.

- péricardite liquidienne peut correspondre à des formes cliniquement latentes mais radiologiquement impressionnantes, aussi bien qu'à des tableaux fortement symptomatiques, avec une grande variété de liquides intra péricardiques possibles.

Etiologies(2)

- *Péricardite urémique.*
- *Péricardites traumatiques.*
- *Péricardites des collagénoses, des maladies générales, sida et médicamenteuse.*
- *Péricardites postradiothérapiques.*
- *Péricardites après chirurgie cardiaque.*
- *Péricasrde et transplantation cardiaque.*
- *Tumeurs du péricarde. Péricardites néoplasique.*

Diagnostic(+)

1.Douleur(+++) est le signe essentiel

- Très violente .
- précordiale, parfois basithoracique gauche.
- s'irradie dans le dos, parfois à la région gauche sus-claviculaire en « bretelle » (douleur phrénique), exceptionnellement dans le bras gauche ou la mandibule (apanage des douleurs coronaires).
- Permanente.
- soulagée par la position debout ou à genoux et penchée en avant.

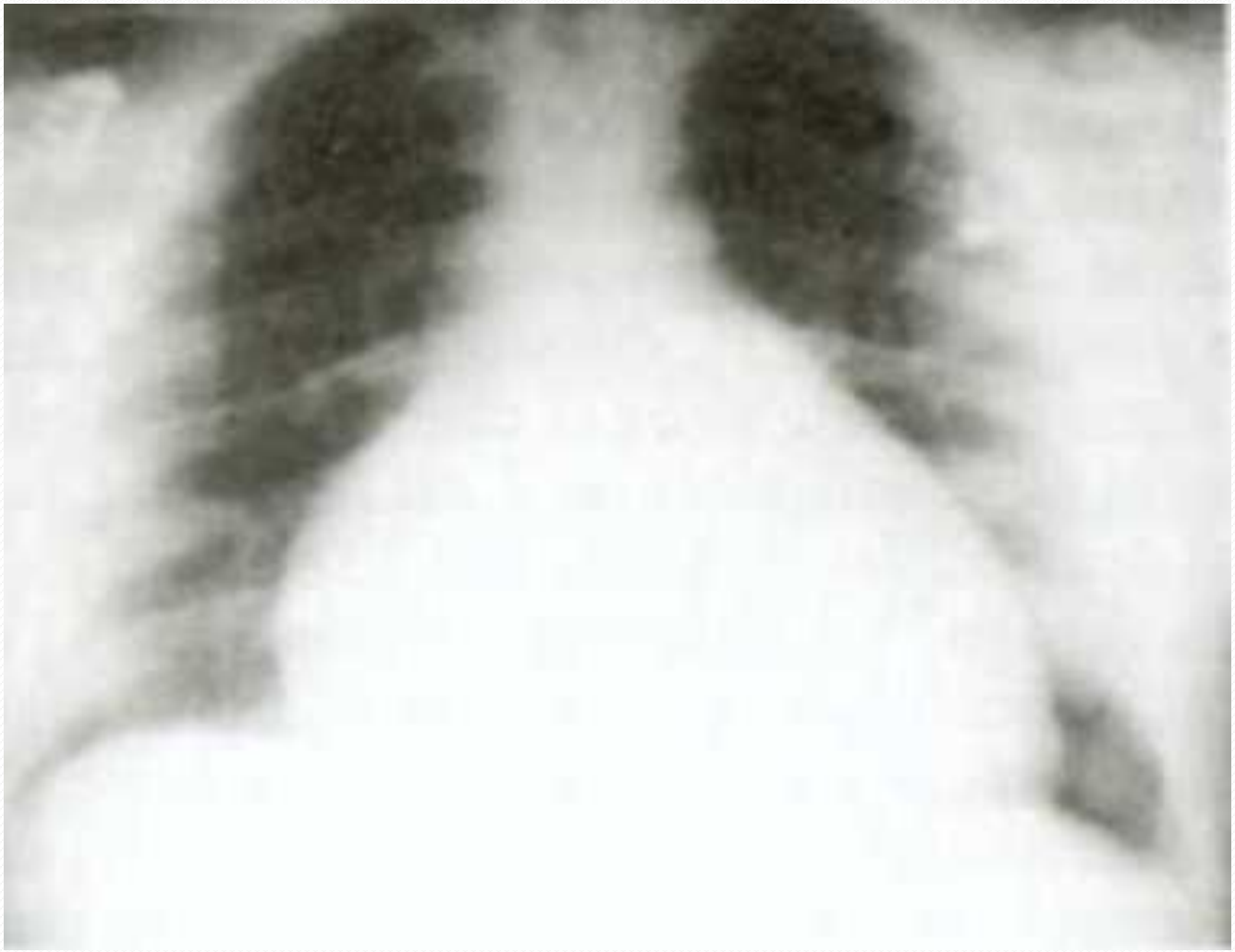
Diagnostic(+)

Dyspnée polypnée superficielle chez un malade qui essaie de bloquer son thorax dans un but antalgique, soulagée par la position penchée en avant.

