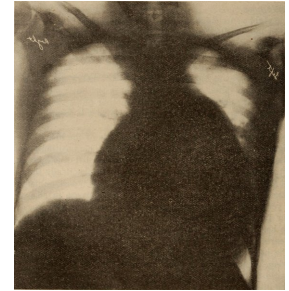
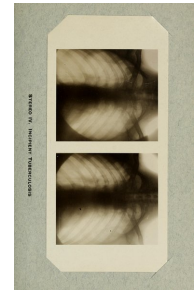


Étiologies des péricardites

- Péricardite = inflammation des feuillets du péricarde avec ou sans épanchement péricardique :
- Aiguë < 4 à 6 semaines - Récurrente : après un intervalle libre > 4-6 semaine
- Prolongée > 4-6 semaines - Chronique > 3 mois
- Virale ou idiopathique (90%) : Virus (rarement retrouvé) : entérovirus (coxsackie A et B), échovirus, adénovirus, CMV, parvovirus B19, EBV, herpès, VIH, hépatite C, influenza...
- Tableau typique : - Sujet jeune, syndrome grippal récent, prédominance masculine
- Début brutal, fébrile, avec ETT généralement normale : péricardite sèche
- Epanchement pleural souvent associé



Radiographie thoracique montrant un élargissement de la silhouette cardiaque, pouvant témoigner d'un épanchement péricardique associé à la péricardite. Les étiologies sont nombreuses : virales (les plus fréquentes, dites idiopathiques), bactériennes purulentes, tuberculeuses, néoplasiques, post-infarctus (syndrome de Dressler),

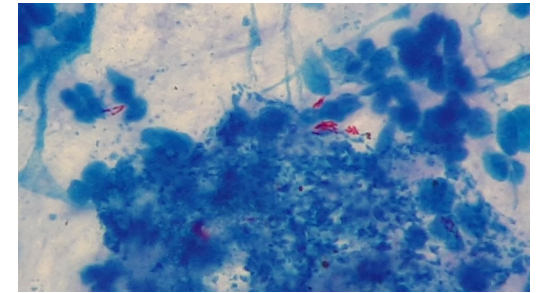


La péricardite tuberculeuse reste une étiologie classique, notamment en zone d'endémie ou chez l'immunodéprimé, et peut évoluer vers une forme constrictive si elle n'est pas traitée précocement. Devant toute péricardite, l'enquête étiologique recherche systématiquement un contexte infectieux, néoplasique, auto-immun, ou un antécédent

Source : Wikimedia Commons (CC)

Étiologies des péricardites (suite)

- Diagnostic : sérologies répétées à 15J (non systématique), PCR sur ponction/biopsie (peu réalisée)
- VIH : fréquent, avec épanchement. Lié au VIH ou autre virus, bactérie, fongique, lymphome, Kaposi
- Pronostic principal : rechute ou récurrence (20-30%). Tamponnade et constriction rares ? Formes chroniques récidivantes : après diagnostic viral, discussion d'Ig ou IFNalpha
- Tuberculose : Tableau : péricardite subaiguë liquidienne, associé à une AEG et à une fièvre modérée
- Terrain : sujet tuberculeux, âgé ou greffé, infecté par le VIH, alcoolique
- Notion de contagé dans l'entourage ou virage récent de l'IDR (mais 1/3 de faux négatifs)
- Diagnostic : recherche de BK (tubages gastriques, expectoration ou liquide pleural/péricardique), ? adénosine désaminase dans épanchements, IDR/Quantiféron +/- granulome à la ponction-biopsie



Bacilles acido-alcool-résistants (BAAR) de *Mycobacterium tuberculosis* en coloration de Ziehl-Neelsen : le diagnostic de péricardite tuberculeuse repose sur les tubages, l'adénosine désaminase et le Quantiféron.



Test tuberculinique (IDR à la tuberculine) : injection intradermique de tuberculine pour dépister une infection tuberculeuse, à rechercher en cas de péricardite subaiguë sur terrain prédisposé (immunodépression, alcoolisme, contagé).

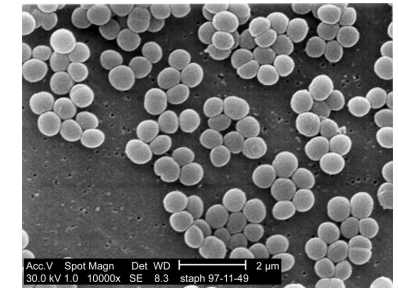
Source : Wikimedia Commons (CC)

Étiologies des péricardites (suite)

- RP : anomalies fréquentes
- Risque évolutif : tamponnade, récurrence, péricardite constrictive
- Traitement : Classique prolongé au moins 1 an +/- Prednisone pour diminuer le risque de péricardite constrictive
- Péricardite purulente : Rare mais grave. Contexte : chez l'immunodéprimé ou post-chirurgie cardiaque ou thoracique
- Germe : staphylocoque (post-chirurgical), pneumocoque, streptocoques, BGN...
- Pronostic sévère. Complications : tamponnade, péricardite constrictive
- TTT : - Antibiothérapie adaptée à la ponction péricardique



Radiographie pulmonaire avec anomalies parenchymateuses : fréquentes dans la péricardite tuberculeuse, pouvant montrer des lésions évocatrices ou un épanchement pleural associé (pleuro-péricardite).

