

LES PERICARDITES AIGÜES

I- DEFINITION :

La péricardite aiguë est l'inflammation aiguë du péricarde, qu'elle s'accompagne ou non d'un épanchement.

Elle pose 3 problèmes: D'abord savoir la reconnaître, puis apprécier le pronostic immédiat qui est lié à la rapidité de constriction de l'épanchement plus qu'à son volume et enfin retrouver son étiologie dont dépend le traitement et le pronostic ultérieur.

II- SEMILOGIE CLINIQUE :

A- Signes fonctionnels : En dehors des cas révélés par une tamponnade, et nécessitant un geste chirurgical, on peut noter:

☞ La **douleur**, signe essentiel, elle est souvent médio-sternale, à type de simple gêne thoracique antérieure ou parfois pseudo-angineuse restro sternale, constrictive et irradiant vers le cou et les bras. Son caractère fondamental est d'être augmentée par la toux, les changements de position et surtout l'inspiration profonde qu'elle bloque.

☞ La **dyspnée** modérée, accentuée par le décubitus et soulagée par la position penchée en avant.

☞ Plus rarement, on retrouve des **signes de souffrance médiastinale**, *hoquet*, *dysphagie* et *dysphonie*.

La péricardite peut être latente de découverte fortuite à l'examen.

B- Signes généraux : Fièvre variable selon l'étiologie.

C- Signes physiques :

① Les **frottements péricardiques** : Leur présence affirme le diagnostic mais leur absence ne l'exclut pas. Il s'agit d'un bruit sec, superficiel de cuir neuf, sans irradiation, persistant en apnée, fugace et variable d'un examen à un autre.

② *Choc de pointe diminué.*

③ *Bruits du cœur assourdis*

④ **Tachycardie** fréquente.

⑤ Le reste de l'examen recherche une atteinte cardiaque associée et apprécie le retentissement circulatoire.

III- EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

A- Le téléthorax de face :

☞ Ombre cardiaque globalement augmentée et élargie transversalement.

☞ Rectitude du bord gauche.

☞ Effacement des angles cardio-phréniques.

☞ Aspect en carafe.

B- L'ECG :

☞ Les troubles de la repolarisation sont essentiels, souvent retardés et d'évolution évocatrice.

- Pas de signe de miroir ni de signes de nécrose.

- 4 stades d'*Holzman* avec au Stade 1, sus-décalage de ST. Au Stade 2, ST isoélectrique et T aplatie. Au stade 3, T inversée et au Stade 4, retour à la normale

☞ Autres anomalies:

- Sous-décalage de PQ.

- Bas voltage de QRS.

- Troubles du rythme à l'étage auriculaire à type de ESA et FA.

C- L'échocardiographie : C'est un examen essentiel qui peut montrer un décollement postérieur (parfois antérieur et postérieur en cas d'épanchement abondant.)

IV- FORMES CLINIQUES :

A. Les formes latentes.

B. La tamponnade : Où il faut distinguer:

① L'adiastolie aiguë : C'est une urgence associant:

☞ Un **collapsus cardio-vasculaire** avec **tachycardie**, **dyspnée** et **cyanose**.

☞ Une **turgescence des jugulaires**.

☞ Un **thorax douloureux**.

☞ Une **PVC élevée**.

☞ Un **pouls paradoxal de Kussmaul**.

Elle impose la ponction péricardique d'urgence à visée décompressive.

② La compression subaiguë : C'est un tableau d'insuffisance ventriculaire droite avec:

☞ Une **hépatomégalie** douloureuse.

☞ Un **reflux hépato-jugulaire**.

☞ **Oedèmes** des membres inférieurs.

☞ **Dyspnée**.

☞ **Cardiomégalie**.

La ponction péricardique s'impose là aussi.

V- DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :

A. La douleur est à distinguer de celle :

➔ De l'IDM et du syndrome de menace.

➔ De l'embolie pulmonaire.

➔ De la dissection aortique.

➔ Des pleurésies et pneumopathies.

➔ Des urgences abdominales.

➔ Des névralgies inter-costales.

- B. Le frottement est à distinguer:
- ➔ Des frottements pleuraux qui disparaissent en apnée.
 - ➔ Des souffles. ➔ Des galops.
- C. La cardiomégalie doit éliminer toutes les cardiopathies non obstructives primitives ou secondaires.

VI- DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE :

De lui découle le traitement et le pronostic ultérieur.

- A. Les péricardites aiguës bénignes : Elles sont les plus fréquentes, touchent le plus souvent les sujets jeunes après un épisode grippal. Elle est à début brutal.
- ① Les signes cliniques :
 - Douleur intense.
 - Fièvre élevée.
 - Frottement souvent associé à un épanchement pleural.
 - ② L'ECG : Il est caractéristique.
 - ③ La radiologie : Montre un cœur peu ou pas augmenté de volume.
 - ④ La biologie : Montre une VS élevée.
 - ➔ L'évolution est favorable, sans séquelles mais avec risque de rechute.
 - ➔ Le traitement repose sur le repos et la prise d'Aspirine, 3 g/j.
- B. Les péricardites aiguës tuberculeuses : Les arguments en sa faveur sont:
- ① Les circonstances de survenue:
 - BCG négatif.
 - Notion de contagie.
 - Phase prodromique avec asthénie, anorexie, amaigrissement, fièvre et sueurs nocturnes.
 - IDR positive.
 - ② La radiographie du thorax montre une image ganglio-pulmonaire, miliaire ou infiltrat.
 - ③ Examen direct à la recherche des BK après culture sur différents liquides.
- C. Les péricardites rhumatismales : Elle est rarement isolée.
- D. Les péricardites d'autres causes :
1. Les collagénoses : Surtout le Lupus Erythémateux disséminé mais aussi la sclérodermie et la panartérite noueuse.
 2. Les péricardites purulentes : Elles sont très graves. Leur diagnostic est difficile car elles sont latentes noyées dans un tableau de suppuration profonde. Elles sont secondaires à une septicémie ou à une infection du voisinage. Imposent les hémocultures et la ponction péricardique qui montre un liquide puriforme. Leur traitement associe une antibiothérapie précoce, massive et adaptée avec un drainage chirurgical.
 3. Les péricardites de l'IDM : Soit précoces diagnostiquées par l'échocardiogramme avec arrêt des anticoagulants soit tardives révélées par le syndrome de Dressler.
 4. Les péricardites post-commissurotomie et post-péricardectomie.
 5. Les péricardites néoplasiques : Soit par envahissement du voisinage, soit par métastase soit par sarcome.
 6. Les péricardites post-radiothérapiques :
 7. Les péricardites urémiques : Retrouvées à un stade avancé de l'insuffisance rénale chez les hémodyalysés.
 8. Les péricardites de l'hypothyroïdie :
 9. Les péricardites du système hématopoïétique.
 10. Les péricardites septiques (parasitoses, mycoses, à corps étrangers.) Associées à des pancréatites.