

Chapitre 24 Item 233 – UE 8 – Péricardite aiguë

- I. **Diagnostic d'une péricardite aiguë**
 - II. **Complications à court et long terme**
 - III. **Traitement**
-
-
-
-

Objectifs pédagogiques

Nationaux

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

CNEC

- Savoir reconnaître les symptômes d'un patient suspect de péricardite aiguë.
- Connaître les anomalies ECG présentes au cours d'une péricardite aiguë.
- Connaître les principales étiologies des péricardites aiguës et notamment le tableau de péricardite aiguë présumée virale.
- Connaître les principales complications des péricardites aiguës.
- Connaître les critères de prise en charge spécialisée et d'hospitalisation.
- Reconnaître une tamponnade et connaître les principes de sa prise en charge en urgence.
- Savoir traiter une péricardite aiguë non compliquée (sans les posologies).

Inflammation aiguë des feuillets péricardiques, la péricardite aiguë pose des problèmes de difficultés du diagnostic, expose au risque de tamponnade et pour certaines étiologies au risque d'évolution vers la constriction.

I Diagnostic d'une péricardite aiguë

Le diagnostic de péricardite aiguë est évoqué devant l'association d'une douleur thoracique évocatrice, d'un éventuel frottement péricardique, de modifications ECG typiques et d'un épanchement péricardique. La présence de deux de ces critères est nécessaire pour confirmer le diagnostic. La réalisation d'un ECG et d'une échocardiographie est donc systématique.

A Signes cliniques

- Fièvre modérée, présente d'emblée, associée à des myalgies, à une asthénie, souvent précédée d'un épisode grippal. La fièvre est moins fréquente chez le sujet âgé.
- Douleur thoracique, rétrosternale ou précordiale gauche, prolongée, *résistante à la trinitrine*, majorée en décubitus, à *l'inspiration profonde* et à la toux, *calmée par la position assise penchée en avant* (antéflexion).
- Dyspnée parfois associée – également soulagée par la position assise penchée en avant – ou toux sèche, dysphonie et hoquet également possibles.
- Frottement péricardique précoce, systolodiastolique, variant dans le temps et les positions, (crissement de cuir neuf, froissement de soie, bruit de pas dans la neige fraîche...), confirme le diagnostic mais inconstant et fugace. Il s'accompagne souvent d'une tachycardie. Son absence n'élimine pas le diagnostic.
- Épanchement pleural parfois présent.

B Examens complémentaires

1 ECG

À répéter, peut être normal.

Anomalies diffuses non systématisées sans image en miroir évoluant en quatre stades :

- stade I : sus-décalage ST concave vers le haut, ondes T positives le premier jour ;
- stade II : ondes T plates entre la 24^e et la 48^e heure ;
- stade III : ondes T négatives la première semaine ;
- stade IV : normalisation au cours du premier mois.

Les autres signes sont :

- *sous-décalage de PQ présent à la phase initiale* ;
- tachycardie sinusale fréquente, parfois extrasystole atriale, fibrillation atriale, flutter atrial ;
- microvoltage si épanchement abondant (amplitude QRS < 5 mm et < 10 mm respectivement dans les dérivations périphériques et précordiales).

2 Bilan biologique initial

Le bilan biologique initial doit être limité en l'absence d'orientation clinique, de signes de gravité ou de récédive :

- marqueurs inflammatoires : NFS, VS, CRP ;
- marqueurs de la nécrose : troponines I ou T, troponines ultrasensibles ou CPK-MB, leur augmentation significative, éventuellement coexistant avec un trouble de cinétique ventriculaire gauche global ou segmentaire, oriente vers une myocardite associée ;
- ionogramme sanguin, urée, créatinine ;
- hémocultures si fièvre, discuter IDR.

3 Radiographie thoracique

- Normale le plus souvent.
- Rectitude du bord gauche ou cardiomégalie avec cœur triangulaire en carafe si épanchement abondant.
- Aide au diagnostic étiologique, notamment en cas de pathologie pulmonaire associée ou d'épanchement pleural.

4 Échocardiographie

Parfois normale (péricardite « sèche »).

Épanchement péricardique : sur l'existence d'un simple décollement des deux feuillets péricardiques ou d'un épanchement péricardique qui apparaît sous la forme d'un espace clair vide d'écho ([fig. 24.1](#) et [fig. 24.2](#)). L'échocardiographie apprécie l'abondance, la topographie et la tolérance hémodynamique de l'épanchement péricardique et confirme le diagnostic d'une éventuelle tamponnade.