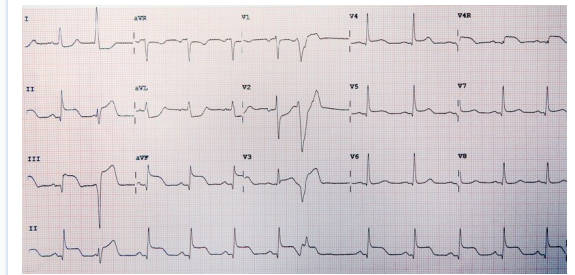


Staphylococcus aureus en microscopie électronique à balayage : principal germe de la péricardite purulente post-chirurgicale, de pronostic sévère avec risque de tamponnade et de péricardite constrictive.

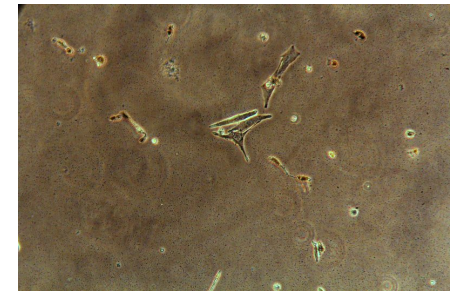
Source : Wikimedia Commons (CC)

Étiologies des péricardites (suite)

- Drainage chirurgical souvent nécessaire
- Étiologie Post-infarctus : Précoce (J3-J5) : en cas d'IDM étendu avec infarctus transmural, d'évolution favorable
- Tardif (2 à 16 semaines) = syndrome de Dressler : péricardite, fièvre, AEG, arthralgie, épanchement pleural gauche, syndrome inflammatoire biologique important, allongement du QT. Devenu rare depuis la reperfusion coronarienne précoce
- Péricardite néoplasique : Tumeur primitive (= mésothéliome péricardique, rare : 40 fois moins que les métastases) Extension par contiguïté (sein, poumon) Métastase (sarcome de Kaposi, mélanome) Hémopathie maligne (lymphome, leucémie)
- Diagnostic : - ETT +/- TDM/IRM (tumeur péricardique)
- Ponction péricardique +/- biopsie péricardique indispensable : diagnostic de malignité
- Risque évolutif immédiat : hémopéricarde, tamponnade



ECG d'infarctus du myocarde étendu : la péricardite post-infarctus précoce (J3-J5) survient sur IDM transmural, la forme tardive (syndrome de Dressler, 2 à 16 semaines) est devenue rare depuis la reperfusion coronarienne précoce.



Cellules cancéreuses : la péricardite néoplasique est secondaire à des métastases (sein, poumon, mélanome) ou à une hémopathie maligne ; une ponction-biopsie péricardique est indispensable pour confirmer la malignité.

Source : Wikimedia Commons (CC)

Étiologies des péricardites (suite)

- Récidive fréquente de l'épanchement : suivi clinique + ETT
- Maladie systémique
- Lupus, PR, sclérodermie, périartérite noueuse, dermatomyosite... : diagnostic d'élimination
- Diagnostic : ? lymphocytes, Ac anti-sarcolemme dans le liquide péricardique, myocardite associée
- Post-chirurgie cardiaque : Syndrome post-péricardotomie : inflammation dans les jours/mois suivant une chirurgie cardiaque ou après transplantation cardiaque, risque de tamponnade et de péricardite constrictive (1ère cause)
- Hémopéricarde post-opératoire : précoce



Éruption cutanée de dermatomyosite : maladie systémique pouvant être responsable d'une péricardite (lupus, PR, sclérodermie, dermatomyosite), à évoquer en l'absence de cause évidente et à confirmer par un bilan auto-immun.



Post-chirurgie cardiaque : le syndrome post-péricardotomie est une inflammation péricardique survenant dans les jours à mois suivant une chirurgie cardiaque ou une transplantation, avec risque de tamponnade et de péricardite constrictive.

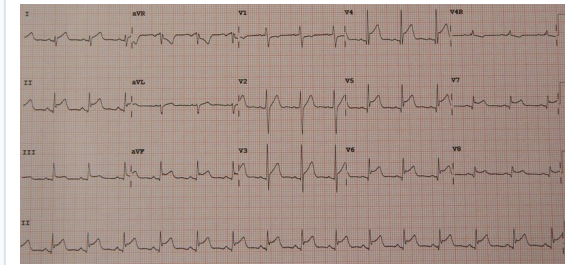
Source : Wikimedia Commons (CC)

Diagnostic de la péricardite aiguë

- Autres : Dissection aortique avec tamponnade
- Traumatisme thoracique/cardiaque : hémopéricarde lors de KT (radiofréquence, pose PM)
- Post-radique (lymphome, cancer du sein) : en général 1 an après
- IRC terminale : - Péricardite urémique chez le patient non dialysé ou début de dialyse : exsudat
- Péricardite de l'hémodialysé : transsudat, par traitement épurateur inadapté
- Médicament : hydralazine, pénicilline
- Autres : pancréatite, myxoedémateuse (hypothyroïdie), RAA...
- Critères diagnostiques de péricardite aiguë : ≥ 2 critères/4 :



