



Péricardite, du diagnostic au traitement

Dr Mounir Gazzah (urgentiste)

Résumé

La péricardite est une inflammation du péricarde, souvent d'origine virale ou idiopathique, mais pouvant résulter de causes infectieuses, auto-immunes, néoplasiques ou métaboliques. Elle se manifeste typiquement par une douleur thoracique aiguë et un frottement péricardique. Le diagnostic repose sur des critères cliniques, électrocardiographiques et échographiques. Le traitement associe les anti-inflammatoires et la colchicine, avec surveillance du risque de complications.

Le terme **syndrome inflammatoire myo- et péricardique** "inflammatory myopericardial syndrome" (**IMPS**) est proposé pour couvrir les chevauchements entre myocardite et péricardite [ESC 2025].

1. Physiopathologie

Le péricarde comprend deux feuillets : un **feuillet viscéral** (épicarde) et un **feuillet pariétal**, séparés par une cavité virtuelle contenant une petite quantité de liquide (15–50 mL) servant de lubrifiant.

Lors d'une péricardite, un processus inflammatoire se développe, entraînant :

- **Une augmentation de la perméabilité capillaire**, responsable d'un épanchement péricardique séreux, séro-fibrineux ou purulent.
- **Une infiltration cellulaire inflammatoire** (lymphocytes, macrophages, polynucléaires selon l'étiologie).
- **Une réaction fibrineuse** pouvant aboutir à des adhérences ou à une fibrose péricardique.

Les conséquences hémodynamiques varient selon la rapidité et le volume de l'épanchement : une accumulation rapide peut provoquer une **tamponnade cardiaque**, alors qu'un épanchement lentement progressif peut être mieux toléré.

2. Étiologies principales

- **Infectieuses** : virales (Coxsackie, échovirus, adénovirus, VIH), bactériennes (tuberculose, pneumocoque, staphylocoque), fongiques ou parasitaires.
- **Auto-immunes et inflammatoires** : lupus érythémateux disséminé, polyarthrite rhumatoïde, syndrome post-infarctus (syndrome de Dressler).
- **Néoplasiques** : métastases pulmonaires, mammaires, leucémies, lymphomes.
- **Métaboliques** : urémie, hypothyroïdie.

- **Traumatiques** ou **post-chirurgicales**.
- **Idiopathiques** : cause non identifiée (souvent d'origine virale présumée).

3. Signes cliniques

- Douleur thoracique :

- Typiquement rétrosternale, aiguë, à type de picotement ou de brûlure.
- Irradiant vers le dos ou l'épaule gauche.
- Soulagée en position assise penchée en avant, aggravée par le décubitus ou l'inspiration profonde.

- Frottement péricardique :

Bruit superficiel, râpeux, triphasique, perçu à l'auscultation précordiale. Signe pathognomonique mais souvent fugace. Difficile à entendre dans l'ambiance sonore.

- Signes associés inconstants :

Fièvre modérée, asthénie, toux sèche.

En cas de tamponnade : hypotension, turgescence jugulaire, bruits du cœur assourdis (triade de Beck).

4. Diagnostic

Le diagnostic repose sur **au moins deux des quatre critères** : douleur typique, frottement péricardique, sus-décalage ST diffus ou sous-décalage PR, et épanchement péricardique.

- Électrocardiogramme (ECG)

- Sus-décalage diffus du segment ST concave vers le haut, il persiste pendant plusieurs jours,
- Sous-décalage du PR : signe précoce, spécifique mais inconstant.
- Des ondes T amples et diffuses sont fréquentes,
- L'ECG est parfois normal dans les formes aiguës initiales.
- Le microvoltage est absent en l'absence d'épanchement péricardique ou de myocardite. Les complexes QRS ne sont habituellement pas modifiés.

- Biologie

- Syndrome inflammatoire biologique : élévation de la CRP, VS, leucocytose.
- Élévation possible de la troponine si atteinte myocardique associée (péricardite myopéricardique).

- Imagerie

- **Échocardiographie** : examen clé permettant de visualiser un épanchement péricardique et d'évaluer le retentissement hémodynamique.
- **IRM cardiaque** : utile pour les formes récidivantes ou chroniques.
- **Radiographie thoracique** : cardiomégalie si épanchement volumineux.

5. Diagnostics différentiels

Les diagnostics différentiels sont nombreux : infarctus du myocarde, embolie pulmonaire, dissection aortique, myocardite, pleurésie, reflux gastro-œsophagien.

