

# LA PERICARDITE AIGUË

M-R. BOUJNAH\*

C'est une affection dont le diagnostic positif est devenu aisé depuis l'avènement de l'échocardiographie. Son diagnostic étiologique reste difficile. Son évolution est souvent bénigne mais est marquée néanmoins par 2 risques majeurs : immédiat de tamponnade mettant en jeu le pronostic vital et à long terme par le risque de récurrence ou le passage à la chronicité.

## I – DEFINITION:

C'est une atteinte inflammatoire aiguë du péricarde. Elle est fréquente et s'observe à tout âge.

## II - ANATOMIE PATHOLOGIQUE:

Schématiquement on distingue :

### 1/ La péricardite sèche :

Les feuillets viscéraux ont un aspect congestif rugueux. A l'histologie, les lésions sont particulières à chaque étiologie.

### 2/ La péricardite avec épanchement :

Normalement, le péricarde contient 60 ml de liquide clair jaunâtre. Cet épanchement est plus ou moins abondant (300 ml à 2 litres). Il peut être citrin, hémorragique, séro-hématique, putride ou purulent. Il peut siéger dans la grande cavité comme il peut être cloisonné.

## III – PHYSIOPATHOLOGIE

Le retentissement de l'épanchement sur la fonction cardiaque dépend de son abondance mais surtout de la rapidité de sa formation et de la distensibilité du sac péricardique.

La compression sera responsable d'un tableau de tamponnade avec adiestolie : augmentation des pressions de remplissage des cavités cardiaques avec effondrement du débit cardiaque et collapsus tensionnel en aval et stase veineuse en amont.

---

\* M-R. BOUJNAH :

## IV – CLINIQUE :

**2 symptômes** dominent la symptomatologie fonctionnelle : **la dyspnée** permanente et habituellement modérée et la **douleur** souvent brutale, violente et de siège thoracique antérieur. Cette douleur est exagérée à l'inspiration, par la toux, lors du décubitus dorsal et la rotation du thorax. Elle est atténuée par le repos, la position assise penchée en avant . Elle est insensible à la Trinitrine et diminue par la prise d'aspirine.

La fièvre est de type variable. Elle précède ou est contemporaine de la douleur.

L'examen cardiaque recherche le signe pathognomonique de la maladie qui est le frottement péricardique : c'est un bruit superficiel, de timbre variable, le plus souvent rude, râpeux (craquement du cuir neuf) que doux (frottement du papier de soie). Il est localisé le plus souvent au bord gauche du sternum, il naît et meurt sur place et change d'une auscultation à l'autre. Il augmente à la position debout, thorax penché en avant et en expiration forcée. Il persiste en apnée et a habituellement 2 composantes systolique et diastolique réalisant un mouvement de va et vient.

Son absence ne permet pas d'éliminer le diagnostic.

### EXAMENS COMPLEMENTAIRES:

#### 1 - E.C.G :

- . Bas voltage de QRS
- . Altération de la repolarisation de façon diffuse et concordante

#### 2 - Radiographie du thorax :

L'augmentation de l'ombre cardiaque est typiquement globale et symétrique par rapport à la ligne médiane réalisant des images en théière ou en carafe . La radiographie du thorax peut être normale.

#### 3 - L'échocardiographie :

Elle permet d'affirmer l'épanchement, de localiser et d'apprécier son abondance, de dépister les signes de mauvaise tolérance hémodynamique, de guider une éventuelle ponction péricardique, de surveiller l'évolution de l'épanchement sous traitement et enfin de recueillir parfois quelques éléments d'orientation étiologique.

#### 4 - Le scanner thoracique :

Complémentaire de l'échocardiographie quand celle-ci est difficile ou impossible pour des raisons techniques (malade peu échogène).

#### 5 - L'imagerie par résonance magnétique :

Aurait surtout un intérêt dans les tumeurs du péricarde.

#### 6 - La biologie :

L'hyperleucocytose et l'augmentation de la VS sont pratiquement constantes. Les recherches se feront selon l'orientation étiologique.

## V – EVOLUTION :

### 1 / Eléments de surveillance

- Clinique : rythme cardiaque, TA, température, auscultation cardiaque et pulmonaire, recherche de signes de compression
- Radiologique
- Electrocardiographique : évolution habituelle selon les 4 stades de Holzar (sus-décalage vers le haut du segment ST, retour à la ligne isoélectrique, négativation de l'onde T puis retour à la normale)
- Echocardiographique

2 / Cette évolution est le plus souvent **favorable** en 2 à 4 semaines mais est fonction essentiellement de l'étiologie et du traitement.

3/ **Les rechutes** sont possibles dans les 6 à 12 mois. Quand elles sont très espacées, elles font figure de **récidive**.

4/ Passage à la **chronicité**

### 5/ **La tamponnade :**

Il s'agit de la compression aiguë du cœur par un épanchement d'accumulation brutale pouvant engager rapidement le pronostic vital.

