

# Péricardite aiguë IC-235

- Connaître la définition d'une péricardite aiguë
- Connaître les symptômes et les signes cliniques d'une péricardite aiguë
- Connaître les signes de gravité d'une péricardite aiguë et savoir appeler en urgence pour un drainage de l'épanchement
- Connaître les modalités d'interprétation de l'ECG et du bilan biologique initial
- Connaître l'intérêt diagnostique d'une ponction péricardique
- Connaître l'objectif de l'imagerie dans l'exploration d'une péricardite aiguë : radiographie thoracique et échocardiographie
- Electrocardiogramme (ECG) d'une péricardite aiguë
- Savoir évaluer les risques de complications nécessitant une hospitalisation
- Connaître l'étiologie de la forme clinique usuelle
- Connaître les étiologies de la péricardite au cours d'un infarctus du myocarde
- Connaître les étiologies de formes cliniques moins fréquentes
- Connaître le traitement d'une péricardite aiguë bénigne
- Savoir énumérer les principales complications d'une péricardite aiguë
- Savoir évoquer les principales étiologies devant une tamponnade
- Savoir faire le diagnostic d'une tamponnade

## Connaître la définition d'une péricardite aiguë OIC-235-01-A

- **Inflammation aiguë** des feuillets du péricarde
- Accompagnée d'un **épanchement** péricardique ou non (« péricardite sèche »)
- Si associée à une élévation de la troponine = myo-péricardite

## Connaître les symptômes et les signes cliniques d'une péricardite aiguë OIC-235-02-A

- Signes généraux :

**Fièvre** modérée, parfois absente ou présente d'emblée, associée à des **myalgies**, à une **asthénie**

- Signes fonctionnels :
  - **Douleur thoracique**, rétrosternale ou précordiale gauche, permanente, résistante à la trinitrine, **majorée en décubitus dorsal**, à l'inspiration profonde et à la toux (impulsive), **calmée par la position assise penchée en avant** (antéflexion)
  - **Dyspnée** également soulagée par la position assise penchée en avant ou toux sèche, Dysphonie et hoquet, plus rare
- Signes physiques :
  - **Frottement péricardique** précoce, râpeux, systolo-diastolique, variant dans le temps et les positions, ressemblant à un crissement de cuir neuf ou froissement de soie, inconstant et fugace. **Son absence n'élimine pas le diagnostic**
  - **Signes d'épanchement pleural** parfois associé : disparition du murmure vésiculaire, matité à la percussion
- La présence **d'au moins deux des critères suivants** est nécessaire pour confirmer le diagnostic :
  - **Douleur thoracique évocatrice**
  - **Frottement péricardique**
  - **Modifications ECG typiques (Stade I ou sous-PQ)**
  - **Epanchement péricardique**

## Connaître les signes de gravité d'une péricardite aiguë et savoir appeler en urgence pour un drainage de l'épanchement OIC-235-03-A

Ce sont les signes évoquant une tamponnade ou une myocardite associée

- **Cliniques** :
  - **Signes d'insuffisance cardiaque droite aiguë** : Turgescence jugulaire, Reflux hépato jugulaire
  - **Signes de choc** : tachycardie et PAS<90mmHg, marbrures, extrémités froides
  - **Pouls paradoxal** = îde la PAS de 10 mmHg à l'inspiration
  - **Fièvre > 38°**
- **Biologique** : élévation de la troponine (myocardite associée)
- **ECG** : microvoltage et alternance électrique (tamponnade), troubles du rythme ventriculaire (myocardite)
- **Echographique** :
  - Epanchement > 20 mm
  - Compression des cavités droites