Pièce anatomique de pericardite aiguë fibrineuse : le pericarde est recouvert d'un exsudat fibrineux épais et irrégulier, donnant l'aspect classique en « pain et beurre » à l'origine du frottement pericardique entendu à l'auscultation. Le diagnostic associe une triade clinique (douleur thoracique positionnelle augmentée par l'inspiration,

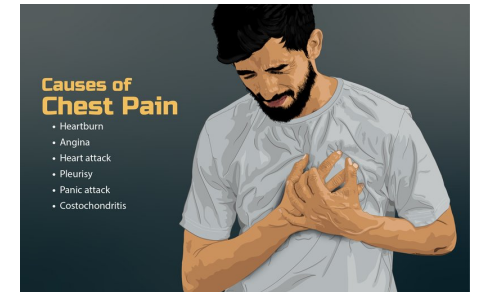


ECG d'une pericardite aiguë : sus-decalage diffus du segment ST, concave vers le haut, dans plusieurs territoires non correspondant à un territoire coronaire, associée à un sous-decalage du segment PR. Ces anomalies diffuses, contrairement au sus-decalage localisé et convexe du SCA ST+, orientent vers une atteinte pericardique plutôt

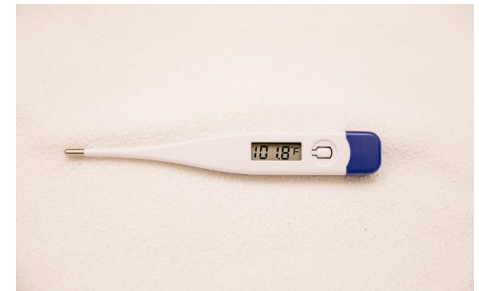
Source : Wikimedia Commons (CC)

Diagnostic de la péricardite aiguë (suite)

- Douleur thoracique
- Signes ECG
- Frottement péricardique à l'auscultation
- Epanchement péricardique à l'ETT
- SF : Douleur thoracique: - Précordiale gauche ou rétro-sternale, prolongée, parfois intense, résistante à la trinitrine
- ? par la toux, l'inspiration profonde et par le décubitus et ? par l'antéflexion
- Fièvre modérée: présente d'emblée +/- syndrome pseudogrippal en cas de péricardite virale, myalgies, asthénie La fièvre est moins fréquente chez le sujet âgé



Douleur thoracique précordiale ou rétrosternale prolongée : symptôme cardinal de la péricardite aiguë, résistante à la trinitrine, augmentée par la toux, l'inspiration profonde et le décubitus, calmée par l'antéflexion.



Fièvre modérée présente d'emblée en cas de péricardite virale, associée à un syndrome pseudo-grippal, des myalgies et une asthénie ; moins fréquente chez le sujet âgé.

Source : Wikimedia Commons (CC)

Diagnostic de la péricardite aiguë (suite)

- Signes respiratoires (? par l'antéflexion) : dyspnée, toux sèche, dysphonie, hoquet
- SC : Frottement péricardique : - Inconstant, fugace, d'intensité variable, précoce, souvent associé à une tachycardie
- Variant dans le temps et les positions : crissement de cuir, froissement de soie...
- Systolo-diastolique à 3 temps : protodiastolique, présystolique et systolique
- Persiste en apnée : diagnostic différentiel avec un frottement pleural
- Assourdissement des bruits du cœur
- Signes d'insuffisance cardiaque droite : suspecter une tamponnade



Auscultation cardiaque à la recherche du frottement péricardique : inconstant, fugace, d'intensité variable, systolo-diastolique à 3 temps, persistant en apnée, permettant de le distinguer d'un frottement pleural.

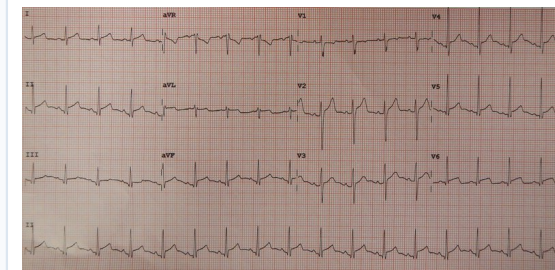


Turgescence jugulaire : signe d'insuffisance cardiaque droite associée, devant faire suspecter une tamponnade compliquant la péricardite aiguë.

