

PERICARDITE AIGUE

I- DEFINITION

La péricardite aiguë (P.A) est l'inflammation aiguë du péricarde, qu'elle s'accompagne ou non d'un épanchement, elle pose trois problèmes :

- 1- Savoir la reconnaître
- 2- Apprécier le pronostic immédiat qui est lié à la rapidité (+++) de constitution de l'épanchement plus qu'à son volume.
- 3- Retrouver son étiologie dont dépend le traitement et le pronostic ultérieur.

II- PHYSIOPATHOLOGIE :

1- Au stade initial :

Celui de la péricardite sèche, le frottement l'un contre l'autre des deux feuillets du péricarde rend compte des bruits surajoutés et l'irritation des couches sous-épicaudiques est responsable des troubles de la repolarisation.

2- Stade d'épanchement :

La masse liquidienne qui entoure le cœur, assourdit les bruits, masque la cinétique cardiaque, entraîne un micro voltage et le cœur mobile au sein de l'épanchement peut donner lieu à une alternance électrique.

La tolérance de la péricardite dépend plus de la rapidité de constitution de l'épanchement que de son abondance (+++).

Dans les cas **extrêmes** est réalisée une compression aiguë déterminant le syndrome hémodynamique d'adiastolie aiguë [Tamponnade] se caractérisant par :

- Une augmentation des pressions de remplissage des ventricules et par la suite des pressions auriculaires et veineuses.
- Une baisse du débit systolique.

III- DIAGNOSTIC POSITIF

A- Clinique :

1- Signes fonctionnels :

En dehors des cas révélés par une tamponnade nécessitent des gestes urgents.

1. La douleur (++++) est le signe essentiel.

- Souvent medio thoracique, simple gêne thoracique antérieure parfois pseudo angineuse : rétro sternale, constrictive, d'intensité variable, irradiant vers le cou, les bras.
- Ou encore abdominale pseudo chirurgicale

Mais dans tous les cas, son caractère fondamental est d'être augmentée par la toux, les changements de position et surtout par l'inspiration profonde (+++) qu'elle bloque.

2. La dyspnée en règle modeste survenant lors de la respiration profonde, est rarement intense soulagée par la position penchée en avant (++).

3. plus rarement existent :

- Toux - Hoquet - Dysphonie - Dysphagie.

4. Enfin, une péricardite peut être latente de découverte fortuite d'examen

5.

2- Signes généraux

Variables suivant l'étiologie, la fièvre existe souvent d'emblée, variable dans son intensité.

3- Signes d'examen

1- Surtout, il recherche le frottement péricardique (++++) dont la seule présence affirme le diagnostic (++++) mais dont l'absence ne l'élimine pas :

- Bruit superficiel, parfois râpeux, rude, crissant, ailleurs doux et discret.
- De siège mesocardique n'irradie pas
- Respectant les bruits du cœur, soit unique mésosystolique, soit double réalisant un bruit de va et vient systolodiastolique.
- Persistant en apnée (++++)
- Fugace (+++)
- Enfin, il est variable (++++) d'un examen à l'autre et d'une position à l'autre.

2- les autres signes n'existent que dans les épanchements importants.

- Diminution du choc de pointe.
- Augmentation de l'aire de matité cardiaque.
- Assourdissement des bruits du cœur (++++).

3- Enfin, la tachycardie (+++) est fréquente de même que les extrasystoles et parfois une arythmie transitoire.

4- Le reste de l'examen :

a- recherche :

- Une atteinte cardiaque associée
- Un épanchement pleural.

b- Apprécie le retentissement circulatoire sur :

- . Le degré de dyspnée éventuelle, le pouls, la pression artérielle.
- . L'existence ou non d'une hépatomégalie sensible avec reflux hépato jugulaire, des jugulaires turgescentes, de cyanose.
- . La pression veineuse.

B- L'EXAMEN RADIOLOGIQUE

- Graphique (face, profils, obliques) et scopie ou mieux sous amplificateur de brillance en mobilisant le malade au minimum et avec prudence (+++) (risque de syncope).
- La radio peut confirmer ou révéler : la péricardite

1- De face : Ombre cardiaque globalement augmentée et élargie transversalement, symétrique par rapport au bord gauche du sternum, avec rectitude du bord gauche de l'aorte à la pointe et arrondissement des angles cardio – phréniques. Le pédicule vasculaire paraît raccourci : aspect en théière ou en carafe.

- une image de double contour est plus rare.

2- Profil : Comblement des espaces clairs retro – sternal et retro – cardiaque.

3- Scopie : Ombre cardiaque peu ou pas battante.

4- En cas d'épanchement peu abondant, l'image radiologique est moins évocatrice voire normale et c'est alors la comparaison des clichés successifs qui apporte un argument essentiel en montrant l'augmentation ou la diminution rapide de l'ombre cardiaque (+++).