__Fig. 24.2

Épanchement péricardique circonférentiel abondant.

__Fig. 24.1

Échographie d'un épanchement péricardique de moyenne abondance.

Masse péricardique : l'échocardiographie permet de visualiser une éventuelle masse localisée dans la cavité péricardique, métastases ou caillots dans le cadre d'une péricardite néoplasique. Des bandes de fibrine aboutissant à un épanchement péricardique cloisonné sont facilement identifiées par l'échographie.

5 Autres examens complémentaires parfois utiles en seconde intention

Le scanner thoracique et l'IRM cardiaque sont parfois utiles en deuxième intention lorsque le patient n'est pas échogène ou en présence d'une péricardite néoplasique ou d'un épanchement péricardique cloisonné. L'IRM a l'avantage de visualiser la cavité péricardique sans injection de produit de contraste ni irradiation.

La ponction péricardique est à envisager en cas de tamponnade, de forte suspicion de péricardite néoplasique, et en présence d'un épanchement péricardique abondant, symptomatique, malgré un traitement médical bien conduit depuis une semaine.

Les analyses réalisées sur les prélèvements du liquide péricardique sont :

- glucose, protides, lactate déshydrogénase ;
- cytologie et analyse microscopique (colorations de Gram et de Ziehl-Nielsen) ;
- mise en culture bactérienne ;
- techniques de PCR (recherche virale et tuberculose).

Un drainage péricardique chirurgical est à privilégier en cas de suspicion de péricardite aiguë purulente. Le liquide péricardique est recueilli pour analyse cytologique et microbiologique.

6 Faut-il hospitaliser le patient ?

Une fois le diagnostic établi, l'hospitalisation ne doit pas être systématique. Elle est utile pour réaliser l'enquête étiologique, dépister une éventuelle complication et débiter le traitement.

- Hospitalisation en cas de tableau clinique orientant vers une étiologie.

- Hospitalisation en cas de facteurs prédictifs d'une origine non idiopathique ou de risque de complications :
 - fièvre supérieure à 38 °C ;
 - symptômes présents depuis plusieurs jours ou semaines ;
 - épanchement péricardique abondant (> 20 mm) ou tamponnade ;
 - résistance au traitement anti-inflammatoire (aspirine ou AINS) prescrit depuis 7 jours ;
 - patient immunodéprimé ;
 - patient sous AVK ;
 - après un traumatisme thoracique ;
 - présence d'une myocardite associée.

C Étiologies

Dans neuf cas sur dix, la cause est virale ou inconnue (péricardite aiguë idiopathique).

1 Péricardite aiguë virale

Étiologie la plus fréquente, mais rarement prouvée, liée à l'infection virale et à la réaction immune associée.

Le tableau clinique typique est :

- sujet jeune, syndrome grippal récent, prédominance masculine ;
- début brutal, fébrile ;
- douleur thoracique typique augmentant à l'inspiration, frottement péricardique ;
- modifications ECG typiques ;
- échocardiographie normale le plus souvent ;
- épanchement pleural souvent associé.

Les virus en cause sont nombreux : entérovirus (coxsackies A et B), échovirus, adénovirus, cytomégalovirus, parvovirus B19, Epstein-Barr, herpès, VIH, hépatite C, influenza...

Les sérologies répétées à 15 jours d'intervalle peuvent mettre en évidence une élévation des anticorps spécifiques, orientant vers le diagnostic de péricardite virale, mais seul le diagnostic viral (techniques de PCR à partir de l'épanchement péricardique ou d'une biopsie du péricarde) confirme le diagnostic. **Il est cependant inutile dans les formes typiques sans gravité.**

L'évolution est le plus souvent favorable. Le taux de récurrence est cependant important allant de 30 à 50 % et représente la complication la plus fréquente. La survenue d'une tamponnade ou l'évolution vers une constriction péricardique reste rare. Dans certaines formes de péricardite chronique récidivante, après diagnostic viral, la prescription de traitements spécifiques (immunoglobulines, interféron α) est discutée.

