

ABSTRACT – CARDIOMYOPATHIE RESTRICTIVE ET PERICARDITE CONSTRICTIVE DEMARCHE DIAGNOSTIQUE

(Dr JM PORTE - Beyrouth - décembre 2003)

Les cardiomyopathies restrictives (CR) et les péricardites constrictives (PC) sont caractérisées par un profil clinique et hémodynamique commun d'adiastolie, entraînant régulièrement des difficultés de diagnostic différentiel.

Cliniquement, la symptomatologie fonctionnelle est aspécifique (dyspnée, asthénie, hépatalgies) de même que l'examen physique qui montre un tableau d'insuffisance cardiaque globale à prédominance droite.

Sur le plan échocardiographique, typiquement la fonction VG systolique est préservée, les oreillettes sont dilatées, la veine cave inférieure et les veines sus hépatiques (VSH) sont dilatées, il existe des signes Doppler d'élévation des pressions de remplissage avec un flux trans-mitral restrictif et un temps de relaxation isovolumétrique court, les flux d'insuffisance pulmonaire et des VSH sont suggestifs.

Sur le plan hémodynamique, il existe une élévation avec tendance à l'égalisation des pressions de remplissage des 4 cavités cardiaques et un aspect particulier des courbes de pressions (dip-plateau VD et VG, aspect en W de la courbe OD).

Or, le traitement est tout à fait différent, purement médical dans les CR et à l'inverse essentiellement chirurgical dans les PC.

Certains éléments permettent cependant d'orienter le diagnostic :

- cliniques : antécédents de tuberculose, ou d'irradiation thoracique, ou de chirurgie cardiaque, en faveur d'une PC ; signes systémiques, épisodes d'OAP, en faveur d'une CR ...
- échocardiographiques : épaissement – calcifications du péricarde ; aspect du myocarde ; étude des variations respiratoires des flux Doppler trans-mitral et trans-tricuspidien (+++), très marquées dans les PC ; DTI ($Ea < 8$ cm/s et $Ea/Em < 0,11$ sont en faveur d'une CR).
- scannographiques : épaissement – calcifications du péricarde ; épaissement – infiltration du myocarde.
- hémodynamiques : $PTDVG > PTDVD$ d'au moins 5 mm Hg, dip-plateau moins marqué, indice de Yu $< 1/3$, PAPs > 50 mm Hg, sont plutôt en faveur d'une cardiomyopathie restrictive, l'inverse étant au contraire en faveur d'une péricardite constrictive.

L'utilisation rigoureuse de ces différents critères sémiologiques et leur confrontation permet le plus souvent de faire le diagnostic différentiel. Cependant, il est encore des situations cliniques difficiles, notamment en cas d'intrication entre une cardiopathie et une constriction péricardique, et dans toutes les situations qui rendent difficile l'analyse des variations respiratoires des flux Doppler (fibrillation auriculaire rapide, BPCO, obésité sévère).

ABSTRACT – CARDIOMYOPATHIE RESTRICTIVE ET PERICARDITE CONSTRICTIVE DEMARCHE DIAGNOSTIQUE

(Dr JM PORTE - Beyrouth - décembre 2003)

Les cardiomyopathies restrictives (CR) et les péricardites constrictives (PC) sont caractérisées par un profil clinique et hémodynamique commun d'adiastolie, entraînant régulièrement des difficultés de diagnostic différentiel.

Cliniquement, la symptomatologie fonctionnelle est aspécifique (dyspnée, asthénie, hépatalgies) de même que l'examen physique qui montre un tableau d'insuffisance cardiaque globale à prédominance droite.

Sur le plan échocardiographique, typiquement la fonction VG systolique est préservée, les oreillettes sont dilatées, la veine cave inférieure et les veines sus hépatiques (VSH) sont dilatées, il existe des signes Doppler d'élévation des pressions de remplissage avec un flux trans-mitral restrictif et un temps de relaxation isovolumétrique court, les flux d'insuffisance pulmonaire et des VSH sont suggestifs.

Sur le plan hémodynamique, il existe une élévation avec tendance à l'égalisation des pressions de remplissage des 4 cavités cardiaques et un aspect particulier des courbes de pressions (dip-plateau VD et VG, aspect en W de la courbe OD).

Or, le traitement est tout à fait différent, purement médical dans les CR et à l'inverse essentiellement chirurgical dans les PC.

Certains éléments permettent cependant d'orienter le diagnostic :

- cliniques : antécédents de tuberculose, ou d'irradiation thoracique, ou de chirurgie cardiaque, en faveur d'une PC ; signes systémiques, épisodes d'OAP, en faveur d'une CR ...

- échocardiographiques : épaissement – calcifications du péricarde ; aspect du myocarde ; étude des variations respiratoires des flux Doppler trans-mitral et trans-tricuspidien (+++), très marquées dans les PC ; DTI ($Ea < 8 \text{ cm/s}$ et $Ea/Em < 0,11$) sont en faveur d'une CR).

- scannographiques : épaissement – calcifications du péricarde ; épaissement – infiltration du myocarde.

- hémodynamiques : $PTDVG > PTDVD$ d'au moins 5 mm Hg, dip-plateau moins marqué, indice de Yu $< 1/3$, PAPs $> 50 \text{ mm Hg}$, sont plutôt en faveur d'une cardiomyopathie restrictive, l'inverse étant au contraire en faveur d'une péricardite constrictive.

L'utilisation rigoureuse de ces différents critères sémiologiques et leur confrontation permet le plus souvent de faire le diagnostic différentiel. Cependant, il est encore des situations cliniques difficiles, notamment en cas d'intrication entre une cardiopathie et une constriction péricardique, et dans toutes les situations qui rendent difficile l'analyse des variations respiratoires des flux Doppler (fibrillation auriculaire rapide, BPCO, obésité sévère).