

Item 233 – Péricardite aigüe

- **Définition** : inflammation des 2 feuillets du péricarde +/- épanchement liquidien
- **Histologiquement** : afflux de PN et de lymphocytes, dépôt de fibrine, sécrétion liquidienne par la séreuse

Diagnostic

Signes fonctionnels	▪ Douleur thoracique : - Brutale, intense, rétrosternale ou à type de point de côté/pesanteur/constriction/brulure, non calmée par trinitrine, augmentée par inspiration et décubitus, calmée par antéflexion - Calmée par anti-inflammatoires - <i>Si péricardite indolore</i> : ⇒ Epanchement de cause néoplasique ou métabolique ⇒ Forme chronicisée qq soit la cause ▪ Dyspnée : - Rare - Tachypnée par inhibition respiratoire - Evoque sinon un épanchement liquidien de la plèvre ▪ Syndrome grippal : - Fièvre, myalgies, arthralgies, asthénie brutale, frissons, sueurs, rhinorrhée - Précèdent de qq jours la péricardite - AEG + sueurs nocturnes + amaigrissement + anorexie => étiologie tuberculeuse ou néoplasique
----------------------------	---

Examen clinique	▪ Signes généraux : fièvre aigüe (fébricule) (tachycardie et PA basse => tamponnade) ▪ Frottement péricardique : bruit superficiel « crissement des pas sur la neige », pas irradiation, mieux entendu en position assise, penché en avant, +/- assourdissement des BdC, systolo-diastolique, persiste en apnée ▪ Signes de tamponnade : choc cardiogénique (PA basse, tachycardie > 120/min, marbrures, oligo-anurie), IC droite, pouls paradoxal de Kussmaul
------------------------	---

Examens complémentaires	▪ ECG : sus-décalage ST, diffus (si focalisé => myocardite), concaves vers le haut, sans signe en miroir, sans onde Q. Autres anomalies : microvoltage diffus, alternance électrique, sous-décalage PQ. ▪ Echo : examen clé, affirme présence d'un épanchement péricardique, swinging heart, tolérance ? , rech cause ▪ Radio : anormale si épanchement abondant (cardiomégalie, aspect rectiligne du bord gauche) ▪ TDM, IRM ▪ Ponctions et biopsies péricardiques : but diagnostique ou drainage thérapeutique en urgence. Analyse biochimique, microbiologique et histologique ▪ Bilan bio : troponine, sd inflammatoire, sérologie VIH, bilan auto-immun (si récidive)
--------------------------------	--

Diagnostics différentiels	▪ Douleur thoracique : PIED ▪ Tamponnade : EP, infarctus du VD, AAG
----------------------------------	--

Etiologies

Péricardites virales	▪ Cause n°1 ▪ Sujet jeune ▪ Précédée d'un épisode viral banal ▪ Rechute à court ou moyen terme
Péricardites néoplasiques	▪ Tamponnade fréquente, précédée d'AEG ▪ Tumeurs primitives du péricarde exceptionnelles ▪ Envahissement par contiguïté ▪ <u>Tumeurs les + fréquentes</u> : poumon, plèvre, sein, hémopathies, œsophage, estomac, foie, côlon

	▪ Echo : péricarde épaissi ▪ Diagnostic de certitude : examen anatomopathologique du liquide
Péricardites post-infarctus	▪ Précoces ou tardives type sd de Dressler (3-4% des IDM)
Péricardites tuberculeuses	▪ AEG, notion de contage ▪ Rx pulmo, IDR, biopsie péricardique ▪ Risque évolutif : tamponnade, péricardite constrictive
Péricardites post-opératoires	▪ Fréquentes ▪ Saignement favorisé par Tt anticoagulant ou mécanisme inflammatoire ▪ Evolution fréquente vers tamponnade ▪ Tt : colchicine
Causes rares	▪ Dissection aortique ▪ Péricardite purulente ▪ Maladie inflammatoire (lupus, PR, sclérodermie, dermatomyosite, PAN) ▪ RAA (enfant ++, sd fébrile, arthralgies, souffle cardiaque, élévation ASLO, ASK) ▪ Péricardites radiques (risque évolution vers péricardite constrictive) ▪ Péricardites urémiques ▪ Péricardites myxoedémateuses ▪ Causes traumatiques (hémopéricarde)
Idiopathique	▪
Complications	
Récidives	▪ La + fréquente : à l'arrêt du Tt anti-inflammatoire ou récidive à distance ▪ CAT : bilan étiologique, avis spécialisé, et si bilan négatif => Tt anti-inflammatoire prolongé
Tamponnade (adiastolie)	▪ Urgence vitale ▪ Causes habituelles : péricardites néoplasiques, aigües bénignes, virales, hémopéricardes secondaires à dissection aortique ou à traumatisme thoracique, en post-op
Péricardite constrictive	▪ Rare mais grave ▪ Surtout en présence de : péricardite purulente, tuberculeuse, post-radique, après chirurgie cardiaque ▪ = Fibrose du péricarde => adiastolie chronique => IC droite sévère
Myopéricardite	▪ Complication précoce des péricardites virales ▪ Peut engendrer nécrose massive et fulminante ▪ Clinique : péricardite virale banale, élévation de la troponine, +/- IC aigüe, dysfonction ventriculaire gauche ▪ Evolution potentiellement mortelle sauf si assistance circulatoire +/- greffe cardiaques
Traitement	
Péricardite aigüe virale ou idiopathique	▪ Tt ambulatoire sauf : hyperalgie, élévation enzymatique, épanchement abondant ou compressif, doute sur l'origine virale, fièvre > 38°C, ID, Tt anticoagulant, absence de réponse au Tt au bout d'une semaine ▪ Repos au lit, arrêt de travail ▪ Anti-inflammatoires (aspirine) avec diminution progressive des doses, 3 semaines, +/- protecteur gastrique) ▪ Colchicine ▪ +/- Antalgiques ▪ Surveillance + contrôle de l'épanchement sous 8-10 jours ▪ Si récidive + réfractaire : bilan auto-immun +++ et Tt au cas par cas : anakinra, Ig, azathioprine
Tamponnade	▪ Urgence vitale : scoper et perfuser, position demi-assise ▪ Drainage ▪ En attendant ponction-drainage : tt symptomatique (remplissage vasculaire,

	ionotropes + (Dobutamine®)
Péricardite post-infarctus	▪ Arrêt des anticoagulants +++ ▪ Poursuite des anti-agrégants plaquettaires ▪ Anti-inflammatoires : aspirine, PAS d'AINS +++
Péricardite purulente	▪ Drainage chirurgical précoce ++ ▪ Lavages péricardiques ▪ ATBt
Péricardite tuberculeuse	▪ Tt anti-tuberculeux classique, prolongé (12 mois) ▪ Corticothérapie pendant 1 mois
Péricardite néoplasique	▪ Drainage chirurgical ▪ Souvent réalisation d'une fenêtre pleuro-péricardique ▪ Tt spécifique de la tumeur