Diagnostic	Type de douleur	ECG typique	Autres indices
Péricardite	Rétro sternale, soulagée assis	ST diffus concave, PR bas	Frottement, fièvre
IDM	Oppressive, à l'effort	ST localisé convexe, onde Q	Troponine +++
EP	Pleurale, brutale	Tachycardie, S1Q3T3	Dyspnée, D-dimères +
Dissection	Déchirante, migratrice	± normal	Asymétrie tensionnelle
Pleurésie	Latérale, inspiratoire	Normal	Épanchement pleural
Reflux	Postprandiale, brûlure	Normal	Soulagement par les antiacides

À éliminer: Pneumothorax spontané, Péricardite post-infarctus (syndrome de Dressler), Crise d'angoisse (contexte psychologique)

5. Traitement

Le traitement associe AINS (ibuprofène, aspirine) et colchicine pendant 3 mois. Les corticoïdes ne sont utilisés qu'en cas de contre-indication ou d'échec. Les inhibiteurs de l'interleukine-1 (anti-IL-1) comme Anakinra ou Rilonacept sont désormais recommandés dans les formes récidivantes.

L'interleukine-1 (IL-1) est une cytokine pro-inflammatoire majeure intervenant dans la médiation de nombreuses réponses cellulaires, notamment celles jouant un rôle important dans l'inflammation synoviale. [disponibles seulement dans certains pays]

Tableau : Recommandations récentes (ESC 2025 / ACC-AHA 2025)

Recommandation	Classe	Niveau de preuve	Commentaire
AINS + Colchicine en première ligne	I	A	ESC 2025, ACC 2025
Anti-IL-1 dans formes récidivantes	I	A	Recommandé dès 2e ligne
Échocardiographie systématique	I	B	Pour évaluer l'épanchement
IRM cardiaque si suspicion myopéricardite	IIa	B	Suivi évolutif

7. Particularités chez l'enfant

Chez l'enfant, la péricardite est souvent infectieuse (virale ou bactérienne) et peut survenir après chirurgie cardiaque. Les symptômes sont moins typiques et les complications comme la tamponnade sont plus fréquentes. Le traitement repose sur les AINS et, au-delà de 6 ans, la colchicine. Le pronostic est généralement bon.

Tableau 1 : Comparaison entre péricardite de l'enfant et de l'adulte

Aspect	Adulte	Enfant
Étiologie dominante	Virale / idiopathique	Infectieuse (souvent bactérienne)
Douleur	Typique, rétrosternale	Atypique, abdominale ou diffuse
Tamponnade	Rare	Fréquente
Colchicine	Standard (0,5–1 mg/j)	Prudente (>6 ans, dose réduite)
Pronostic	Bon	Bon sauf formes purulentes

Tableau 2 : Comparaison du traitement chez l'enfant et l'adulte

	Enfant	Adulte
AINS	Première ligne (ibuprofène : 10 mg/kg/6 h ou aspirine 50 mg/kg/j)	Idem
Colchicine	Utilisation prudente selon âge (> 5–6 ans recommandé) ; dose réduite : 0,5 mg/j (< 30 kg), 1 mg/j (> 30 kg)	Standard (0,5–1 mg/j pendant 3 mois)
Corticostéroïdes	En cas d'échec ou contre-indication aux AINS ; prudence car risque de récurrence	Idem
Antibiothérapie	Systématique si suspicion infectieuse	Selon étiologie
Anti-IL-1 (Anakinra, Riloncept)	Utilisés avec succès dans les formes récidivantes sévères	Recommandés en 2e ligne
Drainage chirurgical	Plus fréquent, car les épanchements sont souvent purulents	Rare

8. Évolution et pronostic

- **Forme aiguë virale** : évolution favorable dans 80–90 % des cas.
- **Formes bactériennes purulentes** : graves, mortalité jusqu'à 20 % sans drainage précoce.
- **Récidives** : rares chez l'enfant, sauf si cause auto-immune.
- **Complications** : péricardite constrictive possible dans les formes purulentes ou tuberculeuses.

Références bibliographiques

1. Jeanette Schulz-Menger & al. 2025 ESC Guidelines for the Diagnosis and Management of Pericardial Diseases. European Heart Journal, Volume 46, Issue 40, 21 October 2025, Pages 3952–4041, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaf192>
2. Tom Kai Ming Wang & al. : 2025 Concise Clinical Guidance: An ACC Expert Consensus Statement on the Diagnosis and Management of Pericarditis, American College of Cardiology. J Am Coll Cardiol. 2025 Jul 31:S0735-1097(25)06503-9. doi: [10.1016/j.jacc.2025.05.023](https://doi.org/10.1016/j.jacc.2025.05.023).
3. ACC/AHA Clinical Guidance on Pericarditis, JACC 2025.
4. Bonaventura, A., Santagata, D., Vecchié, A. et al. Current Drug Treatment for Acute and Recurrent Pericarditis. Drugs 85, 643–658 (2025). <https://doi.org/10.1007/s40265-025-02169-x>
5. P. Taboulet : Péricardite aiguë; ECG de A à Z. <https://www.e-cardiogram.com/pericardite-aigue-1-typique/>

Plus d'articles sur notre site :

e-Formation en médecine d'urgence

<https://www.efurgences.net/>