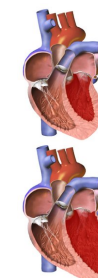
Source : Wikimedia Commons (CC)

Diagnostic de la péricardite aiguë (suite)

- Possible épanchement pleural
- ECG Diagnostic : Anomalies diffuses non systématisées sans miroir, en 4 stades successifs = tétrade d'Holtzman : 1. 1er jour : sus-décalage du segment ST diffus, concave vers le haut, souple, sans signe en miroir 2. 24-48h : retour à la ligne isoélectrique du segment ST et aplatissement des ondes T 3. 1ère semaine : négativation des ondes T de façon circonférentielle (= restent asymétriques) 4. 1er mois : retour à la ligne isoélectrique du segment ST et des ondes T
- Autres : - Microvoltage diffus : QRS < 5 mm en dérivation périphérique ou < 10 mm en précordial
- Sous-décalage du segment PQ (repolarisation auriculaire): précoce, très évocateur
- Troubles du rythme supra-ventriculaire fréquents : tachycardie sinusale, ESA, FA, flutter ? ECG possiblement normal, à répéter
- RP : Le plus souvent normale, possible rectitude du bord gauche
- Anormale en cas d'épanchement péricardique abondant : cardiomégalie symétrique en « carafe »



ECG de péricardite : sus-décalage diffus concave du segment ST (tétrade de Holtzman en 4 stades), sous-décalage du PQ pathognomonique, microvoltage, sans miroir ni systématisation artérielle.

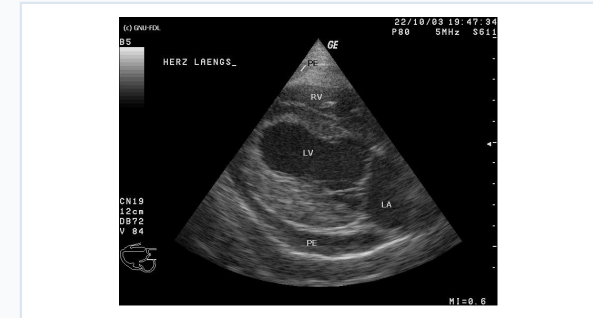


Cardiomégalie péricardique : la radiographie pulmonaire peut montrer une silhouette cardiaque élargie en 'coeur en carafe' en cas d'épanchement péricardique abondant, contrastant avec des poumons clairs.

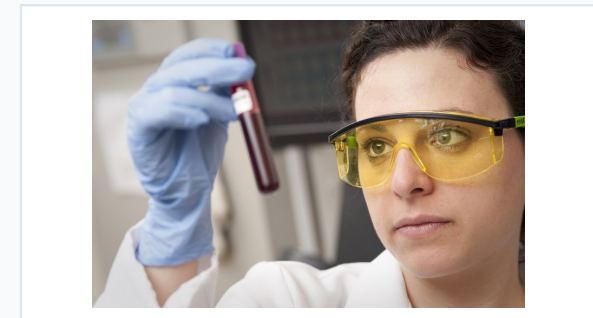
Source : Wikimedia Commons (CC)

Diagnostic de la péricardite aiguë (suite)

- Orientation : lésions tuberculeuses, opacité pulmonaire néoplasique, calcification péricardique ou pleural, épanchement pleural souvent associé (= pleuro-péricardite)
- PC ETT : Epanchement péricardique (parfois minime) : espace clair vide d'écho, parfois minime Evaluation de l'abondance, la topographie, la tolérance hémodynamique de l'épanchement ? L'absence d'épanchement n'exclut pas le diagnostic : péricardite sèche
- Masse péricardique : MT ou caillot de péricardite néoplasique, fibrine cloisonnant l'épanchement
- Trouble de cinétique ventriculaire global ou segmentaire : myocardite associée
- Bio
- Bilan standard : NFS, Vs-CRP, troponine ou CPK-MB (? si myocardite), iono, urée, créat
- Autre : IDR si suspicion de BK, hémoculture si fièvre, bilan auto-immun si suspicion de MAI



Échocardiographie transthoracique (ETT) : examen clé montrant l'épanchement péricardique (espace anéchogène), son abondance, sa topographie et sa tolérance hémodynamique ; normal n'exclut pas une péricardite sèche.

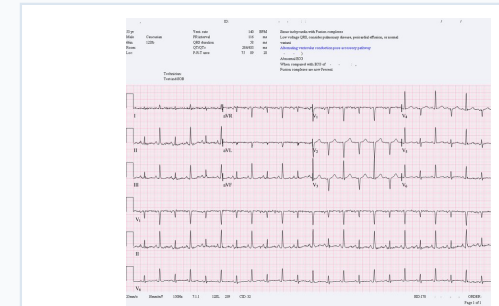


Bilan biologique standard devant une péricardite : NFS, VS-CRP, troponine/CPK-MB (si myocardite), ionogramme, urée, créatinine ; compléter par IDR, hémocultures ou bilan auto-immun selon le contexte étiologique.