# Connaître les modalités d'interprétation de l'ECG et du bilan biologique initial

## OIC-235-04-A

### Electrocardiogramme :

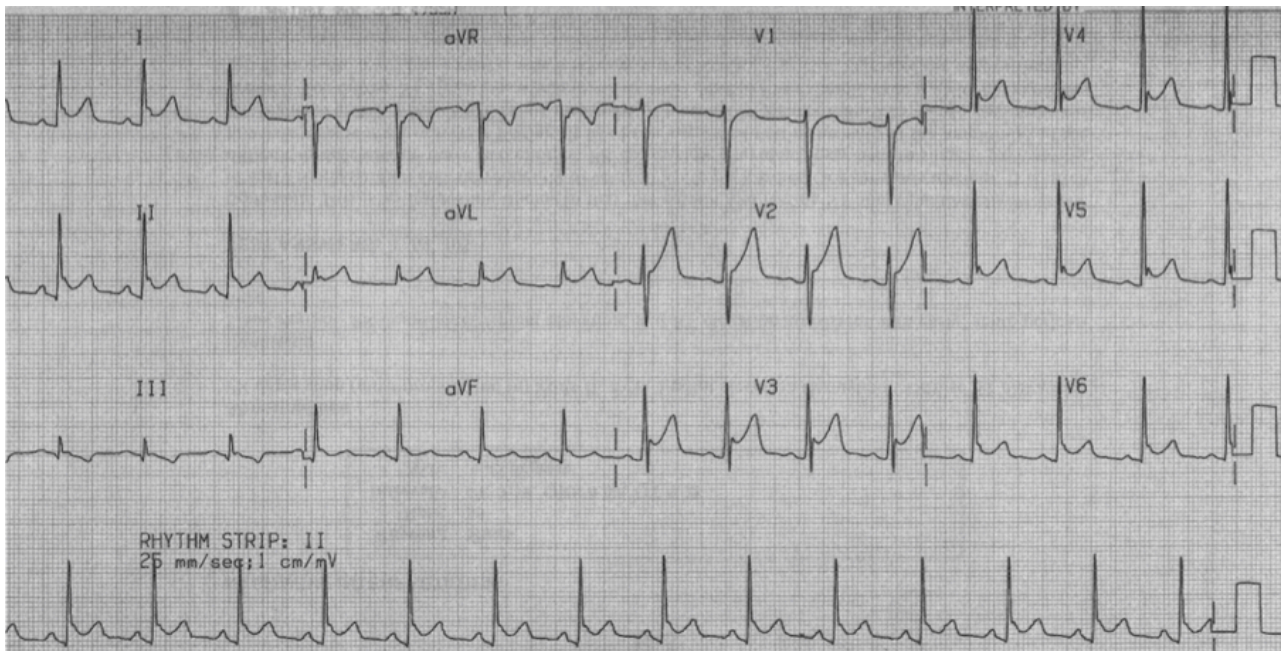
- **Peut être normal**, il doit être répété
- Signes précoces : **Sous décalage du PQ, Tachycardie sinusale**
- Anomalies **diffuses** non systématisées
- **Evolution classique en 4 stades :**
  - Stade 1 : **sus-décalage du segment ST concave vers le haut**, diffus, sans miroir, sans onde Q, ondes T positives le 1<sup>er</sup> jour
  - Stade 2 : ondes T plates entre la 24<sup>e</sup> et la 48<sup>e</sup> heure
  - Stade 3 : ondes T négatives la première semaine
  - Stade 4 : **normalisation au cours du 1<sup>er</sup> mois**
- Si épanchement abondant :
  - Microvoltage (amplitude QRS < 5 mm et < 10 mm respectivement dans les dérivations périphériques et précordiales)
  - Alternance électrique (équivalent électrique du swinging heart échographique) : QRS d'amplitude variable

### Bilan biologique initial :

- Marqueurs inflammatoires : NFS, **CRP** (peut être normale ou hyperleucocytose + syndrome inflammatoire)
- Marqueurs de la nécrose myocardique : **troponine** (augmentée si myocardite associée, à rechercher systématiquement) -> **signe de gravité+++++**
- Ionogramme sanguin, créatinine (recherche insuffisance rénale avant prescription AINS)



Sous décalage PQ



Sus décalage ST au cours d'une péricardite aiguë

## Connaitre l'intérêt diagnostique d'une ponction péricardique OIC-235-05-B

- **Drainage péricardique, par voie percutanée ou chirurgicale :**
    - indiqué en urgence en cas de tamponnade ou à discuter en cas de retentissement hémodynamique à l'écho avec tension artérielle conservée :
    - parfois également indiquée en cas d'épanchement abondant chronique sans étiologie évidente
    - percutanée ou péricardiocentèse, à privilégier si patient instable, par une ponction sous sternale à l'aiguille écho-guidée
    - chirurgicale, à privilégier si suspicion d'épanchement purulent (permet pose d'un drain de plus gros calibre)
    - Dans tous les cas, **analyse du liquide drainé**: bactériologique, virologique, cytologique >>> apporte éléments au bilan étiologique
- 

## Connaître l'objectif de l'imagerie dans l'exploration d'une péricardite aiguë : radiographie thoracique et échocardiographie OIC-235-06-B

