

Item233-Péricardite aiguë

Objectifs CNCI

- Diagnostiquer une péricardite aiguë.
- Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.

Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
<ul style="list-style-type: none"> - Péricardite aiguë / ESC / 2004 - Polycopié National Cardiologie 2010 	<ul style="list-style-type: none"> - Secondaire: BK / IDM / LED / IRC - Précordiale / brûlure / ↓ antéflexion - Frottement péricardique / fêbricule - ECG: ↓ PQ / ↑ ST diffus / μ-voltage - ETT = N: n'élimine pas le diagnostic - Tamponnade: pouls paradoxal / ICD - Myopéricardite: troponine ↑ / IRM - Constrictive: ≥ 3M / péricarde épaissi - Aspirine: dose anti-inflammatoire 3S - Colchicine en association 1mg/j 1M - Traitement du choc / drainage si tamponnade 	<ul style="list-style-type: none"> - Recherche signes de gravité - Eliminer un IDM: troponine - Sérologie VIH si sujet jeune - Informer: risque de récurrence - Drainage dès que non virale et épanchement > moyenne abondance - ETT de contrôle à 1M

Généralités

Définition

- Inflammation du péricarde avec ou sans épanchement péricardique

Epidémiologie

- Péricardite = 5% des admissions aux urgences pour douleur thoracique
- Souvent asymptomatique: prévalence post-mortem = 1 à 2%

Etiologies

Péricardite aiguë idiopathique (++)

- Secondaire à une infection **virale** mais le plus souvent non retrouvée
- Les plus fréquentes (30-50%) / virus: coxsackie / adénovirus, etc.

Péricardites secondaires (4)

- **Infectieuses**
 - **Bactérienne (purulente):** pyogènes (staph et streptocoque) / méningocoque
 - **Tuberculeuse:** 1-5% des cas / sujet âgé ou immunodéprimé ++
- **Auto-immunes**
 - **Maladies systémiques:** lupus ++ / PR / autres (SPA, etc.)
 - **Post-IDM:** en aigu ou à +3S post-infarctus (syndrome de Dressler)
- **Néoplasiques**
 - **Métastases:** sein / poumon / mélanome / hémopathies (leucémie) / Kaposi
- **Métaboliques**
 - **Insuffisance rénale:** péricardite urémique / du dialysé / sur SN (anasarque)
 - **Hypothyroïdie:** dans le cadre du myxoedème

Diagnostic

Examen clinique

- **Interrogatoire**
 - **Terrain**: rechercher FdR CV (pour diagnostic différentiel avec SCA)
 - **Prises**: efficacité d'antalgiques ou AINS éventuels
 - **Anamnèse**: recherche **épisode viral** récent +++
 - **Signes fonctionnels**
 - **Douleur thoracique** +++
 - Précordiale / à type de brûlure / trinitro-résistante (≠ IDM)
 - **Augmentée par**: inspiration profonde ++ / toux / position
 - **Diminuée par**: **antéflexion** / changement de position
 - **Signes associés**
 - **Fièvre**: modérée et inconstante / asthénie
 - Dyspnée (car douleur à l'inspiration)
- **Examen physique**
 - **Prise des constantes**: température / PA-FC / FR-SpO2
 - **Signes positifs: examen cardiovasculaire**
 - En cas d'épanchement important: assourdissement des bruits du coeur
 - Frottement péricardique (50%): bruit superficiel / fugace / persiste en apnée
 - **Retentissement: signes de gravité (A savoir !)**
 - **Tamponnade: signes d'ICD** +++ / pouls paradoxal / signes de choc
 - **Orientation étiologique clinique**
 - Rechercher un syndrome d'hypothyroïdie / des arthralgies, etc.

Examens complémentaires

- **ECG de repos (3)**
 - **Sous-décalage du PR**: précoce et quasi-pathognomonique / diffus
 - **Sus-décalage du ST**: **diffus** / concave vers le haut / **sans miroir** (≠ SCA)
 - **Micro-voltage**: R < 5mm en précordial / signe un épanchement important
 - **!! Remarque: « tétrade de Holtzman »** : ECG à **répéter**
 - 1. sus-décalage du ST diffus / sous-décalage du PR
 - 2. retour du ST iso-électrique / aplatissement des ondes T
 - 3. négativation des ondes T
 - 4. retour de T et ST à la ligne iso-électrique
- **Echographie cardiaque (ETT)**
 - Pose le diagnostic: épanchement péricardique dans > 50% des cas
 - Rechercher des SdG +++ : IVD (tamponnade) / IVG (myocardite)
 - **!! N'élimine pas** le diagnostic si normale
- **Radiographie thorax**
 - Le plus souvent normale / parfois cardiomégalie si épanchement
 - Rechercher tamponnade: coeur « en carafe » + OAP
- **Bilan biologique**
 - **VS-CRP**: syndrome inflammatoire biologique fréquent
 - **Troponine** éliminer un IDM / parfois élevée par myocardite (**A savoir !**)
- **Sérologies**
 - IDR et **VIH** (avec accord): si patient jeune ou facteur de risque (**A savoir !**)