Au cours de l'infection VIH, la survenue d'une péricardite avec épanchement péricardique est fréquente. Les mécanismes sont multiples ; la péricardite peut être liée à :

- l'infection virale par le VIH ou d'autres virus ;
- une surinfection bactérienne ou fongique chez un patient immunodéprimé ;
- la présence d'un lymphome ou d'un sarcome de Kaposi.

2 Péricardite purulente

Elle est rare mais grave.

Les germes sont : staphylocoques, pneumocoques, streptocoques, bacilles Gram négatif...

Ces péricardites, en nette diminution, touchent essentiellement les sujets immunodéprimés ou porteurs d'infection sévère (septicémie, affection pleuropulmonaire, après chirurgie cardiaque ou thoracique).

Le pronostic est sévère avec survenue fréquente d'une tamponnade ou évolution vers la constriction péricardique.

Le traitement repose sur une antibiothérapie adaptée au germe retrouvé dans le liquide péricardique (ponction péricardique). Le drainage chirurgical est souvent nécessaire.

3 Péricardite tuberculeuse

Il s'agit d'une péricardite subaiguë liquidienne avec altération de l'état général et fièvre modérée persistante, le plus souvent chez :

- un sujet tuberculeux, âgé ou greffé ;
- un patient infecté par le VIH ;
- un patient alcoolique.

Une notion de tuberculose est retrouvée dans l'entourage ou un virage récent de l'IDR est observé (faussement négatif dans près d'un tiers des cas).

Les anomalies pulmonaires radiologiques sont fréquentes.

Recherche du BK (*Mycobacterium tuberculosis*), techniques de PCR (expectoration, liquide pleural et péricardique, tubages gastriques), fortes concentrations d'adénosine déaminase dans le liquide de ponction péricardique. Parfois, une ponction biopsie du péricarde met en évidence un granulome inflammatoire.

L'évolution est fréquente vers une tamponnade, une récurrence ou une constriction péricardique.

Le traitement repose sur le traitement antituberculeux associé pour certains aux corticoïdes (prednisone) afin de diminuer le risque d'évolution vers une constriction péricardique.

4 Péricardite néoplasique

Les tumeurs primitives du péricarde (mésothéliome péricardique primitif) sont rares, 40 fois moins fréquentes que les métastases.

Les tumeurs secondaires les plus fréquentes sont : cancer bronchique, cancer du sein, mélanomes, leucémies, lymphomes, sarcome de Kaposi (SIDA).

L'épanchement péricardique hémorragique est fréquent, de même que la survenue d'une tamponnade.

Le diagnostic est confirmé par l'échocardiographie, parfois complétée par un scanner ou une IRM cardiaque.

L'analyse du liquide de ponction péricardique ou la réalisation d'une biopsie péricardique sont essentielles au diagnostic de malignité.

En cas de tamponnade, la ponction péricardique en urgence s'impose.

La récurrence de l'épanchement péricardique est fréquente et impose un suivi clinique et échocardiographique.

5 Péricardite au cours des maladies systémiques auto-immunes

Les étiologies les plus fréquentes sont : lupus, polyarthrite rhumatoïde, sclérodermie, périartérite noueuse, dermatomyosite.

Les péricardites auto-immunes sont également fréquentes, mais restent un diagnostic d'élimination. Les critères diagnostiques à retenir sont : augmentation des lymphocytes, présence d'anticorps antisarcolemme dans le liquide péricardique, myocardite associée.

6 Péricardite et infarctus du myocarde

La péricardite précoce (J3–J5) est d'évolution le plus souvent favorable, elle survient au décours d'un infarctus transmural.

La péricardite tardive (2–16^e semaine) correspond au syndrome de Dressler, elle associe fièvre, péricardite, pleurésie, arthralgies, altération de l'état général, syndrome inflammatoire important,

allongement de l'espace QT à l'ECG. Ce syndrome est devenu rare depuis la reperfusion coronaire précoce.

7 Péricardite et insuffisance rénale chronique

Il faut distinguer la péricardite urémique survenant chez des insuffisants rénaux sévères non encore dialysés ou dans les premières semaines suivant la mise en route de la dialyse et la péricardite chez le patient dialysé au long cours, témoignant le plus souvent d'un traitement épurateur inadapté.

8 Syndrome post-péricardotomie

Le syndrome postpéricardotomie, d'origine inflammatoire, survient dans les jours ou mois suivant une chirurgie cardiaque ou après transplantation cardiaque.