### Radiographie de thorax :

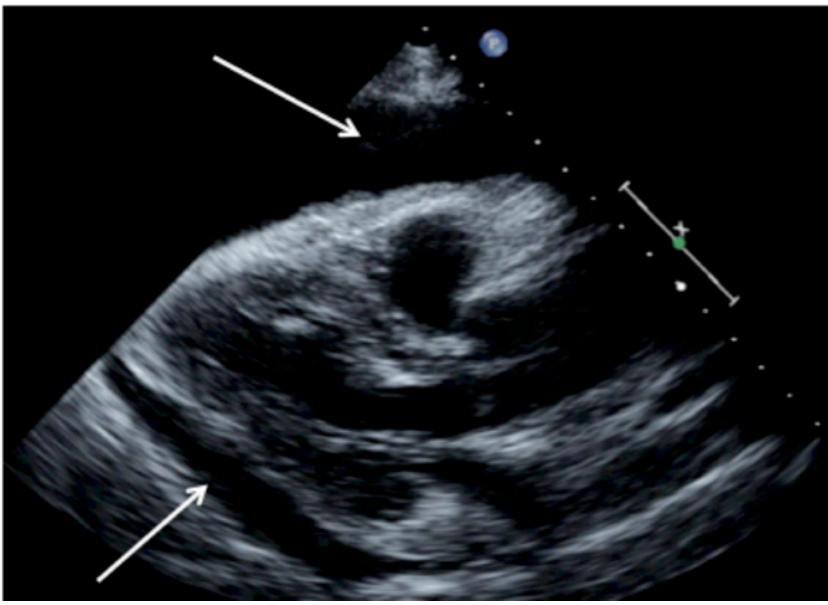
- Normale le plus souvent
- Rectitude du bord gauche ou « cœur en carafe » quand épanchement abondant
- Epanchement pleural parfois associé



Cœur en carafe

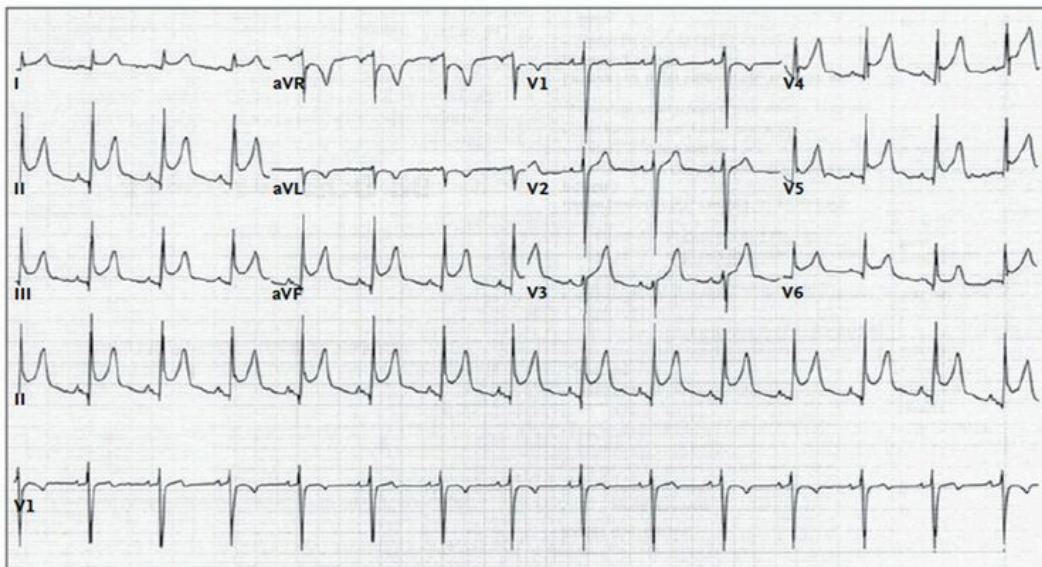
### Echocardiographie :

- Parfois **normale** (« péricardite sèche »)
- **Epanchement** péricardique : décollement des deux feuillets péricardiques avec espace clair vide d'échos (noir) entre les deux.
- Apprécie l'**abondance** (**minime < 10 mm, modéré : 10-20 mm, abondant > 20 mm**), la **localisation** et le **retentissement** hémodynamique (compression des cavités cardiaques ou signes de constriction) de l'épanchement
- Epaissement péricardique
- Masse péricardique (étiologie tumorale)