Source : Wikimedia Commons (CC)

Tamponnade cardiaque

- Autre : IRM/TDM cardiaque : Patient non échogène, péricardite néoplasique, épanchement cloisonné
Suspicion de myocardite pour l'IRM (séquences de rehaussement tardif au gado)
- Ponction péricardique indiquée si : - Tamponnade
- Forte suspicion de péricardite néoplasique
- Epanchement péricardique abondant > 2 cm, symptomatique, persistant sous traitement > 1 semaine
?Glucose, protides, LDH, cytologie, ED (+ Gram, Ziehl-Nielsen), culture bactérienne, PCR (virale et BK)
- Drainage péricardique chirurgical : en cas de suspicion de péricardite purulente
- Epanchement péricardique dans un espace non expansif?adiastolie aiguë ? Le risque dépend de l'importance et surtout de la rapidité de constitution de l'épanchement
- Cause Tamponnade : Péricardite néoplasique : 30% des tamponnades



ECG montrant un microvoltage diffus des QRS et une alternance électrique (variation cyclique de leur amplitude d'un battement à l'autre), deux signes évocateurs d'un épanchement péricardique abondant exposant à la tamponnade. La tamponnade associe la triade de Beck (hypotension artérielle, turgescence jugulaire,

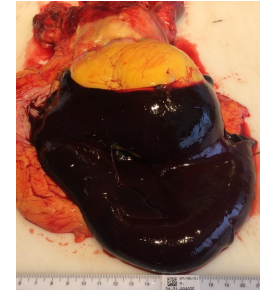


L'échocardiographie est l'examen clé pour confirmer un épanchement péricardique et évaluer son retentissement hémodynamique : collapsus diastolique du ventricule droit, variations respiratoires exagérées des flux mitral et tricuspide, veine cave inférieure dilatée et non compliant. Une tamponnade confirmée

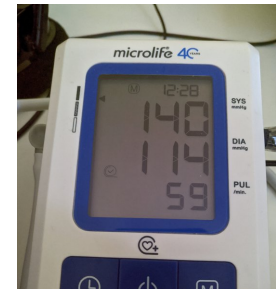
Source : Wikimedia Commons (CC)

Tamponnade cardiaque (suite)

- Péricardite tuberculeuse
- Hémopéricarde : dissection aortique, post-traumatique/chirurgical, ponction péricardique, biopsie endomyocardique, pacemaker, ablation d'électrode épicaudique
- Autres : urémique (10%), IDM (10%, notamment après thrombolyse), viral (exceptionnel)
- Complications Diagnostic : Douleur thoracique
- Dyspnée positionnelle, polypnée puis orthopnée, toux, parfois dysphagie, nausée, hoquet
- Tachycardie, pouls paradoxal (? de PA > 10 mmHg à l'inspiration), bruits du coeur assourdis
- Tableau de choc (tachycardie, PAS < 90 mmHg), insuffisance ventriculaire droite aiguë (TJ, RHJ)



Hémopéricarde macroscopique : collection de sang dans le sac péricardique, survenant en cas de dissection aortique, traumatisme thoracique, ponction péricardique ou procédure cardiologique.

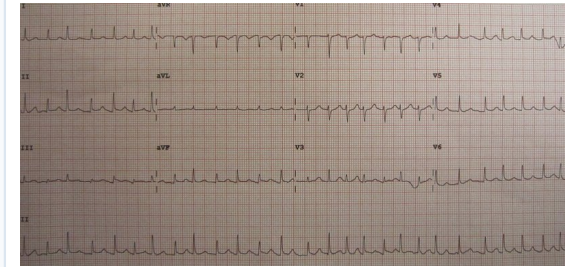


Mesure de la pression artérielle : la tamponnade se manifeste par un pouls paradoxal (chute de PA > 10 mmHg à l'inspiration), une tachycardie et une hypotension pouvant évoluer vers un état de choc.

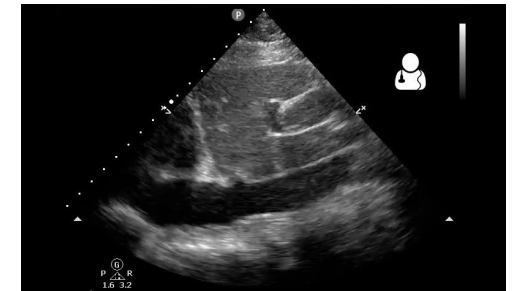
Source : Wikimedia Commons (CC)

Tamponnade cardiaque (suite)

- ECG
- Signe de péricardite avec microvoltage
- Alternance électrique : alternance de QRS microvolté et de voltage augmenté
- RP
- Contribution diagnostique faible : cardiomégalie symétrique en « coeur en carafe »
- Diagnostic ETT Tamponnade : Epanchement péricardique : circonférentiel abondant, au sein duquel le coeur paraît petit avec une contraction vigoureuse en balancement (aspect « swinging heart »)
- Déplacement paradoxal du septum en inspiration



ECG montrant une alternance électrique (alternance de QRS de voltage variable) : signe caractéristique de la tamponnade, associé au microvoltage, traduisant le balancement du coeur dans un épanchement abondant.

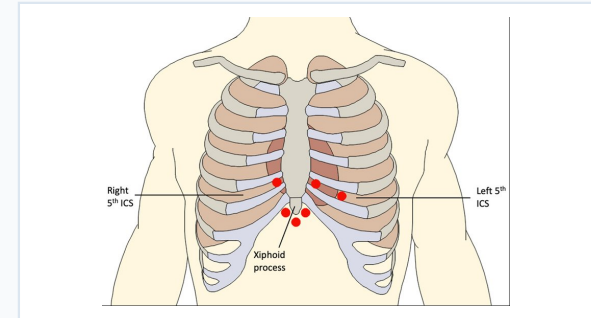


Échocardiographie confirmant la tamponnade : épanchement péricardique circonférentiel abondant (zone anéchogène), avec 'swinging heart' et déplacement paradoxal du septum en inspiration.