- L'examen apprécie dans tous les cas l'état pleuro – pulmonaire et médiastinal.

C- E. C. G

1- les troubles de la repolarisation sont essentiels :

- Souvent retardés : l'E. C. G pouvant être normal au début.
- C'est leur évolution qui est évocatrice, il faut donc répéter les E. C. G (+++)
- Ils évoluent typiquement en quatre stades successifs :
 - Sus – décalage de ST concave en haut n'englobant pas l'onde T.
 - Retour à la ligne iso – électrique, tandis que T s'aplatit.
 - Inversion de T, pointue et asymétrique.
 - Retour à la normale qui peut être très long.
- -Fait capital, ces anomalies sont :
 - Concordantes dans la plupart des dérivations (+++)
 - Sans image en miroir ni d'ondes Q de nécrose.

2- D'autres anomalies électriques peuvent aussi s'observer :

- a- Un sous – décalage du segment PQ (++)
- b- Des troubles du rythme auriculaires (++) : extrasystoles auriculaires – fibrillation auriculaire parfois annoncées par des ondes P « bifides »
- c- Micro voltage
- d- Une alternance électrique

Au total : la triple confrontation clinique, radiologique, électrocardiographique, et la répétition des examens permet de faire le diagnostic dans la plupart des cas, en cas de doute un examen est capital :

D- L'Echocardiographie

C'est un examen essentiel (+++) qui peut montrer un décollement [espace libre d'échos interposé entre l'épicarde et le péricarde] postérieur et parfois postérieur et antérieur en cas d'épanchement abondant.

L'échographie TM permet de diagnostiquer l'épanchement et de quantifier son abondance dans l'incidence transventriculaire :

- Il est peu abondant (inf à 300 ml) si le décollement en postérieur et en diastole est inf à 10 mm.
- De moyenne abondance (300-500ml) si le décollement en post et en diastole est compris entre 10 et 20 mm.
- Abondant (sup à 500ml) si le décollement en post dépasse 20 mm et s'accompagne d'un décollement en antérieur et d'une hyper-kinésie pariétale.

IV- FORMES CLINIQUES

1- **Les formes latentes** : découvertes par la perception d'un frottement ou d'un gros cœur à la RX ou d'anomalies E. C. G évocatrices.

2- **La TAPONNADE** (+++++) : il faut distinguer :

A- l'adiastolie aiguë : c'est une urgence associant :

- a- Un collapsus cardio-vasculaire, tachycardie, dyspnée, cyanose.
- b- Des jugulaires turgescents, un thorax douloureux, une pression veineuse centrale élevée.
- c- Un pouls paradoxal de KUSSMAUL (pouls diminuant d'amplitude au cours de l'inspiration forcée)
- d- Une alternance à l'E. C. G.

Elle impose la ponction péricardique, d'urgence (+++) à visée décompressive, qui est réalisée en milieu spécialisé sous scope avec défibrillateur à portée.

B- La compression subaigue : tableau d'insuffisance ventriculaire droite avec :

a- Hépatomégalie, douloureuse et reflux hépato-jugulaire, œdème des membres inférieurs, dyspnée, cardiomégalie.

b- La ponction s'impose là aussi.

V- DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE- EVOLUTION- TRAITEMENT

A- PERICARDITE AIGUE BENIGNE

Sont les plus fréquentes

1- Clinique : le plus souvent chez un sujet jeune, volontiers après un épisode grippal

- Début brutal (+++) avec :

- Douleur intense, fièvre élevée.
- Frottement quasi constant et précoce.
- Un épanchement pleural peut être associé

2-Electrocardiogramme : caractéristique, retournant lentement (plusieurs mois) à la normale.

3- Radiographie : cœur peu ou pas augmenté de volume (+) ou (-) pleurésie.

4- Biologie : vitesse de sédimentation accélérée.

5- Evolution : en règle favorable, vers la guérison sans séquelle mais si la tamponnade est rare et la constriction est exceptionnelle, l'évolution est dominée par la fréquence des rechutes (+++) qui sont favorisées par la corticothérapie dont il faudra s'abstenir, le traitement étant réalisé par le repos au lit, l'Aspirine (3g/j) associée ou non à l'indométhacine avec les contre – indications d'usage.

6- Le plus souvent aucune cause précise n'est retrouvée, parfois une étiologie virale (+++) est retrouvée, suspectée devant une leuconéutropénie.

Les virus les plus souvent en cause sont :

La grippe (R de Hirst), les coxsackies, la mononucléose infectieuse.

7- Enfin les péricardites bénignes peuvent poser dans certains cas des problèmes de diagnostic avec la tuberculose et faire alors proposer la ponction voire la biopsie péricardique s'il existe un doute sérieux car la hantise devant une péricardite aigue est la tuberculose.