Diagnostics différentiels

- = ceux d'une douleur thoracique pré-cordiale (cf **Douleur thoracique aiguë et chronique**)
- **SCA-ST+ (IDM) +++** : troponine / ECG avec miroirs systématisés, etc.
- **Dissection aortique**: DT irradiant au dos / terrain d'HTA ou M. de Marfan
- **Embolie pulmonaire**: rechercher FdR de MTEV / TVP aux membres inférieurs

Complications

Tamponnade +++

- **Généralités**
 - = **adiastolie** aiguë par épanchement massif (compression du VD)
 - Péricardite néoplasique ++ (parfois tuberculeuse ou purulente)
 - Exceptionnellement secondaire à une péricardite virale
 - **Remarque**
 - **!!** le terme tamponnade n'est pas spécifique aux péricardites
 - cf tamponnade gazeuse du PTx ou par hémopéricarde sur DAO

- Clinique
 - Pouls paradoxal
 - = diminution de la PAS \geq 10mmHg à l'inspiration (PAd reste N)
 - Mécanisme: retour veineux: \uparrow VTD du VD \rightarrow comprime le VG = PAS \downarrow
 - Tableau d'ICD aiguë +++ (cf [Insuffisance cardiaque de l'adulte](#))
 - Polypnée / sueurs / patient demi-assis / tachycarde
 - Turgescence des jugulaires / reflux hépato-jugulaire
 - puis OAP sur VG: signe de gravité: urgence vitale
- Paraclinique
 - ETT en **urgence**: épanchement massif circonférentiel le plus souvent avec adiaastolie du VD. Compression de l'OD et du VD. Septum paradoxal. Diminution du débit cardiaque à l'inspiration.
 - ECG: « alternance électrique » QRS +/- voltés / micro-voltage diffus
 - RTx: cardiomégalie avec « coeur en carafe » +/- OAP (SdG)

Myopéricardite

- Généralités
 - Myocardite: inflammation du myocarde / sur infection virale +++
 - **Simule un IDM**: clinique / troponine / ECG / ETT (tout est pareil)
- Clinique
 - Douleur thoracique pseudo-angineuse
 - !! trinitro-résistante / rechercher fièvre (\neq IDM)
- Paraclinique
 - Troponine: élevée +++
 - ECG: sus-décalage du ST +/- signes de péricardite
 - ETT: dysfonction VG (troubles cinétiques) +/- épanchement, parfois épaissement des parois (oedème)
 - IRM cardiaque: intérêt +++ si suspicion (évite la coronarographie), hypersignal en séquence tardive, zone de fibrose
- Evolution
 - !! Imprévisible: asymptomatique ou choc cardiogénique fulgurant

Péricardite chronique constrictive

- Généralités
 - Définition: péricardite persistant **au moins 3 mois**
 - Sur péricardite tuberculeuse / post-radique / purulente
- Clinique
 - Tableau d'ICD réfractaire +/- anasarque
 - Signes associés modérés: dyspnée / asthénie / douleur thoracique
- Paraclinique
 - ETT: péricarde épaissi +++ / dilatation OD et VCI
 - **KT droit**: aspect « dip-plateau » de P(VD) caractéristique = confirme le diagnostic

Récidives +++

- Fréquentes: 15% des péricardites / précoces (NPO d'informer le patient: **A savoir !**)
- Favorisées par corticoïdes / !! diminuées par colchicine dès 1er épisode