Elle réalise un tableau d'adiastolie aiguë . A l'examen clinique, la TA est effondrée ou pincée avec son cortège de pâleur, d'angoisse, de tachycardie et d'oligurie. Les jugulaires sont turgescents. Il existe une hépatomégalie douloureuse avec reflux hépato-jugulaire. Cette tamponnade peut être inaugurale ou survenir quelques jours après la découverte de la maladie. La tamponnade constitue une véritable urgence circulatoire.

L'examen recherchera le pouls paradoxal de Kussmaul : chute de la pression systémique de plus de 10 mmHg à l'inspiration. La radiographie du thorax n'est d'aucune utilité.

**A l'ECG**, le signe le plus spécifique est l'alternance électrique : succession de complexes QRST alternativement amples et moins amples en certaines dérivations (V1-V2-V3).

La pression veineuse périphérique atteint ou dépasse 20 à 30 cm d'eau.

**A l'échocardiographie**, il existe :

- une compression des cavités droites
- des variations respiratoires importantes des dimensions ventriculaires avec à l'inspiration l'élargissement du ventricule droit du fait de l'augmentation

du retour veineux et de la diminution de la taille du ventricule gauche. En expiration, la taille du ventricule droit est réduite

- Hyperkinésie cardiaque : le cœur flottant dans le sac péricardique peu mobile est animé de mouvements de rotation autour du pédicule vasculaire réalisant l'aspect de cœur dansant (swinging heart).

Une fois le diagnostic de tamponnade établi, il est urgent d'évacuer le liquide soit par ponction péricardique, soit par drainage chirurgical par péricardiotomie réalisée par voie sous-xyphoïdienne. En attendant l'évacuation péricardique, il faut procéder à un remplissage vasculaire et utiliser des drogues inotropes positives

## VI - DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE :

### 1- La péricardite aiguë bénigne :

souvent précédée 1 à 3 semaines avant son début d'un épisode infectieux des voies aériennes supérieures, d'un état grippal. Le début est brutal, fébrile et très douloureux. L'évolution est en règle favorable. Ces péricardites aiguës bénignes peuvent être d'origine virale (coxsackie, virus de la grippe, Epstein-Baw). Le repos au lit à la phase aiguë, l'aspirine (2 à 3 g/24H) ou les anti-inflammatoires non stéroïdiens sont le plus souvent suffisants.

### 2- La péricardite aiguë rhumatismale :

L'évolution est souvent favorable. Le pronostic immédiat est fonction de l'état myocardique et tardif de l'atteinte valvulaire. Le traitement se base sur la corticothérapie

### 3- La péricardite aiguë tuberculeuse :

En Tunisie, son diagnostic doit être évoqué de principe. Lorsque celui-ci ne peut être affirmé, il faut recourir à la biopsie péri-cardique chirurgicale avec recherche de BK à l'examen direct et à la culture et à l'examen histologique du péricarde. Il existe fréquemment un passage à la chronicité.

### 4- La péricardite aiguë purulente :

Elle est à rechercher systématiquement dans un contexte de septicémie, de suppuration profonde ou de foyer septique pleuro-pulmonaire. Elle est responsable souvent de tamponnade et de constriction secondaire.

### 5- Autres étiologies :

- a) Les péricardites de l'infarctus du myocarde
  - . La péricardite précoce
  - . Le syndrome de Dressler : 2 à 4 semaines après l'infarctus
- b) Les péricardites après agression péricardique
  - . syndrome post péricardotomie
  - . Après traumatisme du thorax
- c) La péricardite aiguë néoplasique
- d) La péricardite des collagénoses

- . surtout le lupus érythémateux disséminé
  - . La sclérodermie
  - . rarement : la péri-artérite noueuse, la dermatomyosite,  
la polyarthrite rhumatoïde.
- e) La péricardite post radiothérapie
  - f) La péricardite aiguë de l'insuffisance rénale terminale ou sous hémodialyse
  - g) La péricardite des dysthyroïdies surtout dans le myxœdème qu'elle peut révéler
  - h) Les péricardites induites par les médicaments : la procainamide, l'hydralazine, l'isoniazide
  - i) Les péricardites fongiques : Candida Albicans
  - j) Les péricardites parasitaires : l'échinococcose, l'amibiase et les toxoplasmoses

## VII - DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :

**Devant une douleur thoracique**, éliminer les autres urgences Cardio-Vasculaires :

- 1- L'infarctus du myocarde
- 2- L'embolie pulmonaire
- 3- la dissection de l'aorte

**Devant un gros cœur radiologique**, éliminer une atteinte myocardique ou une valvulopathie évoluée.

## EN CONCLUSION :

La péricardite aiguë est une affection fréquente dont le diagnostic positif a largement bénéficié de l'échocardiographie. Son évolution vers la tamponnade en fait une pathologie potentiellement grave .