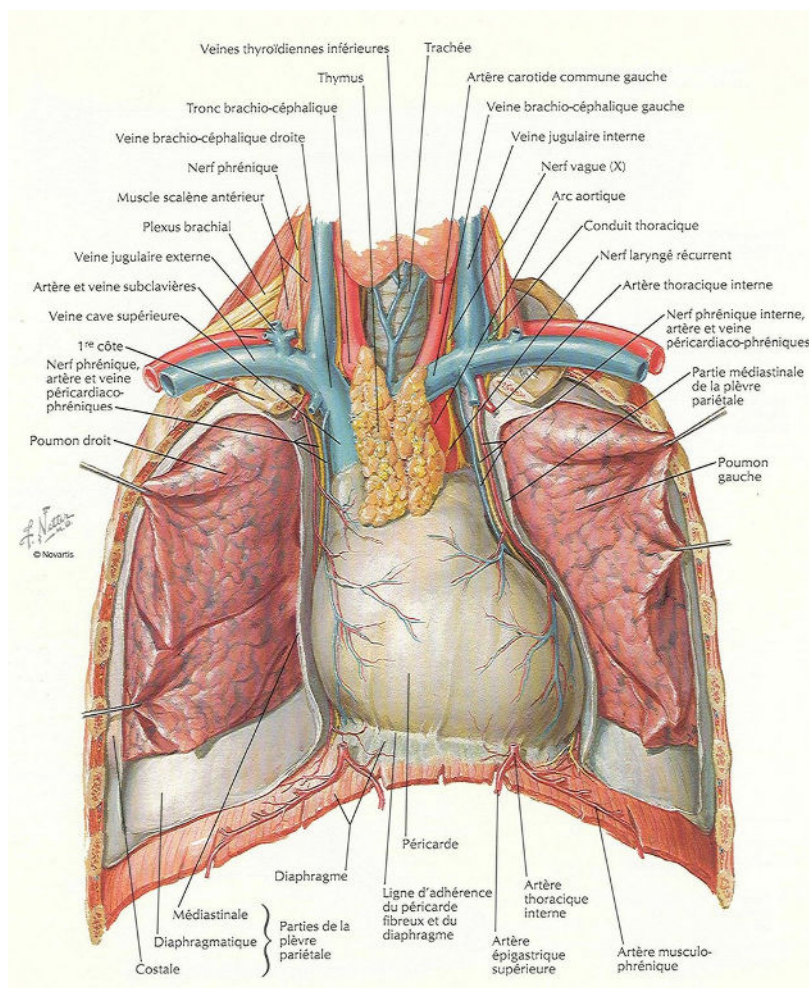


Les épanchements péricardiques

Physiopathologie

Un épanchement péricardique survient lors d'une augmentation pathologique de la quantité de liquide intrapéricardique. Son étiologie peut être variée. Elle peut être secondaire à:

- Une péricardite aiguë virale, bactérienne, tuberculeuse, post radiothérapie ou idiopathique (40% des cas)
- Une dissection de l'aorte ascendante
- Un traumatisme du péricarde, suite à une chirurgie cardiaque
- Une rupture de la paroi du myocarde (infarctus du myocarde)
- Un syndrome de Dressler (réaction inflammatoire plusieurs semaines après un infarctus du myocarde)
- Une hypothyroïdie
- Un traumatisme thoracique
- Une néoplasie
- Une hémopathie maligne



Il est normal d'avoir un petit-peu de liquide dans le péricarde. Une quantité physiologique de liquide intra péricardique est de 10 à 50 ml. On peut observer jusqu'à 100-150 ml sans

retentissement hémodynamique. La tolérance clinique va dépendre de la rapidité de constitution de l'épanchement et de son volume.

Introduction

Epidémiologie :

Prévalence de l'épanchement péricardique :

- Post chirurgie cardiaque : plus de 60% des patients (le plus souvent après un pontage plutôt qu'après un remplacement valvulaire). L'incidence de tamponnade est de 1 à 2,5%.
- En cas d'hypothyroïdie : 27% (épanchements non importants).
- En cas de métastases au niveau du péricarde : 10%.
- En cas d'infarctus : 3-5% (syndrome de Dressler).

Dans 24% des péricardites, on observe une rechute.

25% des épanchements péricardiques tuberculeux sont subaigus et à risque de tamponnade.

Facteurs prédisposants :

- Infections ORL
- Antécédent de tuberculose
- Maladie inflammatoire chronique
- Tumeur thoracique ou autres néoplasies
- Chirurgie cardiaque et traitement par anticoagulant
- Infarctus et emploi précoce d'anticoagulant
- Radiothérapie
- Traumatisme thoracique

Histoire de la maladie :

Le plus souvent il s'agit d'une péricardite infectieuse qui cause un remaniement inflammatoire avec afflux de poly-nucléaires, lymphocytes et sécrétion liquidienne au niveau des deux feuillets péricardiques. Il peut aussi s'agir d'une irritation du péricarde par des cellules néoplasiques provenant de tumeur thoracique, tumeur péricardique ou de métastases (pulmonaires, mammaires, œsophagiennes, lymphomes hodgkinien, leucémies).

L'épanchement peut être minime et n'être que paucisymptomatique ou devenir pathologique et provoquer une tamponnade, c'est à dire une compression des cavités cardiaques droites avec obstacle à leur remplissage, augmentation de la pression intrapéricardique et intracardiaque, diminution du volume d'éjection et diminution du débit cardiaque.

En cas de péricardites récidivantes, une péricardite constrictive peut survenir au bout de quelques années (les feuillets du péricardes deviennent fibreux, calcifiés et inextensibles).