Traitement

Prise en charge

- Ambulatoire
 - **ssi** péricardite idiopathique / sans signe de gravité / sur terrain sain
- Hospitalisation dès que
 - Terrain fragile: âge > 65ans / pathologie chronique sous-jacente
 - Toute autre étiologie que virale +++
 - Présence d'une complication
 - Hospitalisation si facteurs prédictifs de tamponnade ([Polycopié National Cardiologie 2010](#))
 - Fièvre > 38°C
 - Symptômes depuis > 1sem
 - Patient immunodéprimé
 - Patient sous AVK
 - Post-traumatisme thoracique
 - Myocardite associée
 - Epanchement péricardique abondant (> 20mm) ou tamponnade
 - Résistance au traitement inflammatoire prescrit depuis > 7j
- Si tamponnade
 - Hospitalisation / en urgence / enUSIC (ou REA) ou bloc opératoire pour drainage selon le degré d'urgence
 - Patient 1/2 assis / monitoring / scope ECG / pose VVP

Traitement symptomatique

- **Repos +++** : au lit / quelques jours (NPO arrêt de travail si besoin)
- **Antalgique-antipyrétique**: paracétamol PO 1g x3-4/jour

Traitement curatif

- **Anti-inflammatoire: aspirine (ou AINS)**
 - à dose anti-inflammatoire / PO / décroissance progressive / **sur 3 semaines**
 - par exemple: 3g/j à S1 / 2g/j à S2 / 1g/j pour S3 ; arrêt vers 1 mois après réalisation ETT (= absence d'épanchement péricardique)
 - **!! NPO IPP**: si âge \geq 65 ans ou atcd d'UGD
- **Colchicine**
 - 1mg/j PO en association avec l'aspirine pendant 1 mois
 - systématique dès le 1er épisode: prévention des récurrences (**Péricardite aiguë / ESC / 2004**)

Traitement étiologique

- **Péricardite tuberculeuse**
 - **Drainage** chirurgical avec prélèvements bactériologiques (**A savoir !**)
 - puis quadrithérapie classique 6M +/- corticoïdes (cf **Tuberculose de l'adulte et de l'enfant.**)
- **Péricardite purulente**
 - **Drainage** chirurgical avec prélèvements bactériologiques
 - puis ABT parentérale adaptée à l'antibiogramme +++
- **Péricardite néoplasique**
 - **Drainage** chirurgical avec biopsie péricardique pour anapath.
 - si péricardite récurrente: faire une fenêtre pleuro-péricardique

Traitement des complications

- **Tamponnade**
 - **Traitement symptomatique = celui du choc obstructif** (cf **État de choc. Principales étiologies : hypovolémique, septique (voir item 154), cardiogénique, anaphylactique.**)
 - En attendant le drainage / !! arrêt des BB le cas échéant
 - **Remplissage**: colloïdes 500cc/20min pour maintenir PAM \geq 60 mmHg
 - **Inotrope positif**: dobutamine 5-20 μ g/kg/min en IVSE
 - **Traitement de la tamponnade = drainage +++ (A savoir !)**
 - **Drainage chirurgical** au bloc/ sous AG / analyse bactériologique et anapath
 - En pratique, si évocateur à l'ETT d'un épanchement sévère, drainage percutané au bloc par le chirurgien
 - Si patient en état critique: ponction transcutanée en urgence possible
 - Au décours, bilan étiologique approfondi nécessaire: prélèvements per-opératoires
- **Formes récurrentes ou rebelles**: discuter corticoïdes ou colchicine prophylactique
- **Péricardite chronique constrictive**:
 - Traitement chirurgical: péricardiectomie complète +++

Mesures associées

- **Information** du patient sur le risque de récurrence (15%) +++
- Prévention de la MTEV: bas de contention / HBPM / lever précoce

Surveillance

- **Clinique**: Cs cardio systématique à 1 mois / douleur / fièvre / tolérance de l'aspirine
- **Paraclinique**: CRP / ECG / **ETT à 1M** (dépister une péricardite chronique) (**A savoir !**)

Synthèse pour questions fermées

2 raisons pour donner de la colchicine dans la péricardite ?

- Calme mieux la douleur
- Diminue les récurrences

Une bonne raison de ne pas donner de corticoïdes dans une péricardite aiguë bénigne ?

- Risque théorique de répllication virale

Une bonne raison de doser la troponine dans une péricardite ?

- Recherche myocardite associée

6 causes de péricardite néoplasique ?

- Cancer bronchique
- Cancer du sein
- Mélanome
- Leucémie
- Lymphome
- Sarcome de Kaposi

1 cause d'épanchement péricardique à ne pas drainer ?

- Hémopéricarde secondaire à une dissection aortique (aggrave la dissection aortique)