La survenue d'une tamponnade est possible, et la chirurgie cardiaque représente actuellement la première cause de constriction péricardique.

En postopératoire, il peut aussi s'agir d'un hémopéricarde (épanchements précoces).

9 Autres causes

- Dissection aortique avec tamponnade.
- Irradiation thoracique (radiothérapie pour lymphome ou cancer du sein...), en général un an après.
- Traumatismes thoraciques ou cardiaques. Hémopéricarde, au cours des cathétérismes, notamment après ablation d'une arythmie par radiofréquence, après pose d'un stimulateur cardiaque ou en postopératoire immédiat (causes relativement fréquentes).
- Certains médicaments (hydralazine, pénicilline).
- Hypothyroïdie.
- Rhumatisme articulaire aigu.

II Complications à court et long terme

La péricardite aiguë est le plus souvent d'évolution simple sans complications. Cependant, certaines complications potentiellement graves sont à connaître et nécessitent une prise en charge urgente.

A Tamponnade

Définition : compression des cavités droites par un épanchement péricardique abondant et/ou d'installation brutale, c'est une urgence et une cause d'arrêt cardiocirculatoire par adiestolie en l'absence de traitement, sa confirmation échographique impose le drainage.

Contexte : péricardites néoplasiques, traumatiques, tuberculeuses, hémopéricardes (notamment post-opératoire), exceptionnellement péricardite aiguë virale.

Signes cliniques :

- douleur thoracique avec dyspnée positionnelle, polypnée puis orthopnée et toux, parfois dysphagie, nausée, hoquet ;
- signes droits : turgescence jugulaire, reflux hépatojugulaire... ;
- signes de choc avec tachycardie et PAS < 90 mmHg ;
- bruits du cœur assourdis ;
- pouls paradoxal : l'inspiration entraîne une augmentation du retour veineux provoquant une dilatation du ventricule droit qui comprime le gauche et aboutit à une baisse de la PAS : PAS inspiration < PAS expiration – 10 mmHg.

Examens complémentaires :

- ECG : microvoltage, parfois alternance électrique (complexes QRS successifs de hauteur différente) ;
- radiographie thoracique : cardiomégalie avec, lorsque l'épanchement péricardique est abondant, un aspect en « carafe » ;

- échocardiographie confirmant le diagnostic de tamponnade avec collapsus diastolique des cavités droites en expiration et compression du ventricule gauche par le droit en inspiration, aspect dit de « *swinging heart* » ou balancement du cœur dans la cavité péricardique ; le déplacement du septum est paradoxal en inspiration, l'épanchement est

souvent abondant (vidéo 24.1 )

B Myocardite

- Tableau d'insuffisance cardiaque fébrile, parfois d'état de choc (on parle de myocardite fulminante). Souvent, il ne s'agit que d'une augmentation de la troponine sans dysfonction cardiaque et sans signes cliniques de défaillance cardiaque.
- Souvent de cause inconnue ou virale.
- Intérêt de l'échocardiographie et surtout de l'IRM.

C Péricardite récidivante

- Survient souvent suite à une durée de traitement insuffisante.
- Complication fréquente entre trois mois et trois ans après une péricardite aiguë d'allure virale.
- La colchicine semble en prévenir la survenue.

D Péricardite chronique (> 3 mois)

- Pose le problème de son étiologie surtout en l'absence de contexte évocateur de péricardite aiguë virale.
- Peut nécessiter une péricardoscopie par fibres optiques avec prélèvement biopsique dirigé.

- Fait suspecter une péricardite tuberculeuse mais, en pratique, les causes néoplasiques sont celles les plus fréquemment retrouvées.

E Péricardite chronique constrictive

- Évolution vers une constriction modérée dans moins de 10 % des cas.
- Liée à un épaissement fibreux du péricarde ou fibrocalcaire (calcifications péricardiques parfois visibles sur la radiographie de thorax mais surtout visibles au scanner).
- Donne un tableau d'adiastolie avec égalisation des pressions télédiastoliques des quatre cavités cardiaques.
- Tableau clinique d'insuffisance cardiaque droite (souvent prédominante +++ avec turgescence jugulaire et ascite), et gauche.
- Diagnostic échographique parfois confirmé par les données du cathétérisme droit (aspect en « dip plateau »), diagnostic différentiel avec les myocardiopathies restrictives.
- Traitement parfois chirurgical : péricardectomie.