Signe généraux la fièvre constante et d'intensité variable.

Radiologie

- Peut être normal.
- au maximum l'énorme cœur en théière, en carafe, immobile, à bord gauche rectiligne recouvrant le hile pulmonaire (Péricardite liquidienne).



Diagnostic positif

Pour retenir le diagnostic de péricardite aiguë,

il faut exiger la présence

d'au moins 2 des 4 critères suivants :

- Douleur thoracique typique
- Frottement péricardique
- Modification suggestive de l'ECG
- Epanchement péricardique nouveau ou en aggravation

EVOLUTION .*Complications*

- La péricardite souvent guérison sans complications.

- **<u>Complications :</u>**

1. Tamponnade.
2. Myocardite .
3. Péricardite récidivante (durée TRT insuffisante .3mois et 3ans la colchicine+++)
4. Péricardite chronique (+3 mois**. TBC** ou **Kc**).
5. ***Péricardites chroniques constrictives*** .

Evolution / Complications

- **Dans les formes bénignes, l'évolution est le plus souvent favorable++.**

- **4 complications à court et long terme peuvent survenir :**

***Myopéricardite** ← simule un SCA !! : douleur pseudo-angineuse / ECG sus-décalage de ST, limité à un territoire avec miroir +/- ondes q +/- signes de péricardite. Troponines augmentées **ET FIEVRE**

←PEC hospitalière / intérêt IRM / même ttt que celui de la péricardite / restriction de l'activité physique prolongée ++ / bon pronostic

***Tamponnade :** !! urgence vitale !! = adiastolie aiguë

← pouls paradoxal++ / ICD aiguë / ECG : alternance électrique des QRS et microvoltage
ETT++ : collapsus VD - épanchement massif - swinging heart

← drainage échoguidé en urgence (ou chirugical)

***Récidive :** définie comme un nouvel épisode de péricardite aiguë survenant après un intervalle de 4 à 6 semaines sans symptôme

taux de récidive après un premier épisode de péricardite de 15 à 30% si les patients ont reçu de la colchicine pendant 3 mois / de 50% en l'absence de colchicine / favorisées par les corticoïdes

***Péricardite chronique constrictive :** définie par une insuffisance cardiaque droite réfractaire (3M)
ETT : péricarde épaissi, dialtation OG et VCI → traitement étiologique et péricardiectomie

Tamponnade

- compression aiguë des cavités cardiaques droite par un épanchement liquidien abondant et/ou d installation brutale.
- C'est une urgence et une cause d'arrêt cardiaque par **adiastolie.**
- **contexte** : Péricardite tuberculeuse , néoplasiques , traumatiques , rarement virale.

- **PONCTION PERICARDIQUE EN URGENCE++++.**

TRAITEMENT

- Les corticoïdes sont très efficaces mais ne sont pas utilisés habituellement du fait de leurs effets secondaires. Ce sont des facteur de risque essentiel de récidive.
- **Un traitement étiologique** est bien entendu mis en œuvre dans les péricardites de cause spécifique : antibiotique en cas de péricardite purulente, chimio-radiothérapie en cas de péricardite néoplasique…