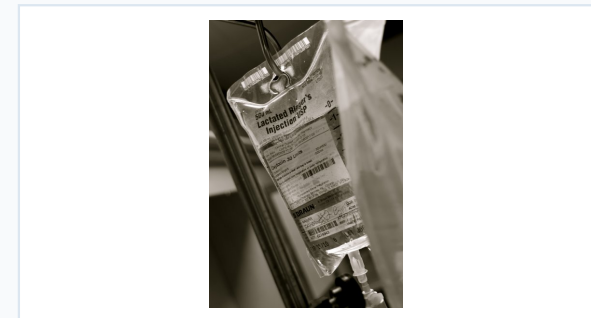
Source : Wikimedia Commons (CC)

Tamponnade cardiaque (suite)

- Expiration : collapsus diastolique des cavités droites en expiration Inspiration : compression du VG par le VD
- TTT : ?Urgence thérapeutique : transport demi-assis
- Drainage chirurgical par sternotomie : drain péricardique, analyse du liquide et biopsie
- Ponction péricardique si état critique ou en attente de drainage chirurgical
- Traitement médical associé : remplissage vasculaire (macromolécules)
- Discussion de l'arrêt ou la neutralisation des anticoagulants



Péricardiocentèse : ponction péricardique réalisée en urgence par voie sous-xiphoidienne ou intercostale (5e EIC) en cas d'état critique ou en attente du drainage chirurgical par sternotomie.



Remplissage vasculaire par macromolécules : traitement médical associé de la tamponnade pour maintenir le débit cardiaque, associé à la discussion de l'arrêt ou neutralisation des anticoagulants.

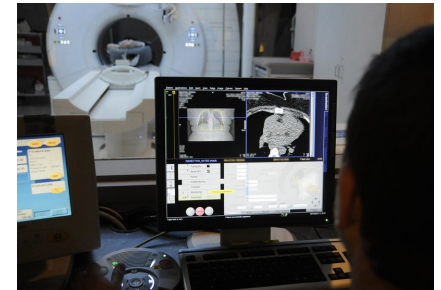
Source : Wikimedia Commons (CC)

Péricardite récidivante et constrictive

- Myocardite : Péricardite avec ? troponine et CPK
- Insuffisance cardiaque fébrile, voire état de choc (myocardite fulminante)
- Cause : généralement virale ou idiopathique
- IRM cardiaque : rehaussement tardif non systématisé, plutôt sous-épicaire
- Coronarographie systématique pour éliminer un SCA
- Péricardite récidivante
- 20 à 30% de récurrences pour les péricardites virales : fréquente entre 3 mois et 3 ans



Radiographie thoracique pouvant orienter, dans la péricardite chronique, vers un retentissement hémodynamique : épanchements pleuraux et redistribution vasculaire témoignant d'une élévation des pressions de remplissage. La péricardite constrictive résulte d'un épaississement et d'une rigidification du péricarde, qui entrave le

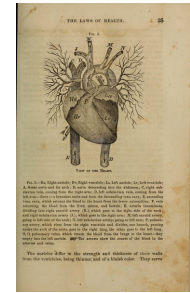


Le scanner thoracique est l'examen de choix pour rechercher un épaississement et des calcifications péricardiques caractéristiques de la péricardite constrictive, et pour la distinguer d'une cardiomyopathie restrictive (dont la prise en charge diffère radicalement). Les péricardites récidivantes, fréquentes après un

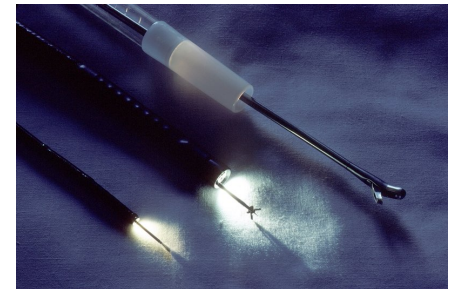
Source : Wikimedia Commons (CC)

Péricardite récidivante et constrictive (suite)

- Prévention : traitement prolongé avec diminution progressive, colchicine
- Complications Péricardite chronique : Problème étiologique (surtout en l'absence de contexte évocateur de péricardite virale)
- Cause : péricardite néoplasique (principalement), péricardite tuberculeuse
- Péricardoscopie par fibres optiques avec prélèvement biopsique dirigé possible
- Epaississement fibreux ou fibrocalcaire du péricarde (+/- visible au TDM) dans < 10% des cas
- Aboutit à une adiaastolie avec égalisation des pressions télédiastoliques des quatre cavités
- Causes principales : péricardite tuberculeuse, post-radique, purulente, IRC ou post-sternotomie



Anatomie cardiaque : l'épaississement fibreux ou fibrocalcaire du péricarde (<10% des péricardites) aboutit à une adiaastolie avec égalisation des pressions télédiastoliques des 4 cavités (péricardite constrictive).