Présentation clinique

Symptômes :

Sans compression du cœur :

- Détérioration de l'état général
- Dyspnée d'effort
- Fatigue

Avec compression du cœur :

- Dyspnée au repos
- Douleur thoracique, s'améliorant en antéflexion

Signes physiques :

- Frottement péricardique (bruit surajouté en diastole et systole, persistant en apnée)
- Tachycardie
- Tachypnée (car douleur à l'inspiration sans augmentation de la pression intrathoracique)

Avec tamponnade :

- Pouls paradoxal de Kussmaul : disparition du pouls à l'inspiration et diminution de la tension artérielle de plus de 20 mmHg en inspiration.
- Atténuation du choc de la pointe du cœur.
- Triade de Beck = hypotension, bruits cardiaques assourdis, turgescence jugulaire.
- Hépatomégalie.
- Oedème des membres inférieurs.
- Choc cardiogénique.

Diagnostic différentiel :

De la péricardite avec épanchement péricardique :

- Pneumopéricarde.
- Infarctus du myocarde.
- Dissection aortique.
- Pancréatite aiguë.
- Pneumopathie.
- Cholécystite.

De la tamponnade :

- Pneumothorax sous tension.
- Péricardite constrictive.
- Embolie pulmonaire massive.
- Cardiomyopathie restrictive.
- Infarctus ventriculaire droit.

Examens complémentaires :

- Echocardiographie (permet le diagnostic + estimer le volume du liquide + évaluer la répercussion sur la fonction cardiaque)
 - Epanchement péricardique : cavité vide d'écho entre le myocarde ventriculaire et le péricarde pariétal
 - Tamponnade : compression de l'OD, collapsus du VD, compression de l'OG, VCI pléthorique (>20mm)
- Rx thorax : cardiomégalie
- ECG (tachycardie, microvoltages, signe d'alternance électrique (variation de l'amplitude des QRS en fonction du cycle respiratoire))
- Biopsie péricardique en cas d'épanchements résistant au traitement

Traitement :

- Prise en charge étiologique ; en cas de péricardite, si l'épanchement n'est pas pathologique, on traitera par des AINS et/ou colchicine, on évitera de traiter par prednisone vu le risque de récurrence élevé à l'arrêt de ce traitement.
- En cas d'instabilité hémodynamique, on administrera une perfusion de colloïdes, pour lutter contre le collapsus des cavités droites en diastole et permettre le remplissage vasculaire.
- Si l'épanchement est important et entraîne une compression cardiaque avec obstacle au remplissage ventriculaire (tamponnade), on procédera à une évacuation de l'épanchement par :
 - Pericardocentèse échoguidée (30-50% des cas) par approche sous xyphoïdienne ou thoracique antérieure au niveau du 5^{ème} espace intercostal, sous AL.
 - Drainage chirurgical (péricardotomie par abord sous xiphoidien sous AL ou péricardectomie par thoracotomie latérale gauche ou sternotomie médiane sous AG).
- En cas d'épanchements récidivants et invalidants, une fenêtrage péricardique avec écoulement du liquide dans le péritoine ou la plèvre peut être proposée.

Indications opératoires :

Il y a indication d'intervenir chirurgicalement quand il y a des signes de mauvaise tolérance clinique avec compression des cavités cardiaques droites, donc une tamponnade. On préférera la péricardiocentèse (selon les dernières recommandations ESC-Guidelines 2004) au drainage chirurgicale qui reste cependant indiqué dans ces situations :

- Dissection de l'aorte ascendante
- Rupture myocardique
- Coagulopathie non corrigée
- Traitement par anticoagulants
- Thrombopénie
- Epanchement traumatique aigu, purulent ou néoplasique
- Epanchement post chirurgie cardiaque

Pronostic

Il dépend de la présence d'une tamponnade, de son étiologie, de la durée de l'insuffisance circulatoire et de la rapidité de sa prise en charge.

Survie :

Par péricardiocentèse :

- Mortalité opératoire : 4,8% (conditionné par l'existence d'un bas débit cardiaque persistant)
- A long terme : 16% (77% de survie à un an quand étiologie bénigne ; 47% en cas d'hémopathie et 13% en cas de cancer solide)

Par pericardotomie/dectomie

Complications :

De la péricardotomie :

- Récidive d'épanchement péricardique (syndrome post-pericardotomie).
- Infection de la plaie
- Chylothorax
- Epanchement pleural
- Syndrome de Claude Bernard Horner

De la péricardiocentèse :

- Obstruction du drain (car diamètre drain trop petit) (8mm vs 2mm)
- Ponction ou lacération d'une cavité cardiaque
- Lacération d'une artère coronaire
- Tachycardie ou fibrillation ventriculaire
- Pneumothorax
- Ponction péritonéale

- Lacération hépatique
- Infection (cathéter)
- Œdème pulmonaire (si insuffisance cardiaque gauche sous jacente ou drainage trop rapide d'un volume important)

Récidive:

Des récidives sont possibles s'il y a péricardotomie, péricardite chronique ou auto-immune.

En cas d'épanchement secondaire à une péricardite chronique, on peut diminuer le risque de récidive en traitant par aspirine et colchicine ; les corticoïdes par contre augmentent les récidives.

Le risque de récidive est plus important après une péricardotomie qu'une péricardocentèse.

Modalités de suivi

- USI pendant min 24h
- Surveillance continue de la PA
- Contrôle écho et Rx pour vérifier la bonne position du drain et l'évacuation efficace de l'épanchement
- Contrôle écho à 3 semaines
- Examens complémentaires pour trouver l'étiologie et la traiter