

Mise à jour péricardite à partir des recommandations ESC 2004 par François Boustani

On distingue 5 formes de péricardite :

1. **Péricardite aiguë** : qui peut être sèche, fibrineuse, ou avec épanchement.
2. **Péricardite chronique** qui dure au-delà de 3 mois.
3. **Péricardite récidivante** : avec deux formes
 - a. **Intermittente** : les épisodes de péricardite sont séparés par un intervalle sans symptômes entre les traitements.
 - b. **Incessante** : récurrence des péricardites dès l'arrêt du traitement.
4. **Epanchement péricardique** avec ou sans tamponnade cardiaque : dans ce cas découverte d'un épanchement péricardique, mais sans les signes cliniques et électriques de péricardite.
5. **Péricardite constrictive**.

Diagnostic :

Douleur thoracique : qui doit comporter certaines caractéristiques la distinguant d'une douleur pariétale. A savoir :

1. Une installation brutale.
2. D'allure pleurétique majorée par la respiration et la position allongée et améliorée par la position debout ou assise ou penchée en avant.
3. Irradiation dans les muscles trapèzes car innervation par les nerfs phréniques.
4. Insensible à la TNT.

Frottement péricardique : à rechercher en fin d'expiration chez un patient penché en avant. Il est rare mais sa présence est pathognomonique de cette affection.

L'ECG : les modifications électriques sont précieuses pour le diagnostic. Elles évoluent en quatre temps :

1. **phase I** : surélévation du ST avec ondes T pointues et/ou un segment PR sous décalé de distribution diffuse dans toutes les dérivations ;
2. **phase II** : retour à la norme en quelques jours ;
3. **phase III** : inversion des ondes T ;
4. **phase IV** : normalisation de l'ECG.

Epanchement péricardique constaté à l'échodoppler cardiaque qui est la technique la mieux adaptée en pratique car fiable et la plus accessible. La déformation des

Mise à jour péricardite à partir des recommandations ESC 2004 par François Boustani

contours de la silhouette cardiaque n'est visible qu'à partir de 250ml à la radio pulmonaire. L'IRM est plus précise que les ultrasons mais moins accessible que ces derniers et le scanner est irradiant. L'IRM trouve sa place en cas de bilan initial peu concluant, car elle permet une meilleure visualisation de l'épanchement et de l'inflammation de l'épicarde.

Pour retenir le diagnostic de péricardite aiguë, il faut exiger la présence d'au moins deux des quatre critères détaillés ci-dessous :

- Douleur thoracique typique ;
- Frottement péricardique ;
- Modification suggestive de l'ECG ;
- Epanchement péricardique nouveau ou en aggravation.

Les péricardites aiguës s'accompagnent d'un syndrome inflammatoire avec curieusement une élévation plus importante de la VS que de la CRP, alors qu'habituellement, dans l'inflammation, celle-ci est plus sensible. Une fièvre peut être présente notamment dans les péricardites infectieuses.

Critères de gravité devant conduire à une hospitalisation :

1. **Une fièvre > 38° C**
2. **Une installation subaiguë**
3. **Un épanchement péricardique important**
4. **Une tamponnade**
5. **L'absence de réponse à l'aspirine ou aux AINS après au moins une semaine de traitement**
6. **Myopéricardite** : d'où la nécessité de faire toujours un dosage de la troponine pour ne pas méconnaître une myocardite associée à la péricardite. Cette atteinte du myocarde peut être suspecté en cas d'apparition d'une atteinte de la fonction VG à l'écho et confirmée par l'IRM qui est l'examen maître dans cette indication.
7. **Un état d'immunosuppression**
8. **Un traumatisme**
9. **Patient sous traitement anticoagulant oral.**

Mise à jour péricardite à partir des recommandations ESC 2004 par François Boustani

En cas de myopéricardite : interdire les efforts physiques pendant 6 semaines car il existe un risque de troubles de rythme. Faire un contrôle échographique à un, six et douze mois chez les patients ayant une dysfonction systolique.

Le traitement de la péricardite aiguë selon recommandations ESC 2004 :

l'aspirine est proposée en première intention et l'ibuprofène est préféré aux autres AINS. Les corticoïdes favorisent les récurrences probablement car elles favorisent la réplication virale. Elles ne se conçoivent qu'en seconde intention en cas de contre-indication à l'utilisation de l'aspirine ou des AINS et dans les péricardites survenant dans un contexte de maladie auto-immunes ou de collagénoses ou une étiologie urémiques. La colchicine n'est proposée que comme adjuvant et donc toujours en association avec l'aspirine ou l'AINS ou les corticoïdes. Depuis les recommandations ESC 2004, la colchicine a acquis ses galons de noblesse grâce à l'étude COPE (aspirine+colchicine versus aspirine seule) qui a montré une réduction des symptômes en 72h et surtout une réduction des récurrences, sans effets secondaires significatifs. Le protocole utilisé dans cette étude était un peu différent de celui préconisé par l'ESC avec une dose de charge de 2 mg le premier jour, suivi d'une dose quotidienne de 0.5 mg 2 fois /jour chez les sujets de plus de 70kg et de 0.5 mg /jour chez les sujets de moins de 70kg. Des études sont actuellement en cours pour évaluer la place de la colchicine comme traitement adjuvant de la péricardite aiguë.

AINS :

- **Aspirine** 750-1000 mg, 3 fois /jour pendant 1 à 2 semaines
- **Ou Ibuprofène** : 600 mg 3 fois/jour pendant 1 à 2 semaines ; on peut aller jusqu'à une dose de 1600 à 3200 mg/jour.
- **Ou Indométacine** 50 mg 3 fois/jour pendant 1 à 2 semaines

Corticoïdes : prednisone 0.2 à 0.5 mg/kg/jour pendant 2 semaines

Colchicine : 0.5 mg deux fois /jour pendant 3 mois.

La durée de la période initiale proposée correspond à la durée minima. En fait, cette durée serait fonction de l'évolution clinique et de la normalisation des indicateurs de l'inflammation (VS et CRP). Après cette période initiale la réduction des doses se fait de façon dégressive.

La péricardite récidivante survient dans 15 à 30%, habituellement entre 18 et 20 mois après l'épisode aigu. Une origine auto-immune est probable.

Le traitement est identique à l'épisode aigu (aspirine ou AINS) mais pour une durée plus longue soit 3 à 4 semaines. La colchicine sera obligatoirement associée pour une durée de 6 à 12 mois. Sa prescription se fait selon le protocole suivant: 2 mg pendant un à deux jours, puis 1mg par jour (réduction des doses de moitié pour les patients de moins de 70kg). Les corticoïdes sont proposés par les recommandations

Mise à jour péricardite à partir des recommandations ESC 2004 par François Boustani

ESC 2004 : prednisone 1-1.5 mg/kg, mais la corticothérapie est associée à un risque de récurrence plus élevé.

En cas d'échec, il faut envisager de rajouter de l'azathioprine (75-100 mg/jour) ou du cyclophosphamide.

Attention : penser à la prescription d'une protection gastrique par un IPP et à expliquer au patient l'importance du repos.