Epanchement péricardique (flèche) en vue parasternale

## Electrocardiogramme (ECG) d'une péricardite aiguë OIC-235-07-A



Sus décalage de ST, diffus, non systématisé, concave vers le haut, sans miroir ni onde Q ET sous décalage PQ

## Savoir évaluer les risques de complications nécessitant une hospitalisation OIC-235-08-A

- Tableau clinique orientant vers une étiologie spécifique
- Patient hyperalgique malgré première dose AINS
- Présence de facteurs prédictifs de tamponnade :
  - fièvre  $>38^{\circ}\text{C}$
  - symptômes présents depuis plusieurs semaines
  - patient immunodéprimé
  - patient sous anticoagulant oral
  - après un traumatisme thoracique
- Myocardite associée (=élévation troponine)
- Épanchement péricardique abondant ( $>20\text{mm}$ )
- Tamponnade
- Résistance au traitement anti-inflammatoire (aspirine ou AINS) bien conduit depuis 7jours



# Connaître l'étiologie de la forme clinique usuelle OIC-235-09-A

## Péricardite aiguë :

- **Etiologie virale**
  - **Bénigne** dans 90% des cas
  - Correspond généralement à un épanchement lymphocytaire non purulent
  - Tableau clinique typique :
    - **épisode pseudo grippal récent**
    - **Jeune** adulte, homme, sans antécédent cardiologique notable
    - Récidive ou rechute fréquentes (30 à 50%)
    - Tamponnade rare
  - Le bilan étiologique viral et auto-immun n'est pas nécessaire dans les formes simples :
    - **Virologie** le plus souvent **négative** : sérologies doivent être répétées à 15 jours d'intervalle en cas de doute (en pratique non réalisées)
    - Virus impliqués : entérovirus (coxsackies A et B), échovirus, adénovirus, cytomégalovirus, parvovirus B19, Epstein-Barr, herpès, VIH, hépatite C, influenza, coronavirus (COVID-19)... etc
    - PCR sur liquide de l'épanchement ou biopsie péricardique permet le diagnostic de certitude : rarement réalisé compte-tenu d'une part du caractère invasif de l'examen (ponction péricardique) et de l'absence d'implication thérapeutique dans une forme bénigne
- 

# Connaître les étiologies de la péricardite au cours d'un infarctus du myocarde OIC-235-10-B

- Péricardite **précoce (J3 – J5)** :
    - au décours d'un infarctus transmural -> hémopéricarde, par effusion.
    - Evolution le plus souvent favorable si minime,
    - Chirurgie en urgence en cas de rupture myocardique
  - Péricardite **tardive (2–16e semaine)= syndrome de Dressler** :
    - Associe classiquement un tableau avec fièvre, pleurésie, arthralgies, AEG, syndrome inflammatoire important, allongement de l'espace QT à l'ECG.
    - **Rare** de nos jours
- 

# Connaître les étiologies de formes cliniques moins fréquentes OIC-235-11-B

- Péricardite bactérienne = purulente :
  - Plus rare mais plus grave
  - Forte fièvre >39°
  - Germes : staphylocoques, pneumocoques, streptocoques, bacilles Gram négatif, champignons
  - Sujets **immunodéprimés** ou porteurs **d'infection sévère** (septicémie, infection pleuro-pulmonaire, ou après chirurgie cardiaque ou thoracique)
  - Pronostic sévère: évolution fréquente vers la **tamponnade** ou la **constriction péricardique**
  - Traitement **antibiothérapie** adaptée au germe retrouvé dans le liquide péricardique lors de la ponction péricardique
  - **Drainage chirurgical souvent nécessaire**
- Péricardite tuberculeuse :
  - **Subaiguë**
  - liquidienne avec **AEG** et **fièvre** modérée persistante
  - Contexte : Tuberculose, contagio, immunodépression
  - Anomalies pulmonaires associées
  - Rechercher BK
  - **Calcifications** péricardiques
  - Evolution fréquente vers tamponnade et constriction péricardique
  - Traitement antituberculeux +/- corticoïdes
- Péricardite néoplasique :
  - **Liquide souvent hémorragique**
  - Contexte, AEG
  - Le plus souvent liée à une location secondaire (tous les cancers mais plus fréquemment cancer primitif pulmonaire, lymphomes), plus rarement cancer primitif péricardique (mésothéliome)
  - Evolution fréquente vers tamponnade et récurrence