III Traitement

A Péricardite aiguë bénigne

- Hospitalisation (en cas de signes de gravité).
- Repos.
- Traitement de la douleur thoracique.
- Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) surtout ibuprofène 300–800 mg toutes les 6–8 heures ou aspirine 300–600 mg toutes les 4–6 heures.
- Protection gastrique.

- Colchicine (0,5 mg × 2) seule ou en association à l'ibuprofène, calme la douleur et diminue les récives. De nombreuses interactions médicamenteuses potentiellement graves sont à prendre en compte (*via* le cytochrome P450, macrolides, ciclosporine, vérapamil, statines). Une surveillance biologique stricte est à prévoir dans ces situations : transaminases, créatinine, CPK, NFS, plaquettes. Les doses de colchicine sont diminuées de moitié (0,5 mg/j) chez les patients de moins de 70 kg, âgés de plus de 70 ans, et en cas d'insuffisance rénale (clairance > 35 mL/min). La colchicine est contre-indiquée en cas d'insuffisance rénale sévère.
- L'arrêt du traitement AINS ou aspirine se fait progressivement au bout d'un mois, de préférence après réalisation d'une échocardiographie qui s'assure de l'absence d'épanchement péricardique.
- Les corticoïdes ne sont pas indiqués dans la péricardite aiguë bénigne en raison du risque théorique de répllication virale.

B Tamponnade

- Traitement : urgence médicochirurgicale avec hospitalisation en soins intensifs de cardiologie.
- Remplissage par macromolécules.
- Discuter l'arrêt des traitements anticoagulants ou leur neutralisation.
- Ponction péricardique guidée par l'échocardiographie ou drainage péricardique chirurgical.

- Tableau typique de péricardite aiguë : douleur thoracique résistante à la trinitrine, majorée à l'inspiration profonde, calmée par la position assise penchée en avant, avec fièvre modérée, souvent précédée d'un épisode grippal et frottement péricardique.
- ECG à répéter :
 - anomalies diffuses non systématisées sans image en miroir ;
 - évoluant en quatre stades :
 - stade I : sus-décalage ST concave vers le haut, ondes T positives le premier jour, sous-décalage du segment PQ,
 - stade II : ondes T plates entre la 24^e et la 48^e heure,
 - stade III : ondes T négatives la première semaine,
 - stade IV : normalisation au cours du premier mois.
- Biologie qui montre un syndrome inflammatoire, doser les marqueurs de nécrose : troponine I ou T ou troponine ultrasensible ou CPK-MB.
- Étiologies dominées par la péricardite aiguë virale de bon pronostic (dans neuf cas sur dix, la cause est virale ou inconnue), les péricardites néoplasiques, la péricardite tuberculeuse est en régression, les autres péricardites bactériennes, du VIH ou les formes auto-immunes sont plus rares. Ne pas oublier les deux formes de péricardite au cours de l'infarctus du myocarde (précoce et tardive).
- L'échocardiographie recherche un décollement des deux feuillets péricardiques ou un épanchement péricardique et apprécie l'abondance, la topographie et la tolérance hémodynamique (tamponnade).

- Traitement : hospitalisation dans les formes à risque, repos, AINS surtout ibuprofène ou aspirine. La colchicine seule ou en association à l'ibuprofène calme plus rapidement la douleur et diminue les récives de péricardite.
 - Les complications possibles : épanchement péricardique abondant, tamponnade, péricardite récidivante, péricardite chronique, péricardite chronique constrictive.
 - La tamponnade est une urgence médicochirurgicale (tableau de collapsus avec pouls paradoxal) et nécessite une hospitalisation en soins intensifs et la réalisation d'une ponction péricardique guidée par échocardiographie ou d'un drainage chirurgical.
 - Suivi clinique systématique avec échocardiographie de contrôle à un mois avant arrêt du traitement anti-inflammatoire.
-

Compléments en ligne

Vous pouvez accéder aux compléments numériques de ce chapitre en vous connectant

sur <http://www.em-consulte.com/e-complement/471550> et suivre les instructions.

Pour en savoir plus

Société française de cardiologie. In : Cardiologie et maladies vasculaires. Paris : Elsevier Masson : 2007. P. 815-47 chap. 10, maladie du péricarde.

Vidéo 24.1 Épanchement péricardique abondant avec balancement du cœur et compression des

cavités droites.