Péricardoscopie par fibres optiques : technique permettant un prélèvement biopsique péricardique dirigé, indiquée dans les péricardites chroniques sans cause évidente pour rechercher une étiologie néoplasique ou tuberculeuse.

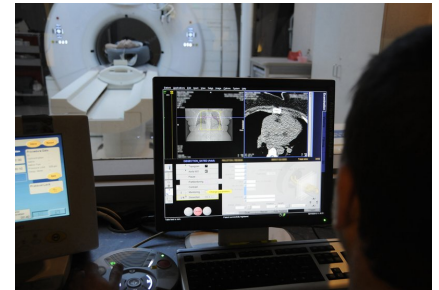
Source : Wikimedia Commons (CC)

Péricardite récidivante et constrictive (suite)

- Péricardite constrictive Diagnostic : Episodes d'insuffisance cardiaque surtout droite à répétition avec dyspnée, prise de poids, OMI, turgescence jugulaire, reflux hépatojugulaire, ascite voire anasarque
- RP : calcifications péricardiques, sans cardiomégalie
- ECG : microvoltage, trouble de repolarisation, FA, troubles de conduction
- ETT : dilatation des oreillettes avec taille normal des ventricules, septum paradoxal, péricarde épaissi, dilatation de la VCI et des veines sus-hépatiques
- TDM/IRM cardiaque : visualisation du péricarde épaissi et calcifié
- Cathétérisme cardiaquedroit : aspect caractéristique de dip plateau de la pression du VD (diagnostic différentiel de cardiomyopathie restrictive)
- TTT : Préventif : - Drainage correct des péricardites purulentes avec lavage



Cathétérisme cardiaque droit : montre l'aspect caractéristique en 'dip plateau' de la pression ventriculaire droite en cas de péricardite constrictive, permettant le diagnostic différentiel avec une cardiomyopathie restrictive.



TDM/IRM cardiaque : permettent de visualiser l'épaississement et les calcifications péricardiques de la péricardite constrictive ; la RP montre des calcifications péricardiques sans cardiomégalie.

Source : Wikimedia Commons (CC)

Péricardite récidivante et constrictive (suite)

- Corticoïdes : diminuerait le risque de péricardite constrictive post-tuberculeuse
- TTT chirurgical curatif possible : péricardectomie (résultats inconstants)
- Facteurs pronostiques TTT : Hospitalisation si : Orientation étiologique vers une cause particulière
Complication d'emblée (tamponnade, péricardite récidivante, constriction...) Facteurs prédictifs d'évolution défavorable
- Hospitalisation si au moins 1 facteur prédictif majeur (< 20% des cas à : . Fièvre > 38degC . Symptômes depuis plusieurs jours ou semaines avec début subaigu . Epanchement péricardique > 20 mm ou tamponnade . Résistance au traitement anti-inflammatoire depuis 7 jours
- Hospitalisation discutée si facteurs prédictifs mineurs : . Patient immunodéprimé . Patient sous anticoagulant . Suites d'un traumatisme thoracique . Présence d'une myocardite associée
- Péricardite aiguë bénigne : Repos, arrêt de l'exercice physique jusqu'à disparition des symptômes et normalisation CRP/ECG/ETT
- Antalgiques pour la douleur thoracique



Péricardectomie chirurgicale : traitement curatif possible de la péricardite constrictive, avec des résultats inconstants, à proposer après optimisation du traitement médical et en cas de symptômes invalidants.



Hospitalisation : indiquée en cas d'au moins un facteur prédictif majeur (fièvre > 38degC, début subaigu, épanchement > 20 mm, tamponnade ou résistance au traitement anti-inflammatoire depuis 7 jours).

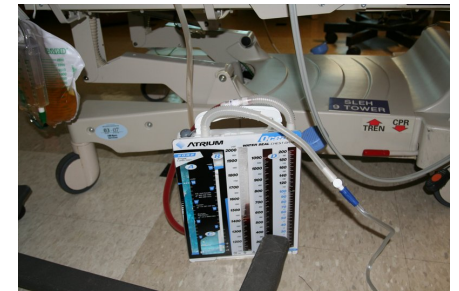
Source : Wikimedia Commons (CC)

Traitement de la péricardite

- AINS/ Aspirine : Traitement par AINS ou aspirine à dose anti-inflammatoire pendant 4-8 semaines
- Aspirine à dose anti-inflammatoire : 750 à 1000 mg/8h, soit 1,5 à 3 g/jour
- Ibuprofène : 600 mg/8h, soit 1,8 g/j
- Indométacine possible en cas de péricardite aiguë récurrente
- Arrêt progressif au bout de 4-8 semaines après une pleine dose 1-2 semaines, de préférence après ETT s'assurant de l'absence d'épanchement péricardique + Protecteur gastrique
- Péricardite aiguë bénigne Colchicine : Systématiquement associé, sur une durée de 3 mois
- Action antalgique, diminue la durée des symptômes et le risque de récurrence de 50%
- A faible dose (0,5 mg x 2/jour), ½ dose si < 70 kg, > 70 ans ou DFG < 35 mL/min



Le traitement de la péricardite aiguë idiopathique ou virale repose en première intention sur l'association d'un anti-inflammatoire non stéroïdien à dose anti-inflammatoire et de colchicine, qui réduit significativement le risque de récurrence. Le repos est recommandé jusqu'à disparition des symptômes et normalisation du syndrome.