- Drainage chirurgicale +/- fenêtre péricardique
  - **Péricardite des maladies de système / auto-immunes :**
    - Contexte évocateur, + /- associée à pleurésie (lupus +++)
  - **Péricardite radique :**
    - Post radiothérapie médiastinale ou sein gauche
    - Risque d'évolution vers péricardite chronique constrictive
  - **Autres étiologies rares :**
    - hypothyroïdie, médicamenteuses, amylose cardiaque, dissection aortique (signe de gravité), insuffisance cardiaque, hypertension pulmonaire, traumatique, insuffisance rénale chronique terminale, congénital (agénésie partielle ou complète, kystes)
- 

## Connaître le traitement d'une péricardite aiguë bénigne OIC-235-12-A

- **Repos, arrêt du sport (durée minimum jusqu'à la résolution des symptômes après normalisation de la CRP, ECG et ETT : en pratique 3 mois)**
  - **Double traitement anti inflammatoire :**
    - **AINS :**
      - surtout **aspirine** 1000 mg \* 3 par jour
      - ou ibuprofène 800 mg \*3 par jour pendant 2 semaines
      - puis décroissance progressive en fonction des symptômes et de la CRP
    - Associé systématiquement à la **COLCHICINE :**
      - 0,5 mg × 2 si poids > 70kg
      - 0,5 mg par jour si poids <70kg
      - pendant **3 mois**,
      - calme la douleur et surtout diminue les risques de récides
      - interactions médicamenteuses potentielles (via le cytochrome P450)
      - surveillance biologique stricte (transaminases, créatinine, CPK, NFS, plaquettes)
      - Contre-indiquée en cas d'insuffisance rénale sévère
  - Association à une **protection gastrique**
  - **Pas de corticoïdes en première intention**
  - Evolution le plus souvent **favorable**
- 

## Savoir énumérer les principales complications d'une péricardite aiguë OIC-235-13-A

- **Myocardite = myo-péricardite :**
    - élévation de la troponine
    - diagnostic à l'IRM cardiaque (rehaussement sous épiqueur),
    - risque d'insuffisance cardiaque et de troubles du rythme ventriculaires
  - **Tamponnade**
  - **Récidive** (fréquente dans la péricardite aiguë virale bénigne)
  - Constriction péricardique = péricardite chronique calcifiante, évolution progressive vers l'insuffisance cardiaque droite, diagnostic au cathétérisme droit (dip plateau, égalisation des pressions diastoliques)
- 

## Savoir évoquer les principales étiologies devant une tamponnade OIC-235-14-B

- **Les causes les plus fréquentes de tamponnade sont :**
    - Purulente
    - Néoplasique
    - Tuberculeuse
    - Traumatique (car installation brutale)
  - **Cependant, une péricardite virale peut évoluer vers la tamponnade (diagnostic d'exclusion)**
- 

## Savoir faire le diagnostic d'une tamponnade OIC-235-15-A

- **Tamponnade = Adiastolie** : le ventricule droit +/- gauche n'arrive pas à se remplir du fait de la pression extérieure qui est exercée par l'épanchement
- **Etat de choc cardiogénique par compression des cavités cardiaques** (le plus souvent droite où la pression est la plus faible) par un épanchement péricardique **abondant** et/ou **d'installation brutale**
- **Signes cliniques** :
  - **Douleur** thoracique avec dyspnée positionnelle, polypnée puis orthopnée et toux, parfois dysphagie, nausée, hoquet,
  - **Signes d'insuffisance cardiaque droite aiguë : Turgescence jugulaire, Reflux hépato jugulaire**
  - **Signes de choc** : tachycardie et PAS<90mmHg, marbrures, extrémités froides
  - **Bruits du cœur assourdis**
  - **Pouls paradoxal** = Baisse de la PAS de 10 mmHg à l'inspiration
- **ECG: microvoltage**, parfois **alternance électrique** (car le cœur se balance dans le liquide abondant et donc change d'axe)
- **ETT**: confirme la **compression** des cavités droites, surtout en inspiration et aspect de « *swinging heart* », le **déplacement du septum est paradoxal en inspiration**
- **Urgence** car cause **d'arrêt cardio-circulatoire** (par dissociation électromécanique) en l'absence de traitement, sa confirmation échographique impose le drainage
- **Drainage en urgence par voie percutanée ou par voie chirurgicale. Remplissage et amines en attendant le drainage**