B- LA PERICARDITE TUBERCULEUSE

C'est la hantise devant toute péricardite aigue où elle doit être systématiquement évoquée (+++)

Le problème n'est pas celui de sa découverte lors du bilan d'une miliaire, d'une méningite tuberculeuse par exemple où la péricardite est systématiquement recherchée.

Mais c'est d'affirmer l'origine tuberculeuse d'une péricardite aigue en apparence isolée (+++).

Les arguments en faveur de tuberculose reposent sur :

a- Les circonstances de survenue : Absence de vaccination par le B.C.G, notion de contagion, de transplantation récente, d'une phase prodromique : asthénie, anorexie, amaigrissement, fièvre, sueurs nocturnes, primo-infection récente négligée.

b- L'intradermo – réaction à la tuberculine : Valeur d'une réaction phlycténulaire ou d'un virage récent.

c- La radiographie du thorax complétée au besoin par les tomographies à la recherche :

- D'une image ganglio – pulmonaire.
- D'une miliaire, d'un infiltrat.
- D'une pleurésie permettant la ponction et la ponction biopsie pleurale.

d- La recherche acharnée et répétée de BK :

- Par tubages gastriques à jeun (+++).
- Dans le liquide pleural et la biopsie pleurale s'il existe une pleurésie (+++).
- Dans les urines.
- Par la ponction lombaire après fond d'œil au moindre doute d'atteinte méningée.

Le BK sera recherché en direct et après cultures sur milieu de lowenstein.

e- Au total : deux cas sont possibles :

Sous traitement et après bilan appréciant l'évolutivité de la maladie et sa dissémination l'évolution est plus souvent favorable mais la surveillance sera prolongée étant donné le risque d'évolution vers **la constriction** (+++) (prévenue pour certains par la corticothérapie systématique) : elle est soupçonnée sur la persistance des anomalies E.C.G, l'existence de calcification, l'élévation de la pression veineuse affirmée par le cathétérisme cardiaque droit qui montre une courbe en dip-plateau dans le ventricule droit.

C-LA PERICARDITE RHUMATISMALE

1. Parfois de diagnostic facile :

Au cours d'une polyarthrite aiguë, fugace, mobile et fébrile d'un sujet jeune succédant à une angine.

-La péricardite est découverte par l'examen clinique biquotidien du cœur, la RX, l'E.C.G, l'échocardiographie.

-Elle est isolée ou associée à une endocardite mitrale et / ou aortique, myocardite.

-Le pronostic de la péricardite est bon : guérison sans séquelles.

- Le pronostic immédiat est dominé par l'état du myocarde.
- Le pronostic à long terme par les retentissements hémodynamiques des valvulopathies, sans oublier le risque d'Osler.

C'est dire la nécessité d'un traitement corticoïde et antibiotique très rapide, d'une prophylaxie anti-infectieuse prolongée et d'une surveillance régulière [voir le cours du RAA]

2- parfois le diagnostic est plus difficile quand la péricardite est isolée en apparence, en dehors de toute crise articulaire(+++) faisant rechercher des arguments en faveur du R.A.A :

a- cliniques :

- Précédence par une angine deux semaines plus tôt ou par une autre infection streptococcique.
- Eventuel antécédent de R.A.A, chorée, scarlatine.
- Existence de nodosités sous cutanées, d'un érythème marginé.
- De souffle d'insuffisance aortique ou d'insuffisance mitrale.

b- électriques : valeur d'un allongement de PR.

c- biologiques :

- Syndrome inflammatoire non spécifique :
 - VS accélérée.
 - Hyperleucocytose à polynucléaires, anémie, modérée.
 - Hyperalpha 2globulinémie,hyperfibrinémie.
- Présence de neutrofiles C réactive protéine.
- Prélèvement de gorge à la recherche d'un streptocoque bêta hémolytique du groupe A, en règle négatif à ce stade.
- Dosage des ASLO , qui s'élèvent de façon significative à deux examens à 15 jours d'intervalle.

Ces éléments viendront confirmer le diagnostic, le traitement ayant été entrepris immédiatement sur un faisceau d'arguments cliniques et biologiques inflammatoires car l'évolution dépend de la précocité du diagnostic et du traitement.

D- PERICARDITES D'AUTRES CAUSES

- 1- Les collagénoses
- 2- Péricardites purulentes : graves.
- 3- Péricardites de l'infarctus du myocarde (++)
- 4- Péricardites post-péricardectomie.
- 5- Péricardites Néoplasiques
- 6- Péricardites post radiothérapie.
- 7- Péricardites Urémiques .
- 8- Péricardites de l'hypothyroïdie.
- 9- Péricardites post-traumatiques.