La pericardiocentèse, ponction évacuatrice du péricarde sous contrôle échographique, est indiquée en urgence en cas de tamponnade et peut être proposée dans les épanchements abondants ou mal tolérés. La corticothérapie n'est réservée qu'en deuxième intention (contre-indication ou échec des AINS et de la

Source : Wikimedia Commons (CC)

Traitement de la péricardite (suite)

- EI : diarrhée ++ ? diminution des doses
- Interactions (CYP3A4) : macrolides, ciclosporine, vérapamil, statines... ? Dans ces situations surveillance stricte : NFS, créatinine, transaminases, CPK
- Surdosage : troubles digestifs, paralysie, cytopénie, alopecie, atteinte rénale, convulsion
- Arrêt progressif au bout de 3 mois sur la dernière semaine, 0,5 mg/j un jour sur deux
- Contre-indiqué en cas d'insuffisance rénale sévère ou d'IHC sévère
- TTT : Corticoïdes- En 2e intention si échec AINS + Colchicine
- Associés à la bithérapie à faible dose de 0,25-0,50 mg/kg/j
- Suivi



Colchicine (Colchicum-Dispert) : traitement de première intention de la péricardite, à arrêter progressivement au bout de 3 mois ; surveillance des effets secondaires digestifs, de la NFS, de la créatinine et des CPK.



Corticoïdes à faible dose (0,25-0,50 mg/kg/j de prednisone) : prescrits en deuxième intention si échec des AINS et de la colchicine, associés à la bithérapie avec diminution progressive des doses.

Source : Wikimedia Commons (CC)

Traitement de la péricardite (suite)

- Contrôle à 7j, 1 mois, 3 mois et 6 mois
- Vérifier : absence de symptômes, CRP, ETT
- Péricardite récurrente : Repos +Aspirine/AINS et colchicine sur une durée prolongée jusqu'à 6 mois en 1ère intention
- Corticoïdes à faible dose en 2nd intention
- En dernière intention : immunoglobulines IV, anakinra, azathioprine voire péricardotomie
- Péricardite : purulente
- Drainage chirurgical avec mise en place d'un gros drain +/- antibiothérapie locale



Aspirine ou AINS avec colchicine : traitement de première intention prolongé jusqu'à 6 mois en cas de péricardite récurrente, avec contrôle de la CRP et ETT à 7 jours, 1 mois, 3 mois et 6 mois.

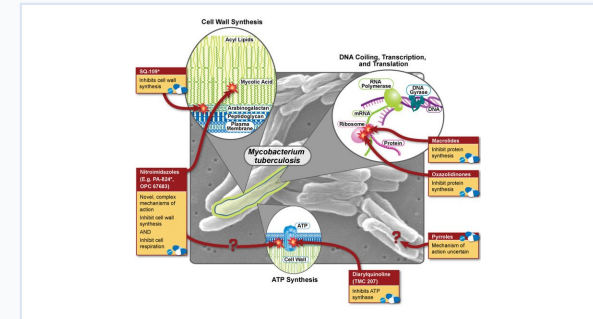


Drainage chirurgical péricardique avec mise en place d'un drain large et antibiothérapie locale : traitement de la péricardite purulente, associé à une antibiothérapie générale prolongée.

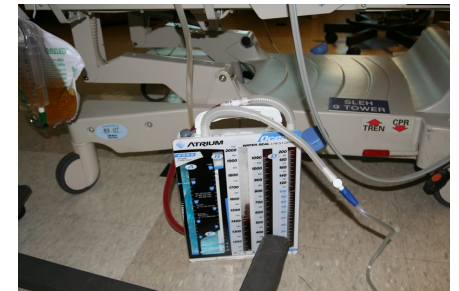
Source : Wikimedia Commons (CC)

Traitement de la péricardite (suite)

- Antibiothérapie générale prolongée
- Péricardite tuberculeuse
- Traitement antituberculeux classique
- Corticoïdes en prévention de la péricardite constrictive (sauf en cas d'infection VIH associée)
- Péricardite néoplasique
- Drainage transcutané +/- chirurgical avec analyse
- Prise en charge de la néoplasie



Traitement antituberculeux classique (rifampicine, isoniazide, pyrazinamide, éthambutol) : traitement prolongé de la péricardite tuberculeuse, associé à des corticoïdes pour prévenir la péricardite constrictive (sauf infection VIH associée).



Drainage transcutané ou chirurgical de la péricardite néoplasique avec analyse du liquide et biopsie péricardique, associé à la prise en charge de la néoplasie sous-jacente (chimiothérapie, radiothérapie).

Source : Wikimedia Commons (CC)