

ITEM N°274 : PERICARDITE

OBJECTIFS TERMINAUX

- I. Diagnostiquer une péricardite aiguë
- II. Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge
- III. Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient

INTRODUCTION

Les péricardites aiguës sont le plus souvent de nature infectieuse (seules traitées ici) :

- Les péricardites virales sont les plus fréquentes et habituellement bénignes
- Les péricardites bactériennes à pyogènes sont plus rares et plus graves
- Les péricardites tuberculeuses sont rarement aiguës
- Les péricardites parasitaires et mycosiques sont très rares.

Les principales étiologies des péricardites non infectieuses sont les suivantes :

- Post-agression cardiaque : traumatisme, infarctus, cardiectomie
- Maladies de système (lupus, polyarthrite rhumatoïde, sclérodermie, spondylarthropathie)
- Post-radique et médicamenteuse : procainamide, hydralazine
- Néoplasies
- Myxœdème
- Insuffisance rénale
- Post-infectieuses : méningocoque.

La tamponnade est la principale complication de la péricardite aiguë, mettant en jeu le pronostic vital.

I. DIAGNOSTIQUER UNE PERICARDITE AIGUË

MANIFESTATIONS CLINIQUES

Au cours d'un syndrome infectieux fébrile, les signes cliniques de péricardite sont :

- une douleur rétrosternale pouvant simuler un angor, caractéristique lorsqu'elle est majorée par l'inspiration profonde, les efforts de toux ou les changements de position, et soulagée par la position assise ou penchée en avant ;
- une dyspnée.

L'auscultation met en évidence un frottement péricardique dans 50 % des cas.

En cas d'épanchement abondant ou rapidement constitué, la symptomatologie est celle d'une tamponnade (nécessitant un drainage en urgence) (Cf. point suivant).

ELEMENTS PARACLINIQUES DU DIAGNOSTIC POSITIF

ECG

Les anomalies électrocardiographiques existent dans 90 % des cas : sus-décalage du segment ST, aplatissement de l'onde T, sous-décalage du segment PR. Ces signes diffus concordent dans toutes les dérivations. En cas d'épanchement péricardique abondant, il y a une diminution de voltage du complexe QRS.

Imagerie

- La radiographie du thorax peut montrer un élargissement de la silhouette cardiaque (en cas d'épanchement de plus de 250 ml).
- L'échographie cardiaque est capitale pour confirmer le diagnostic ou détecter un épanchement péricardique cliniquement asymptomatique. Elle en apprécie l'abondance et le retentissement sur le remplissage diastolique des cavités cardiaques.

Ponction péricardique

Elle n'est pas utile au diagnostic des péricardites aiguës non compliquées.

Lorsqu'une ponction est nécessaire devant une tamponnade, il convient de réaliser un examen cytochimique du liquide lors du drainage et une culture. Le recours aux méthodes de biologie moléculaire (PCR) peut aider au diagnostic si la culture est négative.

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE MICROBIOLOGIQUE

Principaux agents responsables de péricardites aiguës

Virus

Entérovirus : coxsackie B et A, echovirus, poliovirus - Myxovirus : influenza A et B, oreillons -
Herpès virus : Herpes simplex, VZV, CMV, EBV – Rubéole - VHB

Bactéries

Salmonella, Campylobacter, Mycoplasma, Chlamydia, Rickettsia, Bartonella, Streptococcus pneumoniae, Staphylococcus aureus

Divers : *Neisseria, Haemophilus*, entérobactéries, *Listeria, Legionella, Borrelia, Rickettsia conorii, Coxiella burnetii, Rhodococcus equi*

Parasites

Toxoplasma gondii
Entamoeba histolytica

Champignons

Aspergillus, Candida, Cryptococcus
Histoplasma, Coccidioïdes, Blastomyces

II. IDENTIFIER LES SITUATIONS D'URGENCE ET PLANIFIER LEUR PRISE EN CHARGE

La tamponnade est la principale complication des péricardites aiguës. Elle résulte de la compression des cavités cardiaques (d'abord droites) du fait d'un épanchement de grand volume ou constitué très rapidement.

Les principales manifestations cliniques de la tamponnade sont les suivantes :

- Polypnée avec orthopnée, douleur thoracique, anxiété, cyanose ;
- Hypotension artérielle avec pouls paradoxal de Kussmaul ;
- Turgescence jugulaire, reflux hépatojugulaire, hépatomégalie douloureuse ;
- Radiographie du thorax : cardiomégalie ;
- ECG : tachycardie, alternance électrique ;
- Échographie cardiaque : épanchement et compression du ventricule droit.

La survenue d'une tamponnade impose un drainage péricardique en urgence.

La péricardiocentèse (ponction évacuatrice à l'aiguille réalisée en milieu spécialisé) soulage les manifestations cliniques mais l'épanchement peut se reproduire imposant un drainage chirurgical.

III. ARGUMENTER L'ATTITUDE THERAPEUTIQUE ET PLANIFIER LE SUIVI DU PATIENT

Le traitement des péricardites aiguës présumées virales comporte le repos au lit et l'administration d'antalgiques et d'anti-inflammatoires (acide acétylsalicylique, anti-inflammatoires non stéroïdiens) pendant un à trois mois.

La corticothérapie ne doit pas être proposée dans les péricardites virales car elle augmente le risque de rechutes et diminue l'efficacité de la colchicine dans le traitement des péricardites à rechute ou récidivantes.

Le traitement des péricardites aiguës récidivantes repose sur la colchicine.

Le traitement des péricardites purulentes repose sur une antibiothérapie adaptée et le drainage du péricarde.



POUR EN SAVOIR PLUS

E. PILLY 2008

Chapitre 37