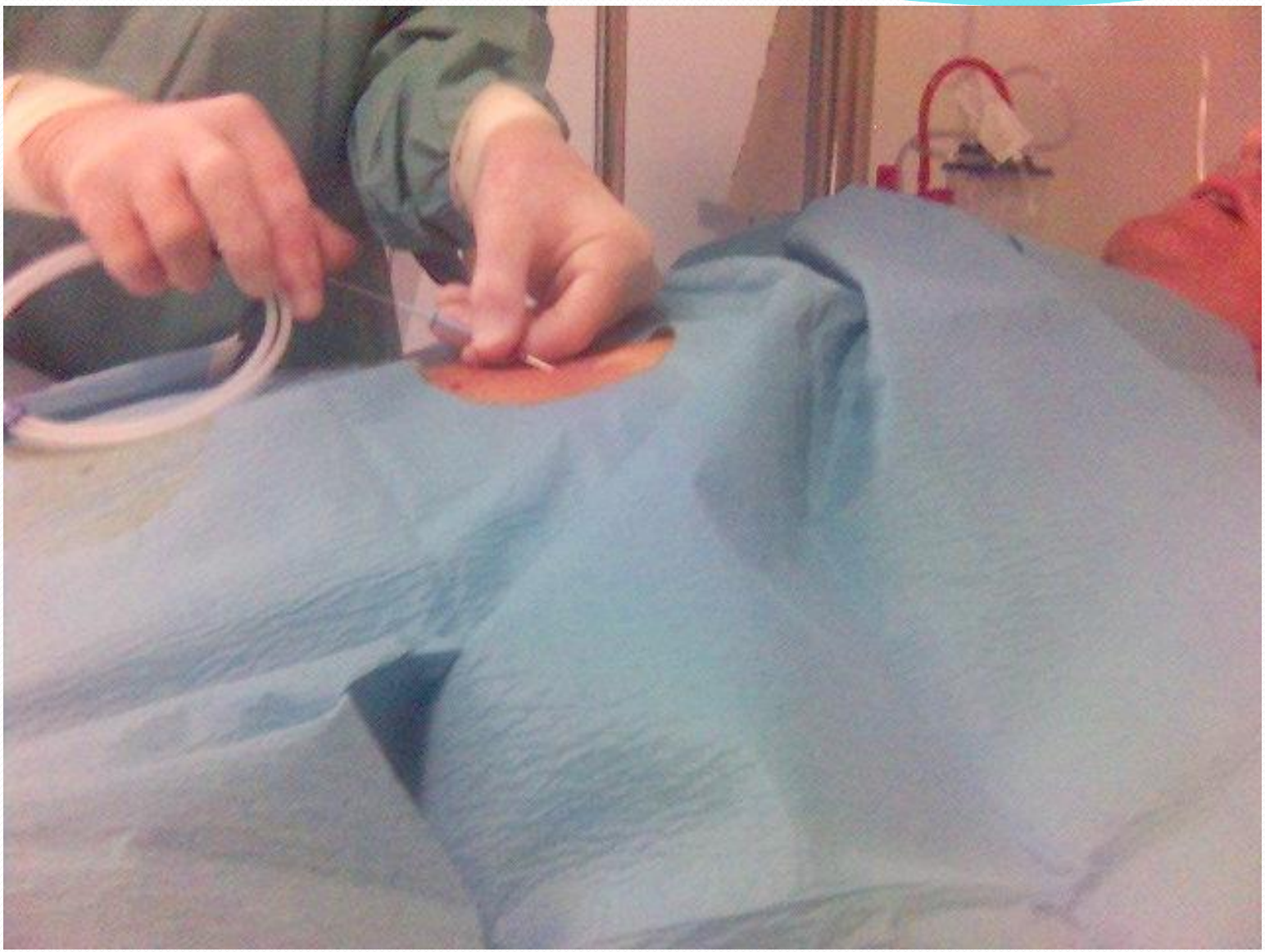
traitements

Médicaments	Phase initiale (jusqu'à normalisation CRP)	Phase dégressive
TTT de 1ère intention		
Aspirine	750 à 1000mg toutes les 8h pendant 1 à 2 sem	↓doses de 250 à 500mg toutes les 1 à 2 sem
Ibuprofène	600mg toutes les 8h pendant 1 à 2 semaines	↓doses de 200 à 400mg toutes les 1 à 2 sem
Colchicine	0,5mg 1 fois/jour (<70kg) 0,5mg 2 fois/jour (>70kg) pendant 3 mois	Non obligatoire alternativement 0,5 mg tous les 2j (<70 kg) ou de 0,5 mg 1/j (≥70 kg) dans les dernières semaines
TTT de 2ème intention		
Prednisone !! uniquement en cas de contre-indication à l'aspirine et aux AINS !!	0,2 à 0,5mg/kg/j pendant 2 sem	Réduction progressive des doses ->50mg, ↓10mg ttes les 1-2 sem -entre 25 et 50mg/j, ↓5 à 10mg ttes les 1-2 sem -entre 15 et 25mg/j, ↓2,5mg ttes les 2-4 sem -<15mg/j : ↓1 à 2,5mg ttes les 2 à 6 sem
Colchicine	0,5mg 1*/jour (<70kg) 0,5mg 2*/jour (>70kg) pendant 3 mois	Non obligatoire alternativement 0,5 mg tous les 2j (<70 kg) ou de 0,5 mg 1/j (≥70 kg) dans les dernières semaines

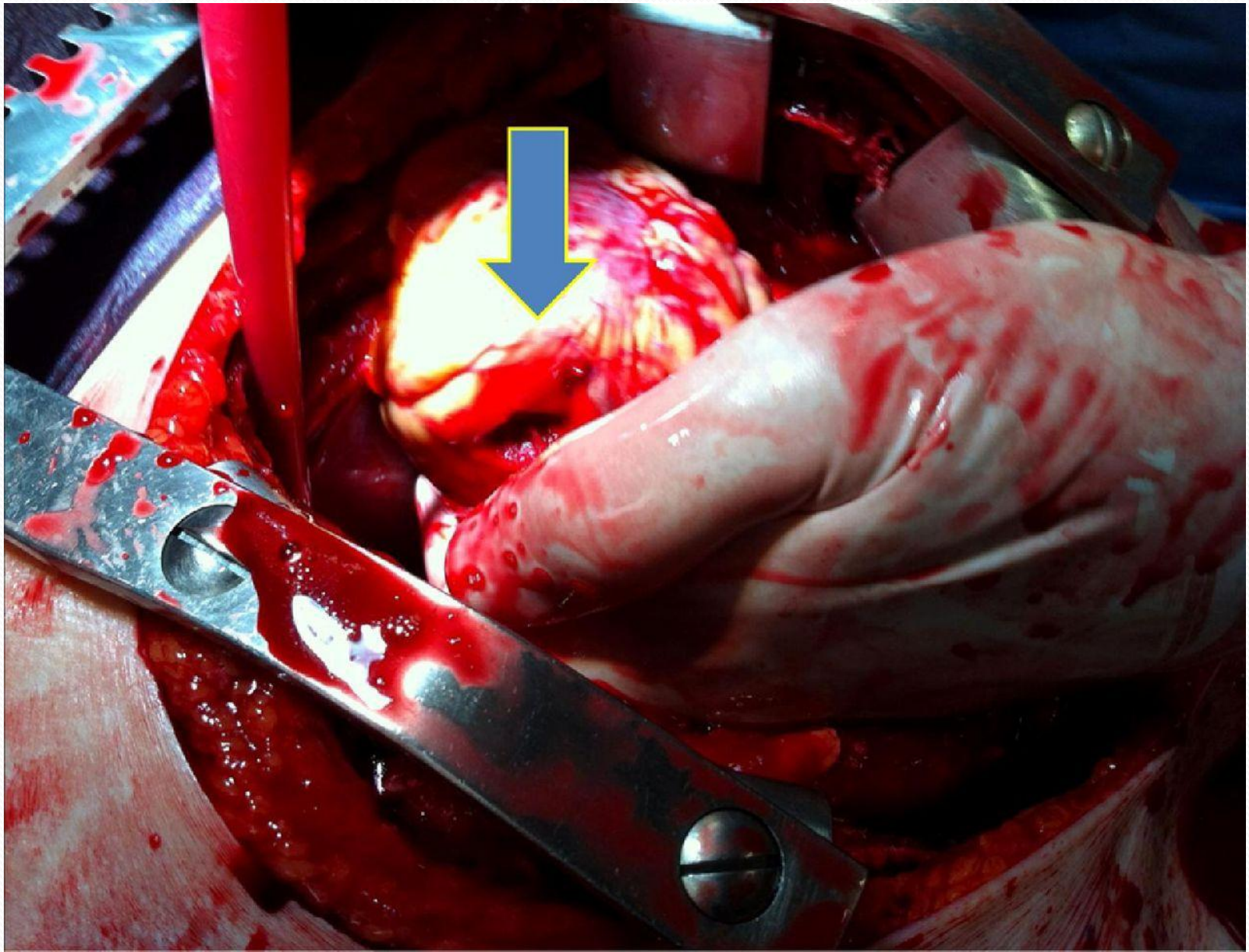
!! y associer une protection gastrique par IPP pendant toute la durée du traitement Aspirine-AINS

TRAITEMENT du Tamponnade

Ponction: espace de Marfan



Echocardiogaphie: position du drain et épreuve de contraste



Conclusion

*étiologie **virale** de loin la plus fréquente

*DIAGNOSTIC POSITIF si présence d'au moins 2 des 4 critères suivants : Douleur thoracique typique / Frottement péricardique / Modification suggestive de l'ECG / Epanchement péricardique nouveau ou en aggravation

*4 examens complémentaires systématiques : ECG, RXT, Biologie (NFS CRP troponines), ETT +/- bilan complémentaire si point appel clinique

*prise en charge orientée par l'étiologie et les facteurs prédictifs

*Traitement de première intention :

→ association systématique Aspirine **ou** Ibuprophène **ET** colchicine

*Surveillance : examen clinique / biologie avec CRP / ETT : **J7, 1M, 3M, 6M**